

Chutes gériatriques : Connaissances et pratiques des professionnels de santé du Centre Hospitalier d'Aubusson

Falls in elderly, Knowledge and practice of health professionals in Aubusson Centre Hospital.

Apeti S^{1,2,3}, Ouedraogo LSP-W^{3,4}, Mossi EK⁵, Tolo N^{2,6}, Ait Ahcene K¹, Coume M⁷, Klouvi KA⁵, Kodjo K⁸, Ehlan EK⁹, Sawadogo L³, Amouzou YE-GO¹⁰, Kouevi- Koko TE¹⁰, Balogou KA¹¹

1. Service de Médecine gériatrique et polyvalente, CH d'Aubusson, France
2. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Limoges, France,
3. Service de Médecine Interne et de Gériatrie CHU-Treichville, Abidjan-Côte d'Ivoire,
4. Centre Hospitalier Jeanne de Lavarre, France
5. Médecine Interne, CHU-Sylvanus Olympio, Lomé- Togo,
6. Hôpital Intercommunale du Haut Limousin, France
7. Centre Hospitalier National Universitaire de FANN, Sénégal
8. Service d'Endocrinologie et Métabolisme, CHU YOUPOUGON, Abidjan-Côte d'Ivoire
9. Institut de Cardiologie d'Abidjan, CHU-Treichville, Abidjan-Côte d'Ivoire,
10. Service de Chirurgie Générale, CHU-Sylvanus Olympio, Togo
11. Neurologie, CHU-CAMPUS, Lomé-Togo,

Résumé

Introduction : La chute, problème de santé publique, est fréquente chez les personnes âgées. Les conséquences peuvent être graves : traumatismes, perte d'indépendance, syndrome post-chute, décès. Les conséquences sociales et financières sont aussi lourdes.

Objectif : Evaluer les connaissances et pratiques en chutes gériatriques des professionnels de santé (PS) au CH d'Aubusson.

Méthodologie : Etude transversale quantitative et qualitative de Janvier à Avril 2017.

Résultats : Sur 145 enquêtés, 20 % avaient répondu à l'enquête avec une prédominance féminine à 79,3 % et un âge moyen de 40,65 ans. Les infirmiers diplômés d'Etat représentaient 34,5%. Les PS du service de médecine aiguë représentaient 44,8%. Vingt-huit enquêtés (96,6%) avaient au moins 4 ans d'expérience professionnelle et 82,8% en milieu gériatrique, 58,6% avaient des formations théoriques en chute et 37,9% ont poursuivi la formation continue. Onze enquêtés (38,5%) connaissent la définition de chute, 93,1% déclaraient connaître les facteurs de risque et 86,2% les avaient bien énumérés. Vingt-trois enquêtés (79,4%) connaissent les grandes démarches à suivre et 72% les avaient bien évoquées. Les lignes thérapeutiques étaient bien évoquées dans 65,5% des cas. Sur les 12 sans formation théorique, le tiers ne souhaitait pas être formé. Sur les 17 sans formation continue, 94,1% souhaitaient en faire. Les 61,1% évaluant les chutes faisaient des transmissions au médecin. La réévaluation était de 3,4% après la sortie de l'hospitalisation. La charge du travail est l'obstacle principal selon ceux qui n'évaluaient pas dans 88,9% des cas. Pour les parties appliquées du protocole, l'immédiate était évoquée dans 55,2%. L'évaluation était systématique dans 58,6% avec 65,5% à l'entrée. Quinze enquêtés (51,7%) jugeait difficile l'évaluation des chutes et le patient dément posait plus de problème chez 72,4%. Vingt enquêtés (69%) avaient jugé la gestion des chutes insuffisante dans l'hôpital.

Conclusion : La chute, problème de santé publique impose une prise en charge organisée.

Mots-clés : chutes gériatriques - professionnels de santé - formation - France.

Summary

Purpose: Falls are a public health problem in elderly. The consequences can be serious: trauma, loss of independence, post-fall syndrome, death. The social and financial consequences are also heavy.

Objective: Evaluate the knowledge and practices in geriatric falling of health professionals at Aubusson Hospital.

Methodology: It was a quantitative and qualitative cross-sectional study from January to April 2017.

Results: From 145 professionals, 20% had answered the investigation with female predominance of 79.3%. The average age is 40.65 years. Nurses accounted for 34.5%. Medical acute care professionals accounted for 44.8%. Twenty height investigated (96.6%) had least 4 years of professional experience and 82.8% in geriatric care, 58.6% had first degree training and 37.9% continued their formation. Eleven investigated (38.5%) know define correctly the fall, 93.1% said they knew the risk factors and 86.2% had listed them well. Twenty-three investigated (79.4%) know what must to be done and 72% have mentioned them well. The different therapeutics were well evoked in 65.5% of cases. From 12 professionals without first training, third did not wish to be trained. From 17 without continuing training, 94.1% wanted to do it. Sixty one point one percent (61.1%) who evaluate the falls do transmissions to doctor. The reevaluation was done at 3.4% after hospitalization. The workload is the main obstacle according to professionals who didn't evaluate in 88.9% of the cases. For the applied parts of the protocol, the immediate was evoked in 55.2%. The evaluation was systematic in 58.6% with 65.5% at admitting. Fifteen investigated (51.7%) found it is difficult to assess fall and the demented patient was more problematic in 72.4%. Twenty investigated (69%) thank that management of the fall was inadequate in the hospital.

