

ANNEE 2023

N°

**PRISE EN CHARGE DES CHUTES CHEZ LES PATIENTS AGES DE 70 ANS ET PLUS :
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION CHALONNAISE (71)
CONCERNANT LA PREVENTION ET LES BESOINS.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 janvier 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **DECRETTE Lucie**

Née le 13 avril 1991

A Chalon Sur Saône

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2023

N°

**PRISE EN CHARGE DES CHUTES CHEZ LES PATIENTS AGES DE 70 ANS ET PLUS :
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION CHALONNAISE (71)
CONCERNANT LA PREVENTION ET LES BESOINS.**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 19 janvier 2023

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **DECRETTE Lucie**
Née le 13 avril 1991
A Chalon sur Saône

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

		Discipline	
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Moncef	BERHOUMA	Neurochirurgie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	TRUC	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)			
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2021 au 31/10/2024)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Paul	SAGOT	(02/11/2022 au 31/10/2025)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Julie	BARBERET	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	BELTRAMO	Pneumologie
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	David	GUILLIER	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
			(Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	AHO GLELE	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	AHOSSI	Odontologie
M.	Jacques	BEAURAIN	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	PINOIT	Pédopsychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale

M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale
Mme	Ludivine	ROSSIN	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur JOUANNY Pierre

Membres :

Monsieur le Professeur GOUGET Arnaud

Madame la Docteure ZABAWA Claire

Monsieur le Docteur BARBEN Jérémy

Madame la Docteure BOUCHOIR-LHABITANT Elodie

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si je manque à mes promesses ; que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si j'y suis fidèle.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Merci de votre accompagnement et de votre bienveillance lors de la préparation de ce travail. Je vous dois une immense reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Arnaud GOUGET,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Merci pour vos cours, vos explications, et votre bienveillance en médecine générale, merci de m'avoir accompagnée lors de mon tout premier stage de médecine générale, et de m'avoir fait découvrir cet aspect relationnel avec les patients qui m'a tout de suite plu.

A Madame la Docteure Claire ZABAWA,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse, de l'intérêt que vous portez à ce travail et à ce sujet. Merci également de l'accompagnement que vous faites à tous les étudiants et internes en médecine générale.

A Monsieur le Docteur Jérémy BARBEN,

Je vous remercie d'avoir bien voulu faire partie du jury de cette thèse, de votre disponibilité et de la rapidité de votre réponse très positive.

A Madame la Docteure BOUCHOIR-LHABITANT Elodie,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Merci de ta disponibilité, de tes réponses rapides, de ton aide, de ta bienveillance. Sans toi ce travail n'aurait pas pu aboutir. Je te dois une grande reconnaissance pour ça ! Merci également pour ce stage

d'internat en médecine gériatrique, un des plus formateurs et ancré dans ma mémoire dans ma pratique aujourd'hui.

Au Docteur LHABITANT JérémY,

Merci d'avoir répondu présent lorsque j'ai débuté ce travail, de m'avoir aidée à trouver et affiner mon sujet de thèse, et de la débiter. Merci de ta bonne humeur, et de ta formidable énergie positive. Mon stage d'internat en SSR gériatrique à également été un des plus mémorable de mon cursus.

A mes confrères du cabinet médical de Saint Martin en Bresse, les Docteurs Xavier FAIDIX, Jérôme LIET et Frédéric ZUBER,

Merci de m'avoir si bien accueillie, accompagnée, aidée, pendant ces trois premières années de collaboration. Débuter dans ce métier n'est pas facile, et dans une période très particulière, entre confinements, épidémie de COVID, et vie personnelle, cela n'a pas toujours été simple. Merci de votre soutien spontané et confraternel tout au long de cette période, y compris dans les moments difficiles. J'ai hâte de m'installer avec vous, de devenir votre consœur, et de travailler en harmonie avec vous.

A mes parents,

Pour leur soutien et leur amour inconditionnel, dans tous les moments de ma vie, passée, présente et future. Sans eux, je ne serais pas ici. Merci de m'avoir donné tout ce que vous aviez pour me faire grandir et devenir la personne que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir toujours répondu présents lorsque j'avais besoin d'aide, pour garder ma petite puce pendant le travail, pour cette thèse, ou dès que j'en avais besoin.

A ma grande sœur Marie,

Mon modèle. La personne que j'admire le plus depuis que je suis petite. Celle qui m'a montré la voie, m'a facilité tellement de choses, et m'a montré et transmis l'amour de la médecine. Merci

de répondre toujours présente, dès que j'en ai besoin, dans les très bons comme dans les mauvais moments, les échecs, les réussites. Merci de m'expliquer et de m'aider pour tant de choses, et même si l'on ne se voit pas assez souvent, merci d'être une super tata pour Camille !

A Anthony,

Merci de rendre ma sœur heureuse, d'être là pour elle, et d'être si drôle lors des repas de famille !

A ma belle-famille,

Jacqueline, Jean-Pierre, Anne, Fred, Lili, Pierre, Alix, Arthur, Clélia et Paul, merci de m'avoir accueillie si chaleureusement chez vous. Merci de votre bonne humeur, de votre humour, et de votre soutien depuis que je suis entrée dans vos vies. Merci également aux cousins et cousines, toujours des bons moments et plein de rires à partager avec vous !

A Jean,

Merci à toi, d'être là pour moi, de me supporter depuis presque 8 années. Merci d'être mon ami, mon amour, celui sur qui je peux me défouler, m'appuyer et compter. A ta façon, tu sais toujours me faire prendre du recul, et me calmer lorsque j'en ai besoin. Tu sais me rendre le sourire, me faire rire plus que n'importe qui. Merci d'être un père aimant et attentionné pour Camille, comme tu le seras pour notre futur petit garçon ! Je t'aime.

A Camille,

Ma fille, ma vie. Tu es arrivée dans une période difficile, et tu as fait exploser mon cœur d'amour. Te voir grandir, rire, et t'épanouir suffisent à me donner du courage tous les jours, et cela m'a permis de trouver le temps et l'énergie pour tout concilier : travail, vie de famille, vie étudiante, et cette thèse qui aboutit. Merci d'être arrivée dans ma vie ! Je suis certaine que ton futur petit frère sera admiratif et si fier de sa grande sœur !

A mes amis,

Charlie, Juju, Charlotte, Marie, Mel, Jojo, Fox, Alan, Mimil, Morgan, et tous ceux que je ne cite pas car ce serait trop long, merci d'être là tous ensemble depuis de si nombreuses années. Merci de tous les beaux moments passés ensemble, j'espère qu'ils dureront encore très longtemps ! Les filles, merci de votre soutien immense lors des moments difficiles que j'ai eu dans ma vie !

Enfin,

à mes amis de médecine, de fac, d'internat, aux équipes médicales et paramédicales que j'ai rencontré et croisé tout au long de ces années, pendant les cours et pendant les stages. Au CH de Paray le Monial, du Creusot, de Dijon, de Chalon, aux médecins d'Autun, de Lucenay Lévêque, de Saint Sernin du Bois, vous avez tous fait une partie de mon parcours, marqué mes études et ma vie professionnelle et personnelle, et participer à cet aboutissement tant attendu ! Merci !

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	15
II.	Matériel et méthode.....	17
1.	Objectifs.....	17
2.	Type d'étude.....	17
a)	Présentation du médecin interrogé.....	18
b)	Prévention primaire des chutes.....	18
c)	Prise en charge et prévention secondaire des chutes.....	19
3.	Population étudiée.....	19
4.	Données statistiques.....	19
III.	Résultats.....	21
1.	Questionnaire.....	21
a)	Présentation des médecins généralistes.....	21
b)	Prévention primaire des chutes.....	22
c)	Prise en charge et prévention secondaire des chutes.....	24
2.	Analyse des données statistiques du Centre Hospitalier William Morey.....	27
a)	Du Département d'Information Médicale (DIM).....	27
b)	De la plateforme gériatrique.....	28
IV.	Discussion.....	29
1.	Points faibles et limites de l'étude.....	29
2.	Points forts de l'étude.....	29
3.	Résultats généraux.....	30
a)	Habitudes de prévention et de prise en charge des chutes des médecins généralistes.....	30
b)	Freins et besoins des médecins dans la prévention et la prise en charge des chutes.....	31
c)	Propositions de solutions par les médecins.....	32
d)	Ouverture : la solution du lien ambulatoire-hôpital.....	33
V.	Conclusion.....	34
VI.	Bibliographie.....	36
VII.	Annexes.....	38
1.	Annexe 1 : Synthèse des recommandations de la HAS pour l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.....	38
2.	Annexe 2 : Résumé du plan gouvernemental antichute, février 2022.....	42
3.	Annexe 3 : Questionnaire à destination des médecins généralistes.....	44

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1. Répartition des milieux d'exercice des médecins généralistes.	21
Figure 2. Répartition des demandes de patients/proches des patients concernant la prévention des chutes.....	23
Figure 3. Répartition des demandes d'intervention par les médecins généralistes selon le type de professionnels de santé.....	24
Figure 4. Répartition des difficultés ressenties par les médecins généralistes selon le domaine.	25
Figure 5. Habitudes de collaboration des médecins généralistes dans la prise en charge des patients chuteurs.	26
Tableau 1. Tableau illustrant le devenir des patients hospitalisés pour chute à la sortie du séjour.....	28

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Activité Physique Adaptée

CDOM71 : Conseil Département de l'Ordre des Médecins de Saône et Loire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHWM : Centre Hospitalier William Morey

CPTS : communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DAC71 : Dispositif d'Appui à la Coordination de Saône et Loire

DIM : Département d'Information Médicale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De Jour

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

I. Introduction

En France, la chute chez les personnes âgées est un véritable problème de santé publique. En effet, selon le programme de surveillance épidémiologique de Santé Publique France, mis à jour en 2020, un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus fait au moins une chute chaque année, soit environ 450 000 personnes. Parmi elles, deux-tiers surviennent à domicile. Celles-ci ont de multiples conséquences (physiques, psychologiques, sociales) parfois graves, avec environ 76 000 hospitalisations pour fracture du col du fémur par an, et plus de 9300 décès (1). Par ailleurs, ces chiffres ont tendance à augmenter avec le temps, du fait de l'évolution démographique dans notre pays, avec, au 1^{er} janvier 2020, 20,5% de la population âgée d'au moins 65 ans, et une accélération constante du vieillissement (2).

