

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 10 Novembre 2022 à Poitiers
par **Monsieur Clément CANTIN**

Analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres, une étude multicentrique qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le professeur Marc PACCALIN

Membres :

Monsieur le professeur Bernard FRECHE
Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC
Monsieur le DR Christophe BONNET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Maria Fatima De Oliveira

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2022

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 10 Novembre 2022 à Poitiers
par **Monsieur Clément CANTIN**

Analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres, une étude multicentrique qualitative

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le professeur Marc PACCALIN

Membres :

Monsieur le professeur Bernard FRECHE
Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC
Monsieur le DR Christophe BONNET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Maria Fatima De Oliveira

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2022 – 2023

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULET Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGORD Philippe, neurochirurgie
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (en dispo 1 an à/c du 31/07/2022)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an à/c 01/11/2022)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- PARTHENAY Pascal

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CASTETS Monique, bactériologie-virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la

reproduction

- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCOQ Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- COUET William, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Yohann, biostatistiques
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAULT Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie (HDR)
- HUSSAIN Didja, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

Remerciements

À Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect. Merci pour vos enseignements et le soutien que vous m'avez apporté en tant qu'interne dans vos services.

À Monsieur le Professeur Bernard FRECHE, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Je vous remercie de l'écoute que vous avez pu m'apporter au cours de ma formation. Soyez assuré de ma gratitude et de ma respectueuse considération.

À Monsieur le Docteur Jean DU BREUILLAC, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail au décours d'un de vos enseignements. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Dr Christophe BONNET, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, veuillez y trouver le témoignage de ma gratitude.

À Madame le Docteur Maria Fatima DE OLIVEIRA, merci d'avoir accepté de m'accompagner, d'être la clé de voute de ce travail. Merci pour ton soutien quotidien, tes consciencieuses relectures et ton accompagnement. Rien de tout cela n'aurait été possible sans toi. Je te suis éternellement reconnaissant. Affectueusement.

À Madame le Docteur Claire BOUTILLER, merci de m'avoir accompagné, merci pour ton soutien méthodologique. Merci d'avoir pris et accepté la place de véritable contrefort dans ce travail. Tu trouveras toujours chez moi une (voir deux) oreille(s) attentive(s) et de l'eau chaude pour ton thé.

À mes Pairs, merci pour vos enseignements.

À Marie Noelle BORDAGE, sainte patronne des étudiants en médecine de la faculté Poitiers. Je vous dois mon accomplissement et une boîte de chocolat, je vous suis éternellement reconnaissant.

À toute l'équipe du centre hospitalier Nord Deux Sèvres. À mes collègues EB, CB, CD, FDO, HD, AK, BK, FM KO, DR, OV merci de m'avoir accueilli dans cette grande famille. Merci à Bénédicte et Oana pour leur accompagnement et leurs enseignements. Merci à toute l'équipe : infirmière (toi aussi Karl) aides-soignantes, Kiné, Ergo, Assistantes sociales, ASH ...

À Chloé CHAPRON, mon assistante sociale préférée, mon épouse si tu le veux bien (commence par dire oui on verra en suivant pour la date). Merci d'être à mes côtés, de rendre le quotidien supportable, agréable que dis-je : une véritable fête ! Merci de m'avoir supporté dans ce travail. Je t'aime.

À Robin TIO mon beau fils préféré. Merci pour ton rire quotidien. Merci de m'avoir accepté dans ta vie. Merci pour tes excuses toujours plus farfelues pour ne pas prendre ta douche ou ranger ta chambre... Toi aussi je t'aime.

À clément VEZIN (mon témoin en fonction de la réponse de madame) merci pour ton amitié inconditionnelle et ton soutien, merci pour l'hilarité que me procure la vision d'un petit caillou blanc. Merci de m'avoir fait connaître Sissi dont le rire tonitruant constitue la panacée à tout coup de blues.

À Thomas LISTRE merci de m'avoir fait découvrir Terry Pratchett, merci pour cette superbe « collocation », tu trouveras toujours une chambre chez nous.

À Illyes CHILLA (AKA Patrique) et toute ta famille, merci de ta patience, de m'avoir fait découvrir le taboulé et d'avoir fait de moi un professionnel du déménagement.

À Guillaume BONNE et ta famille merci. Annaëlle bon courage.

À ma famille, merci. À ma mère à qui je dois tant, à mon oncle pour tes enseignements, à mes frères et sœurs, à mon père. Je ne serais pas qui je suis sans vous.

À toutes celles et ceux que je n'ai pas la place de remercier, je n'y manquerai pas de vive voix.

Glossaire

ADL activities of daily living

APA Activité physique adaptée

ASALEE Action de santé libérale en équipe

CA : communauté d'agglomération

CAQDAS : Computer assisted qualitative data analysis software

CHNDS Centre hospitalier Nord Deux Sèvre

CC : communauté de commune

CPTS Communautés professionnelles territoriales de santé

EHPAD : établissement d'hébergement personne âgée dépendante

GDS 15 Geriatric depression scale

HAD hospitalisation à domicile

HAS haute autorité de sante

IDAL instrumental activities of daily living

IDE Infirmier(e) diplômé d'état

MNA Mini nutritional assessmen

MSP maison de santé pluriprofessionnelle

PEPS prescription d'exercice physique pour la santé

SAU service d'accueil des urgences adultes

OMS Organisation mondiale de la santé

Table des matières

Remerciements	6
Glossaire	8
Table des matières	9
Table des annexes	10
Introduction	11
Méthode	12
Population	12
Recueil des données.....	13
Analyse des données	14
Résultats	15
La prise en charge médicale de la chute	15
Dépistage du sujet âgé à risque de chute	15
Information de la chute.....	16
Circonstance de la chute	17
Conséquence de la chute	19
Complexité	20
Caractéristiques des patients	21
Le sujet âgé.....	21
Les loisirs du patient.....	22
L'environnement du patient	23
Le réseau professionnel.....	25
Connaissance des réseaux.....	25
Coordination.....	26
Méconnaissance des réseaux.....	27
Discussion	28
Conclusion	33
Annexes	34
Bibliographie	37
Résumé des mots clés	41
Serment	43

Table des annexes

Annexe 1 : entretien semi directif

Annexe 2 : diagramme d'encodage (grille de lecture)

Annexe 3 Verbatims

Introduction

Selon l'OMS les chutes représentent la deuxième cause de décès accidentel ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. La définition retenue de la chute est la suivante issue de l'OMS : « événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment ». Selon les estimations 684 000 personnes perdent la vie dans le monde chaque année à la suite d'une chute et 37.3 millions de chutes justifient des soins médicaux [1]. Les chutes intéressent principalement les personnes de plus de 60ans. Toujours selon l'OMS, la proportion des personnes de plus de 60ans devrait augmenter de plus de 34% entre 2015 et 2050. La population des personnes de plus de 60ans devrait doubler en 2050 et celle des plus de 80ans devrait tripler [2]. La France n'échappe pas à cette dynamique mondiale, ainsi selon l'INSEE la part des plus de 65 devrait augmenter de 29% [3 ; 4]. On dénombre chaque année plus de 2 millions de chutes en France chez les patients de plus de 65ans responsables de plus de 10 000 décès ce qui en fait la première cause de mortalité accidentelle dans cette tranche d'âge et engendre plus de 130 000 hospitalisations avec un coût estimé par la Cour de compte de 2 millions d'euros. [5]. Cela fait de la chute de la personne âgée un problème de santé publique motivant la réalisation d'un plan national antichute des personnes âgées par le gouvernement instauré au début de l'année 2022. Cette problématique fait l'objet de recommandations nationales de la HAS [6, 7, 8, 9].

Le département des Deux sèvres est marqué par un vieillissement de la population plus marqué qu'en France surtout dans le Nord Est du département avec un indice de vieillissement départemental à 99.1 contre 81.2 en France hexagonale selon l'observatoire régional de la santé Nouvelle Aquitaine [10]. La chute représente un des principaux motifs de consultation au SAU du CHNDS [11]. La chute du sujet âgé s'avère être une problématique complexe. La question de l'étude est donc de savoir comment les médecins généralistes prennent en charge les patients de plus de 65ans présentant des chutes sur le territoire du Nord Deux Sèvres.

Cette étude consiste en une analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres, une étude multicentrique qualitative. L'objectif secondaire est de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à cette problématique et ainsi l'évaluation de l'impact de la démographie médicale et paramédicale.

