

UNIVERSITE DU DROIT ET SANTE-LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGES
CHUTEURS PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA
METROPOLLE LILLOISE ET FUTURES PERSPECTIVES**

Présentée et soutenue publiquement le 25.09.2012

Par Thomas Gemar

Jury

Président : Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs : Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre

Madame le Docteur Houria Idiri

Directeur de thèse : Madame le Docteur Jennifer Bloch

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

REMERCIEMENTS

1. INTRODUCTION.....	Page 13
2. MATERIEL ET METHODE.....	Page 15
2.1 Population étudiée	
2.2 Le questionnaire	
2.2.1 <i>Evaluation des connaissances épidémiologiques</i>	
2.2.2 <i>Evaluation des connaissances médicales</i>	
2.2.3 <i>Prise en charge de la chute</i>	
2.2.4 <i>Limites de la prise en charge</i>	
2.2.5 <i>Evaluation de l'impact du questionnaire</i>	
2.2.6 <i>Comparaisons des populations médicales étudiées</i>	
2.2.7 <i>Pistes pour l'avenir</i>	
2.3 Etude statistique	
3. RESULTATS.....	Page 23
3.1 Population étudiée	
3.1.1 <i>Sexe</i>	
3.1.2 <i>Années d'exercice</i>	
3.1.3 <i>Patientèle de plus de 65 ans</i>	
3.1.4 <i>Formation gériatrique complémentaire</i>	
3.1.5 <i>Type d'activité</i>	
3.2 Connaissances épidémiologiques	
3.2.1 <i>Décès imputables à une chute chez les plus de 65 ans chaque année</i>	
3.2.2 <i>Nombre de sujet chuteur chez les plus de 65 ans chaque année</i>	
3.2.3 <i>Pourcentage de personnes institutionnalisées dans les suites de chutes répétées</i>	
3.2.4 <i>Quand demander à une personne âgée si elle a présenté une chute ?</i>	
3.2.5 <i>Définition du chuteur récidivant</i>	

3.3 Connaissances médicales

3.3.1 Quels sont les facteurs de risque de récurrence ?

3.3.2 Quels sont les facteurs de risque de chute grave en cas de récurrence ?

3.3.3 Connaissance des recommandations HAS sur la chute

3.3.4 Concernant la consultation spécialisée de la chute

3.3.5 Utilité d'une hospitalisation en SSR gériatrique

3.4 Prise en charge médicale

3.4.1 Comment évaluent-ils la marche et l'équilibre de leurs personnes âgées ?

3.4.2 Quels facteurs prédisposants de chute recherchent-ils systématiquement ?

3.4.3 Quels facteurs précipitants de chute recherchent-ils systématiquement ?

3.4.4 Quels examens complémentaires réalisent-ils devant tout patient chuteur récidivant ?

3.4.5 Quelles interventions réalisent-ils devant tout patient chuteur récidivant ?

3.4.6 Quels spécialistes font-ils intervenir ?

3.4.7 Quelle proportion de patients bénéficie de kinésithérapie ?

3.4.8 Dans quel délai initient-ils la kinésithérapie ?

3.4.9 Quand adressent-ils aux SAU ?

3.5 Difficultés rencontrées lors de leur prise en charge

3.5.1 Qui les alerte le plus souvent d'une chute ?

3.5.2 Aptitude à la prise en charge seul

3.5.3 Besoin d'être aidé

3.5.4 Les limites de la prise en charge

3.6 Impact de la campagne d'évaluation

3.7 Comparaisons des populations médicales étudiées

3.8 Réponses aux questions ouvertes

4. DISCUSSION.....Page 45

4.1 Connaissances épidémiologiques

4.2 Connaissances médicales

4.3 Prise en charge médicale

4.4 Difficultés rencontrées au cours de leur prise en charge

5. POINTS FORTS ET FAIBLES DE L'ETUDE.....	Page 55
5.1 Points forts	
5.2 Points faibles	
6. PERSPECTIVES.....	Page 57
7. CONCLUSION.....	Page 59
BIBLIOGRAPHIE.....	Page 60
ANNEXES.....	Page 64

ABREVIATIONS

En vue de faciliter la lecture du texte, les acronymes et abréviations utilisés sont explicités ci-dessous :

ADL : Activities of daily living = activités de la vie quotidienne

CHRU : Centre hospitalier régional universitaire

CRP : Protéine C réactive

DU : Diplôme universitaire

ECG : Electrocardiogramme

Echo-doppler des TSA : Echo-doppler des troncs supra aortiques

EEG : Electroencéphalogramme

EHPAD : Etablissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes

EPU : Enseignement post universitaire

ETT : Echocardiographie doppler transthoracique

FMC : Formation médicale continue

GDS : Geriatric depression scale

HAS : Haute autorité de santé

HbA1C : Hémoglobine glyquée

Holter ECG : Holter électrocardiogramme

Holter TA : Holter tension artérielle

Mini-GDS : Mini- geriatric depression scale

MMS : Mini-mental state

Na : Natrémie

NFS : Numération formule sanguine

SAU : Service d'accueil des urgences

SSR : Service de soins de suites et de réadaptation

TDM : Tomodensitométrie

TSH : Thyroïd-stimulating hormone

TUG: Timed up and go

USLD : Unité de soins de longue durée

A mon Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur François Puisieux

PROFESSEUR DES UNIVERSITES – PRATICIEN HOSPITALIER

Médecine interne : Gériatrie et biologie du vieillissement

Responsable médical de la Clinique de Gériatrie, Pôle des Spécialités Médicales

Gérontologie - Hôpital Gériatrique «Les Bâteliers» - CHRU LILLE

Sensible à l'honneur que vous me faites de juger cette thèse et de présider le jury.

Veillez trouver ici, le témoignage de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Eric Boulanger

PROFESSEUR DES UNIVERSITES – PRATICIEN HOSPITALIER

Médecine Interne, Gériatrie et biologie du vieillissement

Hôpital Gériatrique «Les Bâteliers» - CHRU Lille

Assesseur des stages hospitaliers et Chargé des Relations Internationales

Sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'assurance de mes sincères remerciements, et l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Jean Marc Lefebvre

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE

Médecine générale

Sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'assurance de mes sincères remerciements, et l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mon juge,

Madame le Docteur Houria Idiri

PRATICIEN HOSPITALIER

Gériatrie

Chef de service du Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal

Merci Houria,

Pour votre confiance, votre accueil, votre aide et votre écoute,

Vous m'avez conforté dans le choix de cette belle profession.

Vous avez été le témoin de mon évolution professionnelle et à l'origine de ma progression. Je vous remercie de votre présence. Veuillez trouver ici la marque de mon plus profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Jennifer BLOCH

CHEF DE CLINIQUE

Gériatrie

Service de médecine aigue gériatrique de l'hôpital Roger Salengro

Chère Jennifer,

Rouen, un fameux soir, et le début d'une aventure...

Tu as accepté de diriger cette thèse. Tu m'as fait confiance.

L'intérêt que tu as porté à ce travail, ta disponibilité, et ta rigueur scientifique m'ont été d'un grand soutien.

Que ce travail soit le témoin de ma gratitude et de mon profond respect.

Sois assurée de mon amitié sincère.

A mes Parents,

Sans qui je ne serai pas là aujourd'hui. Pour m'avoir soutenu et aidé tout au long de ces années, pour avoir cru en moi, encore et toujours. Merci d'avoir fait de moi un homme heureux. Je vous aime.

A ma sœur Véronique,

Pour ton écoute, tes conseils et notre complicité. Pour toutes les belles choses vécues et à vivre.

A Alice,

Pour ta patience, ta présence au quotidien et ton aide précieuse. Tu m'as toujours fait confiance et ne m'as jamais jugé. Faisons confiance au futur.

A mes grands- parents Henri et Denise,

Pour toutes les choses que vous m'avez apprises, votre sagesse et votre amour.

A Nicole, pour ta gentillesse et ton soutien.

A Fred, que je considère comme un frère, à quand une petite soirée Chivas ?

A ma nièce Alice, j'ai hâte de te voir grandir.

A Cathy et Tiffen, pour tous les bons moments.

A Henri, Marcelle, Paul, Béatrice, Pierre, Shannon et les enfants,

A Caroline, Gaëlle, et Joe,

A Peli et Stony, mes deux comparses dans la vie. C'est grâce à vous si je suis là. Tous ces souvenirs communs... Merci pour cette belle décennie. Je vous promets que les prochaines ne seront que meilleures.

A Sébastien, à bientôt pour de très bons moments.

A Anne, Noémie et Claire, le trio éternel. Je n'ai pas toujours été parfait et vous me l'avez toujours pardonné.

A Arnaud, Marie et le petit Louis, soyez heureux.

A Haïder et Sohane, que l'on rattrape le temps perdu.

A Yannick et Romain,

A Mathieu, pour nos années lycées et les virées parisiennes.

A Avi, à la vie dunkerquoise et nos soirées pirogues.

A Louis Chazeraaaaans, pour la vie boulonnaise, la colloc, la poule, l'Alcazar...

A Henri, bonne chance pour ta future paternité.

A Stan, pour les soirées pokers.

Aux belles rencontres toulousaines, Stéphane, Jamel, Deco, Laure, Cyril, Patou, Nini, Chloé, Ben...

Aux belles rencontres lilloises, Marc, Julien, Peif, Bidoche, Vincent, Tim sex, Marine, Nico, Aurélie, Chucki, Priscille, Catcat...

A ceux du DESC qui n'ont jamais cru que ce jour viendrait, Antoine, Alex, Anne, Fanny, Marc-Henri, merci pour les bons moments et la soirée rouennaise qui a tout déclenché.

Aux anciens, John, Pierre, Olivier, Dongy.

A Ben, pour la relecture et son goût immodéré pour le Tariquet.

Aux internes de Boulogne sur Mer et à toute l'équipe du service de pneumologie,

Aux internes de Dunkerque,

Au Dr Balieu, Dr Chantelot, Dr Blaquart, Dr Pivion du CHI de Wasquehal et à tout le personnel, merci pour votre confiance et cette belle année.

A tous ceux que je n'ai pas cités mais qui sont dans mon cœur aujourd'hui...

1. INTRODUCTION

L'espérance de vie dans notre pays, comme au niveau mondial ne cesse de croître. En 2011, elle était de 84.8 ans pour les femmes et 78.2 ans pour les hommes (1). Parallèlement, le nombre de personnes âgées dépendantes augmente. Aussi, il est essentiel pour les pouvoirs publics de mettre en place les mesures adaptées afin de prévenir ce phénomène et préserver une qualité de vie optimale pour nos aînés.

La chute chez la personne âgée représente un problème majeur de santé publique de par la fréquence, la morbi-mortalité associée et le coût économique des soins. Selon l'Institut de Veille Sanitaire, chaque année en France 450000 chutes sont rapportées au sein de cette population, responsables de près de 8300 décès. Elles surviennent principalement à domicile (78%) et constituent plus de 80% des accidents de la vie courante (2). Environ 30 % de la population de plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans vivant au domicile chutent chaque année (3–5). Les chutes sont répétées dans 50% des cas (5–7). Le risque de chute augmente avec l'existence d'antécédents de chutes et/ou de troubles cognitifs (3,5,8,9).

Les conséquences des chutes lorsqu'elles ne sont pas mortelles restent graves. Les lésions traumatiques sont sources d'hospitalisations fréquentes (3,5,10–14). Quatre à 6% de fractures résultent d'une chute (3,5,10,11). Les répercussions psychologiques et sociales sont importantes. Parmi elles on retrouve la peur de tomber et la perte d'autonomie responsable d'une restriction d'activité voire d'une institutionnalisation (3,5,10,14–17).

La prise en charge est complexe, la chute étant le plus souvent d'origine multifactorielle (18–20). De plus, elle n'est pas toujours rapportée par le patient et parfois négligée par le médecin (21).

Du fait de sa proximité avec ses patients, de la connaissance des antécédents, des réseaux sociaux, et de l'environnement de l'individu, le médecin traitant est le plus apte à dépister les patients à risque de chute et à agir précocement pour en éviter les conséquences. L'application de mesures préventives à cette population vulnérable peut avoir des effets considérables (7).

Le médecin généraliste est l'élément central de la prévention primaire et secondaire. Il peut mettre en place une partie des interventions nécessaires décrites par les différentes recommandations de la littérature afin de diminuer le risque de chute de ses patients (22–25).

Ce travail a pour but d'évaluer les connaissances, les pratiques et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes de la métropole lilloise dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. Grâce à cette évaluation, nous avons tenté de dégager des pistes de travail dans le but d'améliorer cette prise en charge.

2. MATERIEL ET METHODE

Nous avons mené une étude descriptive. Elle a consisté en une auto évaluation par les médecins généralistes de leurs connaissances et prises en charge relatives à la chute de la personne âgée de plus de 65 ans. Cette évaluation a été menée par le biais d'un questionnaire qui leur a été adressé avec un courrier explicatif (annexes 1 et 2).

2.1 Population étudiée

Nous avons envoyé le questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes dont le Centre Hospitalier Intercommunal de Wasquehal (structure de SSR gériatrique/EHPAD/USLD) avait pris en charge un de leurs patients entre le 1er janvier 2009 et le 30 avril 2012.

Le nombre total de médecins à qui nous avons soumis le questionnaire s'est élevé à 490. Du fait d'une adresse erronée, 14 questionnaires nous ont été retournés.

Ces médecins exercent dans 44 communes de la métropole lilloise.

Le nombre de réponses récupérées s'élève à 111 sur 490 questionnaires envoyés soit 22.7%.

2.2 Le questionnaire

Le questionnaire était articulé en différentes parties (annexe 2) :

- Première partie : renseignements sur le médecin et sa patientèle (sexe, nombre d'années d'exercice, formation gériatrique éventuelle par un diplôme universitaire ou une capacité de gériatrie, mode d'exercice et proportion de personnes âgées au sein de sa patientèle),
- Deuxième partie : évaluation de ses connaissances sur l'épidémiologie de la chute,
- Troisième partie : évaluation de ses connaissances globales sur la chute et sa prise en charge quotidienne des patients chuteurs,
- Quatrième partie : évaluation des problèmes rencontrés dans sa pratique quotidienne,

- Cinquième partie : 2 questions ouvertes lui permettant de soumettre ses suggestions et remarques afin d'améliorer la prise en charge de ses patients âgés chuteurs.

L'évaluation des connaissances était basée sur les données des deux conférences de consensus de la Haute Autorité de Santé :

- Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée de novembre 2005 (22).
- Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées d'avril 2009 (23).

Ces recommandations ont été conçues pour aider les professionnels dans leur pratique quotidienne.

2.2.1 Evaluation des connaissances épidémiologiques

Un tiers des patients âgés de plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans vivant à domicile chutent au moins une fois dans l'année (3). La réponse attendue était donc un sur trois.

Le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire relevait plus de 8000 décès annuels imputables à une chute au sein de cette population en France (2). Face à la disparité des résultats mentionnés dans la littérature, les réponses 8000 et 10000 étaient considérées comme correctes (22).

Les chutes répétées sont également responsable d'une perte d'autonomie conduisant à une institutionnalisation dans 40% des cas chez les plus de 65 ans (23). La réponse attendue était donc 40%.

2.2.2 *Evaluation des connaissances médicales*

LES FACTEURS DE RISQUE DE RÉCIDIVE ET DE GRAVITE EN CAS DE RÉCIDIVE

La prévention est l'un des axes majeurs de prise en charge de la chute (20,22–25). La prévention primaire consiste à dépister les patients potentiellement chuteurs et à corriger précocement les facteurs de risque de chute. La prévention secondaire a pour but d'éviter la récurrence.

Des facteurs de risque de récurrence et de gravité en cas de récurrence ont été établis. L'annexe 3 les énumère. Notre but était de savoir si les médecins généralistes en avaient connaissance.

LE DÉPISTAGE DES CHUTEURS ET LA NOTION DE CHUTEUR RÉCIDIVANT

Les différentes recommandations retrouvées dans la littérature soulignent l'importance de demander à chaque personne âgée si elle a chuté dans l'année écoulée (23–25).

D'après la recommandation de 2009, le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois (23).

Les chutes répétées sont la cause d'une morbi-mortalité, d'une perte d'autonomie et d'un coût financier important du fait des conséquences traumatiques et de la dépendance engendrée (26–28). La question était de savoir si ces notions étaient connues des médecins.

LA CONSULTATION DE LA CHUTE

Depuis 1996, une consultation spécialisée de la chute a été créée à l'initiative des services de rééducation fonctionnelle et des services de gériatrie du CHRU de Lille. Elle s'adresse aux patients chuteurs ou à risque de chute.

Une première consultation est réalisée par un gériatre. Le patient est secondairement adressé en hôpital de jour pour une prise en charge pluri disciplinaire.

La personne âgée rencontre un gériatre, un neurologue, un médecin rééducateur, une diététicienne, une assistante sociale, un ergothérapeute (qui peut réaliser une visite à domicile si cela s'avère nécessaire) et si besoin un ophtalmologiste, un podologue et un pédicure.

Une évaluation gériatrique standardisée est réalisée avec un interrogatoire systématique du patient et de son entourage, un examen clinique complet, des tests de la marche et de l'équilibre, une évaluation de l'autonomie et des troubles cognitifs sous-jacents. Tout cela est effectué à l'aide d'outils standardisés (station unipodale, Timed Up and Go Test, test d'hypotension orthostatique, ADL, MMS...). Un bilan biologique et radiologique peut être demandé et des séances de kinésithérapie prescrites.

Un compte rendu détaillé des différentes consultations accompagné de recommandations est alors délivré au patient et à son médecin traitant. Une réévaluation est prévue à 6 mois.

L'utilité de cette consultation est d'autant plus grande que les patients y sont adressés précocement.

La prise en charge en hôpital de jour permet un bilan complet en peu de temps. Elle reste moins contraignante que la succession de consultations spécialisées à différentes dates. L'observance du patient est favorisée.

Nous avons cherché à savoir si elle était connue de ces médecins de la métropole lilloise, et le cas échéant si elle faisait partie du dispositif de prise en charge du patient âgé chuteur et avec quelle efficacité.

L'HOSPITALISATION EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUE

Les SSR ont pour mission de « coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités » (Fédération française de médecine physique et de réadaptation – FEDMER).

Les SSR accueillent des patients initialement hospitalisés dans les services de médecine aigue. Toutefois les entrées directes sont possibles dans certains cas particuliers (pathologie chronique, perte d'autonomie...).

Le SSR gériatrique est spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées. Il s'agit du service idéal pour réaliser un bilan de chute complet avec une prise en charge pluridisciplinaire, médicale et paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, psychologue, assistante sociale, pédicure...). La aussi nous voulions savoir si ces médecins connaissaient et utilisaient cette ressource thérapeutique supplémentaire.

2.2.3 *Prise en charge de la chute*

L'ÉVALUATION DE LA MARCHÉ ET DE L'ÉQUILIBRE

Les recommandations de l'HAS de 2005 proposent d'évaluer la marche par 4 tests simples d'utilisation que sont l'appui unipodal, le Timed Up And Go Test, la poussée sternale et le Stop Walking When Talking Test. Un cinquième test, le test de Tinetti, plus long n'est pas recommandé en pratique quotidienne (22).

