



Faculté de médecine

Année 2024/2025

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Théo LEGOUPIL

Né le 10/12/1993 à Caen (14)

Prévention des chutes des personnes âgées : point de vue des médecins généralistes

Présentée et soutenue publiquement le **25 février 2025** date devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Dr Wassim GANA, Gériatrie, PH, CHU –Tours

Docteur Corentin LACROIX, Médecine Générale – Vertou (44)

Docteur Guillaume CHAPELET, MCU-PH, Gériatrie, CHU- Nantes

RESUME

Introduction. Les chutes des personnes âgées sont fréquentes et entraînent des conséquences importantes en termes de santé publique. Pourtant, les recommandations récentes ne définissent pas clairement le rôle du médecin généraliste et la place qu'occupent ces chutes dans sa pratique est mal connue. L'objectif de cette étude est donc d'explorer le point de vue des médecins généralistes dans la prévention des chutes des personnes âgées.

Méthode. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée de mai 2024 à octobre 2024 auprès de 9 médecins généralistes. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu'à la suffisance des données.

Résultats. La recherche des antécédents de chute chez les personnes âgées ne constitue pas une priorité en consultation de médecine générale. L'évaluation intuitive du risque est préférée aux tests standardisés. Les principales difficultés rencontrées incluent une sous-déclaration des chutes par les patients, des résistances à les faire adhérer aux mesures préventives ainsi que des obstacles liés à l'organisation des soins. Les médecins généralistes soulignent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour les accompagner dans la prévention des chutes.

Discussion. L'automatisation des pratiques de prévention des chutes (intégration de rappels annuels dans les logiciels médicaux, adaptation des tests standardisés) pourrait faciliter leur utilisation en médecine générale. Le renforcement de la collaboration interprofessionnelle, via des projets portés par les CPTS et des interactions avec des équipes spécialisées, apparaît essentiel. Enfin, sensibiliser le grand public au risque de chute pourrait renforcer leur déclaration et leur prévention.

Mots clés : Médecin généraliste ; médecine générale ; chutes accidentelles ; chute ; sujet âgé

ABSTRACT

Prevention of falls in the elderly: the point of view of general practitioners

Introduction. Falls in the elderly are frequent and have important public health consequences. However, recent recommendations do not clearly define the role of the general practitioner and the place of these falls in their practice is poorly known. The objective of this study is to explore the perspective of general practitioners in preventing falls in the elderly.

Method. This qualitative study using semi-structured interviews was conducted from May 2024 to October 2024 with 9 general practitioners. An analysis inspired by the rooted theorization was conducted to the sufficiency of the data.

Results. The search for a history of falls in older people is not a priority in general practice consultations. Intuitive risk assessment is preferred over standardized testing. The main difficulties encountered include under-reporting of falls by patients, resistance to their adherence to preventive measures and barriers related to the organization of care. General practitioners highlight the importance of interprofessional collaboration to support them in preventing falls

Discussion. Automation of fall prevention practices (integration of annual recalls into medical software, adaptation of standardized tests) could facilitate their use in general medicine. The strengthening of interprofessional collaboration, through projects supported by the CPTS and interactions with specialized teams, appears essential. Finally, raising awareness of the risk of falls could strengthen their reporting and prevention.

Key words: *general practitioner, general practice, accidental falls, elderly*

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVAREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINO Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie

Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde

Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....

Orthophoniste

IMBERT Mélanie

Orthophoniste

SIZARET Eva

Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignants
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Bertrand FOUGERE,

Merci de nous faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma considération respectueuse.

A Monsieur le Docteur Wassim GANA,

Merci pour votre accompagnement et vos précieux conseils durant mon semestre de gériatrie.
Je suis honoré que vous ayez accepté de juger ce travail de thèse.

A Messieurs les Docteurs Corentin LACROIX et Guillaume CHAPELET,

Merci pour votre soutien et vos conseils tout au long de ce travail. Votre disponibilité et votre encadrement bienveillant ont été essentiels à la réalisation de cette thèse.

Table des matières

1	Introduction	12
2	Matériels et méthodes	13
2.1	Type d'étude	13
2.2	Population.....	13
2.3	Recueil des données	13
2.4	Analyse de données.....	14
2.5	Aspect éthique et réglementaire.....	14
3	Résultats	15
3.1	Caractéristiques de la population étudiée	15
3.2	Prévention des chutes en pratique	16
3.2.1	Une recherche des antécédents de chute non systématique	16
3.2.2	Les limites des tests d'évaluation du risque de chute.....	17
3.2.3	La collaboration interprofessionnelle	18
3.2.4	Les difficultés rencontrées dans la prévention des chutes	20
3.2.5	Réflexions et perspectives des médecins généralistes.....	24
4	Discussion	26
4.1	A propos des résultats	26
4.1.1	Recherche des antécédents de chutes non prioritaire	26
4.1.2	Tests d'évaluation du risque de chute peu adaptés à la médecine générale	26
4.1.3	Divergences de perspectives entre patient et médecin	27
4.1.4	Importance de la collaboration interprofessionnelle	28
4.2	Forces et limites	28
4.3	Perspectives	29
5	Conclusion.....	31
6	Bibliographie	32
7	Abréviations	35
8	Annexes.....	36

1 Introduction

En France, chaque année, près d'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans chutent(1). Ces chutes sont responsables chaque année de 100 000 hospitalisations et 10 000 décès (2). Elles entraînent également des séquelles physiques (saignements intracrâniens, fractures, ...) (3) et psychosociales (peur de chuter, isolement, ...) (4). Le coût estimé pour la collectivité en 2022 est de 2 milliards d'euros (5). En 2040, les personnes âgées de plus de 65 ans représenteront 25% de la population contre 20.5% en 2020 (6), ce qui suggère une augmentation future du nombre de chutes (7).

Pour lutter contre ces chutes, des recommandations internationales relatives à la stratification du risque de chute ont été créées en 2022 (8). Au niveau national, le plan antichute des personnes âgées, lancé en 2022, a comme axe majeur le repérage du risque de chute (2). La recherche des facteurs de risque de chute est bien définie (9) et implémentée dans le milieu hospitalier (10).

Le médecin généraliste, par sa place dans le système de soin, est souvent l'interlocuteur principal des personnes âgées à risque de chute (11). Pourtant, les recommandations sur l'évaluation et la prise en charge des chutes (8,9) ne définissent pas clairement le rôle du médecin généraliste.

Selon la littérature, le médecin généraliste connaît l'historique de chutes de 20% de ses patients fragiles (12) et 30% des médecins généralistes demandent couramment à leur patients s'ils ont chuté (13). L'évaluation du risque de chute n'est pas intégrée dans la routine des médecins généralistes (14) et les tests de dépistage sont peu utilisés (13). Ainsi seulement 37% des patients ayant chuté ont bénéficié d'une prise en charge de leurs facteurs de risque de chute au décours (12). Ces résultats ne s'expliquent pas par un manque de connaissance des médecins généralistes (15). Il est alors nécessaire de mieux comprendre la réalité de la pratique des médecins généralistes quant aux chutes des personnes âgées.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer le point de vue des médecins généralistes dans la prévention des chutes des personnes âgées dans leur pratique libérale.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche permet d'explorer le point de vue des médecins généralistes dans la prévention des chutes.

2.2 Population

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, en activité ou non, installé ou remplaçant, exerçant ou ayant exercé en France.

Nous avons réalisé un échantillonnage théorique homogène en essayant d'obtenir une variabilité de profils des premiers participants. Les variables choisies étaient : la durée d'installation, le mode d'exercice (seul, en groupe), le lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain). Après les premiers entretiens, le choix des caractéristiques des participants suivants a été guidé selon les théories émergeant des entretiens.

L'âge exact des médecins généralistes n'a pas été précisé pour garantir l'anonymat.