Méthode

Population

Une étude qualitative multicentrique a été réalisée par analyse de retranscriptions d'entretiens semi directifs conduits auprès de médecins généralistes exerçant sur le territoire du Nord Deux Sèvres interrogés du premier avril au trente et un juillet 2022. Concernant l'échantillonnage le chercheur a décidé de traiter l'ensemble des verbatim répondant au critère d'inclusion suivant : prendre en soin des patients de plus de 65ans pour le motif de chute en médecine de ville auprès des médecins généralistes exerçants sur le territoire du Nord Deux Sèvres regroupant les CC Val de Gâtine, CC de Parthenay en Gâtine, CC Airvaudais-Val du Thouet, CA du bocage Bressuirais, CC du Thouarsais. L'âge de 65ans est retenu conformément aux données de la littérature.

Etaient exclu tout récit traitant de patients vivant en structure (EHPAD). Etaient exclus tous les médecins généralistes exerçants sur le territoire du Sud des Deux Sèvres (CA du Niortais, la CC du Haut Val de Sèvre et la CC du Mellois en Poitou). L'ensemble des médecin généralistes exerçant sur le territoire du Nords deux Sèvres ont été répertoriés via la base de données disponible sur *ameli.fr*. Ainsi quatre-vingt-seize médecins généralistes ont été contacté par téléphone pour une enregistrement direct ou une prise de rendez-vous. Le secrétariat de l'ensemble des médecins concernés a été contacté à trois reprises. L'absence de réponse a été interprétée comme un refus de participation. Quatre médecins ont exprimé un refus de participation. Neuf médecins ont proposé un rendez-vous pour un entretien téléphonique, deux autres pour un rendez-vous au cabinet de consultation. Parmi les quatre-vingt-seize médecins contactés trente ont souhaité une demande par mail. Parmi les trente mails envoyés, trois ont donné suite à un entretien téléphonique.

Cinquante et un appels ont été interprétés comme un refus de participation (figure 1). Quatorze médecins ont été enregistrés, de tout âge de médecin tout juste installé à médecin en fin de carrière, sept hommes et sept femmes. La répartition des lieux d'exercice des médecins est la suivante : deux sur la CC du Val Gâtine, deux sur la CC de Parthenay en Gâtine, deux sur la CC Airvaudais Val du Thouet, quatre sur la CA du bocage Bressuirais et trois sur la CC du Thouarsais.

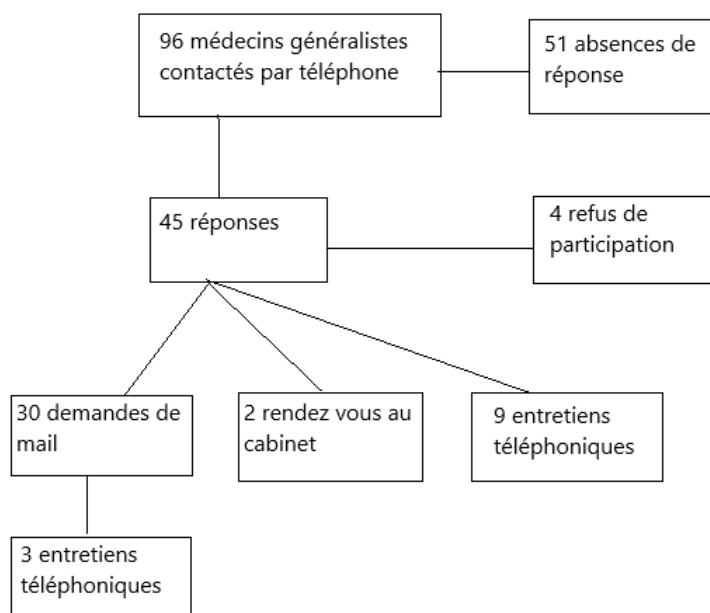


Figure 1 : Diagramme de flux des médecins contactés

Recueil des données

L'ensemble des entretiens téléphoniques et des rendez-vous débute par un recueil du consentement à l'enregistrement de l'ensemble des entretiens. Il était précisé que l'ensemble des entretiens seraient tapuscrit dans leur intégralité, que toute information pouvant permettre l'identification des participants serait remplacée par un terme générique approprié, que les retranscriptions seraient anonymisées et les noms des volontaires ne seraient pas cités. L'ensemble des volontaires ont donné leur consentement. L'objectif de l'étude n'était pas communiqué. Seul l'objet de l'étude était communiqué : « chute de la personne âgée de plus de 65 ans à domicile ». L'entretien semi directif se déroulait selon cinq questions : Vous arrive-t-il de recevoir en consultation des patients de plus de 65 ans pour le motif de chute ? Comment évaluez-vous l'autonomie de la personne âgée ? Comment évaluez-vous la fragilité de la personne âgée ? Avez-vous une stratégie de dépistage du risque de chute de la

personne âgée ? Pouvez-vous me dire ce que vous mettez en place pour un patient que vous jugez à risque de chute ? Avez-vous reçu un patient de plus de 65ans autonome pour le motif de chute ? Pourriez-vous me raconter votre prise en charge globale ?

Ces entretiens ont été réalisés sur une méthode d'écoute active avec relance et reformulation autour des éléments rapportés par les médecins interrogés ainsi que réaction aux éléments de réponses non verbales. Guide entretien semi directif en Annexe 1.

Analyse des données

L'ensemble des 14 enregistrements répondants aux critères d'inclusions ont été anonymisés et tapuscrits ce qui a permis une lecture attentive des verbatims de l'ensemble des entretiens. Elles ont été analysées à l'aide d'un logiciel CAQDAS dédié Nvivo selon une approche réflexive thématique en adoptant une démarche mixte inductive et déductive à travers le découpage des textes selon des unités de sens. L'analyse qualitative documentaire de l'ensemble des retranscriptions a été réalisée. Cela a permis d'identifier les idées émergentes et de créer un système de codage par dimension (thème). Par la suite la révision et le raffinement des dimensions ont été poursuivis afin de faire ressortir des occurrences (sous thème).

Selon le principe de triangulation ce codage a été réalisé en parallèle par le chercheur et un médecin. Ce procédé a pour but de limiter la subjectivité du chercheur et éventuellement de mettre en évidence des dimensions passées inaperçues initialement.

Résultats

La saturation de donnée est obtenue à l'analyse de la neuvième retranscription ce qui est confirmé par l'analyse des 5 retranscriptions complémentaires. L'analyse des verbatims a fait émerger 38 sous thèmes décrivant la prise en charge en médecine de ville du sujet de plus de 65ans présentant des chutes, qui ont été répartis en 13 thèmes eux-mêmes répartis en 3 catégories : la prise en charge médicale de la chute, les caractéristiques du patient et le réseau professionnel du médecin généraliste interrogé. Ces trois catégories se regroupent sous la forme d'un tronc commun qu'est la **prise en charge individuelle** du patient.

L'ensemble des ces sous thèmes, thèmes et catégories prennent la forme d'un organigramme. Cela constitue la grille de lecture de l'étude disponible en annexe 2.

L'intégralité des verbatims est disponible via le lien internet disponible en annexe 3.

La prise en charge médicale de la chute

Il en ressort que la prise en charge médicale du sujet âgé chuteur est une problématique complexe justifiant une **prise en charge individuelle** :. « *Les cas sont multiples, chaque personne est individuelle* » (enregistrement 5). Ainsi plusieurs thèmes émergent.

Dépistage du sujet âgé à risque de chute

Le **dépistage** du sujet âgé à risque de chute en médecine de ville est plurifactoriel : « *Un patient qui est dépisté à risque de chute il y a, à mon avis plusieurs éléments* » (enregistrement 14) et avant tout **individuel** : « *il y a l'examen adapté au motif de la consultation, après tout ce qui est dépistage cardio vasculaire et après c'est en fonction du contexte* » (enregistrement 12). Ce **dépistage** est ciblé « *on le fait plus sur les personnes en perte d'autonomie à domicile* ». Il peut faire appel à des **échelle d'évaluation** : « *Get up and go, on le fait marcher on lui fait faire le tour d'une chaise et on voit s'il tient debout et s'il arrive à faire tout ça. Sinon pour être plus précis on demande au Kiné de faire un bilan.* » (enregistrement 1).

Il est noté l'absence de **stratégie** de screening ou de démarche codifiée : « *Est-ce que vous évaluez le risque de chute de la personne âgée ? Oui quelque part mais rien de formalisé* » (enregistrement 11). ce qui est justifié par l'absence de retentissement sur la prise en charge du patient : « *Parce qu'évaluer un risque de chute ça a un intérêt si derrière on a quelque chose à proposer* » (enregistrement 12). Il s'agit d'une difficulté mise en avant : « *Il faudrait une harmonisation des pratiques entre cabinets* » (enregistrement 14).

Associé à cela on retrouve une **absence de prévention** mise en place : « *Ben l'aménagement du domicile on le fait généralement quand ils ont une perte d'autonomie, pas en préventif, rarement, malheureusement mais ça ne serait pas ridicule...On arrive souvent quand il est trop tard...* » (enregistrement 7) ce qui est compliqué par l'absence **d'acceptation** du patient.

