



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ – LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

ANNÉE 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Le sujet âgé de 75 ans et plus, vivant à domicile dans le Pas-de-Calais, son mode de vie et ses connaissances des chutes et de leur prévention

Présentée et soutenue publiquement le lundi 31 Octobre 2016 à 18h
au Pôle Recherche

Par Morgane Hennart

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur André Thévenon

Monsieur le Professeur Bernard Cortet

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Valérie Wiel

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	- 6 -
I) INTRODUCTION	- 7 -
II) MÉTHODE	- 9 -
II,A) Population de l'étude	- 9 -
II,B) Recrutement	- 9 -
II,C) Déroulement des entretiens	- 10 -
II,D) Retranscription des entretiens	- 11 -
II,E) Analyse des données	- 11 -
III) RÉSULTATS	- 12 -
III,A) Le sujet âgé	- 13 -
III,A,1) Autonomie	- 13 -
III,A,2) Les activités	- 21 -
III,A,3) Ressenti psychologique	- 30 -
III,B) La chute	- 39 -
III,B,1) Les causes	- 39 -
III,B,2) Les conséquences	- 47 -
III,B,3) La prévention	- 52 -
IV) DISCUSSION	- 59 -
IV,A) Les points faibles et forts de l'étude	- 59 -
IV,A,1) Les biais	- 59 -
IV,A,2) Les forces de l'étude	- 60 -
IV,B) Un constat alarmant : peu de connaissances des chutes et de leur prévention	- 60 -
IV,B,1) Vérification des hypothèses de départ	- 61 -
IV,B,2) Autres résultats	- 63 -
IV,C) Diffuser l'information	- 68 -
V) CONCLUSION	- 72 -
BIBLIOGRAPHIE	- 73 -
ANNEXES	- 76 -
Annexe 1 : Informations concernant l'étude	- 76 -
Annexe 2 : Consentement de participation à l'étude	- 77 -
Annexe 3 : Questionnaire	- 78 -
Annexe 4 : Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL-E)	- 79 -
Annexe 5 : Exemple de dépliant d'information sur la chute	- 80 -
RÉSUMÉ	- 81 -

RÉSUMÉ

AUTEUR : Nom : Hennart **Prénom :** Morgane

Date de soutenance : 31 octobre 2016

Titre de la thèse : Le sujet âgé de 75 ans et plus, vivant à domicile dans le Pas-de-Calais, son mode de vie et ses connaissances des chutes et de leur prévention

Thèse, Médecine, Lille, 2016

Cadre de classement : DES Médecine générale

Mots-clés : chute, personne âgée, domicile

Contexte : La chute est un problème de santé publique qui offre tous les critères de référence pour une action de prévention. La population française est vieillissante et les plus de 65 ans représentent 14.65% de la population du Nord-Pas-de-Calais. Le médecin traitant est décrit comme le praticien de premier recours mais beaucoup de chutes ne lui sont pas signalées.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de connaître le mode de vie des personnes de 75 ans et plus du Pas-de-Calais et leurs connaissances concernant la chute et sa prévention.

Méthode : L'étude réalisée est une étude qualitative par la méthode d'entretiens semi-dirigés de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile dans le Pas-de-Calais.

Résultats : Quatorze entretiens étaient réalisés (9 femmes et 6 hommes âgés de 75 à 93 ans). La moitié des personnes interrogées étaient des chuteurs et plus de la moitié était parfaitement autonome pour les courses, les repas et la gestion du budget. Beaucoup bénéficiaient d'une aide ménagère et certains avaient un kinésithérapeute pour des soins à domicile. Ils présentaient surtout des pathologies cardio-vasculaires et étaient souvent polymédiqués. Beaucoup avaient encore des loisirs et fréquentaient d'autres personnes âgées. La famille occupait une place importante dans leur emploi du temps. La plupart faisait de la marche et quelques-uns pratiquaient d'autres activités physiques (natation, cyclisme, etc.). Ils avaient tous un médecin traitant qu'ils respectaient et en qui ils avaient confiance.

Aucun n'avait eu de consultation dédiée à la chute. Le manque de temps en consultation était une limite à la prise en charge de la chute fréquemment retrouvée. Par ailleurs les patients chuteurs ne consultaient leur médecin qu'en cas de conséquences importantes (douleur, traumatisme physique). La chute était souvent considérée comme grave mais ces personnes avaient peu de connaissances de celle-ci et de ses moyens de prévention, elle était donc souvent considérée comme une fatalité. Beaucoup souhaitaient être mieux renseignés concernant la chute et sa prévention.

Conclusion : Pour diffuser l'information dans les cabinets médicaux, un dépliant regroupant les principales causes, conséquences et moyens de prévention de la chute pourrait être distribué aux patients âgés. La kinésithérapie et la poursuite d'une activité physique sont aussi des moyens de prévention de la chute efficaces et faciles à mettre en œuvre.

Composition du jury :

Président : M le Professeur François Puisieux

Asseseurs : M le Professeur André Thévenon et M le Professeur Bernard Cortet

Directrice de thèse : Mme le Docteur Valérie Wiel

Adresse de l'auteur :

24 ter rue d'Achicourt

62000 ARRAS

morganehennart@hotmail.com

I) INTRODUCTION

Il existe de nombreux ouvrages gériatriques ou de manuels de bonnes pratiques, de recommandations sur les facteurs de risque extrinsèques, comportementaux et environnementaux de chute du sujet âgé et sur leur prise en charge. Ces programmes de prévention ont fait preuve de « leur efficacité en terme de réduction des chutes, de réduction du nombre d'hospitalisations et de limitation de perte d'autonomie fonctionnelle »(1).

La chute est le fait de tomber au sol de manière inattendue, non contrôlée par la volonté (2). C'est un problème de santé publique qui offre tous les critères de référence pour une action de prévention systématique : forte prévalence et forte morbi-mortalité, mais aussi mesures de prévention possibles.

En effet, les chutes représentent, chaque année, 1,25% des hospitalisations et 0,09% des décès chez les personnes âgées (3), avec un taux de mortalité qui s'accroît avec l'âge et 33% de risque de syndrome post-chute (2), qui se caractérise par une désadaptation psychomotrice. Elles sont aussi souvent la cause d'institutionnalisation (4).

La peur de tomber entraîne une réduction spontanée d'activité ce qui augmente le risque de chute (3). Le risque de décès est alors multiplié par 4 dans l'année suivant la chute (5).

Devant une population française vieillissante dont, au 1^{er} janvier 2016, quasiment 10% de la population avaient plus de 74 ans (9), la région Nord-Pas-de-Calais est la région la plus jeune de France, les moins de 20 ans représentant 28% de la population (10), mais l'indice de vieillissement augmente avec une forte progression des plus de 80 ans face à une diminution des moins de 20 ans (3).

En 2012, les plus de 65 ans représentaient 14,65% de la population totale du Nord-Pas-de-Calais (1). Sachant qu'une personne de plus de 65 ans sur 3 (1) et une personne de plus de 85 ans sur 2 tombent chaque année (4), 15% chutant au moins

2 fois dans l'année (7), il est légitime de se demander quelles sont les connaissances de ces personnes âgées de la prévention des chutes.

La population la plus concernée par les chutes répétées est celle de plus de 75 ans (8), c'est pourquoi cette population a été étudiée ici.

De plus, le médecin traitant est décrit comme le praticien de 1^{er} recours selon la marguerite des compétences de médecine générale (6), mais qu'en est-il concernant les chutes ? En effet, beaucoup de chutes ne sont pas signalées par la personne âgée à son médecin traitant (4). Et celui-ci prend-il souvent le temps de lui poser la question ?

Les chutes et leurs moyens de préventions sont-ils connus des patients ? Que savent les personnes âgées de 75 ans et plus vivant chez elles et dans le Pas-de-Calais, des chutes ?

Avant de débiter cette étude les hypothèses sont les suivantes :

- Les patients connaissent des moyens de prévention, en ont discuté avec leur médecin traitant, mais ne les appliquent pas à domicile ;
- les patients non chuteurs sont peu sensibilisés aux risques de chute et à leurs moyens de prévention ;
- certains pensent qu'il est inutile de faire la prévention des chutes car c'est une fatalité de tomber quand on est vieux.

Les objectifs de cette étude sont de vérifier ces hypothèses, de découvrir le mode de vie des personnes âgées à domicile et de définir quelles sont réellement leurs connaissances concernant la chute et sa prévention, afin de savoir comment les sensibiliser et les aider à l'avenir. Elle se propose également de formuler des idées afin de véhiculer rapidement des conseils de prévention, lors de consultations de médecine générale.

II) MÉTHODE

L'étude réalisée est une étude qualitative par la méthode d'entretiens individuels de personnes âgées. Après avis du vice-président du CPP Nord ouest 2, M Bourgueil, aucune déclaration au CPP ou en comité d'éthique n'était nécessaire.

II,A) Population de l'étude

Les personnes incluses dans l'étude étaient des individus âgés de 75 ans et plus vivant à domicile, dans le Pas-de-Calais.

Étaient exclues celles ayant déjà eu un suivi gériatrique (consultations régulières avec un gériatre, hôpital de jour chute ou mémoire) hormis les personnes ayant déjà fait un séjour hospitalier en gériatrie mais n'ayant pas vu de gériatre en consultation dans les suites de cette hospitalisation.

Étaient également exclues les personnes présentant des troubles cognitifs empêchant d'avoir des entretiens corrects et fiables.

La population était recrutée initialement dans l'entourage familial et au sein de clubs de personnes âgées des arrondissements d'Arras, de Lens et de Béthune.

La taille de l'échantillon n'était pas prédéfinie et le recrutement s'est achevé à l'atteinte de la saturation des données.

II,B) Recrutement

L'échantillon a d'abord été constitué à la suite d'un premier contact auprès du service social de la commune d'Arras qui a communiqué les coordonnées de différents clubs du 3^{ème} âge de l'arrondissement d'Arras, qui ont pu ensuite être contactés.

Dans un second temps, c'est un club d'anciens combattants de l'arrondissement de Lens qui a été approché.

Enfin une partie du recrutement s'est faite par bouche-à-oreille, grâce à la participation de mon entourage, qui a fait un travail de mobilisation auprès des personnes âgées qu'il connaissait, familles et amis, dans les secteurs de Béthune et de Lens.

II,C) Déroulement des entretiens

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels semi-dirigés de façon anonyme, après explication des conditions de l'étude et recueil éclairé du consentement écrit. (Annexes 1 et 2)

L'étude a été autorisée par le Comité d'Éthique de l'Institut Catholique de Lille.

Les entretiens étaient enregistrés par deux systèmes audio (de type dictaphone). Chaque entretien se déroulait au domicile de la personne interrogée et était réalisé sur la base d'un questionnaire qui se composait de trois parties : une première partie intitulée « parlez-moi de vous » dans laquelle les personnes âgées étaient interrogées sur elles-mêmes et leur vie, une seconde partie qui les décrivait comme chuteur ou non et les interrogeait sur leur propre expérience de la chute et enfin une troisième partie sur la question de la chute du sujet âgé en général. (Ce questionnaire est reproduit en Annexe 3)

En parallèle des entretiens, une évaluation de l'autonomie était réalisée par l'intermédiaire d'une échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL-E) qui permettait d'évaluer l'autonomie de chaque participant en fonction de 5 items chez les hommes (l'utilisation du téléphone, les courses, l'utilisation des transports, la gestion des médicaments et la gestion du budget) et de 8 items pour les femmes (les 5 précédents plus la cuisine, le ménage et le linge). Cette échelle permet une cotation de l'autonomie, allant de 0 à 5 chez les hommes et de 0 à 8 chez les femmes, sachant que la note la plus élevée correspond à la plus grande autonomie. (L'échelle est donnée en Annexe 4)

II,D) Retranscription des entretiens

Les entretiens étaient retranscrits sur ordinateur, avec le logiciel Microsoft® Office Word 2007, mot à mot, à partir des enregistrements audio effectués au domicile des personnes interrogées.

Les entretiens étaient anonymisés et aucun nom propre, ni lieu n'était retranscrit au complet afin de garantir l'anonymat des personnes auprès desquelles je m'y étais engagée.

II,E) Analyse des données

Les entretiens ont été codés grâce au logiciel ©QSR NVivo10 for Windows.

Les personnes interrogées ont toutes eu un droit de regard sur la retranscription et tous les enregistrements audio-phoniques ont été détruits après le travail de thèse.

Les entretiens ont été interrompus dès l'obtention de la saturation des données. Quand plus aucun nouveau code n'a été trouvé, un dernier entretien a été réalisé pour confirmer la saturation.

III) RÉSULTATS

Quatorze entretiens ont été réalisés, 13 entretiens individuels et un en couple. 15 personnes ont donc été interrogées au cours de cette étude, 9 femmes et 6 hommes ayant entre 75 et 93 ans et vivant à leur domicile, dans le Pas-de-Calais, au moment de l'entretien. Les caractéristiques de l'échantillon analysé sont synthétisées dans le tableau I ci-dessous.

TABLEAU I : Caractéristiques de l'échantillon

Code entretien	SEXE	ANNEE DE NAISSANCE (âge)	LIEU DE VIE	HABITATION	PROFESSION ANTERIEURE	AGE DE DEBUT DE CARRIERE	AGE DE LA RETRAITE	STATUT CONJUGAL	IADL
1MH	F	1937 (79)	SEMI URBAIN	MAISON A ETAGES	STENO DACTYLO / MERE AU FOYER	/	/	VEUVE	8/8
2JMB	M	1940 (76)	SEMI URBAIN	MAISON DE PLAIN-PIED	PTT	16 ANS 1/2	56 ANS	EN COUPLE	5/5
2JMB(2)	F	1936 (80)	SEMI URBAIN	MAISON DE PLAIN-PIED	MERE AU FOYER	/	/	EN COUPLE	8/8
3GL	F	1924 (92)	URBAIN	APPARTEMENT AVEC ASCENSSEUR	TRESOR PUBLIC	20 ANS	60 ANS	CELIBATAIRE	7/8
4MP	F	1929 (87)	SEMI URBAIN	MAISON A ETAGES	USINE / MERE AU FOYER / MENAGES	20 ANS	/	EN COUPLE	8/8
5RM	F	1930 (86)	URBAIN	MAISON A ETAGES	FLEURISTE / TISSAGE / MENAGES	15 ANS	47 ANS	VEUVE	7/8
6JD	F	1935 (81)	URBAIN	MAISON A ETAGES	MERE AU FOYER / SECRETARIAT	33 ANS	65 ANS	EN COUPLE	8/8
7YD	M	1931 (85)	URBAIN	MAISON A ETAGES	CONDUCTEUR DE TRAVAUX société électrique	15 ANS	62 ANS	EN COUPLE	3/5
8RG	M	1936 (80)	SEMI URBAIN	MAISON A ETAGES	BUREAU D'ETUDE entreprise de verre/ RESPONSABLE	20 ANS	56 ANS	EN COUPLE	5/5
9HJ	F	1923 (93)	URBAIN	APPARTEMENT AVEC ASCENSSEUR	MENAGE/ COUTURE/MERE AU FOYER	/	/	VEUVE	3/8
10GD	M	1939 (77)	URBAIN	MAISON A ETAGES	USINE/ ASSUREUR	17 ANS	67 ANS	EN COUPLE	5/5
11RL	M	1939 (77)	URBAIN	MAISON A ETAGES	PTT administration	18 ANS	60 ANS (5 ans arrêt maladie pour dépression)	EN COUPLE	5/5
12RHL	F	1941 (75)	URBAIN	MAISON A ETAGES	COUTURE/PTT/ MERE AU FOYER	15 ANS	/	EN COUPLE	8/8
13ER	M	1935 (81)	URBAIN	MAISON A ETAGES	BUREAU D'ETUDE entreprise de verre/CRAM	20 ANS	60 ANS	VEUF	5/5
14VD	F	1931 (85)	RURAL	MAISON A ETAGES ADAPTEE PLAIN-PIED	FERMIERE - POUSSIN D'UN JOUR	18 ANS	60 ANS	VEUVE	4/8

Les entretiens ont débuté le 9 décembre 2015 pour se terminer le 20 mai 2016. Ils ont tous été réalisés au domicile des participants.

L'analyse des données par codage qualitatif a été effectuée grâce au logiciel ©QSR NVivo10 for Windows et a débutée le 11 mars 2016 pour s'achever le 22 mai 2016.

III,A) Le sujet âgé

III,A,1) **Autonomie**

Selon l'échelle d'autonomie IADL-E, 5 femmes et 5 hommes étaient parfaitement autonomes. Les autres ne l'étaient plus totalement, deux femmes avaient un IADL-E à 7/8, une à 4/8 et une à 3/8 et seul un homme avait un IADL-E à 3/5.

III,A,1,a) *L'habitation*

La majorité des personnes sondées habitaient dans une maison et en milieu urbain. Seules deux femmes vivaient en appartement.

Elles avaient souvent acheté cette maison il y a plusieurs années et l'avaient pour la plupart rénovée eux-mêmes des années auparavant.