Le recrutement s'est fait par mail et par appel téléphonique grâce aux réseaux des directeurs de thèse pour les premiers entretiens. Puis par effet « boule de neige » grâce aux réseaux des médecins interrogés pour les entretiens suivants.

2.3 Recueil des données

L'investigateur a réalisé des entretiens individuels semi-dirigés suivant un guide d'entretien (annexe 1). Ce guide a été testé lors d'un entretien auprès d'un médecin généraliste ne participant pas à l'étude. Il a ensuite été adapté au fil de l'étude, selon les données recueillies.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé aux participants. Les entretiens ont été effectués soit au cabinet du médecin interrogé, soit à son domicile, soit en visioconférence.

Les entretiens ont été enregistrés avec deux appareils audio : un dictaphone et le téléphone portable de l'investigateur, dans le but d'éviter de perdre des données.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Word® à l'aide du logiciel Turboscribe®.

Les entretiens ont été arrêtés lorsque la suffisance des données a été atteinte. Nous avons considéré la suffisance des données atteinte lorsque les entretiens ne permettaient plus de produire de catégories pertinentes.

2.4 Analyse de données

L'étiquetage ainsi que l'identification des propriétés et des catégories a été conduit par l'investigateur en marge du verbatim sur le logiciel Word®.

Une triangulation a été réalisée avec les directeurs de thèse au moment de l'identification des catégories par des échanges en visio-conférence.

2.5 Aspect éthique et réglementaire

Les participants ont consenti librement à leur participation à l'étude. Les modalités de leur participation étaient expliquées dans un document d'information et de consentement (Annexe 2). Les participants ont été informés de leur droit de rectification et d'effacement des données. La confidentialité des données a été assurée par la suppression des noms propres et de tout autre élément pouvant identifier le participant (ville d'exercice, âge exact, noms propres...) Les participants ont été invités à signer une lettre de consentement (Annexe 3).

Les enregistrements ont été détruits après retranscription.

L'étude a été jugée en conformité avec la loi Informatique et Libertés et le règlement général de la protection des données par le délégué à la protection des données de l'université de Tours (Annexe 4).

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, 9 entretiens semi-dirigés individuels ont été menés. Cinq refus de participer

PARTICIPANT	SEXE	AGE (années)	DUREE EXERCICE	LIEU D'EXERCICE	MODE D'EXERCICE	DUREE DE L'ENTRETIEN	MODE DE RECUEIL
P1	F	35-40	7 ans	Urbain	Cabinet de groupe	19'	Cabinet
P2	H	35-40	7 ans	Urbain	Cabinet de groupe	39'	Domicile
P3	H	35-40	8 ans	Urbain	Maison de santé	47'	Cabinet
P4	F	30-35	4 ans	Rural	Cabinet de groupe	37'	Domicile
P5	F	35-40	8 ans	Urbain	Maison de santé	21'	Domicile
P6	F	35-40	8 ans	Urbain	Cabinet de groupe	25'	Visio-conférence
P7	H	60-65	34 ans	Semi-rural	Maison de santé	32'	Visio-conférence
P8	F	35-40	7 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	42'	Visio-conférence
P9	F	30-35	5 ans	Urbain	Seul	19'	Cabinet

ont été relevés : l'un car il exerçait une activité uniquement pédiatrique, les 4 autres n'ont pas donné de réponse.

Le premier entretien a été réalisé en mai 2024 et le dernier en octobre 2024. La durée moyenne des entretiens était de 31 minutes.

La durée moyenne d'exercice était de 10 ans, un des médecins n'était plus en activité depuis 1 an.

Trois travaillaient en maison de santé pluriprofessionnelle, 5 en cabinet de groupe et 1 travaillait seul.

3.2 Prévention des chutes en pratique

3.2.1 Une recherche des antécédents de chute non systématique

3.2.1.1 Les chutes : une priorité relative

La recherche des antécédents de chute n'est généralement pas intégrée dans la pratique courante des médecins généralistes. Le médecin généraliste privilégie d'autres problématiques. *« La consultation de médecine générale, t'as quand même un aspect assez routinier, ou en tout cas très organisé dans ta façon de faire. Et puis si c'est pas dans ton fil habituel tu vas pas forcément le faire. » (P3)*

L'analyse de la marche des patients âgés est une préoccupation en consultation *« J'essaie de m'organiser pour qu'à un moment, on ait essayé de marcher. » (P5)*

Cependant, le thème des chutes ne sera pas abordé si l'état général du patient semble bon *« une personne âgée, par exemple 80 ans, qui n'a jamais chuté (...) que je vois qui paraît plutôt bien valide, je ne vais pas forcément le faire en systématique. » (P1)*

Les chutes peuvent être recherchées lors d'une première consultation, sans être réabordées par la suite. *« Quand je les vois pour la première fois, je leur demande s'ils chutent. Après, c'est vrai que je ne l'aborde pas. » (P9)*

La recherche d'antécédent de chutes peut aussi être vue comme inefficace car certains patients n'admettent pas leurs chutes. *« C'est vrai qu'on ne la pose pas forcément parce que souvent, finalement... Peut-être qu'il y en a qui ne nous le disent pas. » (P1)*

3.2.1.2 Une approche opportuniste

Les médecins généralistes privilégient une approche opportuniste et intuitive plutôt qu'une approche systématique. *« Je fais un peu en fonction de ce que je vois en consultation. » (P9)*

Le médecin généraliste choisit de demander à ses patients s'ils ont chuté lorsqu'il remarque un déclin. *« Quand ça fait longtemps que je les ai pas vus, je me dis : là je trouve qu'il a un peu diminué (...) et je vais dire il faut que je pose la question des chutes. » (P8)* Ce déclin s'observe principalement lorsque le patient se déplace. *« Quand j'ai en consultation des gens que je vois marcher, ça fait partie des questions que je pose. Je dis : bon il y a des chutes à la maison ? » (P8)* *« Je trouve que le fait de monter sur la balance (...) si je vois que c'est un peu compliqué : hop je vais leur dire » (P9)*

L'évaluation du risque de chute est très présente lors de visites au domicile. Le médecin généraliste évalue le risque lié au logement. *« En visite c'est mieux, comme ça on peut voir la maison. » (P9) « S'il y a des marches partout, des tapis, des meubles(...) Je regarde la douche, je regarde le lit. » (P8)*

La recherche des antécédents de chute survient également lors de dépistages cognitifs *« je la pose quand je fais mes tests cognitifs » (P9)*

Bien que la majorité des médecins interrogés n'intègrent la recherche des antécédents de chute dans leur pratique courante, un participant a indiqué le faire systématiquement. *« A chaque fois que je vois des personnes âgées, je leur demande si elles sont tombées. Ça fait partie de ma routine, effectivement, systématiquement. » (P6)*

3.2.2 Les limites des tests d'évaluation du risque de chute

3.2.2.1 Ces tests sont peu connus

Les médecins généralistes ne sont pas toujours familiers avec ces tests *« même là spontanément on me dit : est-ce que tu connais un test pour prévenir la chute, c'est trop loin de mes connaissances pour que je sois à l'aise pour le faire. » (P3)*

3.2.2.2 Des doutes sur l'intérêt des tests

Bien que certains tests soient parfois connus, les participants préfèrent ne pas les utiliser. *« Je ne fais pas de get up and go ou des choses comme ça. » (P6)*

Une raison évoquée est le manque d'efficacité de ces tests. La réalisation de ces tests en consultation de médecin générale semble difficile à justifier en raison du temps qu'ils nécessitent. *« On doit aller vite. On n'a pas forcément le temps. Si on avait des consultations pour les personnes âgées, mieux revalorisées, qui permettraient d'avoir bien une demi-heure pour les plus de 80 ans, je trouve que ça serait bien. » (P1)*

