



Évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Anne-Charlotte Dubos

► To cite this version:

Anne-Charlotte Dubos. Évaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02510545

HAL Id: dumas-02510545

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02510545>

Submitted on 17 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

université
de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2019

N°172

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 04 novembre 2019

Par Anne-Charlotte DUBOS

Née le 26 février 1993 à Bordeaux

Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise
en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre
Hospitalier de Mont de Marsan

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain BLONDET

Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY Présidente du jury
Madame le Docteur Claire ROUBAUD Rapporteur extérieur
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA Membre du Jury
Monsieur le Docteur Henri BOUCHETOUX Membre du Jury
Monsieur le Docteur Romain BLONDET..... Membre du jury

Université de Bordeaux

université
de BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2019

N°172

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 04 novembre 2019

Par Anne-Charlotte DUBOS

Née le 26 février 1993 à Bordeaux

Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise
en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre
Hospitalier de Mont de Marsan

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romain BLONDET

Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY Présidente du jury
Madame le Docteur Claire ROUBAUD Rapporteur extérieur
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA Membre du Jury
Monsieur le Docteur Henri BOUCHETOUX Membre du Jury
Monsieur le Docteur Romain BLONDET..... Membre du jury

Remerciements

A notre présidente, Madame le Professeur Muriel Rainfray, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury de thèse. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Rapporteur, Madame le Docteur Claire Roubaud, pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur Philippe Castera pour avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance. Merci de nous avoir apporté une formation de qualité et de nous avoir fait partager votre passion pour la médecine générale.

A Monsieur le Docteur Henri Bouchetoux, qui m'a fait l'honneur d'apporter son expérience et son esprit critique en siégeant dans mon jury de thèse. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération et toute ma gratitude.

A mon Directeur de thèse, Monsieur le Docteur Romain Blondet, pour avoir accepté de diriger ce travail, et pour ses conseils avisés, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Au Dr Jérôme Dimet, pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ce travail, merci de m'avoir permis de concrétiser cette thèse.

Au Docteur Ingrid Lescarret, au Dr Franck Lamouliate, au Dr Nathalie Mariescu, au Dr Céline Corrhions, au Dr Annie Lacombe, au Docteur Fanny Cailleret, au Docteur Séverine Juchs, gériatres avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon internat et qui m'ont donné le goût de cette spécialité.

A Mumu, mon infirmière préférée.

Au Dr Marco Berardi (et son elfe de maison), merci pour ton amitié, ton soutien et ta bonne humeur.

A l'équipe médicale et para médicale des urgences de Mont de Marsan, qui m'a accueillie à bras ouverts avec bienveillance, je suis heureuse de rejoindre.

A mes deux merveilleuses grands-mères, parties trop tôt mais toujours présentes dans mon cœur. J'aurais adoré partager cette étape de ma vie avec vous, vous me manquez terriblement. **A mon grand-père**.

A mon David, pour ton soutien infailible. Pour ton amour, ta présence, ta bonne humeur, et bien sûr ta patience ! Merci pour tout, je t'aime.

A mes parents chéris, pour leur soutien, leur amour et pour m'avoir poussée à faire mes propres choix. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

A Chloé, Benjamin et Gabriel, mes frères et sœur adorés. **Et mon Gui**, Satellite numéro 1.

A ma famille, mes oncles, tantes et cousins.

A Patricia, ma marraine chérie, merci pour ton affection et ton soutien.

A François, mon parrain adoré, merci pour tout, et surtout continue à si bien vieillir.

A Joëlle et Gilles, pour leur accueil et leur gentillesse.

A Zoé, pour ton amitié si précieuse.

Aux Sarladais, Antoine, Morguette, Suzy, Fanny, Milou, Maxime, Margot, Hélo pour tous ces bons moments partagés ensemble et pour votre soutien depuis toujours. Vous me manquez.

A Fernande et Cam, pour tous ces bons moments partagés depuis l'externat. Votre amitié m'est précieuse.

A Marine et Victoire, avec qui j'ai traversé l'internat avec joie et bonne humeur, merci.

A Coriolan et Mathias, que je n'oublie pas malgré la distance.

A mes périgirls, Claire, Jessica, Caroline, Lauren, Lydia pour leur amitié. Et à leurs péri-gueux **Matthieu, PAF, Joris, Thibaut, Geoffrey**.

A tous mes co internes et amis qui se reconnaitront, merci pour tous ces bons moments.

Résumé

Objectifs. Avec le vieillissement de la population, la fréquentation des personnes âgées dans les services d'urgence augmente, particulièrement pour le motif de chute. Les chutes sont devenues un problème de santé publique par leur fréquence et leurs conséquences délétères. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prise en charge aux urgences du patient âgé chuteur.

Méthode. Tous les patients âgés de 75 ans et plus, qui ont appelé les pompiers, ont été régulés par le SAMU et ont été adressés pour un motif de chute au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier Layné à Mont de Marsan ont été rétrospectivement inclus du 01/01/2017 au 30/04/2017. L'étude a été réalisée sous la forme d'une évaluation des pratiques de type observationnelle analytique rétrospective. Le critère de jugement principal composite est la recherche des facteurs de risque de chute conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge des patients chuteurs de plus de 75 ans, publiées en 2009, et l'évaluation gériatrique par l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG).

Résultats. Parmi les 108 patients (âge moyen de 86,6 ans, 56,4% de femmes), 22% (n=24) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG. En ne considérant que les patients intégralement pris en charge par les urgentistes (n=51), c'est-à-dire renvoyés à domicile à la sortie du SAU ou orientés vers l'HTCD (hospitalisation très courte durée), 35% (n=18) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG. La recherche exhaustive de l'ensemble des facteurs de risque de chute selon l'HAS n'a été réalisée dans aucun dossier. En moyenne, sur les 24 facteurs de risque, 10.5 facteurs ont été recherchés dans chaque dossier.

Conclusion. Les patients âgés chuteurs admis au SAU pour un motif de chute ne sont pas pris en charge de façon optimale. Une minorité de patients bénéficient d'une évaluation gériatrique par l'EMOG et les facteurs de risque de chute, au regard des recommandations de la HAS, sont insuffisamment recherchés. Notre étude montre qu'une réorganisation des urgences et la mise en place d'un protocole sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge de ces personnes âgées chuteuses.

Abstract

Objective. As the population ages, the number of elderly people using emergency services increases, particularly because of the reason for the fall. Falls have become a public health problem due to their frequency and harmful consequences. The main objective of our study is to evaluate the management of the elderly patient in the emergency room.

Methods. All patients aged 75 and over, who called the fire brigade, were regulated by the SAMU and were referred for a fall to the Emergency Department (SAU) of the Layné Hospital in Mont de Marsan were retrospectively included from 01/01/2017 to 30/04/2017. The study was conducted as a retrospective analytical observational practice evaluation. The main composite endpoint is the search for risk factors for falls in accordance with the recommendations of the High Authority of Health (HAS) on the management of patients over 75 years of age who fall, published in 2009, and the geriatric evaluation by the Mobile Geriatric Team (EMOG).

Results. Of the 108 patients (mean age 86.6 years, 56.4% female), 22% (n=24) received an EMOG assessment. Considering only patients fully managed by emergency physicians (n=51), i.e. discharged from SAU or referred to HTCD (very short-term hospitalization), 35% (n=18) received an assessment by EMOG. The exhaustive search for all the risk factors for falls according to the HAS was not carried out in any file. On average, out of the 24 risk factors, 10.5 factors were identified in each case.

Conclusion. Elderly patients who are admitted to the SAU for a reason for a fall are not optimally managed. A minority of patients benefit from geriatric evaluation by EMOG and the risk factors for falls, with regard to the recommendations of the HAS, are insufficiently researched. Our study shows that a reorganization of the emergency rooms and the implementation of a protocol are necessary in order to improve the care of these elderly people who fall.

Table des matières

Remerciements.....

Résumé.....

Abstract.....

Tables des matières

Tables des illustrations.....

Tables des annexes.....

Liste des abréviations.....

I. Introduction 13

A. Contexte Actuel13

1) Le vieillissement de la population13

2) Fragilité, définition et conséquences.....13

3) Urgences et gériatrie14

B. La chute, une des conséquences majeures de la fragilité.....14

1) Définition de la chute.....14

2) Epidémiologie de la chute.....14

3) Conséquences de la chute15

4) Chute et Santé publique.....15

5) Chute et recours aux urgences16

6) Etiologie des chutes et facteurs de risques selon le référentiel

français : les recommandations de la Haut Autorité de Santé (HAS) de 2009.16

C. La place des urgences dans la prise en charge du patient chuteur.....18

1) Etat des lieux18

2) L'EMOG, définition et missions18

3) Etudes françaises sur la prise en charge du patient chuteur aux urgences	19
D. Notre étude	21

II. Matériels et méthodes23

A. Champ d'application de l'étude	23
B. Modalités de l'étude.....	23
C. Population.....	24
1) Critères d'inclusion.....	24
2) Modalités d'inclusion	24
3) Critères d'exclusion	25
4) Aspects réglementaires.....	25
D. Le recueil des données.....	26
1) Choix du référentiel.....	26
2) Données recueillies	26
3) Analyse statistique.....	29

III.Résultats30

A. Caractéristiques de la totalité des patients chuteurs pris en charge au SAU	30
1) Diagnostic de sortie des urgences	32
2) Orientation à la sortie des urgences.....	32
3) Morbidité : récurrence de chute et nouvelle consultation au SAU dans l'année.....	32
B. Caractéristiques des patients exclusivement pris en charge par les urgentistes (RAD et HTCD).....	33
1) Caractéristiques sociodémographiques.....	33
2) Entretien avec l'EMOG	34
3) Recherche des facteurs de risque de chute selon les recommandations 2009 de la HAS	35
4) Morbidité : récurrence de chute et nouvelle consultation au SAU dans l'année qui a suivi le premier passage au SAU.....	36

<i>C. Critères secondaires</i>	<i>37</i>
1) Association entre filière d'accueil aux urgences et entretien EMOG.	37
2) Association entre entretien EMOG et orientation à la sortie du SAU	37
3) Association entre entretien EMOG et Morbidité : rechute à 1 an et reconsultation au SAU à 1 an	39
<u>IV. Discussion.....</u>	<u>40</u>
A. Résultats et implications.....	40
B. Forces et faiblesses de notre étude	42
C. Perspectives.....	43
<u>V. Conclusion.....</u>	<u>46</u>
<u>Références bibliographiques</u>	<u>47</u>
<u>Serment d'Hippocrate</u>	<u>52</u>
<u>Annexes</u>	<u>53</u>

Tables des illustrations

Figures :

- Figure 1 - Flow Chart26
- Figure 2 - Entretien EMOG et Orientation des 108 patients chuteurs31
- Figure 3- Diagnostics de sortie des urgences32
- Figure 4 – Lieux des entretiens EMOG35
- Figure 5 - Orientation des patients vus par l'EMOG au SAU38
- Figure 6 – Entretien EMOG et patients hospitalisés à l'HTCD39

Tableaux :

- Tableau 1 - Caractéristiques socio démographiques des 108 patients chuteurs et parcours de l'entrée à la sortie du service d'urgence30
- Tableau 2 - Orientation à la sortie du SAU en fonction de la filière d'accueil aux urgences32
- Tableau 3 - Caractéristiques socio démographiques des 51 patients chuteurs pris en charge intégralement par les urgentistes (RAD et HTCD) et parcours de l'entrée à la sortie du service d'urgence33
- Tableau 4 - Recherche des facteurs prédisposants et précipitants dans les dossiers des 51 patients chuteurs pris en charge exclusivement par les urgentistes (RAD et HTCD)34
- Tableau 5 - Pourcentage d'entretiens EMOG sur la totalité des RAD (à la sortie du SAU ou à la sortie de l'HTCD, n=39)35
- Tableau 6 - Facteurs de risque de chute mentionnés dans les dossiers des patients chuteurs HTCD/RAD36
- Tableau 7 - Nombre de facteurs de risque de chute recherchés par dossier et en cumulé (patients HTCD/RAD)36
- Tableau 8 - Orientation des patients ayant rechuté37
- Tableau 9 - Entretien avec l'EMOG en fonction de l'orientation38

Tables des annexes

- Annexe 1 : Feuille d'inclusion	53
- Annexe 2 : Score TRST	54
- Annexe 3 : Score ISAR	54
- Annexe 4 : Protocole RENAU	55

Liste des abréviations

- AS : Aide-soignante
- ASH : Assistante de Soins des Hôpitaux
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CH : Centre Hospitalier
- CSG : Court Séjour Gériatrique
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
- ECG : Electrocardiogramme
- EMOG : Equipe MOblie de Gériatrie
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HTCD : Hospitalisation Très Courte Durée
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- IRA : Insuffisance Rénale Aiguë
- ISAR : Identification Systématique des Aînés à Risques
- Mini GDS : Mini Gériatric Depression Scale
- MMS : Mini Mental Score
- NS : Non significatif
- OR : Odds Ratio, rapport de côte
- RAD : Retour A Domicile
- RENAU : Réseau Nord Alpin des Urgences
- RR : Risque Relatif
- SAU : Service d'Accueil des Urgences
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gériatologie
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
- TRST : Triage Risk Screening Tool
- TU : Terminal Urgence
- UPUG : Unité de Post Urgence Gériatrique

« De tous les événements inattendus, le plus inattendu c'est la vieillesse » Léon Trotski.

I. Introduction

A. *Contexte Actuel*

1) Le vieillissement de la population

Au 1^{er} janvier 2016, la France compte 66,6 millions d'habitants (1). Avec l'allongement de la durée de vie et l'avancée en âge des générations du *baby-boom*, le vieillissement de la population française se poursuit. Les habitants âgés de 75 ans ou plus représentent près de 10% de la population.