Les recommandations d'avril 2009 privilégient 2 tests que sont l'appui unipodal et le Timed Up And Go Test (23). Les modalités de réalisation sont décrites dans l'annexe 4.

L'intérêt de l'étude était de savoir dans quelle proportion ces tests étaient connus et appliqués.

LES FACTEURS PREDISPOSANTS ET PRECIPITANTS RECHERCHES

La chute est d'origine multifactorielle (3,6,18–20).

Le risque de chute augmente avec le nombre de facteurs de risques présents (3,6). Il est à 8% sans facteur de risque et à 78% avec 4 facteurs ou plus (3).

Les facteurs de risques sont classés en deux catégories selon l'HAS:

- Les facteurs prédisposants qui sont en relation le plus souvent avec l'état de santé de la personne âgée. Ils correspondent à un ensemble de facteurs de risque dits intrinsèques. Ils sont détaillés dans l'annexe 5.

-Les facteurs précipitants qui peuvent être intrinsèques (liés à l'état de santé de la personne), comportementaux (dépendants du comportement moteur de la personne au moment de la chute) et environnementaux (dépendants du milieu où la personne a chuté). Ils sont détaillés dans l'annexe 6.

D'après les conférences de consensus sus-citées, ces facteurs sont à rechercher de façon systématique. Nous avons cherché à savoir si tel était le cas en pratique courante.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES REALISES CHEZ UN PATIENT CHUTEUR RECIDIVANT

Ces examens sont clairement établis dans la conférence de consensus HAS de 2009 (23). Ils sont détaillés dans l'annexe 7. Nous voulions savoir lesquels étaient réalisés en pratique et dans quelle proportion.

LES INTERVENTIONS REALISEES CHEZ UN PATIENT CHUTEUR RECIDIVANT

De nombreuses études ont montré que la mise en place de programme d'interventions multifactorielles permettait une baisse significative du nombre de chute. La plupart utilisent des exercices physiques, des programmes d'éducation, une modification de l'environnement et/ou une médication optimisée (7,19,29–32).

Il est recommandé d'instaurer ces mesures chez tout patient à risque de chute ou ayant présenté des chutes répétées (22–25). Elles sont détaillées dans l'annexe 8. Le but était de faire le point sur les interventions les plus fréquemment réalisées en médecine ambulatoire au quotidien.

LES SPECIALISTES QUI INTERVIENNENT

La prise en charge se doit d'être pluridisciplinaire. Nous souhaitions savoir à quelles spécialistes les médecins généralistes adressent leurs patients chuteurs parmi rhumatologue, gériatre, cardiologue, neurologue, kinésithérapeute, et ergothérapeute.

LA KINESITHERAPIE

Il s'agit d'un point fondamental dans la prise en charge des patients chuteurs.

Il est indispensable de mettre en place des programmes de renforcement et de rééducation musculaire, de travail de l'équilibre postural statique et dynamique, et de favoriser l'assurance à la marche afin d'améliorer les capacités physiques et d'accroître l'autonomie de la personne âgée. L'instauration d'exercices d'équilibre, de Tai Chi ou de kinésithérapie a des effets bénéfiques sur le risque de chute (32,33). Elle est vivement recommandée (22–25). Celle-ci est d'autant plus efficace qu'elle est initiée précocement.

Nous souhaitions savoir quel était le pourcentage de leurs patients chuteurs qui bénéficiaient de kinésithérapie et dans quel délai.

LE SERVICE D'ACCUEIL D'URGENCE

Le sujet des chutes en médecine de ville ne pouvait être abordé sans évoquer la prise en charge aux urgences. En France, les chutes représentent 84% des accidents de la vie courante chez les personnes de plus de 65 ans, avec dans 4.5% des cas, un recours au service des urgences (2). A l'aide d'une question simple nous avons cherché à connaître quels étaient les motifs les plus fréquents de transfert aux SAU.

2.2.4 Limites de la prise en charge

LES PERSONNES QUI SIGNALENT LA CHUTE

Pour prendre en charge un chuteur, il faut que le médecin généraliste soit averti de l'épisode de chute. La littérature a mis en évidence qu'une partie des patients ne signalent pas leur chute aux professionnels de santé (21). Nous souhaitons savoir qui des différents protagonistes alertaient le plus souvent d'une chute afin de privilégier l'éducation des intervenants pour cibler d'éventuelles campagnes de prévention.

LA CAPACITE A PRENDRE EN CHARGE

Nous désirions savoir si les médecins interrogés se sentent à l'aise face à la prise en charge des patients chuteurs et s'ils ressentent le besoin d'être aidés.

LES LIMITES DE LA PRISE EN CHARGE

Il nous paraissait important d'évaluer ce qui dans leur pratique quotidienne freine leur prise en charge, afin de soumettre quelques pistes permettant de l'améliorer.

2.2.5 Evaluation de l'impact du questionnaire

Nous leur avons posé deux questions brèves. L'une pour savoir s'ils souhaitaient récupérer les réponses du questionnaire. L'autre pour connaître leur volonté de recevoir une plaquette informative concernant la prise en charge des patients chuteurs après chaque hospitalisation.

2.2.6 Comparaisons des populations médicales étudiées

Nous avons cherché à l'aide d'une étude statistique à savoir si les prises en charge étaient différentes selon le sexe, le nombre d'années d'exercice, la proportion de patients âgés dans la patientèle, l'existence d'une formation gériatrique (DU ou capacité) et le type d'activité (rurale/urbaine ou mixte).

Pour la comparaison des différentes populations, nous avons fait appel aux statisticiens de la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille. Il était convenu de créer un système de notation arbitraire du questionnaire afin d'évaluer les pratiques des médecins.

Nous avons décidé de répartir les points selon l'importance estimée de la question (annexe 9). La note maximale était de 42,5.

2.2.7 Pistes pour l'avenir

Nous avons posé deux questions libres en fin de questionnaire afin de permettre aux médecins généralistes de nous énoncer leurs remarques et suggestions sur le sujet.

2.3 Etude statistique

Nous avons récupéré les questionnaires et converti les résultats sous forme de tableau statistique en utilisant le logiciel Excel. Des analyses descriptives et qualitatives ont été réalisées à l'aide de ce même logiciel.

Pour la comparaison des différentes populations nous avons fait appel aux statisticiens de la plateforme d'aide méthodologique du CHRU de Lille. Il a été réalisé une analyse descriptive des données, puis une analyse multivariée visant à trouver les déterminants de la note, précédée d'une analyse bivariée préparatoire. Le risque alpha choisi était systématiquement de 5%. Les covariables introduites dans le modèle multivarié étaient celles présentant un $p < 0.20$ lors de l'analyse bivariée. Le modèle choisi est celui d'une régression linéaire.

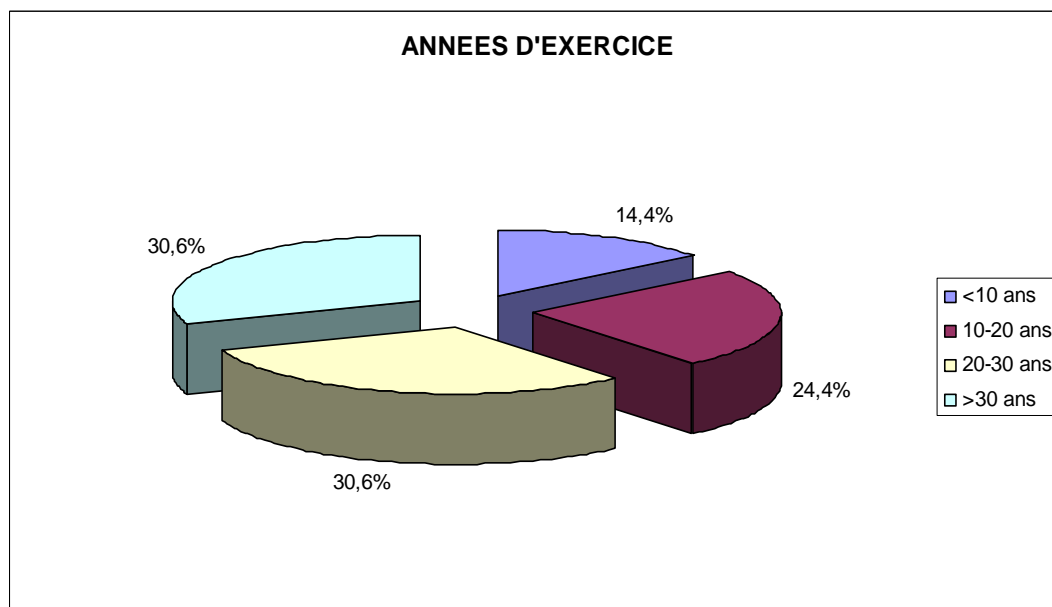
3. RESULTATS

3.1 Population étudiée

3.1.1 Sexe

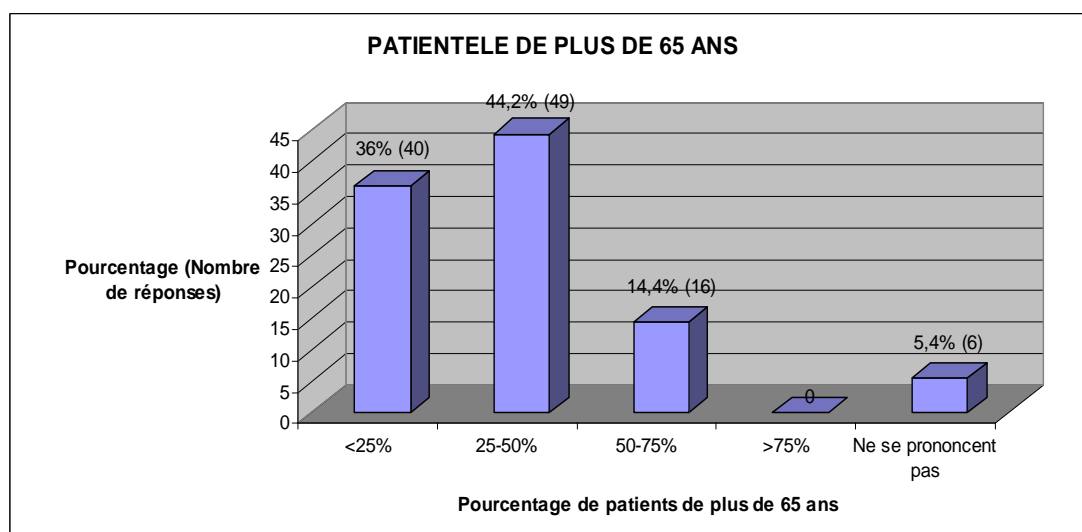
La population des médecins généralistes interrogés est à nette prédominance masculine avec 82.9% d'hommes.

3.1.2 Années d'exercice



La majorité des médecins exerçaient depuis plus de 20 ans à 61.2%, avec 30.6% d'entre eux depuis plus de 30 ans.

3.1.3 Patientèle de plus de 65 ans



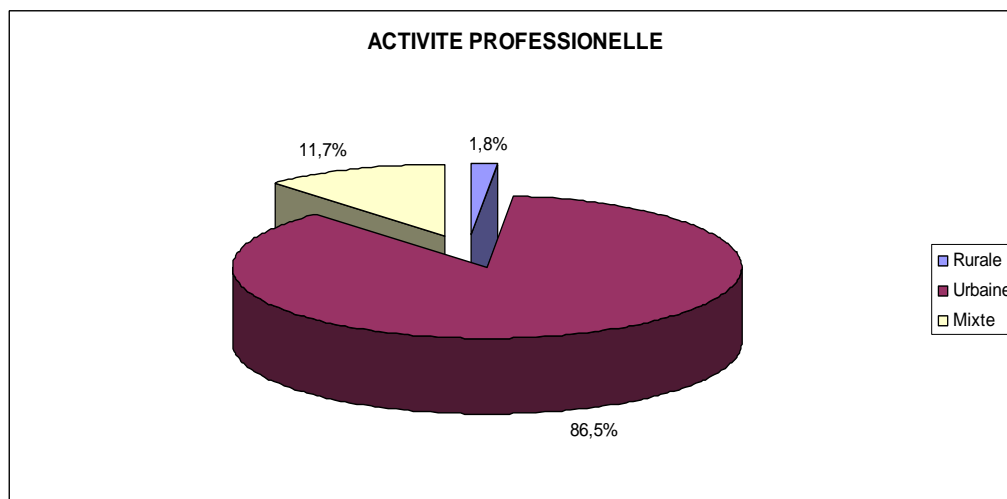
Les patientèles sont assez jeunes. Chez 80.2% des médecins interrogés, plus d'un patient sur deux a moins de 65 ans.

Ils ne sont que 14,4% à avoir plus de la moitié de leurs patients au-delà de 65 ans.

3.1.4 Formation gériatrique complémentaire

Ils étaient 9.9% à posséder un DU et seulement 3.6% la capacité de gériatrie. Les autres n'avaient pas de formation gériatrique spécifique.

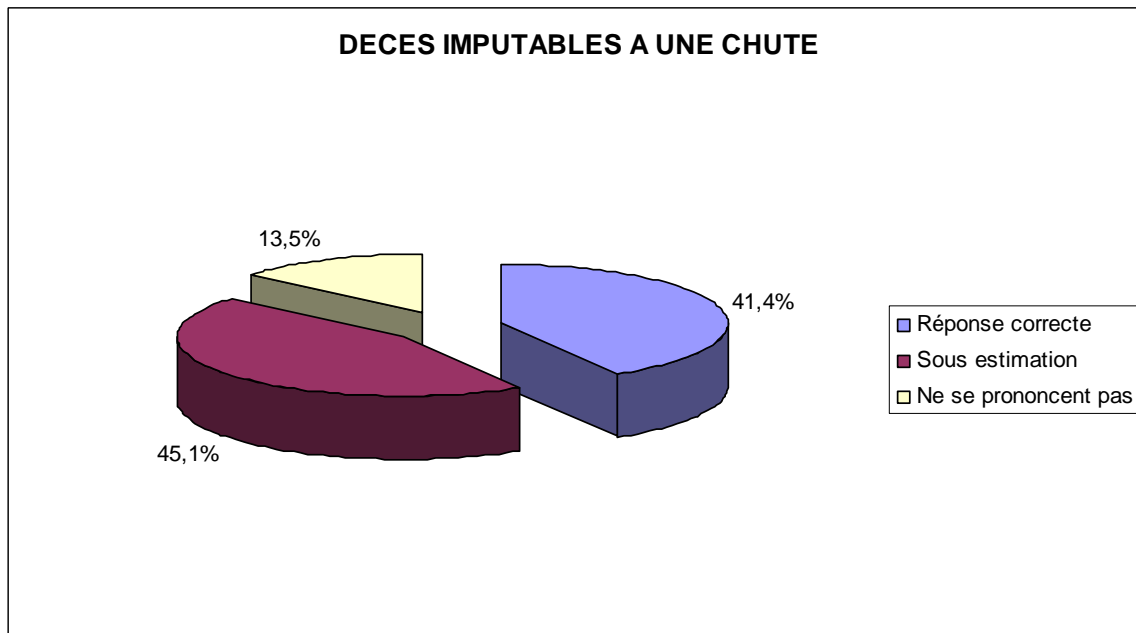
3.1.5 Type d'activité



L'activité est à très nette prédominance urbaine. Nous avons relevé par ailleurs que 10.8% des médecins avaient une activité en EHPAD.

3.2 Connaissances épidémiologiques des médecins

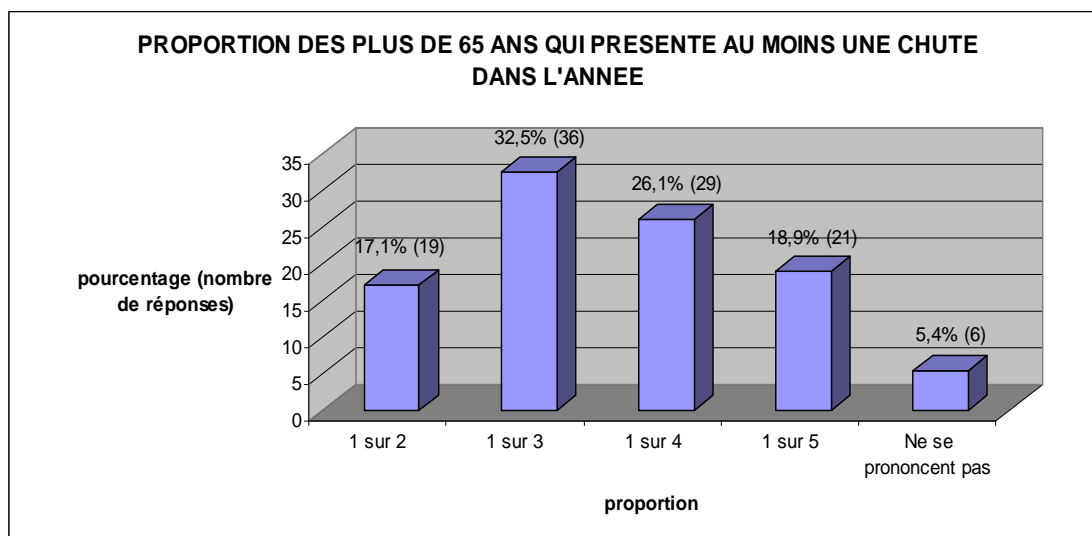
3.2.1 Décès imputables à une chute chez les plus de 65 ans chaque année



Nombre de décès	2000	4000	8000	10000	Ne se prononcent pas
Pourcentage	14.4%	30.7%	26.1%	15.3%	13.5%

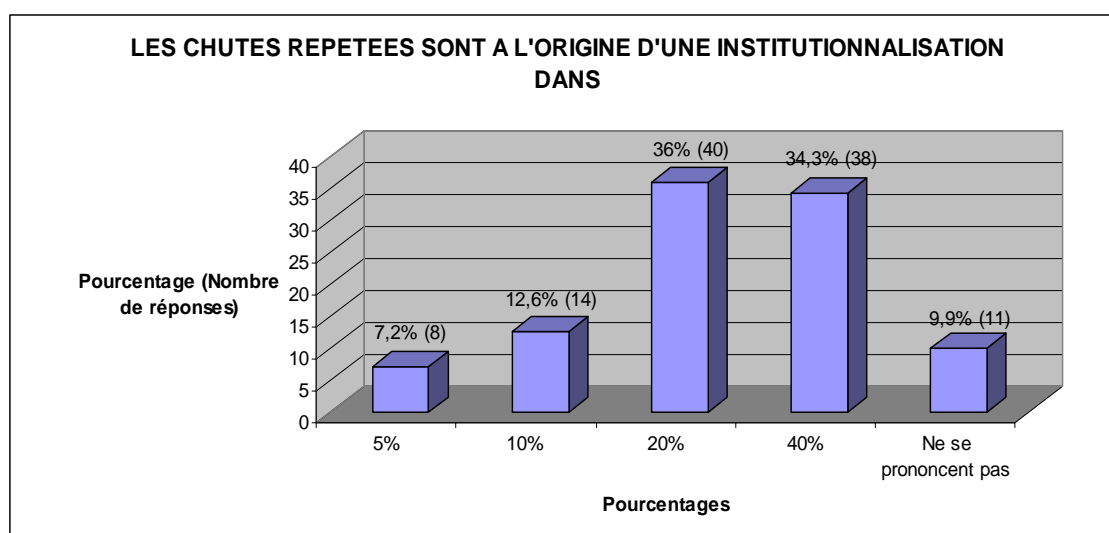
Pour 45.1% des médecins interrogés, moins de 4000 décès par an sont imputables à une chute chez les plus de 65 ans. Pour 41.4% des praticiens ce nombre s'élève à plus de 8000.