Ces tests sont jugés peu pertinents chez un patient chez qui le risque de chute paraît évident *« Chez certains que je vois qu'ils marchent mal, je sais déjà qu'il y a le risque de chute, donc je ne vois pas l'intérêt. » (P1)*

Les consultations avec des personnes âgées sont souvent complexes et abordent plusieurs motifs. Il est donc difficile de prioriser l'évaluation du risque de chute. *« Après, il*

faudrait qu'ils viennent, pas pour 36000 motifs (...) Si c'est une consulte où t'as un peu le temps, ouais, on pourrait le faire. » (P9)

L'idée que ces tests puissent être réalisés par d'autres professionnels de santé est évoquée. *« Mais si on devait le faire (...) peut-être un kiné qui ferait les tests de ce type-là, ou les infirmiers dans leur bilan de soin. Mais qui est le mieux placé pour faire des tests... » (P3)*

3.2.2.3 Préférence pour une évaluation intuitive

Les médecins généralistes préfèrent une approche intuitive à la réalisation de tests *« Le test de vitesse de marche, je pense que je l'évalue parce que comme ils marchent dans la salle d'attente au cabinet, je les regarde marcher. » (P6).*

Cette approche semble plus pratique à utiliser que les tests. *« J'ai pas l'œil sur la montre en train de dire, il a mis 8 secondes à se lever, ça peut se voir comme ça » (P3)*

3.2.3 La collaboration interprofessionnelle

3.2.3.1 Kinésithérapeutes

La majorité des participants collabore étroitement avec les kinésithérapeutes et les considère comme primordiaux dans la prévention des chutes. *« Pour moi, c'est peut-être le premier truc, parce qu'un patient qui tombe, je pense qu'il faut absolument qu'ils aient des kinés. » (P3).* Le kinésithérapeute permet d'alerter le médecin généraliste en cas d'évolution défavorable *« C'est une surveillance médicale, s'il y a un problème, ils nous appellent. » (P3)*

Un participant avait mis en place une collaboration avec les kinésithérapeutes, qui évaluaient les risques liés au domicile et réalisaient des séances de prévention des chutes. *« La prévention des chutes, on l'a mise en place avec les kinés, à domicile (...) On avait un partenariat avec eux pour, d'une part, qu'ils aillent à domicile pour évaluer les risques inhérents à la configuration des domiciles. Et aussi ils avaient mis en place des séances de formation justement, d'éducation à la prévention des chutes. » (P7).* Cette collaboration est considérée comme plus efficace que la prévention des chutes par le médecin généraliste seul. *« Ça permet de faire du dépistage sur une population beaucoup plus importante. Toi à chaque fois, c'est un à la fois. » (P7)*

3.2.3.2 Infirmiers diplômés d'états

Les infirmiers participent également à la surveillance médicale au domicile. « Avec les infirmières qui sont tout le temps avec les patients, on peut quand même avancer, repérer plus facilement ou demander au kiné de faire une prise en charge. » (P6) Le médecin généraliste leur fait confiance. « Les infirmières à domicile avec qui je travaille, avec qui j'ai un très bon contact, m'écrivent : bon écoute elle est pas en forme du tout là, et je l'ai faite hospitaliser le lendemain. » (P4)

3.2.3.3 Pharmacien d'officine

Le médecin généraliste collabore avec le pharmacien d'officine pour rechercher des chutes récentes « dans l'ESP-CLAP il y a un protocole (...) les pharmaciens aussi sont censés vérifier si ce n'est plus la personne qui vient chercher ses médicaments (...) et donc demander s'il n'y a pas eu des chutes (...). Et selon les médicaments qui sont prescrits, ils sont censés reposer la question des chutes. Et quand ils ont un doute ils sont censés nous cibler par rapport à l'impression qu'il y a un état qui se dégrade. » (P5)

3.2.3.4 Equipe mobile de gériatrie

Le médecin généraliste collabore régulièrement avec les équipes mobiles de gériatrie « Les personnes âgées qui me posent souci, je les envoie en consult' d'équipe mobile de gériatrie, qui viennent au cabinet. On a ça un mardi sur deux (...) Nos patients ça les rassure de venir à un endroit qu'ils connaissent. » (P1) L'équipe mobile de gériatrie permet de passer la main lors de situations difficiles notamment sur le plan social « Ils me font toute l'évaluation, surtout sociale. Moi c'est ça qui pose soucis. » (P1) Un autre avantage de la collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie est d'améliorer de futures prises en charges « Comme ça ils sont connus de la gériatrie. Quand ça décompense y'a déjà eu une évaluation. » (P1)

3.2.3.5 Gériatres hospitaliers

La disponibilité des gériatres hospitaliers facilite la prise en charge des patients chuteurs « On peut avoir des gériatres assez facilement au téléphone si on est embêté. (...) Quand on a des situations comme problème de maintien à domicile avec des chutes, là ils les prennent » (P8). Les participants souhaitent que leurs patients chuteurs soient hospitalisés sans passer par un service d'urgence « Tu as un truc sécuritaire, ça évite de passer par les urgences. » (P3).

Les médecins généralistes délèguent l'initiation des déprescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées « *Quand j'ai fait mon courrier pour la faire hospitaliser, j'ai fait une petite note en disant : de grâce, soulagez-moi en enlevant la moitié de son ordonnance. Et du coup, ils ont réussi (...) Je suis très contente de ça parce qu'à domicile, on n'y arrivait pas.* » (P4)

3.2.4 Les difficultés rencontrées dans la prévention des chutes

3.2.4.1 La sous-déclaration des chutes par les patients

3.2.4.1.1 Causes de cette sous-déclaration

Les participants perçoivent des difficultés des patients à rapporter leur chute. « *Je pense qu'elles ne me sont pas rapportées* » (P5) « *Les personnes âgées, elles ne vont pas le dire spontanément.* » (P9)

Ces difficultés s'expliquent d'abord par la crainte des patients de se faire imposer des contraintes. « *(...) pour pas les bousculer dans leurs habitudes (...) certains patients, même pas mal, doivent pas le dire par peur de ça.* » (P8) Les patients ne souhaitent pas que les chutes soient explorées « *Parce que chute dit consultation, examen...* » (P9) Les participants perçoivent également la crainte des patients d'une institutionnalisation ou de la mise en place d'aides au domicile « *ils ont peur qu'on les vienne de chez eux ou qu'on mette en place des aides aussi.* » (P9)

Une autre explication mise en évidence est la banalisation des chutes. « *Je trouve que les patients banalisent beaucoup les chutes, que c'est normal quand on est âgé. Je ne vois pas très bien. Oh, je me suis pris le machin. Il y a toujours une excuse pour chuter. Donc, oui, c'est normal. Donc en fait, ils n'en parlent pas.* » (P8)

Les chutes semblent perçues comme inévitables. « *C'est un peu comme une fatalité, puis elles n'en parlent pas. C'est un peu comme les fuites urinaires, comme s'il n'y avait pas grand-chose à faire.* » (P9)

Les discussions autour de l'autonomie sont difficiles pour les patients « *ceux qui sont à domicile, peut-être que ça mettrait en lumière le fait qu'ils sont vulnérables.* » (P4)

Ces difficultés amènent même un déni des chutes par certains patients. « *Pour lui il ne chutait pas, enfin il ne voulait pas en parler.* » (P9)

3.2.4.1.2 Les conditions dans lesquelles les chutes sont rapportées

Certaines conditions favorisent le signalement des chutes, qui sont peu rapportées par les patients.