Selon les projections de population de l'Insee, en 2060, 23,6 millions de personnes seraient âgées de plus de 60 ans, soit une personne sur trois, et on pourrait compter 200 000 centenaires.

On mesure à la lumière de ces données épidémiologiques l'intérêt de prévenir l'apparition des incapacités et des dépendances pour aspirer au meilleur confort de vie. La question de l'espérance de vie en bonne santé est un enjeu pour la gériatrie. Elle était en 2010 de 61,8 ans pour les hommes et 63,5 ans pour les femmes (2).

2) Fragilité, définition et conséquences

La gériatrie prend donc une part de plus en plus importante dans la médecine actuelle. Un des points essentiels de cette spécialité est le dépistage des sujets dits « fragiles ». La fragilité est définie par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG)(3) comme un syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible.

Cette fragilité peut être démasquée lors de situations aiguës comme lors d'un passage aux urgences.

3) Urgences et gériatrie

L'évaluation globale du patient âgé au Service d'Accueil des Urgences (SAU) est chronophage mais donc indispensable pour détecter ces patients vulnérables et fragiles ; car le SAU est dans de nombreux cas le premier, voir le seul, recours au système de santé pour les personnes âgées isolées. Le contexte même de l'urgence rend la prise en charge de ces personnes âgées difficile car les médecins et para médicaux manquent de temps pour reconstituer les antécédents du patient, ses traitements habituels, l'anamnèse, réaliser un examen clinique exhaustif. Il en résulte bien souvent une prise en charge centrée sur le motif d'admission et non pas globale.

Les patients âgés représentent environ 10 à 20% de tous les passages au SAU et 50% des patients hospitalisés lors du passage aux urgences (4).

B. La chute, une des conséquences majeures de la fragilité

1) Définition de la chute

Une situation particulièrement à risque concerne les chutes. Elles constituent un problème de santé publique, et peuvent être définies comme « une perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou tout autre surface plus basse que celle où elle se trouvait »(5).

2) Epidémiologie de la chute

C'est un évènement fréquent chez les personnes âgées : avec le vieillissement biologique, le fonctionnement des différentes composantes qui interviennent dans la posture et l'équilibre d'une personne (sensorielle, musculaire, posturale, somesthésique et cognitive) peut s'altérer. Il en résulte une augmentation très importante de l'incidence des chutes avec l'âge : environ 1 personne sur 3 âgées de plus de 65 ans et 1 personne sur 2 de plus de 80 ans chutent chaque année(6) . Les trois-quarts des chutes surviennent au sein de l'habitat au cours d'actes de la vie

quotidienne (7), tel que la marche (36%) ou les changements de position (24%)(8). La récurrence est également fréquente : on estime que la moitié des chuteurs fait au moins deux chutes dans l'année. Le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois(9).

3) Conséquences de la chute

La survenue d'une chute peut avoir de multiples conséquences, physiques comme psychologiques, qui peuvent favoriser la survenue d'incapacité voire une institutionnalisation.

Elles sont également la première cause de décès accidentels en France métropolitaine, chez les plus de 65 ans (10) : chaque année 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans décèdent des suites d'une chute dont 75% chez les plus de 75 ans (450 000 par an, Sex-ratio = 0,6). Le risque de blessure secondaire à la chute augmente avec l'âge et est estimé entre 10 et 15% ; la fracture du col du fémur et le traumatisme crânien sont les plus fréquentes (2). Selon l'enquête Fractures du col du fémur (DREES) menée en 2008-2009 (11), la mortalité atteint 23% dans l'année suivant une fracture du col.

Les autres conséquences de la chute sont le syndrome post chute avec la peur de tomber et la limitation des activités, pouvant évoluer vers un Syndrome de Désadaptation Psychomotrice(12), le déclin fonctionnel, la baisse de la qualité de vie, la dépression et l'isolement social.

4) Chute et Santé publique

Cela explique que de très nombreuses études, recommandations et programmes de prévention aient été élaborés depuis plus de 30 ans en France. Les chutes des personnes âgées et leurs conséquences sont devenues un axe prioritaire de santé publique : la Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (13) a donné pour objectif de diminuer de 25 % le nombre de chutes chez les personnes de 65 ans et plus entre 2004 et 2008 ; la Haute Autorité de Santé, elle, a émis en 2006 des recommandations professionnelles sur la prévention des chutes accidentelles de personnes âgées (14) et en 2009 des recommandations professionnelles sur « l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ».

5) Chute et recours aux urgences

Les chutes sont sous déclarées car perçues comme un symptôme du vieillissement et associées à une peur de perte d'indépendance et une peur de l'institutionnalisation : moins de la moitié des chutes seraient rapportées aux praticiens de santé. Environ 20% des chutes nécessitent une consultation médicale (7).

Elles représentent environ 10% des motifs de recours aux urgences des personnes âgées(15) (4). La proportion d'hospitalisation après une admission au SAU pour un motif de chute est de 48% (16).

6) Etiologie des chutes et facteurs de risques selon le référentiel français : les recommandations de la Haut Autorité de Santé (HAS) de 2009

Identifier les causes de la chute est indispensable pour prévenir les récides. Pour cela le médecin doit mener un interrogatoire détaillé afin de connaître les circonstances de la chute et de rechercher les facteurs de risque de chute. Plusieurs études ont montré une relation linéaire entre risque de chute et le nombre de facteurs de risque(17).

Les recommandations concernant « l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes à répétition » éditées par la HAS et la Société Française de Gériatrie publiées en 2009 (9) décrivent les facteurs de risque de chute à rechercher :

Deux catégories de facteurs de risques sont différenciées :

- Les facteurs de risque prédisposants qui correspondent le plus souvent au cumul de facteurs de risque dits intrinsèques, c'est-à-dire dépendant le plus souvent de l'état de santé de la personne.
- Les facteurs précipitants qui sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute (apparition brutale). Ils peuvent être intrinsèques (liés à l'état de santé de la personne), comportementaux (dépendants du comportement moteur de la personne au moment de la chute) et environnementaux (dépendant du milieu dans lequel le patient a chuté).

a) Les facteurs prédisposants

- L'âge supérieur ou égal à 80 ans avec un risque relatif de chute égale à 1,7 (18),
- le sexe féminin, avec un risque relatif de chute entre 2,1 et 3,9 (19)
- les antécédents de fractures traumatiques,
- la polymédication définie par la prise de plus de 4 médicaments, avec un risque relatif de chute entre 1,1 et 2,4 (19)
- la prise de psychotropes (Risque Relatif 1,73) (7) incluant les benzodiazépines (RR 1,48), les hypnotiques (RR 1,54), les antidépresseurs (RR 1,66) et les neuroleptiques (RR 1,5);
- la prise de médicaments cardiovasculaires incluant les diurétiques (RR 1,08) (7), la digoxine (RR 1,22) et les antiarythmiques de classe I (RR 1,59);
- la présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre (RR 2,9) (7) évalué à l'aide de 2 tests cliniques : le timed up and go test (20) (le temps mis pour se lever d'un siège à accoudoir, marcher 3 mètres, faire demi-tour et de rasseoir. Positif si supérieur à 20 secondes) et la station unipodale (positif si la personne ne peut pas se maintenir plus de cinq secondes sur une jambe).
- La diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (RR 4,4) (7), évaluée par la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ou en appréciant l'état nutritionnel au moyen de l'IMC (indice de masse corporelle) (dénutrition si IMC < 21, RR 1,5 à 1,8(19)) ou en recherchant une perte de poids récente (une perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10% en 6 mois indiquant une dénutrition).
- L'arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis (RR 2,4) (7)
- Les anomalies des pieds incluant les déformations des orteils et les durillons
- Les troubles de la sensibilité des membres inférieurs, recherchés à l'aide d'un monofilament au niveau de la voûte plantaire et d'un diapason en le plaçant sur la malléole externe de la cheville.
- La baisse de l'acuité visuelle (RR 2,5) (7) : testée avec les échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud
- Le syndrome dépressif (RR 2,2) (7): dépisté avec l'échelle de dépression gériatrique à 4 items (Mini GDS) (21)
- Le déclin cognitif (RR 1,8) (7), recherché à l'aide du test MMS (déclin suspecté si score < 27/30) ou d'un test plus bref d'évaluation cognitive : le test des cinq mots, le test de l'horloge, le test Codex.

b) Les facteurs précipitants

- Les facteurs cardiovasculaires avec le malaise, la perte de connaissance et l'hypotension orthostatique
- Les facteurs neurologiques avec le déficit neurologique aigu constitué ou transitoire et la confusion mentale

- Les facteurs vestibulaires avec le vertige et la latérodéviation au test de Romberg
- Les facteurs métaboliques avec l'hyponatrémie, l'hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants
- Les facteurs environnementaux avec l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, et le chaussage.

C. La place des urgences dans la prise en charge du patient chuteur

1) Etat des lieux

Les médecins urgentistes s'attachent principalement à rechercher les conséquences immédiates et les causes graves de la chute. Dans les recommandations de la HAS, mentionnées précédemment, ces 2 aspects caractérisent les chutes graves ; mais un troisième critère de gravité de la chute selon l'HAS est la répétition des chutes, trop peu recherché au SAU. Ces recommandations décrivent la prise en charge idéale des patients chuteurs, mais ces elles sont d'ordre général et ne comportent pas de chapitre spécifique à la prise en charge en service d'urgence.

Du fait de l'exhaustivité de ces recommandations et de la charge de travail parfois très importante des SAU qui doivent gérer en parallèle les urgences vitales, celles-ci semblent difficiles à appliquer. Le manque de formation et de temps disponible du personnel des urgences constitue également un frein au développement de programme de prévention sur la chute de la personne âgée.

Notre étude s'inscrit dans l'optique d'améliorer la prise en charge aux urgences des personnes âgées chuteuses en repérant les sujets fragiles et/ou à risque de rechute et en travaillant avec la coopération des services de gériatrie à travers l'équipe mobile de gériatrie (EMOG), mais également avec la coopération du SAMU dans le cadre d'une détection anticipée des patients les plus fragiles.

2) L'EMOG, définition et missions

L'EMOG est une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmières, assistantes sociales, psychologues...) intra hospitalière qui a pour missions (circulaire du 18 mars 2002) (22) de dispenser une évaluation gériatrique médico-psychosociale et un

avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique; contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques; les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux; participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile ; et enfin conseiller, informer et former les équipes soignantes.

En 2012, 216 EMOG étaient recensées(23). Dans plus de la moitié des cas (55,5%), elles interviennent dans les services d'urgence.

Une enquête nationale sur les pratiques des EMOG en France menée en 2012 par un groupe de travail au sein de la Société Française de Gériatrie de Gériatrie, et pilotée par le Professeur Salles(23), a montré que la chute était le premier motif d'admission des patients évalués par ces équipes mobiles, suivi en 2^e et 3^e positions par les pathologies cardiopulmonaires et l'altération de l'état général.

Les résultats d'une méta analyse de 22 études randomisées contrôlées publiées en 2011 dans la Revue Cochrane, montre que l'évaluation gériatrique réalisée par une EMOG aux urgences apporte un réel bénéfice en permettant de diminuer le risque d'institutionnalisation, d'améliorer l'état cognitif des patients âgés et diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi(24). Une mise à jour a été publiée en 2017 dans la Revue Cochrane, elle confirme les résultats précédents(25).

Cette évaluation gériatrique globale semble donc indispensable pour nos patients les plus fragiles, mais l'équipe mobile vient aux urgences à la demande des médecins urgentistes. En effet, il n'existe pas de test de référence standard validé pour repérer les patients nécessitant une évaluation gériatrique globale par l'EMOG(26). La dernière conférence de consensus de la SFMU (Société française de Médecine d'Urgence) a retenu les critères de sélection suivants pour faire appel à l'EMOG : « patient ayant un âge supérieur ou égal à 75 ans, de préférence polypathologique (présentant au moins deux pathologies médicales aiguës lors de son admission) ». Ces critères sont vagues et la décision de demander cette évaluation gériatrique dépend finalement de l'urgentiste. Il est donc indispensable que ce dernier ait réalisé une première évaluation rapide à la recherche de critères de fragilité(27).

3) Etudes françaises sur la prise en charge du patient chuteur aux urgences

En 2009, la HAS a publié des recommandations sur la prise en charge du patient chuteur (9). Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, y compris les urgentistes. Cependant elles sont nombreuses et difficilement applicables dans le contexte d'un service d'urgences.

L'étude *Cabillic* réalisée aux urgences de Chambéry, et publiée en 2011(28),(29) confirme l'application incomplète de ces recommandations aux urgences du fait de leur trop grande exhaustivité. La prise en charge reste surtout focalisée sur les conséquences traumatiques.

A notre connaissance, il n'existe pas -à ce jour- d'algorithme validé sur le plan national et publié pour le dépistage et l'instauration de mesures de prévention du patient âgé chuteur admis dans un SAU en France.

En 2010, le Réseau Nord Alpin des Urgences RENAУ a publié un protocole, sous forme de fiche mémo et de poster, concernant la prise en charge de la personne âgée admise aux urgences pour chute(30),(31). Leur protocole adapte les recommandations de la HAS aux contraintes des urgences. L'étude *Ricard et al.* menée au sein du réseau RENAУ en 2014 (32), montre qu'après un programme de formation (au moyen de la fiche mémo et du poster), les dossiers des urgences contenaient davantage d'informations sur les facteurs de fragilité. Il a également été constaté une diminution du taux de recours aux urgences pour récurrence de chute entre les deux phases (7,4 % versus 2,2 %, $p = 0,03$).