3.2.2 Nombre de sujet chuteur chez les plus de 65 ans chaque année



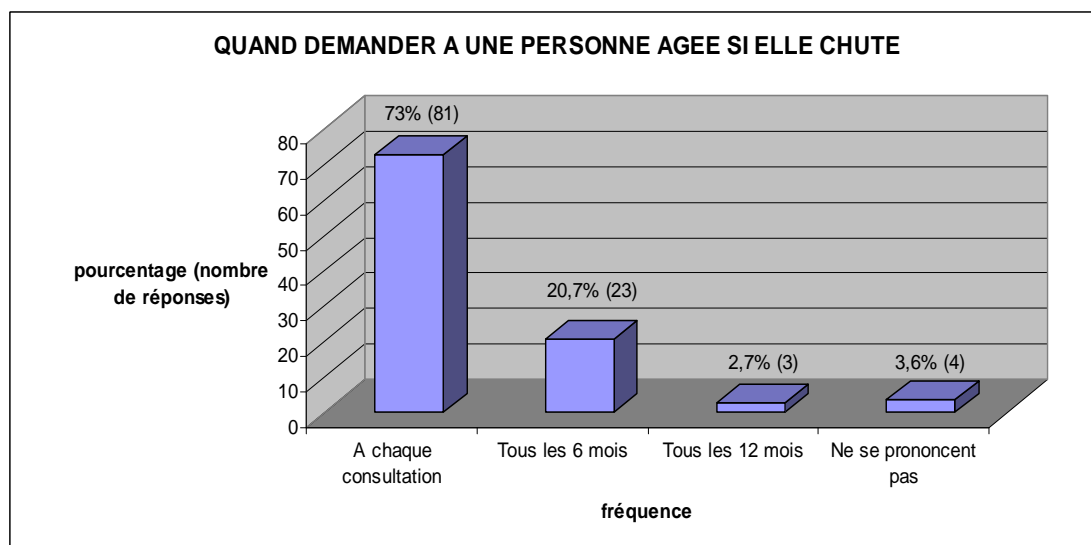
Là encore les résultats sont très variables. Cependant, 32.5% des médecins estiment qu'un patient sur trois de plus de 65 ans présente une chute chaque année. Ils sont 45% à penser que ce nombre est inférieur.

3.2.3 Pourcentage de personnes institutionnalisées dans les suites de chutes répétées



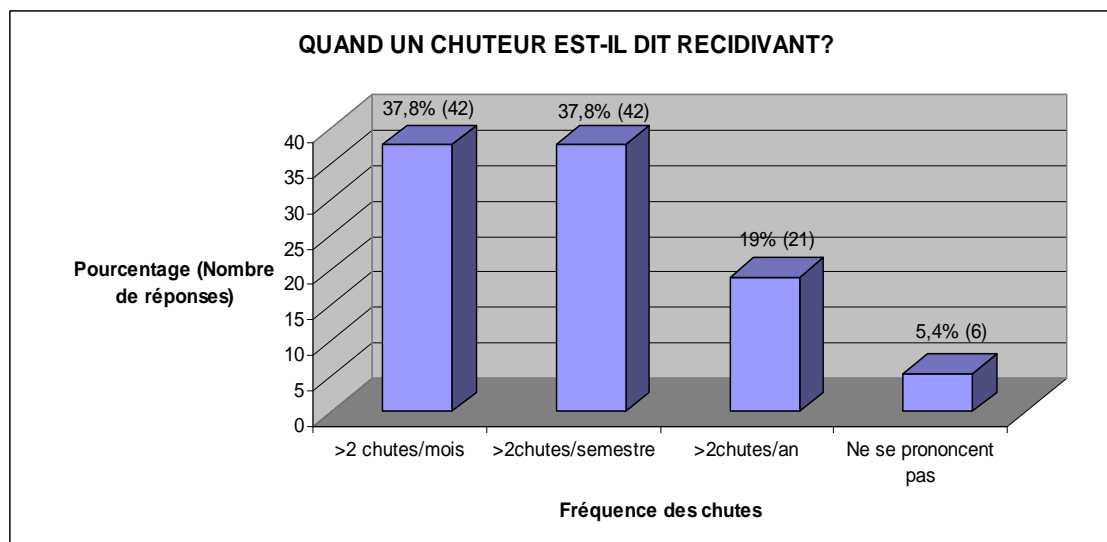
Pour 55.8% des médecins le nombre d'institutionnalisation est inférieur à 20%. Ils sont 34.3% à estimer ce nombre à 40%.

3.2.4 Quand demander à une personne âgée si elle a présenté une chute ?



Pour 73% des médecins il est recommandé de demander à une personne âgée si elle chute à chaque consultation. Ils sont 2,7% à penser qu'il faut le faire tous les ans.

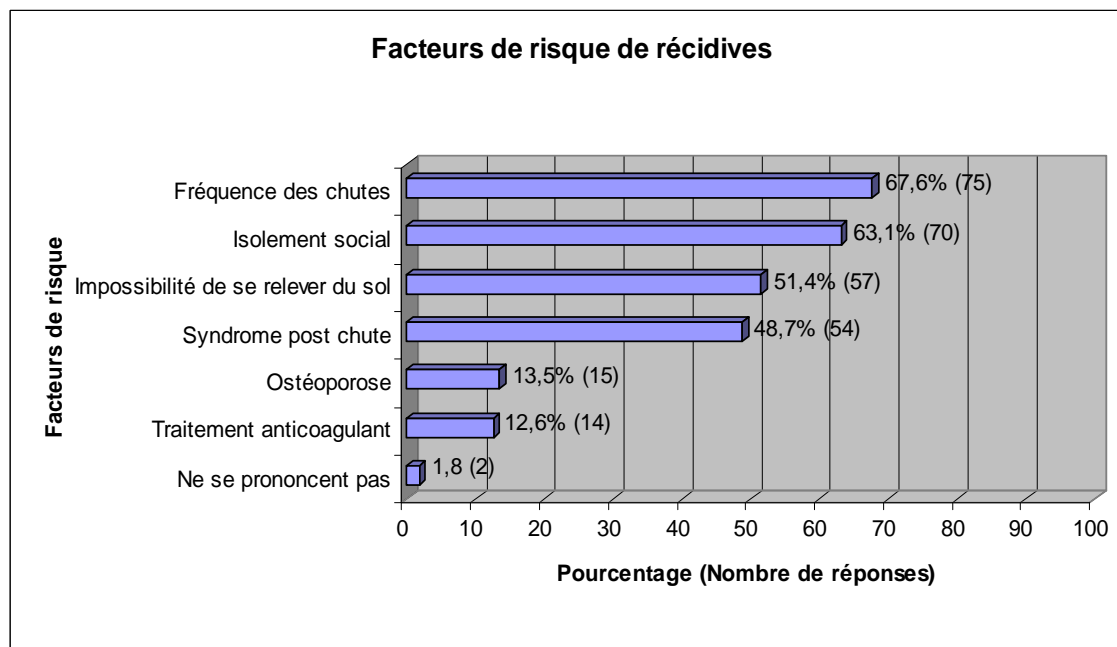
3.2.5 Définition du chuteur récidivant



Pour 37,8% des médecins, un chuteur est dit récidivant lorsqu'il a été victime de plus de 2 chutes par semestre et plus de 2 chutes par mois pour 37,8% d'entre eux. Seuls 19% des médecins estiment qu'un patient chuteur est dit récidivant dès qu'il a présenté plus de 2 chutes par an.

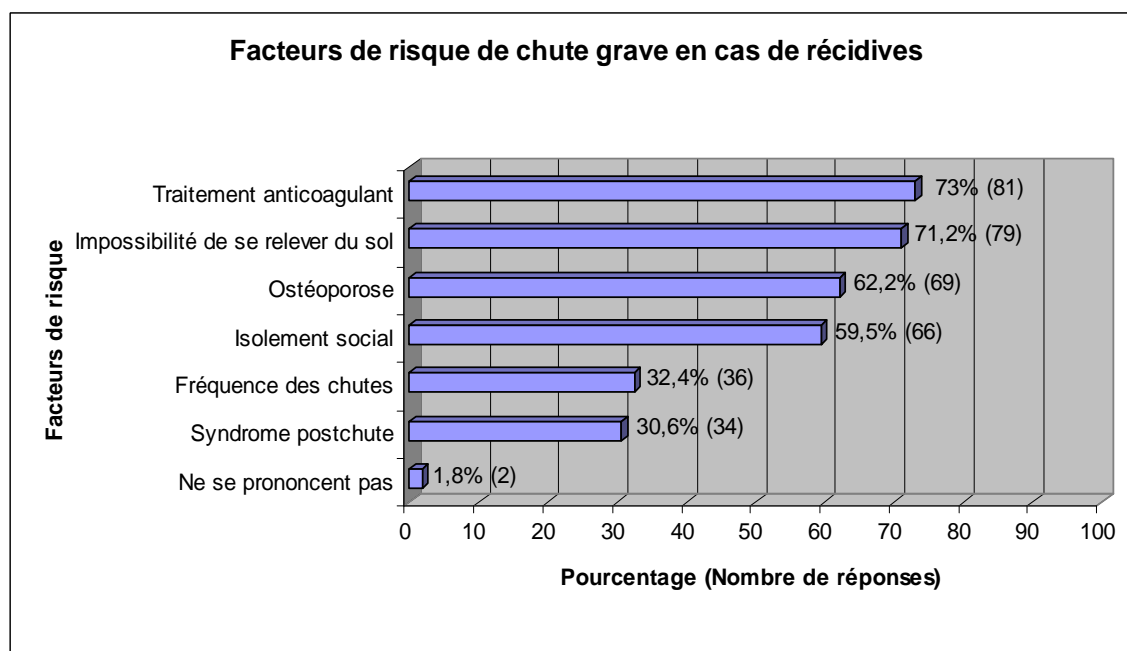
3.3 Connaissances médicales des médecins

3.3.1 Quels sont les facteurs de risque de récurrence?



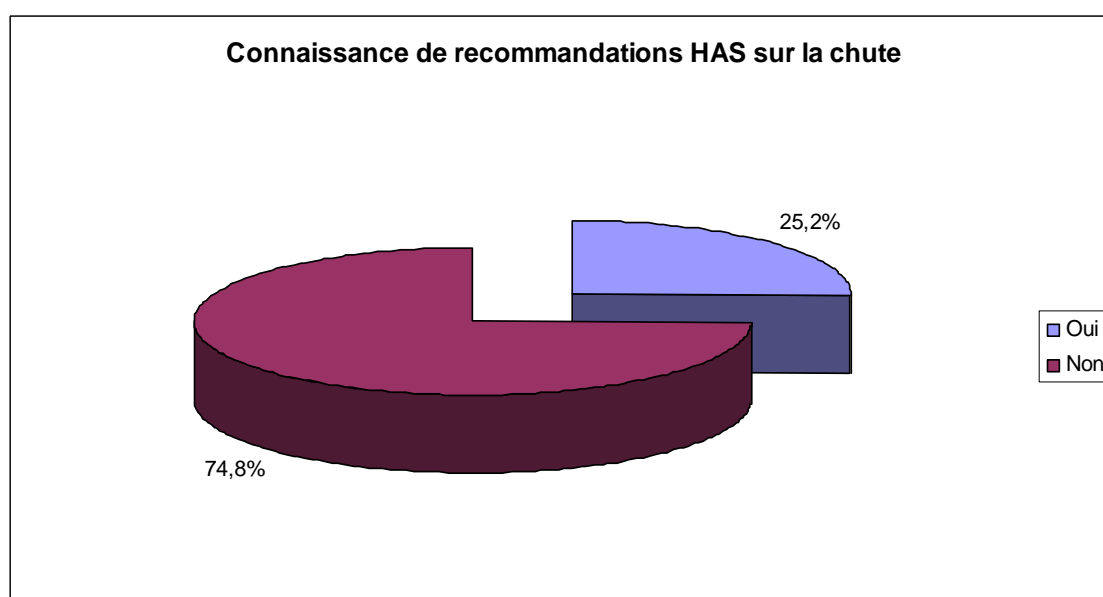
D'après les médecins interrogés quatre situations sont considérées comme des facteurs de risque de récurrence, avec en tête l'augmentation de la fréquence des chutes à 67.6%, l'isolement social à 63.1%, l'impossibilité de se relever du sol à 51.4% et le syndrome post chute à 48.7%.

3.3.2 Quels sont les facteurs de risque de chute grave en cas de récurrence ?



Les facteurs de risque de chute grave en cas de récurrence sont pour les médecins questionnés en premier lieu un traitement anticoagulant (73%), suivi de l'impossibilité de se relever (71.2%), d'une ostéoporose (62.2%) et de l'isolement social (59.5%).

3.3.3 Connaissance des recommandations HAS sur la chute



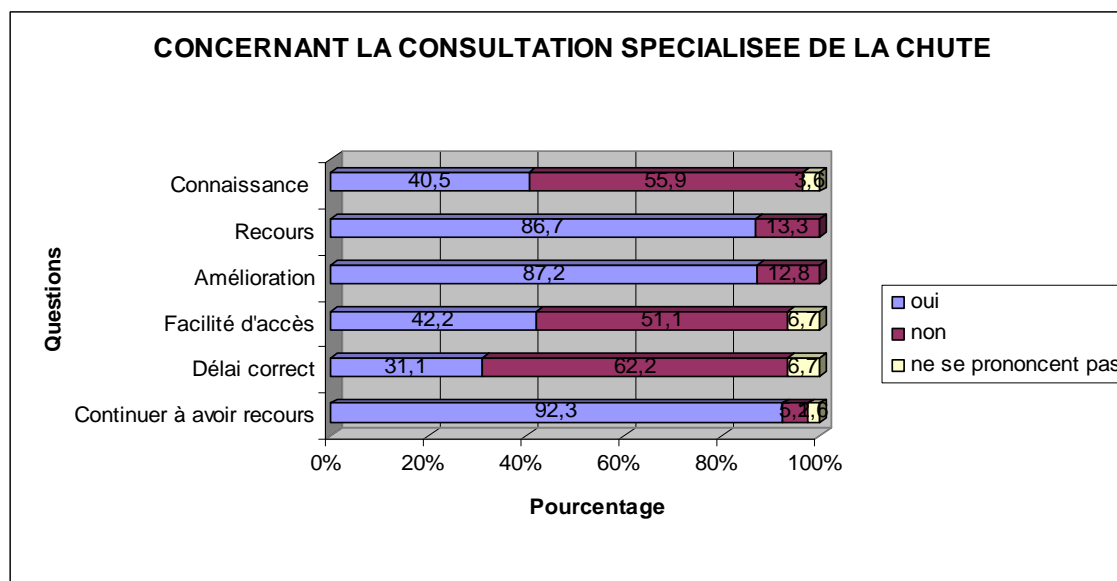
Seuls 25.2% des médecins connaissent l'existence de recommandations HAS sur la chute.

3.3.4 Concernant la consultation spécialisée de la chute

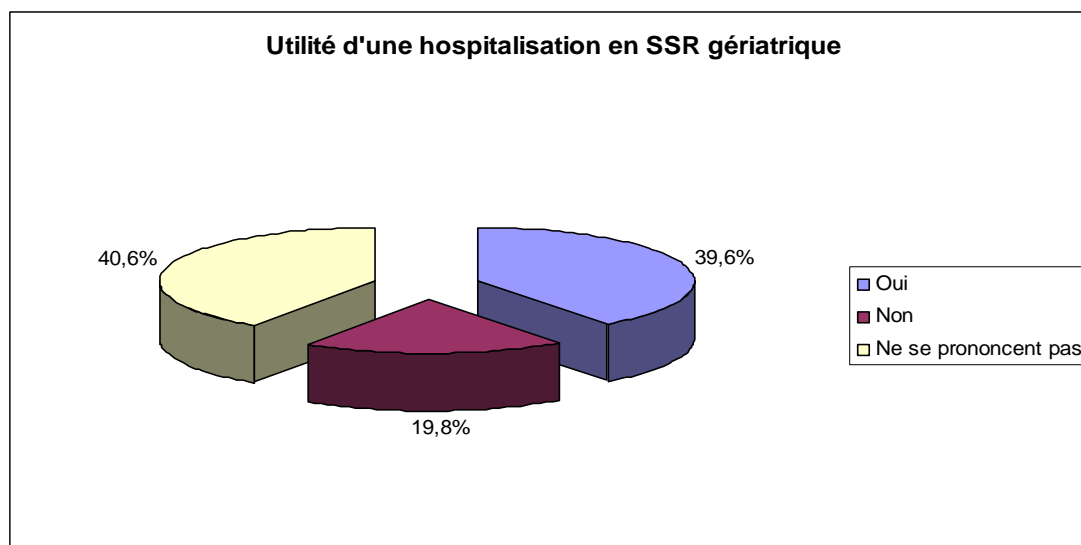
Ils sont 45 (40.5%) à connaître l'existence de la consultation spécialisée de la chute sur Lille et 62 (55.9%) à n'en avoir jamais entendu parler.

Sur ces 45 médecins, 39 (86.7%) y ont déjà adressé un patient, 19 (42.2%) trouvent l'accès facile et ils sont 14 (31.1%) à trouver les délais de prise en charge satisfaisants.

Sur les 39 médecins ayant déjà adressé un patient, 34 (87.2%) ont noté une amélioration de la prise en charge, et 36 (92.3%) continueront à y adresser des patients.