Conclusion: The fall, a public health problem requires organized management.

Keywords: geriatric falls - health professionals - training - France.

Introduction

La chute, problème de santé publique, est très fréquente dans la population gériatrique [1, 2, 3, 4]. Ses conséquences sont souvent graves (traumatismes, perte d'autonomie dont le syndrome post-chute, sociales et financières, décès) [5, 6, 7, 8].

Elle constitue la partie visible de l'iceberg derrière lequel se cachent de multiples autres problèmes de santé. Le comportement médical face à la chute ne doit pas dépendre du type de chute ou de son mécanisme [3, 9]. La prévention des chutes surtout répétées dépend des stratégies et actions mises en place en fonction du mécanisme, de la cause et du lieu des chutes et donc sur les facteurs en jeu : prédisposants intrinsèques et précipitants. La marche et les transferts de position du corps sont les activités les plus à risque de chutes [2, 7]. Il est nécessaire dans une telle situation que les professionnels appliquent scrupuleusement et systématiquement un *modus operandi* formalisé et précis sans omettre de remplir les documents correspondants. L'incidence des chutes qui est de 2 à 17% est fonction des facteurs ergonomiques et individuels [10, 11, 12]. A cet effet, toute structure hospitalière doit mettre des stratégies en place pour réduire leur fréquence [13]. De surcroît, 20% des sujets âgés dits « vigoureux » font au moins une chute par an [9, 14, 15, 16]. Ces chutes répétées sont associées à un excès de morbi-mortalité lié aux conséquences traumatiques et à la dépendance qui en découlent. Il en ressort un coût financier de plus en plus élevé pour la prise en charge médico-sociale [17, 18, 19, 20, 21].

Les objectifs de ce travail sont :

- Evaluer les connaissances théoriques des professionnels de santé (PS) en matière de chutes ;
- Evaluer leurs pratiques professionnelles ;
- Formuler des recommandations idoines en matière de prise en charge des chutes de personnes âgées (PA)

Méthodologie

Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au Centre Hospitalier d'AUBUSSON (CHA), établissement public de 298 lits et places sur quatre sites d'activités complémentaires : Le Mont, La Croix Blanche, Saint Jean et Le Chabanou [25] :

- Les services de soins à la Croix-Blanche et du Mont avec :
- La Croix Blanche comprend les services suivants : Médecine (urgences, Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, médecine gériatrique avec 24 lits et

polyvalente à 6 lits dont 2 de Soins Palliatifs, Chirurgie Ambulatoire, Cardiologie, Pneumologie, Endocrinologie, Gastroentérologie, Gynécologie, Ophtalmologie, Anesthésiologie), service d'imagerie (Scanner, radiologie conventionnelle, échographie et mammographie). Les examens biologiques sont effectués, en majorité, dans les laboratoires du CH de Guéret (Département de la Creuse – Nouvelle Aquitaine).

- Le Mont : Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) avec 12 lits et 2 places d'accueil de jour et le service de l'Unité des Soins de Longue Durée (USLD) avec 30 lits. C'est le site des consultations de Neurologie, d'Addictologie, de Diététique et des activités médicotéchniques (balnéothérapie, kinésithérapie, activités physiques, ergothérapie).
- Les services d'Hébergement aux Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sur trois sites : le Mont (88 lits), Saint Jean (80) et Chabanou (40 lits). Le site de Chabanou abrite l'unité Alzheimer.
- D'autres agents contribuent aux prises en charge : Equipe Mobile des Soins Psychiatriques de la PA, Equipe Mobile des Soins Palliatifs et l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène.

Le centre hospitalier dispose d'une Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPSAV) et la Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de Soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) pour des actions de prévention et d'accompagnement des PA. Il emploie au moins 350 salariés dont 20 médecins permanents et non permanents ; des infirmiers, des aides-soignants, des agents de service hospitaliers sous la responsabilité du cadre de santé lui-même sous le Coordonnateur des soins et des médicotéchniques (assistant social, diététicien, psychologue, kinésithérapeutes, professeurs d'activités physiques adaptées, Ergothérapeute, Psychomotricien, préparateurs en pharmacie et manipulateurs de radiologie). Le nombre moyen de consultation annuel est de 5 950 patients dont 2 500 hospitalisés. Les associations bénévoles effectuent des visites de soutien amical aux patients. En fin de séjour, les patients sont sollicités de répondre à une enquête de satisfaction.

Des activités socio-culturelles du programme régional « Culture et Santé » animées par la Direction Régionale des Affaires Culturelles du

Limousin, l'Agence Régionale Santé et la Région Limousin y sont organisées pour éviter le dépaysement ville-hôpital.

