



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par

Maud LAMOUILLE

Née le 18/11/1985 à Bron (69)

**Entretiens auprès de sujets âgés :
parler de sa ou ses chute(s) à son
médecin ou pas ?**

**Etude qualitative par entretiens
semi directifs.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 03/06/2015**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PUPH médecine interne, gériatrie et biologie du
vieillessement – CHU Rennes – Président du jury

Françoise TATTEVIN-FABLET

Maître de Conférence associée de médecine générale –
DMG Rennes - Juge

Anne LE GAGNE

PH Gériatre- CH St Malo- membre invité

Dominique SOMME

PUPH service de médecine gériatrique La Tauvrais - CHU
Rennes – Directeur de Thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE MEDECINE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée par

Maud LAMOUILLE

Née le 18/11/1985 à Bron (69)

**Entretiens auprès de sujets âgés :
parler de sa ou ses chute(s) à son
médecin ou pas ?**

**Etude qualitative par entretiens
semi directifs.**

**Thèse soutenue à RENNES
le 03/06/2015**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PUPH médecine interne, gériatrie et biologie du
vieillessement – CHU Rennes – Président du jury

Françoise TATTEVIN-FABLET

Maître de Conférence associée de médecine générale –
DMG Rennes - Juge

Anne LE GAGNE

PH Gériatre- CH St Malo- membre invité

Dominique SOMME

PUPH service de médecine gériatrique La Tauvrais - CHU
Rennes – Directeur de Thèse

NOM Prénom	AFFECTATION
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Service de cytologie génétique et biologie cellulaire
BELLISSANT Eric	Pharmacologie
BELLOU Abdel	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale, médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Service d'Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie Génétique Médicale
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation fonctionnelles
BONNET Fabrice	Département de médecine de l'adulte - Service d'endocrinologie
BOUDJEMA Karim	Département de chirurgie viscérale
BOUGET Jacques	Fédération d'accueil et de traitement des urgences
BOURGUET Patrick	Service de Médecine Nucléaire - CRLCC
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie

BRETAGNE Jean-François	Service des maladies de l'appareil digestif
BRISSOT Régine	Médecine physique et de réadaptation
CARRE François	Médecine du Sport
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CORBINEAU Hervé	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire - C.C.P.
CUGGIA Marc	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de la communication
DARNAULT Pierre	Anatomie Organogénèse
DAYAN Jacques (professeur associé des universités)	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique - 154 rue de Chatillon Rennes
DAVID Véronique	Laboratoire de génétique moléculaire et hormonologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
DECAUX Olivier	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
DELAVAL Philippe	Pneumologie
DESRUES Benoît	Pneumologie
DEUGNIER Yves	Service des maladies du foie
DONAL Erwan	Département de cardiologie et maladies vasculaires
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes
DUPUY Alain	Dermatologie

DUVAUFERRIER Régis	Département de radiologie et d'imagerie médicale
ECOFFEY Claude	Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale II
EDAN Gilles	Clinique Neurologique
FERRE Jean Christophe	Service de radiologie et d'imagerie médicale
FEST Thierry	Laboratoire d'Hématologie biologique et Immunologie
FLECHER Erwan	Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie Infantile
GANDEMER Virginie	Service de médecine de l'enfant et de l'adolescent
GANDON Yves	Département de radiologie et d'imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et Zoologie appliquée
GARIN Etienne	Service de médecine nucléaire - CRLCC
GAUVRIT Jean-Yves	Service de radiologie et d'imagerie médicale
GODEY Benoit	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
GROSBOIS Bernard	Département de médecine de l'adulte
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie - Pôle Orthopédie, traumatologie, rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie
GUILLÉ François	Directeur du CRLCC Centre Anti-Cancéreux

GUYADER Dominique	Hépatologie, Gastro-Entérologie
HOUOT Roch	Hématologie, Transfusion option Hématologie
HUSSON Jean Louis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
HUTEN Denis	Fédération de chirurgie orthopédique
JEGO Patrick	Médecine Interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
JEGOUX Franck	O.R.L. et Chirurgie Maxillo-Faciale
KAYAL Samer	Bactériologie-Virologie
KERBRAT Pierre	Cancérologie et Radiothérapie - CRLCC.
LAMY Thierry	Hématologie Clinique CRLCC
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; Pharmacologie clinique
LE BRETON Hervé	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LE GUEUT Maryannick	Service de Médecine Légale et de médecine pénitentiaire
LE TULZO Yves	Réanimation Médicale
LECLERCQ Christophe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
LECLERCQ Nathalie née RIOUX	Anatomie et Cytologie Pathologiques - Pôle cellules et tissus
LEGUERRIER Alain	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et Médecine Nucléaire

LEVEQUE Jean	Gynécologie et Obstétrique
MABO Philippe	Département de Cardiologie et Maladies Vasculaires
MALLEDANT Yannick	Anesthésie-Réanimation I - SAMU 35
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Clinique des Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
MOIRAND Romain	Unité fonctionnelle d'Addictologie – Service d'hépto-gastro-entérologie
MORANDI Xavier	Anatomie - Service de Neurochirurgie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophthalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire
MOULINOUX Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
MOURIAUX Frédéric	Service d'ophtalmologie
ODENT Sylvie	Service de Génétique Médicale
OGER Emmanuel	Pharmacologie Clinique
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pôle médico-chirurgical de pédiatrie et de génétique clinique
POULAIN Patrice	Département de Gynécologie-Obstétrique et Reproduction Humaine
RAVEL Célia Nadège	Cytologie et Histologie - Pôle cellules et tissus

RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
ROBERT-GANGNEUX Florence	Laboratoire de parasitologie et mycologie
ROUSSEY Michel - (Professeur émérite)	Pédiatrie Génétique Médicale
SAINT-JALMES Hervé	PRISM
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale Pôle anesthésie réanimation - SAMU
SEMANA Gilbert	INSERM 4917
SIPROUDHIS Laurent	Service des maladies de l'appareil digestif
SOMME Dominique	Service de médecine gériatrique LA TAUVRAIS
TARTE Karin	INSERM 4917
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses, maladies tropicales
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
TORDJEMANN Sylvie née LUBART	Pédopsychiatrie - Centre Médico-Psychologique – 154 rue de Chatillon Rennes
VERHOYE Jean-Philippe	Département de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire CCP
VERIN Marc	Neurologie
VERGER Christian - (Professeur émérite)	Médecine et Santé au travail - Centre antipoison
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Service de néphrologie

VIOLAS Philippe

Chirurgie Infantile - Pôle pédiatrique médico-chirurgical et
génétique clinique

WATIER Eric

Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie

WODEY Eric

Service d' Anesthésie-Réanimation chirurgicale II

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	AFFECTATION
AMIOT née BARUCH Laurence	Hématologie
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie ; Hépatologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie Médicale
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire - Pôle cellules et tissus
CAUBET Alain	Médecine et Santé au Travail
DAMERON Olivier (Maître de conférences)	Laboratoire d'Informatique Médicale
DE TAYRAC Marie	Biochimie et Biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et Biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie-Embryologie et Cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie ; Radiothérapie
GUILLET Benoit	Département d'Hématologie Immunologie
HAEGELEN Claire	Anatomie Service de neurochirurgie
HUGÉ Sandrine née LAFAYE (professeur associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale

JAILLARD Sylvie	Cytologie et Histologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie
LAVENU Audrey (Maître de Conférence)	Biostatistique Laboratoire de pharmacologie
LE GALL François	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE RUMEUR née FERRET Elisabeth	Physiologie Médiale
MAHÉ Guillaume	Service d'Imagerie médicale
MASSART née LE HERISSE Catherine	Biochimie générale et enzymologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric (maître de conférences associé des universités de Médecine Générale à mi-temps)	Département de Médecine Générale
MILON née LE GUEN Joëlle	Anatomie Organogénèse
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia (Maître de Conférence)	INSERM U 49
MYHIE Didier (maître de conférences associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
PANGAULT Céline	Hématologie ; Transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférences associé des universités de médecine générale à mi-temps)	Département de Médecine Générale
REYMANN Jean-Michel	Pharmacologie
RIOU Françoise	Département de Santé Publique

ROPARS Mickaël	Anatomie Organogénèse
SAULEAU Paul	Neurologie 5ème étage
TADIÉ Jean Marc	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise (maître de conférences associé des universités de Médecine Générale)	Département de Médecine Générale
THOMAS Patricia née AMÉ	Micro Environnement et Cancer - Immunologie
TURLIN Bruno	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
VERDIER-LORNE Marie clémence	Pharmacologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-Virologie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick JEGO,

Vous avez accepté de présider mon jury de thèse et d'examiner mon travail, j'en suis très honorée et vous en remercie.

À Madame le Docteur Françoise TATTEVIN-FABLET,

Vous avez porté un intérêt à mon travail, et je vous en remercie ici. Merci aussi pour la richesse de vos formations proposées au cours du troisième cycle de médecine générale.

À Madame le Docteur Anne LE GAGNE,

J'ai eu la chance d'apprendre énormément en travaillant à tes côtés, tant sur l'aspect clinique pur, que sur le côté si humain de notre métier. Tu m'as fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse, sois assurée ici de ma reconnaissance et de mon amitié.

À Monsieur le Professeur Dominique SOMME,

Pour avoir accepté de diriger mon travail, pour votre disponibilité, pour les échanges constructifs et passionnés ; pour m'avoir fait partager votre expérience et pour m'avoir aidé à aller au fond des choses ; un très grand merci.

À l'ensemble des patients rencontrés et interrogés pour les besoins de cette thèse, qui ont accepté de donner de leur temps, de partager leur expérience et leur ressenti, et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. Un grand merci.

Une pensée toute particulière pour l'un d'eux, Mr F., décédé en 2014.

À mes collègues que j'ai grand plaisir à remplacer : Annie, Angeline, Véro, Jacques, Gérard, Laurent, Olivier. Un grand merci aux médecins généralistes « maîtres de stage », avec qui j'ai beaucoup appris sur mon métier, et qui m'ont conforté dans ma vocation ; Annie Merot, Paul Bia, Laurent Gravot, Gérard Hamonic, Jean-Jacques Perron.

À Marine Teysseire, kinésithérapeute, pour ton aide et nos échanges en lien avec mon travail.

À Thomas Guichebaron par qui tout a commencé

À Pépé, qui fut le meilleur des grands pères ; je n'en serai pas là sans toi. D'où tu es, reçois le témoignage de tout mon amour et ma reconnaissance. Tu me manques intensément.

À Matthieu, mon cousin, parti beaucoup trop tôt. Ton étoile éclaire notre chemin à tous.

À Julien que j'aime chaque jour un petit peu plus. Vivre avec toi est une chance et une joie.

À notre petite fée clochette qui fera tout bientôt de nous deux une famille.

À Maman et Papa, pour m'avoir toujours aimée et soutenue dans mes choix, en toute confiance. Merci d'être les formidables parents que vous êtes.

À Célestine, la plus adorable et bienveillante des grands-mères. Je pense particulièrement à toi qui aimerais tant pouvoir assister à ma soutenance.

À Cécile, sœur par chance et amie par choix. Je remercie le ciel de t'avoir.

À Vincent, mon cher frère, merci pour ta générosité, ton humour, ton amour.

À Ronan (et non Roro), Sandrine « la princesse », et à mes « nephews » : Awen et Paul.

Aux autres membres du clan Lamouille : Papi, Mamie, Christophe, mon « parrain préféré », à tata Béa, Pépénou et Pouss, Gisèle, Patrick, Jennifer, Eric, et à tous mes cousins.

À mes chers beaux parents, Nadine et Christian. Merci de m'avoir accueillie à bras et cœur ouverts dans la famille Goustille. A Johann, Emilie, Alexandre, Cindy, Camille.

À Anne Bodard, qui suit mon parcours depuis ma naissance, merci pour tes lettres, tes attentions, ton enthousiasme. Bien vrai.

À Christine ma chère marraine, à Claudine qui fut bien plus qu'une nourrice.

À mes amis de toujours : Orell, Gwena, Popo, Isa, Céline, Anais, Myriam « la sage femme », Myriam « la gynéco », Zoé, Lou, Emilie, Thomas, Lise, Charlotte. Merci pour votre indéfectible amitié.

