

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Geoffrey ROQUES

Le 15 février 2022

ÉVALUATION DES PRATIQUES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DES PYRÉNÉES-ORIENTALES EN TERME DE PRÉVENTION DES CHUTES DE LA PERSONNE ÂGÉE

Directeur de thèse : Dr Alain RIVIÈRE

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Professeur André STILLMUNKES	Assesseur
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Florence DURRIEU	Assesseur
Monsieur le Docteur Alain RIVIÈRE	Assesseur

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vania	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CAVAIGNAC Eberne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHADY Yves	Pédiatrie	Mme RIJYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie	Professeur Associé Médecine générale	
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. ABITTEBOUL Yves	
M. IZDPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence	Mme MALAVALD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LEDON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARNAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphanie (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loïc	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosina	Cancérologie	P.U. Médecine générale	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
M. HUYGHE Eric	Urologie		
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. BOYER Pierre	
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Eike (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TALBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emanualie (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CURIOT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NÓGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurere	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SALINE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOLUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALLINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VJÁ Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Lella

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'immense honneur de présider ma thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur André STILLMUNKES,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Florence DURRIEU,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Docteur RIVIÈRE,

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner durant cette thèse.
Je n'oublierai jamais votre accueil, votre disponibilité et vos conseils avisés.
Je vous dois une grande partie de ma formation médicale.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À mes parents,

Sans vous, je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir soutenu, motivé afin que je devienne le médecin que je rêvais d'être. Ce parcours a été semé d'embûches mais vous avez toujours été là. Merci encore du fond du cœur. Je vous aime.

À ma sœur Marion,

Je n'oublierai jamais cet été ensemble. Toi en galère pour tes examens, moi en galère face à la maladie. Même si nos avis divergent sur beaucoup de choses, on a su se soutenir dans les moments difficiles.

À ma chère et tendre Mathilde,

Merci pour ta patience et ton soutien durant la réalisation de ce travail de thèse. Tu sais m'apaiser quand je m'énerve et me rassurer quand je panique. Tu rends, chaque jour, mon quotidien plus agréable.

À mon ami le plus proche Florent,

Depuis ce CROSS, cela va bientôt faire 20 ans d'une belle amitié. J'espère t'avoir à mes côtés encore longtemps.

À toutes les équipes rencontrées pendant mon internat,

Je ne vous cite pas tous car vous avez été trop nombreux. Mais sachez que je remercie chacun de vous pour vos conseils, votre écoute, et votre patience.

Vous avez fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
I. Définition :.....	1
II. Épidémiologie :.....	1
A) Fréquence des chutes :.....	1
B) Conséquences des chutes :.....	2
III. Les recommandations :.....	3
A) Recommandations de la HAS de 2005 :.....	3
B) Recommandation de la HAS de 2009 :.....	5
C) Bilan des recommandations:.....	6
IV. Problématique de l'étude :.....	7
MÉTHODE	8
I. Population d'étude :.....	8
II. Le Questionnaire :.....	9
III. Déroulement de l'étude :.....	10
RÉSULTATS	10
I. Taux de réponse :.....	10
II. Caractéristiques des médecins interrogés :.....	11
III. Repérage des patients chuteurs par une intervention brève :.....	12
IV. Repérage des patients à risque de chute :.....	12
V. Les interventions de prévention mises en place :.....	15
VI. Avis des médecins sur la prise en charge de ces patients :.....	15
DISCUSSION	17
I. Biais de l'étude :.....	17
II. Analyse des résultats : Ce que nous apprend cette étude :.....	18
CONCLUSION	20
BIBLIOGRAPHIE	21
ANNEXES	22

INTRODUCTION

La population française continue de vieillir. Au 1er janvier 2020, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 20,5% de la population générale (1).

Chez nos séniors, les chutes représentent la première cause de mortalité accidentelle (2). Il est donc nécessaire que le médecin généraliste, premier acteur auprès de ces patients, soit apte à assurer une prévention optimale de ces chutes ou au moins de leurs récurrences.

Aussi, la Haute Autorité de Santé a publié deux recommandations de bonnes pratiques pour accompagner les médecins généralistes dans la prise en charge de ces patients.

Dans cette thèse, nous avons voulu savoir si la pratique des médecins généralistes en terme de prévention des chutes est en adéquation avec les recommandations en vigueur aujourd'hui.

Après avoir rappelé le contexte dans lequel s'inscrit la problématique du sujet âgé chuteur, je présenterai les résultats de mon étude réalisée auprès des médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées-Orientales.

I. Définition (3):

Une chute se définit comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.

II. Épidémiologie (2) :

A) Fréquence des chutes :

L'évaluation du nombre de chutes dans le monde est difficile à établir du fait que beaucoup d'entre elles passent inaperçues et ne sont souvent pas signalées à un médecin.

Cependant, selon l'OMS, chaque année, 37 millions de chutes sont suffisamment graves pour nécessiter des soins médicaux.

Parmi les individus les plus touchés, on retrouve les personnes âgées : 25 à 30 % des personnes de plus de 65 ans et 50% des personnes de plus de 80 ans vivant chez elles chutent au moins une fois par an.

De plus, avec l'avance en âge, les chutes sont de moins en moins isolées. 50% des chuteurs feront au moins deux chutes par an.

La chute récidivante ou récurrente est d'ailleurs considérée à ce jour comme un syndrome gériatrique à part entière ayant de nombreuses conséquences.

B) Conséquences des chutes :

En France, on compte environ 10000 décès par an secondaire à une chute dont 75% surviennent chez des personnes de plus de 75 ans. Ces chiffres sont probablement sous estimés car il ne comptabilise que les décès survenus à l'hôpital et non les décès brutaux au domicile sans intervention médicale.

Outre les décès, les chutes sont associées à :

→ Des lésions traumatiques avec en tête de liste la fracture du col du fémur (77300 séjours hospitaliers en France pour ce type de fracture en 2007).

→ Des conséquences liées à l'immobilisation prolongée au sol : Une étude de Fleming a montré que la station au sol de plus d'une heure avait pour conséquence une multiplication par trois du risque d'entrée en institution (4).

→ Une perte d'autonomie à la marche avec un syndrome de régression psychomotrice.

