

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

**Année 2004**

**N°46**

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

Catherine Le Bert  
née le 18 juillet 1977 à Saint-Nazaire

---

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2004

---

**PRISE EN CHARGE DE LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEE :  
ETUDE AUPRES DE 30 MEDECINS GENERALISTES DE LOIRE-  
ATLANTIQUE**

---

Président : Monsieur le Professeur Rodat  
Directeur de thèse : Mademoiselle le Docteur Yvain

## **REMERCIEMENTS**

---

Merci à tous les médecins qui m'ont accordé leur temps précieux, à Fabienne pour toute son aide dans ce travail, enfin aux membres de ce jury pour bien avoir voulu en faire partie.

# PLAN

<b>INTRODUCTION</b>	page 5 à 7
<b>MATERIEL ET METHODE</b>	page 8 à 16
<b>1 Choix de la méthode</b>	page 9
<b>2 Choix des praticiens</b>	page 10
<b>3 L'entretien</b>	page 11
<b>4 Le questionnaire</b>	page 11 à 15
<b>5 Retranscription des résultats</b>	page 15
<b>6 Interprétation des résultats</b>	page 15 à 16
<b>RESULTATS</b>	page 17 à 27
<b>1 Résultats</b>	page 18
1.1 Retranscription des entretiens	page 18
1.2 Tableau de recueil des données numériques	page 18
<b>2 Interprétation des résultats</b>	page 18 à 27
2.1 Les médecins	page 18 à 19
2.2 Appréciation du problème par les médecins	page 19
2.3 La pratique des médecins face aux chutes	page 20 à 25
2.3.1 La démarche diagnostique face aux chutes	page 20 à 22
2.3.2 Les examens complémentaires réalisés en première intention dans le cadre de chutes à répétition	page 23
2.3.3 La prévention des chutes	page 23 à 25
2.4 Les médecins face à de nouvelles aides proposées	page 26
2.5 Les difficultés rencontrées	page 27

<b>DISCUSSION</b>	page 28 à 39
<b>1 Les médecins contactés</b>	page 29
<b>2 Appréciation du problème par les médecins</b>	page 29 à 30
<b>3 La pratique des médecins face aux chutes</b>	page 30 à 37
3.1 La démarche diagnostique face aux chutes	page 30 à 34
3.2 L'évaluation de l'équilibre et la marche : le test diagnostique	page 34 à 35
3.3 La prévention des chutes	page 36 à 37
3.3.1 Eléments de prévention semblant efficaces aux médecins	page 36 à 37
3.3.2 La kinésithérapie	page 37
<b>4 Les nouvelles aides proposées</b>	page 38 à 39
4.1 Un arbre décisionnel face aux chutes du sujet âgé	page 38
4.2 Une consultation des troubles de l'équilibre et de la marche du sujet âgé	page 38 à 39
<b>5 Les difficultés rencontrées</b>	page 39
<b>CONCLUSION</b>	page 40 à 42
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	page 43 à 46
<b>ANNEXES</b>	

# **INTRODUCTION**

La chute de la personne âgée est fréquente, puisqu'il est estimé que 30 et 60 % des personnes de plus de 65 ans vivant à domicile chutent chaque année [20].

Ce pourcentage s'élève à 40 % chez les plus de 80 ans. Les conséquences des chutes ne sont pas anodines, que ce soit au plan médical, économique ou social.

En effet, en terme de mortalité, on sait que la chute est la première cause de décès accidentel chez le sujet âgé, même si la mortalité à court et long terme n'a pu vraiment être évaluée.

En terme de morbidité, les blessures sont d'autant plus fréquentes que le sujet est âgé, et qu'il est fragile. Les fractures surviennent dans 5 à 6 % des chutes [10], la fracture du col fémoral dans 1 % des cas [20]. Les abrasions et contusions sont plus fréquentes.

La et, a fortiori, les chutes, engendrent aussi une baisse d'autonomie, favorisée par les conséquences psychologiques des chutes, à travers le postfall syndrom ou syndrome de désadaptation psychomotrice.

Au plan social, la conséquence majeure est l'institutionnalisation, puisque les chutes seraient à l'origine de 40 % des admissions en institution [2].

Sur le plan économique, hormis le coût de l'institutionnalisation, citons une étude qui a été réalisée sur ce sujet, dans l'état de Washington aux Etats-Unis en 1992, montrant l'importance du phénomène : les chutes représentaient 5,3% des hospitalisations des sujets âgés, pour un total annuel de 53 millions de dollars US, soit un coût par habitant de l'état de 92\$ [1].

C'est dire l'importance d'une politique de prévention primaire et secondaire, face auxquelles le médecin généraliste est en première ligne.

En effet, il est le premier acteur du système de santé au contact des personnes âgées à domicile, qu'elles le consultent pour chute ou pour tout autre motif.

Il semble donc important qu'il puisse mettre en œuvre les outils nécessaires à la prévention primaire et secondaire de la chute.

Il doit pouvoir dépister les facteurs de risque simples de chute et les traiter, et doit pouvoir distinguer les situations complexes nécessitant d'adresser au spécialiste ou en consultation pluridisciplinaire.

Les objectifs de notre étude ont été de cerner au mieux les connaissances des médecins sur la chute, leur appréciation générale du problème et leur prise en charge de la chute, ainsi que les principales difficultés rencontrées.

Après une présentation succincte de chaque médecin (âge, sexe, lieu d'exercice, ancienneté), par le biais des questions, nous chercherons à mesurer l'éventuel écart entre les connaissances des médecins sur les chutes et les données de la littérature, et mettre en évidence d'éventuelles différences entre urbains et ruraux..

Ensuite, concernant la prise en charge, nous tenterons de savoir comment les médecins traitants procèdent en comparaison avec les recommandations scientifiques actuelles concernant le diagnostic, les examens pratiqués, la prévention avec le traitement mis en œuvre face aux chutes de la personne âgée, l'attente vis-à-vis des spécialistes ou vis-à-vis d'une nouvelle aide extérieure.

Nous tenterons enfin de comprendre les difficultés rencontrées, si elles se situent plutôt en amont avant que la chute se produise ou se reproduise c'est-à-dire la prévention, ou si c'est plutôt le diagnostic de la chute qui vient de se produire, ou enfin si les difficultés se situent plutôt en aval avec les conséquences à court et long terme.

## **MATERIEL ET METHODE**

# 1 Choix de la méthode

Nous avons dû choisir le nombre de médecins à rencontrer, leur sexe, leur lieu d'exercice. Après revue de la littérature, nous avons retenu deux études similaires, la première issue du British Medical Journal du 25 janvier 2003 consistait à enregistrer des entretiens avec trente médecins généralistes anglais sur leur pratique face à l'insuffisance cardiaque, choisis par tirage au sort parmi 316 médecins[13].

La deuxième, parue dans l'Australian Family Physician de juin 2002 consistait à interroger trente médecins généralistes choisis au hasard parmi 347 en Australie, par le moyen d'un questionnaire semi-structuré concernant un projet de soin[3].

Nous avons suivi ces modèles et choisi d'interroger 30 des 1146 médecins généralistes de Loire-Atlantique (annexe 1).

Nous nous sommes basés sur leur méthodologie, c'est-à-dire un interrogatoire enregistré. Nous avons voulu aller directement au contact des médecins généralistes par le biais d'une interview au cabinet, considérant que cette technique serait plus enrichissante qu'un questionnaire par courrier, ou encore une interview téléphonique, et que les réponses données seraient plus exhaustives.

En effet, la spontanéité des réponses est faible pour un questionnaire écrit. Le médecin ne peut « piocher » ses réponses dans différents documents lorsqu'il doit directement répondre aux questions à l'oral, de plus tous les commentaires collatéraux sont d'un apport précieux car ils éclairent sur des points non soulevés.

## 2 Choix des praticiens

Après contact avec une statisticienne de l'URCAM (union régionale des caisses d'assurance-maladie), nous avons considéré les proportions suivantes en Loire-Atlantique (annexe 1) :

- la répartition globale est de 5 médecins urbains pour un rural.
- parmi les médecins urbains, sur 15 médecins, on retrouve 4 femmes pour 11 hommes.
- parmi les médecins ruraux, sur 15 médecins, on retrouve 3 femmes pour 12 hommes.

Il ne semblait pas judicieux d'aller interroger le nombre de médecins représentant les réelles proportions, soit 25 urbains et 5 ruraux; prenons l'exemple des médecins femmes rurales : il aurait fallu en interroger une seule ce qui n'aurait pu être représentatif de son groupe. Désirant avoir une idée globale des différences entre urbains et ruraux, nous avons choisi 15 urbains et 15 ruraux, dont 3 femmes, ce qui est plus représentatif de l'échantillon.

Dans tous les cas nous ne serons que descriptifs et ne pourrons tirer des conclusions statistiques étant donné la taille de notre échantillon.

Nous avons tiré les médecins au hasard selon la méthode des nombres au hasard, en ayant auparavant attribué une pondération aux villes en fonction du nombre de médecins qu'elles comportent. Les médecins ruraux sont considérés comme tels si la commune fait moins de 5000 habitants, hors agglomération. Nous avons tiré au sort 40 médecins dans l'hypothèse de refus ou d'impossibilité de rendez-vous. La répartition des médecins rencontrés est reportée sur la carte de Loire-Atlantique située en annexe 2.

### **3 L'entretien**

Pour le réaliser, nous avons suivi les conseils de Jacques Bourgault professeur de sciences politiques [5] et de François de Singly dans son ouvrage sur l'enquête et ses méthodes [11].

Nous avons envoyé une première vague de courriers explicatifs expliquant notre enquête, son but et ses modalités globales (annexe 6).

8 à 10 jours après chaque vague de courrier, nous avons pris contact avec chaque médecin par téléphone, afin de fixer un rendez-vous s'il acceptait de nous rencontrer.

L'entretien se passait au cabinet, tout était enregistré par le biais d'un microphone branché sur un micro-ordinateur.

Sachant les impératifs des médecins, nous avons prévu un entretien court, afin de ne pas retarder notre interlocuteur. Nous avons donc conçu un questionnaire de façon que la durée totale de présence au cabinet n'excède pas 15 minutes.

### **4 Le questionnaire**

Nous avons fait le choix d'un assortiment de questions courtes fermées et semi-ouvertes afin d'obtenir des résultats quantitatifs et qualitatifs .

Concernant la structure du questionnaire, il fallait d'abord qu'il ne soit pas trop long, d'où l'usage de questions fermées rapides alternant avec les questions ouvertes plus longues.

Nous avons essayé de balayer le problème, en se posant les questions suivantes : à qui s'adresse-t-on, le sujet le concerne-t-il, a-t-il des connaissances sur les chutes, connaît-il les facteurs de risque, quelle est globalement sa prise en charge (médicale, aide des spécialistes, environnementale, kinésithérapeutique), quelles sont ses attentes, ses problèmes ?

Nous avons volontairement alterné des questions ouvertes et fermées afin d'apprécier la maîtrise du sujet.

Le questionnaire a été testé sur 3 médecins généralistes afin de juger de sa faisabilité, puis affiné en fonction de ce test.

L'interrogatoire était semi-directif , si la réponse n'était pas possible (manque de compréhension) nous reformulions la question sans orienter la réponse.

Exemple : à la question 4, le médecin répond : « *je ne comprends pas ce que vous me demandez, est-ce que c'est à l'examen clinique ?* ». Nous reprenions la question de la façon suivante : « *devant une chute, qu'est-ce que vous cherchez, que ce soit clinique, ou toute autre chose* ».

Tout commentaire collatéral était le bienvenu.

## QUESTIONNAIRE

1/ Puis-je vous demander votre âge et depuis quand vous exercez ?

2/ Quel pourcentage de votre clientèle les personnes âgées représentent-elles (plus de 75 ans) ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

3/ A votre avis parmi les personnes de plus de 80 ans, quelle proportion chute dans une année ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%
- Entre 50 et 75%

➤ Plus de 75%

4/ Un patient âgé vous consulte pour une chute. Les conséquences mises à part, que recherchez-vous en priorité dans le cadre du bilan étiologique ?

5/ Utilisez-vous un test clinique pour évaluer l'équilibre et la marche ? Si oui, lequel ? Sinon, comment évaluez-vous l'équilibre et la marche ?

6/ Quelles sont pour vous les deux familles de médicaments les plus à risque de chute ?

7/ Au domicile du patient, que regardez-vous en priorité qui aurait pu favoriser la chute ?

8/ Une personne âgée que vous ne connaissez pas a présenté des chutes dont vous ne savez pas les circonstances. Elle a un examen clinique normal. Vous n'avez pas d'explication. Prescrivez-vous un ou des examens parmi cette liste, en première intention ?

#### EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A/ ECG

B/ HOLTER ECG

C/ CALCEMIE

D/ IONOGRAMME SANGUIN

E/ GLYCEMIE

F/ CLICHE THORACIQUE

G/ ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

H/ NUMERATION SANGUINE

I/ TDM CEREBRALE

9/ Dans votre pratique quotidienne, qu'est- ce qui vous semble le plus efficace pour prévenir les chutes ? Donnez deux à trois éléments si possible.

10/ Travaillez-vous avec des médecins spécialistes pour la prise en charge de vos patients âgés qui chutent ? Si oui, vers quel type de spécialiste les adressez-vous le plus souvent ?

A/ CARDIOLOGUE

B/ ORL

C/ NEUROLOGUE

D/ GERIATRE

E/ REEDUCATEUR

F/ RHUMATOLOGUE

11/ Quelle proportion de vos patients âgés chuteurs adressez-vous à un masseur-kinésithérapeute ?

- Moins de 25%
- Entre 25 et 50%

- Entre 50 et 75%
- Plus de 75%

12/ Seriez-vous intéressé(e) par un outil diagnostique type arbre décisionnel face aux chutes du sujet âgé ?

13/ S'il existait une consultation spécialisée dans les troubles de l'équilibre et de la marche du sujet âgé, y adresseriez-vous vos patients ? Pour quelle raison ?

14/ Face aux chutes du sujet âgé, quel est votre souci majeur en pratique quotidienne ?

## **5 Retranscription des résultats**

Tous les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité, sachant que certains commentaires n'ayant aucun rapport avec le sujet n'ont pas été pris en compte (exemple de certaines remarques sur le système politique actuel ou passé). Les résultats quantitatifs ont été traduits dans un tableau (annexe 4).

## **6 Interprétation des résultats**

Les résultats ont été traduits de manière uniquement descriptive, sans ambition statistique étant donné le faible échantillonnage. Les résultats quantitatifs ont d'abord été transcrits sous forme d'un tableau, puis analysés à l'aide de moyennes comparatives. Les réponses fermées ont été codées de manière numérique. Les réponses semi-ouvertes voire ouvertes ont été codées également a posteriori, quand cela était possible, par les items revenant le plus fréquemment, afin de faciliter l'interprétation. Par exemple, à la question 6, qui était ouverte, nous n'avons eu que 3 réponses : tout d'abord les psychotropes, regroupant les hypnotiques,

benzodiazépines, neuroleptiques et antidépresseurs, ensuite les antihypertenseurs, et enfin les antidiabétiques oraux . L'interprétation des résultats purement qualitatifs non cotables s'est faite de manière analytique descriptive.

# **RESULTATS**

# 1 Résultats

## 1.1 Retranscription des entretiens

Se reporter à l'annexe 3

## 1.2 Tableau de recueil des données numériques

Se reporter à l'annexe 7

# 2 Interprétation des résultats

## 2.1 Les médecins

Nous avons donc interrogé 30 médecins généralistes à leur cabinet. Parmi eux, il y avait 15 médecins urbains dont 4 femmes, et 15 médecins ruraux dont 3 femmes. La **moyenne d'âge** des médecins interrogés (question 1) est de 48 ans à la campagne avec des valeurs comprises entre 36 et 56 ans, et de 50.7 ans en ville, avec des valeurs comprises entre 39 et 59 ans, soit une moyenne d'âge globale de **49.3** ans. La **moyenne d'exercice** (question 1) est de 18.2 ans à la campagne, avec des valeurs comprises entre 3 et 30 ans, et de 21.5 ans en ville avec des valeurs comprises entre 10 et 30 ans, soit une moyenne globale d'exercice de **19.8** ans. Nous avons ensuite interrogé les médecins sur le **pourcentage de personnes âgées de plus de 75 ans** dans leur clientèle (question 2) :

**Tableau 1 : pourcentage de personnes âgées dans la clientèle par tranches de 25 % :**

<b>POURCENTAGE PERSONNES AGEES</b>	Campagne	Ville	total	Pourcentage correspondant
<b>Moins de 25 %</b>	10	13	<b>23</b>	77 %
Entre 25 et 50 %	3	1	4	13 %
Entre 50 et 75 %	1	1	2	7 %
Non communiqué	1	0	1	3 %

Nous avons donc trouvé une majorité de médecins ayant moins de 25 % de patients de plus de 75 ans dans leur clientèle. En gras, nous avons surligné le nombre des réponses majoritaires et l'item correspondant.