Organisation de la prise en charge de la chute

Douze (12) professionnels de santé (sans médecins) sont formés sur la PEC des chutes : une psychomotricienne, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, deux moniteurs éducateurs, trois infirmiers diplômés d'état, trois Aides-Soignantes, un Agent des Services Hospitaliers. En pratique, après évaluation dans les services de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique où les facteurs de risques et conséquences sont gérés, les patients sont adressés au SSR après avoir bénéficié des traitements de kinésithérapie et de réadaptation en court séjour. Parfois certains patients peuvent bénéficier d'un suivi à titre externe alliant rééducation, le service des Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et le suivi des autres facteurs de risque.

A la date de notre enquête, il existe une fiche protocole des chutes et de déclaration des chutes des résidents et, un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) pour les personnes âgées des plus de 65 ans, vivant à domicile et ayant chuté au-moins une fois dans l'année. Ce programme s'intitule « JE SUIS TOMBE ET MAINTENANT ? » et propose des actions gratuites visant à :

- Eviter et/ou limiter les répercussions physiques et psychologiques d'une chute
- Préserver l'autonomie du patient.

L'ETP n'a été véritablement autorisée à réaliser ses activités qu'à partir de Janvier 2017.

Sept séances d'ETP ont été réalisées et portées sur :

- La chute dans tous ces états,
- « Mes cachets et moi » dans le cadre des médicaments à risque de chute,
- L'équilibre diététique,
- « Bien vivre chez soi » pour prévenir les chutes au domicile,
- «Facilite ta vie » lors d'activités « à risque de chute » de la vie quotidienne par l'usage d'aides techniques.
- « Même pas peur » pour gérer le vécu post-chute et les techniques de relever du sol
- « Garder la forme chez soi » pour promouvoir l'activité physique.

Une fiche pédagogique d'ETP est établie comprenant les rubriques suivantes : public concerné et pré-requis, nombre de participants, animateurs, le lieu, la durée de séance. L'objectif

général et des sous objectifs pour les séquences sont précisés : contenus, méthode, outils, matériels et date d'ouverture de l'atelier. L'ETP s'évalue tous les ans et chaque 4ans.

La fiche de déclaration comprend le patient (caractéristiques sociodémographiques et facteurs de risques de chute), la chute (lieu et l'activité ayant déclenché la chute, circonstances) et les conséquences de la chute et les actions menées [2].

En ce qui concerne la prise en charge, on distingue trois parties essentielles [2, 25] :

- Le moment de la chute avec évaluation et les conduites à tenir en éliminant les situations d'urgence,
- Le lendemain, poursuivre l'évaluation et la PEC d'autres conséquences secondaires et de facteurs de risque non urgentes (prise en charge pluridisciplinaire : médecins spécialistes et équipes soignantes et médicotéchniques)
- Puis au quinzième jour, la grille Groupe Iso-Ressources (GIR) pour évaluer le niveau d'activité du chuteur
- Le risque de chute est coté à 30 points avec les modalités : 1-10 = faible, 11-20 = moyen et 21-30 = élevé. Ce protocole est régulièrement audité par l'HAS pour son amélioration. En Novembre 2016, une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans le domaine a été faite permettant de valider la fiche de déclaration du risque de chute.

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale effectuée de Janvier à Avril 2017.

Déroulement de l'étude

Notre enquête était réalisée chez tous les 145 PS du CHA. Cet échantillonnage s'était effectué de Janvier à Avril 2017 (4 mois). La fiche de collecte comportait :

- Les données socio-démographiques : âge, sexe et profil professionnel,
- Les connaissances et compétences en matière de chute : *background* sur pratique ou non des protocoles de prise en charge des chutes,
- La possibilité et le désir de formation théorique et/ou pratique en matière de chute.

Ces fiches sont envoyées sous plis fermé à travers les cadres de services. Lors de la collecte, certains enquêtés ont été relancés en version électronique sur demande. Parmi les fiches renseignées,

certains ont été remplies en interview direct avec l'enquêté.

Critères de sélection

Nous avons inclus le personnel médical (médecins généralistes et spécialistes) et paramédical (soignant et médicotechnique) permanent du CHA. Nous n'avions pas inclus personnel non soignant
Les médecins vacataires n'étaient pas inclus.

Aspects éthiques et conflit d'intérêt

Nous avons obtenu l'accord verbal des Chefs de service et de la Directrice du CHA. Nous avons expliqué aux enquêtés la confidentialité des résultats de notre étude et obtenu leur consentement oral du fait des données sensibles. Nous n'avons aucun conflit d'intérêt avec cette étude.

Analyse et traitements des données :

Les résultats ont été traités avec le logiciel statistique « Sphinx 4.5». Les données qualitatives ont été traitées avec Microsoft Word 2016 et les graphiques ont été effectuées avec Excel 2016.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Vingt-neuf (29) professionnels de santé ont participé à l'enquête sur 145 administrés soit 20 %.