***RG :** La maison là y avait rien, là c'était un poulailler (montre la véranda actuelle). Y avait rien non plus j'ai tout refait tout seul hein, ah ouais ahhh ben 56 ans.*

Plusieurs des personnes interrogées ont évoqué la nécessité de modifier leur habitation.

La plupart était à étage et certains envisageaient de la transformer afin de vivre uniquement au rez-de-chaussée.

***RL :** Heu on peut faire un plain-pied. Donc on peut et certainement d'ici la fin d'année on dormira en bas.*

D'autres pensaient déménager dans une maison plus petite, la leur présentant une surface habitable trop importante et donc trop coûteuse à entretenir.

Aucun n'avait pensé à faire une demande auprès d'un organisme afin de les aider à financer un projet d'amélioration de l'habitat.

Mais en fait, peu d'habitations avaient effectivement subi une modification liée au vieillissement de ses habitants.

Quelques sujets avaient obtenu des aides matérielles pour remplacer certains meubles dans leur domicile, comme un lit médicalisé ou une chaise percée.

***HJ** : Y m'ont donné le lit de l'hôpital. Qu'est c'que j'regrette mon grand lit hein, et puis j'avais toujours à ma chaise percée à côté d'mon lit. Même dans la journée j'avais pas aux toilettes hein, parc'que comme les toilettes sont basses j'arrive pas à m'soul'ver.*

III,A,1,b) Les courses

La moitié des sondés faisait encore ses courses elle-même.

Ils allaient soit au supermarché, en s'y rendant en voiture, seuls ou accompagnés de leur conjoint ou d'un proche pour les aider ;

***RHL** : J'peux plus conduire, donc heu y m'conduit mais alors, on a jamais d'problèmes, lui y va aux livres, moi j'fais mes courses !*

***ER** : Bon heu maintenant vous savez d'toute façon y a pu beaucoup d'solutions en petits commerces comme partout, ben comme tout l'monde j'avais dans unnnn, dans une heu grand surface, 'fin moyenne surface.*

soit dans des commerces de proximité, en ville, en s'y rendant à pied, seuls ou accompagnés.

***JD** : Voilà, alors je fais toutes mes courses. Non les courses pour moi y a pas d'problème j'prends mon caddie.*

Soit encore en vente par correspondance, avec livraison des marchandises directement à domicile par une société spécialisée.

***RM** : Encore, j'en fais encore et j'fais rentrer le plus gros, c'est-à-dire je commande comme c'est on n'paye pas de port. Tout est question d'organisation.*

L'autre moitié avait de l'aide extérieure, soit de la famille, soit d'une aide-ménagère, soit les deux, qui lui faisaient ses courses et lui ramenaient au domicile.

***VD** : Les courses c'est ma fille, ma fille pis la femme de ménage, ouais.*

III,A,1,c) Les repas

Plusieurs interviewés disaient encore faire à manger eux-mêmes, cuisinant tout ou partie de leurs repas, parfois avec un peu d'aide de leur famille.

Certains hommes, veufs ou ayant une conjointe déficiente et devenus aidant familial principal par la force des choses, avaient dû apprendre à cuisiner récemment.

***RG** : C'est pour te dire qu'y a encore 3-4ans j'savais même pas cuire un œuf hein ! Maintenant j'dois passer outre parc'que faut que j'prenne certaines initiatives qui n'sont pas là quoi, y compris pour les r'pas j'me débrouille.*

D'autres évoquaient parfois manger des plats préparés, soit achetés en grande surface ou chez un traiteur ou encore, plus rarement, des plats livrés par un service de la ville.

***GL** : Mais je m'fais livrer maintenant 3 fois par semaine par la ville, c'est pas trop mal, c'est souvent la même chose mais bon enfin.*

Parfois, alors qu'ils en auraient eu besoin, ne pouvant plus cuisiner seuls, ils refusaient les repas proposés par les services de mairie, ne les considérant pas d'assez bonne qualité, souvent sans même y avoir goûté. Les personnes âgées consultées préféraient alors se débrouiller seules pour se faire à manger, malgré certaines difficultés et parfois dangers dans leur cuisine.

***HJ** : J'ai des plats préparés qu'on achète dans les, dans les supermarchés quoi oui, et et c'est c'est meilleur que ceux de, que les repas qui rapportent à la maison hein, parc'que... J'ai pas essayé, j'ai vu ! Ah ah, y a tout l'tour des pommes de terre et moi, les pommes de terre j'en mange presque pas, hein, alors.*

Aucun n'avait d'aide d'une personne extérieure pour lui préparer ses repas au domicile.

III,A,1,d) Les tâches ménagères

Plus de la moitié des personnes questionnées avaient une aide-ménagère pour les gros travaux de ménage.

Certains bénéficiaient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), d'autres payaient par le système du Chèque Emploi Service Universel (CESU).

***ER** : Alors mes enfants m'ont dit heu, nous on t'aime bien mais, sauf extrême urgence, on vient pas faire le ménage, parc'que on va s'organiser pour qui ai quelqu'un qui... Donc j'ai adhéré au système CESU.*

Ou une autre encore, avait investi, des années auparavant, dans une assurance dépendance qui lui permettait d'avoir un accès quasi-illimité aux aides à domicile, dont l'aide-ménagère quotidienne.

***VD** : Oh ben à 69 ans j'avais une assurance indépendance. Ca veut dire que si j'ai b'soin d'l'aide et ben j'peux prendre tout c'que j'veux hein. Si on vient m'voir c'est qu'on l'veut bien mais j'dépends pas d'personne !*

Les moins chanceux ne bénéficiaient de leur aide-ménagère que 2 heures par semaine et trouvaient qu'ils avaient trop peu d'aide par rapport à la charge de travail. Certains compensaient donc en faisant un peu de ménage eux-mêmes.

La plupart lavait encore son linge, mais ne le repassait pas (rôle déferé à l'aide-ménagère).

Certains étaient réfractaires aux aides à domicile, de peur de ne plus savoir faire les choses seuls ou que ça soit mal fait, et aussi, d'une certaine manière, de perdre en autonomie. L'une d'elles affirmait même vouloir partir vivre en maison de retraite si jamais elle devait avoir besoin de la moindre aide à domicile.

III,A,1,e) Les intervenants au domicile

En plus de l'aide-ménagère hebdomadaire, certaines personnes âgées nécessitaient de l'aide à la personne pour les activités de la vie quotidienne telles que la toilette et l'habillage matin et soir. Ce rôle était rempli soit par une aide à domicile, soit par une infirmière à domicile.

Chez la doyenne de l'étude, l'infirmière venait aussi quotidiennement pour une prise tensionnelle matinale ainsi que la préparation et la délivrance des médicaments. Les aides à domicile avaient été négociées avec la patiente comme seule condition possible permettant un retour au domicile (versus une entrée en EHPAD) à la suite d'une hospitalisation en court séjour gériatrique puis service de soins de suite et réadaptation, pour chute au domicile.

HJ : Et y m'ont laissé sortir à condition que j'ai de l'aide à la maison.

Beaucoup bénéficiaient de la visite pluri-hebdomadaire d'un kinésithérapeute à leur domicile, celui-ci leur procurant des soins divers de massage ou d'entretien musculaire.

Quelques-uns ont évoqué l'aspect financier des aides à domicile, évoquant le fait que rester chez soi, quand on vieillit et qu'on a besoin d'aide, c'est onéreux. C'est pour cela qu'une des dames interrogées avait souscrit une assurance dépendance, pour anticiper les frais et ne pas avoir à penser au coût des aides à domicile lorsqu'elle en aurait besoin.

VD : Et puis j'avais pris une assurance indépendance hein. Mon mari y a été malade j'savais c'que c'était. C'que ça coute pour pouvoir rester chez soi.

D'autres n'avaient pas pris cette précaution ou simplement pas eu la possibilité de le faire et se retrouvaient face aux dépenses liées à la dépendance.

***HJ** : Téléalarme... oh oui vous pouvez avoir toutes les aides que vous voulez hein mais quand vous comptez tout c'que ça vous coûterait les aides hein. Ca c'est pas gratuit hein déjà (elle montre la télé alarme). Ca fait j'sais pas 22 euros par mois d'location enfin après, y a la femme de ménage, l'infirmière qui vient.*

Seule la doyenne qui avait été hospitalisée en gériatrie, a parlé de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), qui lui servait à financer en partie ses aides à domicile, mais elle affirmait aussi ne pas savoir comment cela fonctionnait et ce qui lui était réellement attribué et pour quelle prestation.

***HJ** : Moi j'ai l'APA, on m'a donné l'APA, alors je sais pas comment qu'ça va l'APA. D. elle m'dit toujours si t'avais pas l'APA, tu paierais autant autant autant.*

Aucune autre personne n'était à priori bénéficiaire de l'APA.

III,A,1,f) Locomotricité

Peu des personnes interrogées conduisaient encore. Certains avaient une voiture mais ne s'en servaient plus ou très occasionnellement pour réaliser de très courts trajets, comme les courses au supermarché ou des visites familiales de proximité.

***MH** : Oui je vais pas loin mais je conduis.*

***MP** : J'ai une voiture, mais c'est lourd quand même hein maint'nant.*

Plus de la moitié se déplaçait à pied. Notamment pour rendre visite à d'autres personnes âgées ou faire des petites courses en ville.

***JD** : A pieds. Non, parc'que la voiture elle est là devant il ne s'en sert presque plus et moi je n'conduit pas.*

Quelques-uns utilisaient les transports en commun (bus).

Très peu disaient utiliser une canne ou un déambulateur lors de ces déplacements. Souvent, ils prenaient l'excuse d'une opération ou pathologie récente les obligeant à utiliser ce moyen d'aide à la marche mais dans un objectif de s'en séparer dès que possible.

***RM** : Ici je la prends pas, ici j'm'habitue à sans canne, j'veais au club je l'laisse dans la voiture de la personne qui m'accompagne, hein, au club, je la prends pas, parc'que je veux r'trouver ma mobilité comme avant.*

Deux dames interrogées ne pouvaient plus se déplacer en dehors de leur domicile, ou alors de façon exceptionnelle, avec de l'aide, et toujours de façon très pénible, pour elles et les personnes les accompagnant.

***VD** : Sortir oh j'y tiens pas du tout mais enfin j'fais encore. Mais j'sais pas parc'que j'ai des difficultés à marcher.*

***HJ** : Ben je sors plus du tout maintenant, avant j'sortais encore heu dans la cour mais maintenant je n'sors plus.*

La moitié de ces personnes âgées partaient en vacances, soit en club de vacances organisées, soit dans leur famille en France.

III,A,1,g) Pathologies et traitements

Concernant leurs problèmes de santé, la plupart se plaignait essentiellement d'arthrose : genoux, hanches, rachis, etc. ; l'un d'eux faisait remarquer l'énorme amélioration de ses douleurs suite à la perte de poids.

***DG** : Parc'que j'ai quand même perdu 15kg, pour mes hanches ptet ch'est à cause ed'cha qu'j'ai pu d'mal.*

On retrouvait surtout des pathologies cardiovasculaires notamment hypertension artérielle et hypercholestérolémie, quelques diabétiques.

Deux patients avaient la maladie de Ménière, un était porteur d'un pacemaker. Tous ou presque avaient subi ou allaient subir une chirurgie de la cataracte et plusieurs

avaient aussi une autre pathologie ophtalmologique associée. Près d'un quart avait déjà fait une dépression.

La plupart des personnes questionnées prenaient plus de quatre médicaments par jour et presque la totalité prenait un traitement antihypertenseur. Les autres médicaments fréquemment retrouvés étaient les traitements à visée cardiaque (comme les bêta bloquants), les statines, les antalgiques de palier 1 (paracétamol) en prise à la demande et sans ordonnance et les traitements pour le diabète (antidiabétiques oraux et plus rarement insuline). Dans l'ensemble ces patients géraient seuls leur traitement médicamenteux.

La question de la prise d'un somnifère était évoquée séparément des pathologies et du traitement habituel, car rarement considéré comme un traitement par les patients. Peu en prenaient. Certains en avaient pris antérieurement et avaient subi une période de sevrage à l'arrêt.

***RHL** : J'en ai pris et pis j'en devenais accro, c'était « temesta », j'en prenais qu'la moitié d'un déjà mais j'en été dev'nu heu accro heu. Que'qu'fois j'me couchais, j'l'avais oublié, fallait que j'redescende le prendre. Pis j'suis partie en vacances, j'ai dis je l'prends pas, en vacances, si j'suis fatiguée j'f'rais la sieste. Et après ça a été fini, j'en ai jamais plus pris.*

D'autres avaient dû diminuer leur posologie (après avis médical) devant des effets indésirables liés à la prise du traitement hypnotique.

***YD** : D'ailleurs il m'a dit d'diminuer les cachets pour heu dormir parc'que j'crois c'est ça aussi je m'levais la nuit, j'étais dans l'cirage.*

III,A,1,h) Gestion du budget

Tous géraient seuls en grande partie leur budget. Certains utilisaient même internet pour aller sur le site en ligne de leur banque et suivre leurs relevés de compte en direct ainsi que les versements de leur retraite.

VD : *Sur l'ordinateur j'fais ma banque et ma retraite.*

Un des interviewés passait même une grande partie de son temps à spéculer en bourse sur internet.

GD : *J'm'occupe heu pas mal heu d'la bourse. J'perds et j'gagne des sous.*

Tous géraient leurs documents administratifs, mais certains avaient besoin de l'aide d'un tiers pour les documents dématérialisés.

III,A,2) Les activités

La plupart des seniors interrogés, voire même tous, disaient ne jamais s'ennuyer, avoir toujours quelque chose à faire et pour la plupart ne pas tenir en place, ne pas savoir rester assis chez soi, à regarder simplement la télévision ou bouquiner.

RHL : *Ben non puisque j'ai toujours une occupation ! À la maison, j'ai toujours quelque chose à faire.*

JMB : *Je suis comme vous dites les jeunes surbooké, mais c'est vrai qu'on a une vie très très active, vraiment oui. Vous m'verrais jamais la journée entière assis dans mon fauteuil en train d'lire ou quoi que ce soit.*

JD : *C'est ça un peu mon truc tu vois, j'suis très active, j'suis toujours speed mais voilà, j'aime pas rester à rien faire !*

III,A,2,a) Le bénévolat

Presque toutes les personnes interrogées étaient adhérentes d'un club de seniors, soit relié par un thème précis (club d'anciens combattants) ;

RG : *Finalement la guerre d'Algérie j'dis toujours c'est une saloperie que personne n'a voulu faire, j'étais pas d'accord pour le faire et pis en plus heu beeeen là heu on oublie un peu pis y a des gens qui viennent heu par plaisir qui oublient un peu leurs problèmes.*

soit simplement un club accueillant les personnes d'un certain âge pour des activités diverses.

JMB : *On prépare tous les colis pour le concours de belotte demain après midi et vendredi un loto.*

Quatre de ces personnes avaient même des postes à responsabilité au sein de leur club (président, secrétaire).

JMB : *Donc je m'occupe des personnes âgées heu ça fait 16 ans que j'suis président.*

Le club leur permettait de prendre part de façon hebdomadaire à des rencontres afin de jouer aux cartes ou à d'autres jeux de société ; de participer à des repas plusieurs fois dans l'année ainsi qu'à des sorties.

Quelques-unes au contraire ne rencontraient que très peu d'autres seniors et n'étaient pas du tout intéressées par la participation à une association.

VD : *Pis même les réunions j'y vais pas. Ben si y font des réunions pour les seniors, et puis pfff non non. Ça m'intéresse absolument pas.*

Plusieurs personnes, elles-mêmes âgées de 75 à 92 ans, disaient rendre visite à des personnes âgées ou à des enfants malades et passaient dans les services hospitaliers en tant que bénévoles.

RM : *Voir les personnes plus âgées que moi encore que j'connais bien, leur rendre des p'tites visites.*

Un seul faisait partie d'une chorale depuis quelques années. Il disait y avoir trouvé des relations sociales, de la chaleur humaine.

RG : *Parc'que la chorale y a un truc aussi qui m'aaa, j'aimais bien hein, pis je cherche aussi une ambiance heu la convivialité.*

III,A,2,b) Les amis

La plupart des interviewés avaient un cercle d'amis proches, souvent le même qu'ils retrouvaient au club toutes les semaines.

***DG** : Bennnn heu ouais j'avais voir heu les copains heu on fait maintenant on fait partie d'la FNACA.*

Les épouses étaient devenues amies, entre épouses d'adhérents au club, et se retrouvaient lors des différentes manifestations organisées par ceux-ci. Elles se rendaient également des visites à leurs domiciles respectifs au cours de la semaine pour boire un café ou simplement discuter.

D'autres avaient gardé d'anciens amis de l'époque de leur activité professionnelle ou d'anciens voisins et continuaient de les fréquenter régulièrement, en se rendant au domicile l'un de l'autre.

***RHL** : Après j'ai une amie, toutes les semaines, tous les lundis, j'avais lui dire bonjour. C'est une amie, on habitait côte à côte pendant longtemps.*

Pour certains, aidants familiaux de leur conjoint, les sorties entre amis et même simplement les relations sociales étaient plus difficiles. Les participations à des soirées demandaient un peu plus d'organisation. Pour l'une d'entre-elles, c'était uniquement quand sa famille pouvait garder son mari au domicile.