Les facteurs de risques des chutes sont multiples et bien décrits aujourd'hui : liés à la personne, aux comportements, ou à l'environnement (3) (4), leur recherche est primordiale pour la prévention primaire et secondaire, car la plupart sont modifiables et peuvent être corrigés. La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2009 des recommandations d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, répertoriant les facteurs de risques (5). La synthèse de ces recommandations est proposé en annexe 1.

Devant l'ampleur du problème, et le coût financier non négligeable, le gouvernement, en février 2022, a développé un plan antichute, dont la synthèse est présentée en annexe 2. Celui-ci met en place des actions auprès des personnes selon 5 axes : le repérage des risques de chute, l'aménagement du logement, la mise en place d'aides techniques, le développement de l'activité physique adaptée, et la téléassistance. Ce plan a été construit en partenariat avec la HAS, les pôles de gériatrie au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), le Conseil National Professionnel de Gériatrie, et le Collège de la Médecine Générale (6).

Néanmoins, ce plan parle peu de la place des professionnels de santé, notamment les médecins traitants, qui sont les premiers acteurs de la communication, de l'information et du repérage des risques de chute et plus globalement de la prévention (7). Il semble donc important de pouvoir explorer également les difficultés et freins qu'ils rencontrent.

La région Bourgogne-Franche Comté fait face au vieillissement de la population avec la même tendance qu'au niveau national. En Saône et Loire en en 2013, 30% de la population avait

plus de 60 ans, et continue de vieillir. Entre 2011 et 2013, au niveau régional, plus de 19 000 personnes âgées de 65 ans et plus ont été hospitalisées suite à une chute (8).

Dans ce contexte, le travail de cette thèse comprend deux axes :

- D'abord, évaluer les habitudes de prise en charge, ainsi que les difficultés et freins rencontrés par les médecins généralistes de la région Chalonnaise face aux chutes de leurs patients âgés,
- Puis étudier les propositions et solutions de ces médecins généralistes, pour améliorer la prévention et la prise en charge des chutes de leurs patients âgés.

II. Matériel et méthode

1. Objectifs

L'objectif principal de ce travail était de faire le point sur les habitudes de prise en charge, ainsi que sur les difficultés et besoins des médecins généralistes de la région Chalonnaise, concernant la prévention et la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés de 70 ans et plus. Cela passe par l'évaluation de plusieurs items :

- La fréquence des consultations pour chutes (prévention et prise en charge),
- Les habitudes de prise en charge systématiques,
- Les habitudes de collaboration interprofessionnelle,
- Les difficultés rencontrées et ressenties,
- Les besoins et propositions d'amélioration.

L'objectif secondaire était de permettre d'établir des relations entre ces données, afin d'évaluer un projet d'élaboration d'une filière coordonnée ville-hôpital, entre les médecins spécialistes gériatres du Centre Hospitalier William Morey de Chalon Sur Saône (CHWM) et les médecins généralistes travaillant avec eux, avec la création d'une équipe mobile de gériatrie externe.

2. Type d'étude

C'est une étude observationnelle et quantitative, réalisée sous forme d'enquête par questionnaire. Celui-ci vise à obtenir des données statistiques quantifiables et comparables sur une population définie. Cette méthode permet d'explorer, d'observer, d'analyser et de comprendre certains aspects de cette population, notamment une opinion, des comportements ou pratiques, des connaissances (9).

L'enquête par questionnaire a été privilégiée car cette méthode est adaptée pour atteindre et de faire adhérer le plus grand nombre possible d'enquêtés. Par ailleurs, elle permettait de recueillir des données chiffrées et quantifiables, afin de pouvoir mesurer des fréquences de

comportement, d'habitudes, et d'opinions, et de permettre d'établir des relations entre elles (10).

Le questionnaire était anonyme, comportait vingt-neuf questions :

- Vingt-cinq questions fermées, à choix unique ou multiple,
- Deux questions à réponse courte,
- Deux questions à réponse libre

Il était composé de trois parties distinctes : présentation du médecin, prévention primaire des chutes, et prise en charge et prévention secondaire des chutes. Les parties deux et trois comportaient à la fois des questions concernant les habitudes de prévention et de prise en charge des médecins généralistes, ainsi que sur leurs difficultés rencontrées et/ou ressenties, et leurs besoins.

a) Présentation du médecin interrogé

La première partie du questionnaire consistait à présenter chaque médecin répondant, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible des médecins exerçant dans la zone géographique étudiée : les questions faisaient préciser l'âge, le milieu d'exercice (rural, semi-rural, ou urbain), le type de structure (cabinet individuel, de groupe, ou maison de santé), et d'activité (consultations en cabinet, visites, lieux d'intervention).

b) Prévention primaire des chutes

La seconde partie du questionnaire était centrée sur la prévention primaire des chutes. Globalement, les questions portaient sur leurs habitudes lors des consultations de patient n'ayant pas chuté ou rapporté de chute. Le but était de savoir qui abordait le plus fréquemment le problème de la chute (médecin, patient ou proches), et si le médecin avait l'habitude de réaliser des consultations dédiées ou non. Par ailleurs, d'autres questions portaient sur les demandes des patients les plus fréquentes à leur médecin traitant et les éventuelles difficultés ressenties par ceux-ci pour y répondre au mieux et de manière adaptée et complète, avec coordination ou non avec d'autres professionnels de santé.

c) Prise en charge et prévention secondaire des chutes

La troisième et dernière partie concernait la prévention secondaire des chutes, c'est-à-dire la prise en charge globale du patient ayant déjà chuté : prise en charge aigue, puis prévention des futures chutes. Les items étaient eux-mêmes divisés en trois parties. L'une portait sur les habitudes de prise en charge par les médecins : possibilités et délais de consultation, bilan étiologique effectué selon les recommandations de la HAS (5), habitudes de collaboration avec d'autres professionnels de santé et spécialistes. La seconde questionnait sur les difficultés ressenties et/ou rencontrées par les médecins pour ces différents items. Enfin, les dernières questions abordaient les besoins des médecins pour faciliter la prise en charge de leurs patients chuteurs.

Le questionnaire détaillé est présenté en annexe 3.

3. Population étudiée

Le questionnaire a été adressé aux médecins généralistes, libéraux ou salariés, de la région de Chalon sur Saône et de la Bresse Louhannaise, travaillant en collaboration avec le CHWM.

Il a été diffusé auprès de 143 médecins généralistes, de 35 communes du secteur concerné. La diffusion a été faite par mail, par le biais du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Saône-et-Loire (CDOM 71), ainsi que par les réseaux sociaux, dans les groupes des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) Médecins de la Bresse et Chalon sur Saône. Il a été diffusé du 17 octobre 2022 au 30 novembre 2022, avec 2 relances.

Les réponses au questionnaire ont été saisies et analysées à l'aide d'un tableur Excel, par une seule personne. Elles sont exprimées en effectifs absolus, et en pourcentages.

4. Données statistiques

En parallèle, des données statistiques du CHWM de Chalon sur Saône ont été récupérées, via le Département d'Information Médicale (DIM), et les archives de la Plateforme Gériatrique :

- Par le DIM, les données concernent le nombre de séjours pour des patients de 70 ans et plus pour motif de chute pendant le 1^{er} semestre 2022, avec parmi eux le pourcentage de ces patients passés par le service d'Accueil des Urgences (SAU), et ceux hospitalisés de manière directe depuis le domicile. Il n'a pas été possible d'avoir d'information concernant le nombre de patients vus au SAU pour chute mais non hospitalisés. Les patients hospitalisés ont été triés selon leur devenir à la sortie du séjour.
- Par la Plateforme Gériatrique, les données concernent le nombre d'appels total pour la même période, avec parmi eux, le nombre d'appels concernant des patients chuteurs, ainsi que l'orientation selon les cas.

Ce type de données n'a pas pu être récupéré en ambulatoire, faute de logiciels informatisés adaptés (absence de codage pour une recherche par mots-clés, les motifs de consultation, antécédents de chutes et prise en charge étant quasiment toujours saisis en texte libre).

III. Résultats

1. Questionnaire

Parmi les 143 médecins ayant reçu le questionnaire, 3 n'exerçaient plus en cabinet (ils avaient uniquement conservé une activité de régulation au centre 15). Sur 140 médecins ciblés, il y a eu 32 réponses, soit 23% de retours.

a) Présentation des médecins généralistes

Les médecins ayant répondu à l'étude avaient entre 31 et 74 ans. La moyenne d'âge était de 48,5 ans. La médiane était de 46 ans.

Concernant le milieu d'exercice, la répartition des 32 médecins était équitable, avec 9 d'entre eux exerçant en milieu rural, 11 en semi-rural, et 12 en milieu urbain (figure n°1). La moitié des médecins exerçaient en cabinet de groupe, 10 (31,3%) en maison de santé, et 5 (15,6%) en cabinet individuel.