→ Des conséquences psychologiques : les patients ressentent souvent un profond sentiment d'insécurité à la suite d'une chute. La peur de tomber survient dans 20 à 40% des cas à la suite d'une chute. Cela entraîne souvent un isolement de la personnes qui a peur de sortir de chez elle.

Enfin, au-delà du coût humain, les chutes du sujet âgé représentent un coût économique important.

Même s'il est difficile à évaluer dans sa globalité, l'étude d'Heinrich (5) montre que le coût direct des chutes (sans compter le coût à domicile) en lien avec l'utilisation du système de santé représenterait environ 1,5% des dépenses de santé dans les pays développés soit environ 2 milliards d'euros pour la France.

Devant ce constat plutôt alarmant, il paraît nécessaire de réagir afin de prévenir et d'éviter au mieux ces chutes.

C'est pourquoi la Haute autorité de Santé a rédigé plusieurs recommandations afin d'aider les professionnels de santé à prendre en charge cette population fragile.

III. Les recommandations :

Deux documents complémentaires ont été proposés aux médecins :

→ La recommandation de bonne pratique de la HAS de 2005 intitulée « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée » (6)

→ La recommandation de bonne pratique de la HAS de 2009 intitulée « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » (3)

Celle de 2005 porte principalement sur la prévention primaire des chutes. Elle propose des interventions afin de diminuer le risque de survenue d'une première chute.

Celle de 2009 porte sur la prévention secondaire des chutes. Elle vise à diminuer le risque de récurrence d'une chute.

A) Recommandations de la HAS de 2005 :

Cette recommandation conseille aux médecins de :

- Demander à toute personne âgée, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente afin de dépister un risque de chute
- Rechercher les facteurs de risque de chute
- Rechercher des troubles de la marche et/ou de l'équilibre à l'aide de tests diagnostiques simples.
- Intervenir en fonction du risque de chute

En ce qui concerne les facteurs de risque, la HAS les a divisé en deux parties.

Les facteurs de risque intrinsèques, directement liés aux patients et à leurs comorbidités et les facteurs de risque extrinsèques en lien avec des comportements de l'individu (alcoolisme...) ou l'environnement (sol glissant, manque de luminosité dans une pièce...).

Ces facteurs de risque sont décrits dans l'annexe 1.

En ce qui concerne l'évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre, plusieurs tests simples sont proposés au médecin : *le Timed up and go test, le test du maintien unipodal, la poussée sternale, le walking and talking test.*

La HAS privilégie ces tests car elle les considère facilement applicable en consultation.

a) Le Timed up and go test :

Ce test consiste à mesurer le temps mis par un patient pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, faire un demi-tour et revenir s'asseoir sans l'aide d'une personne tiers.

Le patient peut utiliser une canne s'il l'utilise habituellement.

La personne présente un déficit de mobilité si elle réalise le test en plus de 20 secondes.

Le déficit de mobilité est vraiment important au-delà de 29 secondes.

b) Le test du maintien unipodal :

Ce test évalue la capacité d'une personne à rester debout en appui sur une jambe.

Il est dit anormal si le patient ne peut pas rester au moins 5 secondes sur une jambe.

c) La poussée sternale :

Ce test consiste en la réalisation d'une légère poussée au niveau du sternum du patient.

Si ce dernier présente un déséquilibre, cela est prédictif d'un risque de chute.

d) Le Walking and Talking test :

Ce test est simple. Il suffit de poser des questions à la personne lorsqu'elle marche.

Si cette-dernière doit s'arrêter pour prendre part à la conversation, elle est à risque de chute.

Enfin, les recommandations de 2005 proposent un certain nombre de stratégie de prévention des chutes :

- Corriger les facteurs de risque (réduire la iatrogénie +++)
- Corriger les déficits neurosensoriels (correction auditive et visuel)
- Soins des pieds et amélioration du chaussage
- Amélioration de l'état nutritionnel
- Supplémentation en vitamine D
- Aménagement de l'habitat
- Promouvoir une activité physique associée si besoin à un programme de rééducation spécifique

B) Recommandation de la HAS de 2009 :

Cette recommandation propose aux médecins une méthode de prise en charge des patients âgés présentant des chutes répétées.

Elle se divise en trois parties :

- Rechercher les signes de gravité d'une chute
- Rechercher les facteurs de risque de chute
- Proposer des interventions afin de prévenir la récurrence des chutes

En ce qui concerne la gravité d'une chute, les signes à rechercher sont :

- Un traumatisme physique modéré à sévère
- L'incapacité à se relever du sol
- Un syndrome post-chute
- Des signes de maladie aiguë responsable de la chute : AVC, infarctus...
- L'augmentation de la fréquence des chutes
- Une ostéoporose avérée
- La prise de médicaments anticoagulants
- Un isolement social et familial

La HAS propose d'ailleurs au médecin une liste de 16 questions standardisés évaluant la gravité d'une chute. Ces questions sont décrites dans l'annexe 2.

En ce qui concerne les facteurs de risque de chute, ils sont divisés en 2 parties :
les facteurs prédisposants et les facteurs précipitants.

Les facteurs prédisposants sont liés à l'état de santé du patient.
(exemple : la polymédication, une anomalie des pieds, une baisse d'acuité visuelle...)

Les facteurs précipitants correspondent à un événement ponctuel dans la vie du patient
(exemple : un malaise, un vertige, une hypoglycémie, un encombrement du lieu de vie...)

L'ensemble de ces facteurs sont décrits dans l'annexe 3.

Enfin cette recommandation propose aux médecins des interventions afin de prévenir la récurrence d'une chute.

Elles consistent à :

- corriger, si possible, les facteurs de risque précipitants et prédisposants.
- Nettoyer l'ordonnance en réduisant au maximum le nombre de prescriptions (notamment les psychotropes)
- Supplémenter en vitamine D
- Proposer des mesures non médicamenteuses (port de chaussures adaptées, prescription d'une aide technique à la marche : canne...)
- Promouvoir une activité physique régulière et si besoin prescrire des séances de kinésithérapie pour réaliser un travail de l'équilibre postural et de renforcement musculaire.