Cette **absence de dépistage** et **absence de prévention** peut-être liée à une **banalisation** de la chute par le médecin : « *il y a des gens qui chutent et qui appel quelques jours plus tard donc ce n'est pas très important, il n'y a pas eu de conséquence donc voilà* » (enregistrement 1), et son patient : « *Les patients me parlent plus de troubles de l'équilibres* » (enregistrement 3). Cette banalisation de la chute peut avoir des conséquences sur les modalités dont le médecin est informé de la chute.

Information de la chute

Il est rapporté que les patients **informent** peu leur médecin traitant de la chute : « *Il y a un motif : la douleur, mais s'il n'y a d'évènement ils ne vont pas le dire, ils ne vont pas consulter spécialement pour dire « Dr j'ai fait une chute », c'est souvent quand il y a quelque chose de plus* » (enregistrement 11).

La chute apparaît comme un **motif de consultation secondaire** : « *La chute en elle-même est rarement à elle seule le motif de la consultation* » (enregistrement 12). Le médecin peut ainsi être **informé par un tiers** : « *Le service d'aide qui nous prévient* » (enregistrement 7), « *On travaille avec un cabinet d'IDE. Parfois ce sont elles qui nous alertent* » (enregistrement 4).

Les circonstances de la chute

Une fois la chute avérée, les **circonstances** de la chute apparaissent comme un thème majeur de la prise en charge médicale du sujet âgé : « *Je vais voir les circonstances de la chute et est ce qu'il risque de chuter de nouveau dans un délai rapide* » (enregistrement 4). Plusieurs sous thèmes vont se dégager.

Les chutes à répétition

La présence de **chute à répétition** apparaît comme un élément important de la prise en charge « *Si c'est quelqu'un qui chute une deuxième fois je vais avoir un regard plus attentif et c'est là qu'éventuellement je vais faire un bilan nutritionnel, voir au niveau musculaire, voire s'ils ont perdu du poids... Je vais faire un point plus médical que la première fois je pense* » (enregistrement 11).

Les chutes mécaniques

Les divers entretiens font la distinction entre la chute avec une **cause organique** ou facteur favorisant et le **chute d'étiologie mécanique** très largement citée : « *Je l'ai vu la semaine dernière, il est tombé 10 jours avant en allant dans son jardin en butant sur une pierre et c'est un monsieur insuffisant rénal chronique diabétique avec un bel hématome au niveau de la jambe, il chute souvent ...* » (enregistrement 10).

Les causes de la chute

Dans les **circonstances de la chute** se dégagent **l'étiologie** et les facteurs favorisants : « *quand il y a une chute c'est essayer de comprendre le mécanisme de la chute* » (enregistrement 14). Cela se fait à travers l'**examen clinique** : « *quand je la met sur la table d'examen, je la laisse se lever toute seule pour voir comment elle se lève[...] on peut avoir de l'hypotension orthostatique et ça peut les faire chuter. Je teste la force musculaire [...]est ce qu'elle n'a pas de tremblement, regarder aussi s'il n'y a pas de rigidité au niveau du tronc [...] regarder les oreilles voir s'il n'y a pas de bouchon, s'il n'y a pas de souci de presbycousie[...]et faire quelques pas pour voir les troubles de l'équilibre* » (enregistrement 8). Cela mène à la recherche d'une **cause organique** ou d'un facteur favorisant : « *sans compter la recherche de pathologique qui peut y avoir derrière* » (enregistrement 1).

Parmi les **causes organiques** ou les facteurs favorisant de la chute les plus cités sont dans l'ordre :

Les **médicaments** avec la **iatrogénie** « *s'il y a deux anti HTA, du paracétamol et du spasfon® ce n'est pas pareil que s'il y a trois anti parkinsonien plus un médicament pour la tension avec un fort risque d'hypotension orthostatique. La qualité du médicament sur son ordonnance à son importance* » (enregistrement 6). Les **médicaments** cités par ailleurs sont les **anti hypertenseurs**, les **psychotropes** et les **antis diabétiques** : « *des troubles de la tension et les traitements anti hypertenseur. La réévaluation des traitements comme un bêta bloquant qui ralentirait trop le cœur.* » (Enregistrement 3), « *surtout les psychotropes avec les somnifères de façon chronique, les diabétiques non contrôlés.* »(enregistrement 2). Les **anticoagulants** sont cités comme un facteur aggravant la chute pourvoyeur d'hospitalisation : « *Après souvent ce sont des scanner cérébraux surtout s'ils sont sous anticoagulant ou sous kardegic ® et souvent on les envoie aux urgences* » (enregistrement 9).

Les troubles de l'équilibre : « *Les troubles de l'équilibres font partie du vieillissement il faut absolument les travailler et les compenser* » (enregistrement 5)

Les causes neurologiques : « *voir s'il n'y a pas autre chose au niveau cérébral* » (enregistrement 3).

Les causes cardiovasculaires : « *Est-ce que c'est mécanique, est ce que c'est un malaise, est ce que c'est une hypotension, c'est un BAV avec une pause et BOUM ils se sont cassé gravement la figure ! On voit d'abord la cause de la chute* » (enregistrement 5).

Le diabète : « *on a suivi plus le diabète, on a moins corrigé le diabète... Elle a chuté à 82ans elle en a 87 elle avait une HbA1c à 6.5 donc on est remonté à 7.2 / 7.5 pour être sûr qu'il n'y ait pas d'hypo* » (enregistrement 6)

Les troubles sensoriels : « *il faut que les gens y voient bien, aient des lunettes adaptées... Les histoires de double foyer parfois sont des causes de chutes.* » (Enregistrement 5), « *regarder les oreilles voir s'il n'y a pas de bouchon, s'il n'y a pas de souci de presbyacousie car l'audition et la vue ça peut les faire chuter.* » (Enregistrement 8).

Les arthropathies : « *En fait j'ai revu avec elle ses chaussures et sa posture a la marche, elle a 88ans elle a une scoliose très sévère elle a une raideur cervicale. On a revu sa posture avec l'utilisation de sa canne.* » (enregistrement 11).

Plus anecdotiquement ont été cités les écarts **diététiques**, la **sarcopénie** et le post **intervention chirurgicale**.

La réalisation d'**examens complémentaires** est guidée par l'examen et les points d'appels cliniques. Ils apparaissent peu cités dans l'exploration de la cause de la chute en dehors de la **biologie** : « *biologique dans un premier temps quand je suis face à une chute où j'ai éliminé le côté cardio et le côté neuro un bilan avec glycémie, l'albumine, je vérifie qu'il n'y ait pas d'anémie des choses comme ça* » (enregistrement 11). Ils sont largement cités pour l'évaluation des conséquences traumatologiques de la chute avec les examens de **radiologie** : « *suite à une impotence fonctionnelle mais ça sera une imagerie...* » (enregistrement 10).

Les troubles cognitifs

La **cognition** est surtout retenue comme une circonstance aggravante de la chute « *Dans le cas de troubles cognitif ou de situation complexes d'apparition récente j'adresse la patiente à l'hôpital* » (enregistrement 2). Cela apparaît comme une difficulté ressentie : « Si ce sont des troubles cognitifs en lien avec des états pré démentiels on n'a pas beaucoup de ressource... » (enregistrement 5)

Les chutes apparaissent **plurifactorielles** : « *En effet elle a une vision altérée et elle met ça sur les troubles de la vision et sa maladresse. Mais elle a rechuté quelques jours après et là, elle rechuté toujours sur le même modèle, en sortant de chez elle, elle a un petit pallier et elle s'est pris les pieds dans son pallier* » (enregistrement 14).

Les conséquences de la chute

« *Une chute c'est la descente d'une marche et on ne la remonte pas toujours facilement* » (enregistrement 11).

Les **traumatismes physiques** apparaissent largement cités : « *on a réussi à organiser une hospitalisation de bilan suite à une énième chute avec fracture du membre supérieur chez son épouse* » (enregistrement 2)

La chute est aussi à l'origine de conséquences **psychique** : « *C'est toujours des inquiétudes, des angoisses, la peur de rechuter...* » (enregistrement 8) elles même à l'origine de nouvelles chutes : « *C'est souvent un facteur de perte de confiance, à la suite d'une chute il y a plus de peur et d'appréhension donc le pas est moins assuré et du coup...* ».(enregistrement 11)

La chute s'avère connotée d'une notion de risque, de **danger** : « *j'essaye de diriger vers une structure comme une maison de retraite en pensant que c'est plus dangereux qu'il passe la nuit tout seul et qu'il reste par terre* » (enregistrement 3). Ainsi une notion est très largement associée à la chute : **l'institutionnalisation** en lien avec celle de la **perte d'autonomie** : « *C'est vrai que les personnes âgées qui ont tendance à chuter sont souvent dirigées vers les maisons de retraite donc la prise en charge est différente [...] je demande aux enfants ce qu'ils acceptent ou pas. Est-ce qu'ils acceptent de retrouver leurs parents par terre, est-ce qu'ils prennent le risque ou pas. A partir de là ça débouche vers la maison de retraite* » (enregistrement 3) ;

Complexité

La chute du sujet âgé est décrite comme une problématique **complexe** de part ses causes multiples : « *il y a pas mal de facteurs qui peuvent intervenir* » (enregistrement 1) dont il découle la difficulté de mettre en place un algorithme décisionnel de prise en charge : « *Chaque cas est compliqué c'est difficile de généraliser sur la prise en charge de la chute* » (enregistrement 12).