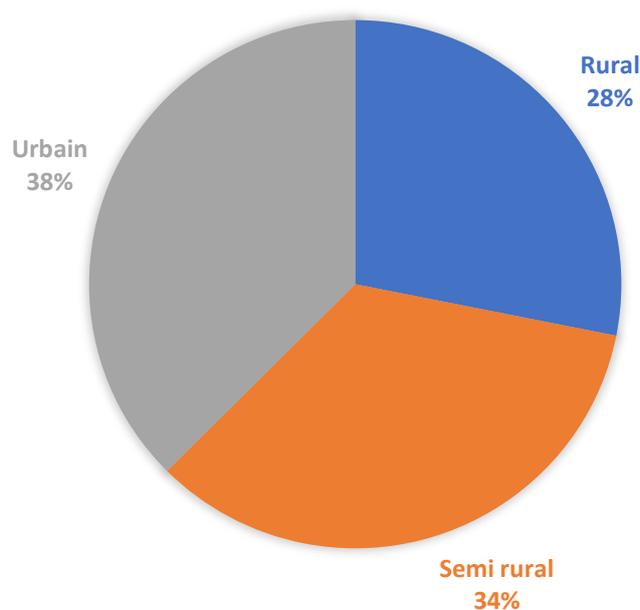


Figure 1. Répartition des milieux d'exercice des médecins généralistes.

Tous les médecins interrogés intervenaient en consultation en-dehors de leur cabinet. Parmi eux, tous faisaient des visites en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), 30 (93,8%) au domicile des patients, 24 (75%) en foyer/résidence pour personnes âgées, 1 (3,1%) en foyer adultes handicapés, et 1 (3,1%) en hôpital local. 24 médecins (75%) intervenaient à la fois en EHPAD, à domicile et en foyer/résidence pour personnes âgées.

Concernant les éventuelles formations complémentaires de gériatrie, 20 médecins n'avaient aucune formation complémentaire (62,5%), 8 suivaient les mises à jour dans le cadre de la formation continue (25%), et 5 avaient une capacité de gériatrie (15,6%).

b) Prévention primaire des chutes

La moitié des médecins ont déclaré aborder eux-mêmes, le plus souvent, le problème des chutes lors des consultations avec leurs patients. Pour 9 médecins (28,1%), ce sont les proches du patient qui abordent le plus souvent le sujet avec le médecin traitant, et pour seulement 6 (18,8%), c'est le patient lui-même. Le sujet est traité à 84,4% lors d'une consultation pour un ou d'autres motifs. Dans 81,3% des cas, le patient est accompagné par un proche.

Lorsque les médecins sont sollicités par les patients ou leurs proches pour la prévention des chutes, les trois demandes les plus fréquentes sont la mise en place d'aides humaines au domicile (très majoritaire), puis le maintien de l'autonomie du patient, et la réalisation de dossiers d'entrée en institutions. La mise en place d'aides matérielles (comme la téléassistance), l'aménagement du logement, et les aides financières sont également demandées, à moindre mesure (figure n°2).

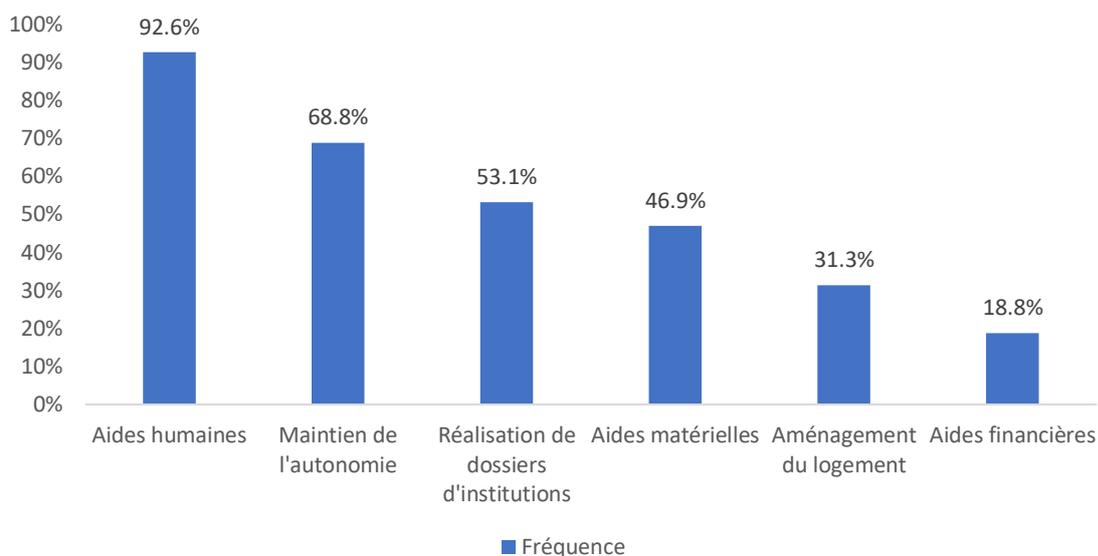


Figure 2. Répartition des demandes de patients/proches des patients concernant la prévention des chutes.

Concernant ces demandes, 21 médecins (65,6%), pensent ne pas être assez formés/informés pour y répondre de manière complète et adaptée, notamment sur la mise en place d'aides financières (66,7%), l'aménagement du logement (54,2%), et les aides matérielles (37,5%).

Une majorité de médecins collaborent avec d'autres professionnels de santé dans la prévention primaire des chutes de leurs patients : 22 (68,8%) ont déclaré systématiquement faire appel à eux. L'intervenant le plus fréquemment demandé est de loin le kinésithérapeute, puis l'infirmière à domicile. Les autres professionnels de santé : ostéopathes, ergothérapeutes, enseignants en Activité Physique Adaptée (APA), réseaux gérontologiques comme les Plateformes d'Appui à la Coordination (DAC) ou les Plateformes Territoriale d'Appui (PTA), et infirmières Azalées ou Infirmières en Pratique Avancée (IPA) sont moins sollicités (figure n°3).

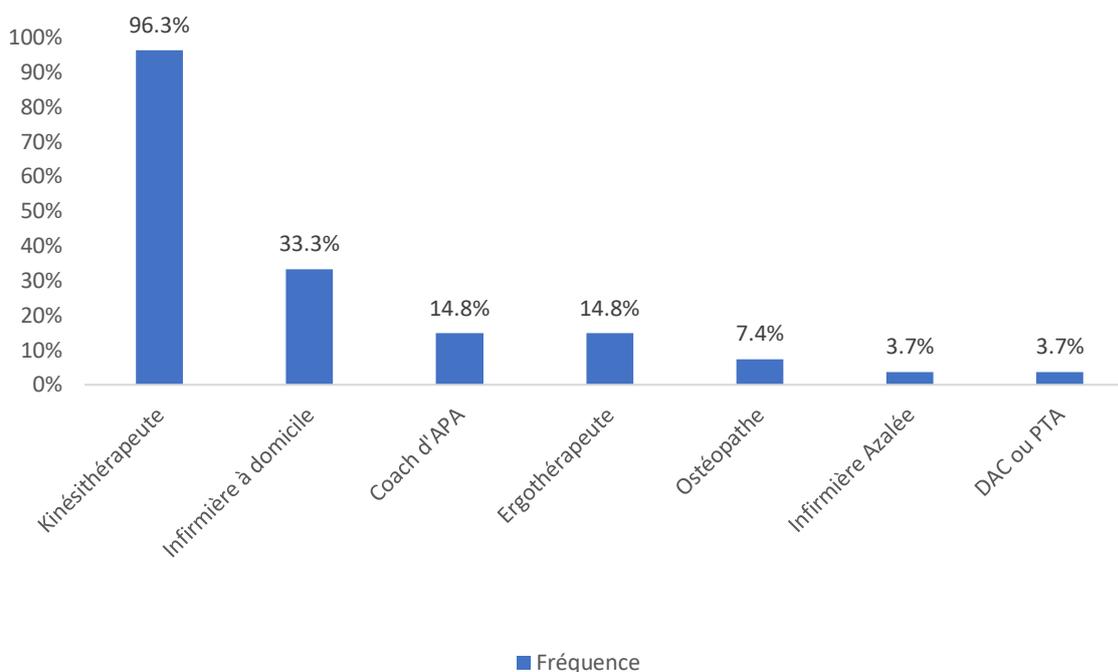


Figure 3. Répartition des demandes d'intervention par les médecins généralistes selon le type de professionnels de santé.

c) Prise en charge et prévention secondaire des chutes

Concernant la prise en charge des patients ayant chuté, le délai de consultation est la plupart du temps de maximum une semaine (59,4%), ou dans la journée (34,4%). 27 médecins (84,4%) ont déclaré faire systématiquement un bilan étiologique de la chute, comprenant un examen clinique global (100%), une évaluation des traitements médicamenteux (89,7%), la recherche d'une hypotension orthostatique (75,9%), un bilan biologique (69%), une évaluation de l'état nutritionnel (51,7%). 13 médecins ont déclaré faire une évaluation neurocognitive à titre systématique à la suite d'une chute, parmi lesquels 1 seul fait appel à un spécialiste pour sa réalisation. L'évaluation motrice par un kinésithérapeute et celle du domicile représentent respectivement 27,6% et 13,8% des réponses.

28 médecins (87,5%) se sont déjà sentis en difficulté face à un patient chuteur : parmi les causes évoquées, une très grande majorité d'entre eux (24 médecins) considèrent que les délais de prise en charge spécialisée sont trop longs, et la moitié manquent de temps pour réaliser les tests d'évaluation cognitive et motrice. D'autres causes évoquées sont plus minoritaires :

manque d'information concernant les filières de prise en charge spécialisée existantes, méconnaissance des recommandations officielles, manque de temps pour organiser une consultation dédiée dans un délai raisonnable, et méconnaissance des filières d'aides à domicile existantes (figure n°4).