La présence de l'entourage est un facteur déterminant pour que les chutes soient rapportées. *« Je pense que s'il n'y a pas les enfants ils ont tendance à minimiser (...) Et puis des fois, quand on a les enfants, on a un autre discours. » (P1)* Le personnel paramédical à domicile contribue également au signalement *« Souvent c'est les aidants, les infirmières ou les auxiliaires. » (P9)* Les chutes préoccupent les proches car elles mettent en lumière une dégradation de l'état général. *« Je trouve que les chutes c'est souvent un mode d'entrée. Dans les familles, ça fait un petit déclic (...) alors que la situation était probablement compliquée bien avant. » (P8)*

Les patients rapportent leurs chutes lorsque celle-ci entraîne des symptômes gênants *« Je la vois le lendemain, parce qu'elle a mal au dos. » (P4)*

Les chutes répétées alarment les patients et favorisent leur signalement. *« C'est elle qu'en a parlé directement. (...) Elle m'a dit : je suis tombée deux fois. » (P3)*

Le médecin généraliste réévalue le patient qui a chuté sur conseil des équipes hospitalières après un passage aux urgences *« Je l'ai revue (...) parce que les urgences avaient demandé qu'elle soit revue cliniquement. » (P8)*

3.2.4.2 Divergences de perspectives entre patient et médecin

3.2.4.2.1 Réticences à modifier leur environnement ou leur mode de vie

Le médecin généraliste se heurte au refus de ses patients à accepter des modifications de leur environnement dans le but de limiter le risque de chute. Les personnes âgées n'acceptent pas d'adapter leur domicile. *« Certains où j'ai déjà été en visite où il y a des tapis partout, où tu leur dis qu'il faudrait les retirer. Et ils te disent que c'est bon pour eux, ils ne veulent pas retirer leurs tapis. » (P1).* Il en est de même pour l'usage d'équipe spécifique comme le chaussage et la téléassistance. *« C'est compliqué des fois qu'ils acceptent des chaussures un peu moins élégantes. (...) Et même des fois, rien que le bracelet alarme, ils veulent pas » (P1).* Ces discussions sur l'environnement semblent plus difficiles chez les patients isolés. *« Je trouve que ceux qui n'ont pas de famille, c'est eux avec qui on galère. Parce que quand il y a une famille, ils veulent pas, mais la famille dit : t'as pas le choix. Et au bout d'un moment ils font les démarches. » (P1)*

3.2.4.2.2 Réticences aux interventions institutionnelles et médicales

Le médecin généraliste a des difficultés à mettre en place des aides pour ses patients fragiles. « *J'en ai des personnes âgées dépendantes qui refusent toute aide.* » (P1)

Le médecin généraliste est en divergence avec le patient lorsqu'il propose une institutionnalisation « *Nous on avait déjà proposé d'aller en maison de retraite (...). J'essaie de faire bouger les choses, mais des fois, ça ne dépend pas de moi. Je pense qu'il y a des patients qui décident ils sont prêts et il y a d'autres qui ne sont pas prêts.* » (P2)

Il semble également difficile d'obtenir l'adhésion des personnes âgées pour une évaluation par une équipe mobile « *Certains patients âgés à qui je propose l'équipe mobile de gériatrie, ils ne veulent pas. Ils ne veulent pas entendre parler de gériatrie.* » (P1)

Ces réticences se retrouvent lors de l'adaptation des traitements médicamenteux. « *Morphine que j'ai déjà essayé d'arrêter plein de fois, que j'ai jamais réussi.* » (P4). Elles sont encore plus marquées chez les patients institutionnalisés. « *Les patients, quand ils sont chez eux, ils... ils ne demandent pas tellement. C'est souvent l'entourage. A l'EHPAD c'est tout le temps les soignants et les voisins qui sont à côté.* » (P2)

3.2.4.3 Obstacles liés à l'entourage

Un participant mentionne un manque d'implication des proches des personnes âgées. « *Je demande beaucoup à la famille d'augmenter leur présence. Parce que même si on met des choses en place (...) La nuit, il n'y a personne, donc il fait des chutes la nuit. (...) Vis-à-vis de la prise en charge à domicile, je considère peut-être que la famille doit jouer un rôle plus important que ce que je vois.* » (P2)

3.2.4.4 Obstacles structurels

3.2.4.4.1 Des ressources limitées en libéral

L'hôpital dispose de plus de moyens que le médecin généraliste, qui se sent limité dans son exercice libéral. « *Je pense que la prise en charge en hospit', c'est beaucoup plus complet. En libéral, moi, je vais l'amener chez le kiné, mais je ne vais pas faire grand-chose d'autre, en fait (...) Je trouve qu'en hospitalisation, on peut pousser un petit peu plus les choses.* » (P8)

3.2.4.4.2 Collaboration interprofessionnelle insuffisante ou complexe.

Le médecin généraliste éprouve des difficultés dans la collaboration avec des professionnels de santé pouvant limiter la qualité de la prévention des chutes. *« Rechercher les hypotensions orthostatiques, c'est quand même hyper galère, je prends vraiment pas le temps d'attendre 5 minutes à faire ça. J'ai déjà essayé avec des infirmières mais j'ai pas souvent de retour. » (P9)*

3.2.4.4.3 Délais pour la prise en charge paramédicale

Les délais d'accès au kinésithérapeute peuvent être un frein à la prévention des chutes des personnes âgées *« C'est un peu le problème, c'est que maintenant, c'est très sectorisé. Moi je les connais bien les kinés (...) sinon les délais nous sont très longs. » (P8)*

3.2.4.4.4 Des liens complexes avec les dispositifs locaux

Les liens avec les associations locales sont vus comme compliqués *« Il y a des trucs qui existent, après, mais c'est vrai que nous on est un peu noyés dans tous les dispositifs qui existent. Oui, il y a plein d'interlocuteurs chaque fois qu'on veut mettre un patient dans un truc, il faut envoyer plein de courriers, plein de machins, ça paraît tellement complexe. » (P3)*

Les missions de ces dispositifs hospitaliers aidant dans la prévention des chutes ne sont pas toujours connues des médecins généralistes. *« Je ne sais pas ce que j'en attends de l'HDJ. Honnêtement j'en sais rien. » (P9)* Ainsi ces dispositifs ne vont pas être sollicités par les médecins généralistes. *« J'ai reçu... je crois que c'est l'équipe d'appui, un truc en gériatrie ou je ne sais plus. (...) Mais tu vois, c'est complètement bête parce que c'est mis en place et je ne l'ai pas utilisé. » (P8).*

Faire appel à l'équipe mobile de gériatrie peut être perçu comme une délégation de tâches que le médecin estime pouvoir accomplir lui-même. *« Peut-être qu'il y a l'impression qu'ils empiètent sur ton boulot. C'est un peu bizarre, je ne sais pas pourquoi. Si l'hôpital vient chez les gens et met en place des trucs, je passe pour un guignol. » (P3)*

3.2.4.5 Frein lié aux représentations du médecin

Aborder le thème des chutes suscite une gêne chez le médecin, en raison de sa connotation perçue comme négative. *« C'est un peu comme quand tu demandes à un patient pour les troubles de la mémoire, je trouve qu'ils sont un peu envahis d'émotions négatives. » (P3)* Les médecins évitent cette question par peur que le patient se sente jugé. *« Le côté un*

peu jugeant pour le patient (...) qui va se sentir un peu dégradé si je demande : est-ce que vous tombez ? Je dirais ça le mec va se dire il me prend pour un idiot, il croit que je tombe. » (P3)

3.2.5 Réflexions et perspectives des médecins généralistes

3.2.5.1 Évolution des pratiques

3.2.5.1.1 Intégration systématique de la recherche des antécédents de chute

Les médecins généralistes veulent faire évoluer leur pratique, notamment dans le dépistage des chutes. *« C'est vrai que la question, est-ce que vous vous êtes tombé dans les 12 derniers mois, c'est quelque chose de très facile à dire... (...) ça va me permettre, allez, pour tous les plus de 70 ans, on peut le faire systématiquement. Ça ne coute rien. »* (P2)

Avoir une patientèle âgée incite à dépister. *« Sur le nombre de patients que je dois avoir de plus de 80 ans (...) je peux poser la question plusieurs fois par jour. »* (P3)

3.2.5.1.2 Intégration des tests cliniques à la pratique courante

Les participants ont également fait part de leur volonté de faire évoluer leur pratique par la réalisation des tests d'évaluation du risque de chute. Ces tests permettent de confirmer une intuition *« Moi j'aime bien les tests (...) ça me permet de me rassurer. »* (P2)

Ces tests sont aussi considérés plus performants que l'intuition initiale du médecin généraliste. *« Je pense qu'il y a des patients qui ne me paraissent pas à risque de chute qui le sont. Sur la vitesse, peut-être que ça me paraît plutôt bien, en fait non il prend trop de temps, attention. »* (P8).