*NB : En Loire-Atlantique pour l'année 2002, la moyenne des patients de plus de 70 ans par médecin généraliste est de 11 %. En effet chaque trimestre le médecin reçoit son relevé SNIR qui lui précise son activité en terme de nombre de consultations, de pourcentage de patients pour chaque tranche d'âge, et de moyennes pour le département.*

## **2.2 Appréciation du problème par les médecins**

Le **pourcentage de chuteurs parmi les patients de plus de 80 ans sur un an** selon les médecins interrogés (question 3) rentre majoritairement dans la tranche 25 à 50 %, avec 12 médecins sur 30, à noter que le tiers ont répondu moins de 25 %.

**Tableau 2 : pourcentage de chuteurs sur un an parmi les plus de 80 ans selon les médecins :**

<b>PROPORTION CHUTEURS</b>	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
Moins de 25 %	5	5	<b>10</b>	34 %
<b>Entre 25 et 50%</b>	5	7	<b>12</b>	40 %
Entre 50 et 75 %	3	3	6	20 %
Plus de 75 %	1	0	1	3 %
Non communiqué	1	0	1	3 %

## 2.3 La pratique des médecins face aux chutes

### 2.3.1 La démarche diagnostique face aux chutes

Concernant la recherche d'une étiologie (question 4), aucun n'est réellement exhaustif . Les réponses restent vagues avec **18 médecins** qui citent des **problèmes cardiologiques**, et seulement 7 qui parlent de la recherche d'une hypotension orthostatique, 6 d'un trouble du rythme cardiaque. Les **causes médicamenteuses** arrivent en deuxième position, car **16 médecins** sur 30 les évoquent.

Les **2 familles de médicaments les plus à risque de chute** selon les médecins interrogés (question 6) sont très majoritairement les **psychotropes** et les **antihypertenseurs**, notés en gras dans le tableau. Sous le terme de psychotropes nous avons regroupé les hypnotiques, benzodiazépines, neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants parmi toutes les réponses citées.

En gras, nous avons fait ressortir les familles incriminées majoritairement dans la littérature. Nous avons pu noter qu'en ville, les psychotropes sont moins souvent incriminés qu'à la campagne.

**Tableau 3 : médicaments les plus à risque de chute selon les médecins :**

<b>MEDICAMENTS INCRIMINES</b>	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
<b>Psychotropes</b>	12	9	<b>21</b>	70 %
<b>Antihypertenseurs</b>	14	15	<b>29</b>	97 %
Antidiabétiques oraux	1	3	4	13 %

10 médecins sur 30 distinguent deux types de chutes : la chute accidentelle, et celle consécutive à un malaise ou une perte de connaissance. Aucun ne décrit clairement un arbre diagnostique. Peu abordent l'ensemble des causes favorisant les chutes, puisque 7 parlent de

l'environnement, un seul évoque l'existence de facteurs précipitants sans les citer, 4 parlent des problèmes visuels.

**Tableau 4 : étiologies des chutes recherchées par les médecins :**

CAUSES DE CHUTES CITEES	Nombre de médecins	Pourcentage correspondant
<b>Problème cardiologique</b>	<b>18</b>	60 %
Problème tensionnel	7	23 %
Trouble du rythme	6	20 %
<b>Prise médicamenteuse</b>	<b>16</b>	53 %
Trouble ionique ou métabolique	8	27 %
Environnement (patin, escalier, mauvais chaussage)	7	23 %
Problème visuel	4	13 %
Malaise	5	25 %
Syndrome vestibulaire, cérébelleux, ORL	3	10 %
Trouble de l'équilibre et de la marche	4	13 %
Problème de force musculaire	2	7 %
Problème orthopédique	1	3 %
Facteurs précipitants	1	3 %

Ensuite, lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils utilisent un **test pour évaluer l'équilibre et la marche** (question 5) , **8** ont répondu **oui** dont 2 à la campagne et 6 en ville. Une majorité a répondu **non** soit **22** médecins, dont 13 à la campagne et 9 en ville. Notons à ce sujet une différence entre les sexes puisqu'aucune femme n'a répondu oui.

**Tableau 5 : test ou méthode d'évaluation de l'équilibre et de la marche cité :**

TEST CLINIQUE CITE	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
Appui monopodal	3	3	6	20%
<b>Regarder marcher</b>	7	12	<b>19</b>	63%
Test de Romberg	2	8	10	33%
Epreuve vestibulaire	0	2	2	7%
Get up and go	0	1	1	3%
Tinetti	0	1	1	3%
Bousculer	1	0	1	3%
Escaliers	0	1	1	3%
Marche yeux fermés	0	1	1	3%
Pencher en avant	1	0	1	3%
Demi-tour	1	2	3	10%

Même s'ils ont répondu négativement à la question « utilisez-vous un test ? », ils disent pratiquer un minimum d'explorations fonctionnelles. Un seul cite le get up and go test et le test de Tinetti. Le test ou la méthode d'évaluation clinique le plus usité est la **marche** pour **19** médecins sur 30, un tiers des médecins ne fait aucune évaluation clinique.

Il faut noter que 6 médecins sur 30 évoquent l'appui unipodal, enfin 7 sur 30 abordent les situations déséquilibrantes, tels les escaliers, le demi-tour, le fait de résister à des poussées : « *bousculer* », ou la marche les yeux fermés.

**Tableau 6 : facteurs favorisants au domicile du patient :**

<b>FACTEURS FAVORISANTS</b>	Nombre de médecins	Pourcentage correspondant
<b>Accessibilité, marches, escaliers</b>	<b>20</b>	67 %
<b>Sols, tapis, descentes de lit, patins</b>	<b>29</b>	97 %
Encombrement, agencement, fils au sol	13	43 %
Sols glissants	4	13 %
Eclairage	2	7 %
Salle de bains	2	7 %
Toilettes	1	3 %
Cuisine	1	3 %
Bouteilles d'alcool	1	3 %
Monoxyde de carbone	1	3 %

Par rapport à **l'environnement du patient** c'est-à-dire son domicile (question 7), **tous les médecins** citent les célèbres **tapis**. Les deux tiers abordent **l'accessibilité** de la maison et des différentes pièces. La moitié environ citent l'encombrement. Seulement 2 s'intéressent à l'éclairage et 3 aux sanitaires.

### 2.3.2 Les examens complémentaires réalisés en première intention dans le cadre de chutes à répétition (question 8)

Ceux-ci ont été regroupés dans le tableau qui suit, en gras nous avons fait ressortir ceux qui ont été majoritairement cités. Il n'y a pas de différence notable entre la ville et la campagne, la calcémie n'a pas été citée très souvent.

*Tableau 7 : examens complémentaires dans le cadre de chutes à répétition :*

<b>EXAMENS COMPLEMENTAIRES</b>	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
<b>ECG</b>	12	9	<b>21</b>	70%
Holter	5	4	9	30 %
Calcémie	5	2	7	23 %
<b>Iono</b>	14	11	<b>25</b>	83 %
<b>Glycémie</b>	13	11	<b>24</b>	80 %
Cliché thorax	0	0	0	0 %
Echo coeur	0	1	1	3 %
<b>NF</b>	13	11	<b>24</b>	80 %
TDM crâne	0	0	0	0 %

### 2.3.3 La prévention des chutes

Nous avons ensuite recensé les différents **éléments de prévention des chutes leur semblant efficaces dans leur pratique quotidienne** (question 9) :

*Tableau 8 : éléments de prévention des chutes semblant efficaces :*

<b>ELEMENTS DE PREVENTION</b>	Nombre de médecins	Pourcentage correspondant
<b>Aménagement maison</b>	<b>25</b>	83 %
Téléalarme	1	3 %
<b>Gestion des médicaments</b>	<b>21</b>	70 %
Kinésithérapie	7	23 %
Apprentissage de la chute	1	3 %
Travail de marche	2	7 %
Aides techniques	5	17 %
Adaptation chaussage	3	10 %
Evaluation visuelle, lunettes	3	10 %
Lutte contre la solitude	1	3 %
Equilibre nutritionnel	4	13 %
Suppression chiens	1	3 %

L'**adaptation de l'environnement** ainsi que la **révision de l'ordonnance** ont donc la faveur de la plupart des médecins avec une grande majorité pour chacun de ces items. Par contre, seulement un tiers évoquent la prise en charge fonctionnelle par la pratique de la kinésithérapie et le fait d'entretenir la marche. En parallèle, 6 médecins sur 30 notent la difficulté de faire admettre des changements à leurs patients âgés, que ce soit par rapport à une modification de leur environnement ou de leur traitement. Nous avons également noté le faible pourcentage de médecins qui parlent de la vue avec seulement 10 % d'entre eux.

Le **recours au médecin spécialiste dans la prise en charge du patient âgé chuteur** (question 10) a été évoquée chez 7 médecins sur 15 en campagne et 6 médecins sur 15 en ville, soit globalement **13 médecins sur 30**. Les spécialistes auxquels les médecins disent avoir préférentiellement recours sont les **cardiologues** avec 10 médecins sur 30 et les **neurologues** avec 9 médecins sur 30. Les médecins ayant recours au spécialiste citent souvent 2 réponses.

**Tableau 9 : spécialistes auxquels les médecins ont préférentiellement recours pour leurs patients âgés chuteurs :**

<b>SPECIALISTE</b>	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
<b>Cardiologue</b>	5	5	<b>10</b>	33 %
<b>Neurologue</b>	5	4	<b>9</b>	30 %
ORL	0	2	2	7 %
Gériatre	3	2	5	17 %
Rééducateur	0	2	2	7 %
Rhumatologue	0	1	1	3 %

La **proportion de patients âgés chuteurs adressés au masseur-kinésithérapeute** , acteur majeur de la prévention de la chute de la personne âgée (question 11) , est majoritairement **moins de 25 %** avec 16 médecins sur 30, suivie de la tranche 25 à 50 % avec 7 médecins sur 30. Il faut noter des différences entre ville et campagne avec un plus grand usage de la kinésithérapie chez les médecins de campagne interrogés : en effet, 6 sur 15 l'utilisent dans plus de 50 % des cas, contre 1 sur 15 chez les médecins de ville.

**Tableau 10 : proportion des patients âgés chuteurs adressés à un masseur-kinésithérapeute par tranches de 25 % :**

<b>POURCENTAGE KINESITHERAPIE</b>	Campagne	Ville	Total	Pourcentage correspondant
<b>Moins de 25 %</b>	6	10	<b>16</b>	54 %
Entre 25 et 50 %	3	4	7	23 %
Entre 50 et 75 %	2	1	3	10 %
Plus de 75 %	4	0	4	13 %

## **2.4 Les médecins face à de nouvelles aides proposées**

L'intérêt d'un outil diagnostique type arbre décisionnel face aux chutes du sujet âgé (question 12) a été cité chez 13 médecins sur 15 à la campagne et chez 10 médecins sur 15 en ville, soit globalement **23 médecins sur 30** éventuellement intéressés par cet outil. Peu ont commenté cette question mais certaines remarques nous ont intéressés. Les partisans du non argumentent par le fait qu'il existe déjà de nombreux arbres décisionnels qui souvent s'accumulent sur le bureau sans être utilisés, en sachant que le plus souvent ils ne les trouvent pas pratiques. En revanche les partisans du oui plaident pour un arbre facile d'accès, éventuellement sous la forme d'un logiciel informatique, et surtout pratique tant dans son aspect matériel que dans son utilisation intellectuelle.

Lorsque nous avons demandé aux médecins s'ils adresseraient leurs patients à une **consultation spécialisée dans les troubles de l'équilibre et de la marche du sujet âgé** (question 13), **24 médecins sur 30** ont répondu oui, dont 12 urbains et 12 ruraux. Parmi les médecins qui ont répondu non, un a évoqué le problème de la « surspécialisation » qui complique tout, deux ont souligné les difficultés liées aux déplacements des personnes âgées. Parmi les réponses positives, nous avons retrouvé plusieurs types de commentaires : l'importance d'une bonne accessibilité avec des délais courts, la difficulté face à la complexité de certains cas (4 médecins sur 30), l'apport d'une équipe pluridisciplinaire afin notamment d'éviter la multiplication des avis (2 médecins), l'intérêt de cette consultation plutôt pour des patients exigeants (1 médecin), la validation de leur propre prise en charge (1 médecin). Le commentaire d'une des réponses est intéressant à rapporter dans son intégralité : *« Je ne vois pas ce qu'une consultation apporterait, par contre ce qui semble important c'est de sensibiliser les équipes, les médecins, comme ce que vous faites, remettre les gens en question pour essayer d'améliorer ».*

## 2.5 Les difficultés rencontrées

Pour cette ultime question (question 14) concernant leur **principal souci vis-à-vis des chutes de la personne âgée**, la plupart ont cité les **conséquences** avec **26** médecins sur 30. Ensuite 8 médecins ont cité la récurrence, 5 les problèmes liés à l'isolement, 4 la prévention et 3 la recherche de l'étiologie.

Si on reprend le détail, s'agissant des conséquences, la plus fréquente crainte reste la **fracture** et ses conséquences sur l'autonomie et le risque vital à court, moyen ou long terme (10 médecins), puis la **dépendance** (8 médecins), liée à la grabatisation suite au syndrome post-chute. Une autre crainte citée est celle de la station prolongée au sol pour 2 médecins : « *Le délai entre la chute et la dépendance est parfois très court* ». Beaucoup ont évoqué le problème du **maintien à domicile** (6 médecins) : « *on n'a parfois pas le choix et on est obligé de forcer l'institutionnalisation* ». De plus l'isolement implique l'absence de moyens d'alerte, ce qui reste une appréhension pour 5 des médecins interrogés : « *ils tombent et personne n'est au courant* », « *comment peuvent-ils prévenir quand il n'y a pas d'entourage proche ?* ».

Ceux qui ont parlé de prévention se demandent : « *comment anticiper la dépendance ?* », « *quelles sont les actions préventives, où, comment ?* », ou encore : « *où peut-on trouver des ateliers de prévention ?* ».

## **DISCUSSION**

## **1 Les médecins contactés**

Nous avons eu un bon contact avec les médecins rencontrés. 3 médecins ruraux par téléphone ont refusé car le sujet ne les concerne pas. Ils n'ont pas ce genre de problème, l'un a expliqué que ce problème concerne plus les infirmières, un autre ne voit pas ce qu'il pouvait dire sur ce sujet car il est peu confronté au problème, le dernier est débordé et n'a pu nous accorder son temps. Ce manque de temps a généralement posé plus de difficulté dans la prise de rendez-vous avec les médecins ruraux par rapport aux médecins urbains, du fait d'une lourde charge de travail.

La moyenne d'âge des médecins interrogés (48 ans) correspond de manière satisfaisante à la moyenne d'âge départementale selon les statistiques URCAM (47 ans en 2002, cf annexe 1). Nous avons créé des tranches de réponse de 25 % concernant le pourcentage de personnes âgées par souci de simplicité, afin que les médecins n'aient pas de difficulté à répondre. Ce qui est un peu surestimé, à l'hôpital nous rencontrons un pourcentage élevé de personnes âgées, contrairement à la médecine générale de cabinet où il est très rare d'avoir plus de 25 % de plus de 75 ans. Ce d'autant plus que la clientèle de plus de 70 ans en Loire-Atlantique ne représente que 11 %, en moyenne, du total des patients par médecin.

## **2 Appréciation du problème par les médecins**

Le pourcentage de chuteurs est globalement sous-estimé, à la fois du fait d'une méconnaissance du sujet et parfois d'un désintérêt global : « *vous savez, moi, la gériatrie...* » et du fait qu'environ la moitié des personnes qui ont chuté ne le disent pas à leur médecin [22, 26], ou tout autre acteur du système de santé. Cette proportion serait encore plus importante en cas de chutes à répétition, soit parce qu'ils ne souhaitent pas le leur dire, de peur de subir

différents examens, traitements ou encore d'être obligés à partir de chez eux. Ils préviennent plutôt le médecin si suite à la chute, ils présentent des troubles [26].