À mes amis de St-malo,

- À Maram, ma sœur malouine, et à Aurélie « ma copine », avec une dédicace toute spéciale à ma petite filleule Romane. À Charlotte « ma bioki ».

Quelle chance de vous avoir rencontrés.

- À mes « Popies », avec qui l'aventure bretonne a commencé en même temps que de grandes amitiés : Sasa, un merci tout spécial pour ton aide pour ma thèse... Constance dite « boubou », Anne-Claire, Claire, Chloé, Emilie, Adèle, Arthur.

- À « la famille malouine » : Audrey & Thomas, Alex & Fanny, Dodo & Fafa, Cécile & Mathieu, Manue, Sébastien, Fanny & Etienne...

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

Entretiens auprès de sujets âgés : parler de sa
ou ses chutes à son médecin ou pas ?

SOMMAIRE

Sommaire	16
Introduction	19
Matériel et méthodes	22
I. Initiation du projet.....	22
II. Objectifs de l'étude	22
III. Description de la méthode.....	23
1. Mode de recrutement et population ciblée	23
2. Grille d'entretien	25
3. Analyse des entretiens	26
4. Critères de qualité de l'étude.....	27
Résultats	28
I. Profil des patients	28
II. Les entretiens.....	29
III. Représentations de la chute : parler de sa chute, c'est parler de quoi ?	29
1. Parler de sa chute, c'est parler de sa faiblesse.....	29
2. Parler de sa chute, c'est parler d'une perte d'identité	30
3. Parler de sa chute, c'est parler de sa tristesse d'avoir chuté.....	31
4. Parler de sa chute, c'est parler de vieillir	32
5. Parler de sa chute, c'est parler de son traumatisme.....	32
6. Parler de sa chute, c'est parfois la banaliser.....	33
IV. Initiation de la consultation : qu'est ce qui conduit à la déclaration ?	35
1. Un sujet difficile à aborder	35

2.	Peur de chuter : élément neutre	35
3.	Type de chute	36
4.	Conséquence physique directe	37
5.	Localisation	38
6.	Culpabilité	38
7.	Incitation d'un proche	39
8.	Interrogation directe de la part du médecin.....	40
V.	Attentes vis-à-vis de la consultation.....	41
1.	Importance de l'examen clinique	41
2.	Problématique du « temps »	41
3.	Réassurance	42
4.	Conseils	43
5.	Stratégie thérapeutique	44
-	Place des médicaments	44
-	Place de la kinésithérapie	45
6.	Peurs générées par la consultation.....	46
-	Peur de l'hôpital	46
-	Peur des changements	46
-	Peur de la parole du médecin	47
7.	Remarque sur la relation médecin patient	47
VI.	Proposition d'un modèle théorique	48
	Discussion	50
I.	Méthode d'analyse	
1.	Avantages de la méthode.....	50
2.	Limites.....	50

- Liées à l'enquêteur	50
- Liées aux répondants	52
II. Consultation après une chute.....	53
III. Conséquences physiques : traumatisme, douleur	54
IV. Banalisation des chutes « mécaniques »	55
V. Importance du dépistage.....	56
VI. Applications du modèle théorique.....	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	61
Annexe 1 : Grille d'entretien.....	66
Annexe 2 : Morceaux choisis	68
Annexe 3 : Permis d'imprimer	72

INTRODUCTION

Les chutes des sujets âgés sont très fréquentes et représentent un véritable enjeu de santé publique. Les caractéristiques des patients chuteurs ainsi que les éléments efficaces de prise en charge multidisciplinaire, en prévention secondaire, ont été largement étudiés.

Cependant, en médecine générale, le dépistage initial des patients chuteurs et de fait, la stratégie thérapeutique qui en découlent, restent difficile à mettre en œuvre : les patients chuteurs n'étant pas toujours identifiés ; et les médecins n'étant pas toujours sensibilisés à l'importance du dépistage.

ETAT DES LIEUX ET RECOMMANDATIONS

Chaque année, une personne de plus de 65 ans sur trois chute [1-4] avec une nette augmentation de ces chutes avec l'avancée en âge : 50% des plus de 80 ans vivant à domicile font au moins une chute par an [2,5,6]. De plus, plus de la moitié des patients chuteurs fait des chutes « répétées » : au moins une fois dans l'année [2,7-9].

Ces chutes entraînent environ 125 000 hospitalisations et 9000 décès par an [10]. Elles se compliquent d'une peur de tomber, d'une diminution de la confiance en soi pouvant aller jusqu'à la dépression. Elles accélèrent aussi le processus de dépendance, précipitant ainsi le risque d'institutionnalisation [11-14]. Enfin, elles sont responsables d'un coût très élevé des dépenses de santé [15].

La forte mortalité post-chute ne s'explique pas toujours par le traumatisme en lui-même [16]. La plupart des chutes est d'origine multifactorielle et ne s'impute pas à une cause extrinsèque ou intrinsèque isolée. De ce fait, ces chutes sont difficiles à prévenir et à prendre en charge [13].

Face à l'importance de cette problématique, plusieurs recommandations ont été élaborées. En 2005 puis 2009, l'HAS a édité des recommandations de bonnes pratiques avec notamment la mise en place de 16 questions standardisées, avec l'aide de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [15]. Elles permettent de rechercher des signes de gravité, des facteurs de risques et de proposer un protocole de soins adapté pour les personnes chez qui des facteurs de risques sont détectés.

De plus, le dépistage des chutes est préconisé dans le rapport de l'HAS 2005 : « Il est recommandé de demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte ? (grade C) » [16].

PROBLEMATIQUE

Un patient ayant chuté voit son risque de nouvelle chute multiplié par 20 dans l'année qui suit [17] et le risque de décès est multiplié par 4 [18] ; il est séduisant de penser que dépister les patients « chuteurs » pourrait contribuer à prévenir les conséquences des chutes, et la survenue de nouvelles chutes.

Pourtant, la grande majorité des chutes (75 à 80%) ne serait pas signalée à un médecin [19]. Il existe donc une population de patients « chuteurs non déclarés » très importante, à fort potentiel de rechute aux conséquences pouvant être graves. Cette population n'a jamais été étudiée en France, à notre connaissance. Une première étude, réalisant le travail de thèse de notre confrère Th. Guichebaron, a consisté en une étude observationnelle des patients chuteurs non déclarés. Définition de cette

population, comparaison avec les « chuteurs déclarés » en terme de facteurs de risques de chutes ; et de gravité de celles-ci.

OBJECTIFS

Notre étude, qualitative cette fois-ci, vient donner la parole au patient à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Deux objectifs ont été retenus pour notre travail :

- Comprendre les déterminants de la déclaration ou non des chutes, par les patients de plus de 65 ans chuteurs, à leur médecin traitant. Pourquoi parler ou non de sa chute à son médecin ?
- Identifier les représentations des chutes pour ces patients.

MATERIEL ET METHODES

I. Initiation du projet

J'ai eu l'occasion de rencontrer Thomas Guichebaron qui réalisait un travail de thèse étudiant les caractéristiques d'une population de chuteurs « non déclarés » (prévalence, facteurs de risque de chute), en les comparant à celles d'une population de chuteurs « déclarés », afin de déterminer si une différence en terme de facteurs de risque de chute , et de risque de rechute apparaissait , à l'aide d'une étude prospective.

A l'issue de ses recherches, il était apparu qu'il semblait intéressant que ce travail puisse être complété par une autre thèse, qualitative cette fois, afin de donner la parole aux patients et de mieux comprendre les déterminants qui amènent un patient à parler ou non de ses chutes, en médecine générale. Etant particulièrement intéressée par le domaine de la gériatrie après deux stages hospitaliers gériatriques pendant l'internat ; en plus des deux de médecine générale, et motivée par la réalisation d'un travail qualitatif, j'ai naturellement accepté ce projet pour mon propre travail de thèse, et nous avons commencé à travailler ensemble en novembre 2013.

II. Objectifs de l'étude

Deux objectifs ont été retenus pour cette étude :

- Objectif principal : Comprendre les motivations qui amènent un patient « chuteur » à déclarer sa chute ou non, à son médecin traitant : pourquoi choisir de déclarer ou de ne pas déclarer une chute à son médecin traitant ; quelles sont les attentes des patients par rapport à leur médecin dans ces situations ?

- Objectif secondaire : Analyser les représentations des chutes, chez les patients de plus de 65 ans ayant vécu au moins une chute dans l'année.

III. Description de la méthode

La méthode qualitative par entretiens semi-dirigés a semblé la plus adaptée pour recueillir le ressenti des patients. Les méthodes d'entretien se distinguent des enquêtes par questionnaire, par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part [20]. Elles permettent donc de laisser la personne interviewée s'exprimer ouvertement, en réorientant la discussion sur les objectifs de l'étude si besoin.

1. Mode de recrutement et population ciblée

Les patients ont été recrutés pendant les remplacements effectués dans différents cabinets de Saint-Malo, Pleudihen-sur-Rance, Saint-Coulomb, Pluduno, parmi la patientèle de 8 médecins généralistes différents. Au cours de nos consultations ou visites à domicile, nous avons demandé systématiquement à tous les patients de plus de 65 ans s'ils avaient chuté dans l'année ; et, le cas échéant, s'ils en avaient parlé au médecin que nous remplaçons.

Cette limite d'âge de 65 ans fut retenue car elle est utilisée dans les recommandations de l'HAS et est également retrouvée dans le thésaurus Mesh de la base de données Medline.

Nous avons retenu, comme définition de la chute, celle de l'OMS : « Evènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment ».

D'après l'étude de Cumming, le rappel de l'évènement « chute » sur les 12 derniers mois limitait les biais de mémorisation [21]. De plus, cette période utilisée pour notre recueil était la plus couramment retrouvée dans les études statistiques [22].

Les critères d'exclusion étaient : institutionnalisation, chute ayant occasionné un traumatisme sévère, ou une hospitalisation. Les raisons de ce choix étaient les suivantes : concernant l'institutionnalisation, la problématique des chutes est différente, le risque de chute est majoré et la stratégie interventionnelle est le plus souvent multi-disciplinaire et mise en place en interne dans chaque structure. Pour les deux autres critères ; il nous a semblé qu'au vu du contexte ; traumatisme sévère ou hospitalisation suite à la chute, le patient avait de façon évidente, parlé de sa chute à un médecin et que l'intérêt de l'étude dans ces cas était limité.

Aux patients ainsi recrutés, nous avons présenté, au moment de la consultation, le travail de thèse de la façon suivante : thèse de recherche en médecine générale, consistant en la réalisation d'entretiens dans le but de mieux comprendre pourquoi les patients décident ou non de parler de leur(s) chute(s) à leur médecin traitant, et ce que représente pour eux le fait de chuter ; le but final étant de mieux pouvoir aider les patients dans ce domaine (prévention des chutes) en tant que médecins.

L'accord des patients retenus pour la réalisation ultérieure d'un entretien, a systématiquement été demandé. Tous ont été recontactés par téléphone dans les jours qui ont suivi la consultation.

Le cadre de l'entretien était donc le suivant : les patients savaient que la personne qui l'interrogeait était un médecin, qu'ils avaient déjà consulté en tant que tel, mais cet entretien ne tenait pas lieu de consultation médicale. La personne savait également que le travail réalisé par leur interlocuteur ferait l'objet de sa thèse de médecine.

Nous avons participé à deux ateliers « équilibr'âge », avec une kinésithérapeute rencontrée pour les besoins de la thèse (recherches initiales). Ces groupes de travail autour de l'équilibre concernent les patients chuteurs ou à fort risque de chute, et consistent en une série de séances de gymnastique et d'informations, effectuées par des professionnels de santé dans un cadre associatif. Une patiente interrogée a été recrutée lors d'un de ces ateliers.

Nous avons ainsi obtenu deux groupes de patients : des « chuteurs déclarés » et des « chuteurs non déclarés ».

Nous avons retenu dans ces deux groupes, des patients en vue d'effectuer un entretien, à distance de la consultation. Ce choix s'est porté sur les patients ayant porté un intérêt particulier au sujet ; volontaires et disponibles pour la réalisation d'un entretien avec moi quelques jours après la consultation.