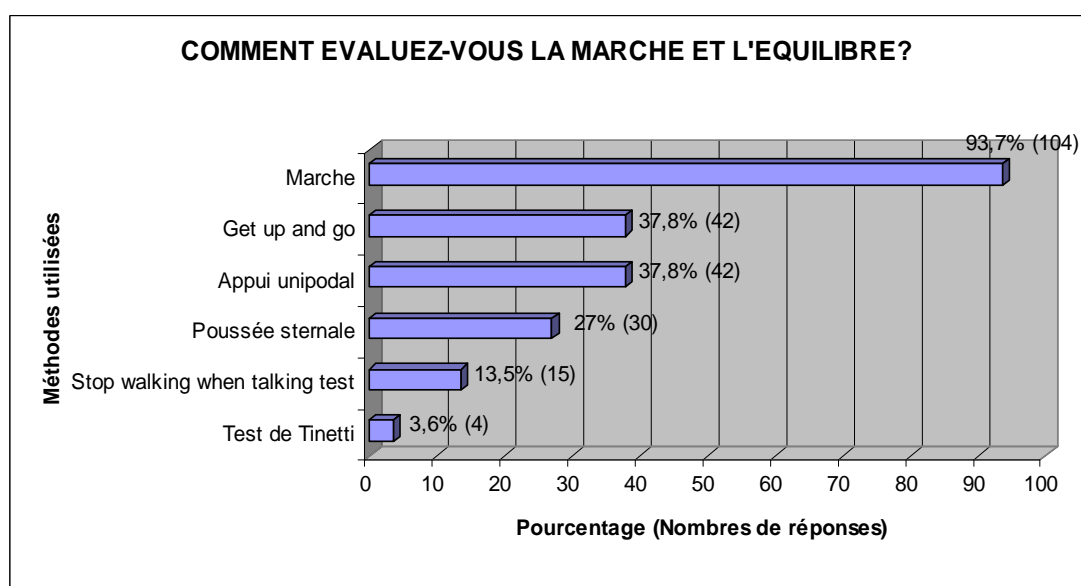
3.3.5 Utilité d'une hospitalisation en SSR gériatrique



Ils sont 39.6% à considérer qu'une hospitalisation en SSR améliore la prise en charge de leur patient alors que 19.8% pensent le contraire et que 40.6% ne se prononcent pas.

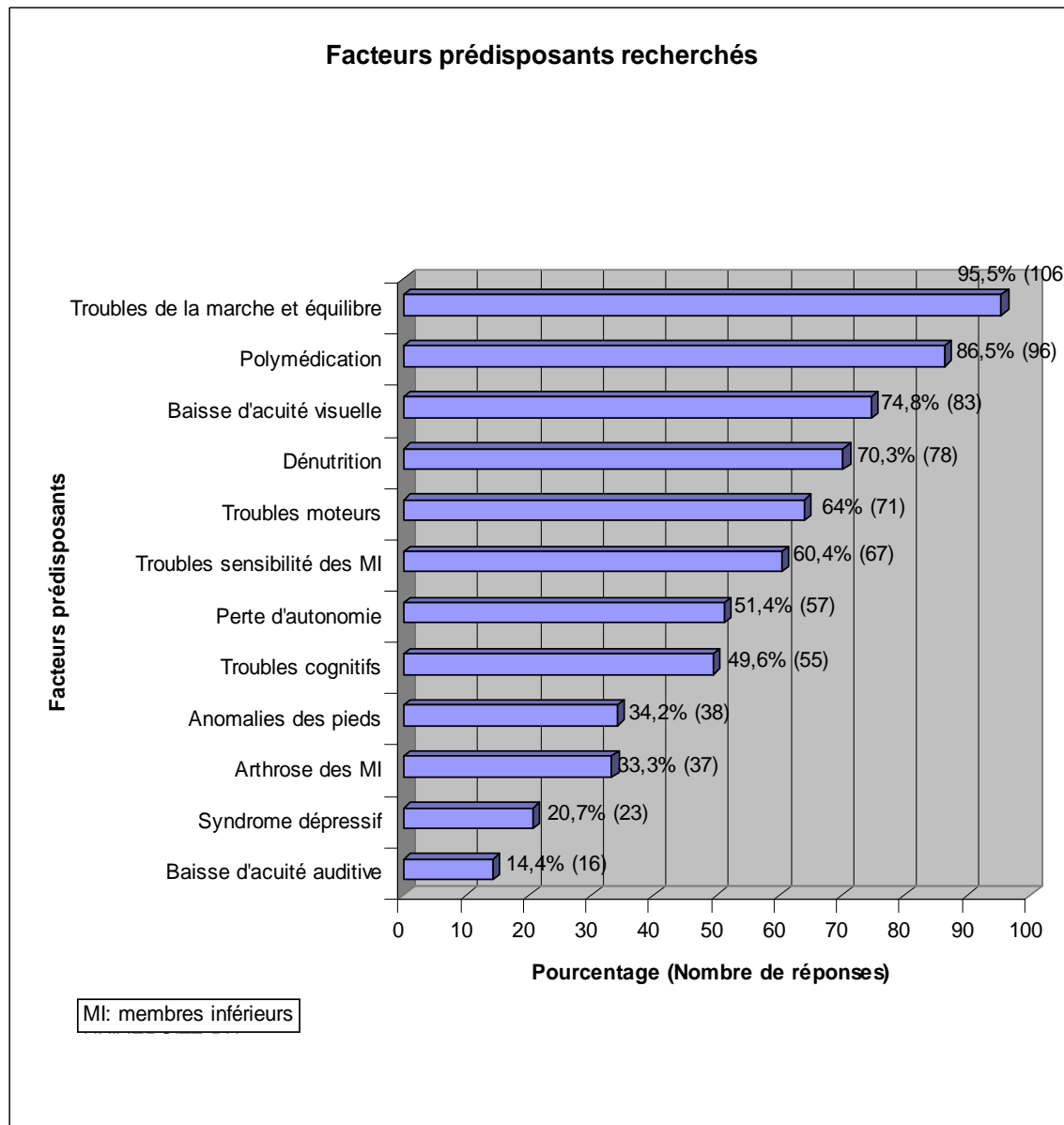
3.4 Prise en charge médicale

3.4.1 Comment évaluent-ils la marche et l'équilibre de leurs personnes âgées ?



La plupart des médecins évalue la marche et l'équilibre en les regardant marcher (93.7%). Ils sont même 28.8% à ne réaliser que cela. Seuls 37.8% d'entre eux utilisent le Get Up And Go Test et 37.8% l'appui unipodal, et enfin 27% appliquent la poussée sternale.

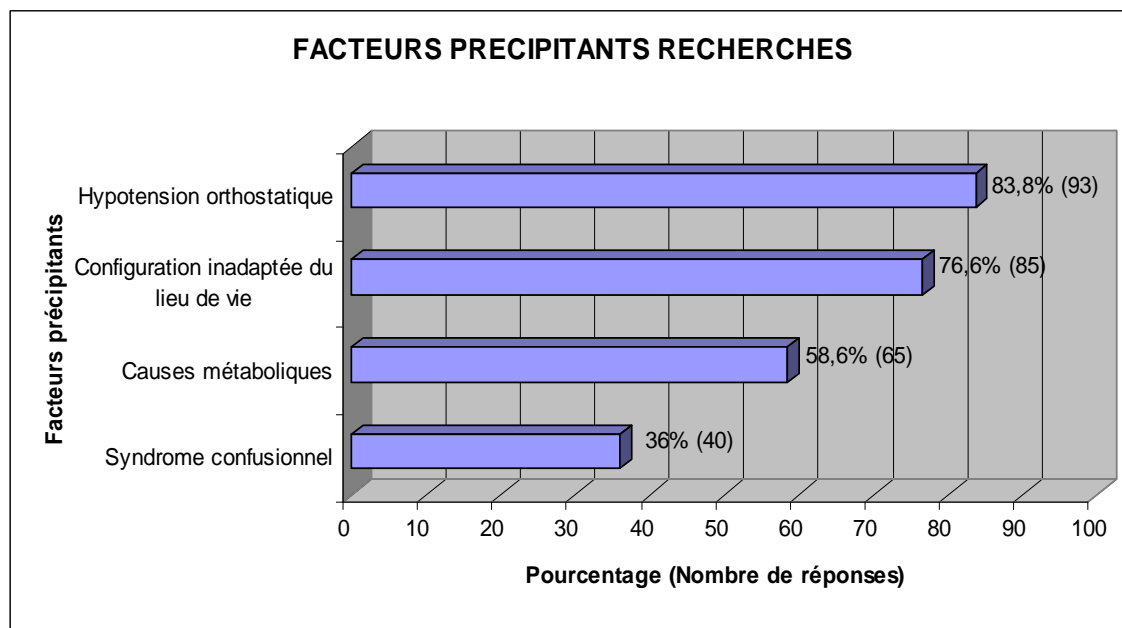
3.4.2 Quels facteurs prédisposants de chute recherchent-ils systématiquement ?



Il est mis en évidence que 95.5% des médecins recherchent des troubles de la marche et de l'équilibre, 86.5% une polymédication, 74.8% une baisse d'acuité visuelle, 70.3% une dénutrition, 64% des troubles moteurs, 60.4% des troubles de la

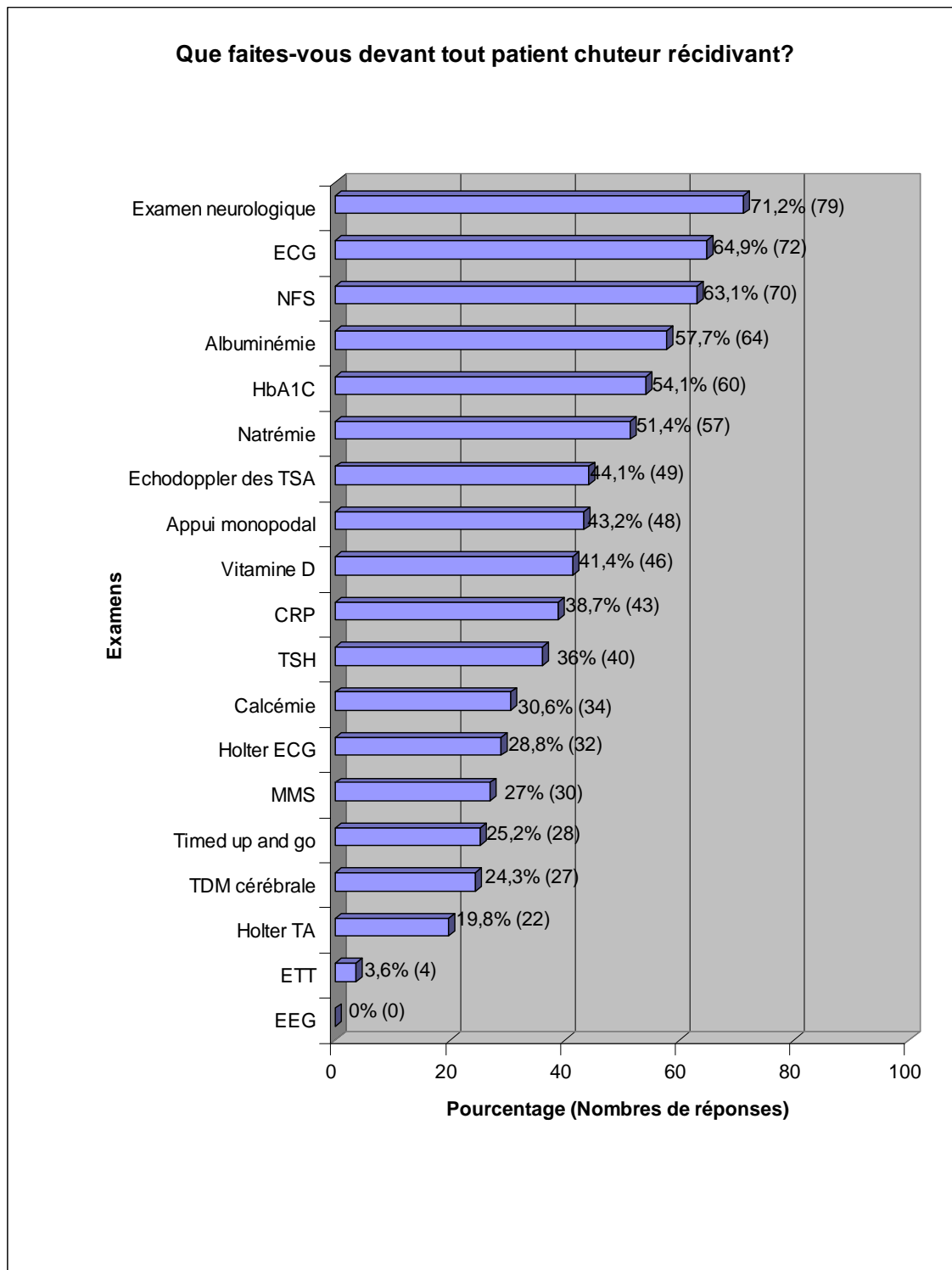
sensibilité, 51.4% une perte d'autonomie et 49.6% des troubles cognitifs. Par contre les anomalies des pieds, l'arthrose, la dépression et l'hypoacousie sont peu recherchées.

3.4.3 Quels facteurs précipitants de chute recherchent-ils systématiquement ?



Parmi les facteurs précipitants, les plus recherchés sont l'hypotension orthostatique (83.8%) et un lieu de vie inadapté (76.6%). Les causes métaboliques (58.6%) et le syndrome confusionnel sont moins recherchés (36%).

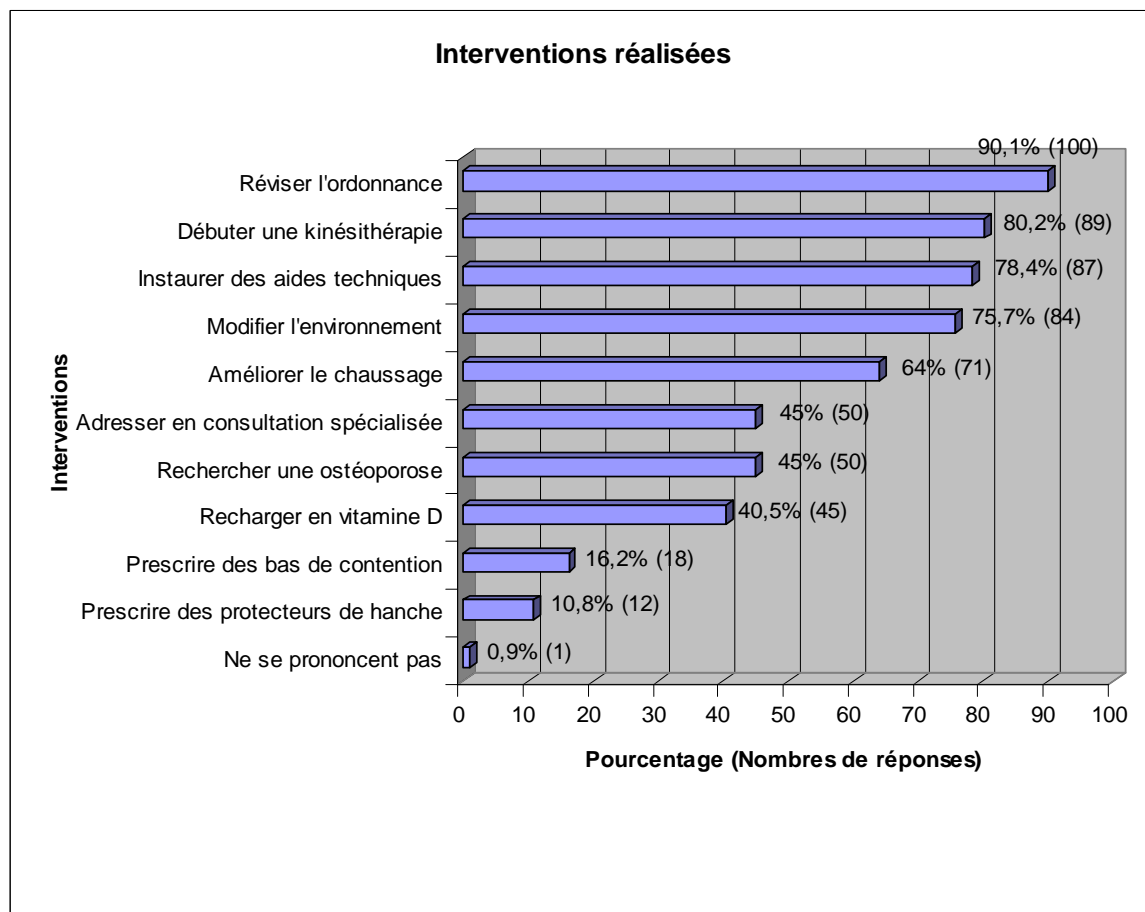
3.4.4 Quels examens complémentaires réalisent-ils devant tout patient chuteur récidivant ?



Parmi les examens proposés, les plus réalisés chez un patient chuteur récidivant sont un examen neurologique (71.2%), un ECG (64.9%), une NFS (63.1%), une

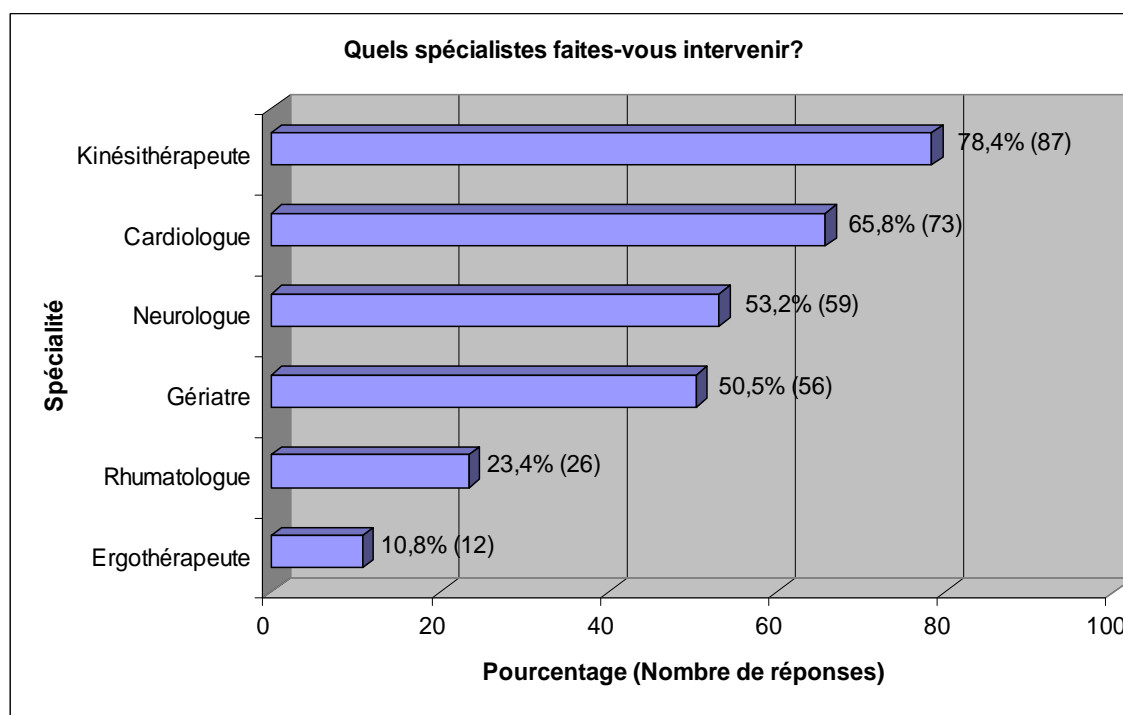
albuminémie (57.7%), une hémoglobine glyquée (54.1%), une natrémie (51.4%). Sont moins effectués l'appui unipodal (43.2%), le Timed Up and Go Test (25.2%), le dosage de la vitamine D (41.4%), le MMS (27%), la TDM cérébrale (24.3%).