### **3 La pratique des médecins face aux chutes**

#### **3.1 La démarche diagnostique face aux chutes**

Pour la question concernant le bilan étiologique (question 4), nous nous sommes basés sur la conférence de consensus américaine en tant que référentiel principal [2]. La chute étant le plus souvent d'origine multifactorielle, la démarche diagnostique consiste à saisir tous les facteurs de risque d'une personne, tout d'abord intrinsèques, souvent liés au vieillissement :

- déficit musculaire des membres inférieurs
- troubles de l'équilibre
- trouble de la marche
- arthrose
- déficit visuel
- antécédent de chute
- atteinte cognitive

Nous pouvons y ajouter [13] :

- dénutrition
- troubles proprioceptifs
- toute pathologie aiguë précipitante ou chronique en particulier neurologique, ostéo-articulaire ou cardiovasculaire

ou ensuite les facteurs extrinsèques :

- polymédication
- facteurs environnementaux

Idéalement, en détaillant chaque item pour un patient, on peut caractériser son risque de chute et ensuite agir sur chaque facteur quand c'est possible. Plus généralement, on peut simplifier la recherche étiologique en séparant quatre champs essentiels : certes la recherche d'une cause de malaise et donc de chute, principalement avec la recherche de pathologies cardiovasculaires (troubles du rythme, valvulopathies, hypotension orthostatique) mais aussi la polymédication, les facteurs environnementaux et les troubles de la marche et de l'équilibre, liés au vieillissement ou pathologiques. Cette question sur la recherche étiologique était volontairement vague. Nous ne nous attendions pas d'emblée à un arbre diagnostique précis, par contre il était intéressant de faire la différence entre ceux qui apprécient la dimension multifactorielle de la chute, de façon globale, et ceux qui confondent la recherche des causes d'une chute avec la recherche d'une cause de malaise ou de perte de connaissance. 10 des médecins font spontanément une distinction entre la chute due à un malaise et la chute mécanique, sans aller plus loin. Il faut rappeler que dans 12 % des cas seulement on peut mettre en évidence un malaise ou une perte de connaissance, et il ne faut pas négliger le fait que la chute est souvent la conséquence d'une succession d'évènements. Cette vision simplifiée et non multidimensionnelle entraîne de fait une mauvaise prévention secondaire, car il a fallu évoquer les autres facteurs favorisants, ils n'ont pas été cités spontanément. Par contre, une fois guidés, les médecins ont de suite mieux compris ce qui leur était demandé. Souvent ont été citées en réponse les grandes causes de malaise, sans préciser, par exemple : « *je recherche une cause cardiologique* », grande cause citée par 18 des médecins, sans différencier spontanément l'hypotension orthostatique (7 en ont parlé) le trouble du rythme (6 en ont parlé) la simple syncope vaso-vagale (aucun) ou encore le rétrécissement aortique (aucun).

La deuxième grande cause est médicamenteuse pour 16 médecins.

Ensuite, ont été cités en vrac différents facteurs de risque : troubles visuels, environnement, trouble de l'équilibre, déficit musculaire... avec une minorité des médecins pour chaque item. Nous notons l'absence de recherche de troubles de proprioception, d'une affection aiguë précipitante, ou encore de troubles cognitifs, une pathologie neurologique, une dénutrition éventuelle, l'arthrose ou simplement un antécédent de chute [2, 16].

Par contre, quand on les interroge de manière plus précise sur un item, les réponses se font également plus précises et plus satisfaisantes en comparant avec les données de la littérature. Par exemple, concernant les 2 familles de médicaments principalement en cause dans les chutes, les réponses correspondent assez bien à la littérature avec, le plus fréquemment citées, la famille des psychotropes (bien qu'un tiers des médecins n'en aient pas parlé), qui multiplieraient par 3 le risque de chute [15], et celle des hypotenseurs. A ce propos les médecins évoquent spontanément à plusieurs reprises les somnifères souvent prescrits à regret chez leurs patients âgés, du fait d'une demande insistante, ce problème souvent soulevé dépassant le champ de notre travail.

Concernant les facteurs favorisant environnementaux au domicile du patient (question 7), dans l'article tiré de l'ouvrage « la chute de la personne âgée » [18], nous avons relevé les éléments suivants à prendre en compte au domicile du patient :

- les différentes pièces en particulier la salle de bains et les WC (équipements de sécurité ?)
- les accès, la circulation avec les sols, les éventuels obstacles, l'encombrement, les escaliers
- l'éclairage
- l'entretien

Les réponses obtenues se limitent soit à des caractéristiques du sol, en particulier la présence de tapis, signalée par 29 des médecins, auxquels nous avons apparenté les réponses telles que

« patins », ou « descentes de lit », soit à l'« accessibilité » en général, l'encombrement au sol ou encore le fait de devoir franchir des marches, des escaliers. Ces réponses englobent finalement tous les endroits où la personne âgée est susceptible de marcher, et donc de se « buter », comme cela a souvent été cité. Peu évoquent les éventuelles glissades dans la salle de bain avec l'observation de la baignoire, la présence ou l'absence de barres de maintien, de même pour les toilettes, puisque seuls 3 médecins (femmes) les ont cités. Nous avons remarqué le faible nombre qui parle de l'éclairage, qui en quantité insuffisante est pourtant reconnu comme facteur favorisant des chutes (2 médecins).

En ce qui concerne les examens complémentaires, il est difficile de retrouver dans la littérature un réel consensus quant aux examens complémentaires préconisés en première intention dans le cas de chutes à répétition chez une personne âgée à domicile, dans le cadre précis de notre question où le médecin n'a aucune orientation diagnostique. Nous avons repris le bilan de référence suivant [18] : glycémie, ionogramme sanguin avec protides, numération-formule sanguine, TSH, ECG, hémocultures, ECBU et cliché thoracique à la recherche d'un foyer infectieux. Dans une pratique quotidienne généraliste il paraît excessivement lourd et coûteux de réaliser tout ce bilan en première intention, ce qui bien sûr n'est plus valable dans le cadre d'une hospitalisation pour bilan de chute, ou même pour un bilan de deuxième intention quand le premier n'a rien donné. Nous avons donc considéré comme référence le bilan suivant : Numération-formule, glycémie, ionogramme sanguin auquel nous aurions pu adjoindre les protides, calcémie, ECG. Nous aurions pu aussi rajouter la TSH, qui a été spontanément rajoutée par 3 médecins mais n'a pas été prise en compte dans les résultats quantitatifs puisqu'elle n'était pas proposée. Concernant la formulation de la question, nous avons préféré un questionnaire à choix multiple afin de faciliter l'interprétation, ne pouvant prévoir la variabilité des réponses. Nous avons ajouté des items tels que scanner cérébral ou échographie cardiaque afin de pister d'éventuelles prescriptions excessives, ce qui n'a pas été

le cas. Les médecins ont parfois fait remarquer que ce cas se pose rarement en pratique de tous les jours, car leurs patients âgés sont des « habitués », la plupart du temps ils ont des médicaments ou un antécédent qui oriente le diagnostic, ou encore une anomalie à l'examen clinique, un des interviewés a même refusé de répondre à la question. Les réponses se sont trouvées très proches de notre référentiel avec une grande majorité qui citent tous les items précédemment cités, hormis la calcémie pour 7 médecins seulement soit environ 23 %. Nous n'avons pas retrouvé de prescription semblant excessive, les médecins manifestant le souci de ne pas trop en faire, surtout en première intention et sans orientation.

En ce qui concerne le médecin spécialiste, globalement la moitié disent pouvoir l'utiliser dans la prise en charge du patient âgé chuteur. Notons la prédominance du cardiologue et du neurologue, et la faible représentation du médecin gériatre en particulier. En effet les causes de chutes redoutées pour beaucoup de médecins interrogés sont les troubles du rythme passés inaperçus et la crise d'épilepsie avant tout, diagnostics qu'ils ne sont pas forcément capables de faire sans examens spécialisés. Seulement 17 % évoquent spontanément la prise en charge globale par un gériatre, par contre par la suite la consultation de chute (question 13) semble plus les intéresser.

### ***3.2 L'évaluation de l'équilibre et de la marche : le test diagnostique***

A la question « utilisez-vous un test diagnostique pour évaluer l'équilibre et la marche ? » dans le cas d'une réponse positive, nous attendions qu'on nous cite éventuellement les tests fonctionnels actuellement validés en particulier le test du get up and go et celui de Tinetti (annexe 5), ou tout au moins le test de l'appui monopodal. Mais très peu de médecin utilisent ces tests, 6 ont citent l'appui monopodal, un seul le get up and go et le Tinetti (notons que le médecin en question suivait au moment de l'interview la formation de capacité en gériatrie).

Nos médecins, quand bien même ils ne les utilisent pas, semblent ne pas connaître ces tests couramment pratiqués par les gériatres, ce qui nous conduit à penser que la pratique de ces tests reste très confidentielle. La confusion est fréquente concernant le terme « test », beaucoup faisant l'amalgame avec la simple manière dont ils évaluent l'équilibre et la marche, par ailleurs le mot « test » fait souvent répondre « test de Romberg », assez rapidement, probablement du fait d'une certaine association d'idées. La plupart disent « regarder marcher » soit 19 médecins, les situations déséquilibrantes sont citées très rarement avec l'exemple du demi-tour, évoqué chez 3 des médecins. En fait nous pouvons dire que l'évaluation est assez restreinte et peu spécifique, beaucoup de médecins répondant qu'ils ne connaissent pas de test, ou encore qu'ils ne font pas vraiment d'évaluation (environ le tiers). Nous devons remarquer que dans une pratique quotidienne de médecine générale, il paraît assez difficile de réaliser des tests longs, ainsi que des tests compliqués, interprétables plutôt par des médecins gériatres habitués (exemple du test de Tinetti), même si ces tests sont sensibles et spécifiques. En revanche le test de l'appui monopodal, et le get up and go, même s'ils sont moins sensibles et moins spécifiques, semblent tout à fait faisables au cabinet, en très peu de temps ce qui est précieux dans une consultation d'une durée moyenne de 15 minutes. Le test du get up and go est celui qui est préconisé en cas d'antécédent(s) de chute dans l'année par le consensus sur la prévention des chutes de la société américaine de gériatrie [2], déterminant par la suite car sélectionnant les patients devant être évalués de manière plus approfondie.

### **3.3 La prévention des chutes**

#### **3.3.1 Eléments de prévention semblent efficaces aux médecins**

Nous prendrons comme référence, afin de pouvoir critiquer objectivement les réponses, les recommandations de la conférence de consensus de l' AGS (société américaine de gériatrie) [2]. Celles-ci, dans le cadre de personnes âgées vivant à domicile, conseillent une intervention multifactorielle avec travail de la marche, conseil sur des aides techniques de marche, exercice physique dont travail de l'équilibre, révision de l'ordonnance et plus particulièrement les psychotropes, traitement des perturbations cardiovasculaires avec prise en charge de l'hypotension orthostatique et des troubles du rythme, enfin adaptation de l'environnement. Ajoutons la prise en charge des troubles visuels et le chaussage qui, sans bénéficier d'un niveau de recommandation suffisant, peuvent logiquement être inclus dans la liste. Les études relatent le plus souvent une prise en charge multifactorielle de la chute, ou du moins avec 2 facteurs pris en charge par exemple kiné et diminution des médicaments [6] ; pour ce dernier item, aucune étude ne montre que la diminution isolée des médicaments réduit les chutes de façon statistiquement significative. Donc la prévention doit bien être multifactorielle, agir sur un facteur isolé n'a pas d'intérêt sauf si c'est l'exercice physique (cf paragraphe suivant sur la kinésithérapie). Le reste n'est qu'un « plus ». Les réponses citées par les médecins interrogés par une question ouverte se trouvent restreintes, deux réponses largement majoritaires se dégagent pour respectivement 83 % et 70 % des médecins : l'adaptation de l'environnement au domicile, et la révision de l'ordonnance. Très peu citent spontanément le travail fonctionnel de kinésithérapie ou le travail simple de la marche (23 et 7 %), ce qui rejoint les résultats de la question suivante et fait conclure dans notre étude à un usage nettement trop faible de la kinésithérapie. Il nous semble important de noter que 6 médecins évoquent la difficulté de faire admettre les changements aux personnes âgées, que ce soit leur

maison (objets auxquels ils sont attachés, coût, angoisse du changement...), leur traitement et en particulier les somnifères, ou bien la kinésithérapie qu'ils refusent souvent : « *pour quoi faire, je me débrouille bien comme ça...* ». Les aides techniques, le chaussage et la prise en charge des troubles visuels sont très peu évoqués, quant à la prise en charge des troubles cardiovasculaires nous n'avons aucune remarque à ce sujet, et pourtant beaucoup les citent dans la recherche diagnostique.

### **3.3.2 La kinésithérapie**

Pour la moitié des médecins interrogés, moins de 25 % de leurs patients âgés chuteurs vont avoir des séances de kinésithérapie, ce qui est pourtant reconnu comme essentiel pour prévenir les chutes des personnes âgées. En effet, la revue de la littérature montre que dans les études qui ont été réalisées, seule la prise en charge physique par le biais de la kinésithérapie diminue les chutes de façon significative prise isolément [7]. Nous remarquons par ailleurs une différence entre la ville et la campagne, avec un plus grand usage de la kinésithérapie par les médecins ruraux. Pour quelles raisons ? C'est peut être un biais de notre échantillonnage, ou c'est lié à une plus grande accessibilité du kinésithérapeute en zone rurale, ou encore une meilleure acceptation des séances par les patients ruraux, ou enfin à l'existence d'un réel réseau de soins en campagne? La difficulté de trouver un kiné nous a été citée à plusieurs reprises par des médecins urbains.

## **4 Les nouvelles aides proposées**

### **4.1 *Un arbre décisionnel face aux chutes du sujet âgé***

Une majorité des médecins interrogés disent être intéressés par cet outil diagnostique, ceux qui ne le sont pas expliquent généralement qu'ils n'utilisent pas ce genre d'outil ; en fait il semble y avoir 2 types de médecins : ceux qui ne peuvent travailler qu'avec leurs acquis intellectuels en reconnaissant qu'ils n'ont jamais recours à ce genre d'aide, et ceux qui volontiers piochent à droite et à gauche dans de tels outils. Pour ce dernier type, étant donné que la démarche étiologique face à la chute semble floue et restreinte (question 4), il pourrait sembler intéressant de concevoir un tel arbre diagnostique, simple et facile d'accès comme il a été précisé, rappelant les grandes orientations auxquelles le médecin devrait penser face à toute chute de son patient âgé.

### **4.2 *Une consultation des troubles de l'équilibre et de la marche du sujet âgé***

Encore une fois, une majorité de médecins disent être intéressés, le plus souvent à condition que cette consultation « fasse ses preuves », en terme de délai pour l'obtenir, de temps pour y aller depuis certaines communes rurales, enfin en terme d'apport pour le patient. Les médecins semblent assez positifs, du fait de la difficulté de certains cas, soit d'un point de vue diagnostique pur, soit d'un point de vue prise en charge. Par ailleurs tous ne savent pas comment prescrire la kinésithérapie. L'une des femmes a fait la remarque, qui nous semble pertinente, que cette consultation, si elle est hospitalière et multidisciplinaire, permettrait d'éviter au patient la multiplication des rendez-vous chez les spécialistes et/ou les examens complémentaires. Le problème des avis multiples rend difficile la synthèse. Une minorité n'en

voit pas l'intérêt. L'argument utilisé est qu'il ne faut pas « spécialiser » la prise en charge de la personne âgée. C'est avant tout au médecin traitant de prendre en charge son patient, ils se sentent parfaitement capables de gérer seuls ce problème de chute de la personne âgée, et préfèrent ne pas avoir recours à une aide extérieure.

## **5 Les difficultés rencontrées**

Nous rappelons à ce propos les conséquences médicales et psychologiques de la chute chez la personne âgée :

La mortalité à court et long terme n'a pas été évaluée sauf dans les suites d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur ( 25% de décès à un an).

La morbidité se situe à plusieurs niveaux :

- les fractures, dans 5 à 6 % des chutes [10], la fracture du col fémoral dans 1 % des cas [20], les abrasions et contusions qui sont plus fréquentes
- la baisse d'autonomie, les conséquences psychologiques avec le postfall syndrom ou syndrome de désadaptation psychomotrice, et la peur de tomber [10]
- l'institutionnalisation : les chutes seraient la cause de 40 % des admissions [2]

Lorsque nous avons interrogé les médecins, les 2 grandes craintes sont la fracture du col fémoral, et l'état de dépendance induit par la chute à plus ou moins long terme, posant le problème majeur du maintien à domicile, c'est-à-dire globalement les conséquences des chutes. Nous avons souhaité en partie par cette question juger si beaucoup allaient parler du diagnostic et de la prévention de la chute, thème de notre travail. Hors ces réponses sont rarement citées, ce qui pourrait éventuellement être modifié afin de sensibiliser les médecins à ce qu'ils peuvent mettre en place avant la chute, que ce soit en prévention primaire, ou secondaire si la chute a déjà eu lieu.

## **CONCLUSION**

Avant toute autre chose, nous tenons à souligner le bon accueil que nous ont réservé les médecins, téléphonique puis lors du rendez-vous, souvent pris avant les consultations afin de ne pas trop nous faire attendre, chose extrêmement appréciable du fait de la multiplication des rendez-vous.