Un participant préfère la réalisation de ces tests à la recherche d'hypotension orthostatique car il est plus précis et rapide à utiliser. *« C'est vrai qu'en cabinet, les hypotensions orthostatiques, je prends vraiment pas le temps d'attendre 5 minutes à faire ça. Donc ça, ça peut être des tests plus orientés. »* (P9) La facilité de réalisation des tests permet aux médecins de se projeter dans leur réalisation. *« Le test des 4 mètres où il faut chronométrer, c'est vrai que moi dans ma pratique, ce serait très facile à mettre en place. Parce que mon cabinet, il est à 7 mètres de la salle d'attente, donc on peut facilement mettre deux lignes dans le couloir (...) Moi je mettrais en pratique ça. »* (P2)

Un médecin généraliste propose d'intégrer l'évaluation du risque de chute dans sa routine. *« Je pense qu'il faut que ce soit systématique, sinon ce sera compliqué. (...) Si tu ne systématises pas les choses, pour moi, j'ai l'impression que je vais oublier. » (P8)*

Ces tests cliniques pourraient être réalisés annuellement et protocolisés via l'informatique. *« Les personnes âgées, la plupart du temps, on les voit tous les trois mois. Donc on peut caser ça, je pense, une fois par an. Je pense que c'est très facilement faisable (...) Se dire, je ne sais pas, tous les mois de juin ou tous les printemps, je ferai le test de marche aux personnes âgées. En informatique j'ai un truc où je mets un rappel. » (P8)*

3.2.5.2 Renforcement de la collaboration interprofessionnelle

Les médecins généralistes envisagent la prévention des chutes comme une problématique pluriprofessionnelle. Le rôle du médecin généraliste est d'initier des protocoles locaux. *« Le rôle c'est (...) de fédérer tous les professionnels de santé qui sont intéressés (...) de les accompagner dans le cadre de leur programme de prévention (...) Le rôle d'être à l'initiative du projet quoi. » (P7)*

La participation des CPTS permettrait de faciliter la mise en place de ces projets. *« Je pense que c'est même plus à l'échelle des maisons de santé qu'il faut mettre ça pour moi. Il faut mettre ça à l'échelle des CPTS. (...) En fait les caisses d'assurance maladie financent tous les programmes de prévention. D'accord ? Et donc ils peuvent très bien financer un programme de prévention. » (P7)*

Ils souhaitent intégrer des acteurs de leur maison de santé. *« Nous on a une assistante médicale à un cabinet, c'est ce qu'on pourrait lui faire faire, techniquement ou même les kinés, ils ont une salle. Un patient qui chute, ils pourraient faire les tests effectivement, et les suivre (...) Comme on pourrait incorporer une diète, on peut incorporer plein de professionnels. » (P3)*

4 Discussion

4.1 A propos des résultats

4.1.1 Recherche des antécédents de chutes non prioritaire

Notre étude indique que la recherche systématique des antécédents de chutes n'est pas une priorité pour les médecins généralistes, ce qui s'aligne avec les données de la littérature. En effet, la fréquence de cette pratique est estimée à environ 30 % par certaines études(12,15)

Cette faible priorité s'explique par la prévalence de comorbidités plus apparentes et de problématiques aiguës chez les personnes âgées, reléguant ainsi la prévention des chutes au second plan (16,17). De fait, une étude ayant demandé aux médecins généralistes de classer cinq problématiques chroniques par ordre de priorité : diabète, pathologies cardiovasculaires, chutes, santé mentale et troubles musculosquelettiques. Les chutes ont systématiquement été classées en dernière position confirmant leur faible importance perçue dans la hiérarchie des préoccupations médicales (18).

De plus, nos résultats révèlent que le médecin généraliste ne s'intéresse pas au risque de chute chez un patient vu comme autonome, une observation corroborée par l'étude qualitative de Houessou (19).

Par ailleurs, les médecins généralistes semblent aborder les antécédents de chutes principalement en présence d'un élément déclencheur, tel qu'un déclin fonctionnel observé, un dépistage cognitif ou une visite au domicile. La littérature aborde peu ces contextes spécifiques, bien que certains auteurs aient mentionné les discussions sur l'ostéoporose comme une opportunité pour aborder la question des chutes (16).

4.1.2 Tests d'évaluation du risque de chute peu adaptés à la médecine générale

Les tests cliniques d'évaluation du risque de chute restent peu connus des médecins généralistes, comme cela est décrit dans une étude qualitative (19).

Ces tests peuvent être évités par crainte qu'ils soient perçus négativement. On peut faire le rapprochement avec une étude de Saleh et al qui montre que les médecins pensent que les évaluations de la fragilité sont vécues comme intrusives.(20)

Nos résultats montrent que les médecins généralistes, bien qu'ils connaissent certains tests, les considèrent souvent inefficients ou peu adaptés au cadre des consultations. Cette perception est corroborée par la littérature (19,21,22), où ces tests sont décrits comme trop chronophages pour la médecine générale.

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude préfèrent une évaluation intuitive basée sur l'observation et leur sens clinique plutôt que par les tests. On retrouve dans la littérature une préférence des médecins généralistes pour cette approche avec les personnes âgées (19,23,24). Nous pouvons faire le parallèle avec une étude montrant que les médecins généralistes utilisent une approche empirique plutôt que standardisée pour définir si leurs patients âgés sont fragiles ou non (20).

4.1.3 Divergences de perspectives entre patient et médecin

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude estiment que les patients âgés ne rapportent pas toujours leurs chutes, ce qui est en accord avec la littérature (16,25). Cela peut s'expliquer par le fait que les patients considèrent souvent les chutes comme une étape normale du vieillissement (25–27) alors que les médecins généralistes perçoivent les chutes comme un problème de santé majeur (28). Les personnes âgées peuvent ne pas reconnaître leur risque de chute et se considèrent comme n'étant pas "le type de personne qui tombe" malgré des antécédents de chute (29). Une étude souligne également un manque de confiance des médecins dans la capacité des patients à évaluer leur propre risque de chute, une perception que les patients âgés ne partagent généralement pas (21).

Notre étude met en lumière les difficultés ressenties par les médecins devant les réticences des patients à modifier leur environnement et à utiliser des dispositifs spécifiques pour prévenir les chutes. Ces obstacles, également décrits dans la littérature, peuvent être suffisamment marqués pour conduire les médecins à renoncer à leurs propositions (20).

L'étude met également en lumière les refus fréquents des patients concernant des interventions institutionnelles et médicales, comme l'évaluation par une équipe mobile de gériatrie ou l'admission en maison de retraite. Ces réticences sont en adéquation avec la littérature, qui indique que la peur de la dépendance et la stigmatisation liée aux chutes peuvent amener les personnes âgées à rejeter ces propositions (20,21).