Les femmes représentaient 79 % soit un sex-ratio de 3,83. Seules 20 professionnels de santé avaient renseigné leur âge dont 65% avait plus de 35 ans. L'âge moyen était de 40,65 ans ± 10,86 ans avec des extrêmes de 24 et 61 ans. Les infirmiers d'Etat (IDE) représentaient 34,5% suivis des aides-soignantes (AS) de 31% puis les médecins 13%.

Selon le secteur, 44,8 % exercent en médecine gériatrique et polyvalente (**Figure 1**).

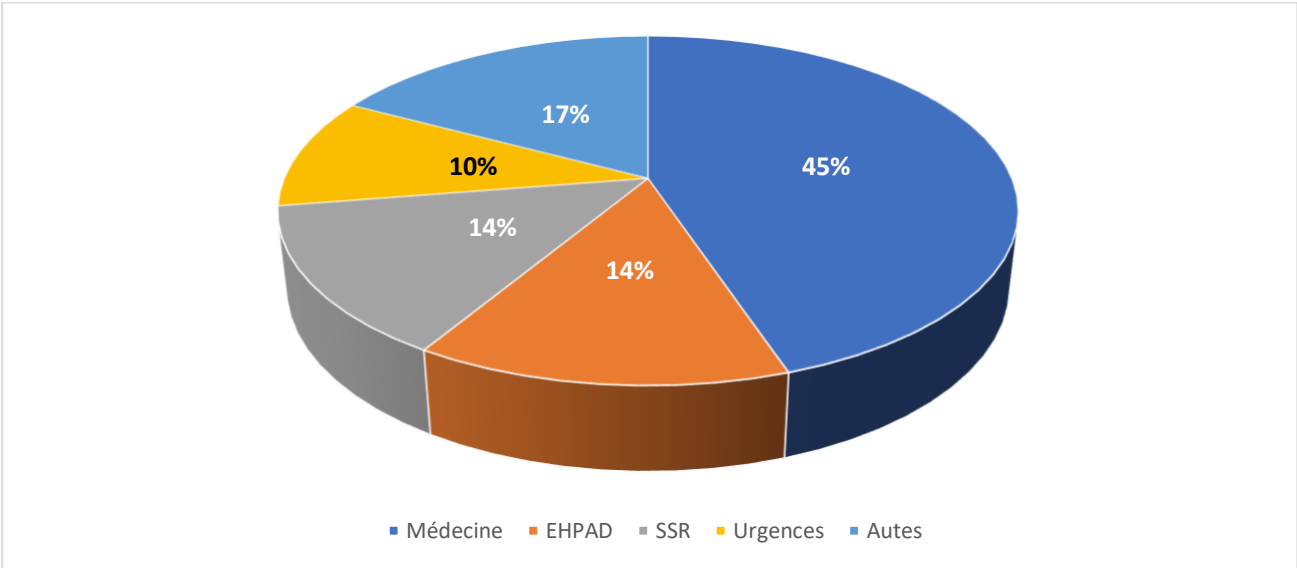


Figure 1 : Répartition des enquêtés selon le secteur d'exercice

En matière d'expérience professionnelle, 96,6% avaient au moins 4 ans d'expérience et un nombre moyen d'années d'expérience de 17,17 ans ± 10,44 (extrêmes de 3 et 43 ans). Dans les services gériatriques, 82,8% des PS avaient au moins 4 ans d'expérience, la moyenne est de 10,4 ans (extrêmes de 1 et 30 ans).

Connaissance sur la prise en charge des chutes gériatriques

Connaissances générales

Une formation initiale en chute était retrouvée dans 58,6% et 37,9% suivent la formation continue (FC) et les pratiques professionnelles. Sur les 44,8% déclarant connaître la définition de la chute, seuls 38,5% avaient donné la bonne définition. Les facteurs de risque de chute sont

connus dans 93% des cas et 86,2% les avaient bien évoqués. Les grandes démarches sont connues dans 79,4% des cas et 72% les avaient bien évoquées. Les lignes thérapeutiques ainsi que leur connaissance réelle étaient évoquées chacune dans 65,5% des cas (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon leur connaissance en chute gériatrique

	Oui		Non		NR ^b	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Formations théoriques en chute gériatriques	17	58,6	12	41,4	0	0
Formations continues + pratiques en chutes gériatriques	11	37,9	17	58,6	1	3,5
Connaissance de la définition de la chute	13	44,8	15	51,7	1	3,5
Définition correcte	5	38,5	8	61,5	0	0
Connaissance des facteurs de risque de chutes	27	93,1	1	3,4	1	3,5
Enumération correcte des facteurs de risque	25	86,2	4	13,8	0	0
Connaissance des grandes démarches à suivre	23	79,4	3	10,3	3	10,3
Enumération correcte des démarches	21	72,4	4	13,8	4	13,8
Connaissance des grandes lignes thérapeutiques	19	65,5	8	27,6	2	6,9
Enumération correcte des grandes lignes thérapeutiques	19	65,5	6	20,7	4	13,8

b= NR = Non réponse

Opinion sur l’acquisition de nouvelles compétences en chutes gériatriques

Sur 12 enquêtés sans formation théorique, le tiers ne souhaitait pas être formé.
Sur les 17 n’ayant pas fait de FC, 94 % souhaitaient poursuivre leur formation.
Sur 12 PS formés en chute, 63,6% jugeaient leur formation suffisante sans désir de FC.
Pour les 18 enquêtés faisant les transmissions, 100% informaient le médecin, 77,8% leur

supérieur immédiat et 72,2% leur collègue de même rang.
La réévaluation des chutés était effectuée dans 69% des cas selon l’état clinique, 34,5% à la demande du médecin, 27,6% selon la durée d’hospitalisation et de 3,4% après l’hospitalisation.
Les différents canaux de formation sont représentés par la **figure 2**.