Ceci montre l'intérêt des praticiens pour notre étude, que ce soit par réel intérêt pour le sujet ou par manque de connaissance et donc une certaine curiosité d'en savoir plus, de mettre en évidence leurs propres lacunes.

Nous avons pu remarquer que les connaissances des médecins étaient relativement bonnes, même si elles manquent de précision et de « triage ».

Le principal défaut que nous tenons à montrer est l'absence de vision globale de la chute, les médecins semblent plutôt avoir une vision point par point, sans véritable recherche multifactorielle.

Nous soulignons également l'absence de connaissances sur les évaluations fonctionnelles du sujet chuteur.

Quant au domaine de la prise en charge de la chute et sa prévention, le plus gros défaut observé est la fréquente absence de prise en charge physique et notamment par la kinésithérapie, encore trop peu prescrite.

Le médecin traitant est pourtant bien en première ligne face à la chute de la personne âgée à domicile, il se doit d'établir une première démarche diagnostique et prendre en charge la chute afin d'éviter sa récurrence.

Le médecin spécialiste et l'hôpital sont des acteurs de deuxième ligne, qui répondent aux situations complexes et coordonnent la formation médicale continue.

Comment donner de l'importance à cette démarche globale « idéale » comme nous avons pu la décrire précédemment, aux yeux des médecins ? C'est peut être par le biais de la littérature

médicale lue couramment, de la formation médicale continue, par le biais de campagnes de l'assurance-maladie, et surtout en intégrant ces connaissances à la formation des jeunes médecins, ce qui n'était pas le cas quelques années en arrière, ce qui a été évoqué au cours des entretiens, comme l'un d'eux a expliqué : « à la fac la gériatrie on ne savait même pas que ça existait ». Il est donc difficile pour ces médecins d'avoir une démarche systématisée, rigoureuse, basée sur des arguments scientifiques, face à un problème qu'ils n'ont pu aborder que de manière empirique au fur et à mesure des années d'exercice.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Alexander B , Rivara F. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. *American Journal of Public Health* 1992; 82:1020-1023
2. American Geriatric Society , British Geriatric Society , and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of American Geriatric Society* 2001; 49:664-672
3. Belmin J., Chassagne Ph.. *Gérontologie*. Editions Masson 2003
4. Blakeman T., Zwar N. Evaluating general practitioners' views on the enhanced primary care items for care planning and case conferencing. *Australian Family Physician* 2002; 31(6):582-585
5. Bonnet S., Bricout D. Chute de la personne âgée. *Kinésithérapie Scientifique* 1994 ; 336 :13-23
6. Bourgault J. L'entretien semi-directif à fin d'études. Cours de sciences politiques de l'université du Québec à Montréal 2001
7. Campbell A.J., Robertson M.C. Psychotropic medication withdrawal and a home-based program to prevent falls: a randomised, controlled trial. *Journal of American Geriatric Society* 1999; 47:850-859
8. Campbell A.J., Robertson M.C. Randomised controlled trial of a general practice program of home-based exercise to prevent falls in elderly women. *British Medical Journal* 1997; 315:1065-1069
9. Carter S.E., Campbell E.M., Sanson-Fisher R.N. Environmental hazards in the home of older people. *Age and Ageing* 1997; 26:195-202
10. Close J., Ellis M. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *The Lancet* 1999; 353:93-97

11. De Rekeneire N., Gentry A., Donnarel G. Chutes chez les personnes âgées vivant à domicile : prévalence, incidence, circonstances et morbidité. La chute de la personne âgée ; édition Masson 1999 ; problèmes en médecine de rééducation, tome 36 :1-6
12. De Singly F. L'enquête et ses méthodes: le questionnaire. Nathan université édition 2002
13. Englander F., Hodson T. Economic dimensions of slip and fall injuries. Journal of Forensic Science 1996; 41(5):733-746
14. Fuat A., Hungin A. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. British Medical Journal 2003; 326:196
15. Hampton J., Kenny R. Effective interventions to prevent falls in older people. British Journal of Medical Practice 2002; november:884-886
16. Jeandel C. Chutes et médicaments chez le sujet âgé. La chute de la personne âgée; édition Masson 1999; Problèmes en Médecine de Rééducation, tome 36:129-135
17. Jeandel C. Existe-t'il un profil à risque de chute chez le sujet âgé ? La chute de la personne âgée; édition Masson 1999; Problèmes en Médecine de Rééducation, tome 36:110-122
18. Monagle S. Reducing falls in community-dwelling elderly- the role of GP care planning. Australian Family Physician 2002; 31(12):1111-1115
19. Rainfray M., Emeriau J.P. Place des examens complémentaires dans l'exploration des chutes des personnes âgées. La chute de la personne âgée; édition Masson 1999; Problèmes en Médecine de Rééducation, tome 36:221-227
20. Rizzo J.A., Baker D.I. The cost-effectiveness of a multifactorial targeted program for falls among community elderly persons. Med. Care 1998; 36:954-969
21. Rubenstein L., Josephson K. The epidemiology of falls and syncope. Clinics in Geriatric Medicine 2002; 18:141-158

22. Stevens M. Preventing falls in older people : impact of an intervention to reduce environmental hazards in the home. *Journal of American Geriatrics Society* 2001; 49:1442-1447
23. Stoddart H., Sharp D. Falls and the use of health services in community-living elderly people. *British Journal of General Practice* 2002; november:923-925
24. Tinetti M., McAvay G. Does multiple risk factor reduction explain the reduction in fall rate in the Yale FICSIT trial? *American Journal of Epidemiology* 1995; 144(4):389-399
25. Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society* 1986; 34(2): 119-126
26. Tinetti M. Preventing falls in elderly persons. *New England Journal of Medicine* 2003; 348:42-49
27. Trivalle C. *Gérontologie préventive . Abrégés Masson édition* 2002
28. Van Haastregt J., Diederiks J. Effects of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 2000; 321:994-997
29. Vetter N-J., Lewis P-A. Reasons for poor detection of frequent falls in elderly people by general practitioners. *Aging Clin. Exp. Res.* 1995; 7(6):430-432
30. Yvain F., Saint-Jean O. La chute du sujet âgé. *Gérontologie Pratique* 1999 ; tomes 110 et 111

# ANNEXES

<b>ANNEXE 1</b>	L' OFFRE DE MEDECINS GENERALISTES EN LOIRE-ATLANTIQUE EN 2002 (source URCAM)
<b>ANNEXE 2</b>	REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS RENCONTRES
<b>ANNEXE 3</b>	RETRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS
<b>ANNEXE 4</b>	TEST DE TINETTI
<b>ANNEXE 5</b>	TEST DU GET UP AND GO
<b>ANNEXE 6</b>	COURRIER
<b>ANNEXE 7</b>	RECUEIL DE DONNEES NUMERIQUES

## **ANNEXE 1**



**L'offre de généralistes  
en Loire-Atlantique**

***Situation aujourd'hui et dans 5 ans***



- ◆ Au début de l'année 2002, La Loire-Atlantique compte **1 146 généralistes**, répartis sur **167 communes** (parmi les 221 du département).

**Une commune sur quatre est donc dépourvue de généraliste. Cependant, le médecin le plus proche est toujours accessible en moins de 20 minutes.**

- ◆ Environ **45 % des généralistes** se concentrent dans les **4 principales villes du département.**

**En effet, le nombre de généralistes est de :**

- <b>352</b> à Nantes (= 30% du département)	- <b>49</b> à Saint-Herblain (= 4% du département)
- <b>78</b> à Saint-Nazaire (= 7% du département)	- <b>37</b> à Rezé (= 3% du département)

- ◆ La **proportion d'hommes** chez les généralistes est de **76%** en Loire-Atlantique, contre 78% en moyenne régionale.

- ◆ **L'âge moyen** des généralistes du département est de **47 ans.**

*Les **hommes** sont relativement plus âgés que les femmes : **48 ans** en moyenne, contre 44 ans pour les femmes.*

- ◆ Parmi les généralistes de Loire-Atlantique, **143** sont des **médecins à exercice particulier.**

Les exercices particuliers représentés en Loire Atlantique sont :

- L'acupuncture : **39** médecins,
- La médecine d'urgence : **28** médecins,
- L'homéopathie : **25** médecins,
- L'angiologie : **21** médecins,
- L'allergologie : **16** médecins,
- L'échotomographie : **7** médecins,
- Autres : **7** médecins.

80 % de ces médecins à exercice particulier sont installés dans les 4 communes de :

- Nantes (**85**)
- Saint-Nazaire (**14**)
- Saint-Herblain (**6**)
- Rezé (**8**)

- ◆ Environ **60% des généralistes** ont choisi d'exercer en **cabinet de groupe.**





### Hypothèse 1 Densité de référence pour 5000 habitants : 5 généralistes

- ◆ Pour atteindre cette densité de référence, la Loire-Atlantique a **besoin de 1112 médecins**, alors qu'elle en compte actuellement 1 146. Elle présente donc un **excédent de 34 généralistes**.

NB : L'excédent de 49 généralistes sur la zone géographique couverte par la CPAM de Nantes compense très largement le déficit de 15 généralistes sur la zone couverte par la CPAM de Saint-Nazaire.

*Dans 5 ans, si les départs en retraite attendus n'étaient pas remplacés, il manquerait 32 généralistes dans le département, dont 29 sur la zone couverte par la CPAM de Saint-Nazaire.*

- ◆ **Le vert, couleur prédominante en Loire Atlantique.**

En effet, 167 communes sur 221 bénéficient de la présence d'1 généraliste au moins, mais **pour 113 d'entre elles**, l'offre est **insuffisante** par rapport à l'hypothèse de référence.

*Dans 5 ans, si les départs en retraite attendus ne sont pas remplacés, il existera 124 communes « vertes ».*

## RESULTATS PAR CANTON

NB : l'excédent ou le déficit d'un canton est obtenu par somme arithmétique des résultats des communes qui le constituent. Il est indiqué sur la carte, au centre du canton.

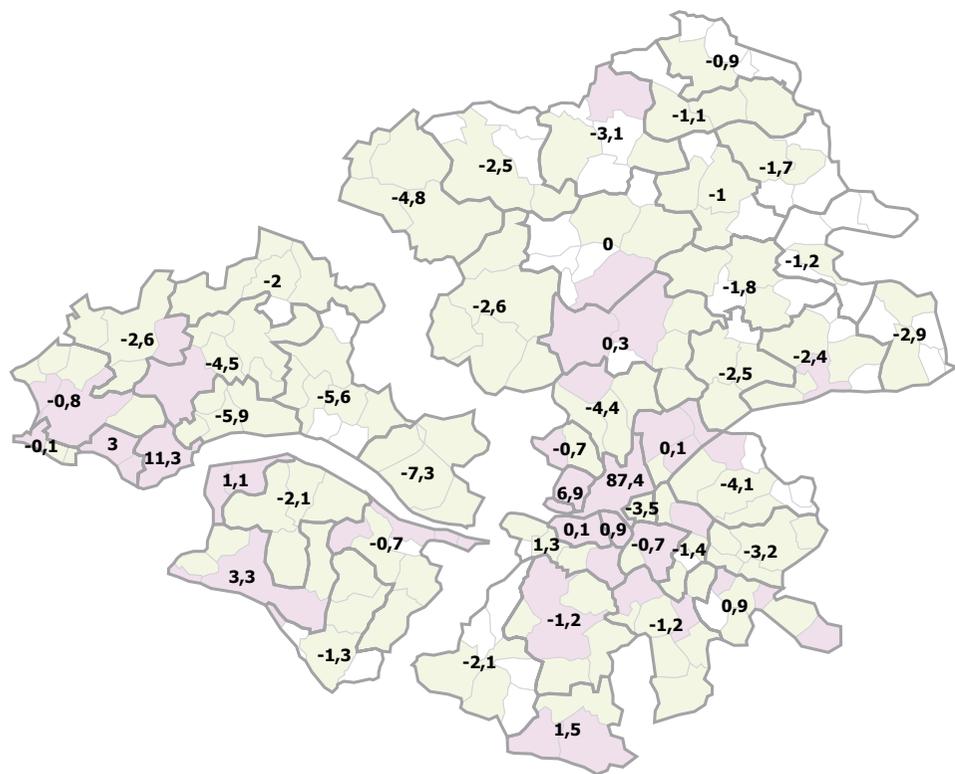
- ◆ Sur les 49 cantons du département, **14** sont en situation de **sur-offre** par rapport à la référence dont **8** présentent un **excédent supérieur à 1 médecin**. Ces cantons sont :
  - Sur le littoral : **La Baule, Saint-Nazaire, Paimboeuf et Pornic**, avec un excédent total de **19 généralistes**,
  - Sur l'agglomération nantaise : **Nantes, Saint-Herblain et Bouaye**, avec un excédent total de **95 généralistes**,
  - Dans l'extrême sud du département, **Legé** (excédent de **1,5 généralistes**)
- ◆ Une **sous-offre** est constatée dans tout le Nord et l'Est du département.
  - Par exemple, dans **6 cantons** limitrophes éloignés des agglomérations nantaise et nazairienne - **Savenay, Saint Gildas des Bois, Blain, Saint-Nicolas de Redon, Guémené-Penfao, et Derval** - **il manque globalement plus de 20 généralistes** (26, dans 5 ans).
  - A l'est du département, les **6 cantons** de **Varades, Ligné, Ancenis, Saint-Mars-la-Jaille, Riaillé et Saint Julien de Vouvantes**, présentent un **déficit total de 12 généralistes** (17, dans 5 ans).

# Hypothèse 1



Aujourd'hui

Dans 5 ans  
si les départs en retraite ne sont pas remplacés



Sur ou sous-offre  
par rapport à la référence  
(en nombre de généralistes)

- Communes en sur-offre
- Communes en sous-offre
- Communes sans généraliste



- ◆ Pour atteindre cette nouvelle référence, la Loire-Atlantique devrait compter **889 généralistes**. Selon cette hypothèse, le département affiche aujourd'hui une **sur-offre** de **257 généralistes**.

NB : La sur-offre est de **206 médecins** pour la zone couverte par la CPAM de Nantes et de **51 médecins** pour celle couverte par la CPAM de Saint-Nazaire.

*Dans 5 ans, le département serait excédentaire de **190 médecins**, si les départs en retraite probables n'étaient pas compensés.*

- ◆ Avec cette hypothèse, le **nombre de communes en sous-offre** est **sensiblement le même** que le **nombre de communes en sur-offre**.

## RESULTATS PAR CANTON

- ◆ Avec cette nouvelle référence, les cantons regroupent davantage de communes en **violet**. Ainsi, **31 cantons** sont en situation de **sur-offre**, dont **14** présentent un **excédent** d'au moins **4 médecins**.

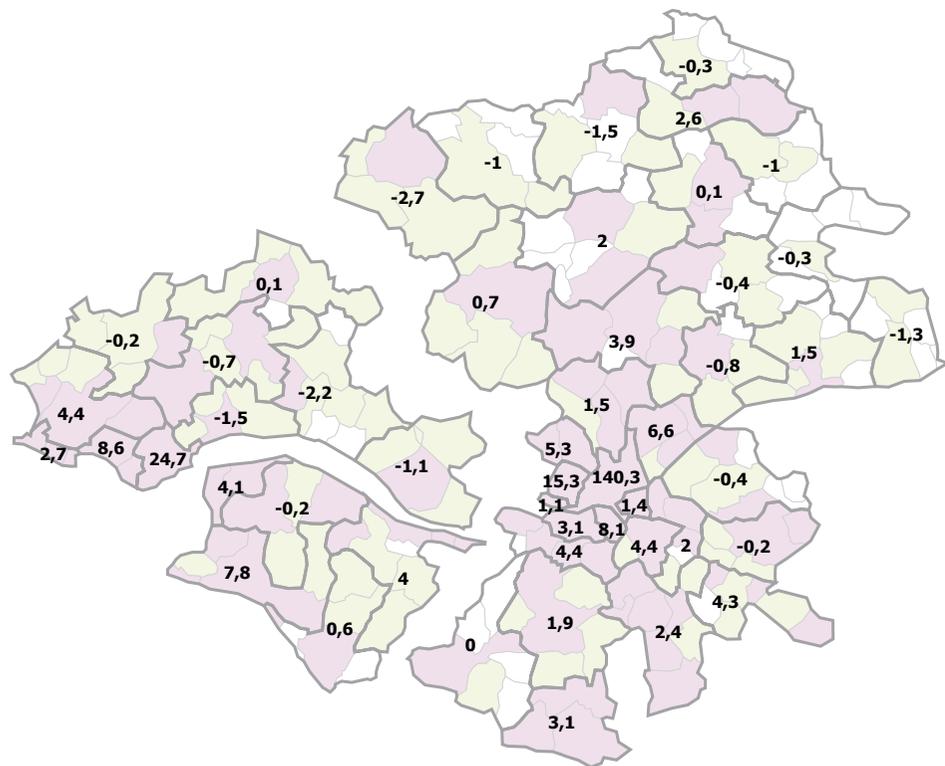
On trouve, dans ce cas :

- les **cantons littoraux** déjà cités dans l'hypothèse 1, auxquels s'ajoutent ceux de **Guérande** et du **Croisic**. L'excédent global de cette zone littorale s'élève alors à **53 généralistes**,
  - l'agglomération nantaise (**Orvault**, **Carquefou**, **Saint-Herblain**, **Nantes**, **Rezé**, **Bouaye**, et **Vertou**) avec un excédent total de **190 généralistes**.
- ◆ Les cantons en situation de **sous-offre** restent situés au Nord et à l'Est du département.
    - Ainsi, sur les **4 cantons** limitrophes de **Savenay**, **Saint-Nicolas de Redon**, **Guémené-Penfao** et **Derval**, il **manque globalement** plus de **7 médecins** (Dans 5 ans, le déficit atteindra **9 médecins**).
    - A l'est du département, les **5 cantons** de **Varades**, **Ligné**, **Saint-Mars-la-Jaille**, **Riaillé** et **Saint Julien de Vouvantes** restent en sous-offre, avec un **déficit total de 4 médecins** ( **5**, dans 5 ans).