***MP** : À part que là pour notre repas de fin d'année, ma fille a gardé son père et moi je suis partie au repas avec eux.*

Très peu n'avaient d'autre relation sociale qu'au sein de leur famille ou avec les intervenants d'aide à domicile.

Nécessairement, l'âge avançant, beaucoup étaient confrontés à la perte de ces amis âgés eux-aussi.

***RG** : Heu d'ailleurs en c'moment on va pas mal aux enterrements, parc'qu'on a une moyenne d'âge de 80.*

III,A,2,c) La famille

Pour tous, la famille occupait une grande partie de leur temps libre. Pour ceux qui n'avaient pas d'enfants, leurs relations se portaient sur les neveux et les nièces. Une seule personne rencontrée se disait isolée sur le plan familial.

RM : *Etant donné que j'suis tout seule dans la vie.*

Certains vivaient en couple (mariage de longue date ou union récente), d'autres, veufs, veuves ou célibataires, vivaient seuls, d'autres encore vivaient avec un ou plusieurs de leurs enfants.

Concernant le veuvage, un homme décrivait comment il avait du s'adapter à sa nouvelle vie de célibataire et apprendre ou réapprendre certains gestes et pensées de la vie quotidienne. Une autre veuve préférait évoquer l'avenir et ne plus penser aux années difficiles liées à la maladie de son défunt époux.

Quelques-uns encore vivaient avec leur conjoint, diminué par la maladie et évoquaient la charge importante de travail devenant de plus en plus difficile à supporter l'âge avançant.

JD : *Je n'suis pas soutenue, je dois encore m'occuper de mon mari comme d'un enfant maintenant alors que c'est moi qu'on devrait prendre un peu en charge finalement hein....*

Concernant les enfants, tous n'en avaient pas eu et une des personnes interrogées avait préféré rester célibataire.

GL : *J'ai vécu avec mes parents. Je suis toujours restée avec mes parents. J'étais célibataire.*

D'autres, à l'inverse, avaient une très grande famille.

VD : *J'ai 10 enfants, pis 23 petits-enfants, 27 arrières, donc y a toujours du monde.*

La plupart avait encore des parents proches, voire dans la même maison.

MH : *J'suis pas seule parce que j'ai 2 enfants avec moi déjà !*

Pour tous ceux qui avaient la chance d'avoir leur famille géographiquement proche d'eux, c'était un plaisir de les accueillir sous leur toit pour un repas ou simplement une visite, enfants, petits-enfants et même arrière-petits-enfants.

Pour les autres dont la famille était éloignée, ils effectuaient plutôt des séjours de vacances auprès de leurs proches.

RL : *Et bon on essaye encore d'partir en vacances au moins une fois par an mais on a d'la famille en Normandie donc on va souvent en Normandie.*

Pour la plupart, ils voulaient rester indépendants vis-à-vis de leur famille et ne pas devenir une charge en vieillissant. Leur demander de l'aide, oui, mais le moins possible.

ER : *J'ai quelqu'un de proche à côté mais heu chacun est chez soi. J'vais vous prendre un exemple bon à côté dimanche y s'ont fait du bouillon, ben j'ai hérité heu... bon maintenant y a aussi que j'vis pas à leurs crochets ! Y faut qu'enfants et beaux-enfants soient d'accord du système (...) mais chacun est dans ses limites. Pis d'temps en temps on rassemble tout.*

HJ : *Ben non ! Ecoutez on embête le monde, j'dis D. au lieu d'avoir ses mercredis libres elle prend ma lessive, elle prend... c'est du travail en plus hein. Ben c'est vrai, elle aurait des après-midi pour elle et comme ça. Ah !*

III,A,2,d) Les nouvelles technologies

Quelques-uns avaient entrepris d'apprendre à utiliser les nouvelles technologies pour rester dans l'air du temps. Soit pour savoir faire à l'occasion quelques recherches sur internet, rester maître de la gestion de son compte en banque ou de ses autres papiers administratifs, ou encore pour se mettre au niveau des plus jeunes qui l'entoure, notamment les petits-enfants et arrière-petits-enfants.

VD : *L'ipad si j'veux voir mes enfants, si vous voulez discuter avec vos petits-enfants, hein, comment voulez vous ? Oh ouais pis l'ordinateur aussi. Oh ouais sur facebook. Sur l'ordinateur j'fais ma banque et ma retraite.*

Parfois c'était simplement pour le plaisir d'apprendre de nouvelles choses, par curiosité tout simplement.

RG : *Là aussi c'est toujours pareil c'est dire mince mais y a la vie qui coule qui qui évolue pis bon j'veux pas rester en arrière quoi ! Et j'ai toujours essayé de de heuuuu de découvrir, d'apprendre.*

L'utilisation du téléphone portable n'a pas été évoquée.

III,A,2,e) Le sport

Plus de la moitié avait pratiqué un ou plusieurs sports étant plus jeune.

L'un d'eux avait fait 50 ans de football dont 35 ans en tant qu'entraîneur, l'une d'entre-elles avait été sportive de haut niveau, championne d'Artois et avait participé au triathlon à l'échelon national à Paris. Pour les autres on pouvait noter une pratique assidue de la natation, du cyclisme, de la marche, etc.

Seuls deux sondés disaient n'avoir jamais pratiqué d'activité physique. Tous les autres en avaient pratiqué une ou même en pratiquaient encore. La première activité physique citée lors des entretiens, parfois non considérée comme telle, était la marche.

ER : *Ben heu non mais l'air de rien heu 1 km par ci, 1km par là, je, je n'adhère pas à un club heu mais j'marche heu, je n'cours pas, heu.*

JD : *J'aime être dehors à l'air frais et marcher, marcher, marcher.*

Parmi ceux qui faisaient d'autres sports, deux faisaient du cyclisme, un du rameur, un du volley-ball et de la pétanque et deux de la natation. Tous considéraient que le plus important dans le sport était l'échauffement, surtout à leur âge.

RG : *Et mais par contre je sais aussi que je n'peux pas faire un effort asseeeez particulier parc'que sauter, sauter, prendre le ballon n'importe quoi si j'ai pas eu un échauffement, je trouve ça tout à fait naturel.*

Une personne critiquait le fait de poursuivre une activité physique en vieillissant. Il considérait la marche comme unique entretien physique réalisable après 75 ans. Le reste pour lui n'était plus adapté et dangereux et pratiquer d'autres sports était une façon de ne pas accepter son âge.

RL : *Pfffff ben heu les gens heu y veulent toujours avoir 20 ans hein, ça c'est inné, c'est c'est automatique, on veut pas vieillir. Hein heu j'vais prendre R. qui faisait encore du sport y a quelques années bon, mais pour moi c'était pas bien ! Y aurait du arrêter, se dire, ben oui à mon âge heu bon, aller marcher d'accord mais qui fasse du sport...*

À l'inverse plusieurs personnes critiquaient une certaine inactivité chez les personnes âgées, les gens qui, passé un certain âge se déplacent uniquement en voiture même pour parcourir une très courte distance au lieu de marcher par exemple.

ER : *Heu j'vais pas être médisant mais j'ai déjà vu des cas de gens qui habitent dans le quartier aller à l'enterrement à l'église de W. en auto ! Et pas contents qui avait des difficultés à stationner, faut quand même pas plaisanter ! On peut 'cor y aller à pieds ! D'ici à l'église !*

Ou encore ceux qui préfèrent rester assis plusieurs heures d'affilé quand ils vont au club.

Beaucoup décrivaient une diminution progressive de leur activité physique avec parfois le corps qui ne répond plus comme on le souhaiterait et une fatigue qui arrive plus précocement qu'auparavant. Et le moindre effort pouvait être considéré comme épuisant.

GL : *Avant si j'faisais tomber quelque chose j'le ramassais, mais maint'nant ça d'vient difficile quand ej'suis à g'noux de m'rel'ver hein, ça c'est difficile, 'fin j'y arrive mais que'q'fois ben donc ej'suis essouflée tell'ment j'fais d'efforts (rire) pour m'rel'ver.*

Les douleurs également étaient considérées comme un frein à l'entretien physique, entraînant parfois une réelle amyotrophie et donc un handicap pour la poursuite de la marche.

YD : *(parlant de son mari) Heu il a plus d'jambes, il a plus d'cuisses, il a un fessier, il est atrophié parc'qu'il n'marche plus.*

Mais quelques-uns restaient convaincus qu'il ne fallait pas abandonner l'activité physique à cause de son âge car elle leur permettait de mieux vieillir.

RG : *Mais y a une chose que j'veux pas lâcher c'est un peu le mouvement physique heu, le sport.*

III,A,2,f) Les loisirs

Comme loisirs cités fréquemment, on retrouvait la lecture (livres, presse d'information, articles internet, etc.) ;

VD : *Oh ouais hein, la lecture, ça m'intéresse ! Oui vous voyez y a une bibliothèque là, pleine et y en a une par là aussi. Y en a partout ouais. La presse oui, tout ce qui ce lit.*

le jardinage, d'ornement ou de culture potagère, chez eux ou chez leurs enfants ;

ER : *Et là moi, j'ai pratiquement pas d'jardin mais j'ai toujours aimé en faire et comme chez ma fille y en a un, bon ça m'gêne pas d'participer un p'tit peu. C'est pas d'la production intensive c'est plutôt pour occuper l'terrain, s'donner un peu d'mouvement.*

la télévision était aussi couramment citée (jeux télévisés, films, journaux d'information, reportages, sports, etc.) ;

RHL : *Et après heu j'aime bien r'garder la télé heu « Questions pour un champion », après le « Slam » quelque fois, après heu « Des chiffres et des lettres », mais c'que j'aime bien c'est « Thalassa », heu « Des racines et des ailes », tout' ces émissions là vous savez.*

le bricolage et l'entretien de la maison, les jeux de réflexion (mots fléchés, sudoku, etc.), la pêche ou le tricot. Certains avaient des passe-temps plus inhabituels tels que la généalogie, l'écriture, le dessin, la musique ou encore la taille de cailloux.

RL : *J'ai une passion c'est d'faire de la généalogie, heuuu de dessiner heu et j'écris, presque un bouquin quoi et l'été ben j'taille des cailloux.*

Chez les femmes, les tâches ménagères et les repas étaient souvent considérés comme un loisir.

JD : *J'aime bien faire tout c'qu'y a à faire, du ménage, de la, de la cuisine.*

Et chez certains hommes faire les courses aussi, car estimé comme un moyen de socialisation et de rencontre.

ER : *Ben, déjà moi je dis que aller faire des courses c'est à moitié du loisir, parc'que aujourd'hui vous entrez dans n'importe quel supermarché, ben vous r'trouvez toujours quelqu'un.*

Près d'un tiers assurait partir encore en voyage, sortir au cinéma, au restaurant ou aux matchs de football.

Malheureusement pour certains, un problème de santé, de vue ou d'arthrose par exemple, était un frein aux activités, les empêchant totalement ou les limitant, obligeant à s'adapter pour pouvoir continuer à avoir des loisirs.

RHL : *Coudre, je cousais beaucoup mais je n'couds plus pour ainsi dire parc'que j'vois pas clair. Pour tricoter c'est plus gros c'est plus facile. Et lire, heu je lis mais je peux pas lire longtemps parc'qu'au bout d'un moment pfiou tout est mélangé. Je n'vois plus, pis y faut pas des trop petites lettres.*

III,A,3) Ressenti psychologique

III,A,3,a) Par rapport au vieillissement

La majorité des personnes interrogées considéraient être heureuses dans leur vie actuelle et continuer à prendre du plaisir à chaque instant, garder le sourire, rire dès que possible et profiter des bons moments.

Tous étaient d'accord sur l'importance de bien vieillir, de se tenir en forme, de rire, etc. ; ils avaient un état d'esprit positif sur la vie en général et sur la vieillesse.

Concernant le rapport au vieillissement il y avait 2 conceptions :

Un premier groupe acceptait son âge mais voulait aussi continuer ses activités comme avant. Prendre conscience de ses limites mais essayer d'aller toujours plus loin, ne pas considérer l'âge comme un frein. Ils considéraient avoir de bonnes habitudes de vie, une alimentation saine, une faible consommation d'alcool, et avaient confiance en eux.

Mais tout en voulant continuer à vivre normalement ils n'étaient pas inconscients pour autant et savaient qu'ils devaient faire plus attention s'ils voulaient continuer certaines activités.

***DG** : D'façon j'y vais j'monte, mais j'fais attention parc'que, oh qu'j'ai pas, j'ai pas peur du vide mais avant ça m'faisais rien d'monter un arbre mais maintenant quand j'monte heu on s'accroche quoi. J'sais qui faut faire attention. On n'a pas, ch'est pu comme avant quoi.*

D'une certaine façon on retrouvait dans ce groupe les personnes qui pratiquaient encore une activité physique et se sentaient protégées par cette activité conservée.

***JD** : Mais moi c'est parc'que j'ai fait du sport alors heuuu je réceptionne quoi.*

L'autre groupe était plus réticent par rapport aux activités considérées comme dangereuses passé un certain âge et pensait que les gens du premier groupe étaient des personnes qui se trompaient en négligeant leur âge.

***RL** : Ah c'est qui vieillissent et puis c'est tout hein ! Et puis qui veulent toujours avoir 20 ans ! Y se mésestiment hein souvent, c'est le cas j'crois, non ? Pour moi ils se mésestiment puis c'est tout. Par exemple vous voyez l'petit garage là bas, bon y a une tuile de bougée, j'suis jamais monté sur l'garage pour remettre la tuile, parc'que ben c'est pas raisonnable de monter, à mon âge c'est pas raisonnable, c'est tout point final.*

Ils préféraient se limiter à des activités qui ne les mettent pas en danger. Pour eux, il fallait savoir dire non à certaines choses, à certains actes, l'âge avançant. Et si la personne n'était pas capable de se raisonner seule, pour eux, l'entourage, la famille, les enfants devaient le raisonner et l'empêcher de faire ces actes dangereux, lui rappeler son âge continuellement.

Peu importe le groupe dans lequel ils se trouvaient ils étaient tous d'accord sur le fait de ne plus avoir autant de réflexes en vieillissant. Ils se sentaient plus vite fatigués et étaient tous conscients de la diminution de leurs capacités physiques avec la nécessité d'une adaptation pour éviter le danger.

***RHL** : Ce que je veux dire c'est qui faut être prudent, même au jardin j'vois, y a des choses y faut faire attention, on vieillit, on est plus si subtil hein, c'est ça aussi hein, qu'avant bon, quelque fois on s'bute, comme là quand j'suis tombée, avant j'aurais arrivé à me, mais là on hein. On perd quand même des réflexes.*

L'âge leur faisait prendre conscience du danger de certains éléments de leur maison qui leur semblaient anodins jusque-là.

***ER** : Ouais et j'ai pris conscience de ça, j'savais bien qu'un escalier ça ..., mais à 30 ans un escalier pffff on s'en fiche.*

Mais restait cette impression qu'ils avaient conscience qu'on perd ses capacités en vieillissant mais que les autres sont toujours plus vieux et plus handicapés qu'eux, que vieillir n'arrive qu'aux autres mais pas à eux, pas tout de suite, pas encore.

Comme cette femme de 86 ans qui parlait de personnes très âgées qui ont des difficultés à marcher.

***RM** : Ben vous savez moi j'en vois beaucoup qui marchent avec des déambulateurs mais elles sont très âgées alors heu c'est normal hein que on peut plus marcher comme heu avant quoi.*

III,A,3,b) Par rapport à la retraite

Plus de la moitié des personnes sondées disait avoir bien vécu le passage à la retraite. Seuls deux l'avaient vraiment mal vécue.

En général pour ceux qui l'ont bien vécue, soit elle était très attendue car ils avaient eu un travail pénible, qui les avait fatigués et voulaient enfin se reposer ;

***YD** : Je commençais à avoir mal aux jambes, j'étais fatigué et fallait qu'j'la prenne.*

soit ils aimaient bien leur travail mais savaient qu'à un moment il faudrait arrêter et avaient bien préparé les choses, s'étaient fait à l'idée d'arrêter de travailler et l'ont fait comme une formalité.

***VD** : On avait l'droit à la retraite, on a mis les papiers en route et puis c'est tout hein.*

Leur solution pour bien vivre la retraite était de l'avoir bien préparée. C'est-à-dire de s'y être préparé mentalement, depuis longtemps. L'un deux avait modifié le lieu de son entreprise, qui se trouvait initialement chez lui, afin de pouvoir la léguer à ses enfants le moment venu, sans être obligé de déménager.

***DG** : D'autant plus que on m'avait prév'nu l'jour qu'tu veux arrêter si tu veux céder ton affaire ça va êt'dur si t'es dans l'même maison. J'ai eu l'occasion dés qui a eu la petite maison qui s'est vendue là en face là ... mon bureau. Et j'ai ach'té, j'ai fait aménagé pis alors comme cha cha m'a, j'préparais déjà, ch'était pour prévoir el'coup quoi, pas être embêté quoi.*

Un autre, sur les conseils que son père lui avait donnés au moment de sa propre retraite, s'était préparé à ne plus aller au travail le jour J.

