Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2019 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 décembre 2019

Par ANTIER Lucie

Né(e) le 12 juin 1987 à TROYES

Devenir des patients de 75 ans et plus adressés aux urgences pour chute par SOS Médecins Limoges

Thèse dirigée par le Dr BOSETTI Anaïs

Examinateurs :

M. le Professeur Achille TCHALLA	Président
M. le Professeur Jean Yves SALLE	Juge
M. le Professeur Daniel BUCHON	Juge
Mme. le Docteur Anaïs BOSETTI	Directrice de thèse
M. le Docteur Fabrice MASSOULARD	Membre invité

Thèse d'exercice

Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2018 Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 18 décembre 2019

Par ANTIER Lucie

Né(e) le 12 juin 1987 à TROYES

Devenir des patients de 75 ans et plus adressés aux urgences pour chute par SOS médecin Limoges

Thèse dirigée par le Dr BOSETTI Anaïs

Examinateurs :

M. le Professeur Achille TCHALLA	Président
M. le Professeur Jean Yves SALLE.	Juge
M. le Professeur Daniel BUCHON.	Juge
Mme le Docteur Anaïs BOSETTI	Membre invité
M. le Docteur Fabrice MASSOULARD	Membre invité

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1er octobre 2019

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine (CS)	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
CAIRE François (CS)	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT. (En disponibilité jusqu'au 31-12-2019)
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien (CS)	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François (CS)	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud (CS)	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION (en détachement jusqu'au 04-11-2020)
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

MOHTY Dania	CARDIOLOGIE (en disponibilité jusqu'au 14-02-2021)
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel (CS)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE (surnombre jusqu'au 31-08-2020)
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma (CS)	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe (CS)	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine (CS)	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BEN AHMED Sabrina	CHIRURGIE VASCULAIRE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LERAT Justine	O.R. L
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

Licence CC BY-NC-ND 3.0

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1er septembre 2019 au 31 août 2022)
LAUCHET Nadège	(du 1er septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1er septembre 2018 au 31 août 2021)

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BESSEDE Jean-Pierre	du 01.09.2018 au 31.08.2020
BUCHON Daniel	du 01.09.2019 au 31.08.2021
MERLE Louis	du 01.09.2019 au 31.08.2020
MOREAU Jean-Jacques	du 01.09.2019 au 31.08.2020
TREVES Richard	du 01.09.2019 au 31.08.2021
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2020
VIROT Patrice	du 01.09.2019 au 31.08.2020

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER) 31/10/20 1er contrat
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/19 1er contrat
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 31/10/19 2ème contrat
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 31/10/20 1er contrat
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE 31/10/20 1er contrat
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1er contrat
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 2ème contrat
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE 31/10/19
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1er contrat
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/19 1er contrat
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE 02/05/19 2ème contrat
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1er contrat
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE 31/10/20 1er contrat
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINENUCLEAIRE31/10/20 1er contrat
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE 06/11/20 1er contrat

Licence CC BY-NC-ND 3.0

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 31/10/20 1er contrat
AUBLANC Mathilde	GYNÉCOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20 1er contrat
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A 31/10/19 1er contrat
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE 31/10/19 1er contrat
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE 31/10/20 1er contrat
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE 31/10/19 2ème contrat
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT 16/11/19 1er contrat
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE 08/01/19 1er contrat
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE 31/10/19 2ème contrat
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE 31/10/19 fin de fonction définitive
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A 01/05/19 1er contrat
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION 31/10/19 2ème contrat
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE 30/04/19
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE 01/05/19 1er contrat
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEOHROLOGIE 31/10/20 1er contrat
EVRARD Bruno	REANIMATION 31/10/19 1er contrat
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES 31/10/19 1er contrat
FAYEMENDY Charlotte	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/19 1er contrat
FROGER Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie) 31/10/20 1er contrat
GHANEM Khaled	O.R. L

Licence CC BY-NC-ND 3.0

GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE 31/10/20 2ème contrat
GOUDELIN Marine	REANIMATION 31/10/19 1er contrat
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES 31/10/20 1er contrat
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 31/10/19 1er contrat
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES 31/10/19 1er contrat
LACOSTE Marie	MEDECINE INTERNE 31/10/19 1er contrat
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE 01/09/19 fin de fonction définitive
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE 31/10/20 1er contrat
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20 1er contrat
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE 31/10/19 1er contrat
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/19 2ème contrat
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE 31/10/19 2ème contrat
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE 31/10/20 1er contrat
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE 31/10/20 1er contrat
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE 30/04/20 1er contrat
ORSONI Xavier	UROLOGIE 31/10/20 1er contrat
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B 31/10/20 1er contrat
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE 31/10/19 1er contrat
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE 31/10/20 1er contrat
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOIGE et IMAGERIE MEDICALE (NRI) 31/08/19 fin de fonctions définitive
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE 31/10/19 2ème contrat
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE 31/10/19 1er contrat
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE 31/10/20 1er contrat

Licence CC BY-NC-ND 3.0

TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE 31/10/20 1er contrat
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE 31/10/20 1er contrat

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE 01/05/19

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

CARLESSO-CROUZIL Olivia 31/10/20 1er contrat

SEVE Léa 31/10/19 1er contrat

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE-MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine	O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)
MATHIEU Pierre-Alain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

NB : Les CCA-AHU sont nommés pour 2 ans : 1er contrat.
Ils peuvent être renouvelés dans leurs fonctions pour un an : 2ème contrat.
Enfin, ils peuvent bénéficier d'un dernier renouvellement d'un an : 3ème contrat.
Fin de fonction définitive au bout de 4 ans.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

« La plus grande victoire de l'existence ne consiste pas à ne jamais tomber, mais à se relever après chaque chute »

Nelson Mandela

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Remerciements

A Monsieur le **Professeur Achille TCHALLA**,

Professeur des Universités de Gériatrie et Biologie du Vieillissement du CHU de Limoges, Praticien Hospitalier, Responsable de Service.

Vous me faîtes un grand honneur en acceptant de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le **Professeur Jean Yves SALLE**,

Professeur de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU de Limoges,

Président de la CME.

Merci de prendre de votre temps pour venir juger cette thèse. J'ai pu bénéficier de votre expérience professionnelle au cours de ma formation, en tant qu'externe dans un premier temps, puis en tant que FFI. Votre service m'a beaucoup appris sur la coordination des soins entre les différents soignants, l'existence des professions telles que les Ergothérapeutes et les Masseurs kinésithérapeutes ainsi que leur importance pour une prise en charge optimale d'un patient. Veillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le **Professeur Daniel BUCHON**,

Professeur émérite de Médecine Générale au CHU de Limoges.

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie pour votre enseignement de la médecine Générale. Je tiens à vous exprimer mes remerciements et ma profonde gratitude.

A madame le **Docteur Anaïs BOSETTI,**

Médecin Gériatre CHU de Limoges.

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour ta rigueur, tes corrections et ton soutien. Sois assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le **Docteur Fabrice MASSOULARD**,

Président de l'association SOS Médecins Limoges.

Merci d'avoir accepté de venir juger mon travail. Aujourd'hui tu représentes les amis de l'association qui m'a accueilli il y a maintenant 2 ans. Merci pour votre confiance au quotidien. Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Un grand merci à la **CIRE Nouvelle-Aquitaine**, Mme MEURICE Laure, ainsi qu'à **l'administration de SOMENOR**, Mme NICOLE Valérie, avec qui j'ai pu collaborer pour ce travail.

A mon groupe d'accompagnement de thèse,

Daniella, pour toute ta gentillesse, ton amitié précieuse et ton soutien sans faille. **Nicolas** pour avoir gardé mon fils, et pour qui tu es devenu son « tonton ». **Corinne** pour ta joie de vivre, ton sourire et ta perspicacité.

Une énorme dédicace à mes amis de la première année de médecine,

Fabien, **Thomas**, **Virginie**, **Guillaume** et **Pierre Alain**. L'année 2005 fut le début d'une incroyable aventure, je vous remercie pour tous ces bons et mauvais moments de révisions, de rire, de doute, d'attente devant les portes de la fac très tôt le matin. Je ne retiens que le meilleur auprès de vous et d'avoir « grandi » à vos côtés est une grande fierté.

A **Hawa**, qui a pris la relève pour être à mes côtés à la BU dans les longues périodes de révision durant l'externat.

A toutes les **équipes médicales, paramédicales** de tous les services que j'ai pu rencontrer, ORL, orthopédie, dermato, urologie, CTCV, MPR, gynécologie, pédiatrie, SSRG (Rebeyrol 4ème B et St Junien), Urgences (CHU et St Junien), la polyclinique, chaque personne rencontrée, fut une expérience qui m'a conduite où j'en suis aujourd'hui.

A l'équipe de **rhumatologie** qui m'a bichonné durant ma grossesse, un service idéal lorsque l'on a une sciatique.

A l'équipe des **urgences de St Junien** qui a su faire renaître ma vocation en la médecine à un moment où j'en étais écœurée, je ne vous remercierai jamais assez, **Dr Nathalie CEUILLE** et **Dr Etienne COUTY** pour votre patience et votre transmission de savoir. Un grand merci à TOUS, de Marie à Nathalie, vraiment ce serait trop long de tous vous nommer, mais je n'oublie rien de ce stage de 6 mois qui fut trop court à mon goût en compagnie de mon super co-interne Guillaume.

A l'équipe de **la polyclinique**, j'ai pour vous une totale admiration de votre qualité de prise en charge, de réactivité et de dévouement. J'ai rarement vu une équipe aussi soudée dans la difficulté. J'ai énormément appris auprès de vous aussi bien dans le domaine médical que dans l'humilité de notre métier.

Je tiens à faire un remerciement tout particulier au **Dr Sophie PEYRICHOU**, avec qui j'ai eu la chance de travailler en tant qu'externe et interne au SSRG. Tu avais prédit que je ferais une thèse dans la gériatrie, à l'époque j'avais ris.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A Eli,

Mon fils, mon petit homme, je te bénie d'être là.

Tu es apparu au début de mon internat et depuis tu as été le soleil de ce long tunnel. A chacun de tes câlins tu m'apaises et me rend plus forte pour affronter demain. La conciliation entre mon rôle de mère et de médecin est encore difficile à établir, mais sache que je fais tout pour t'apporter de la joie, du bonheur et faire résonner ton rire à l'infini. Je t'aime.

A mes parents,

Comment trouver les mots pour vous remercier de tout.

Papa, de m'avoir convaincu de redoubler la première année quand je n'y croyais plus. De m'avoir appris l'endurance, de ne jamais baisser les bras, d'accepter la difficulté et de franchir la ligne d'arrivée.

Maman, d'être venu à mes côtés à chaque période d'examen pour me soutenir durant l'externat, me faire à manger, me dire d'aller dormir, me distraire (30 min par jour pas plus!). Digne d'un vrai ravitaillement de Grand Raid.

Merci d'avoir eu confiance en moi et de m'avoir laisser quitter l'île de la Réunion, la majorité à peine obtenue. Je sais que cela a été difficile pour vous de trouver le juste milieu avec 10 000km de distance entre nous. Pour avoir fait de moi ce que je suis, merci.

A mes frères,

Merci de votre présence et de votre différence qui fait notre force.

Bruno, d'avoir cru en moi avant même de passer le bac, de me trouver « folle à la limite de la bipolarité » pour avoir choisi cette vie, de m'avoir fait découvrir « The big bang Theory » qui m'a accompagné tous les soirs de la rédaction de la thèse.

Raphaël, de partager avec moi le goût de l'aventure, de la montagne et surtout le plaisir de la vie. What else ?

A Anki, nous en avons traversé des chemins ensemble sur 6 ans…

Nous nous sommes rencontrés en dansant, nous sommes passé de la salsa à un rythme plus compliqué à suivre, d'un ventre plat à un ventre rond portant la vie…

Tu m'as connu, supporté, aidé dans les moments les plus tumultueux de mes études. Notre couple n'a pas survécu à cette tempête mais je ne peux finir sans toi. Tu as été mon meilleur ami pendant tout ce temps, merci pour ces dimanches a passé à travailler tandis que nos amis et famille partaient vadrouiller. Merci de m'avoir rendu plus forte malgré toi. Merci pour toutes ces danses partagées et à venir.

A tout mon band famille la réunion,

Merci à zot toute pou toute zak zot la fait pou moin. Moin lé fière de faire parti de zot famille. Tout l'amour, le partaz, les carrys, les chansons ac la guitare, les cosements, les doigts de pieds crasés dans Mafate etc. Na point un zafair mi ve changer. Mon kèr lé gros quand mi pense Cilaos, et allé dire partout mi aime à zot toute !

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A la famille Endanse,

La découverte de la salsa fut l'expérience la plus incroyable de mon cursus. Elle m'a donné une famille de cœur, de joie, de rencontre au rythme des plus merveilleuses danses que j'ai pu avoir. Et la plus belle qui m'a valu un fils. Merci à tous pour ces parenthèses enchantées de mes études.

A Mélody,

Tu peux rentrer dans toutes les cases citées plus haut, de l'amie rencontrée durant l'externat, de la famille Endanse, de la naissance de mon fils. Après 1 an à la Réunion, tu fais partie de la famille créole également, et maintenant de l'équipe de soutien à la thèse. En bref, tu es partout, fidèle à toi-même et je t'en remercie infiniment. Merci d'être mon amie. J'ai hâte de poursuivre nos voyages, nos marches à la poursuite des Poi'z, nos discussions autour d'une bonne bouteille de vin.