2. Grille d'entretien (cf. annexe n° 1)

La grille d'entretien retenue comportait 7 questions ouvertes, avec des sous-questions qui pouvaient alimenter la discussion (relances). Elle débutait par une question descriptive, qui invitait le patient à décrire sa ou ses chutes et lui permettait de s'imprégner du cadre de l'entretien, afin d'optimiser les conditions de recueil de réponses aux autres questions.

Les grandes thématiques abordées étaient : conséquences des chutes (sur le quotidien, le moral, craintes par rapport aux chutes), représentations des chutes, lien avec le vieillissement ; déclaration ou non au médecin traitant et pourquoi ; chutes et médecine générale, rôle des professionnels de santé dans le domaine de la prévention des chutes.

La quatrième question était dédoublée (« 4 » et « 4 bis »), afin d'être adaptée, selon qu'il s'agissait d'un patient « chuteur déclaré » ou chuteur « non déclaré ».

3. Analyse des entretiens

Tous les entretiens ont été enregistrés au dictaphone numérique avec l'accord des patients. Ils ont ensuite été retranscrits dans leur totalité par le traitement de textes « word » et rendus anonymes. Le processus d'analyse a débuté dès le premier entretien et s'est poursuivi après chaque recueil de données.

La méthode de l'analyse thématique a été choisie [23]. Les mots ou expressions porteurs de sens ont été identifiés dans chaque entretien puis regroupés et classés par thèmes et sous-thèmes.

L'analyse s'est déroulée en deux parties :

- Dans un premier temps, une interprétation de chaque entretien a été réalisée de manière indépendante afin d'en saisir le sens général correspondant à une analyse dite « verticale ».
- Secondairement, une opération transversale a été réalisée pour établir comment chaque élément de chaque thème (et sous-thème) a été abordé par l'ensemble des répondants. Cette analyse dite « horizontale », permet d'observer quels éléments font sens de manière commune et lesquels diffèrent de manière plus spécifique.

Pour une meilleure compréhension des résultats, nous avons choisi d'utiliser, pour chaque extrait de verbatim, le codage suivant pour savoir de quel patient il s'agit :

- « DS » pour les déclarants systématiques : patient ayant déclaré sa ou ses chutes à son médecin traitant.
- « DM » pour les déclarants mixtes : patient ayant présenté au moins une chute déclarée et une chute non déclarée
- « NDS » pour les non-déclarants systématiques : patient n'ayant pas déclaré sa ou ses chute(s) à son médecin traitant.

4. Critères de qualité de l'étude

Le point de saturation concernant les thèmes principaux de l'étude, a semblé être retrouvé au bout de 10 entretiens. La saturation est atteinte lorsque l'on ne trouve plus d'information supplémentaire capable d'enrichir la théorie [24].

La triangulation pour l'analyse des résultats n'a pas pu être réalisée. Il n'y a pas eu de retour aux enquêtés.

RESULTATS

I. Profil des patients

Douze patients ont été interrogés pour les besoins de cette thèse. L'échantillon comporte une majorité de femmes (75%).

L'âge moyen des patients interviewés était de 84,4 ans (de 72 à 94 ans).

Les patients appartiennent à la patientèle de 8 médecins généralistes différents.

Tous étaient autonomes et vivaient à domicile.

Tous avaient subi au moins une chute dans l'année précédant l'entretien.

Nous avons pu établir que la majorité des patients (n=9), a présenté plusieurs chutes [2-10] au cours des cinq dernières années (fig. 1).

Environ la moitié des chutes n'avait pas été déclarée au médecin traitant.

Figure 1 : profil des patients interrogés

Patient	Sexe	Age	Social	Profession	Mode de vie	Lieu de vie	ville/campagne	Nb C < 5 an	Type de C	D ou ND
1	F	74	veuve	Agricultrice	maison	Pleudihen sur Rance	campagne	3	2 MC, 1 ML	ND
2	M	82	maridé	Responsable station essence	maison	Saint-Piat	campagne	3	3 MC	1 D, 2 ND
3	F	72	veuve	secrétaire comptable	maison	Pleudihen sur Rance	campagne	environ 10	env 9 ML / 1 méca	des D, des ND.
4	F	86	mariée	assistante maternelle	maison	Le Rheu	campagne	1	ML	D
5	F	89	veuve	employée d'hotel	appartement	Saint Malo	ville	4	4 MC	D
6	M	86	veuf	employé entreprise meubles	appartement	Saint-Malo	ville	3	3 MC	des D, des ND.
7	F	94	veuve	rentière	maison	Saint-Malo	ville	2	2 MC	1 D, 1 D avec retard
8	F	91	veuve	employée de banque	maison	Saint-Malo	ville	1	1 MC	ND
9	F	78	veuve	salariée entreprise familiale	maison	Saint-méloir	campagne	2	2 MC	1D, 1 ND
10	F	84	mariee	couturière, vendeuse	appartement	saint malo	ville	3	3 MC	1D, 2 ND
11	M	94	veuf	chef d'entreprise	maison	saint-Malo	ville	2	2 MC	2 D
12	F	83	veuve	manutentionnaire, ménages	maison	saint-malo	ville	1	1 MC	ND

Légende :

C : Chute, MC : mécanique, ML : malaise, D : Chute déclarée, ND : Chute non déclarée

II. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre février et novembre 2014.

La durée moyenne des entretiens a été de 34 minutes [17-52 minutes].

La plupart des entretiens s'est déroulée au domicile des patients. Un entretien a été réalisé au cabinet médical. Deux entretiens ont été interrompus, par l'entrée d'une tierce personne dans la pièce.

Un verbatim total de 96 pages a été obtenu.

III. Représentations de la chute : parler de sa chute, c'est parler de quoi ?

1. Parler de sa chute, c'est parler de sa faiblesse

Pour la majorité des patients, la chute est le symbole d'une diminution, d'une faiblesse. Cette représentation a été retrouvée à la fois chez les déclarants et les non déclarants. Toutefois, la tonalité de la façon dont la faiblesse est abordée varie selon l'attitude de déclaration :

E1 (NDS) « Je me suis dit « ma pauvre vieille »...il est temps...que tu te réveilles : tu baisses. »

E11 (DS) « Ça représente, une faiblesse. On sent qu'on diminue. On sent qu'on diminue, que la vie n'est plus là, qu'il faut faire plus attention. Que nos muscles ne sont plus les mêmes, c'est tout. Les muscles ne sont plus les mêmes, ça nous faiblit un peu, seulement il faut réagir. »

E2 (DM) « Oh ben oui, c'est plus pareil... Vous vous sentez diminué, vous vous sentez...à la merci...vous perdez toute votre autonomie ! »

Pour la patiente 11, les patients qui chutent ont intérêt à parler de leur chute, afin que le médecin mette justement en évidence cette faiblesse.

E11 (DS) « Il faut absolument qu'il en parle quand même, ah oui oui oui, parce que d'après les chutes, d'après comment ça se passe, il peut voir si le client, si le malade, s'est affaibli ; moralement ou je sais pas. Et... ça peut servir oui oui, le médecin généraliste, ah oui ! »

Pour cette patiente, parler de sa chute semble donc être un devoir.

2. Parler de sa chute c'est parler d'une perte d'identité

Le quotidien des patients est modifié suite à la chute. Tous les patients énoncent les changements que cela a impliqué dans leur vie. Ce type de perte d'identité n'a pas été rapportée parmi les patients « non déclarants systématiques » de notre échantillon.

E10 (DM) « Maintenant je tiens le bras à mon mari partout où je vais. Je me sens plus en sécurité.»

E2 (DM) « Ah mais vous n'avez plus la même mobilité dans les jambes, plus rien à voir ! Ah y'a trois ans, je montais sur les toits, je montais sur les toits, ça me gênait pas!»

E3 (DM) « Je faisais du jardin j'en fais plus. Je suis plus comme avant. »

E7 (DS) « Et c'est là que j'ai arrêté mon sport. »

Parfois, ils décrivent une réelle perte de confiance en soi.

E3 (DM) « C'est perdre ma confiance en moi ! Parce que bon, j'étais assez dynamique, j'ai fait un tas de choses, puis ça m'a tout coupé parce que là je m'occupe plus de rien. »

Il y a véritablement un « avant » et un « après » l'évènement chute.

E2 (DM) « C'est plus jamais comme avant, vous comprenez ! »

3. Parler de sa chute, c'est parler de sa tristesse d'avoir chuté

Tous les patients expriment qu'ils ont eu un retentissement sur le moral, suite à la chute.

Les déclarants parlent plus volontiers d'atteinte au moral « externe » et les non déclarants ont tendance à exprimer au travers de cette atteinte une forme souvent discrète de culpabilité (la cause de l'atteinte étant donc plus « interne » cette fois), élément sur lequel nous reviendrons plus loin.

E2 (DM) « Quand vous perdez de l'autonomie, ah là ça tape sur le moral. C'est dur. »

E3 (DM) « Et un coup au moral. C'est ça ça m'a... C'est sûr que je suis pas bien mais, à cause de ça. »

E5 (DS) « Ça m'a donné un coup quand même, ça ! [...] qu'est-ce que j'ai pu pleurer ! Mais qu'est ce que j'ai pu pleurer... »

Ceci laisse des traces ultérieures, les patients y repensent dans les suites :

E9 (DM) « Ça me travaille quand même... »

E3 (DM) « Mais, de chuter, ça, ... ça me choque quand même. »

Quasiment tous les patients m'ont fait part de leurs ruminations des circonstances ayant amené l'évènement ;

E12 (NDS) « Je me dis que j'aurais du me mettre dans un petit peu plus stable, par exemple »

E4 (DS) « Je me serais assise, j'aurais reculé un tout petit peu, je me serais assise dans la voiture je serai pas tombée »

4. Parler de sa chute c'est parler de vieillir

Pour la plupart des patients interrogés, [10 sur 12], et apparemment sans lien avec le comportement de déclarer ou non sa chute, il existe un lien entre chuter et vieillir. Une des questions de l'entretien abordait cette problématique, mais presque tous les patients en ont parlé spontanément, avant que la question leur soit posée :

E3 (DM) « Je pense que, c'est pas, c'est le fait de vieillir peut être, pour moi peut être je ressens ça. »

Les patients expriment qu'ils pensent à la mort dans les périodes qui suivent les chutes :

E11 (DS) « Oui, oui, on sent qu'on vieillit. Ca donne un à-coup. On sent qu'on n'est plus... On se dit « tiens, on va vers le trou »... »

5. Parler de sa chute c'est parler de son traumatisme

Le moment de la chute, et quelles que soient ses conséquences ensuite, est ressenti par les patients comme un véritable traumatisme.

E8 (NDS) « Je me suis vue tomber ça fait un drôle d'effet quand vous vous voyez tomber...(...) je suis revenue à quatre pattes ! Comme un enfant qui arrive à quatre pattes, je pouvais pas me relever ! Puisque y'avait rien pour m'aider à me relever. »

E9 (DM) « Enfin ce que j'avais peur c'est d'être un petit peu défigurée mais en fait non, ça va. »

Pour la patiente 4, c'est l'époux de la patiente qui a tout de suite senti que la chute de son épouse, pourtant sans conséquence finalement, était un évènement grave :

E4 (DS) « Mon mari a entendu, il a dit ça y est c'est le choc. »

Sans doute avait-il une crainte préalable, le « ça y est » laisse penser que son époux s'y attendait.

Ensuite, ce sont les circonstances qui aggravent parfois d'autant plus ce vécu. Par exemple, le fait non seulement de chuter mais de ne pas réussir à se relever seul ; et, par le fait, de rester parfois plusieurs heures au sol.

E2 (DM) « Alors pas moyen de me relever. Mon épouse... Ah si j'avais été tout seul je restais là, ah c'est sûr, je restais là ! »

E3 (DM) « J'ai quand même été beaucoup frappée de rester par terre, toute seule, dans les cailloux dans le jardin »

6. Parler de sa chute, c'est parfois la banaliser

Les patients expriment parfois un certain détachement par rapport à l'évènement, et il est intéressant de noter que ce ne sont pas forcément ceux qui ne déclarent pas qu'ils ont cette attitude.