***ER :** Alors heu ben j'suis parti, parc'que il était l'heure ed'partir. Moi depuis bien avant j'm'étais dit bon ben le lundi machin, t'y va pus. T'y va pus, c'est pus la peine, t'y va pus.*

Pour ceux qui l'ont mal vécue, c'était des personnes ayant un antécédent de dépression. Pour l'une d'entre-elles, dans un contexte direct de dépression qui l'a fait arrêter son travail de façon anticipée.

***RL :** Ben j'ai travaillé jusque 55 ans puis après j'ai fait une dépression et du fait que, du fait que l'administration ne pouvait pas m'recaser n'importe où, ils m'ont laissé en longue maladie pendant 5 ans. Jusqu'à c'que j'ai la r'traite. Ben les 2 premières années d'la dépression c'était très très dur, c'était vraiment une grosse dépression.*

Et pour l'autre, le travail avait été repris tardivement suite à une grosse dépression et l'arrêt brutal de cette activité qui l'occupait toute la journée avait été très difficile à vivre, comme un vide impossible à combler.

***JD :** Alors quand j'ai arrêté ça a été très dur, il a fallu qu'i'trouve des gens autour de moi.*

La plupart de ces retraités disaient ne pas se sentir retraités car leur vie restait pleine d'activités variées et ne jamais s'ennuyer avec des journées très actives.

***VD :** C'est pour ça vous d'mandez la r'traite ben j'ai pas 'cor l'impression d'y être.*

***RHL :** Pfff, ben j'm'ennuie jamais, j'ai toujours quelque chose à faire.*

III,A,3,c) Par rapport à la médecine

Comme dit précédemment, beaucoup bénéficiaient du passage d'aidants professionnels au domicile : kinésithérapeute, infirmière, auxiliaire de vie, etc. Le travail de ces para-médicaux en général était vu avec respect, pour les patients c'était toujours des gens courageux qui effectuaient correctement leur tâche.

Souvent le travail du kiné était considéré comme très important. C'est lui qui venait plusieurs fois par semaine au domicile du patient et qui prodiguait des soins et des conseils dans le but d'améliorer le quotidien en diminuant les douleurs ou en améliorant la marche par exemple.

***RHL** : Pis le l'comment l'kiné y m'a dit, faut bien lever vos pieds. J'vous dis, ça fait plus d'un an que je n'suis pas tombée, certainement, j'fais quand même attention, j'ai, j'fais quand même attention à lever mes pieds un peu plus.*

L'infirmière, elle, n'était pas considérée de la même façon si elle venait ponctuellement pour faire un soin, une prise de sang, etc. ; là elle était celle qui se déplace au domicile pour rendre service ; mais si elle venait tous les jours, elle était alors considérée comme la personne qui surveille que les choses sont faites correctement, que les médicaments sont bien pris, etc. Elle illustre alors une perte de liberté, d'autonomie pour son patient.

***HJ** : Ils me prennent les cachets, ils me les donnent, ils m'apportent mon verre de d'eau, ils attendent que j'avale. Ben j'dis pourquoi vous avez peur que j'les prends pas ? Y disent non mais si des fois vous trav... heu avalez de travers, c'est ça, y disent on est responsables.*

Dans tous les cas elle était toujours bien considérée par ses patients qui lui étaient fidèles et reconnaissants.

En ce qui concerne les autres aides à la personne pour les activités de la vie quotidienne, les patients éprouaient une gêne par rapport à celle qui leur faisait la

toilette, car elle traduisait pour eux une perte d'autonomie encore plus importante et surtout une dépendance où la confiance est nécessaire, car on se remet entre ses mains, on se découvre totalement, on se met à nu devant une personne inconnue qui devient donc intime par la force des choses.

***HJ** : Déjà comme ça j'suis gênée quand heu elle me lave. Elle m'dit comme ça mais de quoi qu'vous êtes gênée elle m'dit.*

En ce qui concerne le médecin traitant, tous en avaient un.

La moitié le voyait en visite à domicile tous les mois ou tous les 15 jours, l'autre moitié lui rendait visite au cabinet. Certains pensaient qu'on ne peut plus compter sur le généraliste pour faire une visite à domicile et que si on veut le voir il faut se déplacer à son cabinet médical.

***MP** : Parc'que les docteurs faut pas attendre après eux parc'que, j'sais pas si ça leur convient de nous... hein y veulent déjà 'te plus v'nir au domicile alors heu ...*

Tous étaient d'accord sur l'importance d'avoir un bon suivi médical en vieillissant. Beaucoup voyaient en plus de leur médecin traitant, différents spécialistes, notamment un cardiologue.

***RL** : Parc'que là aussi quand on est vieux y faut s'faire suivre heu régulièrement et c'est un truc heu à faire quoi.*

D'autres voyaient des spécialistes de la médecine alternative, comme des homéopathes.

***JMB** : Moi j'suis un adepte de l'homéopathie.*

Leur ressenti par rapport à la médecine et à la maladie était différent selon leur vécu, selon qu'ils aient été eux-mêmes malades ou aient eu un proche malade.

Certains étaient des habitués des hôpitaux et des opérations et la médecine faisait presque partie de leur quotidien.

VD : *Vous savez j'ai été opérée tant d'fois vous savez c'est, j'ai tellement été opérée que ... Y a toujours el'docteur, y a toujours des suites, y a toujours des... d'puis, d'puis l'an 2000.*

La plupart considérait son médecin avec respect et estimait que celui-ci avait un rôle de prévention et de conseil.

DG : *On peut d'mander à son médecin des conseils, bon y peut déjà donner un conseil ou bien si y sait pas, y a pas la spécialité ou bien n'importe, y peut d'mander à quelqu'un qui s'y connaît davantage heu.*

Certains avaient traversé des périodes difficiles en tant qu'aidant familial et leur médecin traitant était devenu plus que ça, un soutien, un confident, presque une personne de la famille.

ER : *Oh heu E., elle a pris ma femme de A à Z, vous savez y s'crée un lien de confiance. Elle est arrivée hein, un dimanche, dans l'après-midi et ça vous savez, vous pouvez pas l'oublier.*

Beaucoup avaient de très bons rapports avec leur médecin et lui faisaient entièrement confiance pour leur santé, leur orientation vers des spécialistes, etc.

Certains regrettaient que le médecin aujourd'hui n'était plus aussi disponible que le médecin de famille d'autrefois.

VD : *Et ben vous voyez à c'moment là il assurait toujours mon docteur et puis y faisait pas attention, y mettait l'temps qui fallait.*

GL : *C'est pas pour critiquer mais, les médecins, maintenant, avant on avait un médecin de famille y s'déplaçait. J'sais bien c'est pas marrant quand on vous appelle la nuit tout ça, mais maintenant ils n'ont plus l'feu sacré, ils n'ont plus ... Oh non c'est plus pareil ! Ben moi mon docteur y'est vraiment gentil, y s'occupe d'ailleurs des personnes âgées, mais là j'ai l'impression qui prend trop à la légère.*

Parfois ils se plaignaient du peu de temps que leur consacrait leur médecin généraliste. Souvent ils l'excusaient par la même occasion, par sa charge de travail importante mais regrettaient en même temps qu'il ne puisse pas les écouter plus et

même parfois qu'il ne s'intéresse pas beaucoup à ce qu'ils ressentent, pensent ou disent.

***MP :** Quand y vient c'est du ... c'est toujours va vite. Mais moi je sais qu'il a trop d'travail hein, j'suis sûre que lui y voudrait bien mais tell'ment y sont débordés hein.*

Quelques-uns avaient un avis plus négatif sur les médecins d'aujourd'hui qui prennent des vacances, sont moins disponibles, trop pressés, n'accordent que 15 minutes de consultation par patient, ne savent plus les écouter et répondre à leurs attentes.

***JD :** Ben mon médecin non il a pas beaucoup d'temps, il a un quart d'heure. Mais tu sais c'est un quart d'heure hein il entame pas sur un autre sujet. C'est un quart d'heure faudrait qu'j'aille 2 fois chez l'médecin par mois pour tout expliquer.*

Ils avaient tous des attentes concernant leur médecin traitant et notamment plus de temps à leur consacrer. Chacun avait son avis sur ce qu'est un bon médecin généraliste. Pour certains, un médecin doit savoir écouter et lire en ses patients.

***RG :** Finalement un bon médecin y, y s'ra bon que quand il aura jugé ses clients, bien les connaitre. Y cherche d'abord à à comprendre un peu les problèmes et non pas à accueillir les patients pour dire ouais ouais renouvellement allez hop, non, il essaye heu ça c'est bien.*

Pour d'autres il doit savoir déceler vite les pathologies et les adresser vers les bons spécialistes.

***RL :** Le truc cardiaque, ben c'est pareil, bon ben c'est même lui qui a téléphoné à M B. le cardiologue pour prendre un RDV tout de suite, vous voyez, si il est très, si c'est un mec qui, ouais, si, si y fait bien son boulot quoi. Enfin pour moi y fait bien son boulot. Parc'que si il l'faisait pas bien j'changerais d'doctor. Et il le sait.*

Dans l'ensemble ces patients avaient plutôt confiance en leur médecin et pensaient

pouvoir lui parler librement du moindre problème.

Peu d'entre eux avaient déjà évoqué le sujet de la chute avec lui et aucun des médecins n'avait posé la question ou proposé une consultation spécialement dédiée à la chute.

La plupart du temps le sujet était abordé quand une chute survenait et qu'il y avait des conséquences nécessitant une prise en charge médicale (plaie à recoudre, douleur nécessitant des examens complémentaires, etc.), mais même dans ces cas-là, un bilan de chute était rarement réalisé et la cause non recherchée.

***VD** : Pfff ah ben vous savez je l'ai, il vient souvent hein, tous les 15 jours j'vois mon docteur hein. Pfff ah ouais quand j'fais une chute il le sait. Et quand y faut queq'chose, oh r'cousue une fois j'ai du être recousue, ben faut bien l'appeler ! (rire)*

Quelques personnes interrogées pensaient qu'en cas de chute au domicile sans conséquence grave, elles ne feraient pas appel à leur médecin et ne leur en parleraient peut-être même pas lors d'une prochaine consultation.

***VD** : Mais pour dire quoi au docteur ? Là j'vais pas l'appeler « j'ai tombé, qu'est c'que vous en pensez ? Qu'est c'que j'dois faire ? » Non ! Oh ben non que voulez vous que j'l'appel, j'vais pas l'déranger pour ça ! Non si c'est pas utile, c'est pas utile.*

Souvent ces patients n'en parlaient pas parce qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt. Peu d'entre eux considéraient la chute comme une complication médicale et ne voyaient donc pas le lien avec le médecin hormis dans certaines conséquences graves.

***RG** : La chute heu ça peut aussi arriver à un manque heu d'attention, bon qu'est c'qui faut faire dans c'cas là ? ... Tu vas dire au mec ben y faut faire attention hein, le corps médical y peut rien, hein.*

D'autres patients ne lui en parlaient pas tout simplement par discrétion, pour ne pas déranger leur médecin traitant déjà considéré comme surchargé de travail.

***RM** : C'est pas la peine de, ils en ont assez à faire que encore les embêter avec des pacotilles.*

III,B) La chute

III,B,1) Les causes

III,B,1,a) Existence de chutes

Sur les 15 personnes sondées, 8 étaient identifiées comme chuteuses. C'est à dire qu'elles avaient déjà fait au moins une chute accidentelle au-delà de leurs 60 ans.

Chuteuses ou non, les personnes interrogées pour la plupart pensaient qu'elles ne consulteraient leur médecin traitant en cas de chute au domicile que s'il y avait des conséquences notables. C'est à dire uniquement si elles avaient des douleurs, s'il fallait, d'après elles, réaliser des examens complémentaires (radiographie, mammographie, etc.) ou s'il fallait réaliser un soin (suture, plâtre, etc.).

***RM** : Ah oui parc'qui faut quand même voir si y a pas une conséquence au bout du compte hein, ah ouais, si faut passer une radio j'vais l'passer !*

Presqu'aucune ne pensait qu'il fallait le consulter, ou tout au moins lui en parler, à chaque survenue de chute. La seule personne qui évoquait la nécessité d'en parler systématiquement était en fait un non-chuteur qui considérait donc que s'il lui arrivait de tomber ça serait la première fois et par conséquent qu'il lui arrivait un souci médical et qu'il fallait en trouver la cause.

***ER** : Ben ouais parc'qu'à c'moment là, c'est qui aurait que'que'chose qui commencerait ou qui s'rait en train de s'préparer heu. J'sais pas du tout, un déséquilibre heu quelconque dans l'système ou bien y a un paramètre qui vient d'bouger et à elle ed'trouver heu, peut-être des examens enfin, etc.*

Pour ceux qui disaient qu'ils en parleraient éventuellement, il y avait ceux qui attendraient leur prochain renouvellement de traitement pour l'évoquer.

***RG** : Alors 2 choses heuuuu j'ai mal j'vais forcément en parler, mais j'aurais toujours le réflexe deeee, de s'tâter de dire bon voir un peu, bobobon ça tient à peu près et pis comme j'ai un renouvellement et pis elle aussi bah, on en*

parl'ra au moment du renouvellement, mais on en parlera ! Au moment du renouvellement.

Pour ceux qui souhaitaient garder leurs chutes secrètes, c'est le sentiment de honte qui dominait. On ne parle pas de la chute parce que c'est humiliant, ça veut dire accepter d'avoir vieilli.

JMB : *Chuter c'est ouais c'est un peu, c'est un peu comme l'histoire d'la canne, c'est un peu dégradant.*

Certains considéraient que la chute était une chose grave car on pouvait en mourir, ou rester au sol, seul, sans aide. D'autres pensaient que les chutes étaient graves uniquement si elles devenaient fréquentes, donc une chute isolée ou occasionnelle n'était pas grave.

Beaucoup minimisaient l'existence et le nombre de leurs chutes.

YD : *Mais c'est des p'tites chutes heu pfff, non c'est pas quand même des chutes à répétition. Et y a un moment que j'ai pas eu deeee, que j'suis pas tombé hein.*

Les circonstances de survenue de chutes étaient diverses et variées : au domicile; à l'extérieur de chez soi ; avec ou sans explication ; le jour ou la nuit ; en avant sur la face, en arrière sur les fesses, chute de son lit, etc., de nombreuses chutes différentes étaient décrites.

On retrouvait souvent un « malaise » comme mode de début de la chute. Appelé syncope, étourdissement, éblouissement, sensation vertigineuse, déséquilibre, etc. Les autres modes de début étaient le « sentiment d'avoir glissé » mais aussi un manque d'attention.

Concernant le lieu des chutes, on retrouvait autant de chutes à l'intérieur qu'à l'extérieur. Pour les chutes à l'intérieur du domicile c'était souvent en sortant du lit, au cours de la nuit, quand il fallait se lever. Pour les chutes à l'extérieur de chez soi c'était le plus souvent dans la rue, c'est la voirie inégale sous les pieds qui était la plupart du temps remise en cause.

JMB : *Y'avait un pavé qui dépassait d'ça, Elle a buté d'dans quoi, 2 fois.*

III,B,1,b) Connaissance des causes de chutes

Quelques-uns cherchaient les raisons pour lesquelles ils étaient tombés, des causes à leurs chutes.