A tous mes amis rencontrés tout au long du chemin :

Alex, pour les voyages solaires, ces moments de calme, de complicité et d'énergie positives.

Manon, la magicienne, pour la poursuite et stabilisation de la bonne énergie.

Luc, pour les voyages lunaires loin de tout, dans les étoiles et les soirées créoles.

Christophe, pour ces vacances à la Réunion, de m'avoir aidé à affronter ma peur, de m'écouter me plaindre sans me juger. **Clémentine**, pour ta présence et notre nouvelle rencontre.

Guillaume, pour m'avoir appris à dompter la technologie Apple (ou pas), d'avoir accepté que je transforme ton appartement en bureau à la fin de la rédaction et de m'avoir supporté pendant mes phases de solitudes.

A toute l'équipe de **SOS Médecins Limoges**, qui m'a accueilli, cela fait maintenant 2 ans dans leur association et m'a fait découvrir une autre façon d'exercer la médecine.

Je vous remercie de vos conseils, de votre présence, de toute l'aide que vous m'avez apporté. Un merci particulier au Dr Laurence Gourinchas pour m'avoir prêté son mémoire, duquel est né ce travail. Je te souhaite une bonne continuation et le meilleur sur les routes bretonnes.

Merci.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Droits d’auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »
disponible en ligne : *http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/*

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des matières

Introduction 25
I. Généralités 26
I.1. Le vieillissement 26
I.1.1. Définition 26
I.1.2. Épidémiologie 27
I.1.2.1. Au niveau national 27
I.1.2.2. Au niveau régional 28
I.1.3. Problématiques liées au vieillissement 29
I.1.3.1. Conséquences sur l'organisme 29
I.1.3.2. Le syndrome clinique de fragilité 31
I.1.3.3. La perte d'autonomie 32
I.2. Chutes 33
I.2.1. Définition 33
I.2.2. Épidémiologie 34
I.2.2.1. En France 34
I.2.2.2. En Haute-Vienne 34
I.2.3. Facteurs de risque 34
I.2.3.1. Facteurs intrinsèques 34
I.2.3.2. Facteurs extrinsèques 35
I.2.3.3. Facteurs précipitants : 35
I.2.4. Conséquences 36
I.2.4.1. Les conséquences traumatiques : 36
I.2.4.2. Les conséquences psychomotrices : le syndrome post-chute 36
I.2.4.3. Conséquences psychologiques : 37
I.2.4.4. Conséquences indirectes : 37
I.2.5. La rééducation post-chute 38
I.2.5.1. Évaluation 38
I.2.5.2. La prise en charge en kinésithérapie 38
I.3. SOS Médecins 39
I.3.1. Historique 39
I.3.2. Activités 40
I.3.3. SOS Médecins Limoges 40
I.3.4. SOS Médecins Limoges et la Gériatrie 41
I.3.4.1. Hôpital de jour Baudin 41
I.3.4.2. Radiologie 42
I.3.4.3. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD) 42
I.3.4.4. L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) et l'Hospitalisation A Domicile (HAD) 42
I.3.5. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) 42
I.3.6. La régulation gériatrique 43
I.3.7. Unité de Recours aux Soins Gériatriques (URSG) 43
I.4. Objectifs de l'étude 43
II. Matériel et Méthode 44
II.1. Schéma de l'étude 44

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II.2. Lieu de l'étude 44
II.3. Population cible 44
II.4. Recueil de données 45
II.5. Analyse statistique 46
III. Résultats 47
III.1. Caractéristiques socio-démographiques 47
III.1.1. Le sexe 47
III.1.2. L'âge 48
III.1.3. Le lieu de vie 49
III.1.4. Provenance des appels 49
III.1.5. Les motifs d'admission 50
III.2. Devenir après admission aux urgences 50
III.2.1. Les diagnostics de sortie des urgences 51
III.2.2. Les hospitalisations 52
III.2.3. Les services concernés par les hospitalisations 53
III.3. Devenir après hospitalisation 54
III.3.1. Lieux de vie 54
III.3.2. Réadmissions aux urgences 55
III.4. Prise en charge par la MUPA 56
IV. Discussion 57
IV.1. Principaux résultats 57
IV.2. Validité interne 57
IV.2.1. Forces de notre étude 57
IV.2.2. Limites de notre étude 57
IV.3. Validité externe 58
IV.3.1. Données socio-épidémiologiques 58
IV.3.2. Incidence des hospitalisations 59
IV.3.3. Devenir post-hospitalisation 59
IV.3.4. MUPA 60
IV.3.5. Réadmissions aux urgences 60
IV.4. Projets en cours 61
IV.4.1. Clinique Chénieux 61
IV.4.2. La présence d'infirmières dans les institutions la nuit. 61
IV.4.3. Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) 61
IV.5. Devenir 62
Conclusion 64
Références bibliographiques 65
Annexes 68
Serment d'Hippocrate 75

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des illustrations

Figure 1 Modèle 1+2+3 de Bouchon 27
Figure 2 Pyramide des âges en 2013 et 2070 28
Figure 3 Indice de vieillissement en Nouvelle Aquitaine 29
Figure 4 Processus de fragilisation 31
Figure 5 Différents concepts utilisés pour définir la chute grave 33
Figure 6 Diagramme des flux 47
Figure 7 Répartition de la population selon le sexe 48
Figure 8 Répartition de la population selon les classes d'âge 48
Figure 9 Répartition de la population selon le lieu de vie 49
Figure 10 Répartition de la population en fonction de la provenance de l'appel 49
Figure 11 Répartition de la population en fonction de leur devenir après les urgences 51
Figure 12 La répartition de la population hospitalisée en fonctions de la durée du séjour 52
Figure 13 Répartition de la population hospitalisée selon les SAU 52
Figure 14 Répartition de la population hospitalisée en fonction de leur sortie de l'hôpital 54
Figure 15 Répartition du mode de sortie de la population hospitalisée en fonction des SAU 54
Figure 16 Incidence des réadmissions aux urgences à J3, 1 mois et 3 mois 55
Figure 17 Incidence des réadmissions aux urgences des patients pris en charge par la MUPA initialement à J3, 1 mois et 3 mois 56

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Table des tableaux

Tableau 1 Répartition en fonction du motif d'admission 50
Tableau 2 Répartition en fonction du diagnostic de sortie 51
Tableau 3 Répartition de la population en fonction des services hospitaliers 53

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Abréviations :

AC/FA : Arythmie Cardiaque sur Fibrillation Auriculaire

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources

AMK : Actes pratiqué par le Masseur-kinésithérapeute libéral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : Anti-Vitamine K

ARM : Assistant de Régulation Médicale

ARS : Agence Régionale de Santé

BAV : Bloc Auriculo-Ventriculaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10 : Classification International des Maladies, 10e révision

CIRE : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en REgion

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de lavie Courante

HAD: Hôpital A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

MIG : Médecine Interne Gériatrique

MUPA : Médecine d'Urgence de la Personne Âgée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORULIM : Observatoire Régional des Urgences du LIMousin

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PTA : Plateforme Territoire d'Appui

PUG : Post Urgence Gériatrique

RAD : retour à domicile

SAMU : Service d'Aide Médical d'Urgence

Licence CC BY-NC-ND 3.0

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SDIS 87 : Service D'Incendie et de Secours de la Haute-Vienne

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

SurSaUD : Surveillance Sanitaire des Urgences et des décès

SSRG : Service Soins Réadaptation Gériatrique

TMM : Test Moteur Minimum

TUG : Timed Up and Go

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

URCC : Unité de Réhabilitation Cognitivo-Comportementale

URSG : Unité de Recours de Soins Gériatrique

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Introduction

Le vieillissement de la population est un fait indéniable dans le département de la Haute-Vienne. Depuis 1990, on observe une augmentation progressive des personnes âgées avec actuellement 6 millions d'habitants à avoir plus de 75 ans au niveau national. La région Nouvelle Aquitaine est la région la plus touchée avec 33% de sa population qui est âgée de 60 ans et plus. Cette évolution sous-entend une hausse des pathologies en lien direct avec ce vieillissement.

L'avancée en âge se fait en parallèle avec la modification du bon fonctionnement de l'organisme et l'apparition des pathologies chroniques. De ce fait les personnes âgées sont plus à risque de devenir des personnes dites « fragiles » et de perdre leur autonomie face à des complications.

La chute représente un véritable problème majeur de la santé publique, de par son incidence chez les personnes âgées et de par la gravité de ses conséquences. D'après la littérature 50% des plus de 80 ans vivant à domicile chutent au moins une fois dans l'année. 84% des accidents de la vie courante dans les services d'urgences sont des chutes. Or le passage aux urgences n'est pas sans conséquence pour cette catégorie de patients.

Dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, il a été développé un réseau gériatrique varié sur ces dernières années. Il permet de renforcer la continuité des soins en ville et d'avoir des accès directs lorsqu'une hospitalisation s'impose. Malgré ces efforts la demande de soins est toujours plus forte que l'offre.

C'est dans ce souci que le gouvernement annonce, dans la loi de santé 2022, le développement de projets pour pallier la demande de soins non programmés que les services d'urgences ne peuvent absorber.

L'association SOS Médecins répond à une partie de ces demandes en palliant dans les zones urbaines les difficultés à recourir à un médecin recevant hors rendez-vous ou dans des délais courts, que ce soit aux heures « ouvrables » ou en permanence des soins.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'incidence des hospitalisations réelles des patients de 75 ans et plus pris en charge initialement par SOS Médecins pour une chute et d'étudier leur devenir.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I. Généralités

I.1. Le vieillissement

La population des soixante ans et plus est celle qui augmente le plus vite selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Cette augmentation reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques mais elle s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles il faut faire face.

I.1.1. Définition

En Gérontologie, le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.

La vieillesse connaît plusieurs définitions. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55 - 60 ans. Pour le calcul des besoins en équipements et services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent.

Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans.

Cependant une personne ne devient pas vieille du jour au lendemain. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. (1)

Un schéma modélisant le vieillissement et la décompensation fonctionnelle d'un individu a été proposé par le Pr Jean-Pierre Bouchon en 1984 en prenant en compte l'accumulation de trois éléments qui aboutissent à la décompensation d'une fonction. (2)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

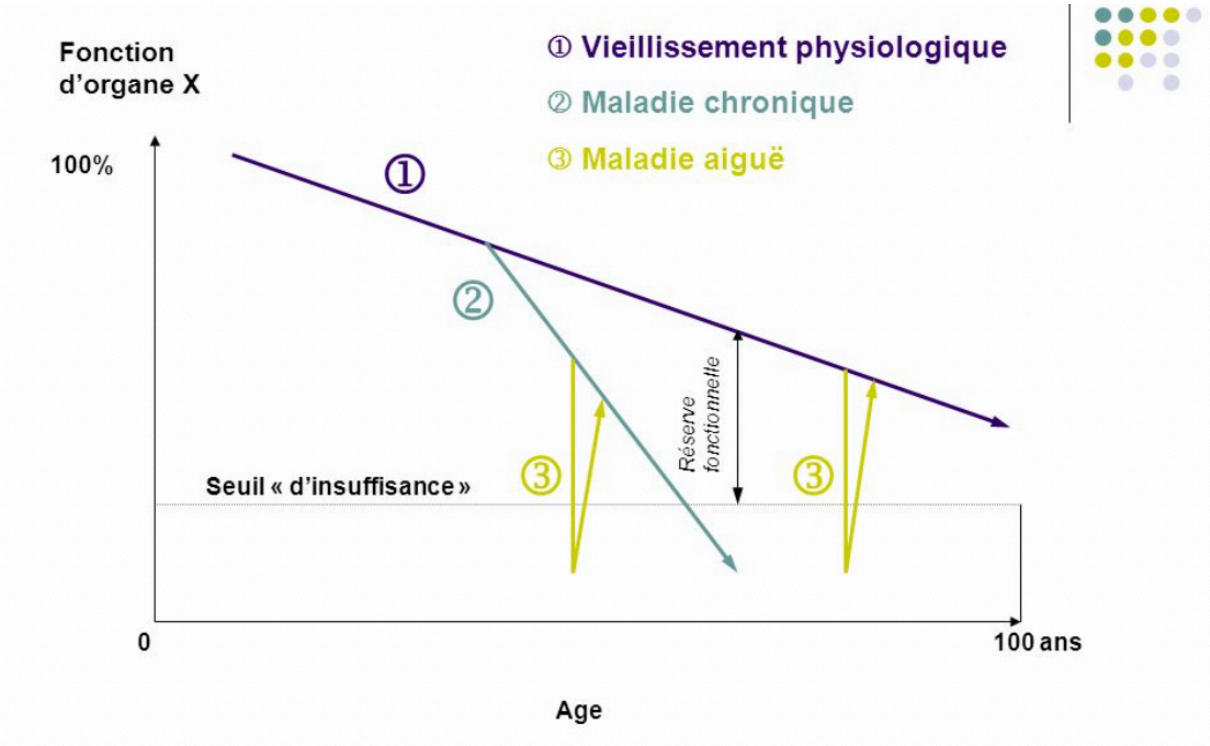


Figure 1 Modèle 1+2+3 de Bouchon

Sur ce schéma, l'âge du patient est porté en abscisse. En ordonnée, est représentée la fonction, originellement celle d'un organe : au maximum 100%. Un seuil clinique d'insuffisance marque la décompensation fonctionnelle potentiellement irréversible.