C) Bilan des recommandations:

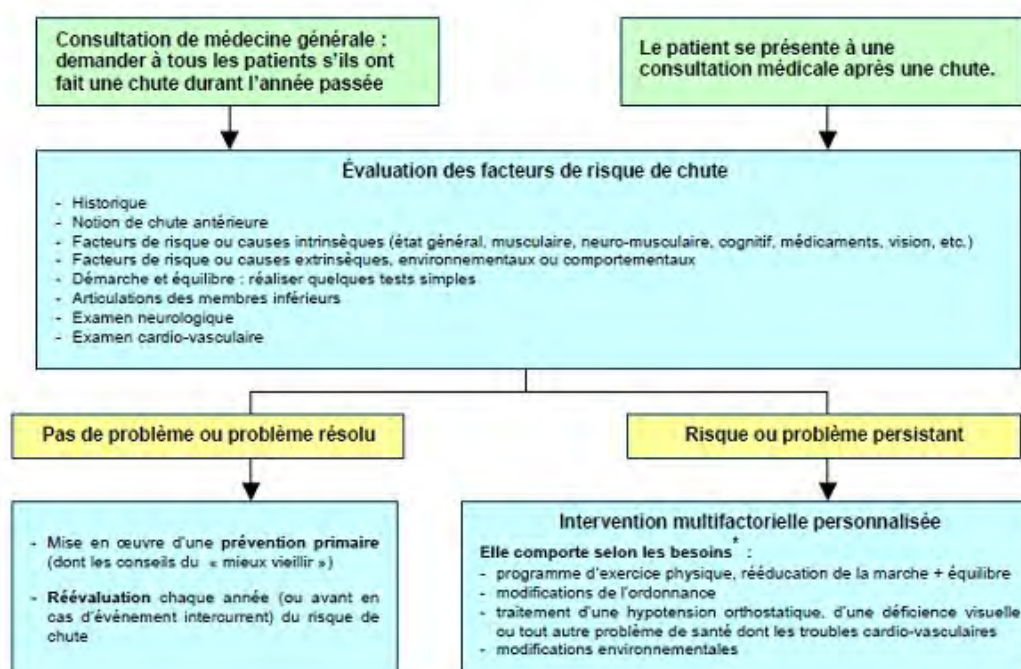
Lorsqu'on fait un bilan de ces recommandations, on se rend compte que la prévention des chutes des personnes âgées se divise en plusieurs parties.

Tout d'abord, une étape de repérage des personnes âgées chuteuses par une intervention brève (« avez-vous chuté dans l'année passée ? »).

Puis une étape de repérage des personnes à risque de chute dans laquelle les médecins doivent rechercher les facteurs de risque de chutes de leurs patients et des troubles de l'équilibre ou de la marche à l'aide de tests simples et validés (test de maintien unipodal, Timed up and Go test...).

Et enfin, une étape de mise en place d'interventions afin de prévenir la survenue des chutes ou leurs récurrences.

Le schéma suivant, issu des recommandations, illustre bien cette prise en charge en trois étapes.



* Le rythme et les modalités du suivi de cette intervention sont à définir au cas par cas.

Fig 1. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée

IV. Problématique de l'étude :

Dans cette introduction, nous avons fait deux constats.

D'une part, le fait que les chutes sont un problème majeur de santé publique en terme de coût humain et économique.

Mais d'autre part, nous avons mis en évidence qu'il existe des solutions pour venir en aide à ces personnes âgées fragiles.

Le médecin généraliste est au centre de la prise en charge des personnes âgées. C'est donc à lui d'assurer le dépistage des patients à risque de chute, et de prendre en charge les patients chuteurs.

La problématique de notre étude est donc la suivante :

« La pratique des médecins généralistes en terme de prévention des chutes est-elle en adéquation avec les recommandations en vigueur aujourd'hui ? »

MÉTHODE

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale descriptive qui consiste en une auto évaluation par les médecins généralistes de leurs prises en charge relatives à la chute de la personne âgée.

L'évaluation a été faite par le biais d'un questionnaire distribué aux médecins par voie électronique.

I. Population d'étude :

La population cible de cette étude était les médecins généralistes installés, ayant une activité libérale, exerçant dans les Pyrénées-Orientales.

La population source était les médecins généralistes de ce département référencés dans l'annuaire en ligne des Pages Jaunes.

Enfin, un échantillon a été constituée à partir de cette population source en sélectionnant un médecin sur deux dans l'annuaire des pages jaunes.

Les médecins non inclus dans cette étude étaient les urgentistes, les praticiens de SOS médecins, les médecins thermalistes, les médecins généralistes ayant un mode d'exercice alternatif (acupuncteur, homéopathe, angiologue...) et les médecins remplaçants.

II. Le Questionnaire :

Le questionnaire est composé uniquement de questions fermées et a été construit sur Google Doc afin d'augmenter le taux de réponse et de faciliter leurs analyses.

Les médecins n'avaient qu'à cocher directement leurs réponses sur le lien envoyé par mail.

Il a été réalisé à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé de 2009 et 2005 et il est divisé en cinq parties :

→ Première partie : Renseignements sur le médecin généraliste (sexe, mode d'exercice, nombre d'années d'exercice, formation complémentaire en gériatrie).

→ Deuxième partie : Repérage des patients chuteurs par une intervention brève.

→ Troisième partie : Repérage des patients à risque de chutes (facteurs de risques, troubles de l'équilibre).

→ Quatrième partie : Les interventions de prévention proposées aux patients

→ Cinquième partie : Les difficultés pour réaliser cette prévention et l'intérêt pour des formations sur le sujet.

Dans l'élaboration de ce questionnaire, nous avons suivi l'arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée cité plus haut en reprenant les 3 étapes décrites :

- 1) Repérage des patients chuteurs.
- 2) Repérage des patients à risque de chutes.
- 3) Mise en place d'interventions de prévention.

Le questionnaire complet est disponible en annexe 4.

III. Déroulement de l'étude :

Les médecins de l'échantillon ont tous été contactés par téléphone préalablement à l'envoi des questionnaires.

En cas d'absence de réponse à un premier appel, les horaires d'ouverture du cabinet étaient contrôlés via l'annuaire santé d'Améli et les médecins étaient contactés une seconde fois.

Le questionnaire a ensuite été envoyé par mail à tous les médecins ayant accepté de participer à l'étude.