E5 (DS) « Puis maintenant, ben je prends ça comme ça, qu'est ce que vous voulez faire. Moi j'arrive à 90 ans, faut pas demander l'impossible quand même ! Y'en a qui s'en vont, plus jeunes tous les jours. Bon je suis chez moi, je suis aidée, j'ai des enfants qui sont très gentils et des petits enfants, tous pour moi ils sont très gentils. Ben qu'est ce que vous voulez de mieux maintenant ? »

E11 (DS) « J'ai dit ben on fera mieux le prochain coup... »

Pour plusieurs patients, la chance intervient dans le fait de chuter ou non :

E5 (DS) « Ah j'ai pas de pot ! »

E10 (DM) « Je vais passer à côté de la porte, ma poche va se prendre là dedans, y'a quand même qu'à moi qu'il arrive des trucs comme ça, c'est pas possible ! »

Ainsi ; il existerait un certain fatalisme. Et là encore, cela ne semble pas intervenir dans le fait de déclarer ou pas sa chute.

E5 (DS) « Ça devait arriver, c'est comme ça et puis c'est tout. Enfin bon c'est comme ça c'est comme ça. »

De ce fait, ils ne pensent pas toujours que l'on peut éviter toutes les chutes :

E7 (DS) « Eviter ? On ne peut pas éviter ! Est-ce que vous pouvez éviter vous, de tomber, ou des trucs comme ça ? Si on se retrouve par terre, on prévoit pas, on ne peut pas prévoir d'avance ! »

IV. Initiation de la consultation : qu'est ce qui conduit à la déclaration ?

1. Un sujet difficile à aborder

On l'a vu plus haut, la chute peut entraîner une véritable perte d'identité. De fait, il apparaît que la chute est un sujet difficile à aborder. Seuls les déclarants mixtes et non déclarants systématiques ont fait cette remarque.

E3 (DM) « C'est pas facile de dire qu'on tombe, je pense. Pour moi c'est sûr. »

E8 (NDS) « Vous savez on n'est pas fier de tomber dans la rue, faut pas croire ça ! »

Plusieurs patients ont utilisé le mot « honte », en parlant du fait de chuter.

E3 (DM) « Parce que je pense que c'est un peu une honte de tomber, pour moi ! Ça été quelque chose de pas facile. »

2. Peur de chuter : élément neutre

Tous les patients interrogés [12 sur 12] m'ont fait part de leur peur de tomber.

E5 (DS) « Puisque je vous dis que quand je sors, je me dis « Mon Dieu pourvu que je ne retombe pas », c'est mon, mon idée à moi c'est ça. »

E6 (DM) « Et maintenant depuis que je suis tombé, j'ai peur. »

Cette peur de tomber a pour conséquence le fait que les patients font plus attention : la totalité des patients interrogés exprime être plus vigilants depuis la ou les chute(s) :

E2 (DM) « Parce que j'ai pris conscience, que je suis passé au travers ! Mais que ça peut éventuellement s'arrêter, si je recommence à tomber, alors j'y fais très attention. Et quand je, par exemple, y'a un endroit difficile, que ma fille est là, qu'elle me prend par-dessous le bras en disant « attends je vais t'aider ! » : je refuse pas ! Vous comprenez ? Y'a pas de honte à avoir à ça. »

E6 (DM) « Et puis maintenant ce que j'ai, je tombe faut que je fais attention. »

Certains patients expliquent qu'ils consultent parce qu'ils ont peur de chuter à nouveau.

E4 (DS) « Parce qu'on avait peur que ça recommençait. Là il a bien consulté... »

Pourtant, tous les patients interrogés n'avaient pas déclaré leur chute. La peur, retrouvée comme un élément récurrent, est donc une base commune, mais il faut un élément en plus pour initier la consultation.

3. Type de chute

Les patients font d'eux-mêmes une distinction entre une chute consécutive à un malaise, et une chute mécanique.

E5 (DS) « C'est-à-dire, que, y'en a qui ont des, comment qu'on dit, des... des étourdissements. C'est pas par étourdissement que je tombe. Je tombe parce que je lève pas assez les pieds, c'est ce qu'on m'a dit. »

Nous avons pu remarquer que les patients ayant des chutes mécaniques, c'est-à-dire sans cause organique apparente, et dont l'origine est un faux mouvement ou une maladresse, les déclarent moins à leur médecin.

Ces deux patientes parlent ainsi d'une chute mécanique non déclarée :

E 1 (NDS) « Oh pas comme ça, si vraiment j'avais eu un oubli, quelque chose, je sais pas... je lui en aurais parlé quand même. Tandis que là, bof, c'est superficiel... »

E12 (NDS) « Non non c'était, je suis consciente de tout. Non, non c'était pas alarmant, non non, j'ai pas perdu connaissance, rien du tout, je suis très consciente de ce que j'ai fait... »

4. Conséquence physique directe

➔ Douleur

Pour les patients, la douleur comme conséquence de la chute, est un motif de consultation du médecin généraliste.

E6 (DM) « Fallait que je le vois, j'avais mal »

E10 (DM) « Ça dépend, si c'est une petite écorchure de rien mais bon ben, si on a mal, ou des trucs comme ça, je vais quand même lui dire. »

A l'inverse, une chute sans douleur dans les suites équivaut pour certains à une chute sans conséquence :

E8 (NDS) « Moi ça n'a eu aucune conséquence, je ne me suis fait mal nulle part. »

E12 (NDS) « Y'a pas de raison que je lui en parle, si j'avais pas mal ! »

Parfois, malgré la douleur, la consultation est retardée par rapport à la chute, mais ce n'est que parce que la douleur n'a pas cédé spontanément.

E7 (DS) « Vous savez moi je suis dure au mal mais quand ça passe pas faut quand même, aller voir [...] J'ai été le voir parce que j'ai vu que ça se passait pas. »

La personne E7 a déclaré ses deux chutes, mais avec retard pour la deuxième. On peut supposer qu'elle ne l'aurait pas fait sans la persistance de la douleur, et aurait ainsi été DM.

→ Traumatisme physique

Les patients expliquent qu'ils consultent plus facilement s'ils ont une lésion visible à montrer au médecin : plaie, hématome...

E10 (DM) « Alors j'avais la fesse toute bleue, alors ça je lui ai dit parce que je lui ai montré »

E6 (DM) « J'avais un hématome comme ça, un ballon de rugby »

5. Localisation

La localisation de la partie du corps sur laquelle le patient chute semble influencer sur sa déclaration. Par exemple, pour la première patiente, il est logique de consulter si l'on tombe sur la tête ; mais pas forcément si l'on tombe sur les genoux.

E1 (NDS) « Ah si j'étais tombée sur la tête c'est sûr que ... Mais c'est tout le temps les genoux, comme ça quoi ! »

6. Culpabilité

Plusieurs patients m'ont fait part de leur sentiment de responsabilité dans l'anamnèse qui les a conduit à la chute, indépendamment des conséquences sur l'humeur, que nous avons déjà rapportées plus haut.

E12 (NDS) « Je me dis que j'aurais dû me mettre dans un petit peu plus stable par exemple. »

E10 (DM) « Je ne fais pas attention où je marche... »

E2 (DM) « C'est une faute ; une faute d'appréciation du mouvement, peut être. J'aurais du me dire 'fais attention, tu vas te casser la figure', c'est tout ! »

Il semble que cette culpabilité puisse jouer un rôle négatif sur la déclaration au médecin. La patiente 9 explique ceci ; en parlant de la chute qu'elle n'a pas déclarée, lorsqu'on lui demande si elle en a parlé à son médecin :

E9 (DM) « Non, non, parce que j'ai trouvé ça bête, c'était de ma faute (...) mais vraiment c'est idiot de ma part. »

7. Incitation d'un proche

Pour une minorité de patients, la consultation a été induite par un proche.

E6 (DM) « Mes enfants qui me disputaient parce que j'ai mis trop longtemps (...) Je me faisais rouspéter par mes enfants. 'Mais vas-y donc'... Et puis sans ça, ma fille m'a dit 'Papa je vais téléphoner', alors j'ai dit je vais y aller. »

Pour le patient 11, le rôle des proches est très important comme lien entre le patient et le médecin généraliste :

E11 (DS) « C'est-à-dire que, euh, les personnes qui sont sujets à une faiblesse, c'est déjà mentionné par les proches, les proches s'aperçoivent qu'il y a quelque chose qui... Et alors ils peuvent en parler au médecin. Alors que de lui-même, il dira, oh ça va, un peu moins mais il fera pas de cas. »

8. Interrogation directe de la part du médecin

Pour l'ensemble des patients n'ayant pas parlé de leur chute à leur médecin, l'absence de déclaration serait due au fait que leur médecin ne les a pas interrogés sur le sujet.

Autrement dit, ils répondent tous par l'affirmative lorsque nous leur demandons ce qu'ils auraient répondu si nous leur avions posé directement la question : « Mr X, avez-vous chuté dans les douze derniers mois ? »

E1 (NDS) « Ah bah je lui aurais dit quand même, s'il m'avait demandé »

Les patients expliquent qu'il ne s'agit pas d'une volonté de ne pas dire.

E1 (NDS) « C'est pas parce que je ne voulais pas vraiment lui dire, c'est parce que il m'a pas demandé et puis bon, ça va ! [haussement d'épaules] »

La patiente 5 a déclaré sa chute, justement après que son médecin lui ait posé la question :

E5 (DS) « Ah si moi je dis tel que c'est. Ah si si ! Elle m'a demandé là au début, comment ça s'était passé, j'ai tout expliqué. Pourquoi cacher ? »

Pour la patiente 8, il est important que les médecins demandent au patient directement, afin que ceux-ci s'ouvrent à eux :

E8 (NDS) « Faut que les docteurs demandent aux gens, moi je pense, je pense que c'est ça. Les gens eux-mêmes, on n'est pas très... Pour en parler. »

Et la patiente 6 relativise le propos, affirmant que les patients savent dire ce qui les concerne sur le plan médical :

E6 (DM) « Je crois quand même qu'on est assez grands pour dire ce qu'on a ! »

V. Attentes vis-à-vis de la consultation

En s'intéressant aux attentes des patients, nous cherchons à comprendre ici d'une autre façon ce qui va les amener ou non à déclarer non seulement leur chute, mais aussi les suivantes. En effet, en théorie, nous pouvons imaginer que si un patient déclare sa chute et que ses attentes sont déçues, il ne consultera peut être pas pour la chute suivante.

1. Importance de l'examen clinique

Pour les patients, être examiné est un temps essentiel de la consultation. Ils attendent de leur médecin qu'ils les examinent, particulièrement dans ce contexte post-chute :

E4 (DS) « Il a pris la tension, il m'a fait regarder en haut, enfin, ben beaucoup de choses, et il voyait rien de spécial »

E9 (DM) « Si, c'était pour lui dire que j'étais tombée ; il m'a bien auscultée, il m'a dit 'J'ai pensé à la rotule', ça doit arriver souvent dans les chutes. »

(NB : la patiente 9 a présenté deux chutes mécaniques, une chez elle (ND) alors qu'elle avait les bras chargés, une en vacances (D) alors qu'elle marchait pour arriver au car. C'est de cette dernière qu'il s'agit ici, qu'elle a déclarée en rentrant, quelques jours après).

2. Problématique du « temps »

Les patients le plus souvent, lorsqu'ils déclarent leur chute, en parlent à l'occasion d'une consultation pour un ou plusieurs autres motifs :

E7 (DS) « Parce que moi quand je vais chez le docteur, je prends toute une liste, je marque tout ce que j'ai à lui dire.»

Dans un temps limité, il y a plusieurs problématiques à aborder. La patiente numéro 3 explique qu'elle n'a pas voulu à chaque fois ajouter « les chutes » à la liste de ses soucis de santé :

E3 (DM) « Parce que je l'embête déjà assez avec ma tristesse et toute mon arthrose et tous mes soucis... »

3. Réassurance

Plusieurs patients expriment qu'ils attendent de leur médecin d'éliminer une certaine gravité, à la chute et à ses conséquences.

E10 (DM) « Ben pour voir si on a mal ou quelque chose ou si c'est grave, quoi, c'est ça... »

Notons que cette patiente 10, DM, a été recrutée car elle avait présenté une chute non déclarée. En fait lors de l'entretien, on a pu retrouver trois chutes, une D mais parce qu'il y avait eu une fracture du poignet, et deux ND, mécaniques (une chute du lit et une chute par butés sur un plot devant un supermarché). C'est justement en parlant de ces chutes non déclarées qu'elle fait cette remarque.