Cette **complexité** est dite accentuée par la démographie médicale de la région : « *Complexe dans le sens où on a besoin d'interlocuteur.* » (enregistrement 11) ; « *Ce qu'il y a de compliqué c'est de trouver des professionnels disponibles [...] l'avis neurologique c'est impossible, sinon il faut que les gens se déplacent et quand il y a un déplacement on crée de la complexité* » (enregistrement 12).

Le patient, son environnement matériel et social contribuent à la complexité de cette problématique : « *Le plus difficile a été de leur faire accepter qu'ils aient besoin d'aide avec d'autres personnes qui vont devoir intervenir et aménager le domicile* » (enregistrement 2).

Les caractéristiques du patient

La prise en charge des chutes nécessite une évaluation globale médicale et des caractéristiques psycho-sociales du sujet âgé. A travers cette catégorie quatre thèmes principaux émergent : **l'âge** du patient, son **environnement**, ses **loisirs**, et son degré **d'acceptation**.

Le sujet âgé

La définition du sujet **âgé** est décrite difficile : « *Pourquoi mettre cette barrière d'âge, il y a des patients de 65ans avec un parcours de vie complexe qui vont être vieux et des patients de plus de 65ans encore très actif et en parfaite forme.* » (enregistrement 14). Ainsi la notion **d'autonomie** est mise en avant. Elle est décrite comme la **capacité** à effectuer les **gestes de la vie courante** : « *c'est organisé de la façon suivante : sécurité : est ce qu'ils sont capables de ne pas se mettre en danger, de ne pas faire cramer la maison, de pas se perdre sur leurs trajets. [...] Ensuite les besoins de base : manger, se laver et être dans un endroit propre en pouvant donner l'alerte s'il y a un problème, communiquer tout court etc [...] Et le troisième niveau qui concerne ce qu'ils aiment faire, quels sont leurs activités ce qu'ils ont envie de faire et qu'ils puissent continuer à avoir une activité qui corresponde à ce qu'il avait envie de faire avant* » (enregistrement 4). Il s'agit d'une **autonomie déclarative** : « *Je leur pose des petites questions, comment ça se passe à la maison, ce qu'ils font, je leur demande leur activité* » (enregistrement 9). La chute est associée à une **perte d'autonomie** : « *Elle présentait une perte d'autonomie avec difficulté à se déplacer, elle est tombée une fois mais ça n'était pas le motif. Elle a peur de tomber, elle se déplace avec une canne, elle a des difficultés à s'habiller* » (enregistrement 11).

Le concept de **fragilité** apparaît peu connu : « *La fragilité c'est souvent l'isolement, les pathologies la poly médication... le niveau d'autonomie qui intervient forcément, l'environnement la poly pathologie la poly médication et le réseau...* » [enregistrement 6]. Ainsi **l'évaluation** de la **fragilité** et des conséquences du **vieillessement** apparaît peu réalisée : « *Je ne vais pas chercher à l'objectiver* » (enregistrement 13). Elle est confondue avec la polypathologie, les **comorbidités** : « *Ça va être des gens qui sont à fort risque cardio-vasculaire âgé qui vont être plus susceptible de développer un risque de chute.* » (enregistrement 4). Cette critique est retrouvée : « *Il y a des difficultés c'est sûr. Par exemple c'est la qualité de l'évaluation*

initiale des fragilités et la façon dont on suit cette évolution des fragilités, il faut protocoliser pour anticiper les parcours » (enregistrement 14).

L'évaluation du patient, de sa **fragilité** et de son **autonomie** apparaît tout de même comme un élément important, bien que non standardisé : *« J'essaye de faire une évaluation globale »* (enregistrement 2). Une grille **d'évaluation** de **l'autonomie** en ressort : *« J'évalue avec une grille GIR comme en maison de retraite, ce qu'il sait faire et ce qu'il ne sait pas faire »* (enregistrement 1). Cette grille présente une connotation **administrative**. Cette évaluation apparaît **globale** sur un modèle **bio-psycho-social** : *« Je n'ai aucune échelle, il faut tenir compte de facteurs culturels, de la sénilité ou pas, de la compréhension des choses de la participation des gens, des revenus des gens... C'est important ça car c'est plus facile quand il y a des sous que quand il n'y en a pas et de l'état de santé et des pathologies connexes au problème de la chute quoi... »* (enregistrement 5). Il est retrouvé une part de **subjectivité** : *« Ce n'est pas une évaluation chiffrée mais j'évalue d'un regard : attention, les chaussures ! »* (Enregistrement 11). **L'évaluation** de la **thymie** est un élément retrouvé : *« la composant importante c'est quand même l'humeur, comment ils vivent leur vie, comment ils se sentent dans leur peau »* [enregistrement 14].

La question de **l'âge** apparaît comme une **évolution sociétale** : *« comme on le sait les personnes sont de plus en plus âgées »* (enregistrement 8) ; *« 65ans dans l'évolution de ce qu'est l'humain dans nos sociétés avancées t'es pas vieux et c'est ça.... »* (Enregistrement 14)

Les loisirs du patient

Une composante majeure se dégage de **l'évaluation** des **caractéristiques du patient** : ce sont ses **loisirs**. Cela apparaît comme un élément fort de **l'évaluation** de **l'autonomie** du patient : *« quelqu'un qui me dit « je suis occupé toute la journée, je bricole, je vais dans le jardin » je considère que je n'ai pas lieu d'explorer d'avantage »* (enregistrement 12) ; *« J'essaye de voir comment est sa maison, s'il y a des marches, comment sont les toilettes s'ils ne sont pas trop bas, le lit et sa hauteur. Comment il fait son jardin, comment il fait ses courses. C'est choses-là. »* (enregistrement 5) .

Cette notion de **loisirs** est rattachée à la pratique d'une **activité physique régulière** : *« voir s'ils ont des activités, parce qu'en général à 65ans ce sont des retraités : activité physique avec la marche s'ils appartiennent à des associations, voir leurs hobbies s'ils font du jardinage ou autre et des activités qui font qu'ils sont intégrés socialement ou non »* (enregistrement 14)

L'environnement du patient

Que la chute soit **d'étiologie mécanique** ou autre **l'environnement** du patient apparait comme un élément essentiel de la prise en charge du patient : *« Donc je commence à voir le chaussage, [...] tout l'environnement on va dire. »* (enregistrement 13). Plusieurs sous thème vont être décliné.

Le **domicile** du patient apparait comme un élément de l'environnement du patient favorisant les chutes : *« ça arrive qu'on arrive nous même dans un domicile et BAM la première chose qui se passe c'est qu'on glisse sur le tapis... »* (enregistrement 6). L'**aménagement du domicile** est alors cité comme un élément de la prise en charge du patient : *« Quand c'est des visites à domicile on peut évaluer et conseiller sur des tapis des choses comme ça euh puis mettre des rampes au bon endroit comme les toilettes, »* (enregistrement 10). L'**aménagement du domicile** n'est pas toujours ressenti comme du ressort médical : *« je suis sollicité pour faire des certificats médicaux pour des personnes qui sont locataire pour qu'elles changent de logement et que le logement soit plus adapté mais sinon je ne suis pas sollicité pour ça »* (enregistrement 12). Le **maintien à domicile** du patient est tout de même décrit comme dépendant de l'**aménagement du domicile** : *« Voire si la personne veut continuer à rester chez elle... Et il faut faire certains aménagements... »* (enregistrement 8).

L'environnement du patient comprend l'environnement humain. **L'entourage** et les **ressources humaines** du patient sont décrits facilitateurs : *« si les gens sont bien entourés c'est plus facile que si les gens sont seuls »* (enregistrement 7). Cela participe à favoriser le **maintien à domicile** : *« Sa fille vit chez elle depuis longtemps, elle a besoin d'un étayage plus sur l'organisation des journées, après elle est autonome sur le plan de la motricité »* (enregistrement 13). **L'isolement** est rapporté comme un

facteur aggravant la chute : « *Je n'ai trouvé personne pour s'occuper d'elle et avec mon épouse on est allé la coucher, on lui a amené à manger* » (enregistrement 8).