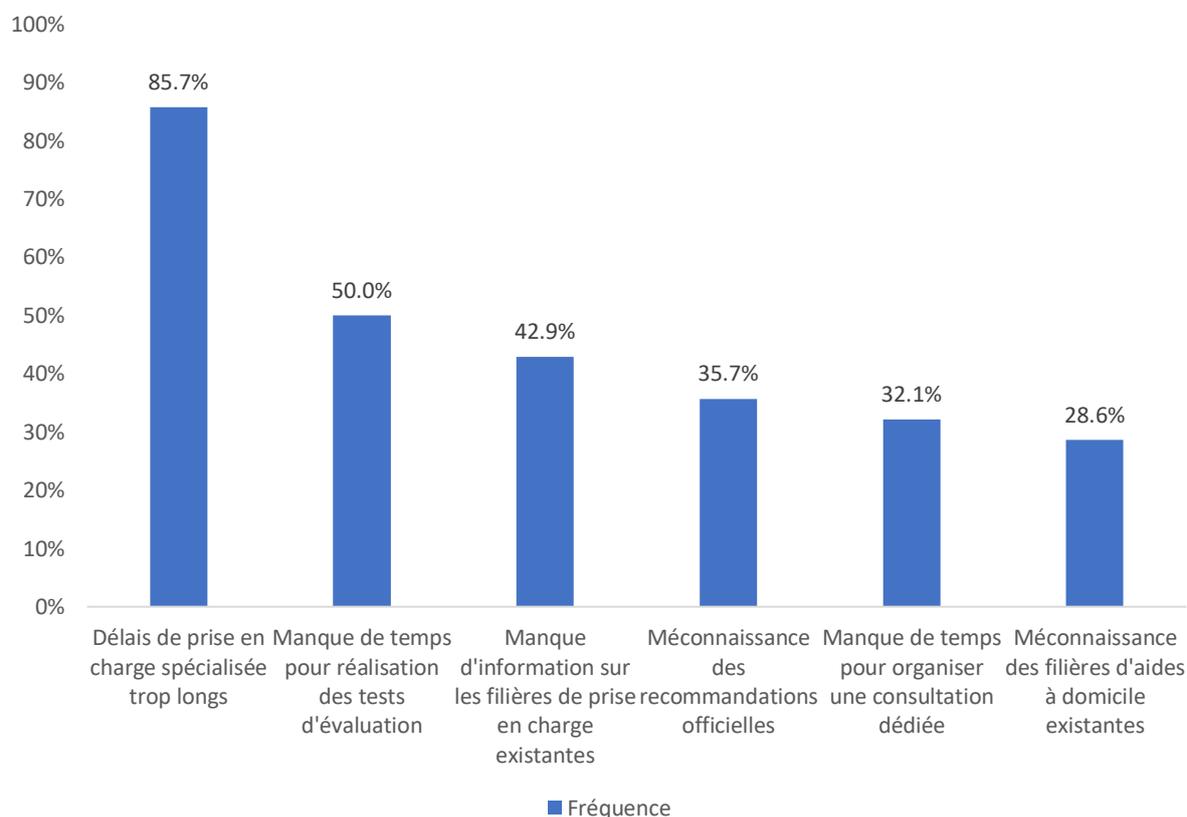


Figure 4. Répartition des difficultés ressenties par les médecins généralistes selon le domaine.

Par ailleurs, 28 médecins (87,5%) trouvent difficile de coordonner des spécialistes et autres professionnels de santé, notamment à cause de délais de prise en charge trop longs (89,3%), difficulté d'accès aux structures de prise en charge (67,9%), et méconnaissance des réseaux (39,3%).

Face à un patient chuteur ou à risque de récurrence, l'utilisation de la plateforme d'appel d'orientation gériatrique est la filière la plus utilisée par les médecins (figure n°5). 29 (90,7%) l'ont utilisé au moins une fois, et 19 d'entre eux (67,8%) ont été satisfaits de la réponse et/ou de l'aide apportée(s). Parmi les réponses non satisfaisantes, on retrouve des délais de prise en charge jugés trop longs (5 réponses), notamment lors d'indications d'hospitalisations directes ou

de consultations gériatriques spécialisées. Les délais dans les demandes d'évaluation globale spécialisée, même sans indication urgente, sont également considérés comme trop longs. Selon 3 réponses des médecins traitants, ces patients finissent fréquemment par être admis à l'hôpital via le SAU, notamment dans les cas de récurrence de chute avec complications parfois graves. 2 médecins ont également cité des propositions inadaptées à la réalité de la situation du patient et de son entourage.

En dehors de l'utilisation de la plateforme d'appel d'orientation gériatrique, plus de la moitié ont l'habitude de faire appel aux rééducateurs libéraux. Puis, de façon beaucoup plus minoritaire, d'autres ont l'habitude d'adresser leurs patients chuteurs en consultation gériatrique, font appel au SAU de l'hôpital, ou demandent une admission directe en service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Par ailleurs, un peu plus d'un tiers des médecins gèrent seuls la prise en charge sans faire appel aux professionnels de santé ou filières existantes (figure n°5).

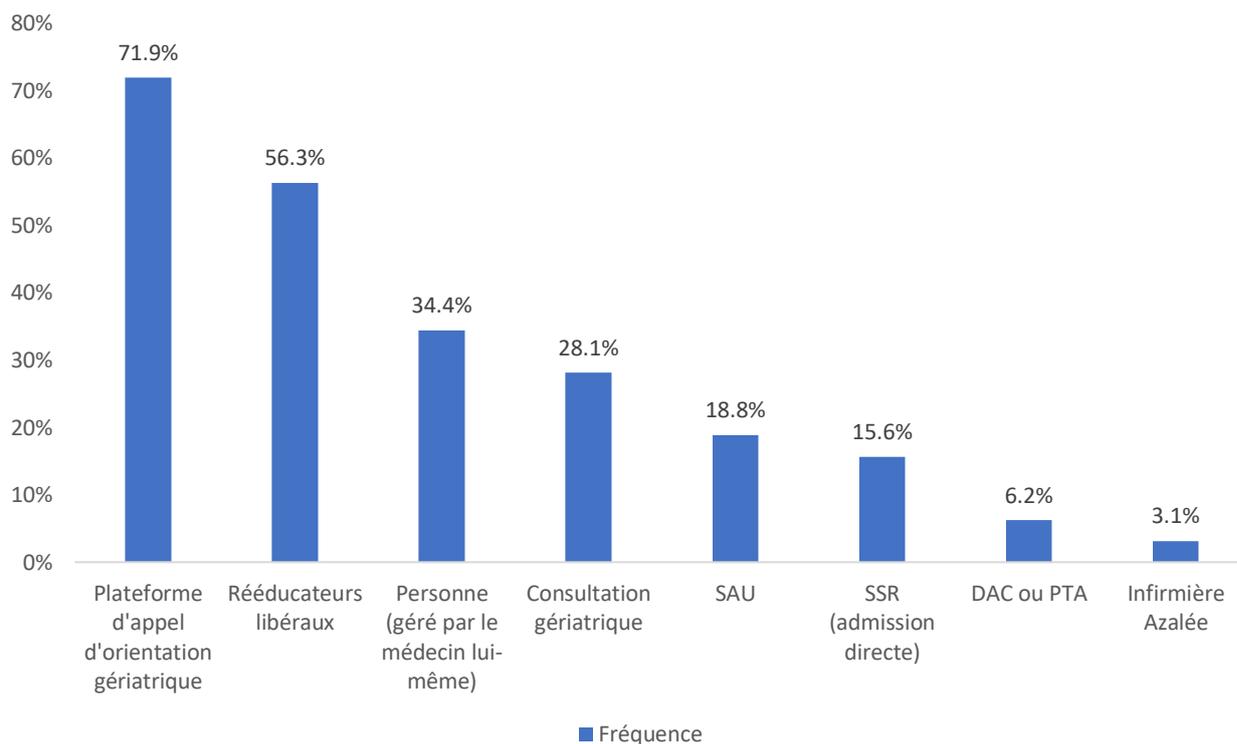


Figure 5. Habitudes de collaboration des médecins généralistes dans la prise en charge des patients chuteurs.

Concernant les besoins et demandes rapportées par les médecins interrogés : les structures à développer sont pour 23 d'entre eux (71,9%), l'équipe mobile de gériatrie, puis la plateforme d'appel d'orientation gériatrique (14 réponses (43,8%)), l'accès à la consultation gériatrique (13

réponses, (40,6%)), l'accès à l'Hospitalisation de Jour (HDJ) (11 réponses (34,4%)), et enfin le parcours patient dans le cadre d'une CPTS (6 réponses (18,8%)).

D'autres besoins, considérés comme importants pour faciliter la prise en charge et la prévention des chutes, ont également été rapportés, de façon libre : 11 médecins demandent plus de facilité d'accès aux réseaux et aux prises en charge spécialisées (hospitalières et ambulatoires), notamment par diminution des délais de prise en charge (4 réponses), créations de réseaux locaux de professionnels de santé facilement identifiables (3 réponses), et augmentation du nombre de places en EHPAD temporaire ou en SSR (1 réponse). 3 médecins demandent le développement des interventions des enseignants en APA et des ergothérapeutes à domicile, 2 la mise à jour régulière des connaissances, de façon multi professionnelle, dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC), et 4 la possibilité d'intervention spécialisée directement au domicile du patient.

2. Analyse des données statistiques du Centre Hospitalier William Morey

a) Du Département d'Information Médicale (DIM)

Au premier semestre 2022, le DIM a recensé 397 patients âgés de 70 ans et plus ayant effectué un séjour avec pour motif une chute à domicile. Parmi eux, 285 (71,8%) sont passés par le Service d'Accueil des Urgences. Les hospitalisations directes (ou programmées) depuis le domicile représentaient 9% de ces patients, soit 36 personnes. Le terme « domicile » inclue ici les patients vivant en maison, en foyer-logement, en résidence personnes âgées (médicalisée ou non), et en EHPAD.

Parmi ces 397 dossiers, 120 (30,2%) ont été analysés afin de connaître leur devenir à la sortie du séjour hospitalier. Ces chiffres sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

Type de devenir	Retour à domicile	SSR	Foyer- logement/résidence PA	EHPAD	Décès	Transfert CH	Total
Nombre de patients	35	40	3	17	19	6	120

Tableau 1. Tableau illustrant le devenir des patients hospitalisés pour chute à la sortie du séjour.