3.4.5 Quelles interventions réalisent-ils devant tout patient chuteur récidivant ?



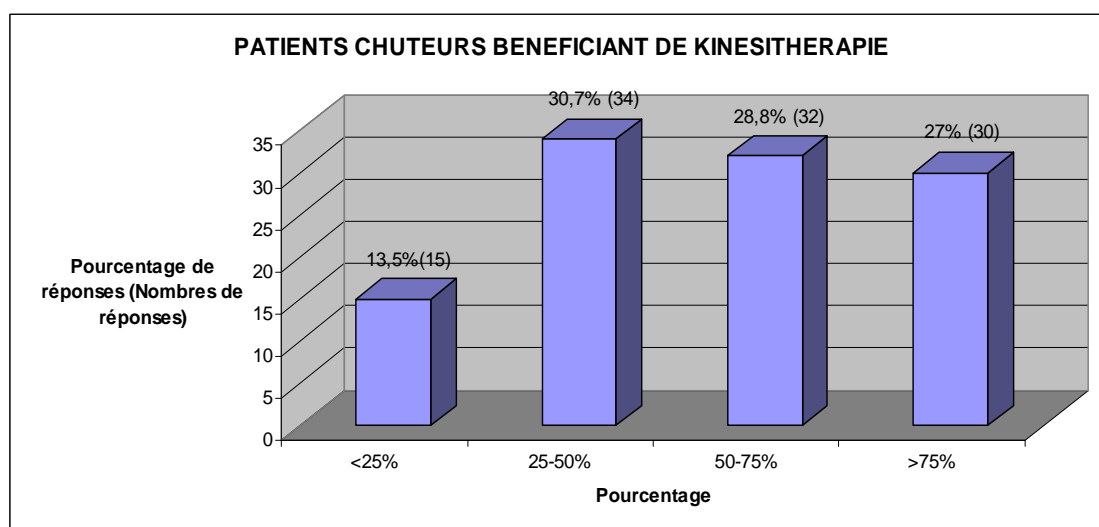
Ils sont 90.1% des médecins à revoir l'ordonnance de leurs patients après plusieurs épisodes de chutes, 80.2% à débiter de la kinésithérapie, 78.4% à instaurer des aides techniques, 75.7% à modifier l'environnement, 64% à améliorer le chaussage. La correction d'une carence en vitamine D et la recherche d'une ostéoporose restent moins systématiques avec respectivement 40.5% et 45%.

3.4.6 Quels spécialistes font-ils intervenir ?



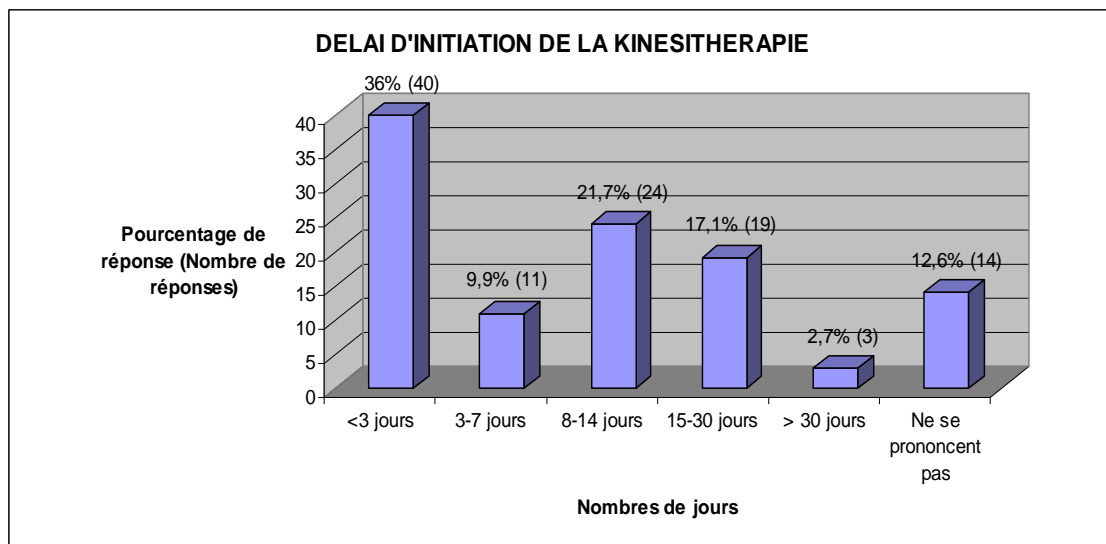
Les médecins généralistes font intervenir majoritairement les kinésithérapeutes (78.4%), les cardiologues (65.8%), les neurologues (53.2%) et les gériatres (50.5%). Les rhumatologues et les ergothérapeutes restent peu sollicités avec respectivement 23.4% et 10.8%.

3.4.7 Quelle proportion de patients bénéficie de kinésithérapie ?



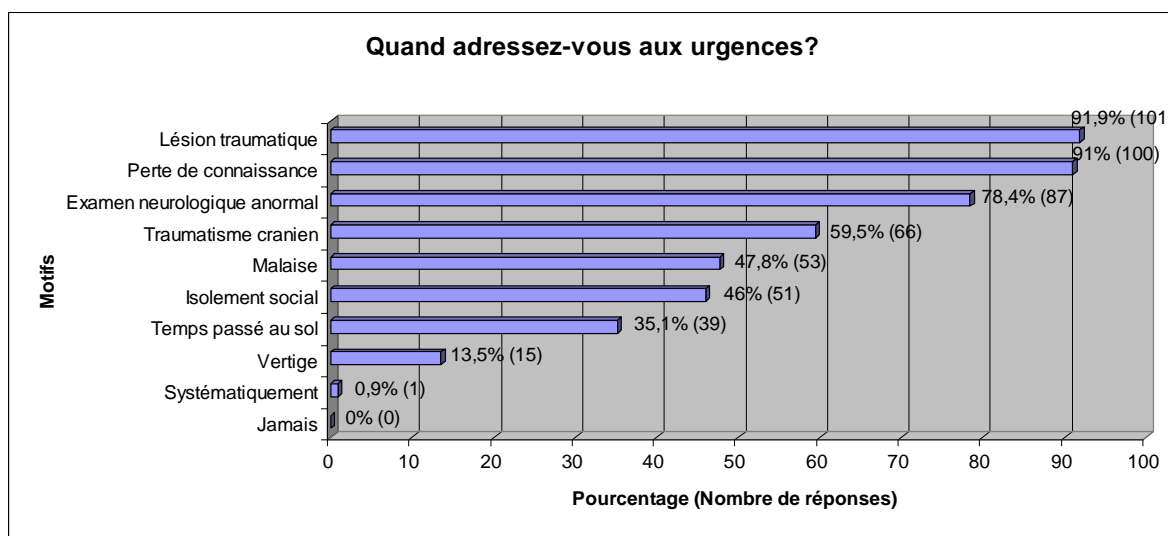
L'utilisation de la kinésithérapie chez les patients chuteurs est très variable selon les médecins. Ils sont 13.5% d'entre eux à en prescrire à moins d'un patient sur quatre, 27% d'entre eux à plus de trois patients sur quatre.

3.4.8 Dans quel délai initient-ils de la kinésithérapie ?



La majorité des praticiens l'instaure précocement après une chute (36% à moins de 3 jours). Ils sont 45.9% à l'instaurer dans la première semaine et 67.6% dans les 14 premiers jours.

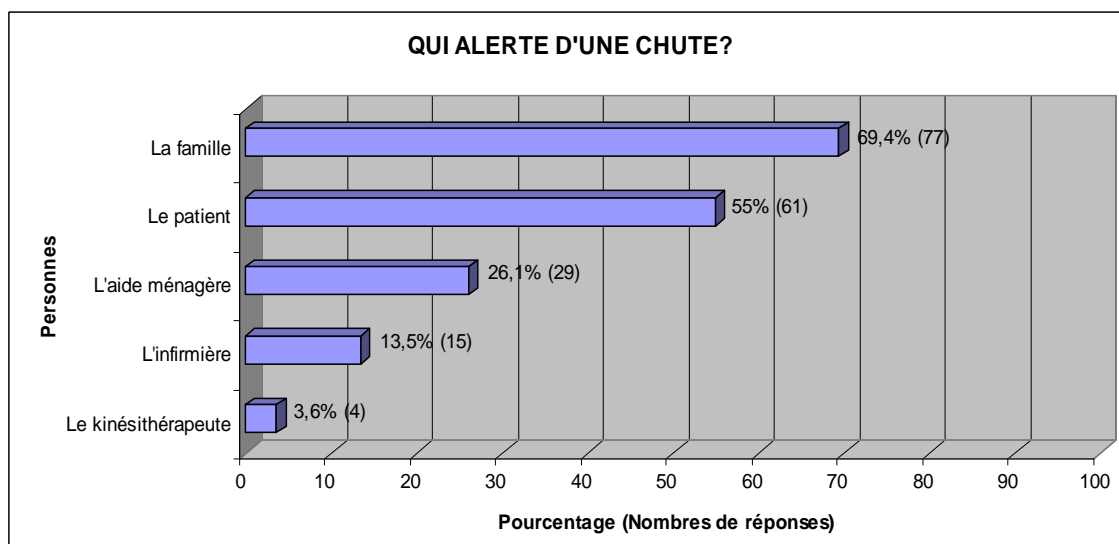
3.4.9 Quand adressent-ils aux SAU ?



Parmi les réponses proposées, les causes les plus fréquemment citées pour adresser un patient chuteur aux urgences sont la présence d'une lésion traumatique (91.9%) et la notion de perte de connaissance initiale (91%). Viennent ensuite un examen neurologique perturbé (78.4%) et un traumatisme crânien (59.5%). Lorsque le temps passé au sol est supérieur à 15 minutes, ils sont 35.1% à y adresser leurs patients.

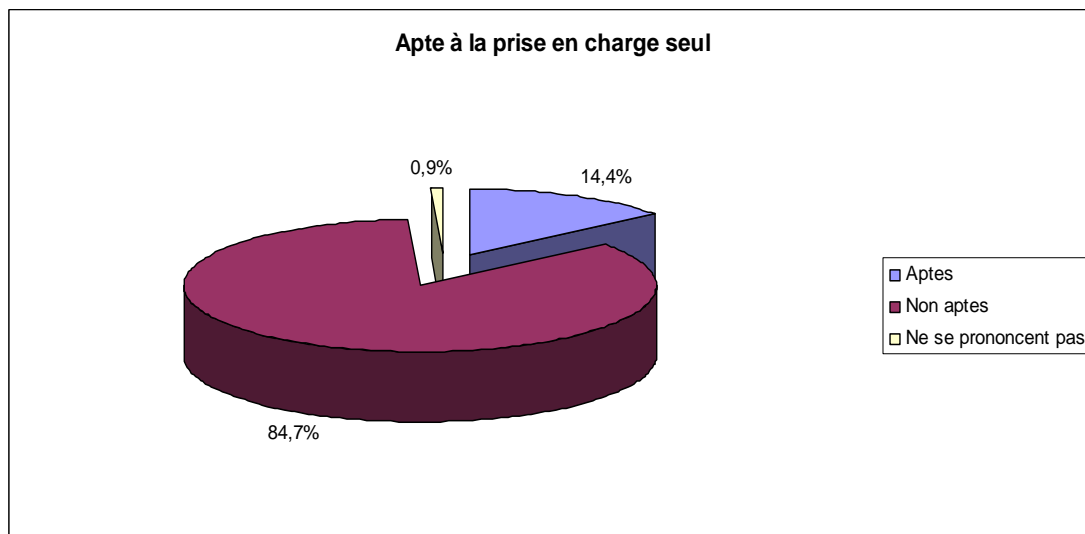
3.5 Difficultés rencontrées lors de leur prise en charge

3.5.1 Qui les alerte le plus souvent d'une chute ?



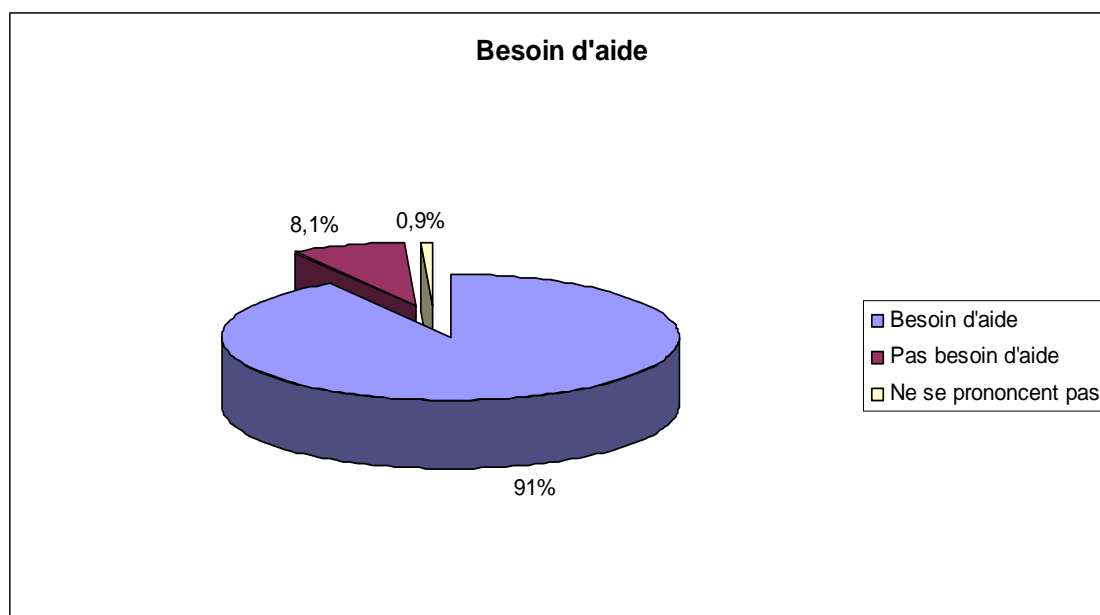
Selon les médecins, c'est la famille qui informe le plus souvent des chutes (69,4%), suivi du patient (55%), de l'aide ménagère (26.1%), de l'infirmière (13.5%) et du kinésithérapeute (3.6%).

3.5.2 Aptitude à la prise en charge seul



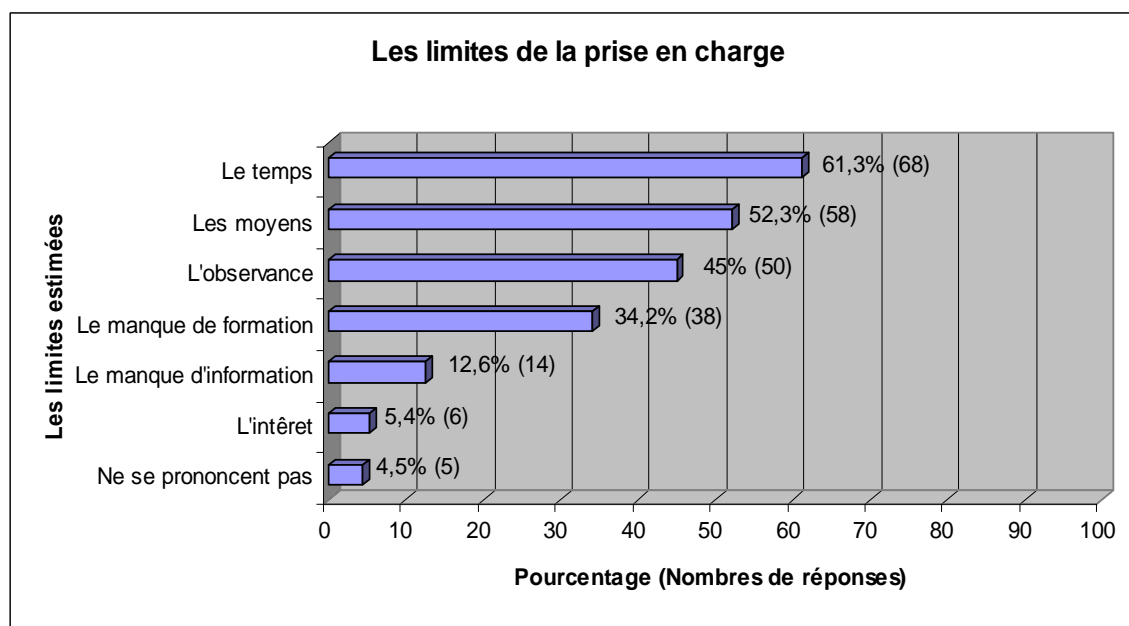
Seulement 14.4% des médecins interrogés se disent aptes à prendre en charge un patient âgé chuteur seul.

3.5.3 Besoin d'être aidé



Quatre-vingt onze % des médecins estiment avoir besoin d'aide.

3.5.4 Les limites de la prise en charge



La limite la plus évoquée est celle du manque de temps à 61.3%, les moyens viennent en deuxième position à 52.3%, suivi de l'observance des patients à 45% et du manque de formation à 34.2%.

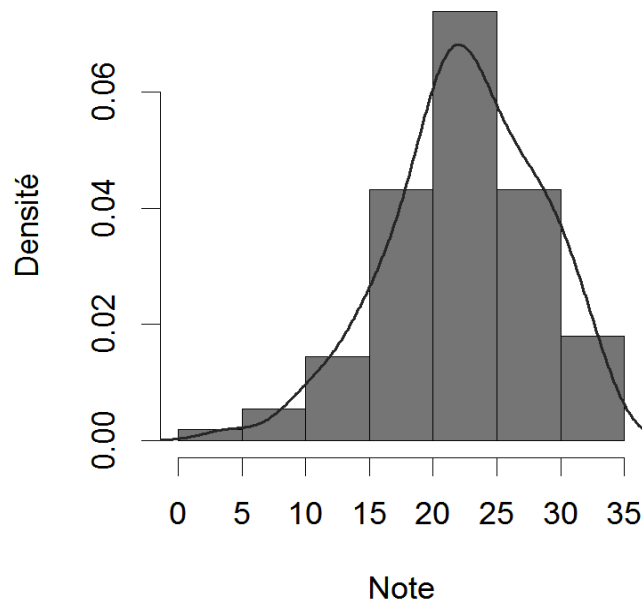
Le manque d'informations des pouvoirs publics et l'intérêt sont cités par respectivement 12.6% et 5.4% des médecins.

3.6 Impact de la campagne d'évaluation

Ils sont 54.1% des médecins à souhaiter connaître les réponses au questionnaire, et 45% des médecins à souhaiter recevoir une plaquette explicative informative après chaque hospitalisation.