E11 (DS) « Oui je lui en ai parlé, naturellement. Il m'a dit « Ou là là, vous en avez pour un moment !! » Il me dit «ça va vous n'avez rien de cassé» c'est ce dont j'avais peur justement. »

Ainsi les patients expriment leur besoin d'être rassurés face à l'évènement que représente la chute. C'est ce qu'ils semblent attendre de leur médecin généraliste :

E4 (DS) « On aime bien, on se sent plus sûr quand y'a un docteur qui passe, qui nous dit ce qu'il y a... [...] ça nous rassure, ah oui je resterais pas comme ça, c'est pour ça quand je suis tombée on a demandé le docteur sitôt. »

Puis dans un deuxième temps, la réassurance est verbale. Plusieurs patients se souviennent des paroles de leur médecin lors de cette consultation. Il s'agit toujours de patients DS ou DM.

E5 (DS) « Il paraît que c'est normal. Dr M. m'a dit « c'est normal, vous avez tombé, vous êtes toujours avec ça. »

E6 (DM) « Il me dit rien n'est cassé. [...] 'Ça va se passer' qu'il m'a dit. »

4. Conseils

Les patients attendent des conseils de la part de leur médecin afin de limiter le risque de nouvelle chute :

E4 (DS) « Il m'a dit si des fois ça me prenait, de prendre une pierre de sucre, chose que j'ai jamais fait. Là j'en prends pas parce que ça marche, j'espère que ça reviendra pas... »

E5 (DS) « Comme elle dit, elle m'a toujours dit : il faut lever les pieds »

E6 (DM) « Il m'a dit, Jean, vous avez, faut marcher. Faut marcher vous restez trop ankylosé, ça se bloque vos genoux, ça se bloque c'est pour ça, vous risquez de tomber si vous êtes toujours comme ça. Marchez une heure ! Même si vous allez pas loin, faut marcher une heure par jour, facile. »

Ainsi, pour le patient 2, cette attente fut déçue. Il exprime qu'il regrette de ne pas avoir été mis en garde sur le fait qu'il risquait une nouvelle chute.

E2 (DM) « Il aurait peut être dû me questionner un peu plus profondément, et me mettre en garde en me disant 'Attention, ça peut recommencer'... »

5. Stratégie thérapeutique

- Place des médicaments

Certains parlent de leur chute à leur médecin car ils pensent que les médicaments peuvent jouer un rôle dans la survenue de leur chute :

E11 (DS) « Ah non il vaut mieux en parler... Il peut trouver par exemple une faille, soit dans les médicaments, soit dans la tenue des personnes »

Ils attendent de leur médecin qu'il fasse le point sur leur ordonnance.

E4 (DS) « C'est là qu'il m'a changé mes médicaments. »

La patiente n°3 pense que c'est à cause de ses médicaments qu'elle chute. Au cours de l'entretien elle avoue ne pas prendre les médicaments prescrits :

E3 (DM) « Je pense que c'est de la tension qui m'a fait ça. Et du coup je n'en prends plus de médicaments, faut pas que je le dise, il m'en donne mais... »

- Place de la kinésithérapie

Tous les patients ayant eu de la kinésithérapie suite à une chute expriment le fait cela leur a beaucoup apporté.

E4 (DS) « Mais le kiné ça m'a fait du bien hein ! »

E9 (DM) « Elle m'a dit 'Je vais vous donner des séances de kiné', et voilà, c'est parti comme ça. Et vraiment ça me fait du bien. Et il faut que je fasse mes exercices à la maison aussi, plus souvent, tous les jours en fait, et comme ça, je pense que je serai au point. »

Ils savent que le médecin est à l'initiative de cette prescription, ils attendent de lui qu'il fasse le nécessaire pour que cette thérapeutique non médicamenteuse soit mise en place. Le patient 6 m'a expliqué que cela fait plusieurs fois qu'il demande à son médecin des séances, qu'il lui refuse.

E6 (DM) « Je croyais qu'il m'aurait peut être dit 'tiens je vais te donner des trucs de kiné' Faut qu'un jour je lui demande, mais ça sert à rien il m'a dit. Je vais lui demander, parce que moi ça me faisait du bien. »

La patiente 9 est allée chez le kinésithérapeute après avoir changé de médecin. Elle a trouvé beaucoup de bénéfices et regrette de ne pas avoir débuté avant.

E9 (DM) « Et c'est donc quand je suis arrivée au cabinet de (...), que la dame m'a dit : « Je vais vous donner des séances de kiné ». Et finalement, on aurait fait ça plus tôt, j'aurais peut être eu un meilleur résultat, je sais pas. »

6. Peurs générées par la consultation

Nous avons pu mettre en évidence plusieurs peurs pouvant, soit empêcher un patient de consulter, soit être générées par la consultation et qui, de fait, pourront amener un patient « déclarant » à ne pas déclarer la prochaine chute.

- Peur de l'hôpital

Plusieurs patients expriment leur peur de l'hôpital. Ils préféreraient parfois ne pas se soigner ou en tous cas ne pas consulter, suite à une chute, plutôt que d'aller à l'hôpital :

E5 (DS) « La fille me dit j'appelle le SAMU. Ah j'ai dit certainement pas, je veux pas de SAMU je veux pas aller à l'hôpital. »

E10 (DM) « Là l'autre fois je revenais je suis tombée, ils voulaient m'amener à l'hôpital j'ai dit non non non. Je suis tombée en bas, à intermarché, je suis allée chez ma belle fille, ma belle fille m'a soignée, tout ça, et puis ça s'est passé comme ça ! »

- Peur des changements

De façon plus générale, il apparaît que certains seront réticents à parler de leur chute, par peur que l'on modifie leurs habitudes, leurs médicaments, qu'on leur impose des examens, des bilans...

E9 (DM) « C'est pour peut être cacher une petite déficience quelque part et que les gens veulent pas... Moi si ça se reproduisait je ferais pas ça j'en parlerais à mon docteur, mais y'a des gens qui, pour ne pas être empoisonnés par la suite, vont pas dire qu'ils ont quelque chose. »

E11 (DS) « Ils veulent pas faire voir leurs déficits, ou leurs difficultés... Oui... Y'en a qui : 'Ah je vais pas dire ça parce que mon docteur, il va me mettre des médicaments' ... Y'en a comme ça ! »

Nous pourrions noter ici toute la symbolique du médicament avec en cette mise en parallèle du rôle du médecin qui « empoisonne » en mettant des « médicaments ».

- Peur de la parole du médecin

Certains patients ont peur de ce que le médecin va leur dire :

E6 (DM) « Je ne sais pas, j'avais peur qu'il me dise quelque chose, je ne sais pas, peut être. Qu'il me dise 'Oh c'est dangereux, vous allez avoir ça, ça ou là' ! »

7. Remarque sur la relation médecin patient

Le type de relation instaurée avec son médecin semble influencer sur la déclaration ou non des chutes. Plusieurs patients insistent sur la notion de confiance entre eux et leur médecin traitant.

E3 (DM) « Euh, je pense. Je pense parce que bon, ça dépend comment on voit son médecin généraliste. Si on a vraiment, ça dépend de la confiance qu'on a avec la personne, je sais pas. Oui, je pense.»

De plus, paradoxalement peut-être, le fait de « trop bien connaître » son médecin, et d'avoir le sentiment qu'il nous « connaît trop bien », peut avoir pour effet de ne pas parler de sa chute.

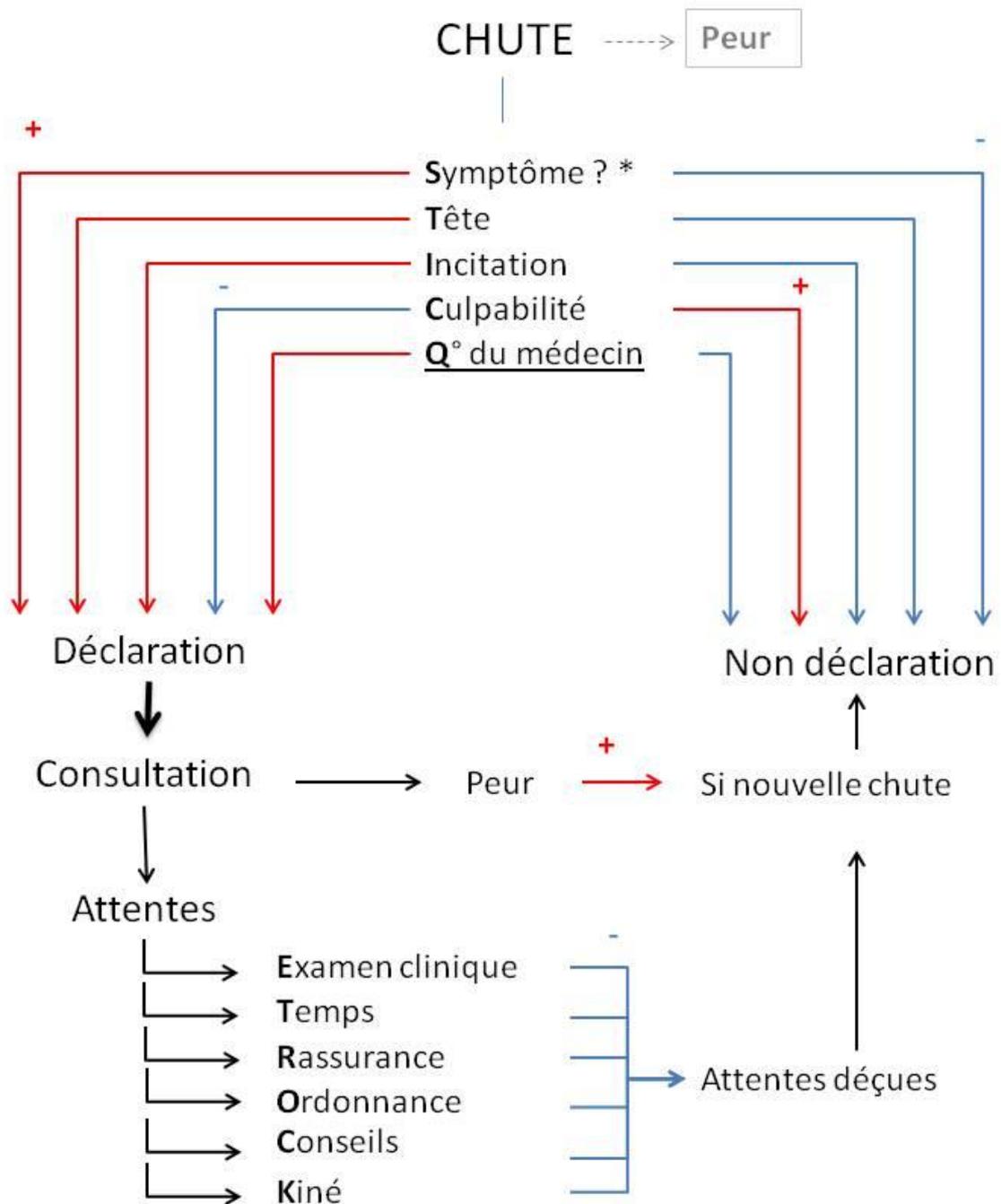
E2 (DM) « Puis il me connaît trop bien peut être. Il me connaît trop bien peut être. »

E3 (DM) « On se connaît d'trop tous les deux. Enfin trop, faut pas exagérer, ... Depuis 17 ans, quand même. c'est pour ça j'ai pas mal de... De connaître trop... Oui, on a du mal des fois à dire des choses, plus personnelles. »

VI. Proposition d'un modèle théorique :

On a tenté ici de modéliser les résultats sous une forme schématique ; pour essayer de mettre en évidence les facteurs intervenant dans l'initiation de la déclaration et donc de la consultation, et le rôle dynamique du médecin qui, selon qu'il répondait ou non aux attentes du patient, pouvait induire en théorie une absence de déclaration de la prochaine chute ; pour le même patient.

Figure n°2 : Modèle théorique



* Douleur, traumatisme ou malaise.