Parmi les 17 patients qui ont été admis en EHPAD à la sortie du séjour hospitalier, 10 venaient de leur domicile ou d'une résidence pour personnes âgées.

Parmi les 120 dossiers analysés, 13(10,8%) ont bénéficié d'un avis de l'unité mobile de gériatrie pendant le séjour.

b) De la plateforme gériatrique

Sur la même période, la Plateforme Gériatrique a reçu 121 appels, dont 17 (14%) concernaient des patients ayant chuté à domicile. Parmi eux, 8 ont été hospitalisés (47%), 4 ont bénéficié d'un conseil téléphonique (23,5%), dont 2 par manque de place dans les services d'hospitalisation, 4 ont été adressé au SAU (23,5%), 1 a été reçu à distance en consultation gériatrique (5,9%).

IV. Discussion

1. Points faibles et limites de l'étude

Cette étude a la particularité de concerner un territoire restreint, et porte sur un faible échantillon, ce qui en fait une étude de puissance faible. Par ailleurs, on peut regretter l'absence de données chiffrées qui auraient pu être recueillies auprès des logiciels chez les médecins généralistes (de la même manière qu'au CHWM). Ces données donneraient probablement une vision plus globale et représentative de la situation. Malheureusement, comme dans les chiffres officiels, qui ne prennent pas en compte les chutes prises en charge en ambulatoire, ces données sont difficilement quantifiables en l'absence de système de codage informatisé et standardisé. Il serait intéressant d'inciter les médecins généralistes à utiliser un codage informatique concernant les motifs de consultation, notamment les chutes, afin d'augmenter la traçabilité.

Le questionnaire peut également présenter un biais méthodologique : les questions fermées et QCM peuvent orienter les réponses des enquêtés : la réponse peut être influencée par des items auxquels on n'aurait pas pensé s'ils n'étaient pas listés, ou inversement, on ne pense à certains items car on ne réfléchit pas à une réponse libre. Ce type d'étude pourrait donc être complétée par une méthode qualitative, notamment avec des entretiens semi-dirigés, qui sont également adaptés aux études locales, avec faibles échantillons, et permettant l'analyse et la description de comportements (11).

2. Points forts de l'étude

Le sujet choisi pour ce travail est un sujet d'actualité, avec un enjeu de santé publique important. En effet, le problème des chutes chez les personnes âgées est fréquent, évitable, et avec des solutions de prise en charge connues (1) (3) (5) (12). L'évolution démographique fait que ce type d'étude est important pour l'avenir de la population générale, car les pistes de solutions et les actions mises en place sont importantes aussi bien au niveau local que national (2) (6) (8).

Par ailleurs, la méthode choisie pour cette étude, bien que de faible portée géographique et donc d'une puissance limitée, est adaptée à l'objectif principal de l'étude, local, en collaboration avec un CH de proximité. Ce travail à petite échelle présente aussi l'avantage de pouvoir être comparé à d'autres études effectuées dans d'autres départements français, sur les mêmes thématiques. De plus, la réalisation du questionnaire et des informations demandées a été la plus complète possible, avec une réflexion et un choix pertinent dans les questions posées, et un opérateur unique pour le recueil. Ceci permet plus de simplicité et de rapidité pour les réponses des enquêtés, et donc une meilleure adhérence, avec taux de réponse satisfaisant pour la portée et le but de l'étude. Ici, le taux de réponse (23%), avec un questionnaire diffusé pendant 6 semaines, est considéré comme satisfaisant.

3. Résultats généraux

a) Habitudes de prévention et de prise en charge des chutes des médecins généralistes

L'étude a montré que dans la majorité des cas, c'est le médecin lui-même ou un proche du patient qui aborde le problème des chutes. Le patient, lui, n'a pas pour habitude d'aborder le sujet avec son médecin : on peut supposer qu'il n'en ressent pas le besoin, ou n'y pense pas, à plus forte raison si l'accident ne s'est pas encore produit (ne ressent pas de danger ou ne pense pas au risque de récurrence, et n'en connaît pas forcément les conséquences (13). Or, il est prouvé que la prévention pour la réduction de certains facteurs de risque de chute est d'une importance majeure afin d'éviter leur apparition ou leur récurrence, et ainsi limiter la perte d'autonomie et d'indépendance (4) (14) (15).

Lorsque les médecins sont sollicités, la demande la plus importante reste la mise en place d'aides humaines à domicile (aide-ménagère, infirmière à domicile, auxiliaire de vie...), puis vient le maintien de l'autonomie (au sens physique). Pour répondre à ces demandes, ils font très régulièrement appel à d'autres professionnels de santé, particulièrement kinésithérapeutes et infirmières à domicile. A moindre mesure, ils utilisent les réseaux locaux (notamment par contact de la DAC71).

Après une première chute, les médecins considèrent pouvoir consulter leurs patients dans un délai relativement acceptable (entre une journée et une semaine), surtout en fonction

de l'urgence. Ils font systématiquement un bilan étiologique, comprenant principalement l'examen clinique, l'évaluation des traitements médicamenteux (révision de l'ordonnance), la recherche d'une hypotension orthostatique, le bilan biologique, l'évaluation de l'état nutritionnel. Ce bilan, sur un plan clinique et biologique, est en adéquation avec les recommandations officielles de la HAS, mais est souvent incomplet (5).

Face aux patients qui font des chutes répétées, ou qui sont à risque fort de récurrence, le réseau le plus utilisé est la plateforme d'appel d'orientation gériatrique. Néanmoins, plus d'un tiers des médecins gèrent seuls la prise en charge, et ne sollicitent ni réseaux, ni spécialistes ou rééducateurs libéraux. La réalisation d'une évaluation neurocognitive, motrice, en encore du domicile n'est donc pas systématique. On voit donc que l'utilisation de cette plateforme n'est pas optimale dans le cas des chutes à domicile. Cette situation est bien illustrée par les données hospitalières : sur près de 400 patients qui ont été hospitalisés pour chute à domicile au premier semestre 2022, une forte majorité est passée par le SAU. L'équipe mobile de gériatrie a été mobilisée dans très peu de dossiers analysés (moins de 11%). Sur la même période, la plateforme d'orientation gériatrique a reçu seulement 17 appels des médecins généralistes concernant une chute à domicile.

b) Freins et besoins des médecins dans la prévention et la prise en charge des chutes

On remarque que deux tiers des médecins ne se sentent pas assez formés et/ou informés pour répondre aux demandes de mise en place d'aides pour leurs patients, mais cela concerne surtout les demandes les moins fréquentes : aides matérielles, financières, aménagement du logement. Néanmoins, ces demandes, bien que plus rares, sont tout aussi importantes dans la prévention. Par ailleurs, ils pourraient se sentir insuffisamment formés car les situations impliquant des patients dans le besoin d'aides à domicile, sont très souvent complexes. Le développement insuffisant des professions ambulatoires existantes, telles que les infirmières Azalées ou les IPA, fait partie des freins décrits menant à ce ressenti.

Les médecins se sentent en difficulté après la chute, ou face aux récurrences : ils estiment les délais de prise en charge spécialisée trop longs, manquent de temps pour faire réaliser eux-mêmes les bilans, et également d'informations ou d'accessibilité aux filières de prises en charge spécialisées. Ils trouvent aussi très difficile de coordonner spécialistes hospitaliers et autres

professionnels de santé ambulatoires. En effet, plus de 30% des réponses apportées lors de l'utilisation de la plateforme téléphonique d'orientation gériatrique sont jugées insatisfaisantes, toujours imputées aux délais de prise en charge trop importants, y compris lors des demandes d'avis non urgents. Selon les médecins interrogés, ces patients finissent par être hospitalisés, quasiment à chaque fois lors d'un passage au SAU. Pour tenter de pallier cela, ils font appel de façon importante aux kinésithérapeutes.

Les constatations de l'étude semblent se retrouver dans d'autres départements français :

- Une étude réalisée en 2017 dans les Landes par le Dr BOITTE, médecin généraliste, a montré que parmi les principaux freins des médecins généralistes à la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés, figuraient le manque de temps, et la difficulté d'accès aux réseaux de soins (16).
- Une autre, réalisée en 2021 par le Dr MARQUES chez les médecins généralistes du Gard, a mis en avant que ceux-ci ressentaient un manque de temps et de moyens, et qu'ils avaient besoin notamment de travailler en équipe, et de recourir facilement et rapidement aux équipes spécialisées de gériatrie (17).

c) Propositions de solutions par les médecins

Pour les médecins interrogés, la prévention primaire, et l'éducation du patient en amont de la chute doit rester le rôle du médecin lui-même, par l'organisation de consultations de prévention dédiées par exemple. Les réseaux ambulatoires existants sont considérés comme insuffisants pour les prises en charge secondaires ou plus urgentes, avec trop peu de communication et de facilité d'accès. Le développement des infirmières Azalées et des IPA seraient un début de solution pour cela.

Pour faciliter et améliorer la prise en charge et la prévention secondaire des chutes, le travail en collaboration avec les spécialistes hospitaliers est indispensable et nécessaire. Les médecins souhaiteraient un développement des structures pluriprofessionnelles, spécialisées, telles que les réseaux de consultations et d'HDJ gériatriques, mais également intervenant à domicile, comme des équipes mobiles de gériatrie.