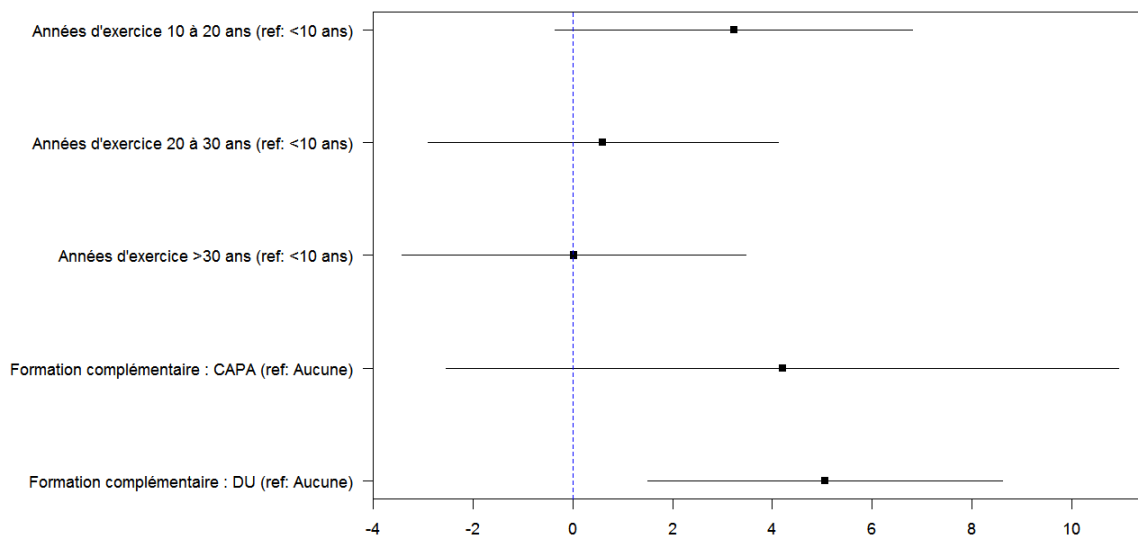
3.7 Comparaison des populations médicales étudiées

La répartition des notes était variée avec une moyenne à 22,464 +/- 5,8.



Notre étude semble montrer qu'il existe un lien entre les connaissances sur la chute, sa prise en charge (reflétée par la note globale) et le fait d'avoir un Diplôme Universitaire de Gériatrie. Ainsi, en analyse bivariée, la note moyenne était de 26,9 vs 21,85 ($p=0,01$). En analyse multivariée, l'association reste significative avec un coefficient de régression linéaire à 5,053, IC_{95%} (1,493-8,614).

Par contre, il ne semble pas y avoir de lien entre les autres caractéristiques des médecins (sexe, ancienneté d'exercice, proportion de personnes de plus de 65 ans dans la patientèle, exercice rural, urbain, mixte ou en EHPAD) et le degré de connaissances sur la chute.



3.8 Réponses aux questions ouvertes

Ils sont 52 (46.8%) à avoir émis des remarques.

Concernant les éléments qui pourraient améliorer la prise en charge des patients chuteurs, les idées évoquées sont:

- Une information plus importante du grand public, des familles et des patients eux même revient chez 9 médecins (« prévention individuelle », « information de l'entourage », « prise de conscience de la gravité des chutes », « prise de conscience du sujet âgé lui-même », « sensibiliser les patients à la gravité », « vulgarisation au niveau des médias »).

- Une meilleure formation des médecins généralistes évoquée par 8 médecins (« EPU/ FMC à faire sur le sujet », « formation adéquate », « une information simple et synthétique adressé aux médecins traitants sur les examens indispensables à faire chez les patients chuteurs récidivants », « j'ai besoin d'aide sur le sujet », « FMC serait intéressante, sujet peu abordé »).

- Informer sur la consultation spécialisée de la chute, permettre un accès plus simple et plus facile, mentionné 8 fois (« accès plus rapide et plus facile », « hôpital de jour plus rapidement », « rendez vous chez le spécialiste trop long », « informer sur la consultation de la chute et la démocratiser »).

- Un développement des ergothérapeutes en ville, évoqué 8 fois (« adaptation du logement par ergothérapeutes », « ergothérapeute plus accessible en ville », « conseils d'aménagement du domicile », « adapter le logement »).

- Lutter contre l'isolement social nommé par quatre médecins.

- Difficulté d'observance chez 4 médecins (« Observance des aménagements et de l'activité physique », « difficile d'obtenir la coopération des patients »).

- Autres idées :

. visite systématique de l'ergothérapeute de la consultation de la chute au domicile

. créer un service d'accueil spécialisé sans passer par les urgences

. système de téléalarme pour tous

. bien gérer la post-chute

. consultation mieux rémunérée

. améliorer les moyens

. kinésithérapie obligatoire

. interdiction des traitements anxiolytique et hypnotique

. à partir de 65 ans faire un bilan tous les 1 à 2 ans

. créer un protocole systématique (diagnostic, conduite à tenir, orientation)

. développer des structures SSR

. plaquettes informative après chaque hospitalisation

. courte hospitalisation quand le patient est adressé aux urgences pour ce motif

. équipe ambulatoire de prévention et d'information

. formation des personnels médicaux et paramédicaux des urgences

. créer un numéro vert donnant un accès rapide sur un réseau d'intervention rapide pour ce problème de chute

. meilleure coordination hôpital-ville

Remarques :

- . « Être mieux rémunéré »
- . « La prise en charge est fonction de l'examen clinique et n'est pas standardisé systématiquement »
- . « Votre action de sensibilisation est bonne »
- . « On progresse peu à peu dans ce domaine »
- . « Manque de temps »
- . « Beaucoup de moyens déjà en œuvre, chute imprévisible »
- . « Compter sur la chance »

4. DISCUSSION

4.1 Connaissances épidémiologiques

La majorité des médecins interrogés sous estiment le nombre de chute et leur gravité chez les patients âgés (décès, institutionnalisation).

Un médecin sur trois seulement estime correctement le nombre de chute et la proportion de patients institutionnalisés au décours chaque année. Moins d'un sur deux donne une estimation adéquate du nombre annuel de décès liés aux chutes.

Cette sous-estimation des conséquences d'une chute peut être préjudiciable pour la prise en charge. En effet, une chute sans lésion traumatique, d'allure anodine peut représenter un véritable signal d'alerte chez la personne âgée.

La signification de chuteur récidivant est également méconnue. Trois médecins sur 4 définissent la récurrence par la survenue de deux chutes en moins de 6 mois.

Cette mauvaise évaluation a des répercussions directes sur la prise en charge des patients. Elle peut expliquer en partie le manque de réactivité de certains médecins généralistes et la prise en charge parfois retardée ou inadaptée.

Concernant la fréquence de dépistage 3 médecins sur 4 pensent que cela doit être réalisé à chaque consultation. Les médecins généralistes ont conscience de l'importance de cet élément dans la prise en charge.

Aussi, une meilleure appréciation de la gravité d'une chute permettrait d'initier plus rapidement une prise en charge adaptée et efficace.

4.2 Connaissances médicales

FACTEURS DE RISQUE DE RECIDIVES ET FACTEURS DE GRAVITE EN CAS DE NOUVELLE CHUTE

Les facteurs de risque de récurrences et de gravité en cas de nouvelle chute sont bien énumérés par la majorité des médecins. Il est important pour eux de les avoir en tête afin d'y remédier le plus tôt possible (traitement d'une ostéoporose, prise en charge du syndrome post-chute...).

La littérature souligne l'importance de dépister et corriger précocement ces facteurs afin de prévenir la récurrence ou la gravité d'une récurrence en cas de nouvelle chute (23–25).

LES CONFERENCES DE CONSENSUS DE L'HAS SUR LA CHUTE

Ces recommandations existent depuis 7 ans pour la première et 3 ans pour la seconde. Malgré l'incitation à la formation médicale continue, elles sont inconnues par 3 médecins sur 4. Le défaut de diffusion des informations et l'utilisation de nouveaux moyens de communication sont à discuter. Comment encourager les médecins généralistes, noyés sous les informations à les lire ?

LA CONSULTATION DE LA CHUTE

Nous avons été surpris par la méconnaissance de cette consultation spécialisée qui existe pourtant depuis 16 ans. Ainsi, ils ne sont que 40.5% à connaître son existence.

Elle se révèle être une aide importante à leur pratique quotidienne. Ils sont 9 sur 10 à dire que cette consultation a amélioré la prise en charge et à vouloir continuer à y adresser des patients. Deux critiques cependant, le délai du rendez-vous est jugé trop long dans 62.2% et l'accès difficile pour 51.1% des médecins interrogés.

Cette méconnaissance est imputable à un défaut d'information auprès des médecins. Le préjudice pour les patients n'est pas négligeable, beaucoup de praticiens ressentant le besoin d'être aidés.

Il est important de diffuser son existence à l'aide de courrier ou de campagnes d'informations. A titre d'exemple, le 7 et 8 juin 2012 se sont tenues les 32^{èmes} journées de formation de l'APHJPA (Association Pour la Promotion des Hôpitaux de Jour pour Personnes Agées) avec comme thème « la chute : « évaluation, prévention et soins en hôpital de jour gériatrique ». Il serait intéressant d'évaluer l'impact de cette initiative dans notre population de médecins.

Le nombre de patients âgés chuteurs va augmenter avec le vieillissement de la population. Afin de répondre aux besoins des patients, le développement de cette consultation spécialisée dans notre région semble nécessaire.

L'HOSPITALISATION EN SOINS DE SUITE ET READAPTATION

En dépit d'un fort taux d'abstention, 4 médecins sur 10 pensent qu'une hospitalisation en SSR est favorable alors que 2 médecins sur 10 affirment le contraire. Les médecins s'avèrent globalement satisfaits d'une hospitalisation dans un tel service. Une partie d'entre eux semble ignorer la signification du terme SSR. Afin de bien orienter les patients il est important d'informer sur les différents éléments de la filière gériatrique et leurs rôles respectifs.

Les patients devraient y être rapidement acceptés et les entrées directes favorisées. Le passage dans un SSR, au-delà d'un bilan de chute apportera une évaluation cognitive, nutritionnelle et sociale non négligeable.

4.3 Prise en charge médicale

EVALUATION DE LA MARCHÉ

Les troubles de la marche et de l'équilibre sont fréquemment recherchés (95.5%) à travers l'observation de la marche des patients âgés (93.5%). Plus d'un praticien sur quatre n'utilisent que cette méthode. Cependant elle ne permet pas à elle seule, de dépister tous les patients à risque de chute. La variabilité du pas serait un marqueur plus sensible et spécifique mais elle n'a pas été évoquée dans notre travail (34).

Très peu de médecins généralistes se servent des tests validés. L'appui unipodal et le Timed Up and Go Test sont utilisés par un médecin sur trois, la poussée sternale par 1 médecin sur 4. Le test de Tinetti n'est quasi jamais pratiqué, probablement du fait de sa complexité.

Face aux récurrences de chute, l'appui unipodal (43.2%) et le Timed Up and Go Test (25.2%) restent insuffisamment effectués. Cette sous utilisation des outils s'explique peut être par la méconnaissance de leur existence, de leur réalisation ou de leur interprétation. Très utiles, ils sont pourtant facilement réalisables au cabinet et peu chronophages. Le Timed Up and Go Test serait plus approprié chez la personne âgée fragile ou utilisant une aide technique alors que l'appui unipodal serait plus adapté pour les personnes âgées valides (35).

KINESITHERAPIE

Le kinésithérapeute est le spécialiste le plus sollicité dans la prise en charge des patients chuteurs (78.4%). Notre étude montre que 80.2% des médecins instaurent de la kinésithérapie chez les patients chuteurs récidivants, mais dans des proportions variables. Le délai d'initiation chez un tiers des praticiens est très précoce (moins de trois jours), plus tardif pour un médecin sur cinq (plus de 15 jours). Un tiers des personnes âgées ont peur de tomber après une chute (29). La prévalence de la peur de chuter varie de 20 à 85% selon les études et entraîne une restriction d'activités (15). Il est donc nécessaire et indispensable de lutter contre cette manifestation et son évolution vers un syndrome post chute ou syndrome de désadaptation psychomotrice. Le kinésithérapeute va permettre de réassurer le patient à la marche, d'éviter le syndrome post chute, la récurrence et la perte d'autonomie (25,33).

Il a été prouvé qu'une association travail de la force musculaire des membres inférieurs et travail de l'équilibre réalisée à un groupe de patients était bénéfique, alors qu'une activité physique non spécifique ne l'était pas (36). L'instauration de programme d'exercice est vivement recommandée. Le risque et le nombre de chute sont réduits de façon significative(7,19,22–25,28,31–33,36).

Conformément aux recommandations, les aides techniques sont souvent prescrites (78.4%) alors que les protecteurs de hanche et les bas de contention le sont peu (23).

ENVIRONNEMENT

Plus de 3 médecins sur 4 recherchent un environnement inadapté et pensent à modifier le lieu de vie de leurs patients âgés récidivants. Mais les ergothérapeutes sont rarement requis en pratique (10.8%), essentiellement du fait de leur faible accessibilité en ville d'après les médecins interrogés. L'étude Epac (Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante) a montré que 78% des chutes de la personne âgée se passent au domicile (2). Le médecin généraliste a l'avantage de pouvoir faire des visites chez ses patients âgés. Il peut juger de l'habitat et apporter quelques conseils simples (enlever les tapis, modifier le positionnement des meubles...).

Il n'est actuellement pas établi que des interventions réalisées à la maison réduisent de façon significative les chutes et le risque de chute (32). Elles seraient toutefois efficaces chez les personnes à fort risque de chute et chez les patients présentant

des troubles de la vision (37–39). Malgré tout il est recommandé de modifier l'environnement pour le rendre plus adapté à la mobilité du patient (19,22–25,32).

IATROGENIE ET POLYMEDICATION

Dans notre étude les médecins pensent fréquemment à une cause iatrogène (86%). Ils sont plus de 9 sur 10 à réviser l'ordonnance de leur patient lors d'une récurrence de chute. La polymédication, qui correspond à la prise quotidienne de plus de quatre thérapeutiques, est très fréquente chez les personnes âgées. C'est un facteur de risque de chute bien connu (19,40). Certaines classes thérapeutiques sont plus spécifiquement incriminées : psychotropes, antihypertenseurs (3,21,23,24).

ÉTILOGIE CARDIOLOGIQUE

Les médecins pensent rapidement à une origine cardiaque lors d'une chute. Ils sont 4 sur 5 à rechercher une hypotension orthostatique. L'ECG est le deuxième examen prescrit par plus de 6 médecins sur 10 chez les patients récidivants. Ils sont moins nombreux à réaliser un holter ECG (28.8%), un holter tensionnel (19.8) et une échographie cardiaque (3.6%), ce qui est en accord avec les recommandations. Les cardiologues représentent la première consultation médicale où le médecin adresse son patient (65.9%). La littérature montre clairement le rôle de l'hypotension orthostatique, de syncope, de troubles du rythme dans les chutes et le bénéfice d'un traitement adapté (40).

ÉTILOGIE NEUROLOGIQUE

Les médecins pensent facilement aux causes neurologiques. Un examen neurologique est réalisé par 71.2% des médecins, les troubles sensitifs et moteurs recherchés par respectivement 60.4 et 64% des patients présentant des chutes répétées. Les examens neurologiques sont peu prescrits en systématique, l'échographie-doppler des TSA chez 44.1% des médecins et la TDM cérébrale chez 24.3%, en adéquation avec les recommandations. Les neurologues sont sollicités par plus d'un médecin sur 2 afin d'éliminer une pathologie vasculaire, épileptique ou une neuropathie. Ces différentes pathologies sont associées à des symptômes tels que vertiges, troubles de l'équilibre, troubles de la vision, qui sont parmi les facteurs de risque reconnus de chute (3,24,40).

Par contre le syndrome confusionnel reste peu recherché (36%) alors qu'il s'agit d'un facteur de risque important de chute et d'un des principaux syndromes gériatriques (40). Nous pouvons nous étonner de ce résultat compte tenu de la fréquence à laquelle les médecins généralistes y sont confrontés.

Le syndrome dépressif n'est recherché que par 20.7% des praticiens.

La dépression est en effet un facteur de risque de chute bien identifié. Elle entraîne des anomalies de posture pouvant prédisposer aux chutes (41). Les personnes dépressives ont une vitesse du pas plus lente, une longueur du pas plus courte et un double appui plus long (42). Ainsi elle accroît le nombre de fractures via l'augmentation du nombre de chute (43). Il est important de rechercher ce syndrome à l'aide d'outils validés comme la GDS ou mini GDS.

Dans notre étude, le déclin cognitif est recherché par moins d'un praticien sur deux. Le MMS effectué par seulement 27% des médecins chez les chuteurs récidivants. Or il est un facteur de risque de chute avéré. L'altération des fonctions exécutives accroît le risque de chute (44). En effet les systèmes moteurs et sensoriels requis à la planification des mouvements, à l'attention et à l'interaction avec l'environnement sont liés aux fonctions cognitives qui jouent un rôle clef dans la coordination de la marche.

Le déclin cognitif et le syndrome dépressif sont des facteurs de risque de chute avérés et fréquents. L'incidence de la chute peut être doublée voir triplée par rapport à une personne non atteinte (3). Ils sont ici sous estimés et donc sous évalués. Difficilement détectables lorsque les symptômes sont légers, ils restent cependant importants à rechercher.

Les troubles visuels, fréquents avec l'âge, sont bien recherchés par 3 médecins sur 4. Leur prise en charge peut être rapide et bénéfique (chirurgie de la cataracte, lunettes...) (45).

ÉTIOLOGIE RHUMATOLOGIQUE

Les praticiens sous estiment également l'importance des anomalies des pieds et de l'arthrose, environ 30% d'entre eux. Or, ces troubles peuvent être très invalidants chez certains patients, à l'origine de douleurs, de troubles de la marche et de chutes.

Les pathologies rhumatologiques sont fréquentes dans cette population. Les patients sont pourtant peu adressés aux rhumatologues (seulement un médecin sur 4 les sollicite). Par contre, ils sont 64% à modifier le chaussage de leurs patients.

La recherche d'une ostéoporose, d'une carence en vitamine D et sa supplémentation sont réalisées par environ 40% des médecins. Les données de la littérature démontrent qu'une supplémentation en vitamine D réduit de façon significative le nombre de chutes, le risque de chute mais aussi le nombre de fractures (32,39,46–49).

ETIOLOGIE METABOLIQUE

Près de 6 médecins sur 10 pensent à une cause métabolique. Les médecins sont 63.1% à réaliser une NFS, 54.1% une HbA1C, 51.4% une natrémie et 30.6% une calcémie chez leur patients chuteurs récidivants. Il est essentiel d'éliminer des troubles métaboliques particulièrement une hyponatrémie ou une hypoglycémie chez le sujet diabétique (28,29).

PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE

Les gériatres sont sollicités par seulement un médecin sur deux. Ce chiffre pourrait être augmenté par une meilleure connaissance de la consultation spécialisée de la chute. La gériatrie n'est pas une discipline couramment retrouvée dans le secteur libéral, elle a pourtant l'intérêt de réaliser une prise en charge globale. Les médecins généralistes n'ont peut être pas l'habitude de les solliciter comme ils le font pour les spécialistes avec lesquels ils travaillent en réseau.