La courbe 1 représente les effets du vieillissement sur la fonction : vieillissement cardiaque, vasculaire, rénal, cérébral qui n'aboutirait jamais à lui seul à la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2 représente l'effet d'une ou de plusieurs maladies chroniques qui viennent se greffer sur le vieillissement telle qu'une coronaropathie, l'hypertension artérielle ou un syndrome démentiel. La maladie chronique, si elle évolue, peut conduire au stade d'insuffisance : par exemple une maladie d'Alzheimer compliquée de dénutrition et trouble de la marche avec chute.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation ; c'est souvent l'élément sur lequel la médecine a davantage de prise tel qu'un stress aigu, une pathologie iatrogène ou une affection médicale intercurrente : prise d'un alpha-bloquant pour un adénome prostatique entrainant l'aggravation subite d'une hypotension orthostatique, à l'origine d'une chute au lever traumatisante chez un patient atteint de diabète compliqué de neuropathie avec dysautonomie. (3)

I.1.2. Épidémiologie

I.1.2.1. Au niveau national

Au 1er janvier 2019, la France compte 66,9 millions d'habitants, dont les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 9,3%. (4)

Selon les projections de population de l'Insee, si les tendances démographiques se maintiennent, la France comptera 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

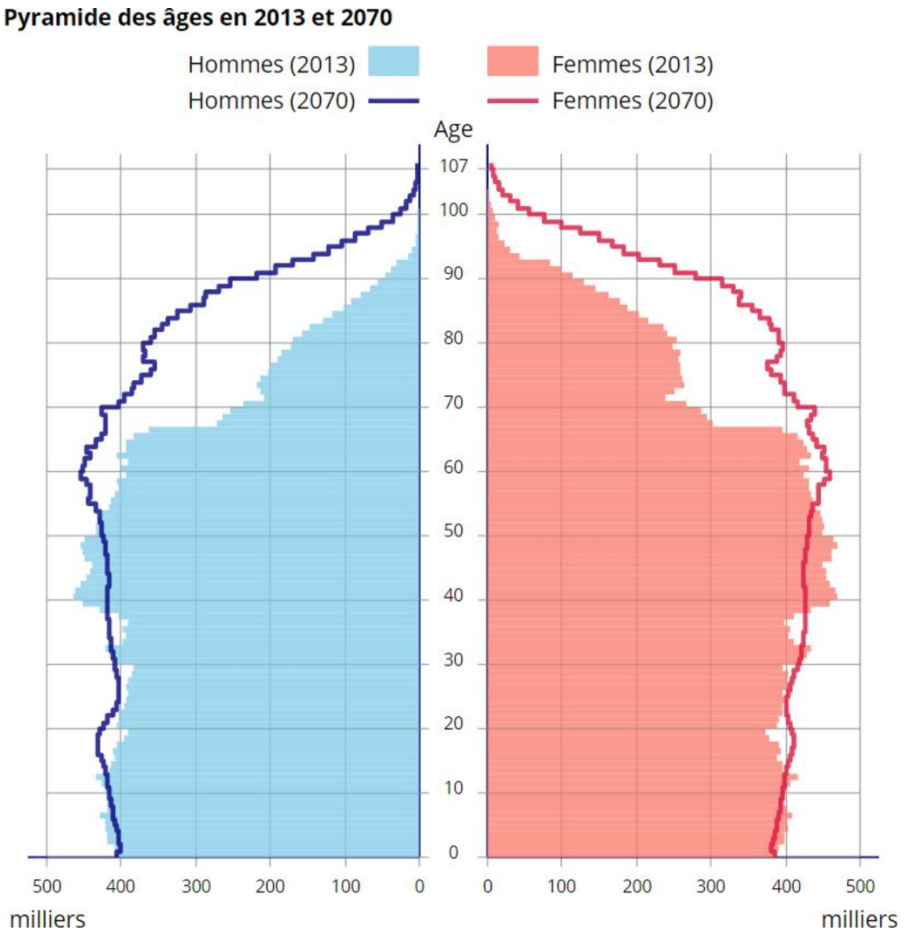


Figure 2 Pyramide des âges en 2013 et 2070

Cette augmentation sera particulièrement forte pour les personnes de plus de 75 ans. Jusqu'en 2040, la proportion des personnes de 65 ans et plus va progresser fortement : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus.

Cette augmentation est inévitable, elle correspond à l'arrivée dans cette classe d'âges de toutes les générations issues du *baby-boom*. Après 2040, la part des 65 ans et plus continuerait à progresser plus modérément pour atteindre son point culminant en 2070, date à laquelle la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans et plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans. (5)

Cette empreinte aura disparu avec le décès des générations concernées et la pyramide des âges reprendra une forme de cylindre jusqu'à un âge avancé.

I.1.2.2. Au niveau régional

La Nouvelle Aquitaine se classe en tête des régions les plus âgées en comptant plus de 1,8 millions de personnes de 60 ans et plus au 1er janvier 2019.

Ces séniors représentent 30% de la population régionale, contre 26% en moyenne nationale.

En Limousin, la part des plus de 60 ans atteint 33% contre 32% en Poitou-Charentes et 29% en Aquitaine.(6)

Comme en France métropolitaine, 95,5% des séniors vivent à leur domicile. Si cette part diminue avec l'âge, elle concerne encore 80% des 85 ans et plus.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

A l'horizon 2050, la région compterait deux fois plus de personnes de plus de 75 ans induisant une hausse du nombre de personnes dépendantes.

En Nouvelle Aquitaine comme ailleurs, la prise en charge de la dépendance constitue ainsi un enjeu important dans les prochaines années. (7)

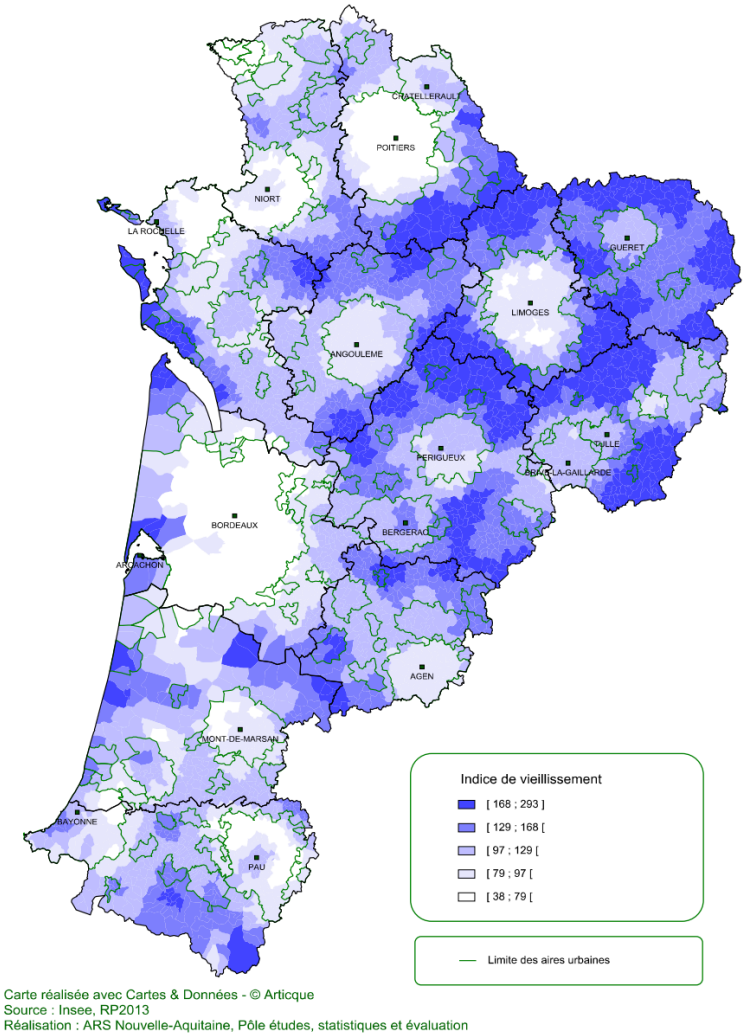


Figure 3 Indice de vieillissement en Nouvelle Aquitaine

I.1.3. Problématiques liées au vieillissement

I.1.3.1. Conséquences sur l'organisme

Les conséquences du vieillissement sur l'organisme sont multiples et entraînent la survenue de nombreuses pathologies.

Il ne sera cité que celles favorisant le risque de chute (1):

- Effets métaboliques : il existe une diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse favorisant la survenue d'une insulino-résistance et de diabète.
- Effets sur le système nerveux : le vieillissement du système nerveux central se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques. Le sommeil est réduit et parfois déstructuré. La sensation

Licence CC BY-NC-ND 3.0

de soif diminue, d'où le risque de déshydratation chez la personne âgée. La sensibilité proprioceptive diminue, favorisant l'instabilité posturale. L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions et majore le risque de syndrome confusionnel.

- Effets sur le système cardiovasculaire : le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques : une augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire. Cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes (contribution de la systole auriculaire) et la préservation de la fonction systolique ventriculaire qui contribuent au maintien du débit cardiaque.

  Le vieillissement de la paroi artérielle se caractérise par la fibrose du tissu vasculaire augmentant ainsi la rigidité artérielle ce qui allonge le temps de réponse des baroréflexes et entraine une veino-dilatation. Le tout favorise la survenue d'une hypotension orthostatique, facteur précipitant de la chute.

- Effets sur l'appareil respiratoire : il existe une diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et du volume des muscles expiratoires, responsable d'une réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. Les débits expiratoires sont donc diminués.

- Effets sur l'appareil digestif : le vieillissement entraîne des modifications de l'appareil bucco-dentaire et une diminution du flux salivaire pouvant être responsables d'une dénutrition.

- Effets sur l'appareil locomoteur : le vieillissement du muscle squelettique se traduit par une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire. L'ostéopénie est responsable d'une diminution de la résistance mécanique de l'os. D'où un risque important de chute avec fracture chez la personne âgée.

- Effets sur l'appareil urinaire : il y a une réduction des capacités de filtration et d'élimination du rein, ce qui entraîne un risque d'accumulation toxique en cas de polymédication. La vidange vésicale est également ralentie, favorisant ainsi les infections urinaires pouvant être à l'origine de chutes.

- Effets sur les organes des sens : la réduction de la vision et le phénomène de cataracte entraînent une baisse de l'acuité visuelle et un rétrécissement du champ visuel. De même, l'avancée en âge s'accompagne d'une presbyacousie. Ces deux phénomènes entraînent souvent la survenue de chutes.

De ce fait un sujet âgé est souvent polypathologique et multiplie les risques de chute.

Selon Fortin, la définition la plus acceptée de la polypathologie est « la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». (8)

Selon l'OMS « par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le cancer, le VIH, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point

Licence CC BY-NC-ND 3.0

commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. »(9)

I.1.3.2. Le syndrome clinique de fragilité

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 la définition suivante de la fragilité : « La fragilité est un syndrome clinique. Il 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'incapacités, 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»(10).

Selon Lang, le processus de fragilisation se compose de trois états(11):

- Le stade de pré-fragilité, il représente une étape cliniquement silencieuse où les réserves physiologiques, bien que déjà diminuées, seraient encore suffisantes pour assurer, lorsque l'organisme est soumis à des stress extérieurs, une récupération clinique complète.
- La fragilité apparaît comme une étape reconnaissable cliniquement par une récupération lente mais toujours incomplète après la survenue d'une affection aiguë, d'une blessure ou d'un stress. Cet état témoigne de l'insuffisance des réserves homéostatiques.
- Le stade ultime du processus est représenté par les complications.

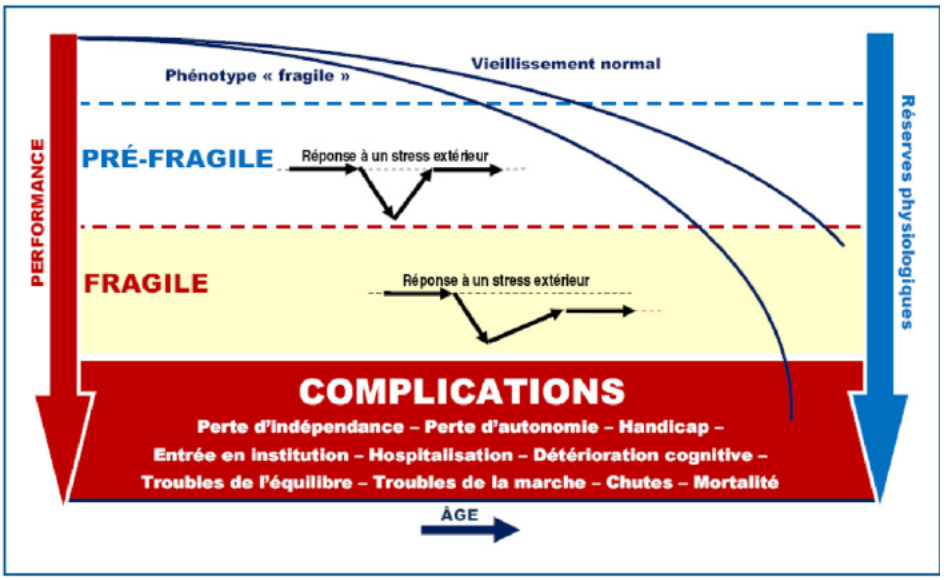


Figure 4 Processus de fragilisation

L'étude de cohorte de Fried a montré, sur 3 ans, que la fragilité était un facteur prédictif indépendant d'une évolution vers la survenue de chutes, de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. (12)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Il est proposé alors un premier modèle de dépistage clinique, qui est le plus décrit dans la littérature. Il définit un phénotype de fragilité basé sur la physiopathologie énergétique et motrice. Il combine 5 critères opérationnels :

- Perte de poids involontaire (≥ 5 kg ou ≥ 5% du poids initial) depuis 1 an.
- Diminution de la vitesse de marche.
- Diminution de la force musculaire.
- Fatigue / épuisement ressenti par le patient.
- Diminution de l'activité physique (sédentarité).