DISCUSSION

I. Méthode d'analyse.

1. Avantages de la méthode

L'entretien semi-directif par ses questions ouvertes laisse une place importante à la discussion. Il permet à la personne interviewée de s'exprimer sur ses expériences personnelles, ses ressentis, ses idées pouvant ouvrir de nouvelles pistes de réflexion. Le fait d'être en contact direct avec la personne interrogée permet de réagir immédiatement et d'approfondir certaines idées ou au contraire de ramener la discussion sur la problématique de la thèse.

Cette méthode permet également d'observer la communication non verbale, de percevoir les hésitations, l'agacement ou l'enthousiasme des personnes sur certains points abordés au cours de l'entretien.

2. Limites

- Liées à l'enquêteur

Tout d'abord, il existe un biais de recrutement. En effet, les patients vus en consultation correspondant au profil recherché et semblant motivés et concernés par le sujet ont sans doute été préférentiellement retenus en vue de la réalisation des entretiens. Cependant, j'ai pu constater en effectuant ce recrutement et ce questionnement systématiques de tous les patients de plus de 65 ans pendant plusieurs mois (« avez-vous chuté dans les 12 mois ? ») ; que le sujet amenait toujours beaucoup de réponses, les patients se sentant très concernés, même les

non chuteurs... Chacun avait quelque chose à dire, de son expérience ou de la peur de cette expérience. Cela me confortait à chaque fois, dans l'idée que le sujet comportait cette part d'universalité et méritait qu'on lui consacre cette étude.

De plus, le fait que je sois médecin a probablement influencé l'étude, on ne se confie pas forcément de la même façon si l'on a en face un médecin, ceci est peut être d'autant plus marquant pour les sujets âgés. Cette remarque est vraie dans toutes les situations où une personne, quel que soit son âge, est confrontée à un professionnel détenant une part d'expertise ou de savoir-faire, donc de pouvoir.

Pour tenter de limiter ce biais, une question très « brise-glace » avait été placée au début de l'entretien, permettant au patient de raconter son expérience de façon libre, de s'imprégner du contexte de l'entretien, afin ensuite de pouvoir se confier sans trop de gêne. Les entretiens se sont, de plus, déroulés dans une atmosphère de confiance.

Nous pouvons ajouter qu'il existait peut être aussi un biais de « désirabilité », les patients sachant que je réalisais avec ces entretiens, un travail pour ma thèse de médecine générale, pouvaient me donner la réponse qu'ils pensaient être celle que j'attendrais.

Enfin, la réalisation d'entretiens et l'analyse de ces données sont une expérience nouvelle pour moi et cette inexpérience a pu se faire ressentir. J'ai été confrontée à plusieurs difficultés ; d'une part sur la conduite des entretiens eux-mêmes (Poser les questions en gardant la plus grande neutralité possible, pour ne pas induire les réponses. Relancer l'interview pour certains, mais surtout ré-axer pour d'autres. Parfois aussi ; j'ai pris la parole au lieu de laisser place à un « silence »...); et d'autre part sur leur analyse. En effet, ici, un biais d'interprétation est possible car d'une part, l'analyse par triangulation n'a pas pu être réalisée et d'autre part il n'y a pas eu de retour aux enquêtés. La saturation des données ne l'a été que sur les thèmes principaux et selon une analyse à mon niveau.

- Liées aux répondants

La population étudiée était âgée (moyenne d'âge 84 ans) ce qui comportait en soi plusieurs difficultés dans la réalisation des entretiens. Troubles de la mémoire débutants ou difficultés de concentration, hypoacousie avec parfois mauvaise compréhension de la question et réponses difficiles à exploiter, digressions.

Le biais de mémoire, déjà intrinsèquement existant pour la méthode qualitative est peut être majoré ici, sans qu'on l'ait pourtant nécessairement ressenti lors des entretiens.

Par contre, pour certains patients, il existait une certaine ambivalence dans le discours, à deux moments de l'entretien nous avons pu entendre une affirmation, réfutée quelques minutes plus tard par une affirmation opposée.

Les femmes étaient plus représentées que les hommes (75%) mais cela est cohérent avec l'espérance de vie plus importante chez les femmes. De plus, Dargent-Molina et al notent que les femmes chutent plus que les hommes (rapport de deux femmes pour un homme) [17]. Toutefois, ces mêmes auteurs notent qu'après 80 ans, il y a une proportion de chuteurs identique entre les sexes et qu'après 85 ans, la fréquence des chutes (en termes de nombre de chutes dans l'année) serait semblable entre les femmes et les hommes [17]. Campbell AJ et al trouvent quant à eux, un rapport légèrement inférieur avec un risque de chute chez les femmes « seulement » une fois et demi plus élevé que celui des hommes du même âge [25].

Le nombre d'entretiens réalisé a été faible (12 entretiens), et leur durée moyenne relativement courte (34 minutes).

Les résultats restent qualitatifs et ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population.

II. Consultations après une chute

Dans la littérature, il ressort que seuls 20 à 25% des patients chuteurs consultent un médecin généraliste ou un centre d'urgence après une chute [26].

L'enquête téléphonique « baromètre santé » de 2005 retrouvait un taux de consultation de seulement 28,1% des patients âgés de 70 à 75 ans [27] suite à leur dernière chute au cours des 12 derniers mois, sans préciser les conséquences de ces chutes.

Ces résultats sont confortés par une autre étude britannique, qui met en évidence que 75 à 80% des chutes sans blessure ne seraient pas signalées à un médecin [19].

Les oublis de chute sont fréquents, dans une étude ils ont été évalués de 13 à 32% [21].

Nous n'avons pas référencé d'autre étude que la nôtre, recherchant les motifs de la déclaration ou non des chutes au médecin. Il apparaît par contre, d'après Soriano et De Cherrie, que les chutes sont souvent considérées comme faisant partie du vieillissement normal, ce qui peut contribuer à expliquer qu'elles soient rarement rapportées au médecin [28].

De plus, dans notre étude, les chutes sont considérées comme une menace pour l'identité propre en tant que personne autonome, capable de se relever. Cette explication est cohérente dans la théorie de représentation de soi, où les gens utilisent des stratégies conservatrices dans les interactions sociales pour garder l'image souhaitée [29]. Ainsi, dans cette étude australienne, les auteurs ont mis en évidence le fait qu'une des barrières pour l'application des mesures de prévention des chutes est le fait que les personnes concernées perçoivent ces mesures comme concernant les autres... et non eux-mêmes ! Pour aller plus loin, il semble qu'en se présentant comme ne relevant pas de la prévention des chutes, ils refusent d'être perçus comme « âgés », comme « vieux ».

III. Conséquences physiques : traumatisme, douleur

Concernant les conséquences des chutes, une étude montre que les chutes sont moins déclarées lorsqu'il n'y a pas de traumatisme corporel sévère [19] ; ce qui corrobore le résultat issu de nos entretiens.

La douleur, qui est un des motifs de déclaration retrouvé dans notre étude, est de façon générale un motif très fréquent de consultation en médecine générale. En France en 2001, pour 43% des consultations de médecine générale, la douleur était le motif principal ou un motif secondaire [30].

Pourtant, une étude transversale déclarative concernant la prévalence et le parcours de soins suite aux chutes de sujets âgés, retrouve que 54% des patients présentant après la chute des douleurs isolées n'avaient pas consulté. Mais ces patients présentaient secondairement plus de conséquences, comme une peur de tomber, que les patients n'ayant pas de douleurs initiales [31]. Ceci montre bien l'importance de la déclaration initiale, afin d'en limiter les conséquences ultérieures, sur le quotidien notamment.

IV. Banalisation des chutes dites « mécaniques »

Comme nous l'avons vu, la chute « mécanique » est souvent considérée comme moins grave par les patients, qu'une chute consécutive à un malaise. Une étude vient confirmer ce résultat [32]. En comparant parmi des patients ayant fait une chute avec fracture (donc avec un certain degré de gravité physique), un groupe de patients dont la chute avait été qualifiée de « mécanique » versus un groupe aux chutes « non mécaniques », elle constate que les chuteurs « mécaniques » ont bénéficié de moins de consultations « chutes » que les autres, alors même que ces patients avaient au moins autant de facteurs de risque de nouvelle chute que les patients de l'autre groupe. Deux éléments venaient expliquer cela : d'une part, plusieurs patients avaient refusé la consultation spécialisée au motif qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt. D'autre part, cette consultation spécialisée avait moins souvent été proposée aux chuteurs « mécaniques » qu'aux chuteurs non mécaniques.

Nous voyons ici qu'il existe une « double banalisation » de la chute mécanique, à la fois du côté du patient et du médecin. Cette banalisation s'explique sans doute, comme le suggère le collège national des enseignants de gériatrie, par le fait que « si la chute est précédée de malaise ou de perte de connaissance, elle sera teintée de gravité et fera l'objet d'une exploration active, contrairement à la chute « mécanique » qui est souvent négligée » [33].

De plus, la terminologie de « chute mécanique » n'est pas clairement définie dans la littérature ; et par exemple la prévalence des chutes dites « mécaniques » varie de façon importante selon la définition retenue. Il n'en demeure pas moins que l'origine « mécanique » de la chute reste pour autant souvent incriminée, et que ceci peut s'avérer délétère car elle sera plus souvent banalisée et aucune évaluation ne sera dans ce cas entreprise ; ou en tous cas, le bilan sera moins conséquent que pour une chute avec malaise.

V. Importance du dépistage

Dans notre étude, les patients chuteurs non déclarés affirment qu'ils auraient parlé de la chute en consultation si le médecin leur avait posé la question. Ceci va dans le sens de l'application des recommandations de dépistage : françaises ; rapport de l'HAS 2005 : « Il est recommandé de demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte ? (grade C) » [18], et américaines : l'American Geriatric Society recommande de poser la question une fois par an à tous les patients de plus de 65 ans et, le cas échéant, à effectuer un bilan des facteurs de risque comprenant un examen clinique et si possible une évaluation du domicile [34].

Le moyen le plus efficace de réduire les chutes et leurs conséquences apparaît être une sensibilisation du patient et de son entourage. Un meilleur dépistage au cabinet de médecine générale apporterait une action synergique.

Une information du risque des chutes ciblant les patients et leur entourage permettrait certainement une meilleure prévention primaire et secondaire. Il a été mis en lumière qu'une amélioration de la prise en charge des chutes par le personnel soignant apparaissait si celui-ci était informé du taux de chute des personnes âgées et de leurs conséquences [35]. Des plaquettes d'information sur la prévention du risque de chute ont été éditées [36,37], mais ni leur diffusion ni leur impact pratique ne sont connus ni évalués.

Nous pouvons nous demander si cette démarche de prévention peut s'effectuer dans les conditions d'exercice de la médecine générale. En effet, la durée moyenne de consultation est de 16 minutes selon le ministère (2006), et les patients viennent souvent pour plusieurs motifs.

Un patient ayant présenté une chute nécessite un bilan orienté. Pour exemple, le Dr Guichebaron dans son étude, a passé en moyenne 70 minutes avec chaque patient pour faire le bilan des facteurs de risques (antécédents, contexte, polymédication), un examen clinique orienté et une visite adaptée du lieu de vie [38]. Cet exemple est extrême, car se voulait exhaustif et comprenait une visite « ergonomique », mais nous pourrions imaginer la possibilité de reconvoquer un patient qui parlerait, spontanément ou en réponse à une sollicitation à visée de dépistage, d'une chute de survenue récente. En médecine générale, il n'est pas rare de proposer une consultation spéciale pour une problématique en particulier (par exemple, la contraception chez la femme). Ainsi, le patient pourrait bénéficier d'une « consultation dédiée à la chute », ce qui pourrait pallier au problème du temps restreint lors des consultations par exemple pour renouvellement, ou les patients profitent de ce créneau pour aborder différents problèmes. Nous avons pu constater au fil de nos interviews, un enthousiasme avoué, des patients à la fin des entretiens, d'avoir pu bénéficier d'un « temps » privilégié pour aborder le problème des chutes.

Un prochain travail de thèse pourrait consister en l'évaluation de la faisabilité d'une consultation « chute » en médecine générale, du point de vue des médecins mais aussi des patients.