Ont été évoquées comme causes de chute :

des pathologies, comme la maladie de Ménière ou autre cause médicale de vertige ; l'hypertension artérielle ;

DG : *La tension et y a les 2 d'ailleurs et l'attention aussi, ben c'est surtout la tension.*

ER : *Heu entre 12/6 et 13/7, si j'monte un jour à 18 ça s'ra ptêt une autre histoire, régulièrement quoi. Alors là peut-être qui aurait des chu... des risques de déséquilibre, etc.*

le diabète ; les pathologies vasculaires comme les AVC ou embolie pulmonaire ;

RG : *Ouais heu bennnn ouais, pis des chutes et pis ça s'termine à l'hosto et en général heu ben y a un problème circulatoire ouuuu ou un problème pulmonaire.*

les troubles neuromusculaires, l'instabilité à la marche, les troubles de l'équilibre ;

HJ : *Moi j'trouve toujours c'est la perte d'équilibre, c'est la seule chose que j'peux dire que c'est la perte d'équilibre.*

les troubles sensitivo-moteurs empêchant une marche normale ;

DG : *Ouais des fois j'accroche l'pied hein, j'sais pas parc'que mes jambes y vont pas si bien alors heu des fois j'accroche.*

d'autres causes mécaniques comme des entorses de cheville ;

MH : *Parce que j'me tordais la cheville aussi j'avais tendance à m'tordre la ch'ville donc j'tombais dans les rues, mais là maintenant ça va.*

des troubles sensoriels (trouble de la vue) ;

RHL : *Mais j'crois que c'est ma vue aussi.*

la prise de certains médicaments (antidépresseurs, hypnotiques) ;

YD : *Moi j'pense que c'était trop fort le cachet, j'étais trop endormi j'ai l'impression.*

la peur de chuter ;

JD : *Ben moi j'sais pas parc'que à quoi elles sont dues les chutes ? A beaucoup d'choses en fait, àààà la personne quiii qui marche très mal, qui a peur de tomber. C'est par crainte de tomber elle marche plus.*

la présence d'un animal de compagnie ;

VD : *Oh oui, voilà c'est en allant chercher mon journal la dernière fois j'crois. Alors j'étais dehors, mais le chien, le chien y court alors heu c'est embêtant ça. Il pense que je joue, il pensait que j'jouais, alors il était là ouais.*

des éléments extérieurs (anomalies de la voirie, bordures, marches, éclairage des rues), les conditions climatiques (vent, verglas) ;

JMB : *Ca peut être une bordure de trottoir, un trou heu une bosse, un pavé.*

l'inattention, la précipitation, la prise de risque (pratique d'un sport, bricolage, etc.) ;

RG : *Quand tu prends, tu prends un risque que tu dis quand tu décolles de terre hein heu là tu dis bon y a quand même un risque.*

un mauvais chaussage ;

VD : *Si vous êtes mal chaussé, des pantoufles qui a pas d'arrière, vous tombez à côté, vous bougez heu vous êtes déséquilibré facilement.*

RHL : *Parc'que on marche facilement, pis avec des mules en plus, on marche en trainant hein.*

JMB : *Si vous avez des pantouff' heu d'14-18 heu hein y a pus d'semelle.*

l'alcool ;

DG : *Après heu si on boit un verre ed'trop comme y dit l'autre hein, ah non mais cha ch'est (rire), là on n'a pas besoin de l'pousser pour tomber hein.*

ER : *Bon alors y a ceux qui n'ont un bon coup dans l'nez et qui culbutent.*

Mais la plupart du temps ils ne comprenaient pas pourquoi ça arrivait, ni comment ça pouvait arriver.

JD : *Moi je sais pas parc'que pourquoi on tombe ?*

HJ : *Non ! C'est parc'que je, ça fait ça, pis j'tombe ! Je sais pas, y en a pas un qui va dire pourquoi.*

Le fait de tomber était souvent ressenti comme une fatalité liée au vieillissement. Pour beaucoup c'était normal de marcher moins bien en vieillissant et par extension de tomber. Il ne fallait donc pas trop chercher de causes aux chutes car elles arrivaient sans explication, simplement par conséquence de l'âge.

HJ : *Ben quand on tombe, ben on tombe, ben vous êtes à terre on vous ramasse et puis c'est tout hein !*

Pire encore, il ne servait à rien de chercher une cause pour la prendre en charge car de toute façon elles étaient toutes différentes selon les personnes chuteuses.

HJ : *Enfin que voulez vous que j'vous dise, d'une personne à l'autre c'est pas pareil.*

L'avis des proches dans la perception de la chute avait beaucoup d'importance. Les histoires racontées par les autres personnes âgées et leur vécu également.

RHL : *Ben souvent, en discutant, on en parle et puis bon vous avez des exemples donc vous, ah ben oui ça, faut que j'fasses attention hein. Entre personnes heu oui.*

Un grand nombre avait au moins une référence de chute chez un proche âgé, le conjoint, un ami ou un membre de sa famille.

RM : *Moi j'connais une des dames elle a resté 7h par terre, toute la nuit elle l'a passé au pied d'son lit hein.*

La plupart du temps ils connaissaient l'existence de ces chutes mais pas leurs causes encore une fois.

JD : *Ma belle sœur elle chute heu souvent mais pourquoi j'en sais rien.*

III,B,1,c) Existence de causes de chutes

On retrouvait pourtant chez toutes ces personnes des facteurs de risque de chute.

Facteurs prédisposants

Au moins 4 personnes étaient polymédiquées, et certaines prenaient même plus d'une dizaine de médicaments par jour.

YD : *J'ai une dizaine de cachets par jour alors !*

Deux dames souffraient de dépression et prenaient des antidépresseurs au moment de l'étude.

JD : *Je suis encore sous antidépresseurs. Tout est dedans hein heuuu le les le déséquilibre, heuuu les pertes de mémoire, heu les tremblements.*

Au total six prenaient des psychotropes : 2 prenaient des hypnotiques et des antidépresseurs, 3 prenaient uniquement des hypnotiques et une prenait un antiépileptique, pour un syndrome des jambes sans repos.

JD : *Je dors avec un cachet, ah oui ça faut qu'tu l'saches, quand même ! Depuis longtemps ! Très longtemps ! Heuuuum j'en ai toujours eu !*

Un tiers prenait des antihypertenseurs dont 3 des diurétiques.

HJ : *Ma tension elle fait yoyo, le yoyo j'dis toujours, une fois elle est très bonne, une fois elle monte et je n'sais pas pourquoi.*

RM : *J'prends du « catapressan® », « isobar® » heu la panoplie quoi.*

Trois présentaient des troubles de la marche et de l'équilibre importants.

HJ : *Ben je vous dis maintenant je sais que je n'suis pas stable. Moi je sais que moi c'est suite que une perte d'équilibre, quoi que je fasse il faut que je me tienne.*

VD : *Sortir oh j'y tiens pas du tout, j'sais pas parc'que j'ai des difficultés à marcher.*

Près de la moitié se plaignait de perte de force musculaire dans les membres inférieurs voire d'une atrophie musculaire.

YD : *Comme dit ma femme j'ai plus d'jambes, plus d'cuisses, mon fessier il est atrophié parc'qu' j'marche plus...*

Et une grande majorité avait une arthrose diffuse touchant le rachis et les membres inférieurs (genoux, hanches).

YD : *C'est plein d'arthrose partout là, même sur le sternum alors c'est, c'est rare hein.*

Quelques-uns se plaignaient de perte de sensibilité au niveau des membres inférieurs, lié ou non à un diabète.

Deux personnes avaient un glaucome, plusieurs avaient été ou devaient être opérées de la cataracte et une dame avait une pathologie ophtalmologique handicapante entraînant une baisse d'acuité visuelle majeure.

RHL : *J'vois pas clair. J'ai ma cornée qui s'brouille. Y m'faut une greffe de cornée.*

ER : *Bon alors un peu comme tout l'monde en avril j's'rais opéré d'la cataracte à l'œil droit.*

Quelques dames avaient des antécédents de fractures traumatiques (poignet, fémur, cheville, etc.).

HJ : *J'me suis cassé mon col du fémur, j'ai une prothèse. C'est bête, j'jouais avec le chien, j'ai voulu m'mettre sur l'côté, j'suis tombée.*

GL : *Y avait du verglas, pis j'ai glissé, j'me suis cassé l'poignet !*

Facteurs précipitants

Plus de la moitié affirmait avoir déjà eu un « malaise », sensation d'étourdissement, d'éblouissement, de perte d'équilibre voire de connaissance.

GD : *J'ai senti qu'allais pas être bien. J'me suis assis pis après j'me rappelle pus, j'ai tombé.*

MH : *On était dehors, j'attendais, j'me suis r'tournée, j'ai du être heu avoir un éblouissement certainement ou heu...*

Trois des personnes interrogées étaient sujettes aux vertiges dont deux dans le cadre d'une maladie de Ménière. L'une d'elles faisait fréquemment des chutes provoquées par ses vertiges.

RL : *J'ai des problèmes dans l'oreille, j'ai un p'tit os qui bouge, et je perds heu... ça m'arrive de perdre l'équilibre.*

Peu prenaient des médicaments pour un diabète, seule une patiente était sous insuline, aucun ne prenait d'antidiabétique oral hypoglycémiant.

Concernant les risques de chute liés à l'environnement intérieur : plusieurs personnes possédaient de nombreux tapis au sol ;

HJ : *La première fois que j'suis tombée, si j'avais été sur l'tapis je s'rais pas tombée. D. elle dit toujours faudrait quand même enlever ton tapis, écoute laisse mon tapis tranquille j'ai un bon souvenir de mon tapis.*

trois dames évoquaient un problème de chaussage (pantoufles, mules, etc.) ;

VD : *Chaque fois que j'ai chuté c'était qu'j'étais en pantoufles.*

RHL : *Pis j'avais des mules, j'avais pas les chaussures adaptées hein !*

l'une d'entre-elles avait plusieurs animaux de compagnie.

VD : *Oh ben oui y est toujours dans mes jambes celui là ici (montre le chat).*

III,B,2) Les conséquences

III,B,2,a) Existence des conséquences de chutes

Sur la plupart des personnes étant déjà tombées, quelques-unes seulement avaient eu des conséquences importantes lors de leurs chutes. Pour la majorité elles considéraient que l'important quand on tombe était de ne pas se faire mal. La douleur était donc considérée comme l'élément sérieux qui déclenchait ou non la consultation chez le médecin traitant.

***DG** : Mais non l'principal c'est que j'me fasse pas d'mal déjà.*

À la suite d'une chute, un bilan était rarement réalisé. Quand des examens étaient faits c'était surtout pour rechercher une conséquence traumatique face à des lésions physiques visibles ou des plaintes algiques.

***RHL** : En tombant, j'sais pas si j'ai voulu m'retenir mais j'avais mes 2 seins tous bleus. Bon ben j'ai été faire une mammographie tout d'suite.*

Quelques-uns avaient déjà eu des traumatismes physiques sévères après être tombés : fracture du poignet, fracture du col du fémur, fracture de cheville, etc.

***GL** : Quand j'fais une chute ça compte ! Hein, j'me casse el'poignet, j'me casse ... Ouais*

Parfois aussi ils avaient subi un temps resté au sol important avec impossibilité de se relever et une rhabdomyolyse ayant nécessité une hospitalisation pendant plusieurs semaines ;

***HJ** : Une fois j'suis restée sur l'dos toute la nuit, j'suis tombée au soir, toute la nuit, jusqu'à 3 heures heu, comme D. l'mercredi elle venait d'son boulot, elle m'a trouvée par terre.*

d'autres avaient eu des traumatismes physiques plus modérés : hématomes, ecchymoses, plaies superficielles, etc.

***MP** : Alors partie de tout mon long, tout a claqué, mes mains, mon sein y était tout noir !*

Certains, en tombant, avaient réussi à éviter ou à limiter les conséquences de cette chute en se protégeant par réflexe.

JD : *J'suis tombée sur les 2 rotules, 3 escaliers sur les 2 rotules, j'ai mis mes mains comme ça, autrement j'partais dans l'mur.*

DG : *Alors pis je, si j'tombe ej'm'arrange toujours pour heu, bien tomber, rouler, au lieu de mal se retenir.*

III,B,2,b) Connaissance des conséquences de chutes

Les connaissances concernant les conséquences possibles de chutes des personnes sondées, leur venaient de sources différentes.

Premièrement, elles leur venaient de leur expérience personnelle. Tous ceux qui avaient déjà chuté savaient raconter où ils étaient tombés et les conséquences que leurs chutes avaient pu avoir pour eux, même si les causes restaient plus inconnues.

GL : *J'ai glissé sur les fleurs de magnolia, mais y avait 5-6 marches pour aller dans l'jardin alors j'ai glissé d'sus, j'dis « oh ça y est j'me suis cassé l'pied ! », alors en effet j'me suis cassé l'pied.*

Ensuite, au travers des chutes de leurs proches, dont ils avaient été directement témoins ou que leurs amis et famille leur avaient racontées.

JMB : *C'était encombré dans son salon, c'était pas assez espacé, elle a voulu forcer pis elle est tombée pis col du fémur, voilà.*

Et enfin ce que les autres pouvaient raconter sur les conséquences des chutes, ce qu'ils avaient lu ou entendu, les « on dit ».

RL : *Y a 15 jours y est v'nu un docteur et y nous a dit : « tu peux pas savoir le nombre de personnes âgées qui sont mortes parc'qu'elles sont tombées ». Alors bon c'est pour ça que j'vous dis oui, oui c'est grave.*

La plupart du temps ils considéraient que les chutes étaient graves et qu'elles pouvaient avoir des conséquences épouvantables.

DG : *Ah ben ça peut être grave, ça dépend comment on tombe hein. Ça dépend quelle chute y s'ont fait mais ça peut, on peut s'tuer, on peut s'noyer, on peut s'casser la tête.*

Les conséquences les plus fréquemment citées étaient les traumatismes physiques, les fractures et surtout la fracture du col du fémur, qui était presque considérée comme un arrêt de mort par certains.

JMB : *L'col du fémur c'est ... généralement chez les personnes très âgées, l'col du fémur c'est l'début d'la, d'la mort malheureusement.*

La mort elle-même, était souvent la deuxième conséquence évoquée.

RL : *Et pis ben y en a qui meurent !*

Les autres conséquences souvent citées étaient l'hospitalisation aux urgences ;

RL : *Ah ben y s'retrouvent aux urgences !*

Le fait de se retrouver au sol sans possibilité de se relever ;

ER : *Bon je tombe maintenant, je n'peux plus m'rel'ver, j'vais rester là jus'qu'à d'main.*

Des plaies, nécessitant des soins d'urgence, des hématomes ;

Des séquelles handicapantes, physiques ou même des démences.

RG : *Les conséquences ? Ben la principale conséquence c'est de de n'pas, de pas s'en rel'ver hein, de rester dans, infirme !*

HJ : *Ben y en a qui perdent la tête à force hein.*

La peur de tomber était présente chez certains mais pas nécessairement chez des patients chuteurs. Souvent c'était plus la peur des conséquences d'une chute que réellement la peur de la chute en elle-même qui était décrite.

L'un avait peur de tomber dans les escaliers et de ne pas se relever ;

ER : *Ma grande peur c'est deeeee voler en bas d'escalier, et là y a pu personne.*

une autre avait peur de ne plus pouvoir marcher ;

MH : *On s'inquiète hein, de plus marcher moi ouais. Ca, surtout ça.*

une troisième avait peur des fractures possibles en chutant.

MP : *J'aurais eu mon col du fémur cassé ou un bras ou n'importe hein, ça fait peur quand même hein.*

La chute et ses conséquences représentaient pour certains d'entre-eux une grande source d'angoisse, chuteur ou non.

III,B,2,c) Action suite à une chute

Suite à l'expérience d'une chute, les personnes avaient réagi différemment.

Certaines n'avaient absolument rien changé à leur vie, car la chute avait eu peu ou pas de conséquence pour eux.

ER : *Si c'est pas grave, l'gars y en parle pas, ben non parc'que si c'est pas sérieux l'gars y sait même pu l'lendemain.*

D'autres avaient choisi de prendre plus de précautions dans leurs gestes quotidiens et dans leurs actions.

RHL : *J'vous dis ça fait plus d'un an que je n'suis pas tombée, certainement, j'fais quand même plus attention, j'fais quand même attention à lever mes pieds un peu plus. Et bon à force on fait d'plus en plus d'chutes, d'plus en plus attention.*

VD : *Et chaque fois qu'j'ai chuté j'étais en pantoufles. Ah ouais alors le matin c'est tout d'suite les chaussures hein.*

Enfin, d'autres encore, avaient investi dans des moyens d'alerte pour anticiper de nouvelles chutes et surtout diminuer la gravité de leurs conséquences potentielles.

***VD** : Alors heu j'peux crier mais avec une alarme c'est quand même mieux, pis j'ai un téléphone où y a 3 numéros d'appel.*

Après une chute, on a pu voir précédemment que tous ne consultaient pas leur médecin traitant. Mais même si le médecin n'était pas mis au courant, les personnes ayant chuté avaient souvent d'autres interlocuteurs, notamment leur famille.

***MP** : Ah oui à mes enfants, tout l'monde le sait hein, mon garçon qui est là, j'lui ai dit, hein tout l'monde le sait hein.*

Parfois la prise en charge de la chute était mal vécue par cet entourage car difficile à réaliser.

***JMB** : Maman elle est tombée 3 fois à 94 ans. J'arrive ben elle était par terre quoi, on pouvait pas la rel'ver, j'ai eu beaucoup d'mal à, j'y suis arrivé mais ...*

Il fallait relever la personne, éventuellement appeler des secours, en sachant que la personne tombée n'est pas toujours du même avis que son bienfaiteur en ce qui concerne une éventuelle consultation aux urgences.

***HJ** : Alors là quand j'suis tombée j'étais enfin, j'en voulais un p'tit peu à L. qui a appelé les pompiers ... hein.*

Certains avaient même mis en place des moyens de fortune dans l'urgence pour limiter les conséquences lors de situations compliquées.

***VD** : Mon mari il a chuté une fois, il était minuit, il a chuté d'son lit, j'ai appelé mon fils mais j'ai jamais réussi à l'avoir. Alors, il était à terre, j'ai mis des oreillers, j'lui ai mis une couverture sur le dos. Pis à 6h du matin j'ai eu d'l'aide. Mais au moins il a pas resté sur l'carrelage.*

III,B,3) La prévention

III,B,3,a) La prévention primaire

La prévention primaire concernait surtout les non-chuteurs. Ce sont les moyens de prévention qui avaient été mis en place pour éviter l'apparition de chutes. Mais elle était évoquée chez les chuteurs avant leur première chute.