Ils pensent également que l'augmentation du nombre de places en EHPAD temporaire, et en SSR, et le développement des interventions des enseignants en APA et ergothérapeutes à domicile, faciliterait l'accès à la prévention des chutes, notamment en cas de récives.

d) Ouverture : la solution du lien ambulatoire-hôpital

Le projet porté par le CHWM, de favoriser le lien ambulatoire-hôpital en créant une filière incluant une équipe mobile de gériatrie, pour les médecins généralistes, apparaît comme pertinent dans un but d'améliorer la prise en charge et la prévention secondaire des chutes chez les patients âgés de 70 ans et plus. Ceci pourrait entrer dans le cadre d'un nouveau parcours patient. La solution est d'ailleurs citée par plusieurs médecins interrogés dans cette étude. Il paraît important de réfléchir sur la mise en place d'une coordination et d'une communication suffisantes avec le médecin traitant, ainsi qu'avec les différents intervenants à domicile (notamment libéraux). Dans certaines villes françaises, comme Bourg-en-Bresse, Strasbourg, ou Pau, ce type de filière existe déjà, avec possibilité d'une expertise gériatrique directement au domicile du patient, à la demande du médecin traitant (18) (19) (20).

Néanmoins, on peut se poser la question de la pertinence pour une équipe hospitalière d'aller à domicile. Ce type de filière peut être coûteux à mettre en place, et il serait intéressant d'en évaluer l'impact sur les hospitalisations, et le degré de satisfaction des médecins généralistes qui en bénéficient. Les structures spécialisées existantes, telles que l'HDJ ou la consultation gériatrique, méritent également d'être développées, ce qui pourrait contribuer à la réduction des délais.

De plus, cette solution semble moins adaptée à la prévention primaire des chutes, celle-ci étant principalement le rôle du médecin traitant. D'ailleurs, les médecins généralistes réalisent le bilan systématique malgré les contraintes de temps. Celui-ci peut être proposé dans le cadre de la prévention primaire pour l'amélioration du vieillissement par le médecin traitant, par le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) (21). D'autres structures sont à développer en ce sens, comme les réseaux locaux (DAC71), la coordination des professionnels de santé libéraux (CPTS), et les acteurs de santé spécifiques : infirmières Azalées, IPA, enseignants en APA, ergothérapeutes.

V. Conclusion

Le problème de la chute chez les patients âgés est un sujet important et d'actualité, tant sur un plan local que national avec la campagne nationale « Plan antichute ». La chute reste un enjeu de santé publique, du fait de sa fréquence, de ses conséquences en termes de morbi-mortalité, et de ses coûts. L'évolution démographique fait des chutes un thème majeur dans la prise en charge globale du patient âgé par les médecins et les professionnels de santé, dans un but de maintien à domicile dans de bonnes conditions.

Cette étude a montré que les médecins généralistes de la région Chalonnaise et Bressane, travaillant avec le CHWM, ont des habitudes de prévention et de prise en charge en adéquation avec les recommandations officielles.

En revanche, ils décrivent de nombreux freins et difficultés pour les mener à bien, avec au premier plan deux problèmes :

- L'accès aux spécialistes, en premier lieu le gériatre, et aux prises en charge globales de recours (notamment hospitalières) : allongement des délais, difficultés de coordination des différents acteurs de santé,
- Le manque de temps pour effectuer les bilans et tests recommandés (du fait de la multiplicité des tâches des médecins généralistes, et de la fréquente complexité des situations).

Pour pallier ces difficultés, le développement des réseaux locaux et des acteurs ambulatoires existants semble nécessaire. Ceci passe par la délégation de tâche en soins premiers aux Infirmières Azalées/de Pratique Avancée (IPA) pour soulager le médecin traitant dans son exercice quotidien au sein de la maison de santé pluridisciplinaire. De plus, le développement du parcours patient entre l'ambulatoire et l'hôpital est impératif. Plus que le développement d'équipes mobiles de gériatrie, très coûteuses en temps de professionnels, le développement des secteurs ambulatoires de gériatrie, consultation et surtout hôpital de jour gériatrique, en coordination avec le médecin traitant et les acteurs ambulatoires, doit être réalisé avec un maillage du territoire. Il serait intéressant de pouvoir évaluer l'impact des différents types d'organisation sur la prévention secondaire des chutes.

THESE SOUTENUE PAR Madame Lucie DECRETTE

CONCLUSIONS

Le problème de la chute chez les patients âgés est un sujet important et d'actualité, tant sur un plan local que national, avec la campagne nationale « Plan anti-chute ». La chute reste un enjeu de santé publique, du fait de sa fréquence, de ses conséquences en termes de morbi-mortalité, et de ses coûts. L'évolution démographique fait des chutes un thème majeur dans la prise en charge globale du patient âgé par les médecins et les professionnels de santé, dans un but de soutien à domicile dans de bonnes conditions. Cette étude a montré que les médecins généralistes de la région Chalonnaise et Bressane, travaillant avec le CHWM, ont des habitudes de prévention et de prise en charge en adéquation avec les recommandations officielles.

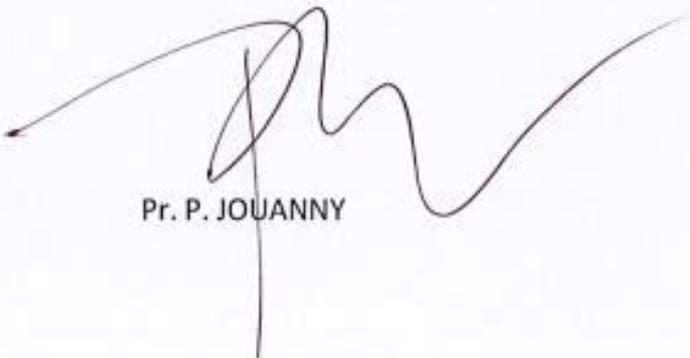
En revanche, ils décrivent de nombreux freins et difficultés pour les mener à bien, avec au premier plan deux problèmes :

- L'accès aux spécialistes, en premier lieu le gériatre, et aux prises en charge globales de recours (notamment hospitalières) : allongement des délais, difficultés de coordination des différents acteurs de santé
- Le manque de temps pour effectuer les bilans et tests recommandés (du fait de la multiplicité des tâches des médecins généralistes, et de la fréquente complexité des situations)

Pour pallier ces difficultés, le développement des réseaux locaux et des acteurs ambulatoires existants semble nécessaire. Ceci passe par la délégation de tâche en soins premiers aux infirmières azalées/de pratique avancée (IPA) pour soulager le médecin traitant dans son exercice quotidien au sein de la maison de santé pluridisciplinaire. De plus, le développement du parcours patient entre l'ambulatoire et l'hôpital est impératif. Plus que le développement d'équipes mobiles de gériatrie, très couteuses en temps de professionnels, le développement des secteurs ambulatoires de gériatrie, consultation et surtout hôpital de jour gériatrique, en coordination avec le médecin traitant et les acteurs ambulatoires, doit être réalisé avec un maillage du territoire. Il serait intéressant de pouvoir évaluer l'impact des différents types d'organisation sur la prévention secondaire des chutes.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 16 décembre 2022
Le Doyen



Pr. P. JOUANNY



Pr. M. MAYNADIÉ

VI. Bibliographie

1. Dossier thématique : Chute [Internet]. Santé Publique France. 2020 [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>
2. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
3. Chevalier P. Prévention des chutes chez les personnes âgées. Société Sci Médecine Générale. mars 2008;32.
4. Bourdessol H, Pin S. Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. INPES. mai 2005;156.
5. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations HAS. [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
6. Plan antichute des personnes âgées [Internet]. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf
7. Yvain F, Giraud M, Magnier G. Chute de la personne âgée ambulatoire. EMC - Traité Médecine AKOS. 2007;2(3):1-6.
8. Personnes âgées : éléments saillants en Bourgogne-Franche-Comté. ARS Bourgogne Franche-Comté Obs Régional Santé BFC. 2017;12.
9. Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire - DMG Strasbourg [Internet]. 2012 [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
10. Parizot I. L'enquête par questionnaire. L'enquête Sociol. 2012;93-113.
11. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2010;102(3):23-34.
12. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet Lond Engl. 26 nov 2005;366(9500):1885-93.

13. Lamouille M, Somme D, Corvol A. Chute du sujet âgé : en parler à son médecin ou pas ? *Gérontologie Société*. 2016;vol. 38 / 150(2):113-26.
14. Cornillon E, Blanchon MA, Ramboatsisetraina P, Braize C, Beauchet O, Dubost V, et al. Impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant-après des performances physiques. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 1 déc 2002;45(9):493-504.
15. Schwald N, Bach F, Marchand P, Chiffroy D, Natali JP, Bloch F. Intérêt de l'optimisation du retour au domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. août 2015;15(88):191-3.
16. Boitte A. Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans en zone rurale par les médecins généralistes des Landes [Internet] [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01473371>
17. Marques M. L'expérience des médecins généralistes gardois dans la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés [Thèse de doctorat]. Université de Montpellier. 2021 [Internet]. [cité 12 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475308/document>
18. Equipe mobile de gériatrie [Internet]. Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ch-bourg-en-bresse.fr/blog/specialite/equipe-mobile-de-geriatrie/>
19. Equipe mobile de gériatrie extra hospitalière (unité verte) - Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg [Internet]. <https://www.chru-strasbourg.fr/>. 2022 [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.chru-strasbourg.fr/equipe-mobile-de-geriatrie-extra-hospitaliere-unite-verte/>
20. EMGD – Équipe Mobile de Gériatrie à Domicile – Centre Hospitalier de Pau [Internet]. [cité 16 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.ch-pau.fr/loffre-de-soins/geriatrie/emgd-equipe-mobile-de-geriatrie-a-domicile/>
21. ICOPE - Un programme pour prévenir la dépendance [Internet]. [cité 29 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.occitanie.ars.sante.fr/icope-un-programme-pour-prevenir-la-dependance>

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Synthèse des recommandations de la HAS pour l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées



Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

Avril 2009

OBJECTIFS

- Fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne.
- Répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est la définition des chutes répétées ?
 2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?
 3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
 4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications ?

Ces recommandations concernent les personnes âgées [> 65 ans] faisant des chutes [fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ] répétées [≥ 2 chutes au cours d'une période de 12 mois]. Elles reposent majoritairement sur un accord professionnel.