Il était accompagné d'une préface expliquant l'objectif de l'étude et assurant le respect de l'anonymat de chaque médecin.

La collecte des questionnaires a duré 2 mois : du 10 juin au 14 août 2021.

Les données ont été recueillies et analysées directement via le Google Doc.

RÉSULTATS

I. Taux de réponse :

Au début de l'étude, le 10 juin 2021, le nombre de médecins généralistes inscrits sur les Pages Jaunes était de 620.

Nous avons donc sélectionné 310 médecins généralistes à contacter.

Parmi eux, 43 ont été retirés de l'étude du fait d'un mode d'exercice différent de la médecine générale libérale :

- 12 urgentistes
- 6 médecins homéopathes
- 9 médecins exerçant en milieu hospitalier
- 6 médecins thermalistes
- 2 angiologues
- 6 allergologues
- 2 médecins acupuncteurs

Au total, 267 médecins généralistes ont été contactés par téléphone.

64 médecins étaient injoignable malgré deux appels.

56 praticiens ont refusé de participer à l'étude.

147 questionnaires ont été envoyés dont 37 nous ont été retournés.

II. Caractéristiques des médecins interrogés :

a. Sexe

L'échantillon de l'étude compte 21 hommes (56,8%) et 16 femmes (43,2%).

b. Milieu d'exercice

Le milieu d'exercice a été divisé en 4 parties : Travail seul, en groupe, en maison de santé pluridisciplinaire et en Ehpad.

11 médecins (29,7%) exercent seuls. Parmi eux, 1 médecin travaille en EHPAD.

26 médecins (70,3%) exercent en groupe. Parmi eux, 10 médecins exercent en maison de santé pluridisciplinaire et 2 médecins travaillent en EHPAD.

c. Années d'exercice

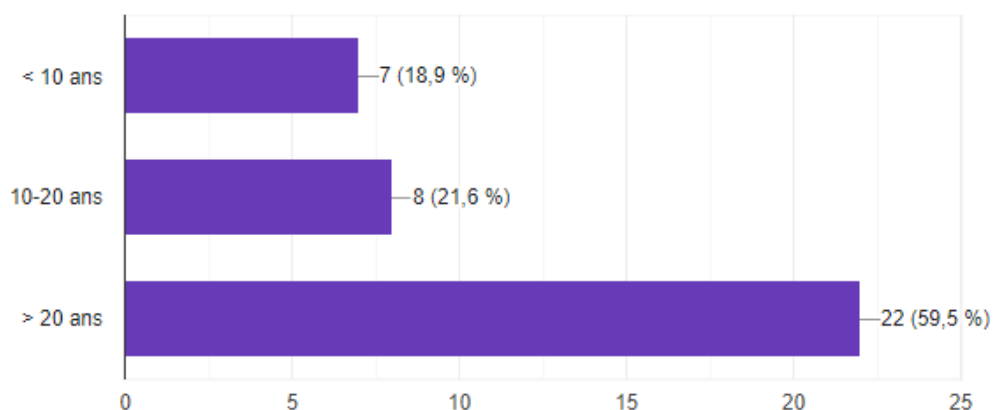


Tableau 1 : Répartition des médecins en fonction de leur durée d'exercice

La majorité des médecins généralistes (59,5%) interrogés exercent depuis plus de 20 ans.

d. Formation complémentaire en gériatrie

5 médecins (13,5%) de l'échantillon ont une formation complémentaire en gériatrie.

III. Repérage des patients chuteurs par une intervention brève :

D'après les recommandations, le repérage des patients chuteurs doit se faire par une question simple, posée à chaque consultation quelque soit le motif :

→ « Avez-vous chuté dans l'année passée ? »

Dans notre échantillon :

Quasiment 2/3 (64,9%) des médecins posent cette question à leurs patients.

Parmi eux, 11 (45,8%) les interrogent à chaque consultation, 7 (29,2%) tous les 6 mois et 6 (25%) tous les ans.

IV. Repérage des patients à risque de chute :

En ce qui concerne le repérage des personnes à risque de chute, les recommandations insistent sur deux éléments : l'évaluation de la marche et de l'équilibre et la recherche des facteurs de risque de chute.

Nous avons donc analysé, dans cette partie du questionnaire, ces deux points.

a. Évaluation de la marche et de l'équilibre

Dans notre échantillon, 32 médecins sur 37 soit 86,4% de l'échantillon admettent évaluer la marche et l'équilibre de leurs patients.

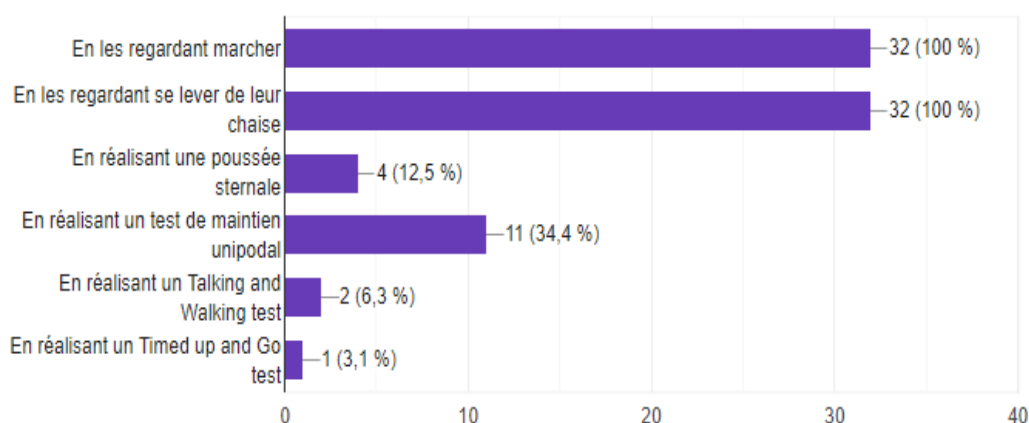


Tableau 2 : Méthode d'évaluation de la marche et de l'équilibre des patients

En analysant le graphique ci-dessus, on remarque que tous les médecins font cette évaluation en regardant les patients marcher ou en les regardant se lever de leur chaise.

Les tests de repérage du risque de chute sont peu utilisés.

Seuls 4 médecins (12,5%) appliquent la poussée sternale.