RECOURS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Les quatre motifs principaux évoqués par les médecins pour adresser un patient au SAU sont la présence d'une lésion traumatique, d'une perte de connaissance, d'un examen neurologique anormal, d'un traumatisme crânien.

Pour un nombre non négligeable, la description d'un « malaise » (47.8%), l'isolement social (46%) et/ou un temps passé au sol supérieur à 15 minutes nécessitent un transfert.

Les praticiens envoient donc leurs patients selon la gravité, le risque de récurrence et le contexte social. Ils sont nombreux à intervenir dans les questions libres à ce sujet.

Nombre d'entre eux estiment que leur courrier médical n'est pas assez pris en compte aux urgences. Le retour à domicile est jugé trop systématique et trop précoce.

INTERET D'UNE FORMATION GERIATRIQUE

La comparaison des différentes populations de médecins permet d'observer le bénéfice des formations médicales complémentaires. Les médecins généralistes détenteurs d'un diplôme universitaire en gériatrie ont un meilleur résultat. Ils sont cependant peu nombreux, 9.9%, ce qui rend délicate l'interprétation des résultats.

Les facteurs précipitants et prédisposants sont plutôt bien recherchés par les médecins généralistes. Les examens effectués et les interventions menées chez les patients âgés chuteurs récidivants correspondent relativement bien aux recommandations de la littérature actuelle.

Cependant le syndrome confusionnel, le syndrome dépressif, les troubles cognitifs, les anomalies des pieds et l'arthrose sont négligés. Les tests de la marche et de l'équilibre restent sous utilisés, ainsi que la réalisation du MMS, du dosage et de la supplémentation de vitamine D.

Les questions ouvertes mettent en exergue deux points importants. D'une part, les médecins pensent méconnaître les examens à réaliser et sont hésitants concernant leur prise en charge. D'autre part, l'expérience personnelle prédomine sur l'application des recommandations. Elle leur garantit pourtant un résultat satisfaisant.

4.4 Difficultés rencontrées au cours de leur prise en charge

PAR QUI SONT ILS ALERTES ?

Pour prendre en charge de façon correcte un patient chuteur, le médecin doit être informé de l'épisode de chute. Or, une partie des patients ne rapporte pas leur chute (21). Une étude de 2009 montre que seulement la moitié des patients chuteurs

bénéficiaire de l'assurance maladie aux Etats Unis (48%) parlait de leur chute à un professionnel de santé (50).

Il ressort deux intervenants principaux dans l'annonce d'une chute: la famille pour 69.4% des médecins, suivi du patient lui-même pour 55%.

Pour le médecin ce n'est pas toujours le patient qui rapporte l'épisode de chute. Les réponses libres évoquent cette difficulté pour les praticiens à faire comprendre la gravité d'une chute.

Ils sont nombreux à vouloir qu'une information soit faite par les médias et les pouvoirs publics sur ce phénomène afin que les patients et leur entourage soient sensibilisés. L'aide ménagère et l'infirmière sont rarement citées, elles sont pourtant au contact du patient de façon très rapprochée. Il paraît primordial de les impliquer dans la prise en charge, particulièrement chez les patients isolés.

LA CAPACITE A PRENDRE EN CHARGE

Malgré une prise en charge plutôt correcte, 9 médecins sur 10 se considèrent inaptes à agir seul et ressentent le besoin d'être aidé. Cette enquête révèle les difficultés posées par la chute en médecine générale et la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire.

LES LIMITES EVOQUEES

La première limite citée est le manque de temps. Selon la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) une consultation en médecine générale dure en moyenne 16mn (51).

La chute est un phénomène complexe et multifactoriel. Sa prise en charge est basée sur la prévention primaire et secondaire qui est chronophage et implique plusieurs consultations (examen clinique, adaptation du domicile, explication au patient...).

Le dépistage peut se faire très rapidement, dès la première consultation. Il s'agirait pour les médecins généralistes d'avoir un outil succinct et applicable en quelques minutes permettant ce dépistage et la mise en œuvre rapide de moyens.

La deuxième limite évoquée est un manque de moyen. Certains médecins expriment un défaut de reconnaissance de leur profession. La création d'une consultation de la chute réalisable par les médecins généralistes et valorisée par une meilleure cotation est une requête récurrente.

L'observance des patients est également signalée. Comme nous venons de le voir, ils sont nombreux par méconnaissance de la gravité ou refus à ne pas s'impliquer dans la prise en charge.

Le manque de formation est énoncé par 1 médecin sur 3. Ils se sentent mal à l'aise face à ce problème de chute soit par manque de formation initiale pendant leurs études, soit par un enseignement trop théorique. Beaucoup d'entre eux disent avoir appris sur le terrain. Ils sont en demande de formations médicales continues sur le sujet, en précisant qu'elles doivent être très pratiques. Leurs compétences doivent être réassurées.

La moitié d'entre eux souhaite connaître les réponses correctes au questionnaire mettant en évidence leur implication et leur intérêt dans la prise en charge.

5. POINTS FORTS ET FAIBLES DE L'ETUDE

5.1 Points forts

Nous avons obtenu 111 réponses soit 22.7%. Les questionnaires étaient remplis complètement par 98 praticiens.

Nous sommes marqués par l'enthousiasme des médecins généralistes et le nombre élevé de réponses aux questions ouvertes. Ils paraissent impliqués dans la prise en charge et en quête d'améliorer leurs pratiques. Plus d'un praticien sur 2 souhaitait récupérer les réponses correctes.

L'âge d'exercice des praticiens et le type de patientèle sont plutôt variés.

Nous espérons avoir sensibilisé et suscité l'intérêt des médecins généralistes à la problématique des chutes. La connaissance de l'existence des recommandations HAS et de la consultation spécialisée de la chute facilitera peut être leur pratique.

Cette étude a permis de faire un point précis sur l'état actuel des prises en charge et des attentes des médecins de la métropole lilloise.

5.2 Points faibles

Il s'agit d'une étude descriptive avec des biais de sélection. Les médecins qui ont répondu, sont probablement les plus impliqués, ou les plus intéressés. Nous comptons évidemment sur leur bonne foi puisqu'il s'agit d'une auto-évaluation.

De plus les patientèles sont à faible proportion de personnes âgées.

Notre échantillon est modeste (111 médecins), ce qui rend l'analyse statistique d'interprétation délicate, la puissance de l'étude étant faible. Obtenir un taux de réponse plus élevé est difficile dans ce type d'enquête. Les médecins généralistes se plaignent du temps que cela leur prend.

Notre évaluation des médecins généralistes par notre système de notation du questionnaire est arbitraire. Les points ont été attribués de manière subjective en nous appuyant sur les recommandations.

Par ailleurs, les réponses auraient probablement été toutes autres si à la place de questions à choix multiples nous avons utilisé des réponses libres. Cependant le temps de remplissage en aurait été bien allongé et le nombre de réponse réduit.

A la lecture des réponses, nous nous sommes rendu compte que 2 questions auraient mérité d'être mieux posées. A la question « il est recommandé de demander à une personne si elle chute », nous aurions dû poser « utilisez-vous la question « avez-vous chuté dans l'année écoulée ? » » puisque c'est l'intitulé exact des recommandations et évaluer si la réponse était jamais, parfois, souvent, toujours. Par ailleurs, 40.6% des médecins ne se sont pas prononcés sur la question évoquant l'utilité d'un SSR, d'après nous pour deux motifs principaux. Le premier est sa place dans le questionnaire. Elle était placée derrière les 6 questions qui concernaient la consultation spécialisée de la chute. Les médecins ne connaissant pas cette consultation ont pu involontairement sauter cette question. Le deuxième est de ne pas avoir précisé le terme SSR. Il n'était pas connu par certains praticiens. Deux médecins l'ont entouré et mis un point d'interrogation à côté. Quelques termes étaient également inappropriés comme le terme « malaise » qui n'est pas un terme médical.

6. PERSPECTIVES

Il est ici convenu de reprendre les éléments majeurs où il faut agir :

- Mettre en place des FMC sur le sujet avec :
 - un rappel systématique des recommandations HAS avec explications claires et pratiques.
 - un rappel des différentes filières de soins gériatrique (médecine aigue gériatrique, SSR, EHPAD, USLD, consultation spécialisée de la chute).
 - informer sur les tests faciles à appliquer en cabinet d'évaluation de la marche et de l'équilibre afin qu'ils soient plus utilisés et donc de permettre un meilleur dépistage des sujets a risques.
 - renforcer la connaissance des facteurs précipitants en accentuant sur le syndrome confusionnel et prédisposants en insistant sur le syndrome dépressif, les troubles cognitifs, l'arthrose des membres inférieurs et les anomalies des pieds.
 - renforcer la connaissance des examens complémentaires à réaliser de façon systématique et ceux à ne réaliser qu'au cas par cas.
 - renforcer la connaissance des interventions à réaliser chez un patient chuteur récidivant, insister sur la recherche et la supplémentation en vitamine D ainsi que la recherche d'une ostéoporose.
 - proposer une plaquette résumant les principales actions à mener devant un patient chuteur récidivant, adresser des plaquettes informatives en complément du courrier de sortie des patients hospitalisées dans le cadre d'une chute.
- Renforcer la formation professionnelle des personnels concernés (médecin traitant, urgentiste, infirmière à domicile, kinésithérapeute, aides ménagères...).
- Diffuser l'existence de la consultation spécialisée de la chute. Parallèlement développer des moyens permettant de répondre rapidement et efficacement à la demande des médecins généralistes (campagne de promotion, affiche,

envoi de plaquette expliquant la prise en charge et les coordonnées à tous les médecins du Nord Pas de Calais, numéro vert, multiplication des centres proposant cette consultation...).

- Créer un outil simple, réalisable en quelques minutes permettant de détecter les sujets à risque de chute. Ce test devrait être semblable au mini-GDS ou au MMS.
- Favoriser la prescription de la kinésithérapie de façon précoce et systématique chez tout patient chuteur.
- Favoriser les réseaux médecine ambulatoire - hôpital et les interactions entre les différents intervenants.
- Développer les filières de soins gériatriques (médecine aigue gériatrique, SSR, EHPAD, USLD). Favoriser les entrées directes en SSR.
- Créer une cotation mieux rémunérée pour une consultation faite en médecine de ville avec un bilan systématique à réaliser à partir d'un certain âge.
- Informer les patients, les familles, leur entourage, le grand public. Par exemple en créant de grandes campagnes de prévention sur le sujet (spot publicitaires, affiches...).

7. CONCLUSION

Les conséquences des chutes sont sous estimées par les médecins généralistes.

Leur prise en charge des patients âgés chuteurs se réfère plus à leur expérience personnelle qu'aux recommandations officielles. Bien qu'ils expriment le besoin d'être aidés, leurs connaissances sur le sujet sont relativement bonnes.

Certaines pratiques sont à renforcer, tel que l'utilisation des tests de la marche, la supplémentation en vitamine D, la recherche d'une ostéoporose, d'un syndrome confusionnel, d'un syndrome dépressif ou de troubles cognitifs chez les patients chuteurs récidivants. La kinésithérapie doit être prescrite plus systématiquement et plus précocement.

Il est important de développer les différentes filières gériatriques ainsi que la consultation spécialisée de la chute et d'informer les médecins sur leur existence. La formation médicale doit apporter une conduite à tenir pratique (examens complémentaires, interventions à réaliser).

L'implication des pouvoirs publics est évidemment indispensable (campagnes sanitaires d'informations, majoration des moyens).

Le but est de diminuer l'incidence des chutes chez les personnes âgées, afin de réduire les décès, les traumatismes, les hospitalisations, les pertes d'autonomie, les institutionnalisations et donc d'avoir un impact conséquent sur les dépenses de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Insee - Population - Evolution de l'espérance de vie à divers âges [Internet]. [cited 2012 Aug 30]. Available from: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229
2. InVS | BEH n°37-38- 2 octobre. Numéro thématique - Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. [cited 2012 Aug 30]. Available from: http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/index.htm
3. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N. Engl. J. Med.* 1988 Dec 29;319(26):1701–7.
4. Gill T, Taylor AW, Pengelly A. A population-based survey of factors relating to the prevalence of falls in older people. *Gerontology.* 2005 Oct;51(5):340–5.
5. Stalenhoef PA, Diederiks JP., de Witte LP, Schirricke KH, Crebolder HFJ. Impact of gait problems and falls on functioning in independent living persons of 55 years and over: a community survey. *Patient Education and Counseling.* 1999 Jan 1;36(1):23–31.
6. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study. *JAMA.* 1989 May 12;261(18):2663–8.
7. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. *J Am Geriatr Soc.* 2002 May;50(5):905–11.
8. Suttanon P, Hill KD, Said CM, Logiudice D, Lautenschlager NT, Dodd KJ. Balance and mobility dysfunction and falls risk in older people with mild to moderate Alzheimer disease. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012 Jan;91(1):12–23.
9. Morris JC, Rubin EH, Morris EJ, Mandel SA. Senile dementia of the Alzheimer's type: an important risk factor for serious falls. *J Gerontol.* 1987 Jul;42(4):412–7.
10. Czerwiński E, Białoszewski D, Borowy P, Kumorek A, Białoszewski A. Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2008 Oct;10(5):419–28.
11. Berg WP, Alessio HM, Mills EM, Tong C. Circumstances and consequences of falls in independent community-dwelling older adults. *Age Ageing.* 1997 Jul 1;26(4):261–8.
12. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Jan;39(1):46–52.
13. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol.* 1991 Sep;46(5):M164–170.

14. Sattin RW, Lambert Huber DA, DeVito CA, Rodriguez JG, Ros A, Bacchelli S, et al. The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. *Am. J. Epidemiol.* 1990 Jun;131(6):1028–37.
15. Gaxatte C, Nguyen T, Chourabi F, Salleron J, Pardessus V, Delabrière I, et al. Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation. *Ann Phys Rehabil Med.* 2011 Jun;54(4):248–58.
16. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing.* 1997 May 1;26(3):189–93.
17. Fransen M, Woodward M, Norton R, Robinson E, Butler M, Campbell AJ. Excess mortality or institutionalization after hip fracture: men are at greater risk than women. *J Am Geriatr Soc.* 2002 Apr;50(4):685–90.
18. Tromp AM, Pluijm SM, Smit JH, Deeg DJ, Bouter LM, Lips P. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol.* 2001 Aug;54(8):837–44.
19. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N. Engl. J. Med.* 2003 Jan 2;348(1):42–9.
20. Pluijm SMF, Smit JH, Tromp EAM, Stel VS, Deeg DJH, Bouter LM, et al. A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos Int.* 2006;17(3):417–25.
21. Wild D, Nayak US, Isaacs B. How dangerous are falls in old people at home? *British Medical Journal (Clinical research ed.).* 1981 Jan 24;282(6260):266.
22. Haute Autorité de Santé - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. [cited 2012 Sep 1]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
23. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. [cited 2012 Sep 1]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
24. Society AG, Society G, Of AA, On Falls Prevention OSP. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2001;49(5):664–72.
25. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jan;59(1):148–57.
26. Dunn JE, Rudberg MA, Furner SE, Cassel CK. Mortality, disability, and falls in older persons: the role of underlying disease and disability. *American Journal of Public Health.* 1992 Mar;82(3):395.

27. Donald IP, Bulpitt CJ. The prognosis of falls in elderly people living at home. *Age Ageing*. 1999 Mar 1;28(2):121–5.
28. Davison J, Bond J, Dawson P, Steen IN, Kenny RA. Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention—a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2005 Mar 1;34(2):162–8.
29. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N. Engl. J. Med.* 1994 Sep 29;331(13):821–7.
30. Steinberg M, Cartwright C, Peel N, Williams G. A sustainable programme to prevent falls and near falls in community dwelling older people: results of a randomised trial. *J Epidemiol Community Health*. 2000 Mar;54(3):227–32.
31. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD000340.
32. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD007146.
33. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar 20;328(7441):680.
34. Hausdorff JM, Rios DA, Edelberg HK. Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001 Aug;82(8):1050–6.
35. Vellas BJ, Rubenstein LZ, Ousset PJ, Faisant C, Kostek V, Nourhashemi F, et al. One-leg standing balance and functional status in a population of 512 community-living elderly persons. *Aging (Milano)*. 1997 Apr;9(1-2):95–8.
36. McMurdo ME, Millar AM, Daly F. A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes. *Gerontology*. 2000 Apr;46(2):83–7.
37. Campbell AJ, Robertson MC, La Grow SJ, Kerse NM, Sanderson GF, Jacobs RJ, et al. Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > or =75 with severe visual impairment: the VIP trial. *BMJ*. 2005 Oct 8;331(7520):817.
38. Pardessus V, Puisieux F, Di Pompeo C, Gaudefroy C, Thevenon A, Dewailly P. Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: a randomized trial study. *Am J Phys Med Rehabil*. 2002 Apr;81(4):247–52.
39. Al-Aama T. Falls in the elderly: spectrum and prevention. *Can Fam Physician*. 2011 Jul;57(7):771–6.
40. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 2006 Sep 1;35(Supplement 2):ii37–ii41.

41. Turcu A, Toubin S, Mourey F, D'Athis P, Manckoundia P, Pfitzenmeyer P. Falls and depression in older people. *Gerontology*. 2004 Oct;50(5):303–8.
42. Sloman L, Berridge M, Homatidis S, Hunter D, Duck T. Gait patterns of depressed patients and normal subjects. *Am J Psychiatry*. 1982 Jan;139(1):94–7.
43. Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS. Depression, falls, and risk of fracture in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch. Intern. Med*. 1999 Mar 8;159(5):484–90.
44. Muir SW, Gopaul K, Montero Odasso MM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2012 May;41(3):299–308.
45. Abdelhafiz AH, Austin CA. Visual factors should be assessed in older people presenting with falls or hip fracture. *Age Ageing*. 2003 Jan 1;32(1):26–30.
46. Chapuy MC, Arlot ME, Duboeuf F, Brun J, Crouzet B, Arnaud S, et al. Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in the elderly women. *N. Engl. J. Med*. 1992 Dec 3;327(23):1637–42.
47. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, et al. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA*. 2004 Apr 28;291(16):1999–2006.
48. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Giovannucci E, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 2005 May 11;293(18):2257–64.
49. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE, Stuck AE, Theiler R, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009;339:b3692.
50. Shumway-Cook A, Ciol MA, Hoffman J, Dudgeon BJ, Yorkston K, Chan L. Falls in the Medicare population: incidence, associated factors, and impact on health care. *Phys Ther*. 2009 Apr;89(4):324–32.
51. La durée des séances des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2012 Aug 31]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes,4409.html>

ANNEXE 1 : lettre d'information

Cher confrère,

Nous avons récemment pris en charge dans notre service de soins de suite et de réadaptation l'un de vos patients (tes).

Afin d'améliorer nos pratiques et dans le cadre de mon travail de thèse, je vous invite à répondre au questionnaire ci-joint. Nous souhaitons à l'aide de celui-ci évaluer la prise en charge en médecine de ville des patients âgés chuteurs ou à risque de chute.