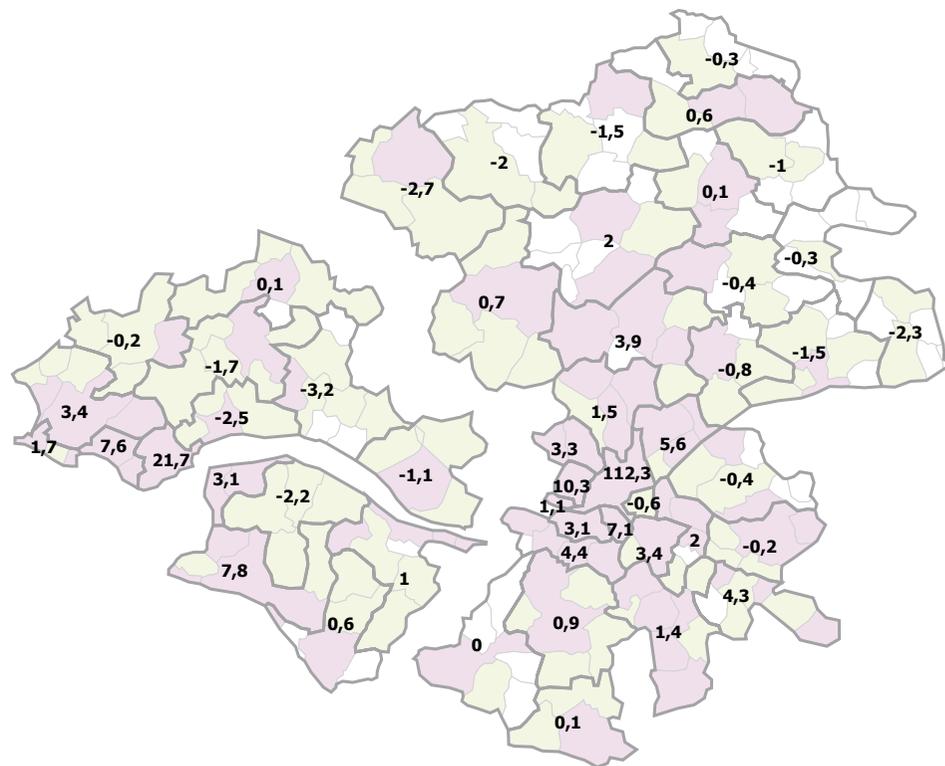
# Hypothèse 2



Aujourd'hui



Dans 5 ans  
si les départs en retraite ne sont pas remplacés





### Hypothèse 3 Densité de référence pour 5000 habitants : 3 généralistes

**Rappel** Cette référence, beaucoup plus basse que les précédentes permet de cibler les zones où la densité médicale est **particulièrement faible**.

- ◆ Pour atteindre cette densité de référence, le besoin départemental est estimé à **667 généralistes**. La Loire-Atlantique présente actuellement une **sur-offre** de **479 médecins** par rapport à cette hypothèse.

NB : L'excédent atteint **363 généralistes** sur la zone couverte par la CPAM de Nantes et **116** sur celle couverte par la CPAM de Saint-Nazaire.

*Dans 5 ans, sans le remplacement des départs en retraite probables, la **sur-offre** passerait à **412 généralistes**.*

- ◆ Avec cette hypothèse, très inférieure aux moyennes régionale et nationale, les communes **violettes** (c'est à dire en **sur-offre**) sont désormais **très majoritaires**.

## RESULTATS PAR CANTON

- ◆ **Presque tous les cantons** sont en situation d'**excédent** par rapport à la nouvelle référence.
- ◆ Néanmoins, **2 cantons** restent **légèrement déficitaires** : **Saint-Nicolas-de-Redon** et **Saint-Julien-de-Vouvantes**, mais il y manque **à peine 1 médecin**.

*D'ici 5 ans, **5 cantons** seront **légèrement déficitaires** : les **deux ci-dessus** et les cantons de **Guéméné-Penfao**, **Varades** et **Saint-Père-en-Retz**. Il manquera un peu plus de 2 médecins dans chacun de ces cantons.*

Globalement, l'**activité moyenne** des généralistes du département est **sensiblement identique à l'activité moyenne française** (=environ 5 000 actes).

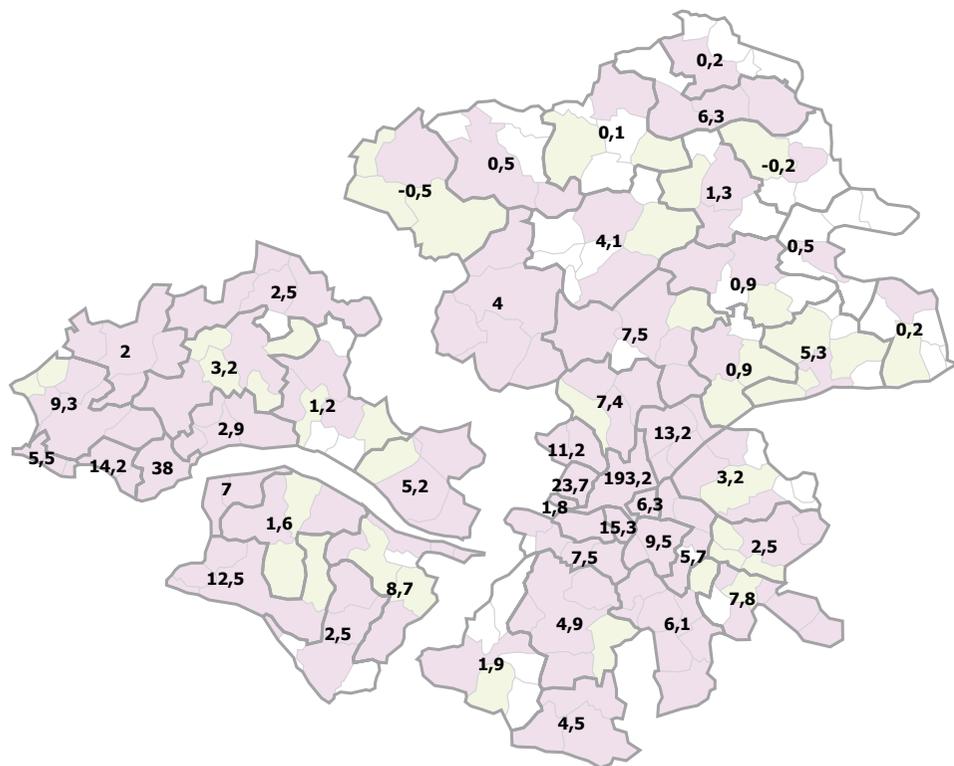
Mais elle **varie du simple au double** selon le canton considéré.

En effet, les médecins des cantons de **Nantes** et de **Legé** réalisent **moins de 4 000 actes** par an, alors que ceux des cantons de **Derval** et de **Varades** en réalisent **plus de 8 000**.

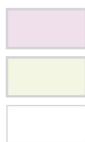
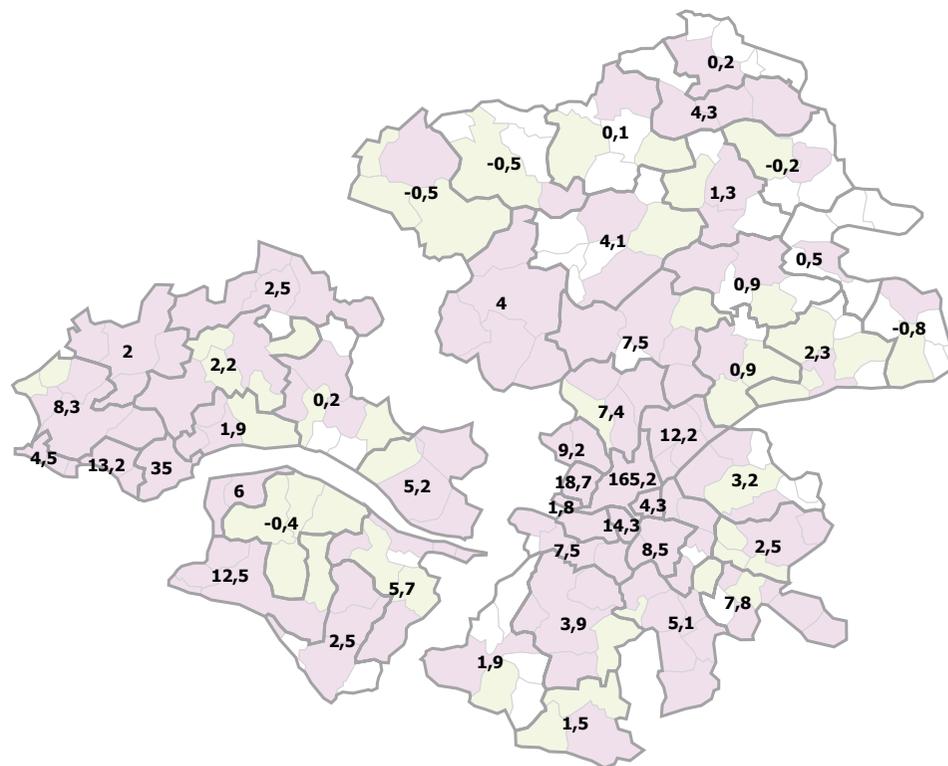
# Hypothèse 3



Aujourd'hui



Dans 5 ans  
si les départs en retraite ne sont pas remplacés



## **ANNEXE 2**

## **ANNEXE 3**

**Entretien avec le Dr B à Saint-Nazaire le 11 04 2003**

1. 41 ans, exerce depuis 10 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 50 et 75%
4. Les médicaments
5. Non, je les fais marcher, c'est plutôt empirique
6. Je dirais les benzodiazépines et les hypotenseurs
7. Je regarde en premier ce que je peux voir, c'est à dire plutôt la chambre, l'accès à la chambre, et la cuisine car c'est là qu'ils sont le plus souvent
8. Je dirais NF et iono mais ça dépend du contexte ,de la personne...
9. Je vais encore parler des médicaments, le problème de la polymédication, je pense que c'est surtout ça, et puis en deuxième l'environnement. Mais c'est très difficile, de leur arrêter leurs traitements, ils y tiennent, ils ne veulent pas qu'on leur arrête, le plus souvent
10. Non en première intention, et puis peut-être, en fonction du contexte, le cardiologue éventuellement ,enfin le plus souvent, ou peut-être le neurologue
11. Ceux qui font des chutes à répétition, je dirais 25 à 50%
12. Oui bien sûr, mais le problème c'est de le retrouver, savoir où il est, quand ça s'accumule...
13. Oui moins de 25%...mais ça dépend du retour comme toujours si c'est positif ou pas
14. Le syndrome post-chute, et la polymédication : quel médicament diminuer et comment ?

On rajoutera un commentaire sur le courrier adressé : « Vous dites que c'est un problème majeur, je ne dirais pas majeur, à ce moment-là on peut dire que l'hypercholestérolémie aussi, c'est un problème majeur, ou d'autres encore... on peut dire que tout est majeur alors.. »

<b>Entretien avec le Dr D à Piriac le 24 04 2003</b>
--

1. 48 ans, exerce depuis 17 ans.
2. Entre 25 et 50%
3. Entre 0 et 25 ...chutes répertoriées, il y a des gens qui ne le disent pas... chute qui est médicalisée. Parce qu'il y a aussi les chutes non médicalisées...oh entre 50 et 75 ils ne le disent pas toujours, on ne le sait pas forcément
4. Les chutes iatrogènes, en priorité. Le traitement .
5. Non, j'ai peut-être tort, d'ailleurs. Il me semble que j'avais lu des trucs là-dessus. Non, je les regarde marcher, je fais un examen neurologique, vestibulo-cérébelleux, voilà, surtout je les vois marcher, et puis faire demi-tour aussi, revenir, tourner, s'arrêter. Les mettre sur un pied...je ne le fais pas !!
6. Les neuroleptiques et les antihypertenseurs, enfin les psychotropes plutôt, et les antihypertenseurs.
7. Je regarde par terre, tout ce qui peut faire buter, les tapis, les seuils de porte, le bon sens, quoi.
8. En première intention, numération iono glycémie. Radio thoracique, non pas en premier. Calcémie je vois pas pourquoi...non, ces trois-là, numération ionogramme glycémie.
9. D'abord il faut savoir pourquoi il tombe. Quelqu'un qui a des hypotenseurs, des sédatifs d'abord j'essaie de trouver la cause pour pallier à la chute. Les appareillages, les cannes, les déambulateurs, les fauteuils roulants, ça aussi c'est efficace, mais quelle que soit la cause. Moi je prescris de la kiné, surtout, parce que s'ils sont tombés ils vont retomber, ils ont peur alors j'essaie de les remettre en confiance avec de la kiné. Et puis aussi, je n'ai pas parlé du problème de la cataracte, les troubles de la vue,

parce qu'ils voient, mais moins bien, alors ils se prennent les pieds dans le tapis, ils tombent, je n'ai pas eu l'occasion de parler de ça mais c'est important aussi.

10. Non

11. Tous, pour éviter que ça recommence, parce que c'est dramatique, ce problème de chute, il y en a même qui décèdent...

12. Oui

13. Oui, je pense

14. Eviter les récides

**Entretien avec le Dr C à Saint-Nazaire le 25 04 2003**

1. 53 ans, 23 ans d'exercice
2. Entre 25 et 50%
3. On va dire entre 25 et 50...C'est difficile, les pourcentages !
4. Je vais rechercher un malaise, s'il a fait un malaise. Enfin des fois ça peut s'expliquer, il est évident que s'il a fait un faux pas... Enfin c'est ça, je demande s'il y a eu un malaise, un petit vertige, souvent c'est ça.
5. Non, je fais un examen clinique, un examen neurologique, c'est surtout ça
6. Les anxiolytiques peut-être ? les benzodiazépines, c'est souvent ça. Il vous en faut d'autres ? Parfois certains antalgiques, voilà.
7. L'aménagement de la maison, les escaliers, les tapis.
8. Pas grand-chose, un bilan biologique, peut-être, en première intention. Iono, numération, voilà.
9. Eh bien, l'aménagement, surtout, et puis les médicaments. Eviter ceux qui ont des effets secondaires trop... Mais ça c'est pas évident, vous dites d'enlever le tapis ils vous disent oui oui, un mois après il y est toujours. Entre ce qu'on fait et ce qu'on dit...
10. Non. Enfin, à Saint nazaire on a un bon service de gériatrie, on peut leur adresser des gens pour une évaluation en hopital de jour, des gens qui sont seuls. Parfois, je leur en adresse.
11. Pas beaucoup, moins de 25%
12. Pourquoi pas ?
13. Oui, certainement, oui.
14. L'entourage. Qu'ils aient une téléalarme, par exemple, pour qu'on sache s'ils sont tombés.

**Entretien avec le Dr B à La Baule le 24 04 2003**

1. 57 ans, exerce depuis 30 ans
2. Entre 25 et 50%
3. Entre 50 et 75%
4. D'abord je lui demande s'il a buté dans quelque chose, ça peut être simplement ça, sinon je regarde les troubles neurologiques, ou s'il y a une cause cardiaque, et puis s'il n'est pas bourré de médicaments qui l'auraient fait tomber.
5. Non, je regarde marcher, faire demi-tour, et puis l'appui sur un pied.
6. Alors, les hypotenseurs, les hypnotiques et toutes les saloperies pour faire dormir et puis je dirais un troisième, les médicaments cardio-machin, genre les bradycardisants, tous ces trucs-là.
7. Les tapis !! et puis les tables basses, aussi.
8. Alors, ça dépend, en première intention, un ECG, une glycémie quand-même pour être sûr que c'est pas simplement ça...une num aussi peut-être mais bon ça normalement ça se voit, l'anémie.
9. L'environnement, le domicile. Sinon, en fonction des problèmes cardiaques, neurologiques...
10. Non, rarement, j'essaie de faire moi-même. Si j'ai vraiment des difficultés, je les adresse à l'équipe de gériatrie de Guérande.
11. Moins de 25%, c'est plutôt eux qui me le demandent.
12. Pourquoi pas ?
13. Pourquoi pas ? Si ça marche.
14. Qu'ils ne se cassent pas !