En 2106, l'étude *Musy* menée aux urgences de l'Hôpital Pellegrin à Bordeaux, confirme également qu'après formation du personnel soignant aux recommandations de la HAS de 2009, les facteurs prédisposants et précipitants des chutes étaient plus souvent recherchés.

Cette thèse s'inscrit dans l'optique d'améliorer nos pratiques professionnelles.

Tout d'abord en analysant au sein des Urgences de Mont de Marsan l'application des recommandations de la HAS de 2009 concernant la prise en charge du sujet chuteur, et/ou l'intervention de l'EMOG pour une évaluation globale du patient.

Dans un second temps, au cours d'un travail ultérieur (mémoire de DESC d'urgence), en réfléchissant à la création et l'évaluation d'un protocole concernant la prise en charge de la personne âgée admise aux urgences pour chute.

Notre hypothèse principale est que les personnes âgées chuteuses ne sont pas prises en charge de façon optimale au SAU du CH de Mont de Marsan au regard des recommandations HAS de 2009 et qu'une minorité bénéficie d'une évaluation par l'EMOG.

D. Notre étude

Avec le vieillissement de la population, il existe une augmentation de la fréquentation des personnes âgées dans les SAU. A partir de 75 ans, la chute est un motif particulièrement fréquent d'admission (10 à 22% des admissions (29)). La prise en charge de ces patients chuteurs est longue et complexe car elle nécessite une évaluation multidisciplinaire. Mais cette prise en charge est cruciale car la chute peut être le symptôme révélateur d'une pathologie aiguë grave mais également d'une diminution des capacités d'adaptation au stress (fragilité). Ce passage dans les services d'urgences est l'opportunité de dépister ces patients fragiles et de prévenir les récides de chutes en recherchant les facteurs favorisants. Sans intervention le risque de rechute dans l'année est de 2,8 (IC 95% : 2,1-3,8) (6). Plusieurs études ont montré une relation linéaire entre nombre de facteurs de risque et risque de chute(33) (34).

Les recommandations HAS datant de 2009 (9), sont destinées aux professionnels de santé, y compris aux urgentistes. Du fait de l'exigence de ces recommandations et de la charge de travail parfois très importante des SAU qui doivent gérer en parallèle les urgences vitales, celles-ci semblent difficiles à appliquer au SAU. Le manque de formation et de temps disponible du personnel des urgences constitue également un frein au développement de programme de prévention sur la chute de la personne âgée. Une coopération des services de gériatrie à travers l'EMOG existe afin d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques, mais leur aide reste trop rarement sollicitée.

Les Landes est un département avec une population vieillissante : 11% de la population, au 1^{er} janvier 2015, était âgée de 75 ans ou plus (environ 46 000 personnes) (35), ce qui est comparable à la moyenne nationale. Annuellement, environ 180 000 personnes sont prises en charge (hospitalisations et consultations) sur le Centre Hospitalier de Mont de Marsan dont plus de 37 700 enregistrés aux urgences en 2018. Ce service d'urgence est composé de 10 salles d'examen (5 de circuit long, 3 de circuit court, 2 de pédiatrie), 3 postes de SAUV (service d'accueil des urgences vitales), d'une équipe de 29 médecins et de 58 paramédicaux (15 AS et ASH et 43 IDE). Il existe 5 filières d'accueil aux urgences de Mont de Marsan : la filière pédiatrique, la filière psychiatrique, le service d'accueil des urgences vitales, la filière « courte » (de prise en charge rapide : petite traumatologie, consultation de médecine générale...) et enfin la filière longue (patients nécessitant plusieurs examens complémentaires, voire une hospitalisation). Un service d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) est également accolé au service d'urgence et géré par les urgentistes. Deux SMUR sont rattachés à ces urgences (Mont de Marsan et Aire sur Adour), et un autre SMUR déporté est cogéré avec le CH de Dax (Labouheyre).

En 2017, sur les 35 000 passages aux urgences, 34% ont été hospitalisés (soit 12 042 patients) (36). Les personnes âgées de 75 ans et plus correspondaient en 2018 à 9925 passages, soit 26 % des personnes qui consultent au SAU du CH de Mont de Marsan. Cette proportion est largement au-dessus de la moyenne nationale (10 à 20%)(4). Le pourcentage de personnes âgées de 75 ans (11,6%) est pourtant similaire au reste de la France dans les Landes(35). La population gériatrique est surreprésentée dans notre SAU. Il est indispensable d'adapter notre pratique à cette réalité. Cette surreprésentation peut potentiellement être expliquée par le fait que les EHPAD recourent beaucoup aux urgences dans les Landes, également peut-être une volonté rurale de maintien au domicile plus longtemps que dans d'autre région, ou encore, une défaillance de notre Hôpital concernant l'admission directe des patients dans un service de soin...

Aux urgences de Mont de Marsan, les chutes sont un motif d'admission fréquent. L'importance du dépistage des facteurs de risque de chute semble, comme dans beaucoup de SAU, souvent sous-estimée et l'EMOG paraît insuffisamment sollicitée dans la prise en charge de ces personnes âgées chuteuses.

L'EMOG du CH de Mont de Marsan intervient dans les différents services de l'hôpital, et éventuellement au domicile des intéressés. C'est une équipe composée d'un médecin, de deux infirmières et d'une assistante sociale, qui intervient sur demande médicale. Elle vient évaluer des patients âgés aux urgences à la demande de l'urgentiste afin de faire un bilan gériatrique global et élaborer des propositions de prise en charge comme évaluer la balance bénéfice-risque d'une hospitalisation ou d'un retour à domicile... En 2015, 593 patients ont été suivis par l'EMOG. L'EMOG fonctionne du lundi au vendredi de 9H00 à 17H00. Elle est un lien entre les urgences et l'unité de court séjour gériatrique composée d'une trentaine de lits.

Nous avons réalisé cette étude dans un souci d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées se présentant dans le SAU de Mont de Marsan et particulièrement pour le motif de chute. En effet, cette étude rentrait dans un projet global de création d'une filière gériatrique aux urgences, qui aurait pour objectif d'améliorer la prise en charge de cette population. Nous avons imaginé pouvoir orienter précocement dès la régulation du SAMU ces patients dans une filière gériatrique, avec notamment la possibilité pour le régulateur de rechercher à l'avance les facteurs de risques de chute et éventuellement prévenir la filière en amont (appel de l'EMOG depuis la régulation). Dans le cadre de ce projet, il était important d'évaluer dans un premier temps notre prise en charge actuelle du patient âgé chuteur admis aux urgences afin de mettre en évidence les axes à améliorer.

L'objectif principal était d'évaluer la qualité des consultations aux urgences des patients de plus de 75 ans admis pour un motif de chute. Pour cela nous avons utilisé comme critère principal la recherche des facteurs de risque de chute, conformément

aux recommandations de la HAS (9), et/ou à une évaluation gériatrique par l'EMOG au cours de son passage aux urgences.

Les objectifs secondaires de l'étude ont consisté à analyser les associations entre le recours à l'EMOG et l'orientation à la sortie des urgences, l'association entre le recours à l'EMOG en fonction de la filière d'accueil des urgences, l'association entre le recours à l'EMOG et la récurrence de chute à 1 an.

II. Matériels et méthodes

A. Champ d'application de l'étude

Notre étude porte sur le SAMU et le service des urgences du centre hospitalier de Mont de Marsan (Hôpital Layné).

B. Modalités de l'étude

a. Type d'étude

Notre étude est une évaluation des pratiques, de type observationnelle analytique rétrospective.

L'évaluation s'intègre dans la phase initiale d'un programme d'amélioration de la qualité des soins aux personnes âgées dans le SAU de l'Hôpital Layné à Mont de Marsan.

b. Durée de la période d'inclusion

La période de l'étude a été de 4 mois s'étalant du 1^{er} Janvier 2017 au 30 Avril 2017.

C. Population

1) Critères d'inclusion

Tous les parcours de soins évalués l'ont été pour les patients :

- âgés de 75 ans et plus,
- qui ont appelé le 18,
- qui ont été régulés par le SAMU,
- qui ont été adressés pour un motif de chute au SAU du CH Layné à Mont de Marsan.

Le but de notre étude était d'évaluer la prise en charge actuelle des patients âgés adressés pour chute. Nous avons choisi de faire une analyse de sous-groupe sur les patients n'ayant pas été hospitalisés dans un service conventionnel, c'est-à-dire ayant été intégralement pris en charge par les urgentistes : cela concerne les patients renvoyés au domicile à la sortie du SAU et les patients ayant été orientés vers l'HTCD (également gérée par les urgentistes).

Il nous semblait indispensable que ce groupe bénéficie d'une prise en charge adaptée avec un dépistage des facteurs de risque de chute au sein des urgences afin de garantir une sortie dans des conditions optimales.

Nous avons considéré que dans le cas où le patient était hospitalisé en service à l'issue de son passage au SAU, la recherche des facteurs de risque de chute et l'évaluation gériatrique seraient faites en service au cours de l'hospitalisation et non plus aux urgences. L'analyse de ces dossiers est donc moins pertinente dans notre étude.

2) Modalités d'inclusion

Nous avons extrait sur AppliSAMU (AppliGOS OpenDEV), le logiciel de régulation du SAMU 40, tous les dossiers de patients qui ont appelé le 18 et dont le motif d'appel était une « chute » chez un patient âgé de 75 ans ou plus. Parmi ces dossiers, nous avons sélectionné ceux des patients qui avaient été adressés au SAU de Mont de Marsan par la régulation. Cela représentait un total de 120 dossiers.

Tous les dossiers correspondants ont été analysés et seuls les dossiers des patients réellement admis pour chute, et qui se sont présentés au SAU, ont été retenus.

Cinq patients ont appelé à 2 reprises la régulation du SAMU au cours des 4 mois d'étude pour un motif de chute, nous avons comptabilisé les 2 appels comme 2 dossiers différents étant donné que l'objectif principal de notre étude est l'évaluation de nos pratiques professionnelles concernant la prise en charge des patients âgés adressés pour un motif de chute au SAU. En effet, les prises en charge ont pu être différentes lors des 2 consultations au SAU.

3) Critères d'exclusion

N'ont pas été pris en compte les patients ne s'étant pas présentés au SAU malgré l'avis du régulateur du SAMU (n=2) et les patients qui ont consulté au SAU mais dont le motif d'admission aux urgences n'était finalement pas une chute (n=10).

4) Aspects réglementaires

Cette étude est une évaluation des pratiques pour laquelle nous avons identifié les patients avec une prise en charge pertinente, ce qui nous a permis pour chaque patient de compléter une fiche avec un numéro sans correspondance avec l'identité du patient.

Cette fiche ne comportait que des données non directement ou indirectement nominatives, de cette manière il est impossible de pouvoir identifier un patient.

Il s'agit donc d'une étude de pratique anonyme, ne nécessitant pas de démarche particulière. Le protocole a été transmis au Data Protector Officier du GHT des Landes, et suit la méthodologie de recherche 004.

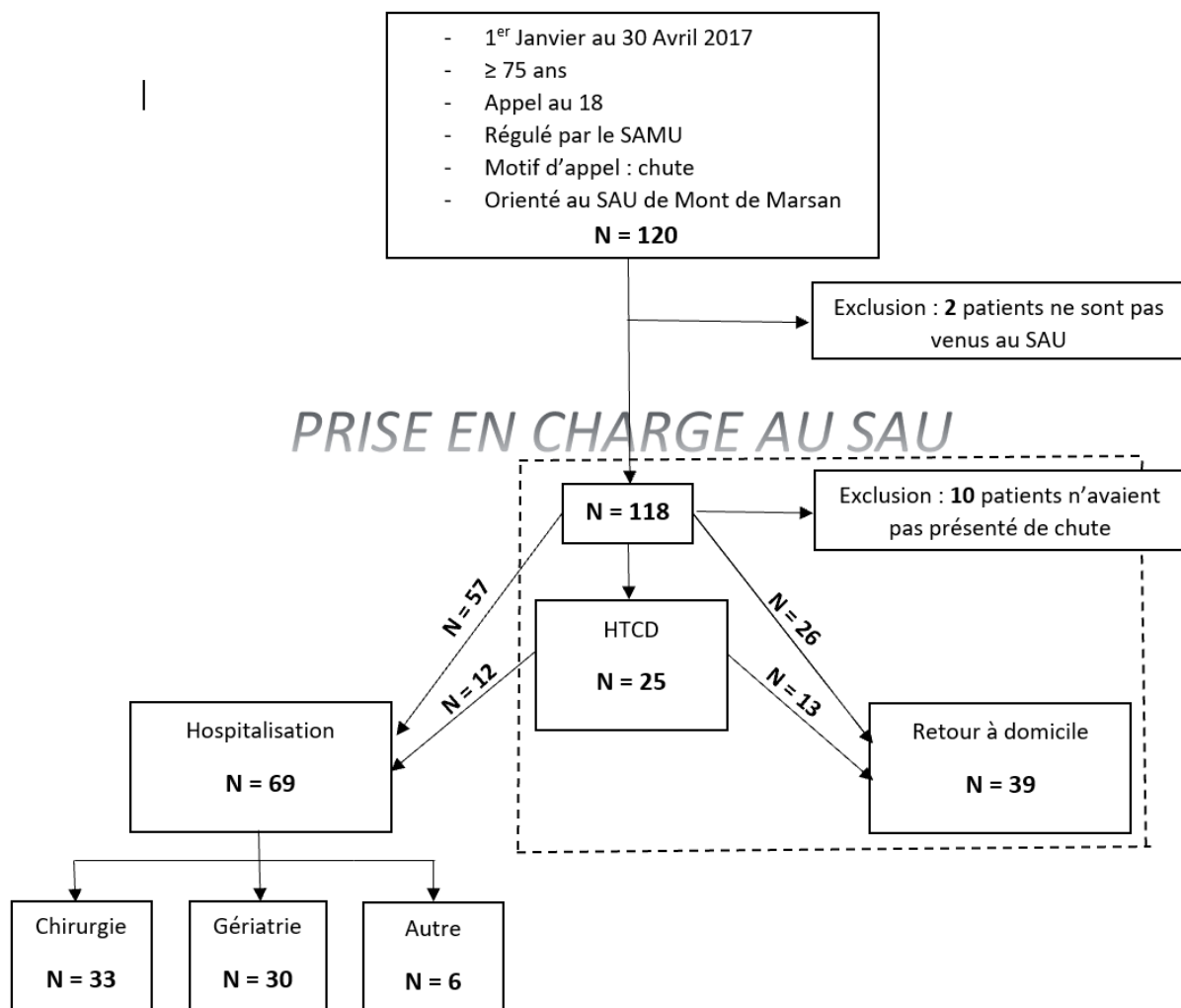


Figure 1 - Flow Chart (SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence, SAU : Service d'Accueil des Urgences, HTCD : Hospitalisation Très Courte Durée)

D. Le recueil des données

1) Choix du référentiel

Concernant la recherche des facteurs de risque de chute, nous avons choisi comme référentiel les recommandations de la HAS de 2009 concernant la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (9).