Comme vu précédemment dans la première partie des résultats, la plupart avait déjà anticipé leurs « vieux jours » et entrepris ou tout au moins pensé à des moyens de prévention des chutes.

Certains avaient prévu de quitter leur maison pour une plus petite et plus adaptée à leur âge, en plain-pied ou de modifier leur logement actuel dans le même objectif. Une dame avait anticipé les dépenses liées à la préservation de son autonomie en vieillissant et avait souscrit une assurance dépendance. Une autre, avait anticipé en s'inscrivant dans une maison de retraite qui l'accueillerait le jour où elle jugerait ne plus se sentir en sécurité seule chez elle.

D'autres au contraire s'étaient peu préparés et pensaient que le jour où ils tomberaient, ils redoubleraient simplement d'attention par la suite.

***RL** : Le jour qu'ça m'arrivera j'ferais un peu encore plus attention pis c'est tout.*

Quelques-uns concédaient connaître certains moyens de prévention, notamment les moyens d'aide à la marche (cane, béquille, déambulateur, etc.) mais ils avouaient également préférer s'en passer le plus longtemps possible, quitte à prendre des risques.

Malheureusement la plupart ne connaissait pas ou peu de moyens de prévention des chutes et pensait aussi et surtout qu'il n'en existait pas vraiment.

***VD** : C't'une drôle de question ça vraiment, comment voulez-vous éviter d'tomber ? Faut rester jeune !*

On retrouvait cette notion de fatalité dans l'existence de la chute et par extension dans son évitement, dans sa prévention. Pour ceux qui tentaient quelques hypothèses concernant la prévention des chutes, celle de « faire attention » était la plus fréquemment proposée. En effet la chute pour beaucoup était due à un manque d'attention de la part des chuteurs et la prudence était par conséquent un moyen de prévention souvent avancé.

***DG** : Enfin attention pour les chutes, non j'vois pas enfin, faire attention surtout.*

***ER** : Ben heu plus je vieillis plus je fais attention, maintenant quand j'descends à la cave c'est comment vous dire, j'fais un acte que j'dois faire attention.*

Les autres moyens de prévention de la chute fréquemment retrouvés étaient souvent liés à la marche. L'un d'eux était un conseil que le kinésithérapeute avait donné à une de ses patientes et qui était de bien lever ses pieds en marchant.

***RHL** : Pis l'kiné y m'a dit, faut bien lever vos pieds.*

D'autres étaient de descendre lentement les escaliers, marche après marche, ou de prendre un appui lors de déplacements à pied, comme une canne ou une béquille.

***RM** : Au jardin ça glisse un peu dans l'allée ben j'prends ma béquille, pour aller chercher mon pain ben là bas ou bien aller voir une amie j'prends ma canne.*

Marcher, tout simplement, avoir un minimum d'activité physique était considéré comme un moyen de prévention par une bonne partie des individus interrogés.

***JMB** : Faut vous l'ver pis aller marcher jusqu'au bout d'la salle plutôt que d'rester tout l'temps assis.*

***JD** : On pourrait essayer d'les faire marcher, on pourrait essayer d'leur faire faire de la gymnastique, c'est l'meilleur moyen parc'que, voilà l'entraînement physique.*

Concernant les moyens de prévention des conséquences, seule une dame proposait la prise de médicaments comme des vitamines, pour renforcer les défenses naturelles ou les os, pour éviter les fractures.

GL : *Y a des médicaments pour heu pour les os pour consolider les os*

III,B,3,b) La prévention secondaire

La prévention secondaire quant à elle ne concernait que les chuteurs, ce sont les moyens de prévention qui avaient été mis en place à la suite d'une ou plusieurs chutes.

Chez ces personnes chuteuses, presque aucune n'évoquait de mise en place de prévention secondaire à la suite de chutes. Mais leurs chutes leur avaient parfois permis de repérer certaines causes et de déterminer des moyens de prévention par elles-mêmes.

Ces moyens de prévention secondaire étaient souvent liés à l'environnement et plus particulièrement au domicile des personnes.

On retrouvait généralement le chaussage. Avoir un bon chaussage était donc un des premiers moyens de prévention secondaire afin d'éviter des chutes à l'avenir ;

VD : *C'est pour ça faut d'abord être bien chaussé.*

éviter les pièces encombrées, les tapis et avoir des sols en bon état.

ER : *Disons que, avoir, être chaussé correctement. Ca m'apparaît, hein. Avoir des sols corrects.*

Beaucoup de personnes âgées chuteuses parlaient des aides à la marche comme moyen de prévention de la chute, car ils avaient souvent été prescrits dans leurs cas, suite à la répétition des chutes.

VD : *J'ai c'qui faut sans quoi, j'ai une canne et puis j'ai un déambulateur.*

La kinésithérapie de rééducation à la marche avait, elle aussi, été parfois prescrite chez ces personnes chuteuses et était citée comme moyen d'éviter de faire de nouvelles chutes par les patients.

MH : *Ben j'suis allée faire des séances 2 fois par semaine ouais chez l'kiné.*

Concernant la prévention secondaire liée plutôt aux conséquences, quelques personnes reconnaissaient l'avantage de posséder une téléalarme afin de pouvoir alerter rapidement une fois tombé et ne pas subir un temps au sol trop long.

***VD :** J'suis à terre, j'suis incapable de me lever. Alors il faut quelqu'un, il faut prévoir. Si vous n'avez personne là, faut une alarme. Tout au moins déjà ça.*

Parfois, la prévention rencontrait des obstacles. Ca pouvait être le conjoint qui ne voulait pas changer de maison.

***DG :** C'est trop grand, H. elle veut pas partir. Voilà, elle préfère cette grand'maison.*

Ou encore les patients eux-mêmes qui refusaient les moyens de prévention mis en place pour des raisons de honte,

***JMB :** Ca leur donne un complexe, c'est déshonorant d'prendre une canne ou un déambulateur.*

***GL :** Y en a y veulent pas prendre d'canne y sont trop précieux... c'est moche de prendre une canne.*

ou ne se servaient pas correctement de ceux qui avaient été mis en place pour leur sécurité.

***HJ :** Mais au lieu d'appuyer tout d'suite comme une folle, non j'ai fait tout l'tour sur le dos ! Pour voir tiens j'vais essayer peut-être que j'vais m'lever, et oui, peut-être et oui.*

***ER :** Bon maintenant, si vous n'avez pas mis vot'alarme. Moi j'en connais qui'n'ont un pis une fois sur deux, quand vous allez chez eux ben et ch'machin là ? « Ah pfff té m'embête ti ». J'pense à ma sœur pour pas l'citer !*

Ou parfois même une trop grande confiance en soi qui les empêchait de se protéger face à la menace de la chute.

***RM :** Je n'suis pas à risque de chute. Voilà. J'ose pas encore monter à l'échelle mais ça r'viendra.*

III,B,3,c) Attentes en matière de prévention

Pour une majorité de personnes interrogées, le premier responsable en charge de cette prévention de la chute était le médecin traitant. Malheureusement ces mêmes personnes évoquaient le fait que le médecin avait rarement le temps d'occuper ce rôle. Parfois elles se plaignaient même du détachement avec lequel le médecin prenait leur chute, comme si c'était sans importance.

MP : Alors une fois y m'a dit « faut longer les murs quand vous tomb... quand vous marchez », y dit « v'n'avez qu'à prendre une canne ».

L'autre professionnel de santé souvent cité était le kinésithérapeute, considéré comme celui qui entraîne à la marche et aide à récupérer sa mobilité et son autonomie.

JD : J'ai jamais fait d'kiné mais peut-être quand même renforcer les muscles des vieilles personnes, leur faire faire des massages, les faire marcher, leur donner plutôt du tonus quoi, là où ...

Mais là encore certaines personnes se plaignaient de ne pas avoir les séances de kinésithérapie prévues.

HJ : Ben normalement elle doit me faire aide à la marche. Bon au départ elle m'a fait marcher, là c'est toujours pareil je tiens pas longtemps donc elle me masse... Parc'qu'elle dit « on sait que vous pouvez pas marcher parc'que vous allez tomber, alors pourquoi s'acharner ? »

Mais ils considéraient aussi que les personnes âgées elles-mêmes devaient être vigilantes aux différents risques de chutes et moyens de prévention, pour elles-mêmes et pour les autres personnes âgées qu'elles côtoient. Pour elles, chaque personne quelque soit son âge est capable de se gérer et ce n'est pas parce qu'on est plus âgé qu'on n'en est plus capable. Pour une bonne partie des interviewés leurs connaissances en matière de chute et de prévention de la chute étaient suffisantes.

VD : *Ben vous savez à moins de devenir meumeu en vieillissant, ben sans quoi on voit c'qui a à faire.*

RM : *Ben heu j'sais pas heu ça coule de source, on l'sait ! On l'sait soit même !*

ER : *Ben heu lui-même, comme dit l'autre, on est jamais mieux servit qu'par soi-même hein.*

Leur entourage, et particulièrement leurs enfants, était souvent désigné comme en partie responsable de l'information concernant la prévention des chutes.

DG : *Et pis après si on est trop vieux pour heu... c'est les enfants qui doivent conseiller à leurs parents, parc'que quand on devient vieux c'est les enfants qui nous disent c'qui faut faire, hein, un p'tit peu.*

Dans certains cas particuliers, où les chutes se passaient en dehors du domicile, sur la voie publique, le responsable de cette chute et donc l'interlocuteur pour éviter de nouvelles chutes était les services publics.

JMB : *Si c'est des chutes en dehors hein, que si c'est à cause d'un mauvais pavage, c'est les pouvoirs publics qui sont responsables. Pour R. fallait dire à monsieur l'maire faut r'faire l'pavage de...*

Aucun n'avait connaissance des gériatres et moins encore des consultations spécialisées de la chute.

DG : *Oh j'sais pas, des spécialistes pour la chute ? Non, y peut pas y avoir des spécialiste ed'tout hein !*

Plusieurs personnes réclamaient plus d'information sur la chute de la part des soignants.

JMB : *Les personnels médicaux heu de faire d'la prévention de heu d'inciter les personnes justement, ah pis d'les informer.*

Beaucoup souhaitaient cette information sous forme de réunions pour les personnes âgées, afin de les sensibiliser sur les chutes, leurs causes, leurs conséquences et surtout comment les éviter.

GL : *On devrait faire des réunions et puis que des personnes, admettons comme moi quand elles sont r'traitées puissent assister, savoir heu c'qu'elles peuvent faire pour heu pour n'pas tomber.*

JMB : *Moi ça m'dérangerais pas en tant que président d'club heu quelqu'un de l'hôpital, vienne au club et pis tienne heu une p'tite demi-heure et pis expliquer.*

MP : *On a un club là on pourrait v'nir nous expliquer, parc'qu'on voudrait savoir quand même hein, nous on sait pas.*

IV)DISCUSSION

IV,A) Les points faibles et forts de l'étude

IV,A,1) Les biais

Le premier est un biais de sélection, lié à la taille de l'échantillon qui le rend donc peu représentatif de la population générale des personnes de 75 ans et plus et ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. De plus, l'étude n'était réalisée que dans le Pas-de-Calais, ce qui limite l'extension des résultats au reste de la France.

Deuxièmement, un biais de mémorisation. Rappelons que ce sont des personnes âgées qui ont été interrogées ici et que même si aucune d'entre elles ne présentait de trouble mnésique pathologique, il est normal de ne pas avoir mémorisé tous les éléments de sa vie en détail et de ne pas toujours se rappeler des éléments sur lesquels elles étaient interrogées. De plus, ce biais de mémorisation peut parfois être plutôt un biais de prévarication, c'est-à-dire de minimisation volontaire de certaines chutes, pour le cas qui nous concerne.

Troisièmement, il peut toujours y avoir eu un biais d'interrogation lié à la personne qui a mené les entretiens et qui, d'une manière ou d'une autre, peut avoir influencé certaines réponses, les entretiens semi-dirigés développant déjà une toile d'entretien et orientant d'une certaine façon la discussion entre l'intervieweur et l'interviewé.

Enfin, il est susceptible d'y avoir un biais d'interprétation, le travail ayant été effectué par un seul enquêteur.

Le fait que les personnes présentant des troubles cognitifs étaient exclues peut être considéré comme une limite car le déclin cognitif est un facteur prédisposant de chute connu et l'exclure est une façon de biaiser l'étude.

IV,A,2) Les forces de l'étude

Malgré le faible échantillonnage, la saturation des données a été atteinte.

De plus, les critères ayant permis de choisir cet échantillon étaient très ouverts avec seulement deux restrictions, les troubles mnésiques et le suivi en gériatrie, ce qui a permis d'avoir un échantillon varié.

Les entretiens étaient réalisés au domicile des patients ce qui permettait d'observer leur lieu de vie et de leur poser éventuellement des questions plus ciblées.

Enfin c'est une étude qualitative, ce qui est rare concernant la chute. En effet, on trouve bien plus souvent des études quantitatives sur le sujet de la chute du sujet âgé. Elles ciblent souvent un moyen de mesure précis, mesure de la longueur de marche ou de l'équilibre, analyse des facteurs de risques liés à la chute, etc. (11, 12, 14, 15, 16, 17, 20).

L'avantage d'une étude qualitative était de faire une analyse en profondeur, d'explorer les connaissances d'un groupe de personnes, les plus concernées par la chute du sujet âgé, d'écouter ce qu'elles avaient à dire, de les laisser libres de s'exprimer sur un sujet qui les concernent directement, sans filtre, de passer des représentations qu'on se fait au ressenti réel. Dans une étude qualitative la mesure n'est pas la priorité, il n'y a pas de recherche de représentativité mais une recherche de richesse de l'analyse, une analyse qui donne un aperçu de l'impression et du comportement des personnes et permet d'étudier leurs opinions sur le sujet, dans le cas présent la chute.

IV,B) Un constat alarmant : peu de connaissances des chutes et de leur prévention

J'ai souhaité réaliser ce travail suite à mon passage dans le service de gériatrie de l'hôpital de Lens, lors de mon premier semestre en tant qu'interne de médecine générale.

Premièrement, une des médecins en court séjour gériatrique, toute jeune assistante à ce moment, essayait sans cesse de nous sensibiliser aux chutes et avait remis à chaque interne la synthèse des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) : « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » d'avril 2009 (8). Ça a été mon guide tout au long de ce stage.

Deuxièmement, une fois en soins de suite et rééducation, j'ai commencé à me poser la question « et si la prévention des chutes était faite par le médecin généraliste, y aurait-il autant de patients hospitalisés pour chute ? », ça a été le début de mon questionnement et ce qui m'a permis de réaliser cette thèse.

IV,B,1) Vérification des hypothèses de départ

J'ai cherché à vérifier mes trois hypothèses de départ.

IV,B,1,a) 1^{ère} hypothèse : Les patients connaissent des moyens de prévention, en ont discuté avec leur médecin traitant mais ne les appliquent pas à domicile

J'ai pu constater tout au long de ce travail que les personnes âgées interrogées, en général, avaient eu peu de dialogue concernant la chute, avec leur médecin traitant ou d'autres professionnels de santé et qu'elles en savaient peu sur la chute, ses causes, ses conséquences et sa prévention, qu'elles soient chuteuses ou non. Aucune n'avait vraiment eu de consultation dédiée à la chute et jamais leur risque de tomber n'avait été évalué. En effet dans cette étude 8 interviewés étaient des chuteurs avérés mais aucun n'avait eu de consultation dédiée à la chute avec son médecin traitant.

La plupart des personnes interrogées pensaient pourtant que le médecin traitant était en effet le bon interlocuteur pour parler de chute, mais qu'il n'avait pas le temps pour s'en occuper réellement.

C'était même un problème récurrent au cours de ces entretiens, celui de la durée de la consultation de médecine générale. En effet, la consultation leur semblait trop courte et ils avaient l'impression de ne pas pouvoir dire tout ce qu'ils voulaient. Concernant leurs attentes, le temps était la première chose que les patients souhaitaient de la part de leur médecin traitant avec en second lieu l'écoute. La performance, c'est-à-dire un diagnostic rapide et une bonne orientation vers les spécialistes, était secondaire.

On peut donc entrevoir un premier problème dans la prévention des chutes en médecine générale, qui est une insuffisance de dialogue entre le médecin et le patient.

IV,B,1,b) 2^{ème} hypothèse : les patients non-chuteurs sont peu sensibilisés aux risques de chute et à leurs moyens de prévention

Pour les individus interrogés, la chute était souvent considérée comme grave, car elle peut avoir des conséquences dramatiques et ce sont souvent celles-là même qui étaient citées. Mais en dehors de ces conséquences, la chute en tant que telle était surtout considérée comme grave quand elle devient fréquente, répétée. Une chute, unique ou peu fréquente et sans conséquence notable était souvent ignorée.

Même si les résultats laissent penser que de nombreuses causes et conséquences de chutes ont été citées, malheureusement, seule une petite fraction d'entre-elles ont été identifiées individuellement par chaque personne. De plus ces éléments étaient souvent évoqués avec peu de certitude et beaucoup d'hésitation. Cette incertitude concernant la chute existe tout au long des interrogatoires. Beaucoup demandaient à la fin des interrogatoires « Et alors ? C'est quoi les causes de chutes ? » ou encore « Et donc ? Comment on évite de tomber ? ».