VI. Applications du modèle théorique

Il est important de souligner ici l'importance de la société dans la vision des chutes. Il semble que les patients aient des représentations qui soient issues de l'image que la société véhicule, par exemple, chuter comme symbole du vieillissement, ou chuter équivaut toujours à une certaine gravité. On voit bien combien la chute a une image sociale dégradante ; et l'on a pu mettre en évidence, dans nos résultats, que la peur se faisait omniprésente dans ce domaine. Peur car il y a eu un réel traumatisme, peur d'une nouvelle chute, peur de l'avenir... Il est intéressant que l'on puisse en avoir conscience, en tant que médecin généraliste, pour peut-être ne pas « rajouter de la peur à la peur » ; car, on l'a vu, on peut aussi générer de la peur en consultation, qui provoquerait l'effet inverse de celui escompté : une absence de consultation lors de la prochaine chute.

Il s'agit ici de traiter le problème des chutes comme une question de communication, en complément de toutes les recommandations qui peuvent aussi avoir comme effet paradoxal, de dramatiser toutes les chutes et de rendre notre discours très inquiétant. L'idée serait d'en arriver plutôt à une vision optimiste du patient « je parle de ma chute avec mon médecin, ainsi je serai plus autonome » et à une réelle collaboration entre le médecin et le patient.

On pourra dire par exemple, si le patient répond par la négative à la question dépistant une chute récente : « je veux dire, avez-vous chuté récemment, même si ce n'était pas sur la tête ? » ou encore, « même si vous ne vous êtes pas fait mal ». Et ensuite, « Si je vous dis ça, ce n'est pas pour vous prescrire un nouveau médicament ! » ; car on a compris les craintes que pouvaient ressentir les patients à l'idée que l'on leur ajoute des médicaments ou bien que l'on modifie leurs habitudes.

En somme, en s'intéressant aux représentations des patients, à leurs attentes et aux motifs qui induisent la déclaration de leurs chutes, on peut essayer de changer notre attitude en consultation, l'adapter à ce que l'on a pu mettre en évidence à partir de leurs discours ; afin de mieux y répondre, de mieux communiquer autour de la chute, de revaloriser la chute et le patient chuteur ; et, par le fait, de tenter d'améliorer la prise en charge des chutes et la prévention des chutes.

CONCLUSION :

Les chutes des patients âgés sont une problématique qui relève certes du médecin généraliste, on l'a vu, mais qui, finalement, sont intégrées dans un contexte social et sociétal beaucoup plus large. Il est apparu ici important de se placer du côté du patient, afin de pouvoir s'imprégner de ses représentations, de ses peurs, de ses attentes.

A l'aide de la méthode qualitative, en utilisant des entretiens semi-directifs, nous avons pu mettre en évidence de nombreux facteurs, à la fois inhérents au patient, au composantes intrinsèques de sa chute, et aux conséquences de celle-ci, qui peuvent intervenir dans le fait de déclarer sa chute à son médecin, c'est-à-dire en somme, de donner au médecin la possibilité d'intervenir dans son domaine d'application : stratégie interventionnelle conséquente à la chute, et prévention des nouvelles chutes.

Lorsque le patient déclare sa chute, donc consulte son médecin, il a de façon consciente ou non, certaines attentes vis-à-vis de la consultation. Nous avons tenté de dégager plusieurs de ces attentes, à l'intention des médecins généralistes. En s'imprégnant des attentes des patients nous pouvons adapter notre discours et le déroulement de notre consultation, afin d'amener une meilleure déclaration ultérieure, qui facilitera à la fois le dépistage des patients chuteurs et la prévention des nouvelles chutes.

Ces données pourraient servir de base à une formation des médecins généralistes originale, qui porterait non pas sur la chute mais sur la façon d'aborder la question de la chute en consultation, l'évaluation d'un tel programme à la fois sur les médecins eux-mêmes et sur leur patientèle permettrait d'en mesurer l'impact réel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Campell AJ, Spears GF. Fallers and non-fallers Age Ageing. 1990;19(5):345-6
2. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope Clin Geriatr Med. 2002;18(2):141-58
3. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient Fall? JAMA 2007;297(1):77-86
4. Dorresteijn TA, Rixt Zijlstra GA, Van Eijs YJ, Vlaeyen JW, Kempen GI. Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls Age Ageing 2012 ;41(4):474-81.
5. Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ, Dallosso H, Ebrahim SB, Arie TH, et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors Age Aeing 1988(6):365-72
6. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among ederly persons living in the community N Engl J Med. 1988;319(26):1701-7
7. Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review J Am Geriatric Soc. 2000;48 (12):1679-89
8. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data J Am Geriatric Soc.2002 ;50(5):905-11
9. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ et al. Interventions for the prevention of falls in older adults : systematic review and meta-analysis of clinical trials BMJ. 2004;328(7441):680

10. Institut de Veille Sanitaire Numéro thématique - Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°37-38.2007 consultable à l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/
11. Jørstad EC, Hauer K, Becker C, Lamb SE, on behalf of the ProFaNE Group. Measuring the Psychological Outcomes of Falling: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(3):501-10
12. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *The Gerontologist.* 2002;42(1):17-23
13. Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT, Baker DI. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders *J Gerontol.* 1994;49(3):M140-7
14. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home *N Engl J Med.* 1997;337(18):1279-84
15. Scuffham P, Chaplin S, Legood R. Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom *J Epidemiol Community Health.* sept 2003;57(9):740-4
16. Société française de documentation et de recherche en médecine générale, recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée Fiche de synthèse Novembre 2005 disponible ici : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
17. Dargent-Molina P, Breart G. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées *Rev Epidemiol Santé Publique* 1995;43(1):72-83

18. HAS et SFDRMG. Prevention des chutes accidentelles chez la personne âgée Argumentaire novembre 2005;p11 disponible à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
19. Graham HJ, Firth J. Home accidents in older people: role of primary health care team BMJ.1992;305(6844):30-2
20. Campenhoudt LV, Quivy R « Objectifs et démarche » in Manuel de recherche en sciences sociales,4e edition, Paris, Dunod;2011 ;272
21. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S. Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly J Am Geriatr Soc.1988;36(7):613-6
22. Ganz DA, Higashi T, Rubenstein LZ. Monitoring falls in cohort studies of community-dwelling older people: effect of the recall interval J Am Geriatr Soc. 2005;53(12):2190-4
23. Université de Lyon, La méthode de l'analyse du contenu [Internet] [cité 9 sept 2014].
Disponible sur:
http://theses.univ-lyon3.fr/documents/getpart.php?id=lyon3.2011.othmane_j&part=308787
24. Pires, A.P., « Echantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique », in Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques, 1997, Gaëtan Morin éditeur, p. 113-169
25. Campbell AJ, Spears GF, Borrie MJ. Examination by logistic regression modeling of the variables which increase the relative risk of elderly women falling compared to elderly men J. Clin. Epidemiol. 1990;43 : 1415-20
26. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people Lancet 2005;366(9500):1885-93

27. Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé - 1109.2005 Consultable à l'URL : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
28. Soriano TA, DeCherrie LV, Thomas DC. Falls in the community-dwelling older adults: a review for primary care providers *Clin Interv Aging*. 2007;2(4):545-54
29. Dollard J, Barton C, Newbury J, Turnbull D. Falls in old age: a threat to identity *J Clin Nurs*. 2012 Sep;21(17-18):2617-2625
30. Huas D, Tajfel P, Gerche S. Prévalence et prise en charge de la douleur chronique en médecine générale *La revue du praticien-médecine générale* 2000 ; 1837-41
31. Thérènce Demeocq. Chute du sujet âgé : prévalence et parcours de soins en médecine générale: une étude transversale déclarative multicentrique [thèse] Grenoble 2012
32. Delphine Georges. La chute mécanique existe-t-elle chez le sujet âgé ? A propos d'une étude observationnelle chez 100 patients hospitalisés à l'issue d'une chute avec fracture [thèse] Lille, 2013
33. Collège national des enseignants de gériatrie. Module 5 : Vieillesse. Item 62-Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. Edition MASSON, 2005
34. American geriatrics society, British geriatrics society and american academy of orthopedic surgeons panel on falls prevention 2001. Guideline for the prevention of falls in older persons *J Am Geriatr Soc* 49:664-72
35. Fortinsky RH, Iannuzzi-Sucich M, Baker DI, Gottschalk M, King MB, Brown CJ et al. Fall-risk assessment and management in clinical practice: views from healthcare providers *J Am Geriatr Soc*. 2004 Sep;52(9):1522-6

36. INPES. Comment garder l'équilibre après 60 ans ? [En ligne].2002, [23 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/apres60ans.pdf>

37. Institut de Gérontologie Sociale. Restez debout jusqu'au bout. [En ligne]. 2010 [21 pages]. Consultable à l'URL : <http://gsite.univprovence.fr/gsite/Local/agis/dir/doc/actualites/Plaque%20prevention%20des%20chutes.pdf>

38. Thomas Guichebaron. Les chutes des personnes âgées à domicile :Etude observationnelle, multicentrique, des chutes et « chuteurs non déclarés » [thèse] Rennes 2015

Annexe 1 : grille d'entretien

1. Brise glace : nous sommes ensemble pour parler d'une chute, pouvez vous me décrire ce qui s'est passé lorsque vous êtes tombé(e), avant, pendant et au décours ?

Relances : à adapter à l'anamnèse du patient pour obtenir plus de détails sur les conditions de la chute

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi d'autres chutes ?

Combien de fois ? Que s'est-il passé ?

2. Cette chute a-t-elle eu des conséquences ?

Relances :

- Est-ce que votre quotidien a changé après cette chute ?
- Au niveau du moral, de votre humeur, avez-vous constaté un changement depuis la chute ?
- Avez-vous ou aviez vous déjà, des craintes par rapport aux chutes ?

3. Que représente pour vous le fait de chuter ?

Relances :

- Emotionnellement ou physiquement ?
- Faites vous un lien entre le fait de chuter et le fait de vieillir ?

4. En ce qui concerne la chute récente ; vous avez choisi d'en parler à votre médecin traitant. Pourriez vous m'expliquer pourquoi ?

Relances :

- Etait-ce lors d'une visite, ou d'une consultation au cabinet ?
- Vous a-t-il posé la question ou lui en avez-vous parlé spontanément ?
- Une personne de votre entourage vous a-t-elle poussé à en parler à votre médecin ?
- Qu'attendiez-vous de lui ?
- Qu'a-t-il dit ou fait ?

- A votre avis, pourquoi faut-il parler des chutes à son médecin ? Qu'avez-vous à gagner à parler de vos chutes à votre médecin ?

4 BIS : En ce qui concerne la chute récente ; vous avez choisi de ne pas en parler avec votre médecin traitant. Pourriez vous m'expliquer pourquoi ?

Relances :

- Qu'avez-vous à craindre à parler de vos chutes à votre médecin ?
- S'il vous avait posé la question « avez-vous chuté récemment », à l'occasion de la dernière consultation, que lui auriez vous répondu ?
- Avez-vous parlé de cette chute à une autre personne ?

5. Pensez vous que les problèmes de chutes soient du domaine du médecin généraliste ?

Relances : avez-vous déjà parlé de ce problème avec votre médecin traitant?

6. Comment pensez vous que le médecin devrait aborder le problème des chutes avec ses patients ?

Relances :

- Problème de définition, de compréhension : « chuter », « tomber »...
- Comment pensez vous que les professionnels de santé peuvent aider les patients dans le domaine des chutes ?

7. Y'a-t-il un aspect que nous n'avons pas abordé et sur lequel vous souhaiteriez vous exprimer ?

Annexe 2 : Morceaux choisis

- Autour des chutes...

E2 « - Qu'est ce que ca représente pour vous le fait de chuter ?