Il permet de définir 3 populations de patients : les « robustes » (aucun critère retrouvé), « les pré-fragiles » (au moins un voire deux critères) et « les fragiles » (3 critères ou plus).

Cependant le modèle de Fried se limite à une dimension uniquement physique. D'autres modèles ont ensuite été développés, intégrant d'autres dimensions (psychique, cognitive, comportementale, sociale, économique). (10)
A ce jour, bien que les 5 critères de Fried soient les plus utilisés en recherche clinique, Il n'existe pas d'outil consensuel de dépistage de la fragilité.

I.1.3.3. La perte d'autonomie

L'autonomie est définie par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. (13)

L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. Lorsque les capacités intellectuelles d'une personne âgée sont altérées, les soins qui lui sont prodigués doivent lui être expliqués.

La perte d'autonomie ne peut se dissocier de la dépendance qui est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Toutes les maladies peuvent être des causes de survenue ou d'aggravation de la dépendance. Comme nous l'avons vu précédemment, le sujet âgé est à risque d'être polypathologique ce qui peut aggraver la situation et précipiter la survenue de la dépendance.

La prévention de la perte d'autonomie est essentielle dans notre société vieillissante. Pour cela il est primordial de l'évaluer avec des outils adaptés.

Une étude menée en 2005 a mis en avant l'indice de Katz qui a pour objectif de mesurer les activités élémentaires de la vie quotidienne, le test de Lawton qui évalue quant à lui le patient dans les actes instrumentaux de la vie quotidienne et la grille AGGIR, instrument légal actuellement en France pour mesurer la dépendance des sujets âgés, dont l'objectif principal est la gestion des ressources sanitaires.(14)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.2. Chutes

I.2.1. Définition

L'OMS a présenté en 2007 la définition suivante : « une chute désigne tout événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre involontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur ».

Cependant la définition qui semble faire consensus depuis quelques années est celle proposée par Hauer en 2006: « 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 toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait ».

Les chutes peuvent être classées selon leurs conséquences car la finalité première de la prévention des chutes est la prévention de leurs conséquences graves.

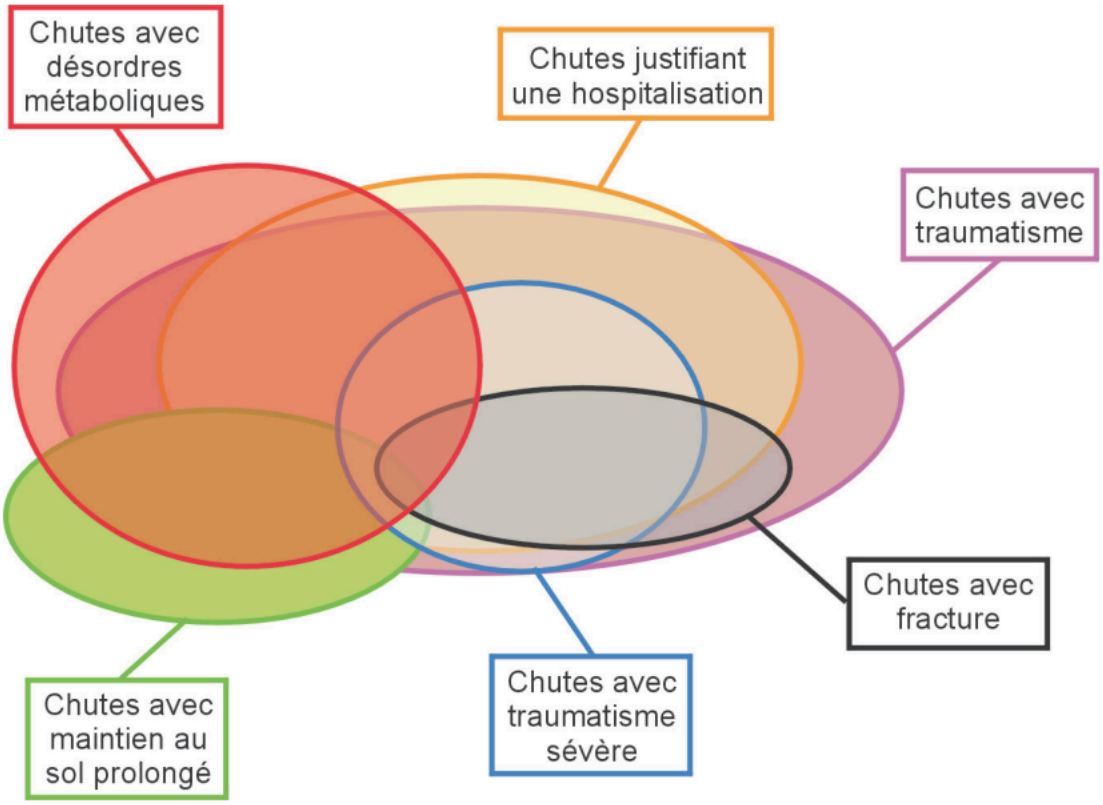


Figure 5 Différents concepts utilisés pour définir la chute grave

Les études publiées sur les conséquences ou le pronostic des chutes ciblent trop souvent une seule catégorie de chute (chute grave, répétée, traumatique…) et non tous les types de chutes.

La définition de la chute devrait tenir compte de la chute critique, c'est-à-dire de celle qui se définit par l'incapacité de la personne à se relever du sol. Il est trop restrictif de considérer uniquement les chutes avec traumatismes, car une chute en apparence mineure peut être fatale si la personne reste allongée sur le sol pendant une longue période, en raison des conséquences directes de ce maintien au sol. (15)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.2.2. Épidémiologie

I.2.2.1. En France

La surveillance épidémiologique des chutes s'appuie sur plusieurs sources de données, chacune ayant ses propres objectifs : les enquêtes du Baromètre santé, l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC), le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et une base constituée à partir des certificats de décès.(16)

Quelques chiffres mis à jour au 1er juillet 2019 par la santé publique :

- Plus de 9 300 personnes de 65 ans et plus décèdent chaque année des suites d'une chute
- 76 000 hospitalisations pour fracture du col du fémur chaque année
- Environ 3 chutes dans l'année pour une personne de 65 ans et plus

Cependant ces bases de données ne comptabilisent que les événements ayant justifié une médicalisation quelle qu'elle soit, notamment un passage par un service d'urgence ou un décès. On peut considérer qu'elles ne concernent que les chutes graves. Mais beaucoup de chutes ne sont pas prises en compte car, sans conséquences, elles sont vite oubliées ; il n'y a pas une réelle exhaustivité des chiffres.

I.2.2.2. En Haute-Vienne

En 2018, selon les données de l'observatoire régional des urgences du Limousin (ORULIM), 1 852 personnes âgées de 75 ans et plus ont été admises aux urgences du CHU pour un diagnostic traumatologique.

Parmi elles, 49% ont été hospitalisées dans l'établissement, 3% ont été transférées vers un autre établissement et 48% sont retournées à leur domicile.

Le Service départemental d'incendie et de secours de la Haute-Vienne (SDIS 87) a comptabilisé 2 577 relevages de personnes en 2018.

Selon la Présence Verte, qui fait partie des 1er choix en téléassistance (Service habilité à l'aide sociale) sur l'année 2015, ils ont recensé 1 109 chutes sur un total de 2 662 abonnés en Haute-Vienne soit une moyenne de 100 chutes par mois et une moyenne de 2,4 chutes par an et par abonné. (17)

I.2.3. Facteurs de risque

De nombreuses études sur les facteurs de risques de chute ont été réalisées dans ces dernières décennies.

Selon la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG), on peut les classer en 3 catégories.

I.2.3.1. Facteurs intrinsèques

Ces facteurs dépendent directement de l'individu et reflètent son état de santé :

- Age supérieur à 80 ans
- Antécédent de chute
- Trouble de l'équilibre

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Trouble visuel
- Déficit de la marche
- Déficit de force musculaire
- Dénutrition
- Dépendance dans les activités de la vie quotidienne
- Trouble cognitif
- Dépression
- Incontinence urinaire et impériosité
- Prise de médicament en particulier sédatif, hypotenseur, antiarythmique de classe I
- Polymédication (>4)

I.2.3.2. Facteurs extrinsèques

Ces facteurs correspondent aux conditions de vie et à l'activité du patient au moment de la chute (18):

- Consommation d'alcool
- Risque lié à l'environnement inadapté :
  - Petit tapis ou moquette mal ou non fixée,
  - descente de lit glissante
  - chaise ou fauteuil trop bas
  - pas de porte verglacé ou mouillé
  - baignoire ou douche glissante
  - présence d'une marche lors du passage d'une pièce à l'autre
  - escalier ou logement mal éclairé
  - animaux domestiques
  - problèmes vestimentaires : chaussage inadapté
- Nécessité d'un instrument pour se déplacer (canne, déambulateur…)
- Changement d'environnement (hospitalisation, déménagement…)

I.2.3.3. Facteurs précipitants :

Sont considérés comme tels tous les agents qui déclenchent la chute. Ces facteurs sont souvent multiples et associés entre eux. Ils peuvent être mineurs lorsque les facteurs de risque chroniques prédominent.

- Les causes cardio-vasculaires : trouble du rythme (AC/FA), trouble de conduction (BAV II et III), hypotension orthostatique, infarctus du myocarde.
- Les pathologies neurologiques : AIT, AVC, crise convulsive.
- Les troubles vestibulaires qui sont responsables de vertige.
- Les désordres métaboliques : hyponatrémie, hypo/hyper kaliémie, hypoglycémie, hypercalcémie etc.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Certains facteurs ont été mis en avant tels qu'une vitesse de marche trop rapide, les antécédents de chutes dans l'année, le diabète ainsi que les troubles cognitifs. La présence d'au moins 2 comorbidités est un facteur prédictif des chutes rapprochées sur une courte période (chute en grappe), de l'augmentation des chutes, ainsi que des chutes récurrentes chroniques. (19)

Selon l'Haute Autorité de Santé (HAS) la notion de chutes répétées peut se définir par la survenue d'au moins deux chutes sur une période de 12 mois.

I.2.4. Conséquences

Les chutes représentent une préoccupation grandissante du fait des importantes complications qui en découlent.

I.2.4.1. Les conséquences traumatiques :

- Fracture : col du fémur, vertèbres, côtes, épaules, poignets
- Entorse
- Plaies
- Brûlures
- Hématome sous dural, hémorragie méningée
- Hématome sous-cutané ou musculaire

I.2.4.2. Les conséquences psychomotrices : le syndrome post-chute

Le syndrome post-chute est un problème fréquemment observé chez la personne âgée, affectant près d'un chuteur sur cinq et est une urgence gériatrique. Non reconnu et non traité, il évolue vers un syndrome régressif majeur, aux répercussions physiques, psychiques et sociales graves.

Il se définit par l'apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique.(20)(21)

Il associe :

- une **composante motrice** comportant :
  - Des troubles de la statique en position assise avec rétropulsion et impossibilité de passage en antépulsion ;
  - Une position debout non fonctionnelle, se caractérisant par une projection du tronc en arrière (rétropulsion), un appui podal postérieur et un soulèvement des orteils ;
  - La marche lorsqu'elle est possible, se fait à petits pas, avec appui talonnier antiphysiologique, élargissement du polygone de sustentation, flexion des genoux, sans temps unipodal, ni déroulement du pied au sol.

- une **composante psychologique**. Elle se traduit par une anxiété majeure : le patient a peur du vide antérieur. Au maximum il existe une astaso-basophobie et cela peut conduire à un refus catégorique de verticalisation.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- un **syndrome de régression psychomotrice** peut compliquer le syndrome post-chute avec l'apparition d'une recherche de dépendance (clinophilie, incontinence, demande de couches, aide aux repas) ;

- un **syndrome dépressif** est à rechercher systématiquement.

I.2.4.3. Conséquences psychologiques :

La perte d'autonomie est l'aboutissement des répercussions psychomotrices de la chute. Elle résulte à la fois de la peur de chuter, de la perte de mobilité, ou de troubles de la marche et de l'équilibre. Ainsi, la chute chez la personne âgée se révèle être un facteur qui va engendrer une diminution du champ d'action, de l'espace social, familial, voire corporel.
La crainte d'une récidive conduit souvent à « institutionnaliser » le sujet. (22)

Les conséquences psychologiques peuvent s'installer plus sournoisement chez une personne âgée perdant brutalement confiance en elle, se sentant dévalorisée aux yeux de son entourage qui, croyant bien faire, réagit parfois par un excès de surprotection, installant encore plus la personne âgée dans la dépendance et la restriction d'activité.

Après une chute, à moyen terme, une perte d'autonomie est observée chez près d'un tiers des sujets qui n'ont pas eu de fracture.

I.2.4.4. Conséquences indirectes :

- <u>Complications liées à l'immobilisation :</u>

- pneumopathie d'inhalation,
- escarres de décubitus,
- déshydratation,
- hypothermie,
- rhabdomyolyse.