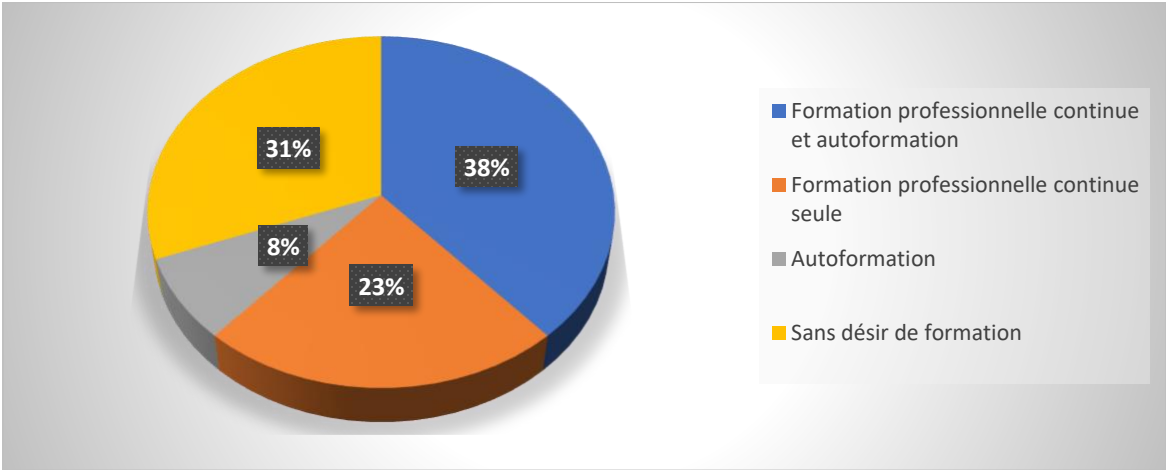


Figure 2 : Représentation des canaux de formation des professionnels de santé.

Pratiques professionnelles :

Parmi les 9 n’appliquant pas le protocole, 88,9% le reliaient à la charge du travail et 11,1% au manque de formation. Sur les 20 qui ont renseigné cette question, 85% déclaraient que le protocole est trop complexe. Pour les parties du protocole appliquées, le volet immédiat représentait 55,2%, celui du lendemain 41,4% et d’à distance 37,9%. L’évaluation était

systématique dans 58,6%, sur plaintes du patient (31%), sur prescription médicale (24,1%) et enfin sur transmissions (20,7%). Elle était réalisée dans 65,5% des cas à l’entrée, 34,5% au lendemain et 24,1% à distance. La durée de l’évaluation renseignée dans 31% des cas va de 10 mn à 840mn. **Le tableau II** résume la pratique professionnelle en chute gériatrique.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon l’usage des protocoles de chute gériatrique :

	Oui		Non		NR ^b	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Existence de protocole et fiche déclaration	20	68,9	8	27,6	1	3,5
Usage des protocoles et fiche déclaration	11	38	9	31	9	31
Evaluation du patient	29	100	0	0	0	0
Evaluation clinique seule	18	62,1	-	-	-	-
Evaluation paraclinique seule	4	13,8	-	-	-	-
Evaluation clinique + paraclinique	7	24,1	-	-	-	-
Transcription évaluation	21	72,4	3	10,3	3	10,3
Groupe référent chute	17	58,6	5	17,3	7	24,1

b= NR = Non réponse

Opinion des enquêtés sur la chute

L'évaluation des chutes était jugé difficile dans 51,7% (Figure 3).

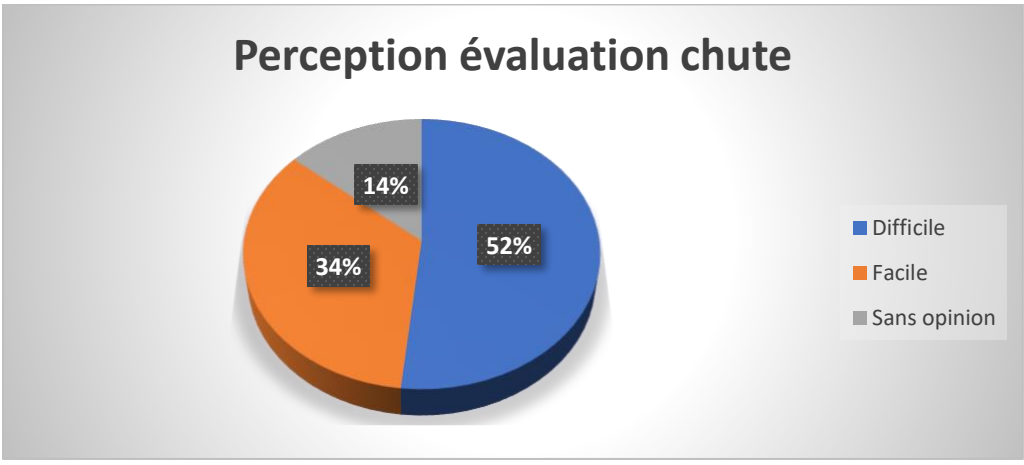


Figure 3 : Perception sur l'évaluation des chutes (profil du patient, suffisance)