2) Données recueillies

Nous avons pour objectif d'étudier la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs en recherchant s'ils avaient bénéficié d'un entretien avec l'EMOG et/ou si l'urgentiste avait recherché les facteurs de risque de chute conformément aux recommandations HAS.

Pour tous les dossiers, nous avons recherché sur les logiciels de gestion du dossier médical Terminal Urgences (ORUPACA) et Pastel (GIP Mipih) ces différents items (cf Annexe 1) :

- La filière d'orientation à l'accueil des urgences (longue ou courte),
- Le sexe,
- L'entretien ou non avec l'EMOG et le lieu de rencontre (SAU ou HTCD),
- Le diagnostic ou non de fracture,
- Le diagnostic de sortie du SAU,
- L'orientation à la sortie du SAU (Retour à domicile RAD, HTCD, Service de court séjour gériatrique, Service de chirurgie ou Service de médecine),
- Le nombre de récurrences de chute dans l'année ayant suivi le premier passage pour chute, recherché dans le dossier médical du patient (mentionné lors d'une consultation à l'hôpital, motif d'une nouvelle consultation aux SAU, événement indésirable déclaré lors d'une hospitalisation).
- Le délai entre la chute ayant motivé le passage aux urgences et la première récurrence de chute retrouvée dans le dossier médical du patient
- Le nombre de consultations au SAU dans l'année ayant suivi le premier passage pour chute.

Nous avons ciblé un sous-groupe qui comprend les patients intégralement pris en charge par les urgentistes, c'est à dire renvoyés au domicile à l'issue de leur prise en charge au SAU, et les patients orientés vers l'HTCD. Dans les dossiers de ces patients nous avons regardé si les urgentistes avaient recherché les différents items qui constituent le bilan à réaliser en cas de chutes répétées selon les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS intitulées « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées » (9). Ces différents items sont divisés en 2 catégories : les facteurs prédisposants de la chute et les facteurs précipitants de la chute (intrinsèques, comportementaux et environnementaux).

▪ Les facteurs prédisposants de la chute, recherchés par l'interrogatoire, l'examen clinique et le dossier médical du patient :

- Les antécédents de fractures traumatiques
- La polymédication définie par la prise de 4 médicaments ou plus.
- La prise de psychotropes
- La prise de médicaments cardiovasculaires

- La présence d'un trouble de la marche ou de l'équilibre : le « timed up & go test » étant difficile à réaliser aux urgences, nous avons défini le trouble de la marche ou de l'équilibre par la nécessité d'une aide à la marche (cane, déambulateur, fauteuil roulant) ou des troubles de la marche antérieurs à la chute et évidents lors de l'examen clinique
- La faiblesse musculaire des membres inférieurs : demandée au patient ou constatée en demandant au patient de passer de la station assise à debout sans aide
- L'arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- Les troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- La baisse de l'acuité visuelle a été recherchée lors de l'interrogatoire et de façon rapide lors de l'examen clinique (anomalie du champ visuel).
- Le syndrome dépressif : l'échelle mini GDS est difficilement applicable aux SAU
- Le déclin cognitif : le MMS est difficilement applicable aux urgences.

Nous avons rajouté 3 facteurs prédisposants de la chute qui n'étaient pas mentionnés dans les recommandations HAS mais qui nous semblent importants :

- Les antécédents de chute dans l'année
 - L'isolement social
 - L'absence d'aides à domicile
- Les facteurs précipitants de la chute, recherchés par l'interrogatoire, l'examen clinique et le dossier médical du patient :
- Les malaises ou pertes de connaissance
 - L'hypotension orthostatique
 - Un trouble cardiaque : recherché en réalisant un ECG aux urgences
 - Un trouble neurologique aigu : un déficit neurologique, une confusion mentale
 - Un trouble vestibulaire : recherche de vertige et une latérodéviation au test de Romberg
 - L'hyponatrémie : recherchée par dosage sanguin
 - L'hypoglycémie : recherchée par dosage sanguin ou par dextro
 - La prise de médicaments hypoglycémiant : recherchée à partir de l'ordonnance du patient (insuline ou antidiabétiques oraux hypoglycémiant)
 - La consommation excessive d'alcool : recherchée par dosage sanguin aux urgences

3) Analyse statistique

Les données ont été saisies sur tableur EXCEL (MICROSOFT) version 2016.

Les résultats quantitatifs ont été exprimés en moyenne et écart-type, les données qualitatives par leur effectif et pourcentage. La comparaison des données quantitatives a été effectuée de manière bilatérale par le test de Student ou de Wilcoxon en fonction de la normalité de la distribution, et celle des données qualitatives par le test chi-2 ou le test exact de Fisher en fonction des conditions d'application.

Les tests statistiques ont été effectués sur le logiciel R (R Foundation for Statistical Computing), les données considérées significatives possèdent un $p < 0,05$.

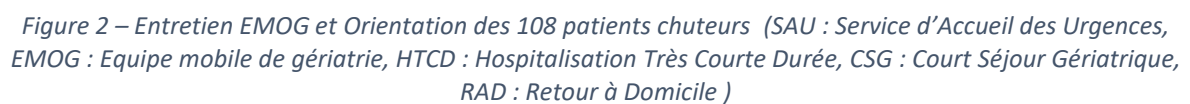
III. Résultats

A. Caractéristiques de la totalité des patients chuteurs pris en charge au SA

Les caractéristiques de la population sont décrites dans le tableau 1 et les diagnostics établis à la sortie du SAU dans la Figure 3.

Tableau 1 - Caractéristiques socio démographiques des 108 patients chuteurs et parcours de l'entrée à la sortie du service d'urgence

Âge en années (+/- écart-type)	86,6 ans	(+/- 5,8)
Hommes	86,1 ans	(+/- 5,7)
Femmes	86,9 ans	(+/- 5,9)
Sexe n (%)		
Homme	47	(43,5%)
Femme	61	(56,5%)
Filière d'accueil au SAU n (%)		
Filière longue	86	(79,6%)
Filière courte	17	(15,8%)
Non renseigné	5	(4,6%)
Diagnostic de fracture au SAU n (%)		
Hommes	12	(26,0%)
Femmes	26	(43,0%)
Total	38	(35,0%)
Entretien avec l'EMOG n (%)		
OUI	24	(22,0%)
<i>Aux urgences</i>	10	(9,0%)
<i>A l'HTCD</i>	14	(13,0%)
NON	84	(78,0%)
Orientation à la sortie des urgences n (%)		
Hospitalisation	82	(76,0%)
<i>Service de chirurgie</i>	33	(30,6%)
<i>Service de court séjour gériatrique</i>	19	(17,6%)
<i>Autre service de médecine</i>	5	(4,6%)
<i>HTCD</i>	25	(23,2%)
Retour à domicile	26	(24,0%)



1) Diagnostic de sortie des urgences

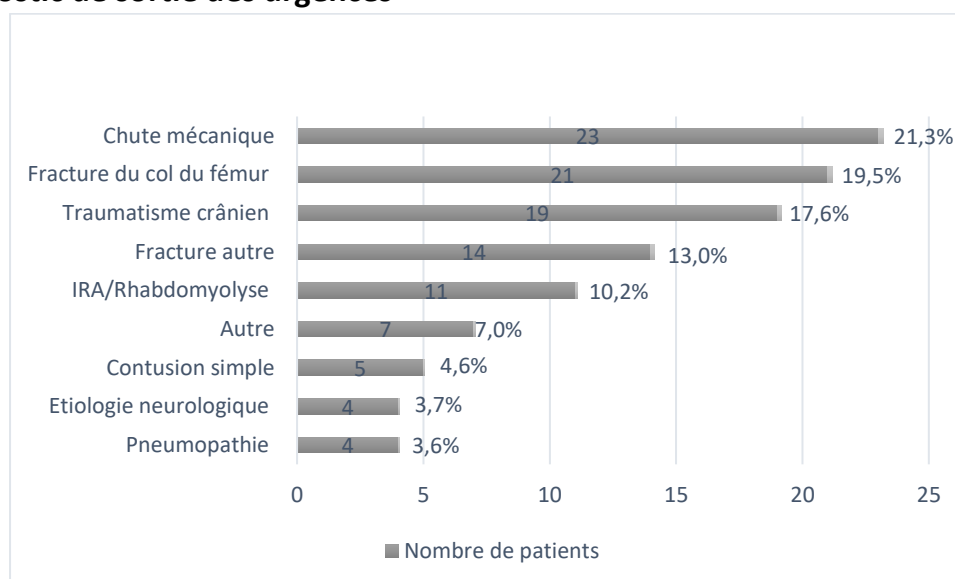


Figure 3 - Diagnostics de sortie des urgences

2) Orientation à la sortie des urgences

La plupart des patients ont été hospitalisés au décours de leur passage aux urgences (n= 82, 76%), principalement en chirurgie et en HTCD (Tableau 1).

Le mode de sortie majoritaire dans la filière courte est le RAD alors que dans la filière longue c'est l'hospitalisation (Tableau 2).

Tableau 2 – Orientation à la sortie du SAU en fonction de la filière d'accueil aux urgences (p=0,22)

	Retour à domicile	HTCD	Service de médecine ou chirurgie
Filière courte (n=17)	7 (41%)	4 (24%)	6 (35%)
Filière longue (n=86)	18 (21%)	21 (24%)	47 (55%)
Filière non renseignée (n=5)	1 (20%)	0 (0%)	4 (80%)

3) Morbidité : récurrence de chute et nouvelle consultation au SAU dans l'année

Sur les 108 patients âgés chuteurs pris en charge, 42 (39%) ont chuté à nouveau dans l'année suivante. En moyenne, ils ont rechuté environ 1 fois à 1an (+/- 2,52).

Les 42 patients rechuteurs ont en moyenne présenté 2,4 chutes dans l'année (+/- 3,6).

Dans l'année qui a suivi leur passage aux urgences, 57 (53%) patients ont eu de nouveau recours au SAU de Mont de Marsan, pour un motif de chute ou autre. En moyenne, ils ont consulté environ 1 fois à 1 an (+/- 1,36).

Les 57 patients ayant reconsulté ont présenté en moyenne 1,9 passages au SAU dans l'année suivante (+/- 1,4).

B. Caractéristiques des patients exclusivement pris en charge par les urgentistes (RAD et HTCD)

1) Caractéristiques sociodémographiques

La moyenne d'âge des 51 patients chuteurs qui ont été exclusivement pris en charge par les urgentistes (RAD et HTCD) était de 86,41 ans (écart-type 6,31 ans). Les patients étaient en majorité (53%) des femmes (cf Tableau 3).

Tableau 3 - Caractéristiques socio démographiques des 51 patients chuteurs pris en charge exclusivement par les urgentistes (RAD et HTCD) et parcours de l'entrée à la sortie du service d'urgence

	HTCD (n=25)		RAD (n=26)	
	Effectif (n)	Pourcentage (%)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Âge en années (+/- écart type)				
Hommes	85,2	(+/- 5,8)	86,1	(+/- 4,9)
Femmes	86,4	(+/- 5,8)	87,6	(+/- 6,8)
Sexe				
Homme	12	(48%)	12	(46%)
Femme	13	(52%)	14	(54%)
Filière d'accueil au SAU				
Filière longue	21	(84%)	18	(69%)
Filière courte	4	(16%)	7	(27%)
Non renseigné	0	(0%)	1	(4%)
Entretien avec l'EMOG				
OUI	16	(64%)	2	(8%)
Aux urgences	2	(8%)	2	(8%)
A l'HTCD	14	(56%)		
NON	9	(36%)	24	(92%)

Les patients HTCD bénéficient significativement plus d'un entretien EMOG que les patients qui retournent à domicile à la sortie du SAU (OR=20, p<0,001).