- <u>L'hospitalisation</u>

Selon les données épidemiologique de EPAC en 2010, 85% des recours aux urgences pour accident de la vie courante chez les 65 ans et plus étaient dus à une chute

- <u>Le décès</u>

Ces chutes critiques multiplient la mortalité par deux à six fois par les nombreuses répercussions susceptibles de compromettre la survie. Pour rappel, les chutes sont responsables de plus de 9 000 décès par an chaque année en France chez les personnes âgées de 65 ans et plus. (23)

- <u>L'Institutionnalisation</u>

40% des personnes hospitalisées après une chute ne peuvent plus retourner vivre chez elles.(24)
Ces personnes s'orientent alors soit vers un foyer logement soit vers une institution (EHPAD ou USLD) selon le degré de dépendance.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- Coût financier

Les chutes des personnes âgées représentent un coût important en matière de santé publique. Même si les données manquent pour les calculer précisément, ces coûts sont aujourd'hui estimés à 2 milliards d'euros en France. (25)
Quant au coût lié à la prise en charge, il varie de 2 000 à 8 000 euros par chute.

I.2.5. La rééducation post-chute

La rééducation du patient chuteur nécessite une démarche diagnostique globale et multidisciplinaire, qui implique médecins, infirmiers, psychologues, ergothérapeuthes, psychomotriciens, assistants sociaux et kinésithérapeuthes.

La prise en charge physiothérapeutique est spécifique et doit répondre à certaines caractéristiques en termes de contenu, de fréquence et de durée pour qu'elle soit efficace, notamment en ce qui concerne la prévention de nouvelles chutes.

I.2.5.1. Évaluation

Pour évaluer les capacités fonctionnelles d'équilibre et de marche, l'HAS recommande d'utiliser systématiquement en début de prise en charge le test du lever, marcher 3 mètres, demi-tour et retour en position assise chronométré, *timed up and go* (TUG) et le test moteur minimum (TMM). (26)
En fonction des résultats, des tests complémentaires sont recommandés:

- si le TUG est réalisé en plus de 30 secondes et le TMM est inférieur à la note 15 :
l'évaluation est complétée par un examen des chevilles et des pieds, et secondairement par un test de double tâche à la marche et la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres.
Les possibilités d'adaptation à l'effort sont évaluées par la prise de pouls.
Les tests d'anticipation posturale servent secondairement pour orienter les exercices.

- si le TUG est inférieur à 30 secondes et le TMM supérieur à 15 :
le test de Tinetti est recommandé avec la mesure de la vitesse de marche sur 10 mètres et le test de double tâche.
Les tests d'endurance de 6 minutes et de force musculaire globale « d'assis debout 30 secondes » permettent d'évaluer la progression.
Des tests musculaires et articulaires plus spécifiques ne sont utilisés que secondairement dans le cas où l'observation du mouvement fonctionnel aura mis en évidence un déficit localisé.

I.2.5.2. La prise en charge en kinésithérapie

Il est important de rappeler la nécessité de cette prise en charge qui dépend de la prescription médicale. Les bienfaits d'une activité physique dans la prévention des chutes ont été démontrés dans de multiples études. (27)

La prescription du médecin au kinésithérapeute doit utiliser l'article 9 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) : « Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination » (AMK 8). (28)

Les objectifs de cette rééducation sont multiples et aucun ne doit être négligé. Cela concerne :

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- La conservation/amélioration articulaire, en particulier de la tibio-tarsienne.
- Le renforcement musculaire des quadriceps, stabilisateurs du bassin et triceps sural en charge.
- La préservation/ récupération des capacités de transfert. Retournements et lever du lit, passage assis-debout, passage debout-assis.
- La rééducation à la marche avec exercices d'équilibre, montée et descente d'escalier.
- L'apprentissage du relever du sol

En général dans un milieu hospitalier en service de rééducation, la fréquence des séances est variable, en phase aiguë, il est possible de réaliser 3 à 5 séances individuelles par semaine, si l'état du patient le permet. A domicile, il est plutôt de 2 séances par semaine.

Face au nombre de passage aux urgences à la suite d'une chute et les conséquences de morbi-mortalité que cela engendre, il est important d'évaluer la pertinence de cette prise en charge au SAU. Pour préserver le maintien à domicile des patients une nouvelle coordination entre les médecins de ville et de l'hôpital se met en place. L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées a nécessité la naissance de différentes unités au sein du CHU de Limoges pour constituer la « filière gériatrique ». Cependant malgré ces dispositifs, le nombre de passage aux urgences des personnes âgées continue à augmenter. Selon le rapport public par la cour des comptes sur les urgences hospitalières en février 2019, 10 à 20% des passages aux urgences auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville par la médecine générale et 60% des patients dont l'état est stable, ne nécessitaient qu'un besoin d'examens complémentaires non programmés. La présence d'une structure comme SOS Médecins permet une intervention rapide d'un médecin à domicile pour réaliser une évaluation de la situation et mieux orienter le patient.

I.3. SOS Médecins

I.3.1. Historique

Le 20 juin 1966, le Dr Lascar, médecin généraliste créait SOS médecin à la suite du décès d'un de ses patients. Faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi, celui-ci a succombé à une défaillance cardiaque.

« Paradoxalement, relate le Dr Lascar, le week-end précédent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS dépannage ».

Jugeant que la santé de l'Homme valait mieux qu'un simple tuyau de plomb, il créa SOS médecins. A une époque où le SAMU n'existait pas, le concept est révolutionnaire.(29)

Aujourd'hui, SOS Médecins est le premier réseau d'urgence et de permanence des soins en France. Avec plus de 1 000 médecins généralistes, dans plus de 70 associations réparties sur le territoire (Métropole et outre-mer), il reçoit plus de 4 millions d'appels annuellement, effectue 2,8 millions d'interventions au domicile ou de consultations, et représente près de 80% de la couverture libérale de la permanence de soins en milieu urbain et périurbain.(30)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.3.2. Activités

La participation de SOS Médecins à la permanence de soins, désormais mission de service public, est donc dictée par le seul souci d'aider les pouvoirs publics et de seconder les Centres 15 dans leur mission.

C'est dans cet esprit que, conformément au décret du 7 avril 2005, les associations SOS Médecins ont signé des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU, de façon à formaliser l'interconnexion entre les centres d'appel SOS Médecins et les SAMU-Centre 15 et à organiser la collaboration entre les deux structures.

En ce sens, chaque association SOS Médecins applique des principes stricts d'intervention, réunis dans un cahier des charges :

- Des médecins conventionnés et formés à la médecine d'urgence.
- Un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24, avec un numéro d'appel national unique (3624) et local.
- Des moyens de télécommunication modernes, de façon à ce que chaque appel pris par les Assistants de Régulation Médicale (ARM), puisse être transmis au médecin selon son degré d'urgence, permettant de détourner le médecin de sa destination lors d'une demande de visite très urgente.
- Des voitures signalisées permettant de réduire le temps de trajet en cas d'urgence grave, et de repérer facilement le médecin lors de son arrivée en lotissement et en cité.
- Un équipement (outre celui habituel de tout médecin) comprenant kits de suture, matériel de petite chirurgie, électrocardiographe, nécessaire de ventilation manuelle, défibrillateur semi automatique, oxygène médical, détecteur de CO_2, matériel de nébulisation, nécessaire à perfusion, oxymètre de pouls, lecteur de glycémie capillaire, tests diagnostiques chimiques, médicaments injectables et per os.
- Un compte-rendu d'intervention téléphonique effectué pour chaque visite faite à la demande du centre 15 ou du SAMU.

De ce fait, l'association est très impliquée dans la prise en charge des chutes dites « graves » qui nécessitent une intervention médicale rapide.

I.3.3. SOS Médecins Limoges

En juin 2002 est créé SOS Médecins Limoges. Il s'agit d'une structure constituée en société civile de moyens. L'association n'a cessé de croître, passant de 4 à 14 médecins associés pour plus de 70 000 appels traités par an.

Outre son activité propre, SOS médecins Limoges participe à la permanence des soins libérale en assurant environ 30% des plages d'effecteurs mobiles pour le Centre 15. Il reçoit également des appels du SAMU 87, effectue des visites au commissariat de police (garde à vue, certificat de non-hospitalisation dans le cadre des ivresses de la voie publique manifestes), à la maison d'arrêt (examen d'entrée ou urgences), ou dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile.

L'association possède un cabinet de consultation ouvert 7j/7 de 9h à 24h, et effectue des visites médicales à domicile 7j/7 et 24h/24 dans les communes de Limoges, Panazol, Couzeix, Isle, Beaune-les-mines et Feytiat. Il est important de préciser qu'elle n'intervient pas sur la voie publique.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Actuellement, la structure compte 14 médecins installés et 10 médecins remplaçants, équivalent à 5 temps pleins.

La plupart du temps, 2 médecins consultent de 9h à 20h, puis un seul médecin reste en consultation jusqu'à minuit. De plus 3 médecins réalisent les visites à domicile de 8h à 22h, puis 2 jusqu'à minuit pour ne finir qu'à un seul médecin de minuit à 8h.

Le nombre de médecins « sur le terrain » varie au cours de la journée et de l'année, pour s'adapter au mieux à la demande des patients. Ainsi en période épidémique hivernale jusqu'à 6 médecins peuvent travailler en journée, 3 en consultations et 3 en visite à domicile.

En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 75 ans, l'association ressence 6 988 patients qui ont été vus en 2018, dont 841 patients pour chute et traumatisme. Ces chiffres augmentent avec les années. En comparaison, en 2015, SOS Médecins Limoges a vu 6 734 patients de plus de 75 ans, dont 808 patients pour chutes et traumatisme.

La Haute-Vienne est un département particulièrement touché par le vieillissement de sa population. L'association est impliquée dans la gériatrie avec une part d'activité évaluée à 15%.

I.3.4. SOS Médecins Limoges et la Gériatrie

SOS Médecins est très sollicité pour les pathologies aigües. Lorsque le patient est considéré stable d'un point de vue médical, les médecins font de leur mieux pour évaluer le cadre de vie et établir une prise en charge optimale sans passer par les services d'urgences. Dans ce but il a été convenu différents partenariats. (31) (32) (33)

I.3.4.1. Hôpital de jour Baudin

Il a été signé en octobre 2017 une convention entre l'hôpital de jour (HDJ) de Baudin et SOS Médecins Limoges.

L'HDJ demande à l'association de signaler les patients potentiels à inclure dans son programme de prise en charge des patients chuteurs. Les critères d'inclusions sont les suivants :

- Patients de plus de 65 ans
- Vivant à domicile ou en institution
- Robuste ou pré-fragile
- Ayant fait une chute dans les 12 derniers mois ou à risque de chute

Cependant il y a également des critères d'exclusions à respecter :

- Démence
- Incontinence urinaire et anale
- Oxygénothérapie
- Pathologie chronique mal équilibrée source de perte d'autonomie

Le médecin de l'association sera seul juge de ces critères. S'il considère que le patient répond à ces critères, il fera le signalement à l'HDJ après accord oral du patient. Pour cela l'HDJ a mis une ligne téléphonique avec répondeur en continu à disposition de l'association. Le médecin laisse un message vocal comprenant le nom, prénom, date de naissance et coordonnées téléphoniques du patient ainsi que le nom de son médecin traitant.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

L'HDJ recontactera le médecin traitant du patient qui sera le seul juge de son inclusion ou non au programme de l'évaluation gériatrique globale et de médecine physique et réadaptation.

Cela contribue à la diminution du risque d'une nouvelle chute et d'une perte d'autonomie.

I.3.4.2. Radiologie

Dans le cadre des demandes de soins non programmées, la traumatologie est de loin la principale demande. Il est difficile d'établir un diagnostic précis sans une imagerie pour confirmer ou non une fracture et réaliser une prise en charge adaptée.

Pour éviter d'encombrer les urgences par les patients stables, ne souffrant plus mais à qui il est nécessaire de réaliser une imagerie, l'association a établi un partenariat avec la radiologie de la clinique Chénieux.

Le médecin contacte le service et détermine selon la disponibilité des radiologues d'un rendez-vous dans les 24h si nécessaire ou dans la semaine si l'état du patient le permet.

I.3.4.3. Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante (EHPAD)

On peut noter que parmi les médecins de SOS Médecins Limoges on trouve 3 médecins ayant la capacité de gérontologie dont 2 sont médecins coordonnateurs d'EHPAD.

De ce fait, l'association a convenu avec les différents EHPAD de la ville de prendre en charge les patients nécessitant une visite non programmée ne pouvant être réalisée par le médecin traitant. Telle que des plaies à suturer, une insuffisance respiratoire, chute etc.

En plus des EHPAD de la ville de Limoges, ceux de Landouge et de Condat sur Vienne figurent sur la liste.

I.3.4.4. L'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) et l'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'ESMP est une unité qui permet une prise en charge optimale des patients en fin de vie. Il existe 2 numéros d'appels disponibles, l'un pour les consultations à la demande des EHPAD, l'autre pour les médecins de ville. Elle est constituée de médecins et d'infirmiers qui se déplacent à domicile et peut être joignable par téléphone.

L'HAD est quant à elle une alternative à l'hospitalisation classique pour favoriser le maintien à domicile, elle offre des soins médicaux et paramédicaux non réalisables en ville car trop complexes, trop techniques, trop intenses, pour des personnes qui ont besoin de continuité. Elle se fait à la demande du médecin traitant ou hospitalier et permet de raccourcir une hospitalisation en établissement voir de l'éviter complétement.

Cependant ces unités n'ont pas de médecin disponible pendant la permanence des soins ambulatoires. Pour pouvoir assurer la continuité des soins, l'HAD et l'EMSP procurent le numéro de téléphone de SOS Médecins à leurs patients pour intervenir à toute heure en cas de nécessité.