Le dément était le plus difficile à évaluer chez 72,4% des enquêtés suivi du non communicant non dément à 37,9%. Soixante-neuf pour cent

Discussion

Au terme de notre enquête, 145 questionnaires ont été administrés, 20 % ont répondu à l'enquête donc non représentative de la population enquêtée. Une étude sur le profil et les activités des gériatres en France avec toutes les implications du Collège des Professionnels Gériatres Français a eu un taux de réponse de 43,5% et 68% [26]. Vieillard dans une étude sur l'appropriation de l'Algoplus a obtenu un taux de réponse de 43% [9, 27]. La simplicité d'usage d'outil Algoplus pourrait expliquer le meilleur taux d'adhésion par rapport à celui des chutes. En effet, plus un outil ou une recommandation est simple, mieux il est exploité par les professionnels de Santé [28]. Toutefois, le taux de non réponse reste important dans toutes les études. En effet, l'EPP serait souvent mal perçue par les professionnels de santé qui voient en ces études une intention de tester leurs compétences pour remettre en cause leur pratique quotidienne. La formation initiale en chute gériatrique représentait 58,6% des cas et 37,9% poursuivent la FMC dans le domaine. Vieillard avait retrouvé un taux de 20% [27]. Ces taux sont très insuffisants eu égard à l'ampleur des problèmes des chutes du sujet âgé. Le désir de formation est donc un atout majeur à ce sujet. En effet, sur les 17 ayant fait la formation continue, 94,1% souhaitaient poursuivre leur formation. Sur les 12 déclarant n'avoir pas de formation théorique, les 2/3 souhaitaient également être formés. Soixante-huit pour cent sont au courant de l'existence du protocole chute dans le service et tous les enquêtés évaluent les patients chutés, ce dernier point justifie que la chute n'est pas banalisée chez les professionnels de santé.

(69%) avaient jugé la gestion de la chute insuffisante dans l'hôpital.

Cette étude a connu toutefois des limites et difficultés :

- Sur le plan administratif, l'accès difficile aux données sur les professionnels (nombres et catégories de profession) constitue une limite majeure dans l'analyse des données.
- Sur le plan humain, le manque de volonté des enquêtés à répondre à notre étude malgré toutes les tentatives d'explication et de stimulation nous a entravé dans notre travail.

L'autocensure avec l'idée que l'étude consisterait à un moyen de les espionner pour un éventuel licenciement a été souvent évoquée.

Caractéristiques socio – démographiques

Nous avons une prédominance féminine avec un sex-ratio de 3,83 comme dans l'étude sur les caractéristiques des gériatres du secteur public [26]. Les IDE représentaient 34,5% suivis des aides-soignantes de 31% comme selon Vieillard [27]. Ceci explique que la gestion des pathologies gériatriques comme les chutes avec les pénuries des médecins doit impliquer tous les professionnels de santé aux compétences diversifiées [29].

Secteur d'exercice

Selon le service, 44,8 % exercent uniquement en médecine gériatrique. Ce constat a été conforté par deux études avec une participation du service de médecine dans 83% [26] et 60% des cas [13]. En effet le service de médecine gériatrique constitue le noyau central de la prise en charge du sujet âgé chuteur. La plupart des facteurs de risque ainsi que les conséquences de chute y sont repérés et PEC. Toutefois, les enquêtés n'évaluent qu'à 24% à long terme le chuté alors

que 82,8% avaient au moins 4 ans d'expérience. En effet le service de médecine gériatrique s'interposant entre les urgences et les autres services de la filière assure uniquement des hospitalisations sans programmation de suivi ou de consultation externe d'où l'intérêt d'une collaboration soutenue entre les différentes filières pour le suivi des chuteurs. En plus, une coordination des interventions est nécessaire entre les urgences et la médecine aigue jusqu'aux autres services de la filière (SSR, USLD, EHPAD) [26].