Un peu plus d'un tiers des médecins (34,4%) utilisent le test de l'appui unipodal.

2 médecins (6,3%) effectue un Talking and Walking test.

Enfin un seul médecin (3,1%) admet réaliser le Timed up and Go test.

b. Facteurs de risque de chute :

L'analyse des facteurs de risque de chute suit la recommandation de 2009.

D'un côté les facteurs prédisposants et de l'autre les facteurs précipitants.

Dans l'analyse des données suivantes, nous avons considéré qu'un facteur de risque était régulièrement évalué lorsque plus de 2/3 des médecins le recherchaient.

b.1. Facteurs prédisposants de chute

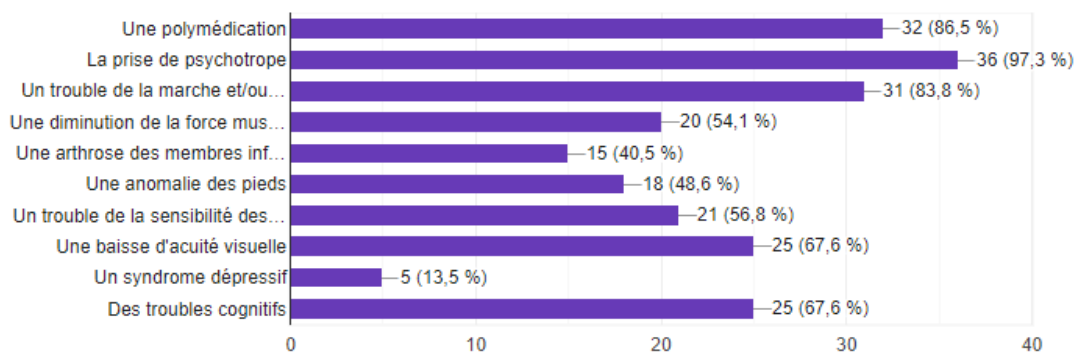


Tableau 3 : Facteurs prédisposants de chute recherchés par les médecins généralistes

D'après ce graphique, nous pouvons donc diviser ces facteurs en deux groupes :

→ les facteurs de risque évalués régulièrement (> 2/3 des médecins le recherchent) :

- La prise de psychotrope : 97,3%
- La polymédication : 86,5%
- Les troubles de la marche et/ou de l'équilibre : 83,8%

- Les troubles cognitifs : 67,6%
- Les troubles visuels : 67,6%

→ les facteurs de risque peu évalués (< 2/3 des médecins le recherchent) :

- Un trouble de la sensibilité des membres inférieurs : 56,8%
- Une diminution de la force des membres inférieurs évalués par 2 moyens (un IMC < 21 ou l'incapacité de se relever d'une chaise sans les mains): 54,1%
- Une anomalie des pieds : 48,6%
- Une arthrose des membres inférieurs: 40,5%

On notera que le syndrome dépressif n'est quasiment pas recherché par les médecins. Seuls 5 médecins soit 13,5% de l'échantillon y pensent.

b.2. Facteurs précipitants de chute

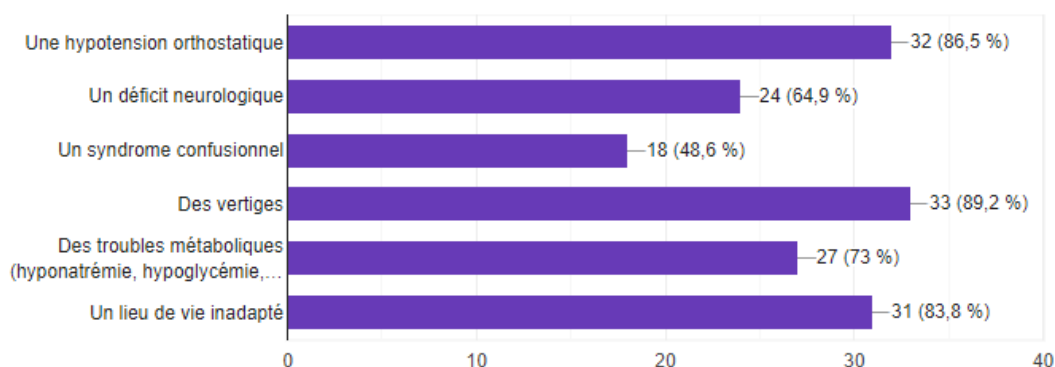


Tableau 4 : Facteurs précipitants de chute recherchés par les médecins généralistes

En ce qui concerne les facteurs précipitants, nous pouvons à nouveau dissocier 2 groupes :

Les facteurs régulièrement évalués (>2/3 des médecins le recherchent) :

- Des vertiges : 89,2%
- Une hypotension orthostatique : 86,5%
- Un lieu de vie inadapté : 83,8%
- Des troubles métaboliques (hyponatrémie, hypoglycémie, alcoolisme) : 73%
- Un déficit neurologique : 64,9%

Le seul facteur faiblement recherché est le syndrome confusionnel. Il est évalué par moins d'un médecin sur deux (48,6%).

V. Les interventions de prévention mises en place :

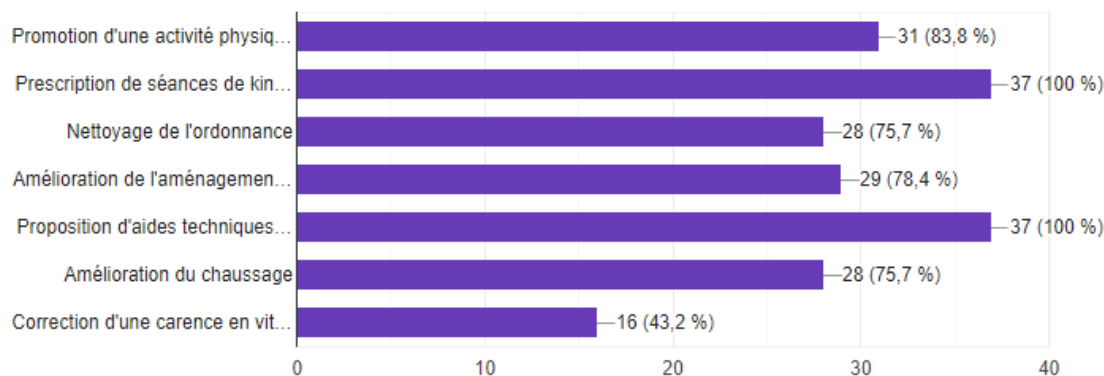


Tableau 5 : Interventions de prévention des chutes réalisés par les médecins généralistes

Comme pour les facteurs de risque, nous avons divisés cette partie en deux.