**Entretien avec le Dr T à Varades le 10 06 2003**

1. 44 ans, exerce depuis 15 ans
2. Autour de 25 %
3. Entre 50 et 75 %
4. Ca dépend du mécanisme de la chute, s'il s'est pris les pieds, s'il a fait une maladresse, soit il a une pathologie connue qui favorise sa chute, j'en ai encore vu un qui avait fait une chute, il avait une maladie de Parkinson. Donc soit c'est une maladresse, soit il y a une pathologie qui favorise la chute. Sinon, je regarde le traitement pour voir s'il n'y en a pas un qui favorise la chute. Ou alors c'est une chute brutale, sans prodromes, à l'emporte-pièce, avec une amnésie, et là je vais chercher ailleurs en particulier du côté cœur
5. Non, je n'évalue pas vraiment
6. Les hypnotiques et les benzos
7. Les personnes âgées, quand elles chutent, c'est surtout dans leur pièce à vivre, enfin je ne passe pas beaucoup de temps à regarder ça, mais quand même, les tapis, elles peuvent s'accrocher dedans, et puis la disposition de la table et de ce qu'il y a autour, pour qu'elles n'aient pas trop de circuit à faire pour aller s'asseoir par exemple
8. Je lui fais faire un ECG, en première intention, probablement un holter-ECG, ensuite, écho cardiaque pas en première intention, scanner certainement pas, numération je ne vois pas l'intérêt, iono non plus, sauf si elle prend des diurétiques, non c'est tout
9. Faire attention au traitement, les hypnotiques, les benzos, bien leur expliquer comment les prendre, car il y a des problèmes avec les levers la nuit, ils tombent. Plus l'aménagement du domicile, principalement la chambre et la pièce à vivre
10. Des chutes sans explication qui ne font pas la preuve de leur mécanisme, ça va être cardiologue et neurologue essentiellement

11. Globalement, entre 25 et 50 %, ceux qui ont une pathologie par exemple neurologique, un antécédent d'AVC, et ceux qui ne sont pas stimulés, qui ne font pas d'exercice, pour travailler la marche, renforcer les muscles
12. Oui, ce n'est pas une mauvaise idée
13. Sûrement, dans un certain nombre de cas, pour essayer de valider les choix ou les attitudes que j'ai eus, parce que c'est quand même très empirique
14. Les conséquences, ça peut être très grave; et puis qu'est ce qu'on peut faire pour éviter que ça recommence ?

**Entretien avec le Dr T à Remouillé le 26 06 2003**

1. 48 ans, exerce depuis 22 ans
2. Moins de 25 %
3. J'aurais tendance à dire plus de 75 %
4. Avant tout je commence par regarder la liste des médicaments, savoir ce qu'il prend.  
Sinon souvent les gens on les connaît, et en pratique je sais que souvent c'est les médicaments, ou alors il faut bien s'enquérir des circonstances parce que c'est souvent une chute accidentelle, ils se sont pris les pieds dans quelque chose
5. Oui, je l'ai fait, le test de se pencher en avant...mais je ne le fais plus
6. Les antihypertenseurs, et puis les antidiabétiques oraux, les sulfamides. J'ai deux patientes qui sont tombées comme ça
7. La disposition des meubles, les tapis de sol sur les parquets
8. L'électrocardiogramme, je lui ferais, et puis je prescrirais un bilan biologique, la calcémie, le iono, la glycémie, une NFS
9. A part le fait de faire attention aux médicaments qu'elle prend, moi la seule chose que je fais, c'est la rééducation avec les kinés
10. Ca dépend, la personne qui fait des chutes répétées sans raison apparente, déjà j'essaie de faire mon boulot, si je ne trouve pas éventuellement j'adresserais au cardio ou au neurologue
11. Plus de 75 %, en tout cas je propose systématiquement, la personne accepte ou pas
12. Oui, c'est toujours intéressant
13. Oui, si ce n'est pas trop éloigné du domicile du patient, de toute façon si ça devait se faire ce serait certainement au CHU, je ne les adresserais pas aussi loin, et puis je ne vois pas vraiment l'intérêt, sauf pour les personnes qui chutent à cause d'un problème spécifique, mais généralement elles chutent parce que leur domicile n'est pas adapté,

parce qu'elles prennent trop de médicaments, elles s'automédiquent, elles n'ont pas assez de masse musculaire, elles ne se nourrissent pas bien, et tous ces problèmes on peut les gérer autrement que par une consultation spécialisée

14. C'est comment faire pour être efficace dans la prévention

**Entretien avec le Dr S à Fay-de-Bretagne le 29 05 2003**

1. 41 ans, exerce depuis 8 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 50 et 75 %
4. Les troubles du rythme...Je teste aussi la force musculaire, notamment au niveau des quadriceps car j'ai remarqué que c'était souvent déficient. Je recherche un syndrome vestibulaire, ou cérébelleux. Je ne sais pas c'est difficile de répondre comme ça, ça dépend de ce que j'ai à l'examen...un trouble ionique...Je questionne aussi sur les prises médicamenteuses, car il y en a qui font des confusions dans les prises, ceux qui débutent une démence par exemple, il y a aussi l'automédication
5. Un test clinique, non ; je les regarde marcher, faire demi-tour et s'ils sont assez sûrs d'eux je leur fait fermer les yeux pieds serrés, éventuellement je les mets en équilibre sur un pied.
6. Les antihypertenseurs, des fois on les prescrit car on a une hypertension au moment de la consultation ou quand on les voit chez eux, alors que ça peut être simplement une poussée adrénérique et du coup on fait trop baisser la tension. Et puis les anxiolytiques, ou plutôt les neuroleptiques, enfin tout ce qui agit au niveau vigilance
7. Les carpettes! les sols glissants, les différences de niveau, principalement le sol
8. En première intention, un ionogramme avec glycémie, une numération, un Holter avec un ECG avant du coup
9. Apprendre à tomber, enfin, savoir comment ça se passe quand il y a une chute. Et puis surtout moi je leur fais faire de la kiné, pour renforcer les muscles comme je disais
10. Non, enfin pas pour un problème spécifique de chute, dans ce cas la chute s'intègre dans autre chose et là oui je peux faire appel au centre de gériatrie de Saint-Nazaire, on peut leur faire appel facilement pour un bilan par exemple, normalement ici on

dépendrait de Nantes mais c'est très difficile d'avoir accès, par exemple pour la mémoire il faut attendre des mois

11. Plus de 75 %

12. Oui

13. Je pense, oui

14. C'est le maintien à domicile. Soit ils sont seuls et là ça pose tout de suite problème, soit ils sont accompagnés mais d'une femme ou d'un mari qui n'est pas forcément capable de le relever. Et puis la grabatisation, car ils ne font plus rien, ils appréhendent de plus en plus la chute

**Entretien avec le Dr S à Monnières le 27 05 2003**

1. 42 ans, exerce depuis 10 ans
2. Moins de 25 %
3. 25 %, je dirais
4. Une hypotension orthostatique, une cause iatrogène, un trouble du rythme, et puis un trouble ionique
5. Oui en effet, je teste l'appui unipodal, sur un pied, et je regarde s'ils restent au moins 4-5 secondes
6. Les hypotenseurs, et les neuroleptiques
7. Je regarde les parquets, les carpettes, les différences de niveaux, les marches, l'encombrement du sol, enfin je regarde par terre
8. Alors un holter-ECG, oui, certainement, l'ECG il peut être normal, ça n'élimine pas un trouble du rythme. Un iono avec glycémie et calcémie, une NF, un cliché thoracique pas en première intention, une écho cardiaque pas en première intention. Une TDM cérébrale oui aussi.
9. Eh bien déjà éviter les obstacles, enlever les carpettes, je leur dis de prendre de bonnes chaussures et pas des chaussons. Et puis je ne le fais pas mais je pense que ce qui est efficace c'est la rééducation, surtout pour les gens qui ont des troubles de l'équilibre ou une fonte musculaire. Et puis l'aménagement, avec des barres d'appui dans la salle de bains, pour la baignoire, pour se relever, un siège dans la douche...Et puis la diminution du traitement, mais ça ce n'est pas évident, les gens ils ont souvent 5 ou 6 pathologies, et ils ont au moins 1 ou 2 traitements pour chaque pathologie. Il faut faire attention aux dosages, aussi, tenir compte de la fonction rénale, pour diminuer les doses éventuellement sinon il y a une accumulation
10. Non, je ne savais pas qu'il y en avait

11. Moins de 25 %

12. Oui, pourquoi pas ?

13. Pourquoi pas ? Pas tous, mais certains, oui

14. Moi je travaille à l'hôpital de Clisson, là-bas c'est beaucoup plus facile de prendre en charge les chutes, on a le temps de s'interroger sur le traitement, les kinés passent systématiquement quasiment tous les jours, l'infirmière observe, alors qu'à domicile, on a moins le temps, le kiné il prend 5 minutes, enfin c'est beaucoup plus compliqué

**Entretien avec le Dr R à Missillac le 01 08 2003**

1. 36 ans, j'exerce depuis 3 ans
2. Entre 25 et 50 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Une origine cardiaque, une origine neurologique, une origine métabolique
5. On les fait marcher et puis on voit ! Sinon, on fait un Romberg, les choses habituelles...
6. Les antihypertenseurs, et puis les psychotropes
7. Les marches, et puis s'ils dorment au rez-de-chaussée, parce qu'il y en a encore beaucoup qui dorment à l'étage
8. Un ECG plus ou moins un Holter, c'est le cardio qui voit, sinon NFS et iono, voilà
9. Revoir le traitement. Déjà, rechercher une hypotension orthostatique, parce que souvent il y en a une, et puis en fonction enlever les traitements potentiellement hypotenseurs. Sinon, les déambulateurs
10. Nous ici on les envoie pour les bilans de chutes en hôpital de jour de gériatrie à Saint-Nazaire
11. Entre 50 et 75 %, de toute façon après la chute il y aura un syndrome post-chute, donc la kiné oui
12. Peut-être, oui
13. Oui, si c'est une consultation pluri-disciplinaire, cardio etc...ça peut être intéressant
14. Le maintien à domicile, placer les gens, mettre les aides en route...

**Entretien avec le Dr R au Loroux-Bottereau le 30 04 2003**

1. 54 ans, 21 ans d'exercice
2. Aucune idée ! Je m'en fous, je prends ceux qui viennent.....etc
3. Mais ça on ne sait pas. Ceux pour qui on nous appelle c'est 2 ou 3, mais c'est seulement si ils se sont fait très mal, ou alors c'est la famille qui appelle pour dire qu'ils ont passé la nuit sur le carrelage. Mais le nombre de gens qu'on voit pour autre chose, pour un renouvellement, et quand vous les déshabillez vous voyez qu'ils ont les genoux décorés, ils vous disent c'était il y a 10, 15 jours, c'est très fréquent (ne veut pas dire de pourcentage)
4. Eh bien je l'interroge sur les circonstances de la chute. S'il me dit qu'il a buté dans quelque chose ou s'il me dit que ses jambes ont plié sous lui ce n'est pas la même chose. Et puis d'abord l'examen clinique, je teste la force musculaire au niveau des jambes, ça peut être quelqu'un qui a des séquelles de sciatique, ça peut être quelqu'un qui a une prothèse de hanche, ça peut être quelqu'un qui a des troubles du rythme, ça peut être quelqu'un qui prend des diurétiques et qui a une hyponatrémie, ça peut être un diabétique qui fait un vertige, ça peut être un vertige vrai, rotatoire, ça peut être tout, une chute ! Donc, avant tout, je fais l'examen clinique, et puis je regarde les traitements qu'il prend. Le Temesta du soir, il peut faire tomber, le matin !
5. Non, c'est quoi votre test clinique ? non, moi je les regarde marcher, je les regarde faire, avec canne, sans canne...
6. Les psychotropes, en particulier les somnifères, le Temesta ça ils y tiennent et c'est la bagarre pour réussir à le supprimer. Ca, et les diurétiques
7. La descente de lit, et puis je regarde s'il n'y a pas d'obstacle dans le passage
8. Ca n'arrive jamais, ce cas de figure, il y a au moins de la famille, ou elle a des antécédents, là on ne sait rien de rien....Bon, s'il faut dire quelque chose ce serait un

ECG car il y a des troubles qui passent inaperçus, un iono, une glycémie au doigt mais bon ça c'est quand on les voit rapidement. Une numération, mais là encore il suffit de regarder les conjonctives et les oreilles !

9. Déjà, ne pas mettre 36 choses dans le passage. Par exemple, le fil de l'aspirateur. Ca, et les descentes de lit. Sinon, faire de l'exercice physique ; il y en a qui passent la journée au fauteuil. Autrement, faire attention aux prescriptions médicamenteuses qui sont myorelaxantes, qui altèrent la vigilance, ou qui donnent des hypoglycémies ou des hyponatrémies. Et puis bien manger, avoir une alimentation équilibrée
10. Ca dépend de mon orientation, si c'est plutôt une cause cardiaque, ce sera le cardio, s'il y a des troubles neurologiques, ce sera plutôt le neurologue, etc...
11. Moins de 25%. Pour ceux pour qui on n'a pas trouvé de cause. Le kiné, il ne fera pas de mal à quelqu'un qui a un BAV, mais bon ça ne va pas servir à grand-chose
12. Non
13. Je pense que j'en aurais rarement besoin
14. Les chutes où les gens restent des heures par terre. Les gens qui se relèvent, ce n'est pas grave , mais ceux qui restent par terre, soit ils se sont cassé quelque chose, soit ils n'ont pas eu la présence d'esprit, les moyens ou la force d'appeler. Il y a un vieil adage qui dit « qui est resté 3 heures par terre meurt dans l'année »

**Entretien avec le Dr R à Vigneux-de-Bretagne le 29 04 2003**

1. 56 ans, 30 ans d'exercice
2. Moins de 25%
3. Entre 25 et 50%
4. Alors, des troubles du rythme cardiaque, surtout...et puis des troubles de la sensibilité au niveau des membres inférieurs
5. Non, je les fais marcher
6. Alors les benzodiazépines, les somnifères
7. Dans l'habitat, je regarde surtout les tapis
8. Ionogramme avec glycémie, calcémie, numération. Et puis bilan cardiovasculaire ; ECG si je peux et puis avis cardio après éventuellement
9. Alors, la suppression ou au moins la diminution des benzodiazépines, les somnifères, c'est plus difficile. Et puis la suppression de tout ce qui peut être une pierre d'achoppement, en particulier les tapis
10. Non, pas spécialement
11. Entre 25 et 50%
12. Oui, tout à fait
13. Certains, oui
14. C'est la prise en charge non pas immédiate, mais au moins rapide, car ils deviennent très rapidement dépendants, après c'est la difficulté de rester à domicile, souvent il faudra les institutionnaliser, moi je vois ça souvent dans les deux années qui suivent la première chute

## Entretien avec le Dr P à Couëron le 01 08 2003

1. 49 ans, exerce depuis 19 ans
2. Moins de 25 %
3. Moins de 25%
4. Déjà, on regarde ses antécédents, parfois c'est écrit dessus ; ensuite, ça dépend soit c'est quelqu'un qu'on voit en garde et qu'on ne connaît pas soit c'est quelqu'un qu'on connaît. Si le dossier est bien tenu c'est souvent suffisant : est-ce qu'il voit bien, est-ce qu'il est cardiaque, est-ce qu'il est parkinsonien, quel est le traitement qu'il prend. Et puis après, on va se pencher sur tous ces problèmes, est-ce qu'il a une hypotension orthostatique, tous les trucs iatrogènes. Voila, donc d'abord ses antécédents, son traitement, et puis après on se pose des questions : est-ce qu'il démarre un Parkinson, est-ce qu'il a une hypotension orthostatique, est-ce qu'il entend moins bien, est-ce que là-haut ça commence à moins bien fonctionner, est-ce qu'il a un trouble du rythme, est-ce qu'il commence un petit AVC
5. Ca va être la recherche de vertiges paroxystiques bénins, d'un nystagmus, d'un Romberg, la marche en étoile, etc...et puis est-ce qu'il est arthrosique ou pas mais ça généralement, on l'a dans le dossier
6. Les antihypertenseurs, et puis tout ce qui touche à la fonction cognitive, les psychotropes
7. Classiquement, c'est les chutes dans les toilettes. La chambre, les tapis, si le parquet est ciré, et puis les décalages, les petites marches
8. Je ne vous répondrai pas, à moins d'être hyper pressé et de vouloir bâcler, on a forcément une orientation, ce n'est pas possible de partir à l'aveugle comme ça, les examens sont envisageables selon l'orientation mais comme ça, non, je ne peux pas vous dire