Nos résultats révèlent un rôle parfois limité de l'entourage dans la prévention des chutes, particulièrement en termes de présence au domicile. Bien que cette observation ne soit pas

clairement décrite dans la littérature, elle fait écho aux travaux de Clancy et al., qui insistent sur l'importance du soutien de l'entourage pour l'efficacité des mesures préventives (26).

4.1.4 Importance de la collaboration interprofessionnelle

Nos résultats montrent que les médecins généralistes se sentent limités, ce qui les conduit à s'appuyer sur d'autres professionnels de santé pour prévenir les chutes. La littérature souligne l'importance d'une inclusion des paramédicaux dans ces démarches, permettant de surmonter les limitations des généralistes (30,31).

Cette collaboration n'est pas toujours sans difficultés. En effet, les participants perçoivent les délais pour accéder aux soins paramédicaux, comme la kinésithérapie, comme un frein à la mise en œuvre d'actions préventives. Le manque de continuité des soins est aussi un frein largement mis en évidence dans la littérature (19,23,27).

Les difficultés à collaborer avec les dispositifs locaux mises rapportées par les participants sont retrouvées dans la littérature (15). D'une part à cause d'une méconnaissance des rôles et de leurs missions ainsi que des liens estimés complexes.

4.2 Forces et limites

Le recrutement avait pour objectif de diversifier les profils des médecins interrogés. Cependant, nous n'avons pas été en mesure d'inclure davantage de médecins exerçant en milieu rural et de médecins exerçant depuis plus de 20 ans. Cette difficulté à faire varier ces critères s'explique par le refus de cinq médecins de participer.

Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigé a été menée par un investigateur novice, ce qui a pu influencer sur la spontanéité des réponses des participants. Néanmoins, un guide d'entretien structuré autour de questions ouvertes a été conçu pour favoriser l'expression des participants. De plus l'investigateur a mené un travail préalable sur ses représentations afin de réduire le biais de confirmation.

L'analyse des verbatim a été réalisée intégralement par une seule personne, ce qui induit un biais d'interprétation. Cependant, des échanges en visioconférence avec les encadrants de thèse ont permis de discuter et de valider la pertinence des propriétés et thèmes extraits des entretiens afin de limiter ce biais.

Cette étude met en évidence des divergences d'opinion entre les médecins et les patients concernant la prévention des chutes. Cela souligne l'importance d'explorer la vision des

patients. Restreindre l'analyse au seul point de vue des médecins constitue ainsi une limite de cette étude.

Nos résultats sont cohérents avec les études ayant exploré le point de vue des médecins généralistes sur la prévention des chutes. Cependant, il n'a pas été révélé d'études explorant l'opinion des médecins généralistes sur les recommandations de l'évaluation du risque de chute.

4.3 Perspectives

Demander systématiquement les antécédents de chutes et réaliser un test, comme le test de marche, est recommandé pour dépister efficacement le risque de chute chez les patients âgés (8,32) (Montero, Lastrucci et al). Cependant, ces pratiques restent peu intégrées dans la pratique, où le sens clinique est souvent privilégié. L'automatisation de ces pratiques d'évaluation du risque de chute pourrait améliorer leur intégration en médecine générale. Par exemple, l'intégration de rappels annuels dans les logiciels médicaux inciterait les médecins à questionner systématiquement les antécédents de chutes. De plus, adapter les tests d'évaluation au contexte de la médecine générale, pourrait faciliter leur utilisation. Par exemple, placer deux marqueurs espacés de 4 mètres entre la salle d'attente et le cabinet permettrait de réaliser un test de vitesse de marche de manière simple et rapide.

Cependant, bien que l'automatisation des pratiques soit souhaitable, l'évaluation clinique restera toujours un élément clé dans l'évaluation du risque de chute. Une étude comparant l'évaluation intuitive de la fragilité par les médecins généralistes à l'utilisation des critères de Fried a montré que leur sens clinique est fiable pour identifier la fragilité, mais moins précis pour exclure son absence (24). Il serait donc pertinent de définir le rôle de cette évaluation clinique en complément des tests standardisés, afin de mieux cerner son utilité dans la prévention des chutes.

Par ailleurs, le renforcement de la collaboration interprofessionnelle est une piste pour améliorer la prévention des chutes. Le travail coordonné au sein des ESP, MSP et CPTS offre un cadre propice au développement de projets de prévention impliquant divers professionnels de santé. Les médecins généralistes expriment leur volonté de se référer aux professionnels paramédicaux pour les accompagner dans la prévention des chutes (15,16,33). Les infirmiers en pratique avancée (IPA) interviennent en EHPAD pour aider à identifier les facteurs de risque de chute et réaliser des tests cliniques d'évaluation du risque de chute. Ce modèle pourrait être adapté et appliqué en médecine générale pour renforcer la prévention des chutes. Il est également important de renforcer la visibilité des équipes spécialisées, telles que les équipes mobiles de gériatrie, auprès des médecins généralistes. Cela pourrait se faire auprès d'échanges

informels, d'ateliers éducatifs ou de formations, favorisant une meilleure collaboration interprofessionnelle.

Le développement du dialogue et d'une relation de confiance entre le médecin et son patient semble être l'élément clé pour encourager les personnes âgées à signaler leurs chutes (34) et pour favoriser l'adhésion mesures préventives (21).

Enfin, sensibiliser le grand public au risque de chute constitue un levier majeur pour favoriser leur déclaration et leur prévention. Cela pourrait passer par la diffusion de spots publicitaires ou la distribution de dépliants d'information dans des lieux publics et les cabinets médicaux. Suite à notre étude, l'un des directeurs de thèse a créé une vidéo à destination des salles d'attente. Celle-ci rappelle les dangers des chutes, propose des conseils pratiques de prévention et incite les personnes âgées en discuter avec les professionnels de santé (35). L'OMÉDIT a également produit une vidéo à destination des personnes âgées et des aidants, axée sur le rôle des médicaments dans le risque de chutes (36).

5 Conclusion

Les chutes des personnes âgées entraînent des conséquences graves en termes de mortalité et de perte d'autonomie. Le médecin généraliste, par sa place centrale dans le système de soin, occupe un rôle clé dans la prévention de ces chutes.

La prévention des chutes est considérée comme chronophage et souvent réalisée de manière aléatoire et intuitive. Il apparaît nécessaire d'adapter les pratiques aux réalités de la médecine générale. On pourrait intégrer des rappels annuels dans les logiciels médicaux afin de rechercher les antécédents de chute et de réaliser un test clinique d'évaluation du risque de chute. Le test de vitesse marche, par exemple, pourrait être simplifié pour la pratique en cabinet, en utilisant deux marqueurs espacés de 4 mètres.

Les médecins généralistes sont confrontés à la sous-déclaration des chutes par les patients, un obstacle important dans leur prévention. Favoriser le dialogue entre médecins et patients apparaît essentiel pour encourager les patients à reconnaître la gravité des chutes et à les signaler. Parallèlement, la diffusion d'informations au grand public, comme la vidéo informative réalisée disponible sur whydoc.fr dans la rubrique des vidéos pour les salles d'attente constitue un levier pour sensibiliser aux dangers des chutes et promouvoir leur prévention(35).

Les médecins généralistes manifestent un intérêt marqué pour la collaboration interprofessionnelle dans la prévention des chutes. Pour renforcer cette dynamique, il serait pertinent de créer des projets portés par des équipes de soins coordonnées (ESP, MSP, CPTS), afin de valoriser les compétences de chaque professionnel. De plus, il serait nécessaire d'améliorer la visibilité des équipes spécialisées dans les chutes, afin de faciliter l'orientation des patients et de rendre ces ressources plus accessibles.