I.3.5. Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV)

Il s'agit d'une unité mobile qui se déplace à domicile et établit un bilan d'autonomie en faisant le point sur la santé et l'environnement de vie du patient. En fonction des résultats, un plan d'action pour le maintien de l'autonomie est réalisé avec les professionnels adaptés tels qu'un ergothérapeute, un psychomotricien, ou encore une assistante sociale.

Cette unité se déplace à la demande du patient, de l'entourage et d'un médecin extérieur.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

I.3.6. La régulation gériatrique

La régulation a été créée fin 2005, pour mettre en relation des médecins généralistes de la Haute Vienne avec un gériatre. Les médecins de ville peuvent ainsi avoir un avis sur une prise en charge directement avec le spécialiste via un numéro de téléphone transmit à l'ensemble des médecins de la région. Celui-ci est disponible du lundi au vendredi de 9h à 18h.

La régulation a permis de favoriser les admissions directes dans les services de médecine gériatrique (hors urgences vitales), d'améliorer l'articulation ville/hôpital et d'apporter au médecin une expertise gériatrique que ce soit sur le plan thérapeutique ou sur le plan social.

Un travail de thèse réalisé en 2017 mettait en évidence qu'après avoir eu un rappel du numéro de la régulation, 74% des admissions aux urgences des patients de plus de 75 ans étaient appropriées contre 70% avant la rediffusion du numéro. (34)

I.3.7. Unité de Recours aux Soins Gériatriques (URSG)

C'est une unité qui accueille les patients résidant en EHPAD quand elles justifient une hospitalisation pour une pathologie aigüe déjà diagnostiquée nécessitant :

- Une surveillance paramédicale constante ou un traitement IV
- Entrées programmées dans les 24h suivant l'appel
- Un retour rapide à l'EHPAD

Toutes ces unités et ces dispositifs ont été établis afin d'éviter un passage aux urgences à des personnes déjà très fragiles et de créer une meilleure coordination entre le domicile et l'hôpital.

SOS Médecins malgré son implication comporte également des limites. Elle n'intervient que ponctuellement, il n'existe pas de réel suivi du patient. Le médecin doit agir avec ce qu'il voit, les ordonnances trouvées sur place, l'interrogatoire des proches, l'examen clinique à un instant précis et prendre des décisions sur du long terme en très peu de temps. Il n'aura pas de recul sur son action plus tard.

I.4. Objectifs de l'étude

L'incidence des chutes augmente avec l'avancée en âge, nécessitant dans la plupart des cas un recours aux soins. L'association SOS Médecins répond à une demande de consultations en urgence, notamment de la part des personnes âgées, permettant de diminuer le recours d'emblée aux services d'accueil d'urgence.

En 2018, SOS Médecins Limoges a orienté 24% de ces patients vers les SAU pour une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique complémentaire pouvant conduire à une hospitalisation. Cependant l'hospitalisation aux urgences puis en service conventionnel peut avoir un impact non négligeable sur la morbi-mortalité des personnes âgées.

La question de recherche est de s'interroger sur le devenir des personnes âgées adressées par SOS Médecins dans les SAU suite une chute après leur prise en charge.

L'objectif principal était d'évaluer l'incidence des hospitalisations de ses patients et l'objectif secondaire d'évaluer l'incidence des réadmissions aux urgences de cette population ainsi que la proportion de patients pris en charge par la MUPA.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

II. Matériel et Méthode

II.1. Schéma de l'étude

Cette étude épidémiologique descriptive, monocentrique et rétrospective a été menée sur un an, du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 inclus.

II.2. Lieu de l'étude

L'étude se situait dans la ville de Limoges, disposant de deux services d'accueil d'urgence (SAU).

- Un à l'hôpital public, le CHU de Limoges où le SAU adulte est composé de trois parties :

  • Un circuit « ambulatoire » pour la prise en charge des patients qui nécessitent une consultation avec si besoin une radiographie ou des gestes de petite chirurgie, comme des points de suture ou la mise en place d'un plâtre. Il comporte 4 salles d'examens. Dans ce circuit, les patients sont amenés à rentrer à leur domicile.
  • Un circuit « hospitalisation » pour les prises en charge qui nécessitent plus de temps de diagnostic, avec des examens complémentaires plus complexes, comme un bilan biologique, un scanner ou un avis spécialisé. Il comporte 14 salles d'examens avec 3 salles de déchocage pour la réanimation. Dans ce circuit, les patients peuvent rentrer chez eux ou être hospitalisés si nécessaire.
  • L'UHCD, une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, est consacrée aux soins et à la surveillance des patients avant leur transfert soit dans un autre service, soit dans un autre établissement ou avant un retour à domicile dans les 24h. Il comporte 11 lits.

De plus pour améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences il a été créé la Médecine d'Urgence de la Personne Âgée appelée MUPA, en novembre 2014. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire dotée de 2 médecins gériatres, de 3 infirmières spécialisées en gérontologie, d'une assistance sociale (en temps partiel) et d'une secrétaire médicale (également en temps partiel). Cette équipe est présente au SAU de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Elle est présente physiquement dans le service des urgences mais appartient au service de Gériatrie.

- Une clinique privée avec un service d'urgence, la clinique Chénieux :

Comme dans le premier SAU, il y a également les 3 unités, celle du circuit ambulatoire, d'hospitalisation et l'UHCD. Cependant ce SAU ne comporte pas d'unité de réanimation, les urgentistes ne peuvent donc pas prendre en charge des cas graves nécessitant ce plateau technique.

Il n'existe pas non plus de service dédié à la gériatrie dans la clinique cependant il y a un médecin gériatre qui se déplace dans l'établissement pour donner son avis et aider à la prise en charge des patients âgés.

II.3. Population cible

La population ciblée dans cette étude était la population de plus de 75 ans ayant eu recours à SOS Médecins Limoges dans l'année 2018 dans le cadre d'une chute et ayant nécessité une prise en charge aux urgences par la suite. Étaient exclus les patients notés comme

Licence CC BY-NC-ND 3.0

« hospitalisés » dans l'application de SOS Médecins mais n'ayant pas été pris en charge dans un SAU.

II.4. Recueil de données

Depuis 2006, SOS Médecins transmet quotidiennement avant 6h ses données à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans le cadre de sa participation au système de surveillance des urgences et des décès (SurSAUD). Les données transmises par SOS Médecins Limoges incluent pour chaque appel de patient des variables administratives (sexe, âge, commune de résidence, date et heure d'appel), le mode de traitement de l'appel du patient (conseil téléphonique, consultation au cabinet, visite à domicile avec degré d'urgence), le motif de l'appel, le diagnostic retenu par le médecin, et la décision ou non d'hospitalisation. L'hospitalisation dans ce cadre équivalait à adresser le patient à un service hospitalier, la plupart du temps, il s'agissait des urgences.

Les motifs d'appel et le diagnostic retenu sont codés selon la CIM 10.

Les variables administratives sont remplies de façon quasi exhaustive par les ARM au moment de l'appel du patient.

Afin de valider leur acte médical, les médecins sont dans l'obligation de coter un diagnostic, ainsi, les diagnostics sont saisis de manière exhaustive. De même il est impératif de noter s'ils décident d'une hospitalisation ou d'un maintien au domicile du patient.

Pour chaque appel, 3 motifs d'appel et 3 diagnostics retenus peuvent être notifiés.

Ont été considérés comme une chute les diagnostics :

- Fracture du col du fémur
- Fracture du membre supérieur
- Fracture du membre inférieur
- Fracture de côte
- Fracture autre
- Luxation
- Plaie
- Hématome
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance
- Traumatisme crânien sans perte de connaissance
- Contusion
- Chute

Cependant pour la répartition des motifs d'admission, il n'a été pris en compte que le motif principal sur les 3 possibles notifications.

Les données ont été extraites à l'aide de l'application SurSAUD avec la collaboration de la Cellule de l'institut de veille sanitaire Nouvelle Aquitaine. Leur analyse a été réalisée sous Excel et Stata.

De plus, la liste des patients de plus de 75 ans hospitalisés par SOS Médecins Limoges en 2018, a été fourni par l'administration de SOS Médecins France, pour avoir le nom, prénom et date de naissance de ces patients.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Après avoir réalisé la liste des patients entrant dans la population cible, cette liste a été transmise aux directions du CHU et de la polyclinique de Chénieux afin d'obtenir l'autorisation des commissions de direction pour accéder aux dossiers informatiques.

Au CHU, les données de suivi ont été exploitées via le système informatisé du dossier patient et répertoriées dans le logiciel CrossWay.

A la polyclinique de Chénieux, les données ont été lues par les logiciels Hopital Manager et SURGICA.

Les variables suivantes ont été répertoriées :

- Âge du patient
- Sexe
- Lieu de vie du patient (domicile, EHPAD, foyer logement)
- Provenance de l'appel
- Prise en charge ou non par la MUPA pour le CHU
- Diagnostic de sortie
- Hospitalisation ou non
- Durée d'hospitalisation
- Services concernés par les hospitalisations
- Condition de sortie de l'hospitalisation : retour à domicile (RAD), institutionalisation, décès
- Réadmission aux urgences pour chute à J3, 1 mois et 3 mois selon le logiciel informatique.

Pour le diagnostic de sortie, le médecin des urgences en charge du patient enregistre également de manière exhaustive un diagnostic principal à la fermeture du dossier informatisé. Il peut y avoir plusieurs diagnostics intriqués mis dans les diagnostics secondaires. Il n'a été pris en compte que le diagnostic principal dans cette étude.

II.5. Analyse statistique

Nous avons effectué des statistiques descriptives pour les variables qualitatives et quantitatives à l'aide du logiciel Excel avec une présentation sous forme d'histogrammes ou de diagrammes.

Les variables qualitatives étaient exprimées en effectifs et pourcentages.

Les variables quantitatives étaient décrites en médianes et en moyennes avec écart-type.

Toutes les variables sont décrites à une décimale après la virgule.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III. Résultats

74 153 patients ont été pris en charge par SOS Médecins Limoges dans l'année 2018.

6 988 étaient des patients de plus de 75 ans, représentant 9,4% des patients de l'année.

Parmi eux, 841 patients ont été vus pour la prise en charge d'une chute soit 12% des sujets de plus de 75 ans et 1,1% des patients en tout.

202 patients ont été considérés comme hospitalisés selon l'application de SOS Médecins, il n'y a eu que 186 patients (22,1%) réellement adressés aux urgences, car 15 ont été adressés dans un service de radiologie, et 1 a refusé l'hospitalisation (figure 6).

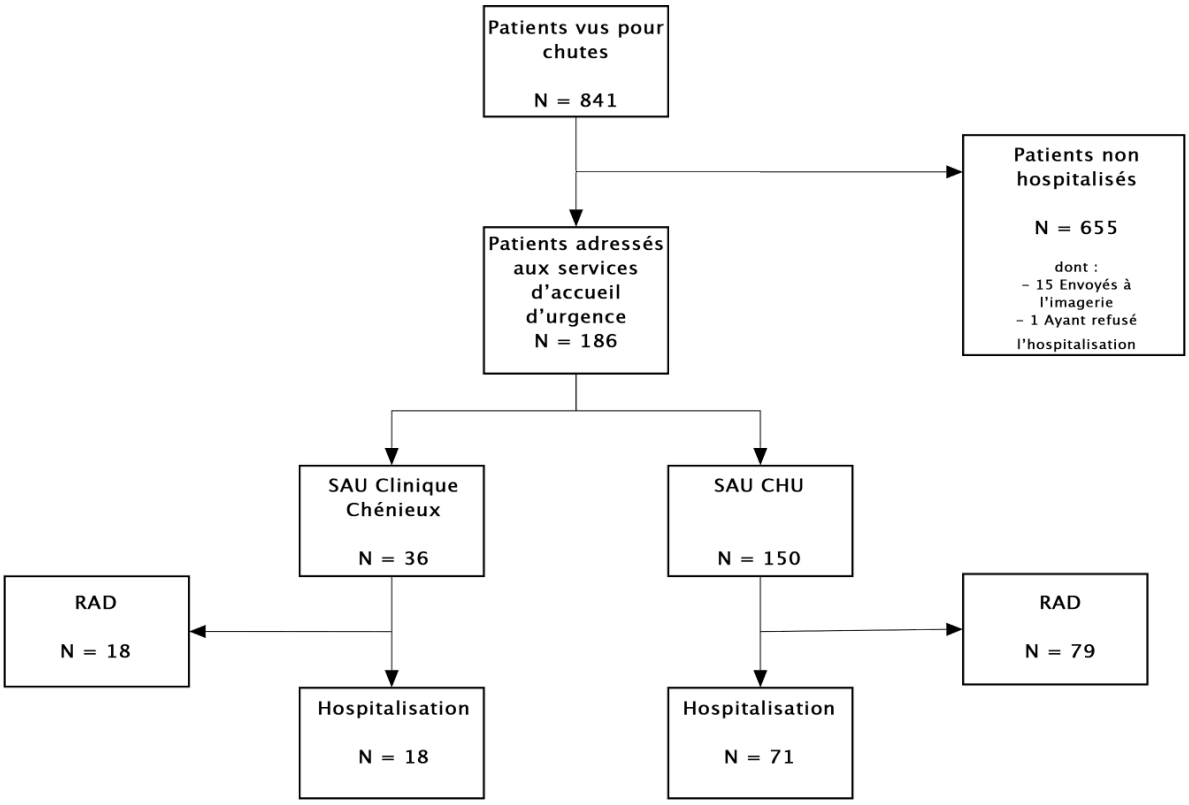


Figure 6 Diagramme des flux

III.1. Caractéristiques socio-démographiques

III.1.1. Le sexe

Parmi les patients hospitalisés, on observait une majorité importante de femmes avec 72,6% (n= 135) contre 27,4% d'hommes (n= 51) (figure 7).