9. Revoir l'aménagement des locaux et puis voir en fonction des facteurs favorisants si on peut agir par exemple s'il voit moins bien . L'aménagement des locaux passe aussi par des poignées dans les endroits dangereux comme les toilettes ou la salle de bain, le passage des escaliers, et puis la kinésithérapie pour redonner de la souplesse aux membres inférieurs
10. Ca dépend de mon orientation, ça peut être n'importe lequel
11. A peu près la moitié je pense
12. Oui
13. Oui, si on est en échec étiologique, ou si on est en difficulté sans réponse à donner
14. C'est un bon signe d'évolution vers la dépendance

**Entretien avec le Dr P à Nantes le 22 07 2003**

1. 57 ans, exerce depuis 30 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Une hypotension orthostatique. Ensuite, les choses habituelles, les troubles de l'équilibre, les troubles neurologiques
5. Les tests habituels, le Romberg ; pour la marche, je regarde marcher
6. Les sédatifs, somnifères et anxiolytiques, éventuellement certains antidépresseurs, et puis les médicaments cardiovasculaires, les hypotenseurs éventuellement
7. Tapis, moquettes, escaliers...
8. Numération, glycémie, éventuellement un ionogramme
9. Enlever tapis, carpettes etc... Et puis donner des conseils comme de ne pas se lever trop vite
10. Non, mais je n'en ai pas beaucoup, de patients âgés qui chutent
11. Aucun, enfin dans un premier temps, après éventuellement si je n'ai pas trouvé de cause, pour réapprendre la marche, des chose comme ça
12. Non
13. Oui, si c'est facile et rapide d'accès, pour trouver des étiologies
14. Je pense d'abord aux conséquences, fracture du col du fémur et compagnie

**Entretien avec le Dr M à Vue le 22 05 2003**

1. 53 ans, exerce depuis 24 ans
2. Entre 25 et 50%
3. A peu près 50%, je dirais
4. Quand c'est un malaise, les causes cardiaques et neurologiques, sinon quand il n'y a pas eu de malaise, les causes orthopédiques, les troubles de la marche. Et puis après on s'intéresse aux facteurs précipitants
5. Oui, d'abord l'appui monopodal, s'il reste plus de 5 secondes, et puis le get up and go, le test de Tinetti, c'est un peu long, je ne le fais pas
6. Les neuroleptiques, et les benzos. Il y a aussi tous les problèmes de tension, ceux qui donnent des hypotensions orthostatiques, enfin tous les médicaments en fait ! Mais je dirais d'abord les neuroleptiques et les benzos
7. C'est les tapis sur les parquets, les chaussures mais bon ça ça ne fait pas partie du domicile, l'éclairage. Et puis l'agencement des meubles, voir s'ils ne sont pas obligés de faire un parcours du combattant pour aller aux toilettes, les marches, ici à la campagne il y a des maisons à 3-4 niveaux alors même s'ils connaissent, quand ils sont un peu endormis...
8. En première intention, numération, iono, calcémie, glycémie et ECG
9. D'abord, la main légère sur l'ordonnance, évaluer tout ce qui est facteur de risque, orthopédique par exemple, il y a des conseils qui ne sont pas chers comme avoir de bonnes chaussures...
10. Oui, quand on ne sait vraiment pas pourquoi, ou quand il y a plusieurs chutes, je les adresse en hôpital de jour de gériatrie à Saint-Nazaire, ou en hospitalisation normale éventuellement, en gériatrie

11. Pour l'instant 25%, les syndromes post-chute, ceux qui ont une grande appréhension, mais ce n'est pas systématique, déjà il n'y a pas de cotation précise, et puis il faut que les gens soient d'accord., parce que souvent ils vous trouvent une explication !
12. Oui, certainement, ou plutôt un logiciel, qui permet d'évaluer la chute
13. Oui, si administrativement, ce n'est pas trop compliqué, si c'est comme la consultation mémoire à Nantes, c'est des délais pas possibles, des démarches...Mais globalement, à l'hôpital de jour de Saint-Nazaire, ça marche plutôt bien, pourquoi pas ?
14. Eviter la récurrence, parce qu'après, c'est le syndrome post-chute, l'institutionnalisation, ça devient de plus en plus compliqué

**Entretien avec le Dr M à Saint-Herblain le 25 07 2003**

1. 52 ans, exerce depuis 19 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. C'est l'interrogatoire qui oriente, et puis après il faut se préoccuper de l'environnement. C'est difficile de répondre, je ne vais pas détailler toutes les causes médicales, non, il faut demander les circonstances, s'il a eu un malaise, enfin souvent ils minimisent...Après, ça peut être des causes cardiaques, ou elle a un traitement antidiabétique oral...
5. Non, j'en connais un qui est assez fiable, c'est la station unipodale, mais je ne l'utilise pas. Là c'est pareil, les gens, on les voit souvent, on les voit marcher, on voit bien s'il y a une modification
6. Les psychotropes, surtout les benzodiazépines, et puis sinon je sèche. Si, mais c'est rare, les hypoglycémiantes oraux
7. Le sol, les tapis, les rebords, tout ce qui est organisation du mobilier, les obstacles sur les trajets
8. Un bilan biologique, iono, NF, calcémie, glycémie; après, ça dépend du suivi, si elle n'a pas vu de cardio récemment, si elle n'a pas eu d'ECG. En fonction du bilan, je l'adresse éventuellement au cardio, de toute façon il lui fait un ECG et puis il décide s'il doit faire un Holter
9. Pas grand-chose ! à mon avis, ce qui est très efficace, c'est d'agir sur l'environnement, de faire accepter des aides éventuellement, mais ça c'est théorique après en pratique c'est très compliqué. Après, c'est tout l'environnement humain, lutter contre la solitude

10. Oui, le cardiologue, éventuellement ça peut être le neurologue si on est orienté vers une cause neurologique
11. Moins de 25 % ; c'est vrai que ça peut être efficace, d'ailleurs je ne l'ai pas cité dans la question d'avant, pour améliorer la marche, les capacités d'équilibre, etc...
12. Oui, ça peut être intéressant
13. Je ne sais pas quoi vous répondre, je ne sais pas si ça apporterait quelque chose C'est vrai que quand on voit la consultation mémoire, ça a peut être aussi un intérêt, mais en pratique je ne sais pas, la chute souvent c'est le début des choses qui vont mal, il faut commencer à envisager le changement de vie, je ne vois pas ce qu'une consultation apporterait, par contre ce qui me semble important c'est de sensibiliser les équipes, les médecins, comme ce que vous faites, remettre les gens en question pour essayer d'améliorer
14. La chute c'est déjà mauvais signe ! Ce qui me semble important c'est de développer des activités de prévention, je ne sais pas si ça existe mais par exemple créer des ateliers d'activités pour les prévenir, ça ça me semble intéressant

**Entretien avec le Dr M à Vertou le 03 06 2003**

1. 46 ans, exerce depuis 15 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Un accident vasculaire cérébral, euh...troubles de l'examen neuro-labyrinthique, troubles du rythme cardiaque, sténose des troncs supra-aortiques. Enfin ce n'est pas vraiment comme ça que je raisonne, d'abord l'interrogatoire, l'examen clinique centré sur le cardiovasculaire, l'examen neurologique succinct, l'examen neuro-labyrinthique succinct. Mais ça dépend si c'est quelqu'un que je connais ou pas, si c'est quelqu'un que je connais je serai orienté, si c'est quelqu'un que je ne connais pas, je serai un peu plus « tout-venant »
5. D'abord, la statique, yeux ouverts, yeux fermés, et puis je les regarde marcher
6. Les antihypertenseurs, et les psychotropes
7. Le CO, les intoxications au CO ! Les tapis, les petites marches, les carrelages où on vient de passer la serpillière
8. Ionogramme, glycémie, ECG et Holter-ECG
9. Les déambulateurs, les aides comme les poignées, dans la salle de bain, toutes ces choses-là
10. Rarement, mais ça m'arrive. Rééducateur fonctionnel
11. Globalement, 25 %
12. Oui
13. Pas évident. Bon, éventuellement, si elle était facile d'accès, oui
14. Le diagnostic, savoir la cause, jusqu'où ratisser, où s'arrêter dans les examens

**Entretien avec le Dr L à Issé le 29 04 2003**

1. 55 ans, 27 ans d'exercice
2. Moins de 25%
3. 2, 3 ? Enfin, il y a ceux qui ne le disent pas...Je ne sais pas, une dizaine ?
4. Alors...(NB : un manuel sous les yeux) causes cardiaques, causes épileptiques, les épilepsies tardives, oui, causes métaboliques. Troubles de l'équilibre, donc il faut les interroger. Causes médicamenteuses, aussi
5. Non
6. Les psychotropes, les hypotenseurs
7. Alors, l'environnement bien sûr, l'aspect matériel, le carrelage, et puis l'étage, aussi, les escaliers
8. Alors, oui, iono, surtout s'il prend des médicaments, des diurétiques, ECG pour éliminer une cause cardiaque, un bloc de branche. Holter-ECG, c'est au cardiologue de décider, glycémie oui enfin ce serait plutôt une hypoglycémie, cliché thoracique je ne vois pas pourquoi, tomo ce serait plutôt les conséquences. Calcémie c'est difficile à doser et puis pas en première intention. Echographie cardiaque c'est le cardiologue, numération systématique aussi. Donc iono, ECG, glycémie et formule sanguine
9. Eh bien éviter certains médicaments, et puis leur prescrire des cannes, déambulateurs. Souvent ils ne veulent pas qu'on les voit avec à l'extérieur, mais au moins chez eux. C'est ça, et puis éviter les sols trop glissants
10. Oui, le cardiologue, le neurologue. Gériatre...il y a une cellule qui vient de s'installer, sur Chateaubriant, mais je n'ai pas eu l'occasion, encore...
11. Pour les conséquences ? Pour rééduquer, rééducation vestibulaire, par exemple ? Oh, moins de 25% !

12. Oui, c'est toujours intéressant, mais bon quand on se déplace chez eux on n'a pas l'arbre décisionnel sous les yeux. C'est plutôt l'environnement, l'intuition, l'examen. Les arbres décisionnels, je ne m'en suis jamais servi
13. Oui, à la demande de la famille, les gens les plus exigeants, sinon on n'en a pas besoin
14. Faire en sorte que ça ne recommence pas. En faisant par exemple intervenir des structures à domicile. Est-ce qu'ils sont capables de rester seuls ensuite ?

**Entretien avec le Dr L à Sainte-Lumine-de-Coutais le 29 04 2003**

1. 47 ans, exerce depuis 18 ans
2. Moins de 25%
3. Entre 50 et 75%
4. Ca dépend si c'est chez lui ou à l'extérieur, si c'est un problème de vigilance style perte de connaissance, si c'est un problème de vue, si c'est un malaise, savoir ce qu'il a ressenti avant, comment ça s'est passé. Ca peut aussi être un mauvais état général en particulier une mauvaise alimentation. Donc on va rechercher à l'examen clinique un problème de tension, on va faire une auscultation cardio-pulmonaire. On va rechercher aussi un prise médicamenteuse, ça peut être iatrogène
5. Non
6. Je dirais les somnifères, les psychotropes, et puis les hypotenseurs
7. Les tapis, carpettes, descentes de lit
8. Iono, glycémie, numération, calcémie et protides totaux, et puis je demanderais bien un avis cardio, mais là encore ça dépend des conditions
9. Déjà, donner le moins de médicaments possibles, que ceux qui sont vraiment nécessaires, s'assurer que le traitement est bien pris, aux bonnes posologies. Essayer au maximum, mais ça c'est pas facile, parce qu'ils en réclament, de supprimer les somnifères. Ensuite, leur expliquer qu'il faut retirer les tapis, dégager les sols au maximum, et puis leur expliquer qu'il faut prendre du temps aux changements de position, surtout de la position couché à debout, ça aussi ça peut les faire tomber
10. Non
11. Je dirais entre 50 et 75%
12. Oui, ça peut être intéressant

13. J'essaierais, oui ! Mais comme le rendez-vous serait 6 mois après...Ce genre de consultation, on sait que ça existe, mais on ne s'en sert pas du coup. La population française vieillit, et je pense que ce serait vite saturé
14. Les conséquences, les fractures. Souvent ce sont des gens qui sont déminéralisés. Et puis la perte d'autonomie. Ils deviennent de plus en plus dépendants

**Entretien avec le Dr K à Saint Jean de Boiseau le 03 06 2003**

1. 51 ans, exerce depuis 20 ans
2. Moins de 25 %
3. Je dirais au moins entre 25 et 50 %
4. Soit c'est une chute de type matérielle, par exemple marche, patin etc... Soit c'est un malaise, et là c'est différent si c'est une instabilité ou une perte de connaissance. En gros, je m'oriente vers une hypotension orthostatique, je regarde les médicaments, je regarde la tension, le cœur, s'il est rapide ou bradycarde, les perturbations ioniques de base avec un iono, une glycémie, une créat, un électro
5. Non, je les mets debout, les yeux fermés, sur un pied, je regarde comment ils se débrouillent au domicile, et s'ils parlent d'instabilité je fais le Romberg
6. Je dirais les anxiolytiques, enfin tous les médicaments du système nerveux central, et puis les diurétiques, bien que je les prescrive souvent chez les gens âgés
7. Les patins, les tapis, les marches, l'encombrement, et puis après ça dépend où se passent les chutes, il y a le problème des salles de bain qui sont inadaptées
8. Je ferai un ECG avec un iono et une glycémie, et si tout ça est normal j'adresserai au cardio, la numération je ne vois pas trop ce qu'elle apporte, mais si je demande une prise de sang je la demanderai peut-être
9. A part un entretien physique suffisant, moi je prescris souvent de la kiné. Et puis l'aménagement du domicile, mais ça je trouve ça très difficile, ils sont très réticents à changer leurs habitudes. Il faut les convaincre de marcher, se forcer à marcher, pour être moins à risque de chute
10. Pas spécifiquement pour ce problème-là
11. Je dirais tous

12. Oui, maintenant on peut le lire mais en pratique ce n'est pas pareil, il faudrait se mettre en situation
13. Certains, oui, parce qu'il y a certains troubles de l'équilibre difficiles à comprendre, en préventif aussi ça peut être intéressant
14. Mon inquiétude c'est qu'ils se cassent quelque chose, et puis aussi qu'ils tombent et que personne ne soit au courant

## Entretien avec le Dr J à Saint-Nazaire le 25 04 2003

1. 46 ans, exerce depuis 18 ans
2. Moins de 25%
3. Moins de 25%
4. D'abord je vais regarder à côté de son lit et s'il y a un tapis je vais le virer. Ca, les tapis, les parquets cirés c'est une catastrophe. Et puis sinon la recherche étiologique de la chute la première question c'est malaise ou maladresse. En fonction de ça on s'oriente vers une cause ou vers une autre. Maladresse, ça peut être des troubles visuels, ça dépend aussi si c'est chez eux ou dans un environnement qu'ils connaissent moins bien. Pour les malaises, les troubles du rythme, les trucs habituels, essentiellement la sphère cardiovasculaire. Accessoirement, la sphère ORL
5. Je les mets debout, éventuellement les yeux fermés. Et puis s'ils tiennent bien, je les bouscule un petit peu. Par contre, passé 80 ans, c'est rare que je fasse un vrai test de Romberg, on n'a pas trop envie de les ramasser par terre. Pour la marche, je les vois marcher, mais ça dépend si c'est avec ou sans canne, s'il y a une prothèse de hanche, s'il faut de la rééducation...
6. Les antihypertenseurs. Et puis sinon, les benzos, tout ce qui est tranquillisants, anxiolytiques, enfin les psychotropes, quoi
7. Les tapis. Les patins ! régulièrement, je les emmène. Les patins sur le parquet ciré... Quand j'ai contact avec les enfants des fois je leur demande d'aller clouer ou coller les descentes de lit
8. S'il y en avait un, ce serait ECG et Holter, enfin si l'examen est normal c'est qu'il n'y a pas de trouble du rythme audible. Iono, sûrement pas, glycémie, ça sert à rien, ce serait plutôt une hémoglobine glyquée, calcémie je vois pas le rapport, scanner pas tout de suite, non c'est ça holter sinon rien !