Messages clés

- La démarche médicale comporte un premier temps d'évaluation qui est avant tout clinique. Peu d'examen complémentaires sont utiles de façon systématique ; leur prescription doit être orientée par l'évaluation clinique.
- Il faut rechercher systématiquement, dans un premier temps, tous les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel, puis, dans un deuxième temps, les facteurs de risque de chutes.
- La recherche des facteurs de risque de chutes est une étape essentielle. Chez un même patient, il est habituel de retrouver plusieurs facteurs de risque associés. Aussi, cette recherche doit être complétée et ne pas être interrompue si un facteur est identifié. La correction des facteurs de risque modifiables est la première étape du traitement.
- La prise en charge doit être rapide et adaptée, elle est fondée sur une approche multi-interventionnelle déterminée en fonction des résultats de l'évaluation du patient et de son environnement. Cette évaluation doit reposer sur l'utilisation de tests validés et standardisés.
- En fonction des cas, sont proposés la correction des facteurs de risque modifiables éventuels, l'adaptation du chaussage, l'utilisation d'aides techniques, un programme d'activité physique ou de kinésithérapie, une augmentation des apports de calcium, l'apport de vitamine D, et un traitement anti-ostéoporotique.
- L'éducation du patient et de son entourage fait aussi partie de la prise en charge.

PREMIÈRE ÉTAPE : RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Dans un premier temps, rechercher systématiquement les signes de gravité suivants :

Conséquences de la chute	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Traumatismes physiques modérés à sévères ▶ Impossibilité de se relever du sol et ses conséquences (rhabdomyolyse, hypothermie, escarres, pneumopathies d'inhalation, déshydratation) ▶ Syndrome post-chute
Pathologies responsables de la chute	Signes de maladie aiguë responsable de la chute (troubles du rythme/conduction, accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, maladies infectieuses, hypoglycémie chez les patients diabétiques)
Caractère répétitif de la chute	Signe de gravité particulièrement en cas : <ul style="list-style-type: none"> ▶ d'augmentation récente de la fréquence des chutes ▶ d'association de plus de 3 facteurs de risque de chute ▶ de troubles de l'équilibre ou de la marche

- Il faut également :

Reconnaître les trois principales situations à risque de chute grave	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ostéoporose avérée ▶ Prise de médicaments anticoagulants ▶ Isolement social et familial
Réévaluer la personne dans un délai d'une semaine afin de rechercher les signes de gravité apparus à distance	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Peur de chuter ▶ Restriction des activités de la vie quotidienne ▶ Syndrome post-chute

- La recherche des signes de gravité repose sur :

- ▶ un entretien avec le patient et son entourage
- ▶ 16 questions standardisées (détaillées dans les recommandations) et un examen centré sur la recherche de douleurs ou de lésions traumatiques, l'équilibre postural, les transferts et la marche, et sur l'examen cardio-vasculaire et neurologique.
En particulier, l'examen doit comprendre les tests de Romberg, de station unipodale et le *timed up & go test*

- Examens complémentaires recommandés à la recherche de signes de gravité :

En fonction des signes d'appel	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Radiographies osseuses si suspicion de fracture ▶ Dosage des CPK et de la créatinine sérique si séjour au sol > 1 heure ▶ ECG si malaise et/ou perte de connaissance ▶ Glycémie si la personne est diabétique
Ne pas faire une imagerie cérébrale en dehors d'une indication précise reposant sur les données de l'examen clinique.	

DEUXIÈME ÉTAPE : RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE

Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none">▶ Âge 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 (<i>timed up & go test</i> ≥ 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 précipitants	<p>Cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique</p> <p>Neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale</p> <p>Vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviaton au test de Romberg</p> <p>Métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants, une consommation excessive d'alcool</p> <p>Environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage</p>
------------------------------	--

■ Pour cette étape, les examens paracliniques recommandés sont :

- ▶ un ionogramme à la recherche d'une hyponatrémie
- ▶ un dosage sérique de la vitamine D (25OHD)
- ▶ une numération formule sanguine en cas de signes d'appel d'anémie
- ▶ un ECG en cas de signes d'appel cardiaques
- ▶ un dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques

Il n'est pas utile de réaliser, à titre systématique, les examens suivants : EEG, imagerie cérébrale, examen écho-Doppler des artères cérébrales, Holter-ECG des 24 heures, échographie cardiaque. Ces examens ne seront réalisés qu'en fonction des données cliniques et ECG.

TROISIÈME ÉTAPE : PROPOSER LES INTERVENTIONS CAPABLES DE PRÉVENIR LA RÉCIDIVE DES CHUTES ET LEURS COMPLICATIONS

- **Quel que soit le lieu de vie, proposer une intervention associant plusieurs axes :**
 - ▶ révision de l'ordonnance
 - ▶ correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux)
 - ▶ port de chaussures adaptées
 - ▶ pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique
 - ▶ apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j
 - ▶ utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs
 - ▶ correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI
 - ▶ traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée

L'éducation de la personne âgée et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge.

- **En cas de trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie incluant :**
 - ▶ un travail de l'équilibre postural statique et dynamique
 - ▶ un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs

Ces pratiques doivent être régulières avec des exercices d'intensité faible à modérée et poursuivies par des exercices en autorééducation, entre et après les séances, pour prolonger les acquis dans la vie quotidienne.

2. Annexe 2 : Résumé du plan gouvernemental antichute, février 2022



SYNTHÈSE DU PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

En France, les chutes des personnes âgées entraînent chaque année plus de 100 000 hospitalisations et plus de 10 000 décès. Ces chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie. Au-delà de ces conséquences humaines, les chutes ont un coût pour la collectivité : 2 milliards d'euros dont 1,5 milliard pour la seule Assurance Maladie. Alors que la population vieillit et que le nombre de personnes de plus de 65 ans augmentera de 2,4 millions d'ici à 2030, il est urgent d'agir pour prévenir les chutes et diminuer leur gravité.

Face à cette problématique et pour répondre à l'enjeu de santé publique majeur qu'elle représente, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé et Brigitte Bourguignon, ministre déléguée chargée de l'Autonomie, lancent un plan national triennal antichute des personnes âgées. Construit dans une dynamique européenne partagée, ce plan a pour objectif la réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024. Il s'articule autour de cinq grands axes : savoir repérer les risques de chutes et alerter ; aménager son logement pour éviter les risques de chutes ; des aides techniques à la mobilité faites pour tous ; l'activité physique, meilleure arme antichute ; la téléassistance pour tous.

PLAN ANTICHUTE DES PERSONNES ÂGÉES

D'ici à 2024, le plan antichute des personnes âgées s'appuie sur plusieurs leviers pour prévenir les chutes et réduire leur gravité selon les axes du plan :

AXE 1 : SAVOIR REPÉRER LES RISQUES DE CHUTES ET ALERTE

Les professionnels savent identifier les risques de chute, la communauté scientifique sait les évaluer. Pourtant, les personnes âgées comme les professionnels de santé ne repèrent pas suffisamment ces risques. La diffusion auprès de tous les acteurs de l'autonomie des deux portraits-types de chuteurs, reflet de 80 % des chutes, ainsi que des cinq signes « avant-chuteurs » va permettre de repérer les personnes à risque pour leur apporter des solutions afin de prévenir la chute.

AXE 2 : AMÉNAGER SON LOGEMENT POUR ÉVITER LES RISQUES DE CHUTES

Le virage domiciliaire impulsé par le gouvernement soulève la question de l'adaptation du logement des personnes âgées pour une sécurité renforcée face aux risques de chutes à domicile et de fait une autonomie préservée. Des outils de repérage de baisse de l'autonomie et des risques logement ainsi que l'intervention d'équipes mobiles dédiées au repérage des risques du logement permettront d'identifier précisément les risques. Des aides techniques spécifiques à la prévention des chutes seront proposées pour adapter le domicile des personnes âgées. Elles pourront obtenir de l'aide pour l'évaluation des risques et l'aménagement de leur logement en consultant le guichet unique : « Ma Prime Adapt' ».

AXE 3 : DES AIDES TECHNIQUES À LA MOBILITÉ FAITES POUR TOUS

Retrouver ou prolonger sa mobilité par l'emploi d'aides techniques est un enjeu essentiel de la prévention des chutes. Un accompagnement au bon choix et au bon usage d'aides techniques à la mobilité les plus pertinentes, 100 % remboursées, sera proposé pour favoriser au maximum le recours à ces aides. De plus, les personnes ayant déjà chuté seront prises en charge dans le cadre de modules spécifiques de rééducation post-hospitalisation.

AXE 4 : L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, MEILLEURE ARME ANTICHUTE

L'activité physique est l'élément essentiel de prévention de la chute chez les personnes âgées. En lien avec la ministre des Sports, Brigitte Bourguignon a décidé de favoriser le recours à l'activité physique adaptée (APA) pour les personnes âgées. L'offre d'APA sera donc développée et une attention particulière sera portée sur le dépistage des besoins des personnes comme leur orientation vers des programmes d'activité physique adaptés à leur capacité. Les Maisons Sport-Santé, les collectivités et en premier lieu les centres communaux d'action sociale (CCAS), sont des lieux privilégiés pour l'accueil et la mise en œuvre de ces programmes. Enfin, un « panier de soins » prévention des chutes sera expérimenté dès 2022, avec l'intervention coordonnée de trois professionnels : un intervenant en activité physique adaptée, un diététicien et un ergothérapeute.

AXE 5 : LA TÉLÉASSISTANCE POUR TOUS

Les technologies et services de téléassistance constituent un pilier fondamental du maintien à domicile des personnes âgées en toute sécurité et un relais pour alerter les acteurs de prévention. L'accès aux services de téléassistance sera donc favorisé en réduisant le reste à charge pour les utilisateurs, en lien avec les commanditaires publics et en premier lieu les conseils départementaux. De plus, la ministre a souhaité que des études sur l'usage de la téléassistance soient menées pour alimenter le centre de preuves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en lien avec les gérontopôles. Ce centre permettra de mettre en lumière les outils de téléassistance efficaces dans la prévention des chutes des personnes âgées.