D'un côté les interventions mises en place régulièrement (par $> 2/3$ des médecins).

Parmi elles on retrouve :

- La prescription de séances de kinésithérapie : 100%
- La proposition d'aides techniques (cannes, déambulateurs..) : 100%
- La promotion d'une activité physique régulière : 83,8%
- La proposition d'un aménagement plus optimal de leurs habitats : 78,4%
- La révision de l'ordonnance avec réduction des prescriptions inutiles : 75,7%
- La proposition d'un chaussage plus adapté et sécurisé : 75,7%

Seule la correction d'une carence en vitamine D est faiblement réalisée par les praticiens. Seulement 43,2% d'entre eux la prennent en compte.

VI. Avis des médecins sur la prise en charge de ces patients :

Pour conclure ce questionnaire, nous nous sommes intéressés aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la mise en place de tous les contingents de la prévention des chutes chez la personne âgée.

Et nous les avons interrogé sur l'intérêt qu'ils porteraient à une formation sur le sujet.

a. Difficultés rencontrées :

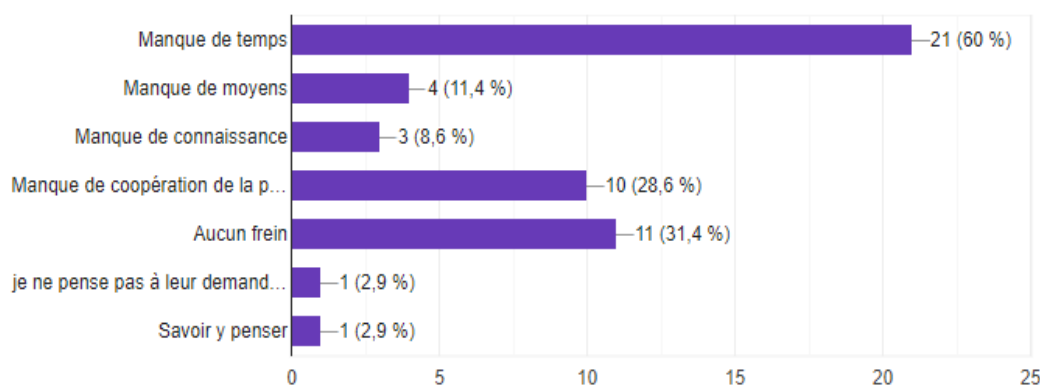


Tableau 6 : Difficultés rencontrés par les médecins généralistes en terme de prévention des chutes

Presque 2/3 des médecins présentent des difficultés dans la mise en place de cette prévention des chutes.

Ces résultats mettent en évidence deux problèmes principaux.

Le manque de temps déploré par 60% des médecins interrogés.

Et le manque de coopération de la part des patients.

28,6% des médecins affirment avoir du mal à créer une alliance thérapeutique dans la prévention des chutes de leurs personnes âgées.

b. Formations sur le sujet :

Alors que la population de l'échantillon est déjà expérimentée (59,5% des médecins interrogés sont installés depuis plus de 20 ans), l'intérêt pour des formations reste conséquent.

Quasiment un médecin sur deux (48,6%) serait prêt à parfaire ses connaissances sur la prévention des chutes de la personne âgée.

DISCUSSION

I. Biais de l'étude :

Avant d'analyser les résultats nous devons prendre en compte certains biais.

a. Biais de sélection :

Une étude descriptive se doit, pour avoir une puissance élevée, compter un grand nombre de participants.

Malgré un échantillon contacté de 267 médecins, le nombre de réponses fut assez faible. Seuls 37 médecins (soit 13,8% de l'échantillon interrogé) ont répondu au questionnaire. Du fait de sa faible puissance, l'analyse statistique de notre étude est délicate.

b. Biais de réponse :

L'étude a été réalisée sur la base du volontariat. Les médecins ayant participé sont donc probablement ceux qui se sentent les plus concernés ou les plus intéressés par le sujet.

De plus, notre étude repose entièrement sur la bonne foi des médecins puisqu'il s'agit d'un auto-questionnaire.

Le fait d'utiliser des questions fermées a pu orienter les médecins dans leurs réponses. L'utilisation de questions ouvertes nous aurait permis d'obtenir des réponses plus proches de la pratique réelle des médecins. Cependant, cela aurait été beaucoup plus chronophage pour les médecins. La participation aurait donc été encore plus faible.

II. Analyse des résultats : Ce que nous apprend cette étude :

Dans l'analyse de ces résultats, nous avons considéré qu'un élément proposé par les recommandations était correctement suivi lorsque 2 médecins sur 3 le mettaient en place.

a. Repérage des patients chuteurs :

Le repérage de ces patients n'est pas réalisé de façon optimale. Même si 2 médecins sur 3 assurent demander à leurs patients s'ils ont chuté dans l'année passée.

Cette question n'est pas posée assez régulièrement. En effet moins d'un médecin sur 2 en parlent à chaque consultation. Le reste en parle tous les 6 mois ou tous les ans.

b. Repérage des patients à risque de chute :

Les troubles de la marche et de l'équilibre sont fréquemment recherchés. Cependant très peu de médecins se servent des tests validés.

Le test de maintien unipodal est utilisé par 1 médecin sur 3. Le Timed Up and Go Test et le Talking and Walking test sont utilisés par moins de 10 % des médecins interrogés.

Cette sous utilisation de ces outils s'expliquent probablement par la méconnaissance de leur existence, de leur réalisation ou de leur interprétation.

Ils sont pourtant facilement réalisables au cabinet et peu chronophages.

En ce qui concerne les facteurs de risque, une grande majorité de ces derniers sont connus et recherchés par les médecins.

L'élément essentiel à améliorer dans les pratiques est la recherche d'un syndrome dépressif.

Du fait d'une vitesse de marche plus lente, une longueur du pas plus courte et un temps de double appui plus long, les patients dépressifs sont plus à risque de chute.