6 Bibliographie

1. SPF. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique [Internet]. 2022 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees.-numero-thematique.-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique>
2. Plan antichute des personnes âgées : la contribution de Santé publique France au dispositif [Internet]. 2022 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/plan-antichute-des-personnes-agees-la-contribution-de-sante-publique-france-au-dispositif>
3. Terroso M, Rosa N, Marques A, Simoes R. Physical consequences of falls in the elderly: A literature review from 1995 to 2010. *Eur Rev Aging Phys Act*. 1 avr 2013;11:51-9.
4. Kechaou I, Cherif E, Sana BS, Boukhris I, Hassine LB. Complications traumatiques et psychosociales des chutes chez le sujet âgé tunisien. *Pan Afr Med J*. 26 févr 2019;32:92.
5. Ministère chargé de l'autonomie. Synthèse Du Plan Antichute Des Personnes Âgées. Disponible sur: <https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/Plan-antichute-des-personnes-agees-fiche-de-synthese.pdf>
6. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. 2022 [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
7. Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi, Shamarina dede, Mohammadi M, dede dede. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis -. *J Orthop Surg* [Internet]. 2022 [cité 30 juin 2024];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9238111/>
8. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 30 sept 2022;51(9):afac205.
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 juin 2024]. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
10. Leroy V. Évaluation du risque de chute en filière mémoire : enquête de pratique [Thèse]. Tours (France) ; 2019.
11. Le médecin traitant [Internet]. 2024 [cité 30 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/undefinedpreserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/le-medecin-traitant>
12. Meekes WMA, Leemrijse CJ, Weesie YM, van de Goor IAM, Donker GA, Korevaar JC. Falls prevention at GP practices: a description of daily practice. *BMC Fam Pract*. 21 sept 2021;22:190.

13. Mackenzie L, McIntyre A. How Do General Practitioners (GPs) Engage in Falls Prevention With Older People? A Pilot Survey of GPs in NHS England Suggests a Gap in Routine Practice to Address Falls Prevention. *Front Public Health*. 11 mars 2019;7:32.
14. Meekes WMA, Leemrijse CJ, Korevaar JC, Stanmore EK, van de Goor LIAM. Implementing Falls Prevention in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Clin Interv Aging*. 2022;17:885-902.
15. Kielich K, Mackenzie L, Lovarini M, Clemson L. Urban Australian general practitioners' perceptions of falls risk screening, falls risk assessment, and referral practices for falls prevention: an exploratory cross-sectional survey study. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc*. mars 2017;41(1):111-9.
16. Chou WC, Tinetti ME, King MB, Irwin K, Fortinsky RH. Perceptions of Physicians on the Barriers and Facilitators to Integrating Fall Risk Evaluation and Management Into Practice. *J Gen Intern Med*. févr 2006;21(2):117-22.
17. Hanson HM, Salmoni AW. Stakeholders' perceptions of programme sustainability: Findings from a community-based fall prevention programme. *Public Health*. 1 août 2011;125(8):525-32.
18. Smith ML, Stevens JA, Ehrenreich H, Wilson AD, Schuster RJ, Cherry CO, et al. Healthcare Providers' Perceptions and Self-Reported Fall Prevention Practices: Findings from a Large New York Health System. *Front Public Health*. 27 avr 2015;3:17.
19. Houessou B. Dépistage précoce des risques de chute chez la personne âgée en autonomie fonctionnelle: quels freins et quelles perspectives pour une meilleure prise en charge en médecine générale? Expérience d'un territoire de santé: Nord Vaucluse. 2020;
20. Saleh PY, Maréchal F, Bonnefoy M, Girier P, Krolak-Salmon P, Letrilliant L. Représentations des médecins généralistes au sujet de la fragilité des personnes âgées : une étude qualitative. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 sept 2015;13(3):272-8.
21. Child S, Goodwin V, Garside R, Jones-Hughes T, Boddy K, Stein K. Factors influencing the implementation of fall-prevention programmes: a systematic review and synthesis of qualitative studies. *Implement Sci IS*. 14 sept 2012;7:91.
22. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. [What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric?]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. mars 2013;11(1):21-31.
23. Middlebrook S, Mackenzie L. The Enhanced Primary Care program and falls prevention: Perceptions of private occupational therapists and physiotherapists. *Australas J Ageing*. 2012;31(2):72-7.
24. Fougère B, Sirois MJ, Carmichael PH, Batomen-Kuimi BL, Chicoulaa B, Escourrou E, et al. General Practitioners' Clinical Impression in the Screening for Frailty: Data From the FAP Study Pilot. *J Am Med Dir Assoc*. 1 févr 2017;18(2):193.e1-193.e5.
25. van Rhyn B, Barwick A. Health Practitioners' Perceptions of Falls and Fall Prevention in Older People: A Metasynthesis. *Qual Health Res*. janv 2019;29(1):69-79.
26. Clancy A, Balteskard B, Perander B, Mahler M. Older persons' narrations on falls and falling—Stories of courage and endurance. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 8 janv 2015;10:10.3402/qhw.v10.26123.

27. Loganathan A, Ng CJ, Tan MP, Low WY. Barriers faced by healthcare professionals when managing falls in older people in Kuala Lumpur, Malaysia: a qualitative study. *BMJ Open*. 1 nov 2015;5(11):e008460.
28. Mackenzie L. Perceptions of health professionals about effective practice in falls prevention. *Disabil Rehabil*. 1 janv 2009;31(24):2005-12.
29. Dollard J, Barton C, Newbury J, Turnbull D. Falls in old age: a threat to identity. *J Clin Nurs*. sept 2012;21(17-18):2617-25.
30. National Center for Injury Prevention and Control. Preventing falls: A guide to implementing effective community-based fall prevention programs [Internet]. 2015 [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/falls/pdf/fallpreventionguide-2015-a.pdf>
31. Clemson L, Mackenzie L, Roberts C, Poulos R, Tan A, Lovarini M, et al. Integrated solutions for sustainable fall prevention in primary care, the iSOLVE project: a type 2 hybrid effectiveness-implementation design. *Implement Sci IS*. 7 févr 2017;12(1):12.
32. Lastrucci V, Lorini C, Rinaldi G, Bonaccorsi G. Identification of fall predictors in the active elderly population from the routine medical records of general practitioners. *Prim Health Care Res Dev*. mars 2018;19(2):131-9.
33. Fabre C. Repérage du risque de Chute par le test SRC-CES: évaluation des Pratiques Professionnelles dans le bassin salonais. 2017;100.
34. Soriano TA, DeCherrie LV, Thomas DC. Falls in the community-dwelling older adult: A review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*. déc 2007;2(4):545-53.
35. Chutes [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.whydoc.fr/salle-attente/>
36. OUVRAY M. INFO USAGERS - Vidéo « Risque de chute lié aux médicaments » [Internet]. OMéDIT Centre-Val de Loire. 2025 [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.omedit-centre.fr/video-risque-de-chute-lie-aux-medicaments/>

7 Abréviations

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

ESP-CLAP : Equipe de Soins Primaires Coordinée Localement Autour du Patient

Kiné : Kinésithérapeute

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HDJ : Hôpital De Jour

MSP : Maison de Santé Publique

IPA : Infirmière de Pratique Avancée

OMÉDIT : Observatoires des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

8 Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Racontez-moi une situation qui vous a marqué à propos d'une chute d'une personne âgée.

Comment le sujet a été amené ? Quelle a été votre démarche suite à cette chute ? Aviez-vous déjà discuté des chutes avec ce patient précédemment ?

2. Comment abordez-vous le risque de chute avec vos patients âgés en pratique ?

Avez-vous des questions ou des tests cliniques types pour évaluer le risque de chute ?

Comment vos patients réagissent-ils ?

3. Il existe des récentes recommandations internationales concernant l'évaluation du risque de chute comprenant une question suivie d'un test clinique :

La question : Êtes-vous tombé lors des douze derniers mois ?