Les personnes âgées ont peu de connaissances concernant la chute et sa prévention et pas seulement les non-chuteurs. On constate cependant que même s'ils ne savent pas grand-chose ils sont disposés à apprendre, ils aimeraient en savoir davantage afin de mieux se prémunir. Il y a en effet une forte demande d'information sur le sujet.

IV,B,1,c) 3^{ème} hypothèse : Certains pensent qu'il est inutile de faire de la prévention des chutes car c'est une fatalité de tomber quand on est vieux

Enfin, et malheureusement, cette hypothèse s'est confirmée au cours de plusieurs entretiens. Pour ceux qui pensaient que chuter était une fatalité, la prévention n'avait aucun intérêt, car la chute allait de soi avec le vieillissement. Ce sont ceux qui ont le plus besoin d'information et d'éducation thérapeutique à mon sens.

IV,B,2) Autres résultats

IV,B,2,a) Type de population

J'ai essentiellement comparé mon travail aux thèses qui ont été réalisées sur la chute dans notre région ces dernières années. Dans l'ensemble j'ai pu retrouver quelques résultats similaires et peu de discordances.

Dans la plupart des travaux étudiés la population était similaire à la notre, les patients étaient très souvent polymédiqués, présentaient en général les mêmes types de pathologies et prenaient les mêmes classes de médicaments (17). Les âges étaient semblables à ceux de mon échantillon, les patients des études comparées à la mienne avaient entre 65 et 90 ans, avec des moyennes d'âge plutôt autour de 80 ans (12), (14), (16), (17), (20).

IV,B,2,b) Activité physique

Dans l'ensemble, ce travail a permis de mettre en évidence que ceux qui avaient pratiqué et qui pratiquaient encore une activité physique étaient aussi ceux qui présentaient le moins de chutes, voire pas de chute du tout.

C'est ce qu'on retrouve dans plusieurs études citées dans la revue Prescrire (21), (22). Dans une première étude de 2013 regroupant elle-même 17 essais randomisés, le risque de chute grave, c'est-à-dire avec « fracture, traumatisme crânien, plaie nécessitant des points de suture ou hospitalisation » était réduit de 40% chez les personnes pratiquant une activité physique et avec un résultat encore plus important pour les chutes uniquement avec fracture (21). Une autre étude Finlandaise, de 2015, cette fois uniquement chez des femmes, « montre l'intérêt des exercices physiques pour diminuer le risque de chute avec traumatisme chez des personnes âgées. » (22).

On retrouve des résultats similaires dans la littérature, en effet « les activités d'endurance agissent favorablement sur la fonction cardio-circulatoire tandis que les activités contre résistance sont bénéfiques au niveau musculaire et osseux et sur la réduction de risque de chute » (24).

Malheureusement, certaines des personnes interrogées étaient persuadées qu'à partir d'un certain âge il est préférable d'arrêter toute activité physique. Encore une fois, il y a un déficit d'éducation sur la chute et sa prévention qui nécessite de faire plus d'information auprès des personnes à risque de chute, c'est-à-dire les personnes âgées.

IV,B,2,c) Les limites de la prise en charge de la chute

Les personnes âgées de mon étude mettaient en évidence une limite à la prise en charge de la chute par leur médecin traitant : le temps. Dans la thèse de Thomas Gemar, « Évaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole lilloise et futures perspectives » (12), la première limite évoquée était justement le temps de consultation trop court. Pourtant, dans cette même étude, Thomas Gemar a prouvé que le dépistage était réalisable au cours d'une consultation de médecine générale par deux moyens simples et rapides : le « Get up and go » test et la mesure du temps d'appui unipodal (11).

De même, dans la thèse de Julien Poupart, « Évaluation d'un outil de dépistage de la chute récidivante de la personne âgée en médecine générale », ces deux tests

étaient bien corrélés au risque de chute, car 82% des chuteurs avaient un « Get up and go » test pathologique et 85% un temps d'appui unipodal inférieur à 5 secondes (14).

Une étude française, il y a quelques années, avait déjà évoqué ces pistes de simplification du bilan de chute par le médecin généraliste au cabinet, avec comme conseils, la réalisation du « Get up en go » test, la mesure du temps d'appui unipodal ainsi que de l'échelle ADL de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne (hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas) (23).

Comme autre limite à la prise en charge de la chute par les médecins traitants, ceux-ci avançaient aussi leur manque de connaissance sur le sujet de la chute et le sentiment de ne pas pouvoir gérer seuls les patients âgés chuteurs (11). Ce qui n'était pas perçu par les personnes âgées interrogées ici.

Un autre frein était celui d'une méconnaissance, en général, de la prise en charge financière des aides à domicile. Dans notre étude, une seule personne était bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et cela n'était pas suite à l'action de son médecin traitant mais suite à un passage dans un service de gériatrie pour cause de chute grave au domicile.

Aucune des autres personnes interrogées ne bénéficiait de l'APA et à priori aucune n'en avait réellement connaissance. Ce point n'était pas précisément abordé mais le coût des aides à domicile a été de nombreuses fois évoqué sans que le terme d'APA ne soit cité. Il est nécessaire de diffuser cette information en même temps que l'information sur la chute et sa prévention, car ce sont deux éléments imbriqués.

Enfin, la peur de tomber est une limite à la prise en charge fréquemment retrouvée dans la littérature et qui peut être associée, plus largement, à un syndrome post-chute. Dans une étude belge de 2008 on peut observer que 2 personnes sur 3 ont peur de tomber, ce pourcentage augmentant avec l'âge et l'antécédent de chute (26). Dans une étude suisse de 2015, on retrouve aussi ce sentiment d'insécurité

limitant les déplacements à l'extérieur, par peur de tomber (27). Cet aspect des limites de la prévention et des conséquences des chutes était peu perçu dans notre étude, les personnes chuteuses évoquant rarement leur peur de tomber à nouveau et les non-chuteurs n'ayant pas peur de la chute pour la plupart.

IV,B,2,d) Motif de non-consultation

Pour ce qui est de la réalisation d'examens para-cliniques et du bilan de chute, on observe dans la thèse de Simon Renard, « États des lieux des facteurs de risque de chute dans la population de médecine générale de plus de 65 ans du bassin valenciennois » (12), que les médecins généralistes ne réalisaient ce bilan qu'en cas de chute responsable de conséquences, donc quasiment jamais en prévention primaire et que la chute n'est pas rapportée au médecin traitant si elle est sans gravité.

C'est également ce que nous montre notre étude. Les patients ne consultent pas systématiquement leur médecin traitant en cas de chute et en général il est consulté uniquement si le patient a subi des conséquences de sa chute notamment traumatiques. C'est aussi ce qu'on retrouve dans la littérature (13).

De la même manière, les personnes âgées ont tendance à banaliser la chute dite « mécanique » (15), ou comme vu dans notre étude, pensent qu'il n'y a pas de solution existante à leur problème et donc ne parlent pas de leur chute. On retrouve cette notion de fatalité dans la thèse de Nicolas Babin « Le patient multichuteur : facteurs associés aux chutes répétées chez les patients rencontrés en consultation pluridisciplinaire de la chute au CHRU de Lille » (16).

IV,B,2,e) Prévention de la chute

La kinésithérapie

À nouveau dans la thèse de Thomas Gemar (11), tout comme dans mon travail de recherche, un des principaux intervenants dans la prévention de la chute

était le kinésithérapeute. « C'est le spécialiste le plus sollicité dans la prise en charge des patients chuteurs (78.4%) » (11).

En effet, j'ai pu constater que de nombreuses personnes avaient eu ou avaient encore au moment de l'étude, le passage d'un kinésithérapeute au domicile. C'est un acteur de santé très important dans la prise en charge des patients et pour les patients. C'est une des rares personnes qu'ils voient plusieurs fois par semaine. Il améliore leur quotidien, en diminuant leurs douleurs et augmente leur autonomie, en les faisant travailler à la marche. C'est une personne qui leur prodigue des conseils et en qui ils ont confiance.

La kinésithérapie est souvent prescrite pour rééducation à la marche après une ou plusieurs chutes. Toujours dans la même étude de Thomas Gemar, 80.2% des médecins généralistes prescrivent de la kinésithérapie après plusieurs épisodes de chutes et la majorité des médecins l'instaurent rapidement après une chute (moins de 15 jours pour la plupart) (11).

Une étude de l'évaluation des pratiques de 2001 rappelle l'importance du kinésithérapeute dans la prévention des chutes du sujet âgé « dans les domaines de l'akinésie (privation de mouvement) et de la kinésiophobie (peur du mouvement), afin d'éviter que la personne qui prend de l'âge ne devienne un patient » (25).

Une volonté d'information

Aucun des travaux consultés ne mettait en évidence le fait que ces personnes âgées du Pas-de-Calais étaient ou non correctement informées sur la chute et sa prévention et si elles souhaitaient une information sur ce sujet.

Les personnes interrogées dans notre étude étaient souvent demandeuses d'informations et de réponses par rapport au questionnaire qui leur avait été proposé pour l'étude. Elles voulaient connaître les vraies causes, les conséquences et les moyens de prévention des chutes et se rendaient compte de leur manque de connaissances sur le sujet après avoir été interrogées.

Toujours dans l'étude de Thomas Gemar, qui interrogeait lui, les médecins généralistes, sur le sujet de la chute, on retrouve également chez ceux-ci la même

volonté que chez nos patients, d'avoir une information plus développée sur la chute et sa prévention. Ils souhaitent d'abord une meilleure information pour eux, c'est-à-dire une meilleure formation sur la prise en charge de la chute. Par ailleurs ils souhaitent aussi une meilleure diffusion de l'information au niveau du grand public, par des campagnes publicitaires par exemple (11).

Travail en réseau

Concernant les différents médecins spécialistes qui peuvent être consultés dans le cadre de chutes, presque aucun des sujets que j'ai interrogé au cours de l'étude n'avait de connaissance concernant l'existence et le rôle du gériatre, ni des médecins rééducateurs. Seuls quelques-uns avaient déjà vu en consultation un rhumatologue, pour des problèmes ponctuels.

Aucun ne connaissait l'existence de consultation spécialisée de la chute de l'« Hôpital gériatrique Les Bateliers » au CHRU de Lille. Cela s'explique par le fait que la chute n'avait jamais été un sujet de discussion avec le médecin traitant qui ne les avait donc pas orientés vers ces spécialistes.

Pourtant on retrouve dans différentes études qu'un travail en réseau, entre le généraliste et ces différents spécialistes, serait bénéfique dans la prise en charge de la chute et dans sa prévention (23).

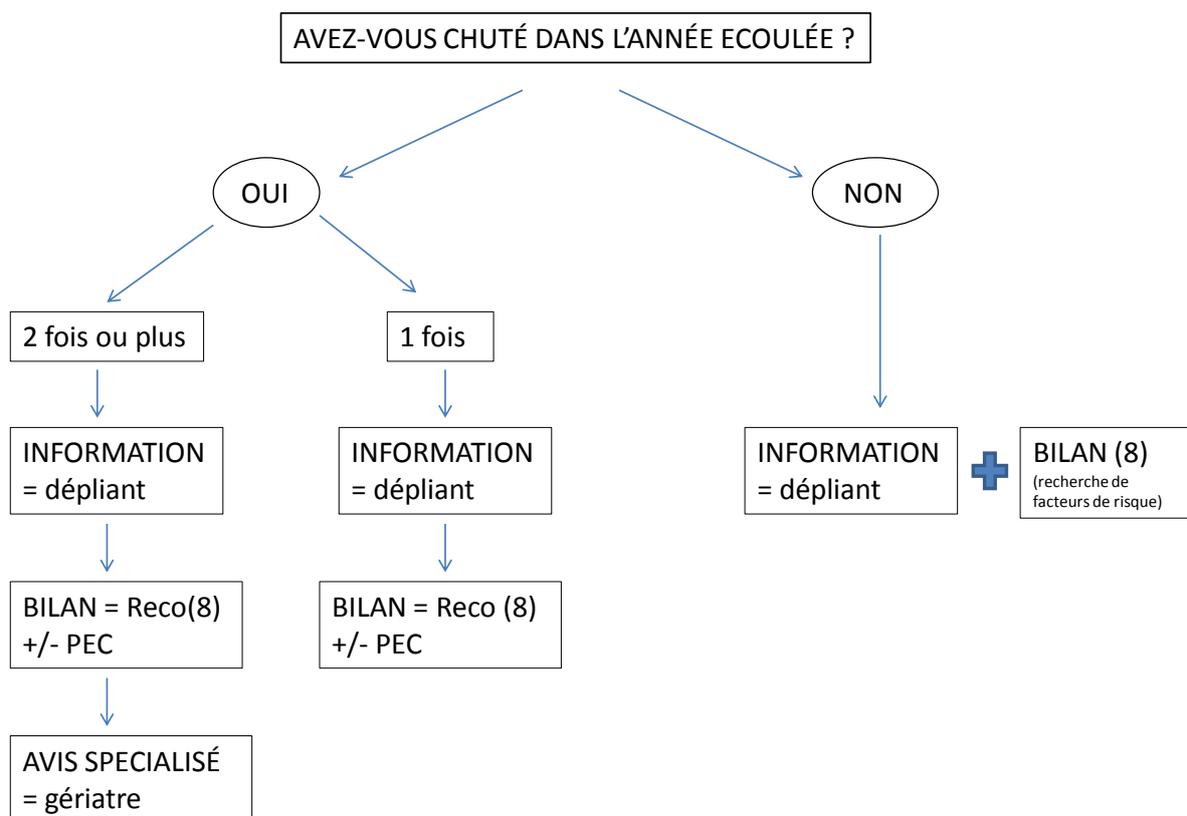
IV,C) Diffuser l'information

On l'a vu tout au long de cette étude, les personnes âgées ont peu de connaissances concernant la chute et sa prévention, mais elles ont aussi une volonté de s'instruire sur ce sujet. Elles veulent qu'on les informe et qu'on les forme pour affronter l'avenir plus sereinement.

Pour cela on pourrait aisément imaginer une consultation par an où le médecin traitant évoquerait la chute avec son patient âgé en lui posant simplement la question : « Avez-vous chuté dans l'année écoulée ? ». Dans la même idée que le dépistage de la consommation inadéquate d'alcool où on nous conseille de demander de façon anodine « Combien de verres de boisson alcoolisée buvez-vous par jour ? ».

Cela permettrait d'aborder le sujet de façon systématique puis en fonction de la réponse de poser les questions adaptées pour rechercher les causes de la chute, etc. Voici une proposition de démarche de prise en charge simplifiée pour le médecin traitant :

FIGURE 1 : Schéma de prise en charge du patient âgé chuteur en consultation de médecine générale



Reco = recommandations HAS 2009 (8)
PEC = prise en charge

Il pourrait être intéressant d'avoir à disposition des médecins généralistes, des dépliants d'information, courts et compréhensibles pour tous, de ce qu'est la chute, ses grandes causes, ses conséquences possibles et surtout ses moyens de prévention.

Cela a déjà été imaginé dans d'autres régions comme sur la région de Marseille, où un fascicule avait été réalisé sous la direction du Pr Philippe PITAUX, directeur de l'institut de gérontologie sociale (18).

Il pourrait être intéressant de faire quelque chose de similaire dans notre département. Cette plaquette d'information diffusée en Provence a néanmoins l'inconvénient d'être trop longue et trop complexe. Elle ne va pas à l'essentiel pour informer les personnes âgées concernées, il serait souhaitable d'en réaliser une plus simple.

J'imaginerais plutôt un dépliant de deux pages recto-verso sur lequel on pourrait trouver en première page une question, la même que celle que le médecin généraliste pourrait poser à ses patients au cabinet, en consultation de médecin de ville, « Avez-vous chuté dans l'année écoulée ? », avec cette fois, une seule proposition, « Si oui, consultez votre médecin traitant ! ».

Les deux pages du centre du dépliant seraient consacrées, en bref, aux causes (médicaments, douleurs osseuses, chaussures, environnement encombré, problèmes cardiaques) et aux conséquences (syndrome post-chute et peur de marcher, fractures, station au sol prolongée, déshydratation) pour une page et à la prévention (aides techniques à la marche, amélioration de l'environnement et du chaussage, modification des médicaments, moyens d'alerte, etc.) pour l'autre, avec la technique de relevé du sol reproduite sur cette même page (4).

FIGURE 2 : Technique pour se relever du sol

- Le relever du sol s'effectue en quatre temps (Figure 8-1) :
- 1^{er} temps : si le patient est sur le dos, il doit se retourner sur le ventre ;
 - 2^e temps : se mettre à quatre pattes ;
 - 3^e temps : se redresser sur les genoux en s'aidant d'une chaise ;
 - 4^e temps : s'asseoir sur la chaise.