Connaissance sur la prise en charge des chutes gériatriques

Les formations initiales en chute étaient suivies par 58,6% des PS mais seulement (37,9%) souhaitaient poursuivre la formation continue. Abou a retrouvé la formation chez 2,5% des enquêtés [13]. En réalité, toute chute survenue en milieu hospitalier ou à la sortie quelles qu'en soient les conséquences doit interpeler la conscience des PS qui ont été en contact avec ce patient [13]. La mise à jour des connaissances est un outil majeur pour l'amélioration de la profession de santé. En effet, sur les 17 n'ayant pas fait de formation continue après celle initiale, 94,1% souhaitaient poursuivre leur formation. Sur les 11 qui ont suivi des formations continues, 63,6% jugeaient leur formation suffisante. Cette autosuffisance n'est pas de nature à faire progresser les pratiques professionnelles. Toutefois les Technologies de l'Information et de Communications peuvent leur permettre une mise à jour de leur connaissance acquise.

La formation professionnelle continue ou associée à l'autoformation représentaient respectivement 38 et 23% des moyen de formation. Cette formation continue a été évoquée par l'étude des gériatres dans l'amélioration de leur connaissance dans 90% des cas [26]. Ceci est justifié du fait que les enquêtés n'ont pas véritablement assez de temps pour les formations académiques présentielle du fait des occupations professionnelles. Les formations professionnelles continues ont permis aux gériatres d'acquérir des compétences diagnostiques et thérapeutiques dans respectivement 84,3 et 84,5% pour améliorer leur pratique [26].

Les facteurs de risques de chute étaient connus par 93,1% des PS et 86,2% avaient correctement énuméré ces facteurs. Ce taux contraste avec les résultats sur la connaissance et l'usage du protocole chute dans le service respectivement dans 68,9 et 38% des cas. Les technologies de l'information et de la communication peuvent jouer un rôle et favoriser l'autoformation.

Certains se basent sur les recommandations de la HAS pour évaluer la chute. Richard dans son travail inaugural en 2011 révélait que 93% des médecins ont jugé suffisantes les recommandations pour la PEC de la chute [30] et 97% des agents formés, les ont perçues bénéfiques pour les patients.

Les grandes démarches diagnostiques théoriques et pratiques avaient été évoquées respectivement dans 79,4 et 72,4%. De plus le volet thérapeutique théorique et pratique représentait chacun 65,5%. Ceci ne vient que confirmer le taux de citation les facteurs de risques dont la connaissance est un point important pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du chuteur.

Le taux de réévaluation des patients diminue avec la durée de l'hospitalisation allant de 69% à l'admission à 3,4% après sortie hospitalisation. Ces taux expliquent que bon nombre de patients peuvent passer entre les mailles alors qu'ils seraient à risque de chute. En plus, 1 à 10% des chutes graves surviennent en milieu hospitalier au cours de l'hospitalisation [12, 31]. La charge du travail, la redondance des recommandations et l'insuffisance quantitative et qualitative des professionnels de santé pourraient expliquer ce taux de réévaluation. Une bonne hiérarchisation et programmation des évaluations peuvent améliorer le taux d'adhésion [32, 33, 34].

Pratiques professionnelles

Le taux de connaissance et d'application du protocole dans les services était respectivement de 68,9 et 38%. Le taux d'adhésion globale retrouvé dans l'étude de Richard était de 68.67% dans l'application des recommandations en matière de chute et spécifiquement dans l'usage de l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) [30]. Vieillard a retrouvé un taux d'adhésion de 82% dans l'EPP sur la douleur (27). Pour améliorer le taux d'application des protocoles chute plus denses que celle des douleurs, il faut impliquer une équipe pluridisciplinaire qu'un évaluateur, taux variant entre 50 et 70 % dans les programmes pluridisciplinaires [32, 33].

L'évaluation était systématique dans 58,6% basée sur les plaintes du patient dans 31%, sur prescription médicale dans 24,1% et enfin sur transmissions dans 20,7%. Elle était réalisée dans 65,5% à l'entrée, 34,5% au lendemain et 24,1% à distance. L'évaluation du sujet chuteur devrait être systématique et dès l'admission à 100%. L'écart retrouvé pourrait être lié à l'insuffisance du personnel avec charge de travail important. La transcription écrite était faite dans 72,4%. Aucun argument ne saurait justifier la non traçabilité d'une évaluation de la chute. Seulement 58,6%

sont au courant du groupe référent chute dans l'hôpital dénotant de la sous-information dans le centre.

Opinion des enquêtés sur la chute

L'évaluation des chutes est jugée difficile dans 51,7% des cas. Le patient dément était difficile à évaluer chez 72,4% des enquêtés. Cette perception ne peut justifier la non-réalisation des protocoles d'évaluation de prévention et de prise en charge des chutes vues les gravités des chutes chez les sujets âgés et l'impact positif de leur prévention primaire et secondaire [10, 11, 12, 13]. Soixante-neuf pour cent avaient jugé la gestion de la chute insuffisante dans l'hôpital, ce qui explique le problème d'organisation et de formation des professionnels de santé en matière de chutes gériatriques.