La **modification de l'environnement** est retenue comme un facteur précipitant : « *Ses enfants sont partis en vacances pendant 15 jours, elle a chuté une première fois [...] il s'avère que du fait que les enfants soient partis il y avait un relâchement dans son hygiène dans son alimentation* » (enregistrement 14). La **modification de l'environnement** est aussi un élément de **prévention secondaire** à travers la mise en place d'**aide technique** : « *il a gardé un équilibre instable pour lequel j'ai fini par lui demander de marche avec un déambulateur* » (enregistrement 12). Cela est limité par le **ressenti** du patient : « *le problème des aides techniques c'est que ça n'est pas souvent bien vécu psychologiquement* » (enregistrement 7).

A l'évaluation du patient et de ses caractéristiques s'ajoute l'évaluation de ses **ressources financières** : « *on voit les ressources qu'il peut avoir humaine et au niveau pécunier* » (enregistrement 1). Cet élément favorise la prise en charge : « *J'ai l'expérience personnel d'une famille qui a mis en place un coach sportif à domicile ben c'est super ça mais ça a un coût* » (enregistrement 11) et bien souvent la limite « *ceux qui refusent les aides ou d'entrer en EHPAD même transitoirement pour le côté financier ou physique c'est compliqué* » (enregistrement 9).

Ainsi il est rapporté la difficulté que représente la modification de l'environnement du patient de part son niveau **d'acceptation**, de **compréhension** et de **compliance** : « *C'était un couple âgé, tous les deux avec des troubles cognitifs débutant non accepté [...] Le plus difficile a été de leur faire accepter qu'ils aient besoin d'aide avec d'autres personnes qui vont devoir intervenir et aménager le domicile* ».

Dans sa complexité, la prise en charge de la chute et de l'environnement du patient justifie la mise en place d'un réseau professionnel pluridisciplinaire : « *c'est un travail d'équipe* » (enregistrement 14). Il s'agit de la troisième catégorie qui se dégage de cette étude.

Le réseau professionnel

Du réseau professionnel trois thèmes émergent. : la **connaissance des réseaux** locaux, leur **méconnaissance** et la **coordination** de la prise en charge.

Connaissance des réseaux

Elle permet la réalisation de ce travail **pluridisciplinaire** : « *Un patient chuteur qui est dans nos patientèles on n'est pas trop mal organisé dans nos parcours* » (enregistrement 14). Cette prise en charge pluridisciplinaire comprend les **kinésithérapeutes** bien que cela soit limité par leur **démographie** territoriale : « *Je n'ai pas vraiment accès à la kinésithérapie notamment à domicile sur le territoire* » (enregistrement 6). La prise en charge par les **ergothérapeutes** est elle aussi limitée pour des raisons de **démographie** : « *les ergothérapeutes non, il n'y en a pas trop dans le coin* » (enregistrement 2) mais surtout **financière** : « *en termes de prise en charge financière c'est compliqué* » (enregistrement 12). La question de la **démographie** se retrouve aussi dans la prise en charge par les **spécialistes** : « *C'est n'est pas simple d'avoir un avis cardio et ce n'est pas simple d'avoir un avis Neuro, donc je vais faire des examens complémentaires* » (enregistrement 11. **L'hôpital** est alors sollicité pour le compenser : « *organiser une hospitalisation surtout dans le cas où cela nécessite un avis spécialisé* » (enregistrement 4).

Les **IDE** sont beaucoup citées que ce soit pour la **surveillance** : « *les IDE qui sont dans le cabinet, ça nous arrive de leur demander de passer pendant quelques jours matin et soir pendant une semaine pour voir comment ça se passe...* » (enregistrement 9) ou le **dépistage** : « *pour ça on a nos IDE ASALEE qui font de l'évaluation cognitive* » (enregistrement 14). Les **assistantes sociales** sont aussi sollicitées pour l'évaluation du patient : « *ce n'est pas simple mais on a des interlocuteurs via le CLIC et en direct j'appelle le CCAS* » (enregistrement 11). Plus anecdotiquement sont cités les **assistants médicaux**, les **pharmaciens** et les **podologues**.

Cette connaissance des réseaux locaux s'appuie parfois sur des **associations locales** « *il y a plusieurs associations [...] ce sont des vrais aides pour les gens* » (enregistrement 5). Cela participe à la mise en place de **l'activité physique adaptée** « *On s'est aussi mis en lien avec des associations sportives pour offrir du sport adapté* » (enregistrement 14) qui paraît bien développé dans la région avec des projets pour l'accroître : « *Renforcer le matériel en place pour qu'il soit plus adapté et quand on ira voir son médecin on ira faire son activité physique adaptée* » (enregistrement 6). Elle entre dans la pratique courante : « *oui, nous avons un collègue qui est très impliqué là-dedans donc on le propose tout le temps* » (enregistrement 9). La connaissance des réseaux à travers **le réseau de gériatrie** permet aussi la prise en charge des patients en situation complexe à domicile où la perte de l'autonomie entre en jeu : « *quand c'est urgent c'est très compliqué, parfois j'appelle les SSIAD mais ça met du temps et c'est la PTA qui coordonne tout ça* » (enregistrement 10).

Coordination

Cette mise en place d'un **réseau professionnel** nécessite un travail de **coordination**, de **communication** et **d'organisation** : « *Nous avons une bonne communication donc on arrive à s'organiser* » (enregistrement 2).

Cela permet la mise en place d'un véritable **parcours de santé** : « *Une fois qu'ils ont un médecin traitant, sur le territoire beaucoup de cabinets ont une IDE ASALEE qui font partie de MSP avec des cabinets IDE et kiné et on arrive bien à organiser nos parcours* » (enregistrement 14).

Méconnaissance des réseaux

La **connaissance des réseaux** locaux permet ainsi la mise en place d'un **parcours de santé** pouvant atténuer les conséquences de la faible **démographie de kinésithérapeute**.

Cela contraste avec sa **méconnaissance** qui peut être retrouvée : « *On a pas ce genre de programme ou du moins je ne le connais pas dans la région* » (enregistrement 3). Il est ici question du programme PEPS développé sur le territoire du Nord des Deux Sèvres. Ce programme peut être connu mais non utilisé par méconnaissance de ses indications possibles : « *à l'hôpital elle a été orientée en APA ce qui lui convient très bien. Dans son cas je n'y aurais pas pensé mais ça me paraît approprié et pertinent pour ce type de situation* » (enregistrement 12).

Les réseaux existants peuvent être connus mais **non utilisés** : « *Non je n'utilise pas le CLIC* » (enregistrement 7) ce qui entraîne un usage détourné des structures existantes « *D'accord et c'est l'HAD qui met en place les auxiliaires de vie ?*

_ *Oui qui met en place tout le service et toute l'aide technique nécessaire*

_ *Et vous avez eu besoin d'utiliser un autre réseau ou juste l'HAD ?*

_ *Juste l'HAD* »(enregistrement 7)

Discussion

Forces et limites

A notre connaissance, cette étude originale explorait un sujet n'ayant pas fait l'objet de recherche sur le territoire du Nord des Deux sèvres. Par ailleurs les médecins généralistes interrogés ne connaissent pas l'objectif de l'étude lors du recueil des données. Ainsi leurs réponses n'ont pas été conditionnées.

Le taux de participation des médecins généralistes contactés était de 14%. On ne peut véritablement parler de biais de recrutement puisque la saturation de donnée est obtenue au neuvième enregistrement. Par ailleurs on note une répartition équitable sur l'ensemble du territoire étudié.

La question initiale de l'étude consistait en une évaluation des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans autonome présentant des chutes à domicile. Alors que des échelles d'évaluation de l'autonomie de la personne âgée ont été développées telles que l'ADL de KATZ ou l'IADL de Lawton (12, 13). Il apparaît que l'évaluation de l'autonomie n'est pas standardisée. Seule la grille AGGIR est citée pour une utilisation administrative. Ainsi l'autonomie de la personne âgée n'a pas été prise en compte dans les critères d'exclusion.

Il s'agit d'une étude qualitative comportant un biais d'interprétation limité par le principe de triangulation mis en place par les chercheurs. Le risque de circularité a été limité en partant de l'hypothèse qu'une prise en charge optimale du patient âgé chuteur n'était pas réalisable compte tenu des difficultés démographiques de la région. Le risque d'équifinalité a été limité en ayant recours aux hypothèses rivales possibles. Le risque des acteurs abstraits a été limité en interrogeant des médecins généralistes de l'ensemble du territoire du Nord des Deux Sèvres et en essayant de mettre en évidence les interactions et les stratégies des médecins généralistes dans la prise en charge du patient âgé présentant des chutes.

Il s'agit d'une étude qualitative dont aucun lien de causalité ne saurait être conclu. Par ailleurs sa généralisation dans la population générale est limitée.