Puis un test clinique au choix parmi deux tests :

Vitesse de marche sur 4 mètres, Timed Up and Go test (le patient est assis sur une chaise, se lève, marche sur 3 mètres, puis fait demi-tour et retourne s'asseoir. Il est chronométré)

Qu'en pensez-vous ?

Quelle serait selon vous la place de cette démarche en médecine générale ? Pourquoi ?

4. Avez-vous déjà fait face à des chutes dans un contexte familial ?

Comment cela impacte votre pratique/votre approche des chutes en pratique ?

5. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

6. Terminer par infos administratives : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, formation en gériatrie

Qu'attendriez-vous d'une formation sur le thème des chutes ?

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Intitulé de la structure

Université de Tours – UFR de Médecine - Département universitaire de médecine générale de Tours.

Coordinateurs de la recherche

Dr CHAPELET Guillaume, Dr LACROIX Corentin

Investigateur

LEGOUPIL Théo

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine générale. Si vous décidez d'y participer vous serez invité (e) à signer une lettre de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

Vous conserverez une copie de ce formulaire.

Procédure de l'étude

Nous allons nous entretenir au cours d'un entretien collectif, qui fera l'objet d'un enregistrement par dictaphone. Celui-ci vise à explorer le point de vue des médecins généralistes sur la prévention des chutes des personnes âgées.

Risque potentiel de l'étude

L' étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Bénéfices potentiels de l'étude

L'étude permettra de mieux comprendre la posture des médecins généralistes à propos des chutes.

Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

Aucune rémunération n'est prévue

Informations complémentaires

Pour toute information complémentaire vous pouvez me contacter via courrier : theo.legoupil@etu.univ-tours.fr ou par téléphone au 06.60.54.71.30

Confidentialité et utilisations des données médicales ou personnelles

Votre participation à ce projet de recherche implique un traitement de données à caractère personnel soumis au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (ci-après « RGPD »). L'Université de Tours est responsable de ce traitement de données à caractère personnel.

Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public.

Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données à caractère personnel. Vous disposez également d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données à caractère personnel. Vous disposez également d'un droit

d'opposition à leur traitement et d'un droit à la limitation de leur traitement. Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès :

- de l'étudiant en charge de la recherche : Théo LEGOUPIL
theo.legoupil@etu.univ-tours.fr – 06 60 54 71 30
- du Délégué à la protection des données de l'Université de Tours : Direction des affaires juridiques et du patrimoine – 60, rue de Plat d'Etain, 37000 TOURS –
dpo@univ-tours.fr - 02 47 36 78 59

Une réponse vous sera apportée dans un délai d'un mois. Vous disposez du droit d'adresser une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés

Les données directement identifiantes seront conservées pour une durée de 24 mois par l'étudiant en charge de la recherche. Elles feront ensuite l'objet d'une suppression définitive

LETTRE DE CONSENTEMENT

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé : perception des médecins généralistes sur la prévention des chutes.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude.

J'ai été prévenu(e) que ma participation se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquences. Si je décide de me retirer, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude restent confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'ai été informé(e) que mes informations personnelles seront pseudonymisées lors de leur traitement.

J'ai été informé(e) de la possibilité pour moi d'exercer sur le traitement de ces données un droit d'accès, de rectification d'effacement, d'opposition et de limitation du traitement, dans la mesure où de l'exercice de ces droits n'est pas susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche

J'ai été informé(e) que je serais enregistré lors de cet entretien, et ces enregistrements seront retranscrits avant leur destruction. J'autorise l'Université à enregistrer cet entretien pour les besoins de la recherche.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Annexe 4 : Récépissé de de déclaration d'un traitement de données personnelles



le 21 mai 2024

RÉCÉPISSÉ DE DÉCLARATION D'UN TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES DANS LE REGISTRE DU CORRESPONDANT INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DE L'UNIVERSITÉ DE TOURS

TITRE DU TRAITEMENT: Thèse médecine générale

N° de déclaration: RGPD-<p>Enregistrer au registre des activités de traitement sous le numéro
376-2024</p>

ORGANISME DÉCLARANT :

Nom : Université de Tours
Adresse : 60, rue du Plat d'Étain
Code postal : 37000
Ville : Tours
Pays : France
Téléphone : 02 47 36 64 00
Adresse Mél : president@univ-tours.fr

SERVICE CHARGÉ DE LA MISE EN ŒUVRE OU DE LA COORDINATION DES TRAITEMENTS
INFORMATIQUES

Nom : UFR de Médecine
Adresse : 10 boulevard Tonnelé
Code postal : 37020
Ville : Tours Cedex 1
Pays : France
Téléphone : 02 47 36 78 59
Adresse Mél : scolarite.med@univ-tours.fr

CORRESPONDANT À LA PROTECTION DES DONNÉES

Nom : VENAULT
Prénom : Sophie
Téléphone professionnel : 02 47 36 60 10
Adresse Mél professionnelle : sophie.venault@univ-tours.fr

RESPONSABLE OPÉRATIONNEL DU TRAITEMENT

Nom : LEGOUPIL
Prénom : Théo
Adresse professionnelle : 10 Allée Germaine de Staël
Code postal : 44300
Ville : NANTES
Pays : France
Téléphone professionnel : 06 60 54 71 30

dpo@univ-tours.fr

Adresse M  l professionnelle : theo.legoupil@etu.univ-tours.fr

DATE DE LA CRÉATION DU TRAITEMENT:
15 avril 2024

DATE DE LA DÉCLARATION DE CONFORMITÉ:
21/05/2024

TRAITEMENT ENREGISTRÉ DANS LE REGISTRE DU CIL

Le traitement est maintenant en conformité avec la loi Informatique et Libertés et le règlement général de la protection de données. Il a été déclaré et porté au registre du Délégué à la protection des données de l'université de Tours.

Vu, les Directeurs de Thèse



**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours**

Tours, le

LEGOUPIL Théo

43 pages – 1 tableau – 4 annexes

Résumé :

Introduction. Les chutes des personnes âgées sont fréquentes et entraînent des conséquences importantes en termes de santé publique. Pourtant, les recommandations récentes ne définissent pas clairement le rôle du médecin généraliste et la place qu'occupent ces chutes dans sa pratique est mal connue. L'objectif de cette étude est donc d'explorer le point de vue des médecins généralistes dans la prévention des chutes des personnes âgées.

Méthode. Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée de mai 2024 à octobre 2024 auprès de 9 médecins généralistes. Une analyse inspirée de la théorisation ancrée a été menée jusqu'à la suffisance des données.

Résultats. La recherche des antécédents de chute chez les personnes âgées ne constitue pas une priorité en consultation de médecine générale. L'évaluation intuitive du risque est préférée aux tests standardisés. Les principales difficultés rencontrées incluent une sous-déclaration des chutes par les patients, des résistances à les faire adhérer aux mesures préventives ainsi que des obstacles liés à l'organisation des soins. Les médecins généralistes soulignent l'importance de la collaboration interprofessionnelle pour les accompagner dans la prévention des chutes.

Discussion. L'automatisation des pratiques de prévention des chutes (intégration de rappels annuels dans les logiciels médicaux, adaptation des tests standardisés) pourrait faciliter leur utilisation en médecine générale. Le renforcement de la collaboration interprofessionnelle, via des projets portés par les CPTS et des interactions avec des équipes spécialisées, apparaît essentiel. Enfin, sensibiliser le grand public au risque de chute pourrait renforcer leur déclaration et leur prévention.

Mots clés : *Médecin généraliste ; médecine générale ; chutes accidentelles ; chute ; sujet âgé*

Président du Jury : Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatrie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury : Dr Wassim GANA, Gériatrie, PH, CHU –Tours

Docteur Corentin LACROIX, Médecine Générale – Vertou (44)

Docteur Guillaume CHAPELET, MCU-PH, Gériatrie, CHU- Nantes

Date de soutenance :

25 février 2025