Conclusion

La pratique de la prise en charge préventive et curative des chutes gériatriques constitue encore une préoccupation fréquente chez les professionnels de santé. La chute est un grand syndrome gériatrique regroupant plusieurs autres affections aux conséquences graves. Il faut un accompagnement véritable des autorités administratives pour l'acquisition et l'actualisation des connaissances des professionnelles de santé dans le domaine.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Robinet P, Puisieux F. Les hôpitaux de jour gériatriques français prenant en charge les chutes, consulté le 28 Décembre 2016, sur <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-6-page-795.htm>
2. HAS : Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, Avril 2009, consulté le www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf
3. Collège National des Enseignants de Gériatrie, Université Médicale Virtuelle Francophone, document électronique sur <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/> le 17 Septembre 2016
4. Tavernier-Vidal B, Mourey F, Réadaptation et perte d'autonomie physique chez le sujet âgé – La

régression psychomotrice Editions Frison-Roche, 2^{ème} édition, 1999; 47-57

5. Gaudet M, Mourey F, Tavernier C, et coll. "Le syndrome de régression psychomotrice du vieillard." *Med Hyg* (1986), 44: 1332–6
6. Toussaint B pour LRP - Prévenir les chutes des sujets âgés *La Revue Prescrire* 1997; 17 (171) : 202-4
7. World Health Organization, WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age, document électronique le 13 Janvier 2017 sur www.who.int/ageing/en
8. NHMRC (National Health and Medical Research Council - Australia) - Falls and the older person Series on Clinical Management Problems in the Elderly 1993; 6: 1-26
9. Belmin J, Chassaigne P, Friocourt P. et coll, *Gériatrie pour le Praticien*, 2^{ème} édition, 836 pages
10. Al-Aama, T. Falls in the elderly: Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician* 2011, 57, 771-6
11. Blank WA, Freiburger E, Siegrist M et coll. An interdisciplinary intervention to pre-vent falls in community-dwelling elderly persons: Proto-col of a cluster-randomized trial [PreFalls]. *BMC Geriatrics* 2003, 11
12. Lake ET, Shang J, Klaus S and coll. Patient falls: Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Research in Nursing & Health*, (2010), 33, 413-425
13. Abou El Enein NY, Abd El Ghany AS, Zaghloul AA, Knowledge and performance among nurses before and after a training programme on patient falls, *Open Journal of Nursing*, 2012, 2, 358-364
14. Oliver D, Hopper A et coll. "Do hospital fall prevention programs work? A systematic review." *J Am Geriatr Soc* (2000), 48(12): 1679-89
15. Robertson, MC, Campbell AJ et coll. "Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data." *J Am Geriatr Soc* (2002), 50(5): 905-11
16. Chang JT, Morton SC et coll. "Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials." *Bmj* (2004), 328(7441): 680

17. Stalenhoef PA, Diederiks JP et coll. "Impact of gait problems and falls on functioning in independent living persons of 55 years and over: a community survey." *Patient Educ Couns* (1999) 36(1): 23-31
18. Greene E, Cunningham CJ et coll. "Recurrent falls are associated with increased length of stay in elderly psychiatric inpatients." *Int J Geriatr Psychiatry* (2001), 16(10): 965-8
19. Davison J, Bond J et coll. "Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention-a randomised controlled trial." *Age Ageing* (2005). 34(2): 162-8
20. Haute Autorité de la Santé (HAS) : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, 2005, consulté le 19 janvier 2017 sur www.has-sante.fr
21. Kenny RA and Richardson DA (2001). "Carotid sinus syndrome and falls in older adults." *Am J Geriatr Cardiol* (2007) 10(2): 97-9
22. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S et coll. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: A prospective study. *JAMA* 1989; 261: 2663
23. Teno J, Kiel DP, Mor V. Multiple stumbles: A risk factor for falls in communitydwelling elderly. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 1321
24. Myers AH, Baker SP, Van Natta ML et coll. Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 1179
25. Centre Hospitalier d'Aubusson, Livret d'Accueil, 30 pages
26. Jeandel C, Aquino J-P, Berrut G et coll. Livre Blanc de la Gériatrie Française, ESV Production, 300 pages
27. Vieillard M, Rat P, Jouve E et coll. Appropriation de l'échelle ALGOPLUS par les soignants, *Revue de Gériatrie*, Tome 41 (8), 2013, 467-74
28. Reuben DB, Hirsch SH, Frank JC et coll. The Prevention for Elderly Persons (PEP) Program: a model of municipal and academic partnership to meet the needs of older persons for preventive services. *J Am Geriatr Soc*. 1996; 44(11): 1394-8
29. Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC et coll. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *Journal of Nursing Administration*, (2009), 39, 299-304
30. Richard S. Evaluation du suivi des recommandations issues de la consultation multidisciplinaire chute du centre de médecine gériatrique du Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Faculté de Médecine de TOURS, thèse de doctorat de médecine, 2011, 107 pages
31. Fischer ID, Krauss MJ, Dunagan, et coll. Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005; 26, 822-827
32. Allen CM, Becker PM, McVey LJ et coll. A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations. *JAMA*. 1986; 16; 255(19): 2617-21
33. Barker WH, Williams TF, Zimmer JG et coll. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1985 Jun; 33(6): 422-8
34. Luk JK, Or KH, Woo J. Using the comprehensive geriatric assessment technique to assess elderly patients. *Hong Kong Med J*. 2000; 6(1): 93-8