Il est donc nécessaire de dépister ce trouble afin de le traiter.

c. Les interventions de prévention :

Dans cette catégorie, la prise en charge des médecins paraît optimal.

Quasiment tout ce qui est recommandé est mis en place.

Le seul bémol est la supplémentation en vitamine D proposée par moins d'un médecin sur deux. Probablement car le lien entre la vitamine D et les chutes n'est pas aussi évident et mériterait d'être rappelé au médecin par quelques fiches d'information.

CONCLUSION

D'une manière générale, la pratique des médecins généralistes des Pyrénées-Orientales est en adéquation avec les recommandations de la HAS de 2005 et de 2009.

Les facteurs de risque sont recherchés, les interventions de prévention sont mises en place.

Cependant, on remarque que les tests d'évaluation spécifiques ne sont pas réalisés.

Ils ne sont probablement pas connus par les médecins et donc ne sont pas intégrés dans l'examen habituel de la personne âgée.

Une amélioration de l'information des médecins sur le sujet leur permettrait d'insérer ces tests dans leurs examens cliniques habituels.

Un autre obstacle a été soulevé par une grande majorité des médecins. Le manque de temps pour réaliser une prévention optimale.

Une coopération entre les médecins généralistes et les paramédicaux tels que les infirmiers en pratique avancée ou les infirmiers Azalée permettrait de libérer plus de temps pour cette prévention.

En effet les infirmiers cités ci-dessus participent déjà à la prévention dans le cadre du diabète et de l'obésité. Ajouter la prévention des chutes à leur arsenal thérapeutique pourrait être intéressant à l'avenir.

Un dernier problème à soulever est le manque de coopération des patients. Ces derniers sont insuffisamment informés des dangers d'une chute. À côté du cancer, de l'AVC, cela reste quelque chose d'anodin. Il me paraît donc nécessaire que les autorités sanitaires et tous les professionnels de santé les sensibilisent sur le sujet.

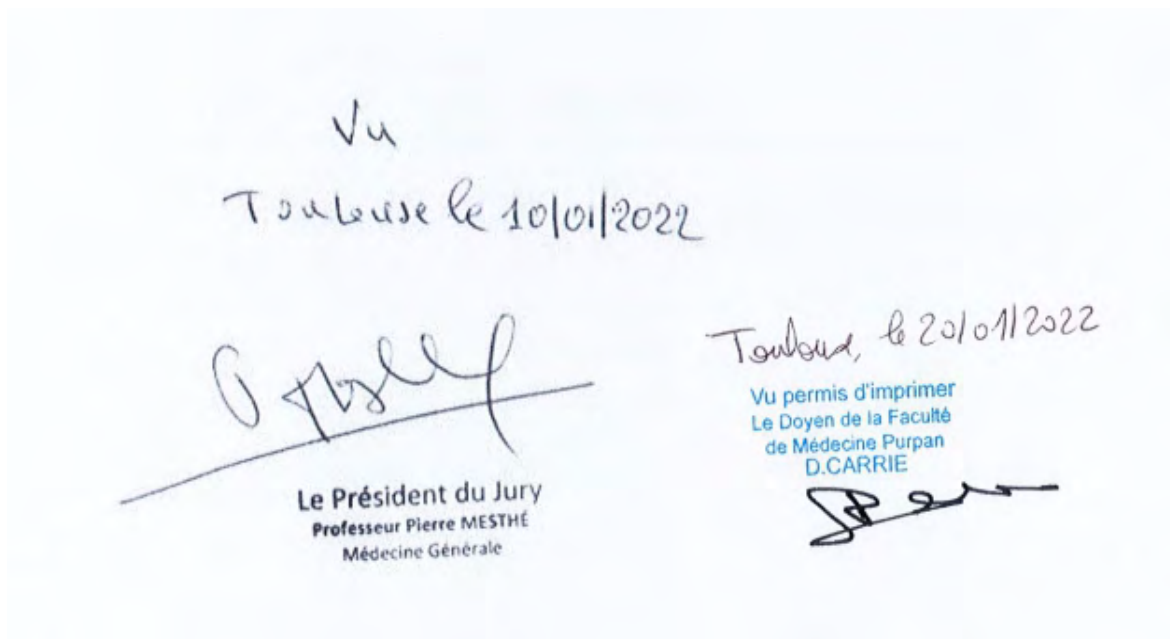
Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées chuteuses et/ou à risque de chutes, trois axes d'intervention me paraissent évidents :

→ Améliorer la sensibilisation des médecins sur le dépistage des chutes en les informant sur les outils et moyens disponibles pour la réaliser de façon optimale.

→ Faire intervenir les paramédicaux dans cette prévention afin de libérer du temps aux médecins.

→ Sensibiliser le public sur les chutes et leurs risques.

A ce jour, la prévention des chutes des personnes âgées reste un enjeu majeur de Santé Publique. Il est de notre devoir, nous, médecins généralistes d'en optimiser la prise en charge.



BIBLIOGRAPHIE

1. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#consulter>
2. Gonthier R. Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. Juin 2014;198(6):1025-39.
3. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
4. Fleming J, Brayne C. Inability to get up after falling, subsequent time on floor, and summoning help: prospective cohort study in people over 90. BMJ. 17 nov 2008;337:a2227.
5. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König H-H. Cost of falls in old age: a systematic review. Osteoporos Int. juin 2010;21(6):891-902.
6. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

ANNEXES

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none"> ● Âge : plus de 80 ans ● Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes ● Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité ● Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré ● Réduction de l'acuité visuelle ● Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition ● Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté

Annexe 1 : facteurs intrinsèques et extrinsèques de chute

- Questions portant sur les conséquences de la chute :
 - ☐ Y a-t-il eu un traumatisme physique ?
 - ☐ Le séjour au sol a-t-il dépassé une heure ?
 - ☐ La personne a-t-elle pu se relever seule après la chute ?
 - ☐ La personne a-t-elle pu se tenir debout sans aide après la chute ?
 - ☐ La personne a-t-elle peur de faire une nouvelle chute ?
- Questions portant sur la pathologie responsable de la chute :
 - ☐ Y a-t-il eu un malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute ?
 - ☐ Y a-t-il eu un déficit neurologique sensitivomoteur constitué ou transitoire ?
 - ☐ Y a-t-il eu un trouble de la conscience ?
 - ☐ Y a-t-il eu un vertige (en donnant la définition du vertige au patient : sensation erronée de déplacement rotatoire de l'espace ou du corps dans l'espace) ?
 - ☐ Y a-t-il eu un état fébrile ou une pathologie infectieuse précédant la chute ?
 - ☐ Y a-t-il eu prise d'un médicament hypoglycémiant ?
- Questions portant sur le risque et le terrain à risque de chute grave :
 - ☐ Y a-t-il eu une augmentation de la fréquence des chutes ces dernières semaines ?
 - ☐ La personne a-t-elle une ostéoporose sévère ?
 - ☐ La personne prend-elle un (ou des) médicament(s) anticoagulant(s) ?
 - ☐ La personne vit-elle seule ?
 - ☐ La personne a-t-elle des aides à domicile ?

Annexe 2 : Questions standardisés évaluant la gravité d'une chute

**Facteurs
prédispo-
sants**

- Agé 80 ans
- Sexe féminin
- Antécédents de fractures traumatiques
- Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)
- Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1
- Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (*timed up & go test* ≥ 20 secondes et/ou station unipodale ≤ 5 secondes)
- Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle < 21 kg/m²)
- Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- Anomalie des pieds
- Troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud)
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)

**Facteurs
précipi-
tants**

Cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique

Neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale

Vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-dé-
viation au test de Romberg

Métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants, une consommation excessive d'alcool

Environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage

Annexe 3 : Facteurs précipitants et prédisposants de chute

Première partie : Quelques questions sur vous			
Êtes-vous ?	Un homme		Une femme
Comment exercez-vous?	Seul	En groupe	En MSP* En Ehpad
Depuis combien d'années exercez-vous la médecine générale ?	< 10 ans	10-20 ans > 10 ans	
Avez-vous un diplôme ou une formation complémentaire en gériatrie?	Oui		Non

Deuxième partie : Repérage des patients chuteurs			
Demandez-vous à vos patients âgés s'ils ont chuté dans l'année passée ?	Oui		Non
Si oui, à quelle fréquence ?	Tous les 6 mois	Tous les ans	A chaque consultation

Troisième partie : Repérage des patients à risque de chute	
Évaluez-vous la marche et l'équilibre de vos personnes âgées ?	Oui Non
Si oui, comment l'évaluez-vous ?	En les regardant marcher
	En les regardant se lever de leur chaise
	En réalisant une poussée sternale
	En réalisant un test de maintien unipodal
	En réalisant un Talking and Walking test
	En réalisant un Timed up and Go test
Quels facteurs prédisposants de chute recherchez-vous ?	Une polymédication
	La prise de psychotrope
	Un trouble de la marche et/ou de l'équilibre (si non réalisé en prévention primaire)
	Une diminution de la force musculaire des membres inférieurs (IMC <21 ou incapacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains)
	Une arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
	Une anomalie des pieds
	Un trouble de la sensibilité des membres inférieurs
	Une baisse d'acuité visuelle
Un syndrome dépressif	

	Des troubles cognitifs
Quels facteurs précipitants de chute recherchez-vous ?	Une hypotension orthostatique
	Un déficit neurologique
	Un syndrome confusionnel
	Des vertiges
	Des troubles métaboliques (hyponatrémie, hypoglycémie, alcoolisme)
	Un lieu de vie inadapté

Quatrième partie : Interventions de prévention des chutes mises en place	
Quelles interventions de prévention des chutes mettez-vous en place ?	Promotion d'une activité physique régulière
	Prescription de séances de kinésithérapie
	Nettoyage de l'ordonnance
	Amélioration de l'aménagement de l'habitat du patient
	Proposition d'aides techniques (cannes, déambulateur...)
	Amélioration du chaussage
	Correction d'une carence en vitamine D

Cinquième partie : Difficultés rencontrées et intérêt pour une formation		
Quels sont les freins à la mise en place de cette prévention ?	Manque de temps	
	Manque de moyens	
	Manque de connaissance	
	Manque de coopération de la part des patients	
	Aucun frein	
Seriez-vous intéressé par des formations sur la prévention des chutes des personnes âgées ?	Oui	Non

Annexe 4 : Questionnaire

AUTEUR : Geoffrey ROQUES

TITRE : Évaluation des pratiques des médecins généralistes des Pyrénées-Orientales en terme de prévention des chutes de la personne âgée.

DIRECTEUR DE THÈSE : Alain RIVIÈRE

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 15 février 2022

Les chutes du sujet âgé sont fréquentes et graves. Leur prise en charge, dont les médecins généralistes sont responsables, est complexe et multifactorielle. Pour les aider, La HAS a proposé des recommandations en 2009 et 2005.

L'objectif de notre étude est de comparer la pratique habituelle des médecins généralistes aux recommandations en vigueur aujourd'hui. Pour cela, nous avons réalisé une étude transversale descriptive par l'intermédiaire d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes des Pyrénées-Orientales. D'une manière générale, la pratique des médecins généralistes est en adéquation avec les recommandations. Ils se plaignent du manque de temps et de coopération des patients dans cette prise en charge. Sensibiliser la population et faire participer les paramédicaux paraissent donc être deux axes intéressants pour améliorer notre prise en charge de ces patients.

Assessment of the practices of general practitioners in the “Pyrénées-Orientales” in terms of preventing falls in the elderly.

Elderly people often fall and those frequent falls are serious. General Practitioners (GPs) are responsible for their care, but this is complex and multifactorial. To help them, the “HAS” (French Health High Authority) made some recommendations in 2009 and 2005.

The aim of our study is to compare the usual practice of general practitioners with the recommendations that are in force at the moment. To do so, we carried out a descriptive cross-sectional study through a questionnaire sent to the general practitioners of the “Pyrénées-Orientales” area. We can affirm that the practice of the GPs is generally in line with the recommendations. But they complain because the patients don't spend enough time and don't cooperate much in this caring process. So, raising public awareness and involving paramedics seem to be two interesting axis to improve the care of these patients.

Mots-clés : Médecine générale, Recommandations, Prévention, chute, personnes âgées

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France