- Vous n'êtes plus maître de la situation. Vous n'êtes plus maître de vous. Vous avez perdu, vous avez perdu... l'initiative, certaines initiatives. Vous avez la volonté, mais vous avez perdu le pouvoir. Pour moi c'est ça. Vous avez perdu le pouvoir, parce que : une, je me suis dit « c'est accidentel », mais deux... j'ai dit « là ca commence à faire ! » et trois, alors là je dis « mon petit bonhomme, va falloir faire gaffe, parce un coup tu vas te casser une jambe, ou le bassin , ou quelque chose et ca va plus être la même chose ! » Pour moi c'est très contraignant, c'est contraignant, c'est contraignant !
- Très contraignant...
- Ah oui oui oui, ça c'est sûr. Pour moi c'est la perte de liberté d'une personne. Ah oui, ca c'est sûr. Et puis, avoir le besoin... L'autonomie, c'est avoir besoin des autres. Moi j'ai jamais eu besoin des autres, et je peux vous dire que ça, c'est énorme. Et faut d'abord trouver, trouver les personnes. Moi mon épouse, elle s'est à moitié suicidée là-dessus, parce que...c'est une personne à grand cœur, alors elle en a fait trois fois comme faudrait qu'elle en fasse, et, ça l'a pas arrangée non plus ! Mais autrement, quand vous avez besoin de quelqu'un et que vous n'avez personne... Ben je vous garantis que c'est pas rigolo ! Ah non, non, non ! Moi, j'aurais jamais pensé... D'abord j'ai jamais vu ça venir moi, j'ai vu la vieillesse arriver, je l'ai pas vue arriver, ca m'est tombé dessus comme ca pan! J'ai, je me voyais pas vieillir, malgré ma maladie. Je me voyais pas vieillir. J'étais toujours d'attaque. Bon j'ai toujours fais attention à ma santé, malgré qu'on a beaucoup travaillé tous les deux. Mais, mais, je me voyais pas vieillir. Et puis quand tout ca arrive, tout d'un coup... C'est comme un coup de sifflet. On vus dit « hep ! Fini ! La partie est finie ! » L'arbitre est là, il a décidé que vous ne commandez plus.
- Donc pour vous, le passage à la vieillesse, là, pour vous, ça a été représenté par la chute, symboliquement ?
- Ah oui, ah oui. Même les autres rayons que j'ai eu, il y a deux ans, trois ans, m'avaient pas fait ça. Pour moi, c'est la première chute... Je dis pas que c'est la première, c'est le temps que j'ai mis à me remettre, en me disant y'a rien de cassé, et puis pan ! Une deuxième, ah là j'ai dis, là je suis v..., là là, là, la vieillesse est là, là oui, j'ai perdu l'autonomie tout ça... Là j'ai failli disjoncter, j'ai dis, qu'est ce qu'on fout là ? Qu'est ce qu'on fout là ? Oui oui oui, je vous le dis franchement... Qu'est ce que je fous là ? »

- Se laisser tomber

E10 « Ce qu'il faut c'est que je fasse attention, parce que je vais aller dans un magasin, je vous dis, y'a un chewim gum, je vais aller monter dessus ! On a l'impression que ça m'attire ! Ou un petit caillou... Mon mari, si ça lui arrive, il arrive à se remettre, mais moi j'ai pas, je sais pas... Je me laisse tomber...

- Au sens propre...

- C'est le moment de le dire ! »

- Mieux vaut en rire

E12 « J'ai dit à ma fille, parce que je l'avais au bout du fil « je vais tomber Catherine ! » et puis après j'ai dit « je suis tombée !! Mais je me relève !! » (rit) Alors elle rigole au bout du fil. »

- Du vin dans mon eau

E10 « Comment pensez vous que le médecin pourrait aborder le problème des chutes avec ses patients ?

- Ca j'en sais rien... Je ne sais pas... Demander si on n'a pas bu un coup par exemple !!

-Ah bon ? C'est pour rire ?

-C'est pour rire. Parce que moi voyez vous, je bois du rosé. Je mets un petit peu de vin rosé dans le fond comme ça, puis je remplis mon verre d'eau. Alors ils me disent si tu buvais pas tu tomberais pas ! »

- Marre des chutes

E8 « : J'ai assez chuté, ne me parlez plus de chutes, c'est fini les chutes ! (rit) C'est terminé ! »

- L'art de tomber

E8 « Et puis je sais tomber, c'est ce que je disais à ma belle sœur qui s'est cassée deux fois l'épaule, qui a souffert le martyr, une fois à Cannes, qu'elle était à se promener à Cannes, elle a loupé le trottoir je sais pas quoi, ils ont du appeler les pompiers, c'est compliqué là bas... ils l'ont mise à l'hôpital... et une deuxième fois, je crois bien qu'elle a eu les deux épaules ! Je lui ai dit toi tu sais pas tomber, t'as du pas apprendre à tomber moi on a du m'apprendre ça petite !! »

- Médecine d'antan

E8 « Vous savez dans le temps... Ce qu'il y a, c'était pas la même période que maintenant, dans le temps on était enrhumés les parents n'allaient pas chercher le docteur pour être enrhumés ; y'avait toujours des trucs et des machins qu'on nous donnait, même avec des...comment... avec du lait on nous mettait des gouttes de...machin jaune... c'était comme ça, ou sinon y'avait toujours de la moutarde, on faisait des cataplasmes, c'était terrible les cataplasmes ! (rit) Les docteurs venaient pas souvent, on n'allait pas souvent au docteur moi je sais que j'ai été rarement au docteur étant jeune. On vous faisait pas passer de radio, fallait être vraiment malade pour... »

- Coup de foudre

E9 « Oui. Et puis alors après dans le car, tout le monde était aux petits soins pour moi, ils m'ont mise devant, etc etc... puis y'avait deux infirmiers, alors j'avais le choix pour me soigner, pour regarder comment c'était ... Et finalement y'a un monsieur qui me demandait toujours si j'avais besoin de quelque chose ; « si vous avez besoin n'hésitez pas à me demander...Je m'occupe de tout si vous voulez vous me dites, si vous avez besoin, je viendrais vous chercher pour le repas à 7h »...J'ai dit y'a pas de problème, je m'en sors bien ! Le soir il est venu me chercher, on a pris l'avion ensemble pour rentrer... Et moi bêtement comme ça je lui dis vous savez pas quel âge j'ai ? 78 ans. Il a sursauté !! Il est parti bavarder avec quelqu'un, je l'ai pas revu. Il m'a dit au revoir et puis voilà, il s'imaginait sûrement que j'étais plus jeune... »

- Vieillir

E8 « Vous savez, vieillir moi j'y pense pas, c'est pas mon truc ça... Là où j'y ai pensé, j'avais 35 ans, j'avais une petite ride, ça m'avait fait un choc terrible ! (rit) Mais après, ça ne m'a plus rien fait du tout, alors maintenant (rit)... »

- Hypoacousie (1)

E5 « Est-ce que vous aviez, ou est ce que vous avez des craintes par rapport aux chutes ?

-Des crampes ?

- Des craintes ! Des peurs...

- Ben j'ai pas eu tellement de bleus... »

- Hypoacousie (2)

E7 « Est-ce que vous avez des craintes, par rapport aux chutes ?

-Est-ce que j'ai... ?

-Est-ce que vous avez des craintes, par rapport aux chutes ?

-Des crampes ?

- Des craintes ! Des craintes, des peurs.

- Il faut me parler fort, parce que j'ai été chez le coiffeur hier, et il m'a mis de l'eau dans les oreilles (rire) »

- Hypoacousie (3)

E4 « Est-ce que c'était la seule chute ou il y a eu d'autres chutes ?

- Des sucres ?

- Des chutes. »

- A l'endroit, à l'envers

E 1« J'ai une de mes petites filles, la petite, qui a quatre ans, elle dit « les mamies c'est comme ça, ça perd tout mais ça retrouve ! »

-Vous perdez des choses ?

-ben, je me rappelle plus ! Et puis après, ça me revient. Alors il faut que je redémarre où j'étais, et à l'envers... »

- Egalité homme-femme

E6 « Enfin c'est comme ça, et puis, c'est la solitude. Vous savez dans un ménage.... Le soir, tu te rends compte, y'en a plusieurs qui sont tous seuls. Et une femme, moi j'ai l'impression qu'une femme qui est veuve...et bien moi je dis qu'une chose c'est que, vous avez quand même quelque chose à faire. Vous savez vous avez des petits trucs, des machins. C'est pas moi qui vais me faire un passe montagne ! Non mais sans blague ! Je serais dans une maison encore, j'essayerai de faire quelque chose, mais là ; je vais pas retapisser tous les jours ! »

- Les os bleus...

E2 « J'avais les os tous bleus, mais j'avais rien de cassé. Je n'avais rien de cassé. Mais alors j'avais le dos tout bleu, les côtes toute bleues, les...mais rien de cassé ! »

-Donc trois chutes en cinq mois...

-Ah oui oui oui. Mais après on m'a fait du Zometa là, qui m'a « rasolidée » je trouve.»

- Tremblements et contorsion

E7 « Par contre, je prends pour le cœur du kardégic, qui me fait des bleus partout. J'ai des jambes... moi qui avais des jambes qui avaient fait trembler Hollywood elles font trembler personne maintenant. (rire) Ça, ça gonfle un peu. Alors je mets des fois des bas de contorsion... »

Annexe 3 : Permis d'imprimer

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : _____ Maud LAMOUILLE

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Entretiens auprès de sujets âgés : parler de sa ou ses chute(s) à son médecin ou pas ?

Rennes, le 04 mai 2015
Professeur **SOMME** Demaigue
Médecine Gériatrique - PONTCHALLOU
Bloc hôpital 7^{ème} étage
CHU - 35033 RENNES Cedex 9
Le Directeur de thèse

Rennes, le 6 5 2015

Le Président de jury

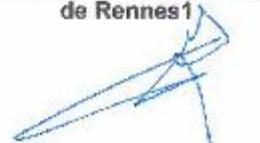
Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

- 7 MAI 2015

Le Président de l'Université
de Rennes1




G. CATHELINEAU

U.F.R. DE MEDECINE DE RENNES		N°
LAMOUILLE, Maud <u>Titre de la thèse :</u> Entretiens auprès de sujets âgés : parler de sa ou ses chute(s) à son médecin ou pas ? Etude qualitative par entretiens semi-directifs. 73 feuilles, 2 figures. 30 cm.- Thèse (Médecine) ; Rennes 1; 2015 ; N°		
Résumé : Les chutes entraînent une forte morbi-mortalité pour les personnes âgées. La littérature recommande le dépistage, l'identification des facteurs de risque des chutes afin de mettre en œuvre des mesures de prévention. Pourtant, la grande majorité des chutes ne sont pas signalées au médecin traitant. Quels sont les déterminants de la déclaration ou non des chutes, par les patients de plus de 65 ans, à leur médecin? Quelles sont leurs représentations des chutes ? Pendant 9 mois de remplacements, nous avons demandé à tous les patients de plus de 65ans s'ils avaient chuté au cours des 12 derniers mois ; et si oui, s'ils en avaient parlé au confrère remplacé. Nous avons obtenu ainsi deux groupes de patients : « chuteurs déclarés » et « non déclarés ». Nous avons réalisé 12 entretiens semi dirigés. Les entretiens ont été enregistrés et analysés selon la méthode de l'analyse thématique. Plusieurs critères semblent influencer sur la déclaration des chutes : type de chute (mécanique), symptôme suite à la chute (malaise, traumatisme, douleur), localisation du traumatisme (crâne), incitation d'un proche à consulter. La présence d'une culpabilité a un effet inverse (favorise la non-déclaration). Le questionnement direct du médecin lors d'une consultation amène dans tous les cas la déclaration. Les attentes du patient lors d'une consultation pour chute sont : examen clinique complet, analyse de l'ordonnance, prescription de kinésithérapie, conseils, réassurance. Parfois la consultation génère de la peur, ce qui ne favorise pas la déclaration d'une nouvelle chute. La chute représente une sorte de « déchéance » pour l'individu, en parler relève de la confiance intime, le médecin doit en tenir compte. Développer une politique de prévention des chutes passe par une déclaration de celles-ci, favorisée par une communication appropriée prenant en compte les représentations mises en évidence dans les entretiens.		
Rubrique de classement :		MEDECINE GENERALE
Mots-clés :		Chute/Chute non déclarée/médecine générale Personnes âgées/Domicile/Dépistage/ Facteurs de risque/Prévention Représentations/Communication
Mots-clés anglais MeSH :		Fall/Undeclared fall/Primary Care Elderly/Community/Incidence/Screening/ Risk factors/Prevention Représentations/Communication
JURY :	Président :	Monsieur le Professeur Patrick JEGO
	Assesseurs :	Mr le Professeur Dominique SOMME [directeur de thèse]
		Mme le Docteur Anne LE GAGNE Mme le Docteur Françoise TATTEVIN-FABLET

Adresse de l'auteur :

25 rue de la grande anguille 35 400 Saint Malo France