Tableau 4 – Recherche des facteurs prédisposants et précipitants dans les dossiers des 51 patients chuteurs pris en charge exclusivement par les urgentistes (RAD et HTCD)

Recherche des items du bilan de chute	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Facteurs prédisposants		
ATCD de fracture traumatique	8	(16%)
Polymédication (≥4 médicaments)	45	(88%)
Prise de psychotropes	45	(88%)
Prise de traitement cardiovasculaire	47	(92%)
Trouble de la marche ou de l'équilibre	25	(49%)
Faiblesse musculaire	3	(6%)
Arthrose	4	(8%)
Trouble sensibilité membres inférieurs	0	(0%)
Baisse de l'acuité visuelle	2	(4%)
Syndrome dépressif	4	(8%)
Déclin cognitif	12	(24%)
Facteurs prédisposants hors Reco HAS		
ATCD de chute dans l'année	17	(33%)
Isolement social	36	(71%)
Absence d'aides à domicile	30	(59%)
Facteurs précipitants		
Malaise ou perte de connaissance	34	(67%)
Hypotension orthostatique	2	(4%)
Electrocardiogramme	31	(61%)
Trouble neurologique aigu	33	(65%)
Trouble vestibulaire	4	(8%)
Hyponatrémie	35	(69%)
Hypoglycémie	39	(76%)
Prise de traitements hypoglycémiant	44	(86%)
Dosage alcoolémie	0	(0%)

2) Entretien avec l'EMOG

Parmi l'ensemble des patients de plus de 75 ans qui ont consulté aux urgences pour chute et qui ont été exclusivement pris en charge par les urgentistes, 65% (n=33) n'ont pas bénéficié d'une évaluation avec l'EMOG. Parmi les 18 personnes âgées (35%) qui ont bénéficié de cet entretien, pour 4 patients (8%), l'évaluation a eu lieu aux urgences et pour 14 patients (27%) elle a eu lieu à l'HTCD. A contrario, les patients chuteurs qui ont été hospitalisés à la sortie du SAU ont bénéficié d'une évaluation avec l'EMOG dans 11% des cas (n=6).

Concernant les patients hospitalisés à l'HTCD, 64% (n=16) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG, dont 14 à l'HTCD (56%) et 2 aux urgences (8%).

Concernant les patients renvoyés à domicile à la sortie des urgences, seulement 8% ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG (n=2).

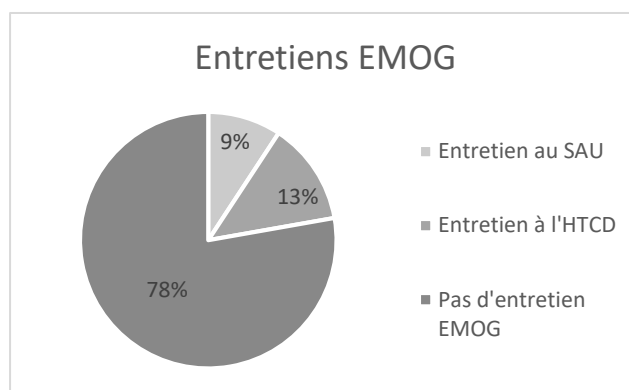


Figure 4 – Lieux des entretiens EMOG pour les 108 patients

Nous nous sommes également intéressés au nombre de patients ayant eu une évaluation par l'EMOG parmi tous les patients qui sont rentrés à domicile, que ce soit directement à la sortie des urgences (n=26) ou après un séjour à l'HTCD (n=13). Sur ces 39 patients, ils étaient 31, soit 80%, à ne pas avoir bénéficié d'un entretien avec l'EMOG. (Cf Tableau 5).

Tableau 5 – Pourcentage d'entretiens EMOG sur la totalité des RAD (à la sortie du SAU ou à la sortie de l'HTCD, n=39)

	Entretien avec l'EMOG	Pas d'entretien avec l'EMOG
RAD à la sortie du SAU	2 (5%)	24 (62%)
RAD à la sortie de l'HTCD	6 (15%)	7 (18%)
Total	8 (20%)	31 (80%)

Les patients qui ont bénéficié d'un entretien avec l'EMOG (n=24) étaient significativement plus âgés (88,7 ans, +/- 4,9) que les patients qui n'ont pas bénéficié de cette évaluation (85,9 ans, +/- 5,9) ($p=0,03$), avec une prédominance d'hommes (59% soit n=14).

3) Recherche des facteurs de risque de chute selon les recommandations 2009 de la HAS

La recherche de l'ensemble des facteurs prédisposants et précipitants listés par la HAS (24 facteurs) n'a été effectuée dans aucun des dossiers. En moyenne, 10,5 facteurs ont été recherchés, ce qui représente moins de la moitié de l'ensemble des facteurs.

Au maximum, 14 facteurs ont été recherchés dans 9,8% des dossiers (n=5). Au minimum, 2 facteurs ont été recherchés dans 2% des dossiers (n=1) (cf Tableau 6 et Tableau 7).

Tableau 6 - Facteurs de risque de chute mentionnés dans les dossiers des patients chuteurs HTCD/RAD

Facteurs	n	%
<u>prédisposants/précipitants</u>		
Traitement cardiovasculaire	47	(92%)
Polymédication	45	(88%)
Traitement psychotrope	45	(88%)
Traitement hypoglycémiant	44	(86%)
Hypoglycémie	39	(76%)
Isolement	36	(71%)
Hyponatrémie	35	(69%)
Malaise ou perte de connaissance	34	(67%)
Trouble neurologique aigu	33	(65%)
Electrocardiogramme	31	(61%)
Aides à domicile	30	(59%)
Trouble de la marche ou de l'équilibre	25	(49%)
Antécédent de chute dans l'année	17	(33%)
Déclin cognitif	12	(24%)
Antécédent de fracture traumatique	8	(16%)
Syndrome dépressif	4	(8%)
Arthrose	4	(8%)
Trouble vestibulaire	4	(8%)
Faiblesse musculaire	3	(6%)
Baisse de l'acuité visuelle	2	(4%)
Hypotension orthostatique	2	(4%)
Trouble sensibilité membres inférieurs	0	(0%)
Dosage alcoolémie	0	(0%)

Tableau 7 – Nombre de facteurs de risque de chute recherchés par dossier et en cumulé (patients HTCD/RAD)

<u>Nombre de facteurs</u> <u>prédisposants/précipitants</u> <u>recherchés au total</u>	<u>Nombre de</u> <u>dossiers (N)</u>	<u>Nombre de</u> <u>dossiers cumulatifs</u> <u>(N cumulatif)</u>
14	5	5 (9,8%)
13	3	8 (15,7%)
12	8	16 (31,4%)
11	7	23 (45,1%)
10	10	33 (64,7%)
9	5	38 (74,5%)
8	2	40 (78,4%)
7	3	43 (84,3%)
6	4	47 (92,2%)
5	0	47 (92,2%)
4	1	48 (94,1%)
3	2	50 (98,0%)
2	1	51 (100%)

4) Morbidité : récurrence de chute et nouvelle consultation au SAU dans l'année qui a suivi le premier passage au SAU

Les patients qui ont été intégralement pris en charge par les urgentistes (HTCD et RAD) ont présenté plus de récurrence de chute dans l'année (49%) suivant leur passage au SAU que les patients ayant été hospitalisés (30%) ($p=0,041$). De même, les patients intégralement pris en charge par les urgentistes ont également plus consulté à nouveau (63%) dans l'année que les patients ayant été hospitalisés (44%) ($p=0,049$).

Nous avons étudié le pourcentage de nouvel épisode de chute à 1 an en fonction de l'orientation à la fin du passage au SAU. Il en ressort que le taux de patients qui

rechutent de nouveau dans l'année sont de 54%, 44% et 30%, parmi respectivement ceux qui sont retournés à domicile, ceux orientés en HTCD et ceux hospitalisés.

Parmi les patients retournés à domicile à l'issue de la prise en charge au SAU et qui ont rechuté dans l'année (n=14), le délai moyen de rechute était de 114 jours (écart-type de 90 jours). Parmi les patients orientés vers l'HTCD et qui ont rechuté dans les 1 an (n=11), ce délai est de 80 jours (écart-type 106 jours). Et enfin, parmi les patients hospitalisés et qui ont rechuté dans l'année (n=17), ce délai est de 129 jours (écart-type 113 jours).

Concernant le pourcentage de nouvelle consultation aux urgences de Mont de Marsan dans l'année en fonction de l'orientation à la sortie du SAU, il en ressort que les patients qui reconsultent le plus sont ceux qui sont retournés à domicile (65% de reconsultation dans l'année), en deuxième position viennent ceux qui ont été orientés vers l'HTCD (60% de reconsultation dans l'année) et enfin viennent les patients hospitalisés en service (44% de reconsultation dans l'année) (p=0,049).

Tableau 8 – Orientation des patients ayant rechuté

	Rechute à 1 an (n = 42)	Absence de rechute à 1 an (n = 66)	OR	p
HTCD + RAD	25 (60%)	26 (39%)	2,24	0,041
Hospitalisation en service	17 (40%)	40 (61%)	0,45	0,041

C. Critères secondaires

1) Association entre filière d'accueil aux urgences et entretien EMOG

Il n'y a pas de différence entre filière courte et filière longue : parmi les 17 patients chuteurs orientés en filière courte, 18% (n=3) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG. Les 86 patients chuteurs orientés en filière longue ont quant à eux été 23 % (n=20) à bénéficier d'une évaluation par l'EMOG (p>0,05).

2) Association entre entretien EMOG et orientation à la sortie du SAU

Parmi les 10 patients qui ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG au SAU, 60% (n=6) ont été hospitalisés, dont 50% (n=5) en court séjour gériatrique, 20% (n=2) ont été orientés vers l'HTCD et seulement 20% (n=2) sont retournés au domicile.

En comparaison, parmi les 98 patients qui n'ont pas bénéficié d'une évaluation par l'EMOG au SAU : 24,5% (n=24) sont retournés au domicile, 23,5% (n=23) ont été orientés vers l'HTCD et 52% (n=51) ont été hospitalisés dont 14% (n=14) en court séjour gériatrique. (NS)

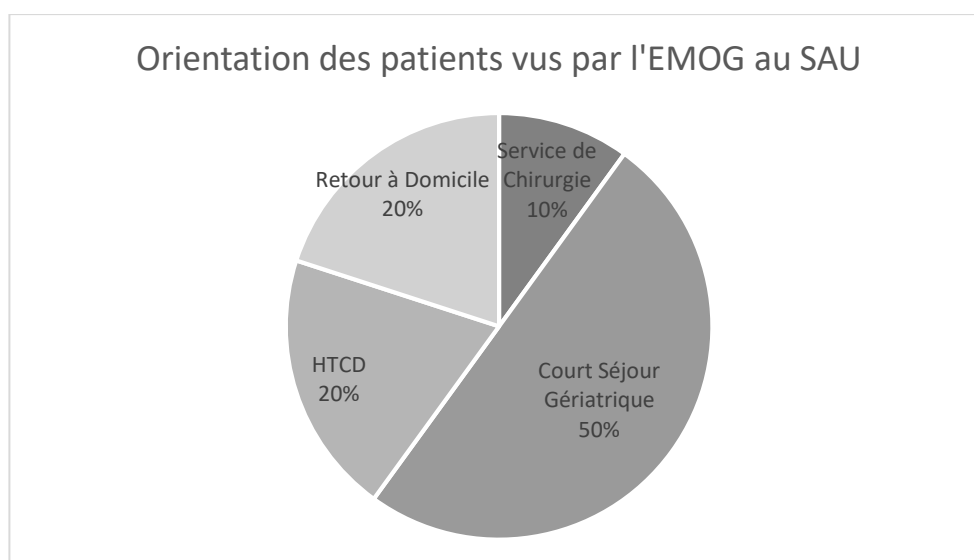


Figure 5 - Orientation des patients vus par l'EMOG au SAU

Tableau 9 – Entretien avec l'EMOG en fonction de l'orientation

	Entretien avec l'EMOG	Pas d'entretien avec l'EMOG	OR	p
RAD	2 (8,3%)	24 (28,6%)	0,22	0,06
HTCD	16 (66,7%)	9 (10,7%)	16,6	< 0,001
Hospitalisation en service	6 (25,0%)	51 (60,7%)	0,22	0,002
-Court Séjour Gériatrique	5 (20,8%)	14 (16,7%)	1,31	0,76
-Chirurgie	1 (4,2%)	32 (38,1%)	0,07	< 0,001

Sur les 25 patients orientés vers l'HTCD, 16 (64%) ont bénéficié d'un entretien avec l'EMOG. Parmi ces 16 patients, 10 (62,5%) ont été hospitalisés, tous au court séjour gériatrique, et 6 (37,5%) sont retournés au domicile.

Concernant les 9 patients qui n'ont pas bénéficié d'un entretien avec l'EMOG, 2 (22%) ont été hospitalisés, dont 1 au court séjour gériatrique (50%), et 7 (78%) sont retournés à domicile.

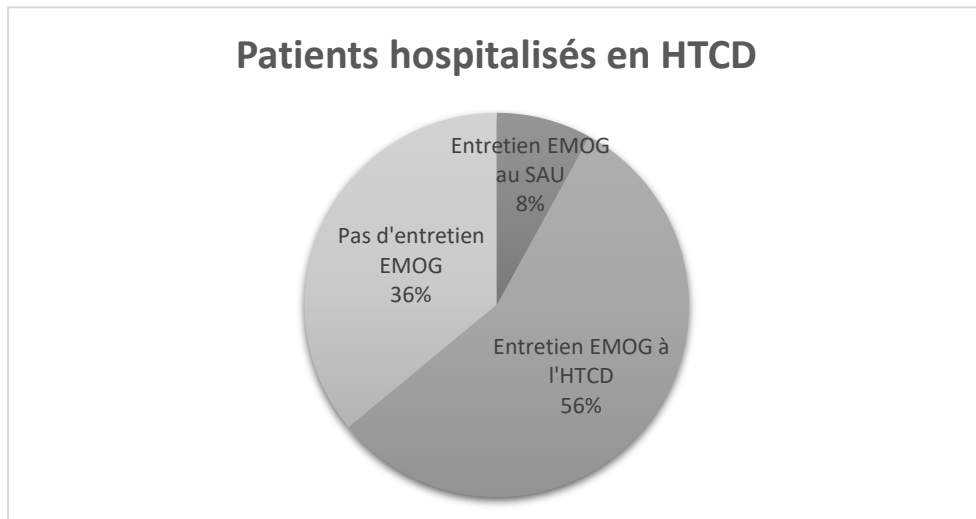


Figure 6 - Entretien EMOG et patients hospitalisés en HTCD

3) Association entre entretien EMOG et Morbidité : rechute à 1 an et reconsultation au SAU à 1 an

Concernant les 108 patients ayant consulté pour chute, ceux qui ont été vus par l'EMOG ont présenté 50% de récurrence de chute dans l'année suivante ($n=12$), ceux qui n'ont pas bénéficié d'un entretien avec l'EMOG ont quant à eux présenté 36% de récurrence de chute dans l'année ($n=30$) ($p=0,21$).