Ce plan passe par l'information et la sensibilisation de tous les publics, personnes âgées, aidants, professionnels, élus et société civile aux risques de chute et à leurs conséquences : en luttant contre la banalisation des chutes, le déni ou la peur de tomber, on réduit le risque de chute et ses conséquences fatales.

La chute des personnes âgées doit être replacée comme un problème de santé publique majeur. Les ministres des Solidarités et de la Santé et le ministre délégué chargé de l'Autonomie mettront en avant les actions participant à la volonté de réduction des chutes, que ce soit des initiatives locales ou des moyens de faciliter l'accès à l'information et à l'instruction des demandes comme des guichets uniques qui permettront de simplifier la vie des Français.

Une carte géolocalisée sera par ailleurs développée afin que tout citoyen (bénéficiaires, professionnels ou aidants) puisse identifier les services et actions près de son domicile concourant à la réduction des chutes.

CONTACTS PRESSE

chuteseniors@sg.social.gouv.fr

Retrouvez le dossier de presse sur :

solidarite-sante.gouv.fr



3. Annexe 3 : Questionnaire à destination des médecins généralistes

Partie 1 : présentation

1. Quel âge avez-vous ?

2. Dans quelle commune exercez-vous ?

3. Exercez-vous en milieu :
 - Rural
 - Semi-rural
 - Urbain

4. Dans quel type de structure exercez-vous ?
 - Cabinet individuel
 - Maison de santé
 - Cabinet de groupe
 - Autre :

5. Faites-vous des visites à domicile ?
 - Oui
 - Non

6. Si oui, est-ce que vous intervenez :
 - Au domicile du patient
 - En résidence pour personnes âgées
 - En EHPAD
 - Autre :

7. Avez-vous, une formation complémentaire en gériatrie ?
 - Capacité de gériatrie
 - DIU
 - Formation continue
 - Je n'ai pas de formation complémentaire

8. Parmi votre patientèle, quelle proportion représente les plus de 70 ans ?
 - < 25%
 - 25-50%
 - 50-75%
 - > 75%

Partie 2 : prise en charge de la chute en prévention primaire

9. Qui aborde le plus souvent la prévention primaire des chutes en consultation/visite ?
- Vous (médecin)
 - Le patient lui-même
 - Ses proches
10. A quelle fréquence êtes-vous sollicités par vos patients (ou leurs proches) concernant la prévention des chutes ?
- Très souvent
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
11. Le plus souvent, à quelle(s) occasion(s) faites-vous de la prévention des chutes auprès de vos patients ?
- Lors d'une consultation dédiée, à la demande du patient
 - Lors d'une consultation pour un autre motif
 - En visite à domicile
 - Avec le patient seul
 - Avec le patient accompagné (d'un membre de sa famille)
 - Autre :
12. Lors que le patient ou ses proches vous sollicitent, quelles sont leurs demandes ?
- Mise en place d'aides humaines à domicile (IDE, ménage, toilette)
 - Mise en place d'aides matérielles (téléassistance)
 - Aides financières
 - Aménagement du logement
 - Maintien de l'autonomie du patient
 - Réalisation de dossiers pour institutions (EHPAD, foyers...)
13. Pensez-vous être assez formés/informés pour répondre à chaque demande ?
- Oui
 - Non
14. Si non, quel(s) est(sont) le(s) domaines où vous ne vous sentez pas en capacité de répondre ?
- Mise en place d'aides humaines à domicile (IDE, ménage, toilette)
 - Mise en place d'aides matérielles (téléassistance)
 - Aides financières
 - Aménagement du logement
 - Maintien de l'autonomie du patient
 - Réalisation de dossiers pour institutions (EHPAD, foyers...)

15. Faites-vous systématiquement intervenir d'autres professionnels de santé pour la prévention des chutes auprès de vos patients ?
- Oui
 - Non

16. Si oui, le(s)quel(s) ?
- Kinésithérapeute
 - Ostéopathe
 - Ergothérapeute
 - IDE
 - Coach d'activité physique adaptée
 - Autre :

Partie 3 : prise en charge des chutes en prévention secondaire

17. Lorsque que vous êtes sollicités, dans quel délai pouvez-vous consulter un patient ayant chuté à domicile ?
- Dans la journée
 - Dans la semaine
 - Dans le mois
 - Autre :

18. Lors de la consultation, faites-vous systématiquement un bilan ?
- Oui
 - Non

19. Si oui, lequel ?
- Bilan biologique
 - Examen clinique (avec recherche d'un point d'appel infectieux, recherche d'une RAU, d'un fécalome, prise de constantes)
 - Demande d'évaluation de la motricité globale par un kinésithérapeute
 - Recherche d'une hypotension orthostatique
 - Evaluation de l'état nutritionnel
 - Evaluation du domicile (par ergothérapeute ou assistante sociale par exemple)
 - Évaluation des traitements médicamenteux
 - Evaluation neurocognitive par vous-même
 - Evaluation neurocognitive par des spécialistes
 - Autre :

20. Vous êtes-vous déjà senti(e) en difficulté devant un patient chuteur ?
- Oui
 - Non

21. Si oui, pourquoi ?

- Manque de temps pour organiser une consultation/visite à domicile dans des délais raisonnables
- Manque de temps pour la réalisation des tests (time-up and go, ...)
- Méconnaissance des recommandations sur la prise en charge et la prévention de la chute
- Manque d'information concernant les filières de prise en charge existantes
- Manque d'information concernant les filières d'aides à domicile existantes
- Délais de prise en charge spécialisée trop longs
- Autre :

22. Trouvez-vous difficile de coordonner des spécialistes (gériatres) et autres professionnels de santé pour prendre en charge ou prévenir les chutes de vos patients ?

- Oui
- Non

23. Si oui, pourquoi ?

- Méconnaissance des réseaux
- Délais de prise en charge trop longs
- Difficultés d'accès aux structures de prise en charge pour les patients
- Autre :

24. Face à un patient chuteur ou à risque de récurrence, quelles sont vos habitudes d'adressage ?

- Personne (géré lors de la consultation)
- Service d'accueil des urgences
- Rééducateurs libéraux
- Service de soins de suite et de réadaptation (admission directe)
- Plateforme d'appel téléphonique d'orientation (plateforme gériatrique)
- Consultation gériatrique
- Autre :

25. Face à un patient chuteur ou à risque élevé, selon vous, quelles seraient les structures à développer ?

- Plateforme d'appel téléphonique d'orientation (plateforme gériatrique)
- Équipe mobile de gériatrie externe
- Hôpital de jour
- Consultation gériatrique
- Parcours patient dans le cadre d'une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)
- Autre :

26. Avez-vous déjà contacté/utilisé la plateforme gériatrique de l'hôpital ?

- Oui, plusieurs fois
- Oui, une seule fois
- Non

27. Si oui, avez-vous été satisfait de l'aide apportée ?

- Oui, à chaque fois
- Pas toujours
- Jamais

28. Si insatisfait, pour quel motif ?

29. Question libre : selon vous, de quoi auriez-vous le plus besoin pour faciliter la prévention et/ou la prise en charge de vos patients chuteurs ?

TITRE DE LA THESE :

Prise en charge des chutes chez les patients âgés de 70 ans et plus : enquête auprès des médecins généralistes de la région Chalonnaise (71) concernant la prévention et les besoins.

AUTEUR : MADAME DECRETTE LUCIE

RESUME :

LA CHUTE CHEZ LES PERSONNES AGEES EST UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE. L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE EN FAIT UN SUJET IMPORTANT POUR L'AVENIR DE LA POPULATION. DANS CE CONTEXTE, LE GOUVERNEMENT A ELABORE EN 2022 UN PLAN NATIONAL ANTICHUTE, METTANT EN PLACE DIFFERENTES ACTIONS DE PREVENTION. NEANMOINS, CE PLAN PARLE PEU DES MEDECINS GENERALISTES, QUI SONT LES PREMIERS ACTEURS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE.

CETTE ETUDE, OBSERVATIONNELLE, SOUS FORME D'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE, EVALUE LES HABITUDES ET FREINS CONCERNANT LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES CHUTES DES PATIENTS AGES DE 70 ANS ET PLUS, PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA REGION CHALONNAISE, ET ETUDIE LEURS PROPOSITIONS DE SOLUTIONS.

ELLE MONTRE QUE LES MEDECINS GENERALISTES SONT PEU SOLLICITES PAR LES PATIENTS EN PREVENTION PRIMAIRE. CE SONT TRES SOUVENT EUX QUI ABORDENT LE SUJET. PLUS D'UN TIERS DES MEDECINS GERENT SEULS DES SITUATIONS SOUVENT COMPLEXES. ILS DECRIVENT DE NOMBREUX FREINS ET DIFFICULTES, DANS LA COORDINATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE, L'ALLONGEMENT DES DELAIS DE PRISE EN CHARGE SPECIALISES, LES FILIERES ET RESEAUX PEU ACCESSIBLES, ET MANQUENT DE TEMPS POUR REALISER LES BILANS.

LE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX LOCAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE AMBULATOIRES SEMBLE NECESSAIRE A L'AMELIORATION DE LA PREVENTION PRIMAIRE. CONCERNANT LA PREVENTION SECONDAIRE : LA RAPIDITE DE L'ACCES AUX CONSULTATIONS GERIATRIQUES, ET LE TRAVAIL EN COLLABORATION AVEC LES SPECIALISTES HOSPITALIERS DU CENTRE HOSPITALIER DE CHALON SUR SAONE LEUR PARAIT INDISPENSABLE, AVEC LA CREATION D'UNE EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE INTERVENANT A DOMICILE.

MOTS-CLES : chute, patients âgés médecins généralistes, région Chalonnaise, prévention, besoins, enquête