A propos des résultats

Cette étude qualitative multicentrique de l'analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres fait apparaître trois catégories principales.

La première est la prise en charge médicale de la chute en elle-même. Cette prise en charge apparaît avant tout individuelle. En ce sens on retrouve une application des recommandations en vigueur (14) avec un accent mis sur l'évaluation podologique (15). Il est mis en avant la recherche de la cause de la chute et de ses facteurs précipitants (16) sans examens complémentaires prescrits à titre systématique. Bien que non décrite en ces mots on retrouve la notion de facteur de risque intrinsèque (17-20) en lien avec l'état de santé du patient. Il est rapporté un vieillissement de la population est très hétérogène. Ainsi l'âge n'est pas retenu à lui seul comme un facteur discriminant. On voit alors apparaître la notion de fragilité (21-23). Bien que peu connue elle apparaît recherchée de façon intuitive et subjective sans critère objectif. Alors que les facteurs de risque intrinsèques de chute paraissent connus il n'est pas fait mention d'une recherche systématique de ces derniers pour le dépistage du sujet âgé à risque de chute. Cette absence de dépistage peut aussi être mise en lien avec une banalisation rapportée de la chute. Banalisation par le médecin mais surtout par le patient qui paraît peu informer de sa chute, donnée que l'on retrouve dans la littérature. (24) L'altération de la mobilité est retenue comme le facteur de risque principal de chute. On ne retrouve pas cité le test de Tinetti (25) pour en réaliser un dépistage. Il est mis en avant la multiplicité des tests existants (26) et leur caractère chronophage en consultation de médecine générale. On retrouve dans cette étude que la chute est associée à des conséquences traumatiques motif d'adressage au SAU et psychiques. Paradoxalement le syndrome post est peu cité (27).

Il est principalement fait état de la perte d'autonomie que la chute entraîne (28).et ainsi des entrées en EHPAD qu'il en découle. Pour autant l'évaluation de l'autonomie se fait par la grille AGGIR pour une utilisation administrative. On note un défaut d'utilisation d'échelles standardisées telles que l'ADL de KATZ ou l'IADL de LAWTON (12 et 13) recommandées dans le plan nationale chute

La deuxième catégorie qui émerge est l'environnement du patient. Cela comprend l'environnement humain, physique et matériel ainsi que financier du patient. Cela est ressenti comme une difficulté dans la prise en charge du patient surtout en ce qui concerne l'isolement social du patient. L'isolement social est très largement rapporté. Il n'est pas plus important sur le territoire que dans l'hexagone ou en aquitaine (10) On note tout de même une population significativement plus vieillissante sur le territoire (10) avec une part importante de personne dépendantes (29). Paradoxalement le taux de place en accompagnement en SSIAD est strictement comparable au taux national, le taux d'accompagnement en résidence autonomie est nettement inférieur, l'offre de soin en EHPAD est quant à elle nettement supérieur (10) La mise en place d'aide à la personne n'est pas ressentie comme une difficulté en raison de l'intervention de la plateforme territoriale d'appui, exception faite des situation urgente.

Concernant l'environnement financier du patient, rapporté comme un élément de difficulté dans la prise en charge du patient âgé chuteur on note sur le territoire du Nord Deux Sèvre un revenu médian annuel plus faible avec un taux de pauvreté plus important (10).

L'environnement du patient comprend bien entendu le domicile du patient. Cet environnement est décrit comme un facteur favorisant les chutes (30,31) et la prise en charge de ce dernier montre une efficacité démontrée dans la réduction de récurrence de la chute (32). L'intervention sur l'environnement du patient apparaît peu citée de manière préventive. Elle se heurte en plus à une difficulté de compliance du patient. Ce constat est souligné dans les Recommandations pour la pratique clinique de la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée de la société française de documentation et de recherche en médecine générale parue en novembre 2005. Notre étude met en avant le coût financier dans la modification de l'environnement du patient.

Enfin la troisième catégorie qui émerge est celle du réseau professionnel et de l'impact de la faible démographie médicale et paramédicale sur le territoire du Nord des Deux sèvres. En effet comme nous avons pu le voir la prise en charge du patient âgé chuteur justifie une action multimodale et pluridisciplinaire

L'axe principal de la prise en charge du patient âgé chuteur mis en avant est celui de sa mobilité. Les kinésithérapeutes sont ainsi cités comme des acteurs

majeurs. Cela représente par ailleurs la difficulté principale. En effet la kinésithérapie de rééducation à la marche et de renforcement musculaire est ressentie comme extrêmement difficile voir impossible à mettre en place en raison de la démographie territoriale de kinésithérapeutes, confirmé par un rapport de l'observatoire régional de la santé (33).

Dans le cadre du programme national nutrition santé 2019-2023 (34) c'est vu développé le programme de prescription d'exercice physique pour la santé notamment sur le territoire du Nord des Deux Sèvres (35) que l'on retrouve très largement cité comme une alternative démontrée dans la réduction des chutes. (36-38).

Dans les médecins interrogés on voit apparaître une distinction majeure. En effet s'opposent les médecins travaillant en maison de santé pluriprofessionnel voir en CPTS de ceux travaillant en cabinet composés quasi exclusivement de médecins. Il est retrouvé une meilleure connaissance par les médecins travaillant en CPTS du territoire, du réseau de gériatrie et de la plateforme territorial d'appui et des programmes tels que le PEPS. La difficulté ressentie par le manque de kinésithérapeute y est atténuée par l'utilisation du PEPS. La prise en charge paraît alors multimodale et pluridisciplinaire. Ce sont dans ces cas que l'on retrouve par exemple cité l'intervention d'ergothérapeutes à domicile et d'assistant de service social. On voit se dessiner un parcours de soin plus en amont de la chute.

Perspective

Afin de compléter cette étude et pour mieux décrire la relation et les interactions entre le médecin traitant et son patient il serait pertinent de réaliser une étude qualitative sous la forme d'entretien semi dirigés évaluant les freins à la prise en charge du patient à risque de chute sur le territoire du Nord Deux Sèvres : modification de l'environnement humain et matériel du patient. A travers le même type d'étude on pourrait analyser le ressenti du patient âgé chuteur : de la banalisation de la chute aux conséquences psychomotrices graves telles que le syndrome post chute.

Cette étude met en exergue l'importance connue du travail multimodal et pluridisciplinaire dans la prise en charge du sujet âgé chuteur. L'émergence des maisons de santé pluridisciplinaire et des CPTS en permet le développement. Cela permet par ailleurs une meilleure offre de soin du territoire et un développement des actions de santé publique en cours. Cette étude semble confirmer cela en retrouvant un impact sur l'organisation des soins autour du patient âgé chuteur. Une étude quantitative prospective ayant pour critère de jugement principal la réduction du nombre de chute comparant les patient pris en charge au sein d'une CPTS de ceux ne l'étant pas permettrait de le confirmer.

Par ailleurs le territoire du Nord des Deux Sèvres a vu se développer la création d'un hôpital de jour gériatrique pour la prise en charge du sujet présentant des chutes. On ne le retrouve pas cité dans cette étude. Une étude quantitative des attentes des médecins généralistes de la région face à l'hôpital permettrait entre autres de renseigner la cause. Associée à une étude qualitative cela permettrait de préciser des axes d'amélioration possible de l'offre de soin sur le territoire.

La prise en charge du patient âgé chuteur dans le Nord des Deux sèvres semble suivre les recommandations en vigueur. Il semble apparaître dans certains cas un manque de prise en charge préventive. L'organisation en CPTS paraît y jouer un rôle comme cela vient d'être dit. Ce pose tout de même la question suivante : est ce un défaut de connaissance des réseaux existants ou un défaut de coordination ? Une étude quantitative en préciserait la question.

Quoiqu'il en soit un travail d'information et de communication paraît important à poursuivre. Le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS et le plan national antichute prennent tout leur sens. Se posera la question de leur évaluation.

Conclusion

La problématique du sujet âgé chuteur est un enjeu de santé publique, tant par sa fréquence, ses conséquences ainsi que le coût qu'elle engendre. Des recommandations nationales existent pour préciser la prise en charge du patient. Cette étude qualitative a permis de recueillir le parcours de soin mis en place par 14 médecins généralistes équitablement répartis sur le territoire du Nord Deux Sèvres ainsi que leur ressenti face à l'organisation de ce dernier.