Licence CC BY-NC-ND 3.0

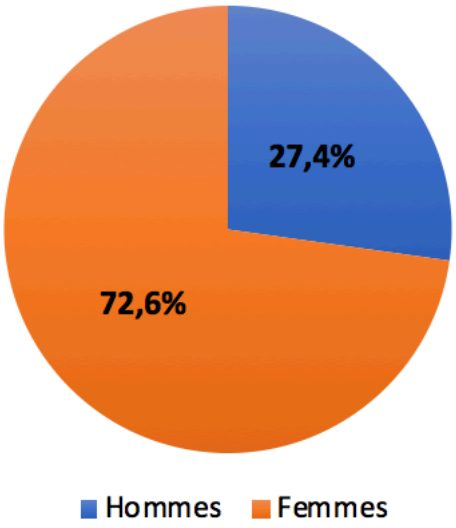


Figure 7 Répartition de la population selon le sexe

III.1.2. L'âge

Sur les 186 patients la tranche d'âge s'étalait de 75 ans à 102 ans.

La moyenne d'âge de cette population était de 88,1 ans avec un écart type de 5,4 ans. L'âge médian était de 88 ans.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 85 – 94 ans avec plus de la moitié des patients, comme nous pouvons le voir sur la figure 8.

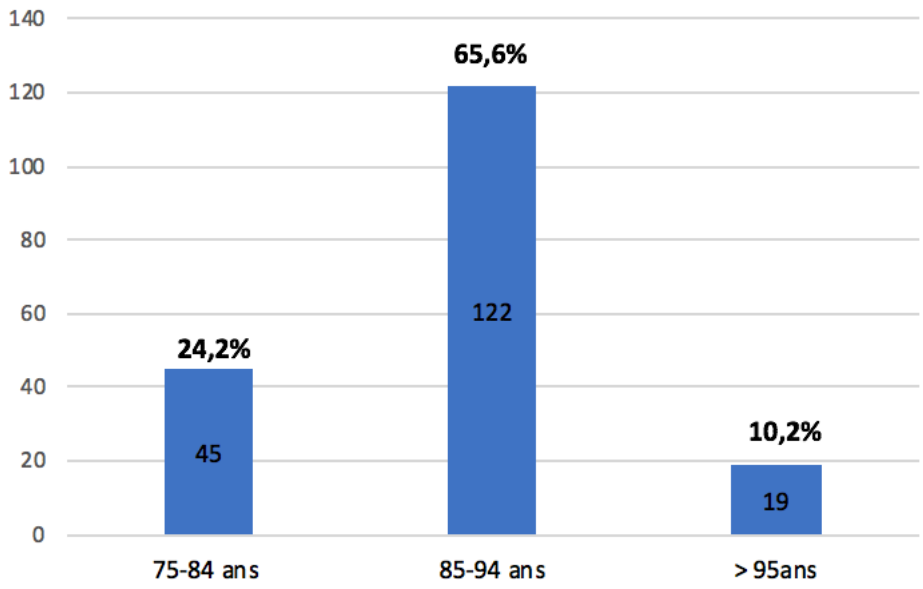


Figure 8 Répartition de la population selon les classes d'âge

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.1.3. Le lieu de vie

La majorité des patients vivaient à leur domicile (n= 98) comme en témoigne la figure 9.

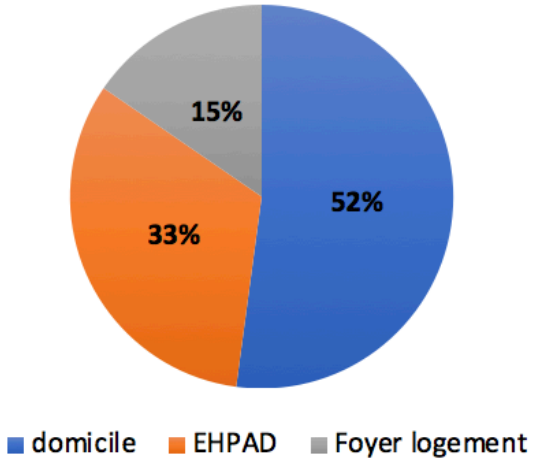


Figure 9 Répartition de la population selon le lieu de vie

III.1.4. Provenance des appels

Dans la répartition de la provenance des appels (figure 10), 398 appels à SOS Médecins, soit 44% provenaient de particuliers.

Seulement 5% provenaient de professionnels de santé tels que les infirmiers ou auxiliaires de vie (n= 40).

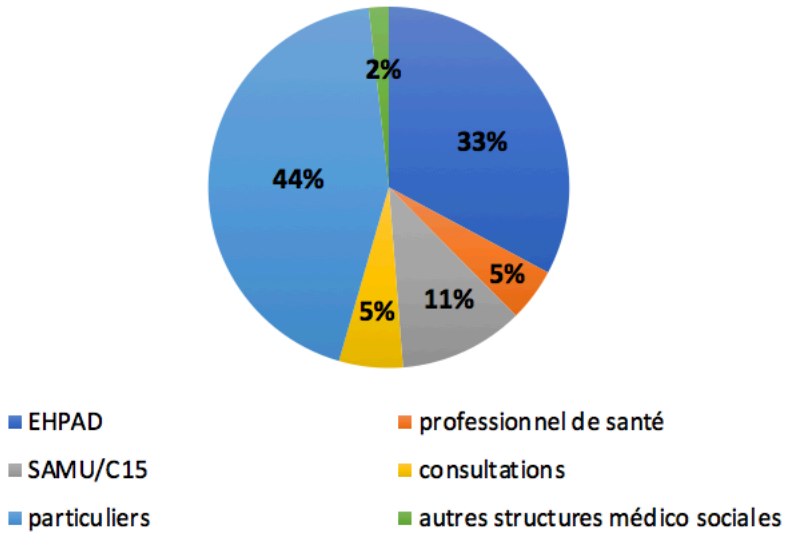


Figure 10 Répartition de la population en fonction de la provenance de l'appel

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Comme SOS Médecins travaille en continue, il était intéressant de voir la proportion vue aux heures de permanence de soins ambulatoire dite PDSA. Ces horaires sont définis du lundi au vendredi de 20h à 8h, du samedi à 12h jusqu'au lundi 8h, et les jours fériés et ponts.

Parmi les 841 patients vus pour chute, 45,6% (n=384) ont été vus en PDSA et 25,5% d'entre eux ont été adressés aux urgences.

Sur la population totale reçue aux urgences, 48,5% (n=98) ont été vus en PDSA.

III.1.5. Les motifs d'admission

Parmi l'ensemble des patients adressés aux urgences, le tableau 1 ci-dessous représente la répartition des motifs d'admission donnés par SOS Médecins.

Tableau 1 Répartition en fonction du motif d'admission

Motifs d'admission	Effectifs	Pourcentage
Chute	94	50,5%
Autres fractures[1]	34	18,3%
Fracture du col du fémur	20	10,7%
Autres traumatismes[2]	20	10,7%
Traumatisme crânien sans Perte de connaissance	13	7%
Traumatisme crânien avec Perte de connaissance	5	2,7%

[1] Cela concerne toutes les fractures en dehors du col de fémur, tel que fracture du bassin ou fracture de côte

[2] Il s'agit des plaies, contusions, hématomes ou luxations

III.2. Devenir après admission aux urgences

Parmi les patients adressés aux urgences, 97 patients sont rentrés à domicile et 89 patients ont été hospitalisés dans un service.

Il existe une légère majorité de retour à domicile (figure 11). A savoir que tous les patients admis aux urgences ont eu des examens complémentaires, un bilan biologique et/ou une imagerie.

En reprenant le total des patients vus par SOS Médecins pour chute, l'incidence des hospitalisations est de 10,5%.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

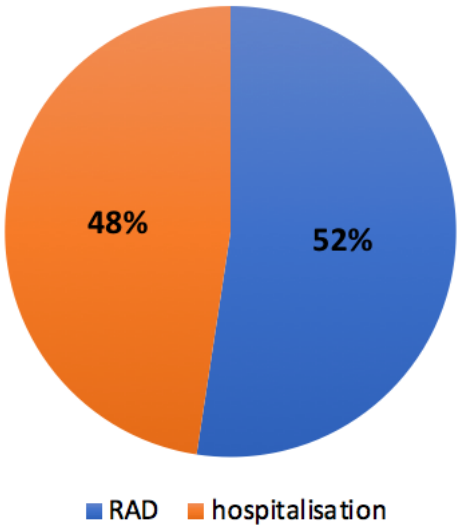


Figure 11 Répartition de la population en fonction de leur devenir après les urgences

50% des patients admis aux urgences de la clinique Chénieux sont rentrés à domicile contre 52,7% des patients admis aux urgences du CHU.

III.2.1. Les diagnostics de sortie des urgences

Parmi l'ensemble des patients vus dans les SAU, le tableau 2 présente la répartition des diagnostics de sortie.

Tableau 2 Répartition en fonction du diagnostic de sortie

Diagnostics de sortie	Effectifs	Pourcentage
Autres fractures	40	21,5%
Autres traumatismes	36	19,3%
Fracture du col du fémur	34	18,3%
Chute à répétition[1]	33	17,7%
Infection	13	7%
Neurologie	10	5,4%
Rhabdomyolyse	10	5,4%
Problème de maintien à domicile	6	3,2%
Cardiologie	4	2,1%

[1] Tous les patients de cette catégorie ont bénéficié d'un scanner cérébral n'ayant pas mis en avant d'hémorragie.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.2.2. Les hospitalisations

Nous avons réparti les hospitalisations en fonction de leur durée de séjour dans la figure 12.

Les hospitalisations dites « courtes », sont inférieures à 7 jours, les hospitalisations dites de « durée moyenne », sont comprises entre 7 et 31 jours et les hospitalisations dites « longues », supérieures à 31 jours.

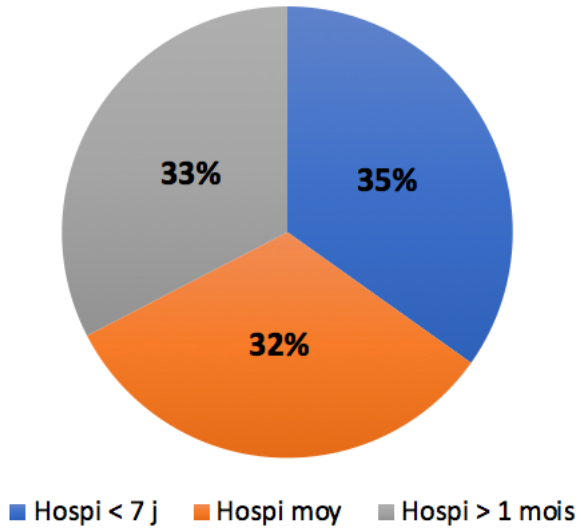


Figure 12 La répartition de la population hospitalisée en fonctions de la durée du séjour

Les résultats montrent qu'au total on observe une légère majorité des hospitalisations de courte durée.

Si on différencie les 2 SAU, on constate une majorité d'hospitalisations de durée moyenne au CHU et une majorité d'hospitalisations courtes à la clinique Chénieux (figure 13).

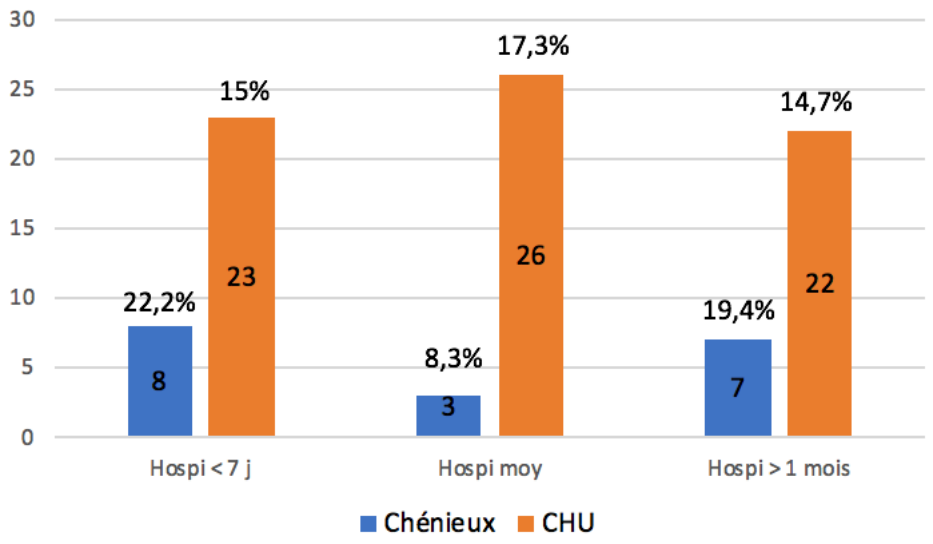


Figure 13 Répartition de la population hospitalisée selon les SAU

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.2.3. Les services concernés par les hospitalisations

Les patients hospitalisés étaient pris en charge dans la majorité des cas dans le service d'orthopédie et dans un service de rééducation.

A savoir qu'un même patient a pu être transféré dans différents services lors d'un même séjour. Par exemple, un patient suite à une opération dans le service de chirurgie orthopédique, est transféré dans le service de soins et de réadaptation gériatrique (SSRG). Il a été comptabilisé dans tous les services sollicités.