Ce questionnaire est anonyme, simple, sa durée de remplissage est approximativement de 2 minutes.

Le but étant bien entendu d'améliorer notre prise en charge des patients âgés et de renforcer notre coopération confraternelle.

En vous remerciant pour votre participation

Sincères salutations

Thomas Gemar

PRISE EN CHARGE DE LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEÉE EN MEDECINE DE VILLE

1. Quelques questions sur vous

- Etes-vous ? Un homme Une femme
- Vous exercez depuis ? <10 ans 10-20 ans 20-30 ans >30 ans
- Combien de personnes de plus de 65 ans votre patientèle comprend-elle ? <25% 25-50% 50-75% >75%
- Avez-vous une formation complémentaire en Gériatrie ? DU Capacité Aucune
- Votre activité est ? Rurale Urbaine Mixte En EHPAD

2. Quelques généralités sur la chute

- Combien de décès par an sont imputables à une chute chez les plus de 65 ans ? 2000 4000 8000 10000
- Combien de sujets de plus de 65 ans présentent au moins une chute dans l'année ? 1 sur 2 1 sur 3 1 sur 4 1 sur 5
- Les chutes répétées sont à l'origine d'une institutionnalisation dans ? 5% 10% 20% 40%
- Il est recommandé de demander à une personne âgée si elle chute ? A chaque consultation Tous les 6 mois Tous les ans
- Un chuteur est dit "récidivant" quand il fait ? > 2 chutes/mois >2 chutes/semestre >2 chutes/an

3. Comment évaluez-vous la marche et l'équilibre de vos personnes âgées ?

- En les regardant marcher En réalisant le get up and go test En réalisant l'appui unipodal
- En réalisant le stop walking when talking test En réalisant la poussée sternale En réalisant le test de Tinetti
- Autre _____

4. Qui vous alerte le plus souvent d'une chute ?

- Le patient lui-même Sa famille L'infirmière
- Le kinésithérapeute L'aide ménagère
- Autre _____

5. Quels sont les facteurs de risque de récidive ?

- L'impossibilité de se relever du sol Un syndrome postchute
- L'ostéoporose L'isolement social
- L'augmentation de la fréquence des chutes La prise de médicaments anticoagulants

6. Quels sont les facteurs de risque de chute grave en cas de récidive ?

- L'impossibilité de se relever du sol Un syndrome postchute
- L'ostéoporose L'isolement social
- L'augmentation de la fréquence des chutes La prise de médicaments anticoagulants

- 7. Quels facteurs prédisposants de chute recherchez-vous systématiquement ?**
- La polymédication
 - Les troubles de la marche et de l'équilibre
 - L'arthrose des membres inférieurs
 - Une perte d'autonomie
 - Une dénutrition
 - Une baisse de l'acuité visuelle
 - Des troubles moteurs
 - Un syndrome dépressif
 - Des troubles cognitifs
 - Une baisse de l'acuité auditive
 - Des anomalies morphologiques des pieds
 - Des troubles de la sensibilité des membres inférieurs

- 8. Quels facteurs précipitants de chute recherchez-vous systématiquement ?**
- Une hypotension orthostatique
 - Un syndrome confusionnel
 - Des configurations inadaptées du lieu de vie
 - Des causes métaboliques

- 9. Que faites-vous devant tout patient chuteur récidivant ?**
- Un examen neurologique complet
 - MMS
 - Appui monopodal
 - Timed up and go test
 - NFS
 - CRP
 - Na
 - Ca
 - TSH
 - Albuminémie
 - 25OH vitamine D
 - HBA1C si diabétique
 - EEG
 - TDM cérébral
 - Echo-doppler des TSA
 - ECG
 - Holter TA
 - Holter ECG
 - ETT

- 10. Quelles sont les interventions à réaliser chez un patient chuteur à répétition ?**
- Réviser l'ordonnance
 - Vérifier/Améliorer le chaussage
 - Adresser en consultation spécialisée
 - Mettre en place des protecteurs de hanche
 - Rechercher une ostéoporose
 - Prescrire des bas de contention
 - Instaurer des aides techniques (cane, déambulateur)
 - Recharger en vitamine D
 - Débuter une kinésithérapie
 - Modifier l'environnement

- 11. Face au patient chuteur :**
- Quand adressez-vous aux urgences un patient âgé chuteur ?
- systématiquement
 - jamais
 - si lésions traumatiques suspectées
 - si isolement social
 - si malaise
 - si traumatisme crânien
 - si perte de connaissance
 - si vertige
 - si examen neurologique anormal
 - si le temps passé au sol au sol >15 mns
- Vous sentez-vous apte à faire l'ensemble de la prise en charge seul ?
- Oui
 - Non
- Ressentez-vous le besoin d'être aidé ?
- Oui
 - Non
- Connaissez-vous l'existence de recommandations de l'HAS sur la chute ?
- Oui
 - Non
- Quels spécialistes faites-vous intervenir ?
- Rhumatologue
 - Geriatre
 - Cardiologue
 - Neurologue
 - Kinésithérapeute
 - Ergothérapeute
- Combien de vos patients chuteurs bénéficient de kinésithérapie ?
- Dans quel délai l'initiez-vous ?
- <25%
- entre 25 et 50%
- entre 50 et 75%
- >75%
- _____ jours

ANNEXE 3 : Les facteurs de risque de récurrence et de chute grave en cas de récurrence (23)

Les facteurs de risque de récurrence :
<ul style="list-style-type: none">- Une augmentation récente de la fréquence des chutes au cours des dernières semaines.- Un nombre de facteur de risque de chute supérieur à trois.- Une station unipodale < 5 secondes et un timed up and go test > 20 secondes.
Les facteurs exposant à un risque de récurrence de chute grave:
<ul style="list-style-type: none">- La peur de chuter et une restriction de la vie quotidienne- L'existence d'un syndrome postchute
Les facteurs de risque de chute grave en cas de récurrence :
<ul style="list-style-type: none">- L'ostéoporose sévère définie par un T-score < -2.5 DS sur l'ostéodensitométrie et/ou antécédents de fracture ostéoporotique.- La prise de médicaments anticoagulants- L'isolement social et/ou vivre seul

ANNEXE 4 : Les différents tests d'analyse de marche

a) Le test unipodal

Rapide et efficace, ce test consiste à tenir en équilibre sur une jambe. Il est considéré comme anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes.

b) Le Timed Up and Go Test

Ce test évalue globalement la marche et l'équilibre dynamique du patient.

Il consiste à mesurer le temps (exprimé en seconde) mis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir.

Le sujet doit utiliser ses chaussures habituelles, il a le droit pour se lever de s'aider des accoudoirs, et d'utiliser son aide matérielle habituelle lors de la marche (canne, déambulateur...).

Le test est considéré comme pathologique pour une valeur supérieure à 20 secondes.

Le déficit de mobilité commence au delà de 20 secondes et devient important au delà de 29 secondes.

c) La poussée sternale

Il s'agit de réaliser une poussée sternale sur le sujet, un déséquilibre à la poussée est prédictif du risque de chute.

d) Le stop walking when talking test

Il s'agit de faire marcher la personne et de la faire parler en même temps. On retrouve des difficultés à réaliser les deux tâches en même temps chez les patients à risque de chute.

Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention.

e) Le test de Tinetti

Plus long à faire, ce test comprend 9 épreuves analysant l'équilibre (cotées sur 16) et 7 épreuves analysant la marche (cotées sur 12). Chaque épreuve est cotée 0 (anormal) ou 1 (normal). Un score < à 20/28 montre un risque de chute élevé.

ANNEXE 5 : Facteurs prédisposants de chute (23)

FACTEURS PREDISPOSANTS

- âge > 80 ans
- sexe féminin
- des antécédents de fractures traumatiques
- la polymédication (> 4 médicaments)
- la prise de psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs, neuroleptiques)
- la prise de médicaments cardiovasculaires (diurétique, digoxine, anti arythmique de classe I)
- la présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre
- la diminution de la force et/ou de la puissance musculaire
- l'arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- les anomalies des pieds
- les troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- la baisse de l'acuité visuelle
- un syndrome dépressif
- un déclin cognitif

ANNEXE 6 : Facteurs précipitants de chute (23)

FACTEURS PRECIPITANTS INTRINSEQUES

Causes vasculaire :

- hypotension orthostatique
- malaise vaso-vagal
- hypersensibilité sino-carotidienne
- drop attack
- vol sous-clavier

Causes cardiaque :

- troubles du rythme cardiaque paroxystique supra-ventriculaires et ventriculaires
- troubles de la conduction (BAV 2 et 3)
- infarctus du myocarde
- embolie pulmonaire
- sténose aortique serrée

Causes neurologiques :

- accident vasculaire cérébral
- état confusionnel
- hématome sous-dural
- crise convulsive

Causes métaboliques :

- hypo et hyperkaliémie
- hyponatrémie
- hypoglycémie
- hypercalcémie

FACTEURS PRECIPITANTS EXTRINSEQUES

Habillement :

- chaussures inadaptés
- vêtements trop longs

Mobilier :

- fauteuil/lit trop haut ou trop bas

Obstacles au sol :

- tapis
- fils électriques
- carrelage
- revêtement du sol irrégulier ou décollé

Conditions locales dangereuses ou inadaptées :

- mauvais éclairage
- baignoire glissante
- sol humide ou glissant
- toilettes inadaptés

ANNEXE 7 : Examens complémentaires à réaliser chez un patient chuteur récidivant (23)

EXAMENS COMPLEMENTAIRES A REALISER
<ul style="list-style-type: none">- Ionogramme sanguin- Dosage sérique de la vitamine D- Hémogramme en cas de signes d'appel d'anémie- ECG en cas de signes d'appel cardiaque- HbA1c chez la personne diabétique- MMS- Appui monopodal- Timed up and go- BMI ou Albuminémie
EXAMENS A NE PAS REALISER SYSTEMATIQUEMENT
<ul style="list-style-type: none">- EEG- Imagerie cérébrale- Echo-doppler des artères cérébrales- Holter-ECG des 24 heures- Echographie cardiaque

ANNEXE 8 : Interventions à réaliser chez un patient chuteur récidivant (23)

INTERVENTIONS A REALISER CHEZ UN PATIENT CHUTEUR RECIDIVANT

- Evaluation multifactorielle
- Révision de la prescription médicamenteuse
- Correction/traitement des facteurs prédisposants et précipitants
- Apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 gramme par jour
- Correction d'une éventuelle carence en vitamine D
- Débuter un traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée
- Education de la personne âgée et de ses aidants
- Prescrire des séances de kinésithérapie
- Poursuivre des exercices d'auto rééducation
- Pratique régulière de la marche et/ou autre activité physique
- Utilisation d'une aide technique à la marche adaptée
- Port de chaussures à talons larges et bas

PRISE EN CHARGE DE LA CHUTE DE LA PERSONNE AGEÉE EN MÉDECINE DE VILLE

1. Quelques questions sur vous

- Etes-vous ? Un homme Une femme
- Vous exercez depuis ? <10 ans 10-20 ans 20-30 ans >30 ans
- Combien de personnes de plus de 65 ans votre patientèle comprend-elle ? <25% 25-50% 50-75% >75%
- Avez-vous une formation complémentaire en Gériatrie ? OUI NON
- Quelle est votre activité ? Urbaine Mixte En EHPAD

2. Quelques généralités sur la chute (5 points)

- Combien de décès par an sont imputables à une chute chez les plus de 65 ans ? 2000 4000 8000 (1) 10000 (1)
- Combien de sujets de plus de 65 ans présentent au moins une chute dans l'année ? 1 sur 2 1 sur 3 (1) 1 sur 4 1 sur 5
- Les chutes répétées sont à l'origine d'une institutionnalisation dans ? 5% 10% 20% 40% (1)
- Il est recommandé de demander à une personne âgée si elle chute ? A chaque consultation (1) Tous les 6 mois Tous les ans
- Un chuteur est dit "récidivant" quand il fait ? > 2 chutes/mois >2 chutes/semestre >2 chutes/an (1)

3. Comment évaluez-vous la marche et l'équilibre de vos personnes âgées ? (3,5 points)

- En les regardant marcher En réalisant le get up and go test (1)
- En réalisant le stop walking when talking test (0,5) En réalisant la poussée sternale (0,5)
- Autre _____ En réalisant l'appui unipodal (1)
- En réalisant le test de Tinetti (0,5)

4. Qui vous alerte le plus souvent d'une chute ?

- Le patient lui-même Sa famille
- Le kinésithérapeute L'aide ménagère
- Autre _____ L'infirmière

5. Quels sont les facteurs de risque de récurrence ? (3 points)

- L'impossibilité de se relever du sol (1) Un syndrome postchute (1)
- L'ostéoporose L'isolement social
- L'augmentation de la fréquence des chutes (1) La prise de médicaments anticoagulants

6. Quels sont les facteurs de risque de chute grave en cas de récurrence ? (3 points)

- L'impossibilité de se relever du sol Un syndrome postchute
- L'ostéoporose (1) L'isolement social (1)
- L'augmentation de la fréquence des chutes La prise de médicaments anticoagulants (1)

- 7. Quels facteurs prédisposants de chute recherchez-vous systématiquement ? (5,5 points)**
- La polymédication (0,5) Des troubles cognitifs (0,5)
 - Les troubles de la marche et de l'équilibre (0,5) Une baisse de l'acuité auditive
 - L'arthrose des membres inférieurs (0,5) Des anomalies morphologiques des pieds (0,5)
 - Une perte d'autonomie (0,5) Un syndrome dépressif (0,5)
 - Des troubles de la sensibilité des membres inférieurs (0,5)

- 8. Quels facteurs précipitants de chute recherchez-vous systématiquement ? (2 points)**
- Une hypotension orthostatique (0,5) Des configurations inadaptées du lieu de vie (0,5)
 - Un syndrome confusionnel (0,5) Des causes métaboliques (0,5)

- 9. Que faites-vous devant tout patient chuteur récidivant ? (7 points)**
- Un examen neurologique complet (0,5) MMS (0,5) Appui monopodal (1) Timed up and go test (1) NFS (0,5)
 - CRP Na (0,5) Ca TSH Albuminémie (1) 25OH vitamine D (1) HBA1C si diabétique (1)
 - EEG TDM cérébral Echo-doppler des TSA ECG Holter TA Holter ECG ETT

- 10. Quelles sont les interventions à réaliser chez un patient chuteur a répétition ? (5,5 points)**
- Réviser l'ordonnance (1) Prescrire des bas de contention
 - Vérifier/Améliorer le chaussage (1) Restaurer des aides techniques (cane, déambulateur) (0,5)
 - Adresser en consultation spécialisée Recharger en vitamine D (1)
 - Mettre en place des protecteurs de hanche Débuter une kinésithérapie (1)
 - Rechercher une ostéoporose (0,5) Modifier l'environnement (0,5)

- 11. Face au patient chuteur :**
- Quand adressez-vous aux urgences un patient agé chuteur ?
- systématiquement jamais
 - si lésions traumatiques suspectées si isolement social si malaise
 - si traumatisme crânien si perte de connaissance si vertige
 - si examen neurologique anormal si le temps passé au sol > 15 mns
- Vous sentez-vous apte à faire l'ensemble de la prise en charge seul ?
- Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
- Connaissez-vous l'existence de recommandations de l'HAS sur la chute ?
- Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
- Quels spécialistes faites-vous intervenir ?
- Kinésithérapeute Ergothérapeute
 - Cardiologue Neurologue
 - Rhumatologue Gériatre
 - Neurologue Neurologue
 - Kinésithérapeute Ergothérapeute
- Combien de vos patients chuteurs bénéficient de kinésithérapie ? (4 points)
- Dans quel délai l'initiez-vous ? (4 points)
- <25% (1) entre 25 et 50% (2) entre 50 et 75% (3) >75% (4)
 - <3 jours: (4) <7 jours: (3) <14 jours: (2) <1mois: (1)
- Si oui, y avez-vous adressé des patients ?
- Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
- Vous a-t-elle permis d'améliorer la prise en charge ?
- Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
- Y avez-vous facilement accès ?
- Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non
 - Oui Non

Les délais de prise en charge sont-ils corrects ?

Oui

Non

Continuerez-vous à y adresser des patients ?

Oui

Non

Trouvez-vous qu'une hospitalisation en SSR gériatrique améliore la prise en charge ?

Oui

Non

12. Quelles sont vos limites dans la prise en charge de ces patients ?

Les moyens

Le temps

L'observance des patients

L'intérêt

Le manque de formation

Le manque d'information des pouvoirs publics

13. Après ce questionnaire, souhaitez-vous ?

Connaitre les réponses

Un envoi systématique d'une plaquette informative avec chaque compte-rendu d'hospitalisation

14. Selon vous, quels sont les éléments qui permettraient d'améliorer la prise en charge des patients chuteurs ?

15. Quelles remarques et suggestions souhaitez-vous apporter sur ce sujet ?

AUTEUR : Nom : GEMAR

Prénom : Thomas

Date de Soutenance : 25 septembre 2012

Titre de la Thèse : Evaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole lilloise et futures perspectives

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : DES médecine générale, DESC de gériatrie

Mots-clés : Médecine générale, patients âgés, chute, prise en charge, prévention

Résumé :

La chute est un motif fréquent de consultation de soins primaires. Trente pourcents des personnes âgées de plus de 65 ans chutent chaque année, le plus souvent au domicile.

Nous avons mené une étude descriptive basée sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé publiées en 2009. Il s'agit d'une auto évaluation par les médecins généralistes de la métropole lilloise de leurs connaissances théoriques et pratiques sur la chute.

Seuls 25,2% des médecins interrogés connaissent ces recommandations. Les facteurs prédisposants et précipitants de chute sont bien identifiés, dépistés et corrigés. Une formation gériatrique améliore la prise en charge. Certaines pratiques restent à perfectionner: l'utilisation des tests validés de la marche et de l'équilibre, la supplémentation en vitamine D, la recherche d'une ostéoporose, de troubles cognitifs, d'un syndrome confusionnel et dépressif, la prescription de kinésithérapie. Les médecins privilégient leur expérience personnelle aux données théoriques. La gravité de la chute de par la morbi-mortalité et les conséquences psychosociales associées, reste sous estimée. Neuf médecins sur 10 jugent avoir besoin d'aide pour optimiser leur prise en charge. Dans ce but a été créée sur Lille, une consultation spécialisée de la chute connue par seulement 40,5% des médecins. Parmi eux, 87.2% estiment son action bénéfique pour le patient.

Il est indispensable de renforcer l'aide apportée aux médecins généralistes. La diffusion des recommandations doit être améliorée et la formation médicale intensifiée. Aussi, il s'agit de développer les différentes filières de soins gériatriques, de créer un outil de dépistage rapide et de sensibiliser les populations. Seules des préventions primaires et secondaires efficaces permettront de diminuer les chutes et leurs conséquences physiques, psychologiques, sociales et économiques.

Composition du Jury :

Président : Professeur F. Puisieux

Assesseurs : Professeur E. Boulanger

Professeur J.M. Lefebvre

Docteur H. Idiri

Docteur J. Bloch