En moyenne les patients vus par l'EMOG ($n=24$) ont chuté plus d'une fois dans l'année suivant leur passage au SAU ($\pm 1,29$), et les patients qui n'ont pas bénéficié d'un entretien avec l'EMOG ont quant à eux présenté 0,86 chutes dans l'année ($\pm 2,75$).

Parmi les 108 patients chuteurs, ceux qui ont été vus par l'EMOG ont tendance à plus reconsulter dans l'année suivant le passage au SAU (62,5%, $n=15$) que ceux qui n'ont pas bénéficié d'un entretien avec l'EMOG (50%, $n=42$) ($p=0,21$).

Les patients qui ont été vus par l'EMOG ($n=24$), ont reconsulté en moyenne 1,5 fois au SAU dans l'année suivant leur passage pour chute ($\pm 2,13$), alors que ceux qui n'ont pas été vus par l'EMOG ($n=84$) ont reconsulté en moyenne 0,82 fois au SAU ($\pm 1,04$).

IV. Discussion

A. Résultats et implications

La prise en charge des patients âgés consultant au SAU de Mont de Marsan pour un motif de chute ne peut être que grandement améliorée. Une minorité de patients bénéficie d'une évaluation gériatrique par l'EMOG (22%), et les facteurs de risque de chute, au regard des recommandations de la HAS, sont insuffisamment recherchés (en moyenne une dizaine de facteurs par dossiers sur 24 facteurs recommandés au total).

Le dosage de l'alcoolémie, les troubles de la sensibilité des membres inférieurs, l'hypotension orthostatique et la baisse d'acuité visuelle sont peu recherchés. Alors qu'une attention plus importante est portée aux facteurs de risque concernant le traitement (le traitement cardiovasculaire, la prise de psychotropes, la polymédication), les anomalies biologiques (hypoglycémie, hyponatrémie), et les facteurs environnementaux (isolement social, absence de plan d'aides à domicile). Cette faible documentation des facteurs prédisposants à la chute laisse à penser qu'ils ne sont pas systématiquement recherchés. Ce constat interroge sur la faisabilité aux urgences d'une recherche d'une hypotension orthostatique ou d'une baisse de l'acuité visuelle par exemple. Ces recommandations trop exhaustives semblent chronophages et inadaptées au contexte de l'urgence.

De nombreuses études ont déjà fait ce constat. L'étude Danoise Lillevang-Johannsen et al. réalisée en 2017 s'est donnée pour objectif d'évaluer le respect par les urgentistes des recommandations de l'Autorité de la Santé Danoise concernant les chutes des personnes âgées(37). L'étude a été menée dans 2 services d'urgence du pays et 1100 personnes ont été incluses. Il en ressort que sur 4 facteurs de risque à rechercher, une minorité de dossiers médicaux (2%) les contenaient tous, et seulement 17 à 25% contenaient la recherche d'au moins un facteur de risque. L'étude prospective canadienne de Salter et al. a conclu que seulement 3,7% des patients se présentant aux urgences pour un motif de chute bénéficiaient d'une prise en charge conforme aux recommandations(38). L'étude française de Cabillic et al. a réalisé une analyse rétrospective de 1238 dossiers de patients admis pour chute dans plusieurs SAU de la région Nord-Alpine, il en ressort que les facteurs de risque de chute issus des recommandations HAS sont insuffisamment renseignés(29). Le test d'hypotension orthostatique et le déclin cognitif avaient été renseignés dans des proportions similaire à notre étude (5% et 25%). D'autre part, la recherche d'un

trouble de la marche ou de l'équilibre était 5 fois plus renseignée dans notre étude (49%), ainsi que la réalisation d'un ECG qui était 2 fois plus renseignée dans notre étude (60%). Pour Kalula et al., les urgentistes se concentrent sur les conséquences de la chute au détriment de la recherche des facteurs de risque de chute et de la prévention secondaire(39).

Le contexte même de l'urgence rend ce dépistage encore plus compliqué car le temps manque pour reconstituer antécédents, traitements de fond, anamnèse et examen clinique exhaustif. La prise en charge des patients âgés est chronophage car ils présentent souvent plusieurs pathologies médicales intriquées, l'interrogatoire est peu informatif pour peu que la personne âgée présente des troubles cognitifs et il faut composer avec la prise en charge d'urgences vitales en parallèle.

Si l'urgentiste n'est pas en capacité de faire une évaluation gériatrique globale de son patient, par manque de temps, manque d'information, opposition du patient, etc, il peut avoir recourt à l'EMOG pour cette évaluation du patient chuteur. On retient dans notre étude que les patients exclusivement pris en charge par les urgentistes n'ont bénéficié d'une évaluation EMOG que dans 35% des cas. Ce faible pourcentage peut être en partie expliqué par un problème de disponibilité de cette équipe mobile. Il ressort également que le fait d'avoir été pris en charge exclusivement par les urgentistes (HTCD et RAD) est un facteur de risque de rechute (49% versus 30% des hospitalisés en service) et de reconsultation à 1 an (63% versus 56% des patients hospitalisés). Notre prise en charge du patients chuteur aux urgences n'est donc pas satisfaisante.

A titre de comparaison, une étude réalisée par le Réseau Nord Alpin des urgences, en association avec l'EMOG Grenobloise, s'est également intéressée à l'intervention des équipes mobiles de gériatrie dans la prise en charge des patients chuteurs aux urgences. Il en ressort qu'entre 2010 et 2012, 8 à 12% des patients chuteurs pris en charge aux urgences ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG(40). Dans l'étude Castier, réalisée en 2016 aux urgences du CHRU de Lille, ils étaient 12,5 à 36,5% à en bénéficier(41).

L'hospitalisation en HTCD à l'issue de la prise en charge au SAU peut être un bon compromis pour garder en surveillance le patient quand l'entretien EMOG est impossible dans l'immédiat et lui faire bénéficier d'une évaluation dès que possible. En effet, notre étude a montré que 56% des patients hospitalisés à l'HTCD avaient pu profiter d'un entretien avec l'EMOG à l'HTCD, et cet entretien a débouché dans près de deux tiers des cas sur une hospitalisation au Court Séjour Gériatrique. On peut se demander si ces patients n'auraient pas pu faire l'objet d'une hospitalisation directement au Court Séjour Gériatrique à la sortie des urgences.

Dans le contexte actuel d'affluence toujours plus importante dans les SAU et des difficultés à hospitaliser les patients par manque de place, il semble illusoire d'hospitaliser à l'HTCD tous les patients âgés adressés pour chute aux urgences en dehors des horaires d'activité de l'EMOG. Il existe dans certains centres hospitaliers (CH de Bayonne, CH de Pau...) des Unités de Post Urgences Gériatriques (UPUG). Ce sont de unités d'hospitalisation de courte durée s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans en provenance du SAU. Ces services peuvent servir de zone de transition entre urgences et Court Séjour Gériatrique, mais elles peuvent également permettre d'hospitaliser des patients pour bénéficier d'une évaluation gériatrique globale.

Sur le plan national, les patients évalués par les EMOG sont âgés de 85 ans en moyenne, et sont en majorité des femmes (61,7%)(23). Dans notre étude, les patients évalués par l'EMOG étaient âgés en moyenne de 89 ans, et ces derniers étaient significativement plus âgés que les patients n'ayant pas été évalués (86 ans). Les patients évalués étaient en majorité de sexe masculin (59%) dans notre étude. Les patients ayant bénéficié d'une évaluation par l'EMOG étaient les patients considérés par les urgentistes comme étant les plus fragiles. La fragilité est souvent majorée avec l'âge, ce qui peut potentiellement expliquer que les patients évalués par l'EMOG étaient plus âgés.

Il semble nécessaire, au vu de nos résultats, de repenser l'EMOG en recentrant ses missions sur les patients sortants plutôt que ceux hospitalisés. En effet cela pourrait améliorer la prise en charge de nos patients âgés et limiterait le risque de renvoyer un patient fragile à domicile sans évaluation gériatrique.

B. Forces et faiblesses de notre étude

De nombreuses études se sont intéressées aux patients âgés aux urgences, mais il s'agit de la première étude dont l'objectif était d'évaluer la qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs en combinant la recherche des facteurs de risque de chute par les urgentistes et l'évaluation gériatrique par l'EMOG. Cette étude permet de faire un état des lieux de notre pratique afin de mettre en évidence les axes à améliorer.

L'avantage de cette étude est que le recueil de données est fiable et réalisé par une même personne, assurant une homogénéité dans les données et diminuant le biais de recueil.

Enfin, les résultats principaux sont superposables à ceux de la Littérature.

Il existe dans notre étude un probable biais de sélection car nous avons choisi d'étudier une population de patients qui ont contacté les pompiers pour un motif de

chute et ont été orientés par la régulation du SAMU aux urgences. Nous avons sélectionné cette population pour cibler des patients particulièrement fragiles, chez lesquels le dépistage des facteurs de risque de chute et l'évaluation gériatrique étaient d'autant plus essentiels. En effet ces patients n'ont pas pu se présenter directement aux urgences, soit parce qu'ils nécessitaient d'être aidés pour le relevage, soit parce qu'ils n'étaient pas en capacité physique de se rendre seuls au SAU, soit parce que les pompiers ont été prévenus par la télé alarme, etc... Dans tous les cas ces situations reflètent une fragilité importante. Nous n'avons donc pas tenu compte des patients chuteurs qui ont pu se présenter spontanément au SAU. On peut supposer que ces derniers patients sont moins fragiles que notre population. Cela explique donc le taux d'hospitalisation particulièrement élevé de nos patients (76%), quand dans la littérature on retrouve un taux moyen d'hospitalisation de 30 à 50% des patients adressés au SAU pour chute(29)(42)(43). Cela explique également que nos patients rechutent plus et reconsultent plus à 1 an que la moyenne des patients(42).

Le recueil rétrospectif des données induit un biais d'information. En effet, nous avons considéré que les données non renseignées dans les dossiers médicaux n'avaient pas été recherchées par les médecins. Pourtant, il est possible qu'ils n'aient pas retranscrit toutes les données recherchées lors de leur interrogatoire oral du patient. Nous savons que les résultats d'un test négatif sont habituellement moins renseignés par les médecins. La valeur même des facteurs de risque n'a donc pas été étudiée en tant que prédicateur du risque de nouvelle chute et de consultation à 1 an, car il existe un nombre élevé de valeurs manquantes... Le nombre de sujets sans valeur manquante est trop faible pour mettre en évidence un effet significatif.

Il existe également un biais d'information dans le recueil de données concernant les épisodes de récurrence de chute et de nouvelle consultation dans l'année suivant le premier passage pour chute au SAU. En effet, notre recueil rétrospectif nous permet de déclarer seulement les chutes survenues à l'hôpital, mentionnées dans le dossier médical du patient ou ayant nécessité une nouvelle consultation au SAU. Nous ne tenons pas compte des chutes qui ont pu survenir à domicile, et qui n'ont pas nécessité de nouveau passage au SAU.

C. Perspectives

Notre prise en charge actuelle des patients âgés admis pour une chute dans le SAU du CH de Mont de Marsan n'est pas satisfaisante. Les recommandations de la HAS ne sont pas respectées et une minorité de patients bénéficie d'une évaluation globale par l'EMOG. Il en résulte un pourcentage de nouvelles chutes et de consultations dans l'année suivante important. Une réorganisation et la mise en place

d'un protocole est nécessaire afin que ces personnes âgées chuteuses bénéficient d'une évaluation gériatrique adaptée.

Il n'existe pas, à ce jour, d'algorithme validé sur le plan national et publié pour le dépistage et l'instauration de mesures de prévention du patient âgé chuteur admis dans un service d'urgences en France. Cependant, le Réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU) a créé un protocole intéressant sous forme de fiches papiers destinées à la prise en charge des personnes âgées admises aux urgences pour un motif de chute (Annexe 3). Ce protocole s'appuie sur les recommandations de la HAS, en les adaptant aux contraintes du service d'urgence. Notre volonté au SAU de Mont de Marsan est de créer un protocole semblable, adapté à notre pratique professionnelle, afin de dépister les facteurs de risque de chute, d'améliorer notre prise en charge des patients âgés chuteurs et les orienter dans une filière adaptée.

Nous avons également réfléchi à une organisation qui consisterait à dépister les facteurs de fragilité des personnes âgées de 75 ans et plus dès la régulation des appels pour chute, mais aussi aux urgences, au moyen d'un questionnaire simple et adapté. Si l'investigation est en faveur d'une fragilité, l'EMOG serait prévenue directement et elle pourrait intervenir aux urgences, à l'HTCD, ou en consultation à distance : une convocation serait remise à la sortie du SAU au patient ou bien le patient fragile serait recontacté pour fixer un RDV de consultation. Le développement d'une EMOG de ville ou d'un hôpital de jour de gériatrie pourrait également être intéressant dans la prise en charge de ces patients.