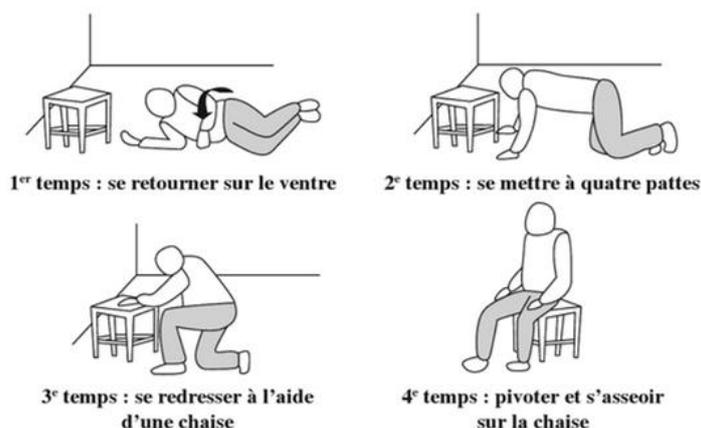


Figure 8-1 Technique du relever du sol.

Au dos du dépliant, sur la dernière page, on trouverait les adresses et numéros utiles pour les aides à domicile, la demande d'APA et les moyens d'alerte (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC), Centre Communal d'Action Social (CCAS), Mairie, etc.). (Annexe 5)

Actuellement, en 2016, le département du Pas-de-Calais a mis en place une grande campagne pour le maintien à domicile et donc pour la prévention de la chute et surtout pour la téléassistance. Le dépliant d'information sur la chute pourrait faire partie de cette même démarche d'information et de prévention et pourrait être distribué et expliqué dans les cabinets médicaux (19).

V) CONCLUSION

La population française vieillit, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les plus de 75 ans pourraient atteindre plus de 11 millions d'individus en 2040 (4) et le Pas-de-Calais n'est pas épargné par le vieillissement de sa population.

La chute est d'autant plus fréquente que l'on vieillit et concerne surtout les plus de 75 ans et comme 9 personnes âgées de 75 ans et plus sur 10 vivent encore chez elles (4), la question de la chute au domicile est majeure.

Les personnes âgées chuteuses ou non, ont peu de connaissance concernant les chutes. Elles connaissent surtout les conséquences possibles mais la chute n'est considérée comme grave que si ces conséquences sont graves (fracture, hospitalisation, décès) ou si elle est fréquente et répétée.

Les causes et les moyens de prévention de la chute sont quant à eux beaucoup moins connus par les personnes âgées. Les problèmes de santé sont souvent ignorés et la chute est régulièrement attribuée à la vieillesse, comme une fatalité liée à l'âge. Les moyens de prévention les plus connus sont l'entretien à la marche, notamment par la prescription de kinésithérapie et les aides techniques à la marche. L'action sur les thérapeutiques médicamenteuses est beaucoup moins citée.

La prévention est considérée comme relevant du rôle du médecin traitant en première intention, mais aussi de l'entourage et des autres spécialités médicales et para-médicales (kinésithérapeute, infirmière).

La demande d'information concernant les chutes et sa prévention au domicile peut être généralisée à tous. Les personnes âgées de 75 ans et plus du Pas-de-Calais sont avides de réponses et de solutions concernant la chute. Le médecin généraliste a un rôle majeur à jouer dans cette prévention.

C'est pourquoi il pourrait chaque année poser la question « Avez-vous chuté dans l'année écoulée ? », à chacun de ses patients âgés et laisser à disposition des plaquettes d'information sur la chute et sa prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). (page consultée le 25 mars 2015). Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile, [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/886.pdf>
- (2) Bourdessol H, Pin S, Institut Nationale de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). (page consultée le 25 mars 2015). Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile, 2005, [en ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- (3) Haute autorité de Santé (HAS), Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG). (page consultée le 8 décembre 2015). Recommandations pour la pratique clinique : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, 2005, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
- (4) Puisieux F. Le livre de l'interne : Gériatrie. Lavoisier Médecine Sciences, Paris ; Mars 2012
- (5) Yvain F, Giraud M, Magnier G. Chute de la personne âgée ambulatoire. EMC ; Elsevier Masson SAS, Paris ; Traité de Médecine Akos, 3-1084, 2007.
- (6) Attali C, Bail P. (page consultée le 21 février 2016). Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, [en ligne] http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/Marguerite_version_definitive-1-.pdf
- (7) Chevalier P, Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). (page consultée le 10 juin 2015) Recommandation de bonne pratique : Prévention des chutes chez les personnes âgées. (Suppl au n°254 de la Revue de la Médecine Générale, Mars 2008), [En ligne] http://www.educasante.org/img/ssmg_recommandations_de_bonne_pratique.pdf
- (8) Société Français de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), Haute Autorité de Santé (HAS). (page consultée le 8 décembre 2015) Recommandation de bonnes pratiques professionnelles : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Avril 2009, [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

(9) Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). (page consultée le 23 mai 2016) Population - Bilan démographique 2015- Population française par sexe et âge au 1er janvier 2016, France, [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm

(10) Agence Régionale de Santé Nord Pas-de-Calais Picardie (ARS). (page consultée le 29 mai 2016) Données démographiques, [en ligne]. <http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/Donnees-demographiques.83575.0.html>

(11) Gemar T. Évaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole lilloise et futures perspectives. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2012.

(12) Renard S. État des lieux des facteurs de risque de chute dans la population de médecine générale de plus de 65 ans du bassin valenciennois. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2014.

(13) 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):266-268.

(14) Poupart J. Évaluation d'un outil de dépistage de la chute récidivante de la personne âgée en médecine générale. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2014

(15) George D. La chute d'origine mécanique existe-t-elle chez la personne âgée ? À propos d'une étude observationnelle chez 100 patients hospitalisés à l'issue d'une chute avec fracture [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2013

(16) Babin N. Le patient multichuteur : facteurs associés aux chutes répétées chez les patients rencontrés en consultation pluridisciplinaire de la chute au CHRU de Lille. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2014

(17) Clercin L. Évolution de l'espace de vie à 6 mois des sujets âgés bénéficiant d'une évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2016.

(18) Pitaud P, Institut de Gérontologie Sociale. (page consultée le 2 juillet 2016) « Restez debout jusqu'au bout » : Prévention des chutes version Prémalliance, 2012, [en ligne] [http://gsite.univ-provence.fr/gsite/Local/agis/dir/doc/actualites/Prevention des chutes version PREMALLIANCE 2012.pdf](http://gsite.univ-provence.fr/gsite/Local/agis/dir/doc/actualites/Prevention%20des%20chutes%20version%20PREMALLIANCE%202012.pdf)

(19) Pas-de-Calais Le département. (page consultée le 2 juillet 2016) La téléassistance : vivre chez soi en toute sérénité, [en ligne] <http://www.pasdecalais.fr/Solidarite-Sante/Retraites-et-personnes-agees/Vivre-a-domicile/La-teleassistance-vivre-chez-soi-en-toute-serenite>

(20) Ridao AS. Introduction d'une démarche éducative chez le sujet âgé chuteur : le programme « laissez pas tomber ! » [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H.Warembourg ; 2013.

(21) Prescrire Rédaction. Exercices physiques et conséquences graves des chutes. Revue Prescrire 2015 ; 36 (392) :129.

(22) Prescrire Rédaction. Exercices physiques utiles aux femmes âgées. Revue Prescrire 2016. 36 (392) : 457.

(23) Auvinet B, Berrut G, Touzard C et al. (page consultée le 18 juillet 2016) Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau. Revue médicale de l'Assurance Maladie. 2002 jul-sept ; 33(3):183-191, [en ligne]. Fulltext.bdsp.ehesp.fr/cnamts/rmam/2002/3/183.pdf

(24) Tissandier O, Thomas C, Bellamy V, Piette F, Weill-Engerer S. Quel sens pour l'exercice physique du vieillard ? Revue NPG. 2004 feb ; 4(19) :25-28

(25) Viel E, Garros JC, Jeandel CL et al. Équilibre et entraînement du sujet âgé chuteur potentiel. Ann. Kinésithér. 2001 ; 28(2) :57-64

(26) Mendes da Costa E, Bantuelle M, Van Bastelaer MC, Levêque A. La peur de tomber chez les personnes âgées de 65 ans et plus : analyse de la situation de Fontaine l'Evêque (Belgique). Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2008 sept ; 56(5) :295

(27) Riom L et al. Plus on est vieux, plus on se protège : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées. Retraite et société. 2015 ; 71 :58-74

ANNEXES

Annexe 1 : Informations concernant l'étude



Mme Morgane HENNART
03 20 13 41 39

Madame, Monsieur,
Bonjour,

Dans le cadre de la thèse et du mémoire que je dois réaliser au cours de mes études de médecine, je réalise un travail de recherche sur les chutes du sujet âgé de 75 ans et plus.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que ces données peuvent au terme de l'étude être utilisées de manière anonyme pour publier les résultats de l'étude dans une revue
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaire à Le

Signature

Annexe 2 : Consentement de participation à l'étude



Faculté de Médecine et de Maïeutique
56 rue du Port 59046 LILLE

Numéro de code :

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale sur les chutes du sujet âgé de 75 ans et plus.

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse et d'un mémoire de médecine générale soutenu(e) par Morgane Hennart, interne en médecine générale à la faculté de médecine et de Maïeutique de Lille

Fait en double exemplaires à Le

Signature

Annexe 3 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE CONCERNANT LA CHUTE DU SUJET AGE DE PLUS DE 75 ANS

INITIALES :

DATE et LIEU DE NAISSANCE :

PARTIE 1 : Parlez moi de vous

- 1) Quel est votre mode de vie ? (lieu, seul/en couple, enfants, petits enfants, ...)
- 2) Quelle est votre autonomie ? (repas, toilette, habillage, continence, déplacements, gestion du budget, des achats, ménage, ...). Echelle IADL (cf annexe 1)
- 3) Quel est votre niveau d'étude ? Quelle était votre profession ? Quand avez-vous cessé votre activité ? Comment avez-vous vécu votre retraite ?
- 4) Que faites-vous la journée ? Quels sont vos loisirs et activité physique ?
- 5) Quels sont vos problèmes de santé ? Quels médicaments prenez-vous au quotidien ? A quoi servent-ils ?
- 6) Êtes-vous déjà tombé ?

Si non à la question 1.6 : PARTIE 2A = NON CHUTEUR

- 1) Que pensez-vous de la chute chez la personne de plus de 75 ans ? Pensez-vous que c'est grave, préoccupant ou sans importance si c'est une chute sans conséquence ?
- 2) Dans votre entourage, parlez-moi des personnes qui sont déjà tombées ?
- 3) Avez-vous déjà évoqué le sujet avec votre médecin traitant ? Si oui, qui était à l'initiative de cette discussion ? Dans quelles circonstances ?
- 4) Votre risque de tomber a-t-il déjà été évalué ? Si oui, par qui ? Pourquoi ?
- 5) Vous-même avez-vous peur de tomber ?

Si oui à la question 1.6 : PARTIE 2B = CHUTEUR

- 1) Combien de fois ? Estimez la fréquence de vos chutes.
- 2) De quand date votre dernière chute ? Racontez là. En avez-vous parlé ? Si oui, à qui ?
- 3) Quelles sont les causes de vos chutes ? Quelles ont été les conséquences de votre/vos chute(s) ? Leur gravité ?
- 4) Quels moyens de prévention pour éviter de tomber ont été mis en place ? Par qui et quand ?
- 5) Si des moyens de prévention ont été mis en place, qu'est ce que ça a modifié au quotidien pour vous ?

PARTIE 3

- 1) Quelles sont en général les causes de chutes chez les personnes de plus de 75 ans ?
- 2) Quelles peuvent en être les conséquences d'après vous ?
- 3) Citez-moi des moyens de prévention des chutes ?
- 4) D'après vous, qui doit s'occuper de la prévention des chutes du sujet âgé ?
- 5) Avez-vous déjà eu une consultation spécialement dédiée à la chute avec votre médecin traitant ? Quelle est votre relation avec lui ? Pouvez-vous lui parler facilement ?

Annexe 4 : Échelle d'activités instrumentales de la vie courante (IADL-E)

Activités	Définitions	Cotation Hommes	Cotation Femmes
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Annexe 5 : Exemple de dépliant d'information sur la chute

AVEZ-VOUS CHUTÉ DANS L'ANNÉE ÉCOULÉE ?



SI OUI

=

CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN TRAITANT !

← PAGE 1 (recto)

PAGE S 2 et 3 (centrales)

CAUSES DES CHUTES :

- médicaments
- douleurs osseuses
- chaussures
- environnement encombré
- problèmes médicaux (cardiaques, etc.)

CONSEQUENCES DES CHUTES :

- peur de marcher
- fractures
- station au sol prolongée
- déshydratation

PREVENTION DES CHUTES :

- moyens d'aides à la marche

- amélioration de l'environnement et du chaussage
- modification des médicaments
- moyens d'alerte (alarme)

Technique pour se relever du sol

Le relever du sol s'effectue en quatre temps (Figure 8-1) :

- 1^{er} temps : si le patient est sur le dos, il doit se retourner sur le ventre ;
- 2^e temps : se mettre à quatre pattes ;
- 3^e temps : se redresser sur les genoux en s'aidant d'une chaise ;
- 4^e temps : s'asseoir sur la chaise.

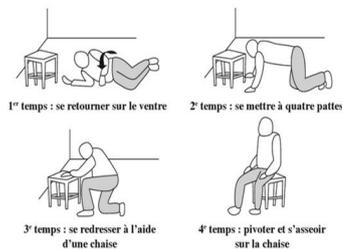


Figure 8-1 Technique du relever du sol.

URGENCES = 15 (ou 112)

CLIC (Centre d'Information Local et de Coordination):

- Arrageois : 03 21 21 50 51
- Artois : 03 21 01 66 87
- Audomarois : 03 21 12 28 37
- Boulonnais : 03 21 30 32 48
- Calaisis : 03 21 96 73 13
- Henin-Carvin : 03 21 77 97 83
- Lens-Liévin : 03 21 20 08 00
- Montreuillois : 03 21 90 00 00
- Ternois : 03 21 47 29 14

CCAS (Centre communal d'Action Sociale) : à joindre auprès de votre mairie

← PAGE 4 (verso)

RÉSUMÉ

AUTEUR : Nom : Hennart **Prénom :** Morgane

Date de soutenance : 31 octobre 2016

Titre de la thèse : Le sujet âgé de 75 ans et plus, vivant à domicile dans le Pas-de-Calais, son mode de vie et ses connaissances des chutes et de leur prévention

Thèse, Médecine, Lille, 2016

Cadre de classement : DES Médecine générale

Mots-clés : chute, personne âgée, domicile

Contexte : La chute est un problème de santé publique qui offre tous les critères de référence pour une action de prévention. La population française est vieillissante et les plus de 65 ans représentent 14.65% de la population du Nord-Pas-de-Calais. Le médecin traitant est décrit comme le praticien de premier recours mais beaucoup de chutes ne lui sont pas signalées.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de connaître le mode de vie des personnes de 75 ans et plus du Pas-de-Calais et leurs connaissances concernant la chute et sa prévention.

Méthode : L'étude réalisée est une étude qualitative par la méthode d'entretiens semi-dirigés de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile dans le Pas-de-Calais.

Résultats : Quatorze entretiens étaient réalisés (9 femmes et 6 hommes âgés de 75 à 93 ans). La moitié des personnes interrogées étaient des chuteurs et plus de la moitié était parfaitement autonome pour les courses, les repas et la gestion du budget. Beaucoup bénéficiaient d'une aide ménagère et certains avaient un kinésithérapeute pour des soins à domicile. Ils présentaient surtout des pathologies cardio-vasculaires et étaient souvent polymédiqués. Beaucoup avaient encore des loisirs et fréquentaient d'autres personnes âgées. La famille occupait une place importante dans leur emploi du temps. La plupart faisait de la marche et quelques-uns pratiquaient d'autres activités physiques (natation, cyclisme, etc.). Ils avaient tous un médecin traitant qu'ils respectaient et en qui ils avaient confiance.

Aucun n'avait eu de consultation dédiée à la chute. Le manque de temps en consultation était une limite à la prise en charge de la chute fréquemment retrouvée. Par ailleurs les patients chuteurs ne consultaient leur médecin qu'en cas de conséquences importantes (douleur, traumatisme physique). La chute était souvent considérée comme grave mais ces personnes avaient peu de connaissances de celle-ci et de ses moyens de prévention, elle était donc souvent considérée comme une fatalité. Beaucoup souhaitaient être mieux renseignés concernant la chute et sa prévention.

Conclusion : Pour diffuser l'information dans les cabinets médicaux, un dépliant regroupant les principales causes, conséquences et moyens de prévention de la chute pourrait être distribué aux patients âgés. La kinésithérapie et la poursuite d'une activité physique sont aussi des moyens de prévention de la chute efficaces et faciles à mettre en œuvre.

Composition du jury :

Président : M le Professeur François Puisieux

Asseseurs : M le Professeur André Thévenon et M le Professeur Bernard Cortet

Directrice de thèse : Mme le Docteur Valérie Wiel

████████████████████
████████████████████
████████████████████
████████████████████