9. Poser des moquettes....C'est le genre de question à laquelle il est très facile de répondre devant une personne, mais en théorie, c'est plus difficile, c'est peut-être un tort d'ailleurs. Sinon, supprimer les chiens, avoir une bonne santé...Une bonne alimentation, aussi. Une marche régulière, marcher régulièrement
10. Les cardios et les ORL essentiellement, les neuros, aussi
11. Entre 50 et 75%
12. Non, absolument pas. Des arbres décisionnels, on en a 250 dans tous les domaines, donc on ne s'en sert absolument pas. Le mieux c'est de l'avoir dans la tête. Ca pourrait éventuellement servir dans une consultation spécialisée, mais en médecine générale, non
13. Certainement
14. Les conséquences, d'abord, s'il y a un col du fémur, ou les gens qui restent 12 heures par terre, et puis les causes ensuite, mais ça c'est valable pour n'importe quel problème de santé...Et puis la solitude, ça c'est un problème, c'est pour ça que moi j'insiste pour qu'ils aient une téléalarme, et puis surtout qu'ils aient toujours le déclencheur sur eux. Mais ça c'est un pis aller, non la meilleure solution malheureusement c'est la maison de retraite ou le foyer-logement

**Entretien avec le Dr J à Bouguenais le 11 07 2003**

1. 54 ans, exerce depuis 25 ans
2. Moins de 25 %
3. 50 à 75 %
4. Une origine cardiaque, ou vasculaire
5. Non, j'évalue la marche si le patient me dit qu'il marche moins bien, ou son entourage
6. Les somnifères, pris de travers, les tranquillisants, et puis peut-être les hypoglycémiantes
7. Son environnement, la disposition des meubles, marche ou pas de marche, la facilité d'accès aux différents lieux
8. Je ferai une numération formule, glycémie, iono, ça me permet de débroussailler en première intention, et dans un second temps j'irais vers le cardiologue
9. D'abord sur le plan environnemental, voir comment réorganiser la maison, d'abord la salle de bain, mettre des poignées pour soutenir, éviter d'enjamber la baignoire, éviter les marches, éviter l'encombrement, le désordre. Et puis les marches, souvent les gens ont des problèmes de vue. Médicalement, non, si les gens n'ont pas de problème particulier je ne vois pas, sauf s'il doit se lever la nuit pour pisser, qu'il ait un seau à côté de lui, qu'il prenne le temps de s'asseoir, pour que sur le plan vasculaire tout remonte là-haut
10. Jamais, je n'en connais pas
11. Quasiment 0 %
12. Oui, mais un truc pratique, et ludique, soit un CD-rom soit une cassette video qui peut éventuellement leur être prêtée
13. Je leur adresserai éventuellement pour me sécuriser, être sûr qu'il n'y a rien à côté, ou pour une aide à la prise en charge s'il y a un problème

14. Le risque de fracture, qui les entraîne vers un circuit d'impotence, d'invalidité, de dépendance

**Entretien avec le Dr G à Nantes le 17 07 2003**

1. 39 ans, exerce depuis 12 ans
2. Moins de 25 %
3. Je dirais moins de 25 %
4. Je demande les circonstances, s'il a fait un malaise, il y a tellement de causes...Ca peut être tout et n'importe quoi ; je m'oriente principalement vers une cause cardiaque ou vasculaire
5. Je les regarde marcher, éventuellement monter les escaliers, et puis un examen neurologique, vestibulaire
6. Les psychotropes, et puis peut-être les hypoglycémifiants oraux
7. Les tapis, les marches, enfin le sol surtout
8. Un ECG, un iono, une glycémie, une calcémie éventuellement, une NF et puis je rajouterais une TSH
9. Donner le moins de médicaments possible, aménager le domicile, mettre éventuellement des barres dans les toilettes, la salle de bain
10. Non, éventuellement ce serait le cardio ou le neurologue
11. Globalement 50 %, mais s'il y a une cause et qu'on la traite je n'adresse pas chez le kiné sauf s'il y a des conséquences
12. Oui
13. Oui, ça éviterait d'adresser à droite et à gauche en ayant plein d'avis différents, ce qui n'avance à rien, ça permettrait une prise en charge plus rapide
14. La récurrence, le maintien à domicile

**Entretien avec le Dr G au Temple-de-Bretagne le 29 04 2003**

1. 54 ans, exerce depuis 24 ans
2. Moins de 25%
3. Moins de 25%
4. En priorité, je recherche les causes iatrogènes. Je reprends mes thérapeutiques et puis je regarde s'il n'y a pas une hypotension orthostatique. Voilà, sinon je vérifie la tension, les choses classiques
5. Non, je le regarde marcher, en avant, en arrière, la rétropulsion...
6. Tout ce qui est neuroleptiques, traitements psy, et puis tout ce qui est traitements pour la tension
7. Certains meubles qui encombrant le passage, les marches, les moquettes, les tapis
8. Iono, glycémie, NFS, ECG voire Holter, et puis j'adresse peut-être au cardiologue parce qu'il y a des troubles qui passent inaperçus
9. D'abord je donne des consignes pour l'aménagement, ensuite je m'assure de l'observance des traitements, parce qu'il y en a qui font des salades avec les traitements surtout les personnes âgées, éventuellement un pilulier, un semainier voire le passage d'une infirmière pour donner les médicaments. Et puis je m'assure qu'ils mangent bien, éventuellement je m'arrange pour passer aux heures de repas
10. Non
11. En dehors des problèmes de rééducation pour une fracture du col du fémur ? Moins de 25%
12. Non
13. Peut-être, je ne sais pas moi je n'en ai pas qui chutent, je ne suis pas concerné
14. Eviter qu'ils se cassent, et puis savoir s'ils vont pouvoir rester seuls, est-ce qu'il va falloir une surveillance, gérer la solitude

**Entretien avec le Dr F à Basse-Indre le 15 07 2003**

1. 50 ans, exerce depuis 23 ans
2. Environ 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Déjà je regarde sa liste de médicaments, si je ne le connais pas, et puis sinon je m'oriente vers une cause cardiaque, surtout
5. Non, sauf s'il a un problème particulier par exemple une maladie de Parkinson ou une hémiplégie, enfin je fais un examen clinique
6. Les anxiolytiques, et puis les somnifères surtout les benzos
7. Les tapis, les marches, l'aménagement en général
8. Un Holter avant tout, un ECG avant mais surtout un Holter, un iono non, sauf s'il avait des traitements, une glycémie éventuellement, une calcémie non, NF je ne vois pas l'intérêt
9. Limiter les médicaments, et puis supprimer les tapis, aménager le domicile, et puis le chaussage, supprimer les vieilles savates
10. Non, s'il devait y en avoir ce serait le cardiologue
11. Moins de 25 %, sauf s'il y a un problème précis, si c'est juste pour le faire marcher c'est que la situation est vraiment désespérée
12. Non, pas particulièrement
13. Oui, pour assurer mon diagnostic, avoir un avis sur certaines situations difficiles
14. Eviter de les hospitaliser, car quand ils sont hospitalisés parfois après c'est très difficile de les faire rentrer chez eux, surtout pour la famille qui se rend compte que c'est plus facile

**Entretien avec le Dr F à Nantes le 09 07 2003**

1. 58 ans, exerce depuis 28 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Eh bien problème cardiaque, voir s'il n'y a pas un problème coronarien, un infarctus, ou un bloc de branche, deuxièmement un accident vasculaire, troisièmement si je le connais ça va sinon je lui demande ses médicaments, et en fonction je demande une analyse de sang, une hyponatrémie, un truc comme ça
5. Oui, je fais l'examen neurologique, les réflexes, voir s'il n'y a pas un déficit, un examen de vertige, s'il n'y a pas un signe de Romberg ou quelque chose comme ça, un examen oculaire, après je les mets debout pour voir s'il y a une boiterie, je les fais marcher mais en les tenant par devant
6. Les anxiolytiques, enfin surtout les médicaments pour dormir, les hypnotiques, qu'ils nous disent ou pas, d'ailleurs, parce qu'il y en a qui sont en vente libre, je citerais le Donormyl par exemple, dans cette catégorie psy je recherche aussi le Deroxat qui m'oriente tout de suite vers une hyponatrémie. Et puis les médicaments à visée cardiaque, les betabloquants, les sartans, les IEC etc...Je pense que cette volonté d'avoir une tension à 14 chez la personne âgée c'est exagéré. Donc les médicaments qui font chuter la tension, les betabloquants, et tous les médicaments à visée psychique
7. Les tapis, les marches, le lit bas, parce qu'ils ont du mal à se lever, et ensuite les bouteilles
8. Je demande un bilan biologique, surtout un iono, parce qu'ils ont souvent des hyponatrémies, et puis une glycémie, une numération, et je rajouterai un examen que vous n'avez pas mis, c'est la thyroïde, on a souvent des problèmes de thyroïde chez la personne âgée, oui même en première intention. Et le fer sérique et puis il est évident

que s'il y a un trouble du rythme ou une fibrillation auriculaire, je demande un électrocardiogramme, et maintenant les électrocardiogrammes sont toujours suivis d'une échographie. Un Holter chez la personne âgée, non, un cliché thoracique rarement

9. Vérifier les médicaments, moi souvent j'en enlève la moitié, et puis enlever les tapis ; voir les chaussons ; très vite proposer un lit médicalisé, pour qu'ils soient à la hauteur, et puis la téléalarme
10. Moi en tant que gériatre non puisque j'y suis ou alors ceux dont je peux avoir besoin c'est les cardiologues, quelquefois en neurologie et puis moi je travaille en relation avec Bellier
11. Moins de 25 % ; classiquement, les syndromes parkinsoniens, ou les accidents vasculaires. C'est très difficile de trouver des kinés d'accord pour faire marcher les personnes âgées, en ville ; et puis la sécu nous convoque quand on prescrit trop de kiné
12. Non, je connais
13. Tout à fait et d'ailleurs je vous vois venir puisque ma femme travaille à Saint-Jacques...
14. C'est pas le diagnostic, c'est pas l'étiologie, c'est le social, qu'est-ce qu'on va en faire après, est-ce qu'il va rester chez lui, après il faut trouver les aides à domicile c'est très difficile

**Entretien avec le Dr D à Nantes le 24 07 2003**

1. 59 ans, exerce depuis 32 ans
2. Entre 50 et 75 %
3. Moins de 25 %
4. Les tapis, un malaise vagal, des troubles de la vision, un changement récent d'environnement
5. Le test de Romberg, je fais marcher les yeux fermés
6. Les neuroleptiques et les sédatifs
7. Les tapis, tous les obstacles au sol
8. Un iono, une glycémie, une NF, un ECG
9. Bien repérer l'environnement en allant chez eux, enlever les tapis, libérer les espaces, les éduquer ; éventuellement utiliser des aides à la marche : canne , déambulateur, mettre des barres d'appui dans la salle de bain
10. Oui, surtout au cardiologue
11. Moins de 25 %
12. Bien entendu
13. Non, je gère moi-même ces problèmes
14. La prévention, et un apport calcique suffisant chez la femme âgée

**Entretien avec le Dr C à Guenrouet le 26 04 2003**

1. 43 ans, exerce depuis 12 ans
2. Entre 50 et 75%. C'est une commune assez vieille, ici
3. Pas beaucoup, moins de 25%
4. Eh bien, tous les problèmes cardiaques, ensuite, les troubles d'équilibre, c'est essentiellement ça
5. Non, le fameux test, là, je ne sais plus le nom...Non, je les regarde marcher, c'est tout
6. Les neuroleptiques, tout ce qui est tranquillisants...Un autre...Les hypotenseurs
7. Au niveau habitat ? Les maisons, on les connaît, on y va souvent, les marches... Vous voulez dire les parquets cirés, les carpettes, ça se voit de moins en moins, les gens ils ne s'embêtent plus à cirer leur parquet
8. Epilepsie. Un bilan biologique : NF, iono, glycémie. Eventuellement un petit bilan cardiaque. Cholestérol, s'il est très vieux, ça ne sert à rien. Et puis éventuellement, je l'adresse au neuro pour suspicion d'épilepsie. J'ai eu le cas, une fois
9. Eh bien déjà, qu'on ne le bourre pas de médicaments. C'est pas toujours évident, mais on va y arriver. Et puis faire en sorte qu'ils ne tombe pas, mettre des barres de maintien, des choses comme ça. Bien le nourrir aussi, c'est important
10. Cardio, neurologue
11. Pas beaucoup, moins de 25%. Encore une fois, je n'en ai pas beaucoup qui chutent.
12. Pourquoi pas ?
13. Non. Ca c'est un mythe français. On est dans une époque où on manque de médecins, et on est en train de créer des spécialités, des surspécialités, des niches, ça ne sert absolument à rien !! etc,etc...

14. Eh bien quand ils chutent ils se cassent. Bon, il y a le problème de ceux qui font des chutes à répétition mais bon on fait facilement le distinguo entre les chutes mécaniques, ils ont buté dans quelque chose, ou le malaise

**Entretien avec le Dr C au Cellier le 30 04 2003**

1. 48 ans, j'exerce depuis 22 ans
2. Moins de 25%
3. Entre 25 et 50%
4. Un problème cardiologique, un problème de tension essentiellement
5. Non
6. Les antihypertenseurs, et puis les somnifères, tout ce qui est anxiolytique
7. Les marches, je regarde par terre
8. Un iono, une glycémie, une numération, et puis un ECG
9. L'aménagement de la maison, de bonnes lunettes, pas trop de médicaments
10. Non
11. Entre 25 et 50%
12. Oui...Enfin, je ne dis pas mon enthousiasme...
13. Oui, dans certains cas, enfin pas tous évidemment
14. Eviter les récurrences, donc ça veut dire trouver la cause et essayer d'y remédier

**Entretien avec le Dr A à Couëron le 18 07 2003**

1. 46 ans, exerce depuis 18 ans
2. Moins de 25 %
3. Moins de 25 %
4. Je regarde ses médicaments, sinon une cause cardiaque, neurologique enfin je fais l'examen, je m'oriente c'est difficile de répondre comme ça
5. Je les regarde marcher, je fais un examen neurologique, je les mets debout les yeux fermés, éventuellement je les mets en appui sur un pied s'ils sont capables
6. Les somnifères, et les benzodiazépines
7. Les tapis, les marches, les fils enfin tout ce qui est au sol, et puis l'ameublement
8. Un ECG, un iono, une glycémie, une NF
9. A part les médicaments, aménager le domicile, supprimer les obstacles, s'assurer qu'ils voient bien
10. Moins de 25 %
11. Non
12. Eventuellement, oui
13. Non, il faut éviter de déplacer les personnes âgées, et puis c'est à leur médecin qu'elles font confiance, c'est notre travail
14. Les fractures, et les récidives

**Entretien avec le Dr A à Nantes le 18 07 2003**

1. 53 ans, exerce depuis 20 ans
2. Moins de 25 %
3. Entre 25 et 50 %
4. Je demande s'il y a eu un malaise, une perte de connaissance, je m'oriente vers une cause cardiovasculaire, ou neurologique, ou s'il n'a pas un problème de vue, s'il n'a pas un trouble métabolique aussi, un mauvais chaussage
5. Je les regarde marcher, je fais le Romberg, l'examen de l'équilibre, l'examen neurologique
6. Les tranquillisants, les anxiolytiques, tout ce qui endort
7. Les tapis, les parquets, surtout cirés, les marches, la salle de bain avec la baignoire parfois ils n'arrivent pas à en sortir, et puis l'éclairage
8. Un ECG avec un Holter, un iono, une glycémie, une NF, et puis je rajouterai un doppler des vaisseaux du cou
9. Limiter les médicaments, éviter les problèmes d'hypotension orthostatique, mettre des barres dans les toilettes, la salle de bain, et puis les inciter à marcher, surtout
10. Oui, le cardiologue, éventuellement le neurologue, et puis l'angiologue
11. 50 % environ
12. Non, l'arbre diagnostique je l'ai déjà
13. Oui, pour étayer mon diagnostic, avoir des idées supplémentaires
14. La fracture du col fémoral, ou le tassement, enfin toutes les fractures, après ils sont impotents c'est difficile à gérer

**ANNEXE 4**

**ANNEXE 5**

**ANNEXE 6**

**ANNEXE 7**

**Titre de la Thèse : Prise en charge de la chute de la personne âgée : enquête auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique.**

---

**RESUME**

Nous avons voulu montrer au travers d'une enquête auprès de 30 médecins généralistes de Loire-Atlantique quelles améliorations pourraient être apportées dans la prise en charge de la chute de la personne âgée à domicile en les interrogeant sur leurs pratiques.

Ce travail a été plus particulièrement axé sur la prévention de la chute, primaire et secondaire.

Les principaux défauts observés sont une absence de vision globale de la chute, et le manque de prescription de la kinésithérapie qui se révèle pourtant être l'action la plus efficace.

---

**MOTS-CLES**

- personne âgée
- chute
- domicile
- prévention
- médecin généraliste