Au CH de Mont de Marsan, dans le protocole des urgences, le test de dépistage des personnes âgées nécessitant une évaluation par l'EMOG est le Triage risk screening tool (TRST) (Annexe 1); mais en réalité ce test est très peu utilisé. Une étude pilote menée en 2015 dans plusieurs centres hospitaliers français a évalué la validité et les performances prédictives de ce test pour le repérage des patients âgés de 75 ans et plus, nécessitant l'intervention d'une EMOG. Il en ressort que le TRST ne permet pas d'identifier les patients nécessitant le passage d'une EMOG aux urgences, la spécificité du test étant trop faible et la sensibilité trop importante(26).

Un autre score reconnu existe : le score ISAR (Identification systématique des aînés à risque), établi par une équipe de Montréal en 1998 aux urgences (Annexe 2). C'est un outil recommandé par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) pour détecter les personnes âgées fragiles à travers un questionnaire de 6 questions, spécialement adapté aux services d'urgence, et facilement réalisable dans un service de régulation du SAMU par exemple(44). Le score total est sur 6 points : il comprend 6 items avec une cotation binaire de 0 ou 1. Il est rapide et ne nécessite pas de formation particulière, ce qui en fait le test le plus étudié et le plus utilisé aux urgences(45). Il serait intéressant d'évaluer la mise en place de ce score ISAR aux urgences du CH de Mont de Marsan.

Une autre possibilité serait d'ouvrir une filière gériatrique aux urgences, avec des médecins urgentistes formés à la gériatrie, des gériatres, une assistante sociale et

des infirmières formées au dépistage de la fragilité. Cela permettrait de mieux dépister et prendre en charge les patients fragiles, et d'avoir également une orientation plus adaptée à la sortie des urgences(46). Mais ce projet reste ambitieux et mettrait probablement plusieurs années avant de voir le jour.

Nous pourrions, dans un premier temps, nous inspirer de la Cellule de coordination des urgences gériatriques mise en place en 2011 dans le service d'urgence de Pellegrin au CHU de Bordeaux. Cette cellule est composée de médecins urgentistes, de médecins d'EMOG et du cadre infirmier des urgences. Elle a pour mission d'adapter les urgences aux personnes âgées fragiles en sensibilisant les équipes médicales et paramédicales à travers la création de protocole, de formations, etc., d'identifier des référents pour les problèmes gériatriques et enfin de développer des projets de recherche(47).

V. Conclusion

Avec le vieillissement de la population, les chutes de la personne âgée sont un vrai problème de santé publique.

Les structures d'urgences sont un des premiers recours aux soins pour les patients âgés chuteurs. Pourtant, la prise en charge de ces patients n'est pas satisfaisante. Les recommandations HAS de 2009 sur la prise en charge du patient âgé chuteur sont difficilement applicables aux urgences et peu appliquées. Preuve en est que dans notre étude, la totalité des facteurs prédisposants et précipitants à la chute n'ont été recherchés en totalité dans aucun des dossiers (en moyenne 10,5 facteurs recherchés sur 24).

La prise en charge exclusive par les urgentistes (HTCD/RAD) est dans notre étude un facteur de risque de nouvelle chute dans l'année (OR 2,24), malgré une potentielle évaluation gériatrique par l'EMOG. Nous relevons tout de même que 76% des patients âgés chuteurs sont hospitalisés en service à la sortie des urgences, en service conventionnel (52,8%) ou en HTCD (23,2%).

L'organisation actuelle n'est pas satisfaisante, l'EMOG évalue plus les patients chuteurs hospitalisés (Service conventionnel et HTCD) que ceux qui retournent à domicile (27% cf 8%), alors même que ces derniers sont plus à risque de nouvelle chute dans l'année.

Il est nécessaire de déplacer le rôle de l'EMOG en priorisant l'évaluation des patients sortants. Dans ce but, nous souhaitons créer un protocole à destination des urgentistes pour reconnaître les patients âgés chuteurs fragiles qui doivent bénéficier d'une évaluation par l'EMOG avant d'envisager un retour à domicile.

Références bibliographiques

1. INSEE. Tableaux de l'économie Française - Edition 2016 - Population par âges [Internet]. 2016 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>
2. INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Pedrono G. Les chutes des personnes âgées : un enjeu majeur de santé publique [Internet]. 2015 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/PEDRONO.pdf>
3. CNPG, FFMPs, HAS Santé, SFGG. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? 2013.
4. A.Forest, P.Ray, J.Cohen-Bittan, J.Boddaert. Urgences et gériatrie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2011;11(65):205-13.
5. Dargent-Molina P., Cassou B. Prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile : analyse des interventions efficaces et perspectives de santé publique. Bulletin épidémiologique hebdomadaire - BEH. juill 2017;16-17:336-43.
6. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall ? JAMA. 2007;297:77-86.
7. Thrombetti A., Hars M., Marcant D., Rizzoli R., Ferrari S. Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé. Revue Médicale Suisse. juin 2019;5:1318-24.
8. Cumming R, Sherrington C, Lord R. Cluster randomized trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. BMJ. 2008;336:758-60.
9. HAS. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. 2009 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
10. INPES Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Accidents de la vie courante - Chutes [Internet]. 2014 [cité 18 mai 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/accidents/chutes.asp>

11. DREES, Oberlin P., Mouquet MC. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? Études et Résultats [Internet]. janv 2016 [cité 18 mai 2019];(948). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/quel-risque-de-deces-un-an-apres-une-fracture-du-col-du-femur>
12. Manckoundia P., Mourey F., Tavernier-Vidal B., Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Revue Médecine Interne. 2007;28:79-85.
13. Legifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&idArticle=LEGIARTI000006697614&dateTexte=&categorieLien=cid>
14. HAS, SFDRMG. Recommandations pour la pratique clinique - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. 2005 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
15. Sautebin A., Monod S. Patients âgés admis aux urgences suite à une chute : que faire ? Revue Médicale Suisse. 2012;8:1539-43.
16. Close JC, Lord SR, Antonova EJ, Martin M, Lensberg B, Taylor M, et al. Older people presenting to the emergency department after a fall: a population with substantial recurrent healthcare use. Emergency Medicine Journal. 2012;29(9):742-7.
17. Belmin J. Troubles de la marche et chutes chez le sujet âgé. Gériatrie. 2010;73-81.
18. American geriatrics society, British geriatrics society, and American academy of orthopaedic surgeons panel on falls prevention. Guidelines for the prevention of falls in older persons. J Am Geriatr Soc. 2002;49:664-72.
19. Hars M., Thrombetti A. Evaluation de la marche, de l'équilibre et du muscle chez le sujet âgé. Revue Médicale Suisse. 2013;9:1265-71.
20. Puisieux F. Get Up and Go Test and Timed Up and Go Test: 2 tests to assess very simply fall risk. La Revue de Gériatrie. juin 2015;40(6):366.
21. Clément JP., Nassif RF., Léger JM., Marchan F. Mise au point et contribution à la validation d'une version française brève de la Geriatric Depression Scale de Yesavage. Encephale. 1997;23:91-9.
22. Direction Générale de la Santé. Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet].

mars 18, 2002. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

23. Salles N. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes mobiles de gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. La Revue de Gériatrie. nov 2012;37(9):738-41.
24. Ellis G., Whitehead MA., O'Neill D., Langhorne P., Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). The Cochrane Library. 2011;7:1_87.
25. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood RH, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 12 2017;9:CD006211.
26. Duc S., Fernandez C., Moheb B., Dang VM., Bloch F., Floccia M., et al. Evaluation du Triage risk screening tool (TRST) pour le dépistage des personnes âgées nécessitant l'intervention d'une équipe mobile de gériatrie dans les établissements de santé : résultats d'une étude pilote. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2005;13(1):55-62.
27. 10e conférence de consensus SFMU. Prise en charge de la personne âgée aux urgences. Strasbourg; 2003 déc.
28. Cabillic S. Les sujets âgés de plus de 65 ans se présentant aux urgences de Chambéry après une chute : données de l'évaluation initiale au regard des recommandations HAS : devenir des patients à 1 et 3 mois de la sortie [Internet]. [Chambéry]: Grenoble; 2011. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620653>
29. Cabillic S., Dang VM., Ricard C., Picot F., Ageron FX., Couturier P. Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(4):351-60.
30. RENAUI. Chuteur de plus de 75 ans aux urgences - les 10 incontournables [Internet]. 2010 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.renau.org/media/2018/01/8507-a3-poster-les-10-incontournables.pdf>
31. RENAUI. Prise en charge de la personne âgée > 75 ans admise aux urgences pour chute [Internet]. 2010 [cité 21 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.renau.org/media/2018/01/7063-a3-poster-chute-vertv4.pdf>
32. Ricard C, Picot F, Couturier P, Ageron F-X. Évaluation de l'amélioration de la prise en charge aux urgences des chuteurs âgés de 75ans et plus, Alpes du nord, 2010–2012. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. sept 2014;62:S212.

33. Desforges JF, Tinetti ME, Speechley M. Prevention of Falls among the Elderly. *New England Journal of Medicine*. 20 avr 1989;320(16):1055-9.
34. Gaubert-Dahan M-L, Cougnaud-Petit A, De Decker L, Annweiler C, Beauchet O, Berrut G. Beyond to pattern of risk factors in elderly subjects. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. sept 2011;9(3):277-85.
35. INSEE. Dossier complet - Département des Landes - Évolution et structure de la population en 2015 [Internet]. 2019 [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-40#chiffre-cle-1>
36. Centre Hospitalier de Mont de Marsan. Activité du centre hospitalier [Internet]. 2017 [cité 15 juin 2019]. Disponible sur: http://www.ch-mt-marsan.fr/documents/Fichiers/Decouvrir_l_hopital/Nos_missions/presentation/en_chiffres/activite_du_centre_hospitalier_2017.pdf
37. Lillevang-Johannsen M, Grand J, Lembeck M, Giger A-K, Drozdowska J, Zajworoniuk-Wlodarczyk J, et al. Falls in elderly patients are not treated according to national recommendations. *Dan Med J*. nov 2017;64(11).
38. Salter AE, Khan KM, Donaldson MG, Davis JC, Buchanan J, Abu-Laban RB, et al. Community-dwelling seniors who present to the emergency department with a fall do not receive Guideline care and their fall risk profile worsens significantly: a 6-month prospective study. *Osteoporos Int*. 2006;17(5):672-83.
39. Kalula SZ, de Villiers L, Ross K, Ferreira M. Management of older patients presenting after a fall--an accident and emergency department audit. *S Afr Med J*. août 2006;96(8):718-21.
40. Couturier P. Equipe mobile de gériatrie et urgences [Internet]. 2013 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: file:///\\Users\\David\\Downloads\\equipes_mobiles_et_urgences_pr._p._couturier_chu_grenoble.pdf
41. Castier S. Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du CHRU de Lille [Internet]. [Lille]: CHRU de Lille; 2017 [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2a128a84-bd4a-481d-99d9-5293eb7ad775>
42. Sri-on J, Tirrell GP, Bean JF, Lipsitz LA, Liu SW. Revisit, Subsequent Hospitalization, Recurrent Fall, and Death Within 6 Months After a Fall Among Elderly Emergency Department Patients. *Annals of Emergency Medicine*. oct 2017;70(4):516-521.e2.

43. Paniagua MA, Malphurs JE, Phelan EA. Older patients presenting to a county hospital ED after a fall: missed opportunities for prevention. *The American Journal of Emergency Medicine*. juill 2006;24(4):413-7.
44. Mazowiecki S, Berranger C. Intérêt du score ISAR dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées de plus de 75 ans. *Journal Européen des Urgences*. mai 2007;20(1):114.
45. McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S, Verdon J, Ardman O. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc*. oct 1999;47(10):1229-37.
46. Fanello S., Moutel L., Houssin L., Durand-Stocco C., Roy P.M. Analyse de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus par le service des Admissions et Urgences d'un grand Hôpital. *Santé Publique*. 1999;11(4):465-82.
47. Lambert M., Floccia M., Valdenaire G., Ramage C., Chanseau P., Revel P., et al. Cellule de coordination urgences gériatriques. *La Revue de Gériatrie*. nov 2012;37(9):751-2.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise 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 leurs 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Annexes

Annexe 1 : Feuille d'inclusion

A rechercher in tous les patients inclus :

m° IPP					
CHUTE	1 = OUI			0 = NON	
EMOG	1 = vue du SAU		2 = vue à l' HTCD		3 = non vue .
AGE					
SEXE	1 = ♂			2 = ♀	
FRACTURE diagnostiquée au SAU	1 = OUI			0 = NON	
DIAGNOSTIC de source par					
HOSPITALISATION	1 = OUI			0 = NON	
ORIENTATION	RAD	HTCD	GERIA	MED	CHIR.
NBRE DE PASSAGE SUR 1 AN					
NBRE DE RECHUTE SUR 1 AN					
DATE 1 ^{ère} RECHUTE / DÉLAI					
DOUBLON	1 = OUI			0 = NON	

A rechercher chez les patients ayant une orientat° RAD ou HTCD :

ATCD de FRACTURE TRAUMATIQUE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
POLYMEDICATION (≥4).	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
NBRE DE TTT			
PSYCHOTROPE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
MEDOC CV	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
PRISE INSULINE / ADO	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
BAISSE ACUITÉ VISUELLE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
SD DEPRESSIF	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TBLE COGNITIF	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TBLE DE LA MARCHÉ	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
FAIBLESSE MUSCULAIRE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
DÉNUTRITION	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
ARTHROSE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TBLE SENSIBILITÉ MI	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
ATCD CHUTE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
DATE DERNIÈRE CHUTE			
ISOLEMENT	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
AIDES à DOMICILE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
MALAISE / PC	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TEST D'HYPOTENSION	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
ECG	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TBLE NEUROLOGIQUE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
TBLE VESTIBULAIRE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
HYPO NATRÉMIE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
HYPO GLYCÉMIE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC
QH & LOS de la CHUTE	1 = OUI	2 = NON	3 = NC

Annexe 2 : Score TRST

- 5 dimensions prédictives de réadmission :
 - ✓ Présence de troubles cognitifs
 - ✓ Trouble de la marche, difficultés de transfert ou chutes récentes
 - ✓ Polymédication (utilisation de cinq médicaments ou plus)
 - ✓ Antécédents d'hospitalisation (ou d'admission aux urgences)
 - ✓ Evaluation fonctionnelle réalisée par un soignant (AS/IDE)
 - ✓ Evaluation sociale (isolement)
- Réponse de type oui/non
- Le score varie de 0 (pas de risque) à 6 (à très haut risque).
- Cut-off score ≥ 2
- Sensibilité 88%, spécificité 61%, VPP 80%, VPN 73%
- Concordance entre évaluateurs coefficient Kappa de 0,90

Annexe 3 : Score ISAR

- ✓ Avant cette admission aux urgences, aviez-vous besoin d'aide à domicile ?
- ✓ Depuis le début des symptômes qui vous ont amené aux urgences, avez-vous eu besoin de plus d'aide à domicile que d'habitude ?
- ✓ Avez-vous été hospitalisé pour 1 ou plusieurs jours ces 6 derniers mois ?
- ✓ Souffrez-vous de problème de vue ?
- ✓ Dans la vie quotidienne, souffrez-vous de problèmes de mémoire ?
- ✓ Prenez-vous plus de 3 médicaments par jour ?