Cette étude met en avant une modalité de soin organisée conformément aux recommandations en vigueur. Il est noté une grande difficulté à la prise en charge motrice du patient par kinésithérapie en lien avec une démographie confirmée faible de ces derniers sur le territoire. Elle est en partie compensée par le programme PEPS. Par ailleurs il est ainsi rapporté la difficulté à l'organisation d'une prise en charge pluridisciplinaire avec notamment l'accès aux ergothérapeutes pour des causes financières. L'aménagement de l'environnement du patient est un des éléments clé de la réduction de la récurrence. Il est aussi rapporté une difficulté d'accès à des avis spécialisés lorsqu'ils sont indiqués. Cela est en lien avec une démographie médicale plus faible qu'au national sur le territoire, générant des consultations extra départementales ce qui complexifie l'organisation des soins. L'ensemble de ces difficultés est ressentie en partie atténuée par l'organisation de l'offre de soin en CPTS.

Par ailleurs cette étude retrouve un manque de prise en charge préventive de la chute. De multiples raisons sont avancées. Concernant le patient on va retrouver le manque de compliance, sa méconnaissance et banalisation de la chute et des raisons financières entre autres. Concernant le médecin on pourra évoquer aussi la banalisation de la chute parfois en lien avec ses représentations personnelles, le manque d'évaluation standardisée en lien avec le défaut d'efficacité ressentie de cette dernière. Il est tout de même retrouvé une ébauche de prise en charge préventive surtout dans le cas des médecins travaillant en CPTS. Cette étude ne permet pas de conclure à un quelconque lien de causalité.

Une étude de l'impact de l'organisation en CPTS sur la récurrence du sujet âgé chuteur dans le Nord Deux Sèvres apporterait plus de précision.

Annexes

Annexe 1 : Entretien semi directif

1. Comment évaluez-vous vous l'autonomie de la personne âgée ? (*Échelle / score / grille ?*)

Comment évaluez-vous la fragilité de la personne âgée ? (*Échelle / score / grille ?*)

2. Avez-vous une stratégie de dépistage du risque de chute de la personne âgée ?

3. Si oui pouvez-vous me décrire ce que vous mettez en place pour un patient âgé dépisté « à risque de chute » ? (*Aménagement domicile / aides techniques pour la mobilité / promotion de l'activité physique / téléalarme*)

4. Avez-vous récemment reçu en consultation un(e) patient(e) de plus de 65ans autonome pour chute ?

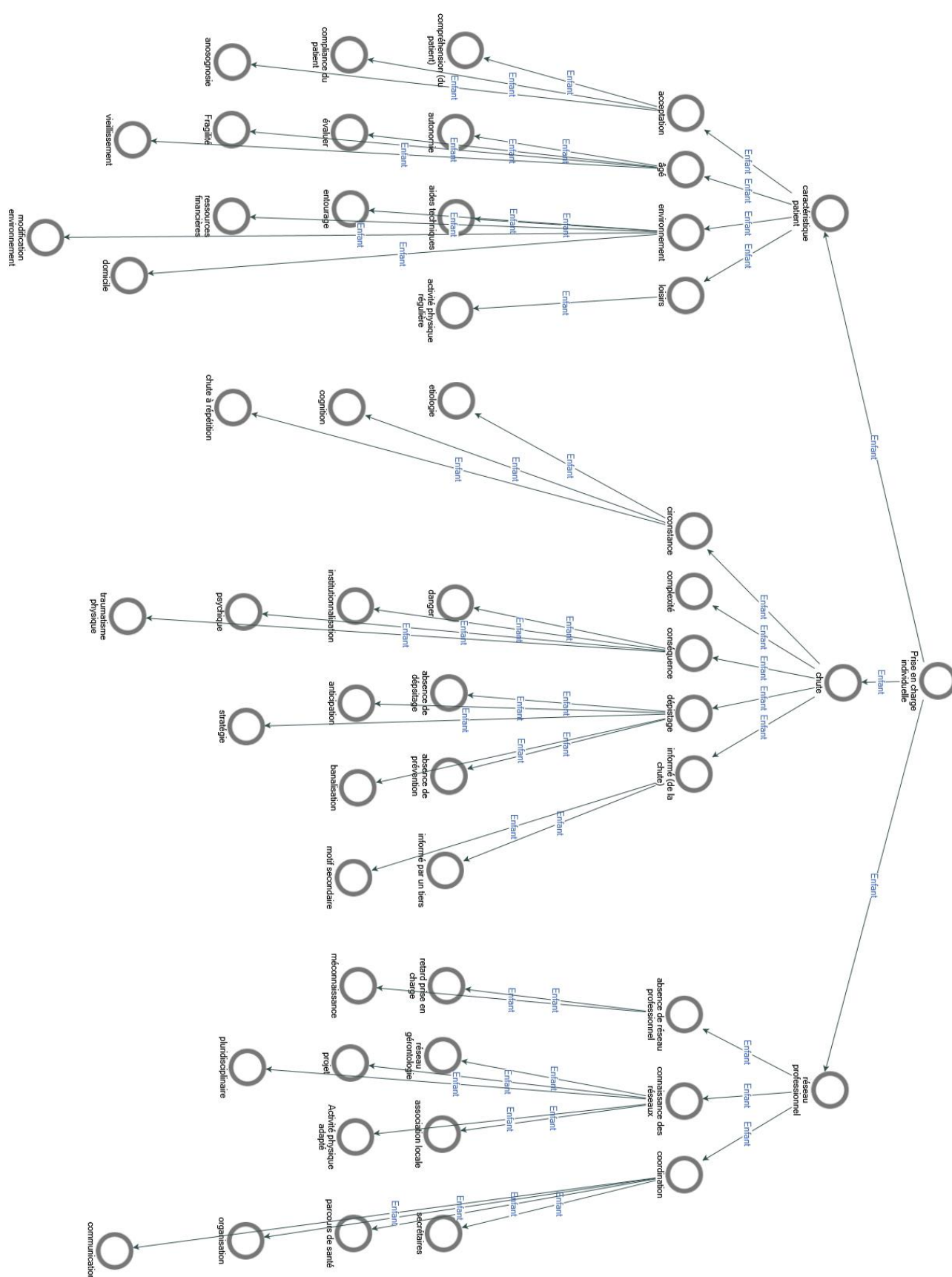
Si oui pourriez-vous me détailler votre prise en charge globale ?

Du contexte psycho-médicosocial, de la décisions prises au cours de la consultation à l'accompagnement et au suivi du patient.

Aide au déroulé de l'entretien :

- *Ecoute active*
 - o *Relance / Reformulation / Rebondir sur l'intonation*
- *Éléments de relance (S'adapter et reformuler selon le ton global de l'entretien)*
 - o **Information de la chute ?**
 - o **Étiologie / Examens / Coordination des examens / Hôpital**
 - o **Autres professionnels de santé (IDE ASALEE / kiné / ergo ?)**
 - o **prévention secondaire / suivi / Outil d'aide au suivi**
 - o **Activité physique (PEPS / sport...)**
 - o **Environnement social / Partenaire sociaux / réseau (PTA)**
 - o **Temps de consultation / Cotation de l'acte**
 - o *A n'évoquer qu'à la fin de l'entretien si non abordé spontanément :
Difficulté ressentie et pourquoi*

Annexe 2 : Grille de lecture



Le terme « enfant » désigne un sous nœud

Annexe 3 Les VERBATIMS

<https://docs.google.com/document/d/1SM8Omnnjcyo6iyqcqUK-gLKSdk1w9KDk/edit?usp=sharing&oid=104999856708723818680&rtpof=true&sd=true>

Bibliographie

1. OMS, centre des médias, principaux repères, chute
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. OMS centre des medias, principaux repères, vieillissement et santé
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. INSEE 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. INSEE première N° 1881 novembre 2021
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969>
4. INSEE Bilan démographique 2021 INSEE première N°1889 janvier 2022
https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#figure6_radio1
5. Solidarité-santé.gouv Plan national antichute
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf
6. Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, synthèse des recommandations professionnelles Avril 2009.
7. Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, argumentaire Avril 2009.
8. Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, outil d'évaluation pratique Avril 2009.
9. Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, recommandations Avril 2009.
10. Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine : Diagnostic territorial Deux-Sèvres. Responsabilité populationnelle. Territoires pionniers juillet 2021
11. BOURASSEAU. E création d'une activité hôpital de jour chute au sein de l'hôpital du Nord Deux Sèvre 2020 Mémoire capacité gériatrie
12. KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963 ;185(12), 914–919

13. LAWTON, M. POWELL, and Elaine M. BRODY. "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living." *The gerontologist* 9.3_Part_1 (1969): 179-186.
14. Olivier BEAUCHET; V. DUBOST; C. REVEL-DELHOM; G. BERRUT; J. BELMIN . How to manage recurrent falls in clinical practice: Guidelines of the French society of geriatrics and gerontology. 2011, 15(1), 79–84
15. Haute autorité de santé : pied de la personne agee fiche outil n3 patient à risque de chutes Novembre 2020
16. CAMPBELL, A. J.. Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age and Ageing*, 2006 35(Supplement 2), ii60–ii64
17. TROMP, A. M., PLUIJM, S. M. F., SMIT, J. H., et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *Journal of clinical epidemiology*, 2001, vol. 54, no 8, p. 837-844.
18. S. M. F. PLUIJM; J. H. SMIT; E. A. M. TROMP; V. S. STEL; D. J. H. DEEG; L. M. BOUTER; P. LIPS. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos int.* 2006 ; 17(3), 417–425
19. TINETTI, Mary E.; SPEECHLEY, Mark; GINTER, Sandra F. (). Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community. *New England Journal of Medicine* 1988, 319(26), 1701–1707
20. DEANDREA, Silvia; LUCENTEFORTE, Ersilia; BRAVI, Francesca; FOSCHI, Roberto; LA VECCHIA, Carlo; NEGRI, Eva Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People. *Epidemiology*, 2010 21(5), 658–668.
21. FRIED, L. P.; FERRUCCI, L.; DARER, J.; WILLIAMSON, J. D.; ANDERSON, G.. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 2004, 59(3), M255–M263
22. SPEECHLEY, Mark; TINETTI, Mary . Falls and Injuries in Frail and Vigorous Community Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1991 39(1), 46–52
23. CLEGG, Andrew; YOUNG, John; ILIFFE, Steve; RIKKERT, Marcel Olde; ROCKWOOD, Kenneth Frailty in elderly people. *The Lancet*, 2013 381(9868), 752–762

24. BOITTE, Alix. Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans en zone rurale par les médecins généralistes des Landes. 2017 [thèse] Université Bordeaux
25. Tinetti, Mary E. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* 1986, 34(2), 119–126
26. Veronica Strini; Roberta Schiavolin; Angela Prendin; . Fall Risk Assessment Scales: A Systematic Literature Review . 2021 *Nursing Reports*,
27. MURPHY, Susan L., DUBIN, Joel A., et GILL, Thomas M. The development of fear of falling among community-living older women: predisposing factors and subsequent fall events. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2003, vol. 58, no 10, p. M943-M947.
28. SHAPIRO, Marc J., PARTRIDGE, Robert A., JENOURI, Ilse, et al. Functional decline in independent elders after minor traumatic injury. *Academic Emergency Medicine*, 2001, vol. 8, no 1, p. 78-81.
29. Observatoire régionale de la santé Poitou-Charentes Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département des Deux-Sèvres Octobre 2016
30. CARTER, Susan E., CAMPBELL, Elizabeth M., SANSON-FISHER, Rob W., et al. Environmental hazards in the homes of older people. *Age and ageing*, 1997, vol. 26, no 3, p. 195-202.
31. CONNELL, Bettye Rose, WOLF, Steven L., ATLANTA FICSIT GROUP, et al. Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 1997, vol. 78, no 2, p. 179-186.
32. LORD, Stephen R., MENZ, Hylton B., et SHERRINGTON, Catherine. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. *Age and ageing*, 2006, vol. 35, no suppl_2, p. ii55-ii59.
33. Observatoire régional de la santé Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux de Nouvelle-Aquitaine. Analyse de la dynamique démographique et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, janvier 2022
34. Solidarités-santé.gouv [en ligne]. Programme National Nutrition Santé 2019-2023 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

35. Comité Départemental Olympique et Sportif [en ligne] Prescription d'Exercice Physique pour la Santé (PEPS)
<https://cdos79.fr/du-peps-dans-les-differents-territoires-de-nouvelle-aquitaine/>
36. American Geriatrics Society; Geriatrics Society; American Academy Of; Orthopaedic Surgeons Panel On Falls Prevention Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. J Am Geriatr Soc 2001 49(5), 664–672.
37. PROVINCE, Michael A., HADLEY, Evan C., HORNBROOK, Mark C., et al. The effects of exercise on falls in elderly patients: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. Jama, 1995, vol. 273, no 17, p. 1341-1347.
38. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;2012(9)

Résumé et mots clés

Analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres, une étude multicentrique qualitative

Introduction La chute de la personne âgée est une problématique majeure aux conséquences individuelles et sociétales. Elle fait l'objet de recommandation de la haute autorité de santé et d'un plan national initié en 2022. Dans ce contexte international de population vieillissante le Nord Deux Sèvres fait preuve d'un vieillissement plus marqué. Par ailleurs, ce territoire souffre d'une démographie médicale et paramédicale faible. Se pose la question de l'applicabilité des recommandations et du plan national instauré. L'objectif de cette étude est une analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres

Matériel et méthode Analyse qualitative textuelle d'entretiens semi directifs réalisé auprès de 14 médecins généralistes sur le territoire réalisé grâce au logiciel Nvivo jusqu'à saturation des données.

Résultats : L'analyse des pratiques fait ressortir trois catégories. La première est la prise en charge médicale développée en cinq thèmes : l'information, les circonstances et les conséquences de la chute, le dépistage du sujet à risque et la complexité de l'organisation des soins. La deuxième est celle des caractéristiques du patient développée en trois thèmes : le sujet âgé, les loisirs et l'environnement du patient. Enfin le réseau professionnel développé en trois thèmes : connaissance, coordination et méconnaissance.

Conclusion : Le parcours de soin du patient répond aux recommandations. On note tout de même un défaut de prévention plurifactoriel avec principalement un défaut d'efficacité mise sur le compte d'une faible démographie de soignants. Cela paraît compensé par le développement d'un réseau professionnel pluriprofessionnel. Il convient de le confirmer par une étude quantitative.

Discipline : médecine générale

Mots clés : Chute - personne âgée – domicile – médecine générale – soin primaire

Summary and key words

Analysis of the practices of the care of the subject aged over 65 presenting repeated falls in general practice in the territory of Nord Deux sèvres, a qualitative multicenter study

Introduction : The fall of the elderly is a major problem with individual and societal consequences. It is the subject of recommendations from the high health authority and a national plan initiated in 2022. In this international context of an aging population, Nord Deux Sèvres is showing more marked aging. In addition, this territory suffers from low medical and paramedical demography. The question arises of the applicability of the recommendations and the national plan established. The objective of this study is an analysis of the practices of the management of the subject aged over 65 years presenting repeated falls in city medicine in the territory of Nord Deux sèvres.

Material and method : Qualitative textual analysis of semi-structured interviews carried out with 14 general practitioners on the territory carried out using the Nvivo software until data saturation.

Results : The analysis of practices highlights three categories. The first is the medical care developed in five themes: information, circumstances and consequences of the fall, screening of the subject at risk and the complexity of the organization of care. The second is that of the characteristics of the patient developed in three themes: the elderly subject, leisure activities and the environment of the patient. Finally the professional network developed in three themes: knowledge, coordination and lack of knowledge.

Conclusion : The patient care responds to the recommendations. There is, however, a multifactorial lack of prevention with mainly a lack of efficiency attributed to a low demographic of caregivers. This seems to be compensated by the development of a multi-professional professional network. This should be confirmed by a quantitative study.

Key Words : falls – aged – general practice – dwelling – primary care



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

□ □ □ □ □

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Résumé et mots clés

Analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres, une étude multicentrique qualitative

Introduction La chute de la personne âgée est une problématique majeure aux conséquences individuelles et sociétales. Elle fait l'objet de recommandation de la haute autorité de santé et d'un plan national initié en 2022. Dans ce contexte international de population vieillissante le Nord Deux Sèvres fait preuve d'un vieillissement plus marqué. Par ailleurs, ce territoire souffre d'une démographie médicale et paramédicale faible. Se pose la question de l'applicabilité des recommandations et du plan national instauré. L'objectif de cette étude est une analyse des pratiques de la prise en charge du sujet âgé de plus de 65ans présentant des chutes à répétition en médecine de ville sur le territoire du Nord Deux sèvres

Matériel et méthode Analyse qualitative textuelle d'entretiens semi directifs réalisé auprès de 14 médecins généralistes sur le territoire réalisé grâce au logiciel Nvivo jusqu'à saturation des données.

Résultats : L'analyse des pratiques fait ressortir trois catégories. La première est la prise en charge médicale développée en cinq thèmes : l'information, les circonstances et les conséquences de la chute, le dépistage du sujet à risque et la complexité de l'organisation des soins. La deuxième est celle des caractéristiques du patient développée en trois thèmes : le sujet âgé, les loisirs et l'environnement du patient. Enfin le réseau professionnel développé en trois thèmes : connaissance, coordination et méconnaissance.

Conclusion : Le parcours de soin du patient répond aux recommandations. On note tout de même un défaut de prévention plurifactoriel avec principalement un défaut d'efficacité mise sur le compte d'une faible démographie de soignants. Cela paraît compensé par le développement d'un réseau professionnel pluriprofessionnel. Il convient de le confirmer par une étude quantitative.

Discipline : médecine générale

Mots clés : Chute - personne âgée – domicile – médecine générale – soin primaire