Permet le repérage des personnes âgées fragilisée. Spécialement développé pour les malades des urgences. Un score ≥ 2 nécessite une évaluation gériatrique.

PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE > 75 ANS ADMISE AUX URGENCES POUR CHUTE

4 POINTS POUR LE DIAGNOSTIC ET L'ÉVALUATION RAPIDE AUX URGENCES

1. DIAGNOSTIQUER LES COMPLICATIONS IMMÉDIATES

- PATHOLOGIES OSSEUSES ET LIGAMENTAIRES TRAUMATIQUES
 - TRAUMATISMES GRAVES (TRAUMA CRANIEN, HÉMORRAGIES)
 - COMPLICATIONS LIÉES À LA DURÉE DE SÉJOUR AU SOL (RHABDOMYOLYSE, HYPOTHERMIE, ESCARRES, DESHYDRATATION)
-  ATTENTION AUX AVK

2. RECHERCHER UN CONTEXTE DÉCLENCHEUR

- CARDIO-VASCULAIRE: SYNCOPE (VASOVAGALE, HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE, TROUBLE DU RYTHME ET/OU DE LA CONDUCTION) EMBOLIE, SCA
- NEUROLOGIQUE : AVC, CONFUSION MENTALE, PARKINSON, ÉPILEPSIE
- VESTIBULAIRE: VERTIGES (ROMBERG)
- MÉTABOLIQUE : HYPOGLYCÉMIE, DESHYDRATATION, HYPONATRÉMIE, ALCOOL
- INFECTIEUSE ET AUTRES PATHOLOGIES AIGÜES

3. RECHERCHER LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

- ANTECEDENT D'UNE CHUTE INVOLONTAIRE DANS L'ANNÉE
- ISOLEMENT SOCIO FAMILIAL
- PERTE FONCTIONNELLE RÉCENTE
- POLYMÉDICATION >4/j, PRÉSCRIPTION RÉCENTE  (PSYCHOTROPES, CARDIOTROPES)
- TROUBLE COGNITIF
- DÉFICITS NEUROSENSORIELS : VISUEL ET AUDITIF
- INCAPACITÉ À SE VERTICALISER SANS AIDE ET MARCHER QUELQUES MÈTRES

4. RÉALISER UN BILAN PARACLINIQUE

- RÉALISER LE BILAN LÉSIONNEL RADIOLOGIQUE ( AUX PIÈGES : FRACTURE ENGRENÉE DU COL...)
- ECG
- NUMÉRATION FORMULE SANGUINE
- IONOGRAMME CREATININÉMIQUE
- GLYCÉMIE CAPILLAIRE - CRP - CPK (SI DURÉE AU SOL > 1H)
- MÉDICAMENT À MARGE THÉRAPEUTIQUE ÉTROITE: AVK, DIGOXINE, ...

PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS
AUX PERSONNES ÂGÉES AUX URGENCES



CHUTEURS DE PLUS DE 75 ANS AUX URGENCES

LES 10 INCONTOURNABLES

Bilan étiologique

1. ECG
2. Recherche d'une hypotension orthostatique
3. Biologie

Facteurs de risque de récurrence de chute

4. Antécédent de chute involontaire dans l'année
 - ★ Chutes à répétition
5. Réflexe iatrogénique (> 4 médicaments)
 - ★ Psychotropes-Cardiotropes-Anticoagulants
6. Troubles des fonctions supérieures
7. Déficit neurosensoriel (visuel – auditif)

POUR
L'ORIENTATION

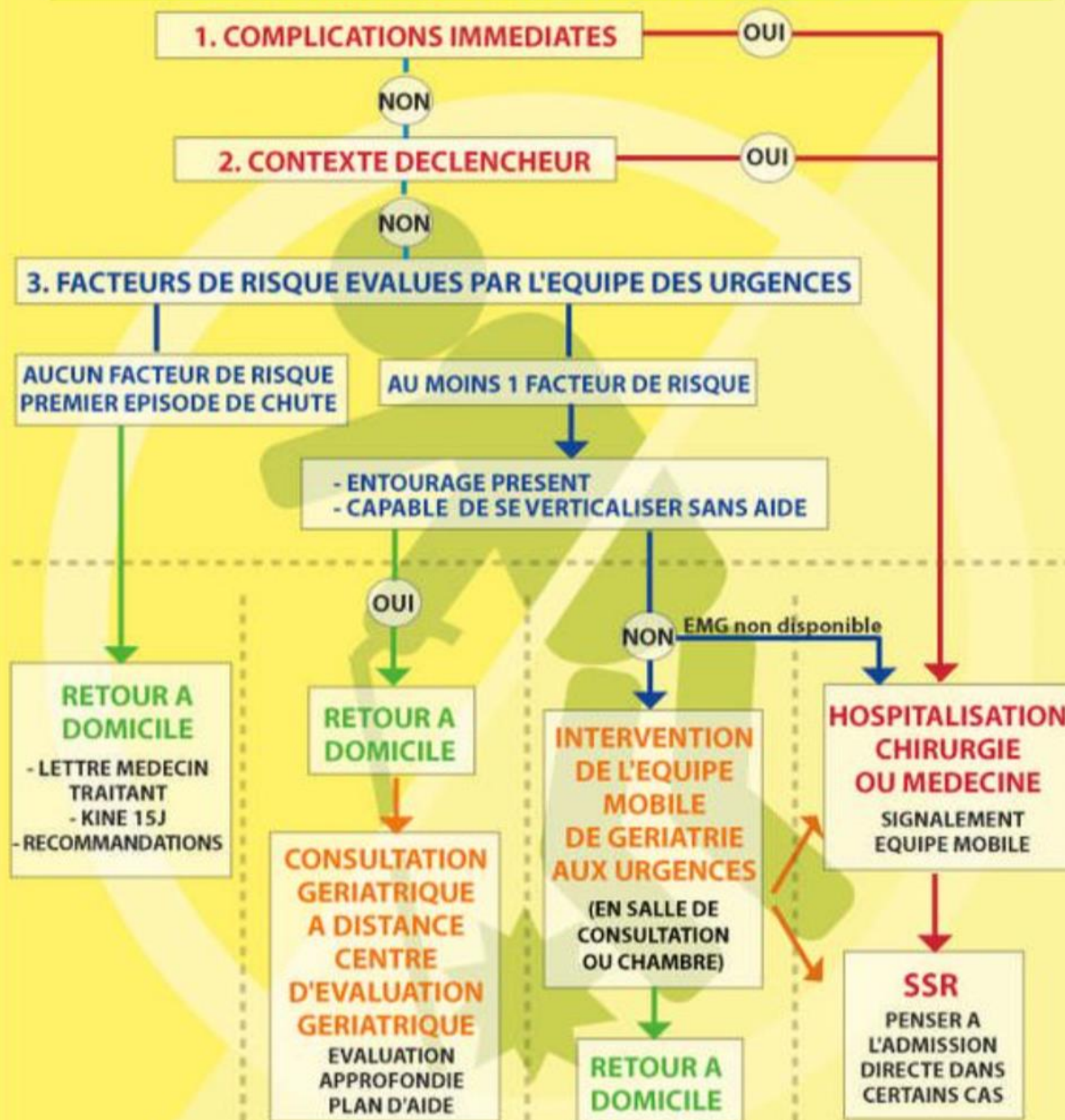
8. Incapacité à se verticaliser et/ou à marcher aux urgences
9. La personne vit seule, pas de référent disponible

10. Penser à noter ces données dans l'observation du patient



ORIENTATION DE LA PERSONNE AGEE > 75 ANS ADMISE POUR CHUTE AUX URGENCES

A L'ISSUE DE L'EXAMEN ET DE L'EVALUATION AUX URGENCES



PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS
AUX PERSONNES AGEES AUX URGENCES



Evaluation des pratiques professionnelles concernant la prise en charge du sujet âgé chuteur aux urgences du Centre Hospitalier de Mont de Marsan

Objectifs. Avec le vieillissement de la population, la fréquentation des personnes âgées dans les services d'accueil des urgences (SAU) augmente, particulièrement pour le motif de chute. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la prise en charge aux urgences du patient âgé chuteur.

Méthode. Tous les patients âgés de 75 ans et plus, qui ont appelé les pompiers, ont été régulés par le SAMU et ont été adressés pour un motif de chute au SAU du CH Layné à Mont de Marsan ont été rétrospectivement inclus du 01/01/2017 au 30/04/2017. L'étude a été réalisée sous la forme d'une évaluation des pratiques de type observationnelle analytique rétrospective. Le critère de jugement principal composite est la recherche des facteurs de risque de chute conformément aux recommandations de HAS sur la prise en charge des patients chuteurs de plus de 75 ans, publiées en 2009, et l'évaluation gériatrique par l'Equipe Mobile de Gériatrie (EMOG).

Résultats. Parmi les 108 patients (âge moyen de 86,6 ans, 56,4% de femmes), 22% (n=24) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG. En ne considérant que les patients intégralement pris en charge par les urgentistes (n=51), c'est-à-dire renvoyés à domicile à la sortie du SAU ou orientés vers l'HTCD (hospitalisation très courte durée), 35% (n=18) ont bénéficié d'une évaluation par l'EMOG. La recherche exhaustive de l'ensemble des facteurs de risque de chute selon l'HAS n'a été réalisée dans aucun dossier. En moyenne, sur les 24 facteurs de risque, 10.5 facteurs ont été recherchés dans chaque dossier.

Conclusion. Les patients âgés chuteurs admis au SAU pour un motif de chute ne sont pas pris en charge de façon optimale. Une minorité de patients bénéficie d'une évaluation par l'EMOG et les facteurs de risque de chute, au regard des recommandations HAS, sont insuffisamment recherchés. Une réorganisation des urgences et la mise en place d'un protocole sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées chuteuses.

Mots clés : Chute, Personnes âgées , Urgences , EMOG , Fragilité, Gériatrie , Mont de Marsan, Gériatrie

Evaluation of professional practices concerning the care of the elderly patient who falls in the emergency room of the Mont de Marsan Hospital

Objective. As the population ages, the number of elderly people using emergency services increases, particularly because of the reason for the fall. The main objective of our study is to evaluate the management of the elderly patient in the emergency room.

Methods. All patients aged 75 and over, who called the fire brigade, were regulated by the SAMU and were referred for a fall to the Emergency Department (SAU) of the Layné Hospital in Mont de Marsan were retrospectively included from 01/01/2017 to 30/04/2017. The study was conducted as a retrospective analytical observational practice evaluation. The main composite endpoint is the search for risk factors for falls in accordance with the recommendations of the High Authority of Health (HAS) on the management of patients over 75 years of age who fall, published in 2009, and the geriatric evaluation by the Mobile Geriatric Team (EMOG).

Results. Of the 108 patients (mean age 86.6 years, 56.4% female), 22% (n=24) received an EMOG assessment. Considering only patients fully managed by emergency physicians (n=51), i.e. discharged from SAU or referred to HTCD (very short-term hospitalization), 35% (n=18) received an assessment by EMOG. The exhaustive search for all the risk factors for falls according to the HAS was not carried out in any file. On average, out of the 24 risk factors, 10.5 factors were identified in each case.

Conclusion. Elderly patients who are admitted to the SAU for a reason for a fall are not optimally managed. A minority of patients benefit from geriatric evaluation by EMOG and the risk factors for falls, with regard to the recommendations of the HAS, are insufficiently researched. Our study shows that a reorganization of the emergency rooms and the implementation of a protocol are necessary in order to improve the care of these elderly people who fall.

Keywords : Fall, Elderly, Emergencies Room, EMOG, Frailty, Geriatrics, Mont de Marsan, Gerontology