Tableau 3 Répartition de la population en fonction des services hospitaliers

Services d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Orthopédie	41	22%
SSRG	37	20%
Médecine gériatrique[1]	16	8,6%
Autres services de médecine[2]	10	5,3%
UHCD	9	4,8%
Autres services de chirurgie[3]	5	2,7%
Autre CH[4]	5	2,7%
HAD	3	1,6%
URCC	1	0,5%

[1] Post Urgence Gériatrique, Médecine Interne Gériatrique

[2] Neurologie, maladie infectieuse, MIA, MPR, néphrologie, rhumatologie, cardiologie, MIB, pneumologie

[3] ORL, digestive, neurochirurgie

[4] Centre Hospitalier de Bellac, St Léonard, et Bourganeuf

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.3. Devenir après hospitalisation

III.3.1. Lieux de vie

A la suite de l'hospitalisation des 89 patients, la grande majorité des patients sont rentrés à leur domicile (figure 14 et 15).

7 décès (soit 8%) ont été constatés dans les services hospitaliers du CHU.

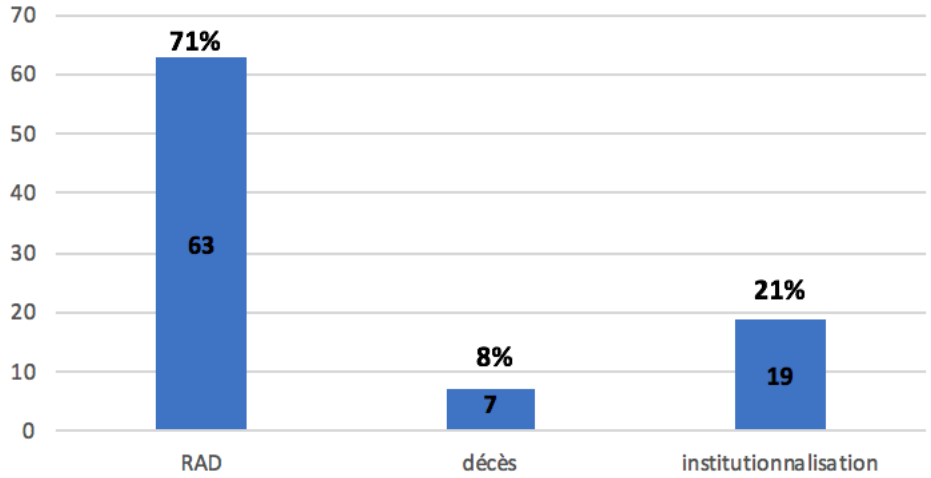


Figure 14 Répartition de la population hospitalisée en fonction de leur sortie de l'hôpital

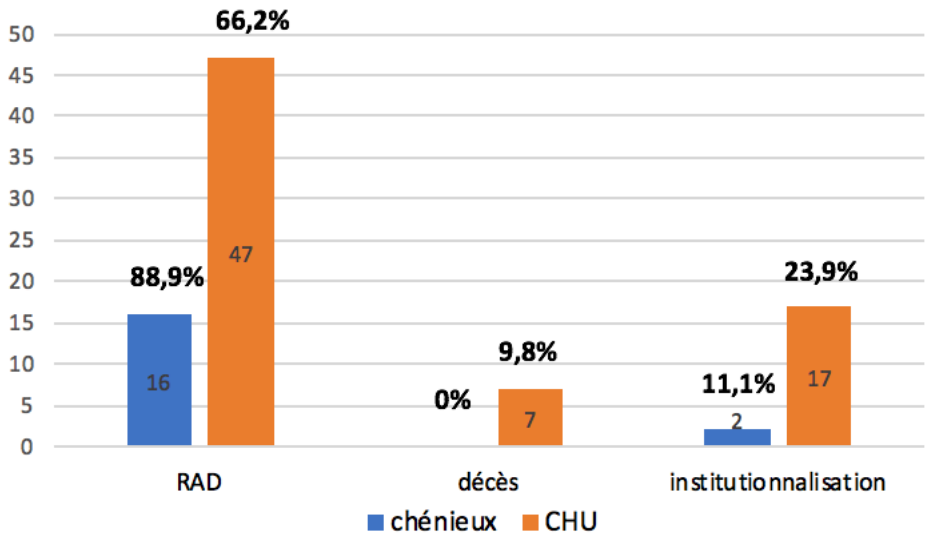


Figure 15 Répartition du mode de sortie de la population hospitalisée en fonction des SAU

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.3.2. Réadmissions aux urgences

Les réadmissions aux urgences pour chute représentées dans la figure 16 sont évaluées à 3 jours, 1 mois et 3 mois de leur sortie de l'hôpital ou du service des urgences. Dans cette population, seuls 2 patients furent réadmis à la clinique Chénieux. Cette proportion correspond donc essentiellement au SAU du CHU. Au total, 16% des patients ont été réadmis aux urgences dans les 3 mois suivant leur sortie d'hôpital.

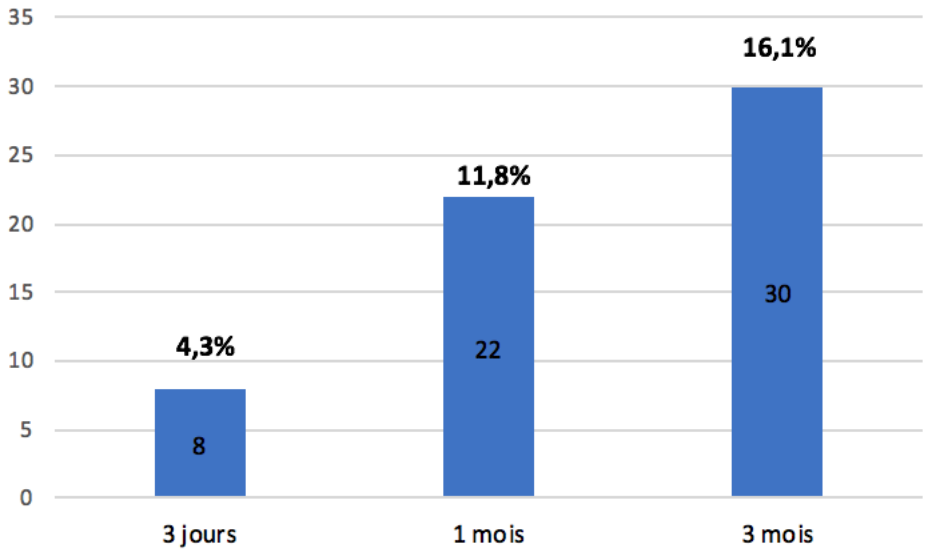


Figure 16 Incidence des réadmissions aux urgences à J3, 1 mois et 3 mois

Licence CC BY-NC-ND 3.0

III.4. Prise en charge par la MUPA

Sur les 150 patients adressés au CHU, 45 patients ont été pris en charge par la MUPA soit 30% des patients.

53,3% de ces patients ont été hospitalisés (n= 24) : 25% pour une courte durée, 33,3% pour une durée moyenne et 41,7% pour une longue durée.

La figure 17 montre la répartition des patients pris en charge initialement par la MUPA, réadmis aux urgences à J3, 1 mois et 3 mois.

Au total, 42,2% des patients vus par la MUPA initialement ont été réadmis à 3 mois.

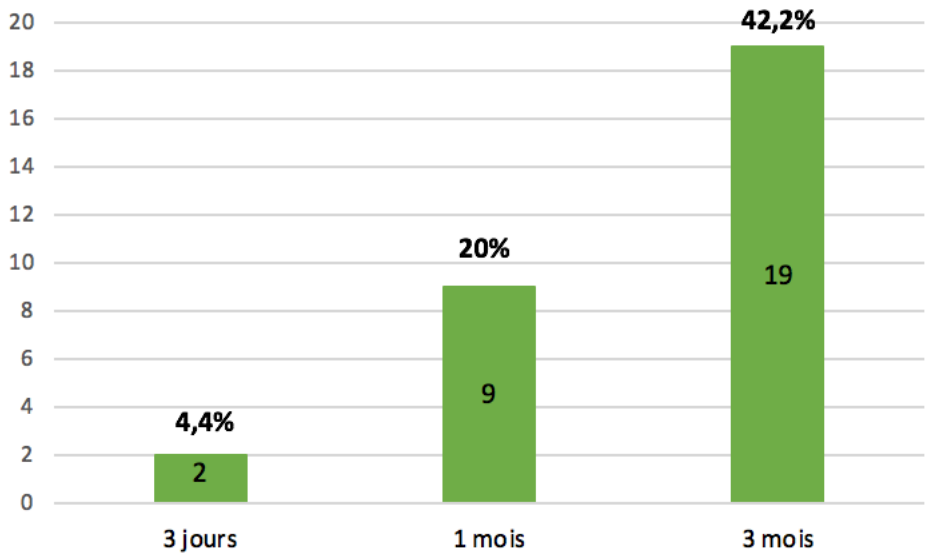


Figure 17 Incidence des réadmissions aux urgences des patients pris en charge par la MUPA initialement à J3, 1 mois et 3 mois

A savoir que sur la population totale qui a été réadmise aux urgences à 3 jours, le pourcentage de la population prise en charge par la MUPA représente 25% des patients, 42% à 1 mois et 67% à 3 mois.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats

Cette étude montre que la majorité des patients pris en charge pour chute par SOS Médecins étaient des femmes de 88 ans d'âge moyen. Ces patients provenaient en majorité de leur domicile, et 48% des patients adressés au SAU étaient hospitalisés ensuite, soit 10,5% des patients vus par l'association pour chute. Après des durées d'hospitalisation variées, la majorité de ces patients retournaient à domicile, avec une incidence de réadmission aux urgences pour le même motif à 3 mois de 16%.

IV.2. Validité interne

IV.2.1. Forces de notre étude

L'association SOS Médecins Limoges fait partie des missions d'accès aux soins urgents des patients qui nécessitent des soins non programmés.

Sa base de données épidémiologique est la première base de collecte de données pré-hospitalières en ville. C'est une base validée depuis plus de 10 ans avec une collecte quotidienne auprès de la CIRE et l'InVS, qui font analyser les données par des statisticiens indépendants de la structure. De ce fait l'étude représente un réel apport en matière d'analyse épidémiologique.

De plus il s'agit d'une première étude en Limousin sur le devenir des patients âgés adressés aux urgences par SOS médecins.

Cette étude permet de décrire le profil des patients âgés chuteurs qui sont pris en charge par l'association et qui nécessitent selon ses médecins une prise en charge hospitalière.

IV.2.2. Limites de notre étude

Plusieurs biais existent dans cette étude, pouvant impacter les résultats.

En premier lieu il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, donc il s'agit d'une étude à faible niveau de preuve.

Un des biais est lié à la subjectivité de l'assistante de régulation médicale prenant l'appel. Il peut impacter la qualité de la dénomination du motif d'appel. Dans ce cas, l'impact est mineur, vu que l'on s'est basé sur les diagnostics.

La provenance de l'appel peut également être biaisée. Par exemple la provenance de l'HAD est sous-estimée, étant donné que l'appel est passé du domicile, l'ARM le code souvent par erreur en provenance particulier.

Le médecin doit saisir au moins un diagnostic pour chaque patient vu. Cette cotation est donc soumise à sa subjectivité.

Par exemple, deux médecins différents voient en visite une personne âgée qui a chuté à la suite d'une prise médicamenteuse. Un médecin va coter « chute », et l'autre « effets indésirables médicaments ».

Licence CC BY-NC-ND 3.0

C'est pour limiter cet impact que l'on a pris en compte les trois diagnostics qui peuvent être cotés, et que l'on a élargi les diagnostics de chute à des traumatismes qui semblaient inévitablement liés à une chute, par exemple « fracture du col du fémur ».

De plus, le médecin peut omettre de cocher la case « hospitalisation », dans la précipitation, ou par « habitude », le médecin peut cocher « non-hospitalisation » dans le dossier d'un patient sans réaliser son erreur.

Du côté des médecins urgentistes, il peut y avoir eu une sous-évaluation de certains diagnostics. Les patients de plus de 75 ans sont souvent polypathologiques et une chute peut avoir plusieurs conséquences. Le médecin cote souvent le diagnostic jugé le plus grave au moment de finaliser le dossier, comme une fracture du col de fémur et peut omettre de mentionner la rhabdomyolyse.

De plus, nous n'avons pas vérifié l'incidence des patients qui ont été vus pour chute par l'association sans hospitalisation et qui pourraient avoir été adressés aux urgences dans un second temps par leur médecin traitant ou s'être présentés de leur propre chef. Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude.

IV.3. Validité externe

IV.3.1. Données socio-épidémiologiques

Nos patients inclus dans l'étude sont comparables aux données retrouvées dans la littérature.

La proportion des femmes hospitalisées pour chute est supérieure à 60%, l'âge moyen est autour des 85 ans et la majorité des patients sont issus de leur domicile.

Nous pouvons ainsi dire que notre population est représentative des sujets âgés ayant chuté. (35) (36) (37)

Les chutes et les traumatismes représenteraient 25% des admissions aux urgences des personnes âgées selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), 42% selon une étude toulousaine, et 84% des accidents de la vie courante selon une étude épidémiologique en 2008. (38) (39) (40)

D'autre part l'InVS affirme que 41% des chutes sont responsables de fractures. Dans notre étude le diagnostic de sortie le plus fréquent correspond aux fractures : 39,8% toutes fractures confondues, ce qui est concordant avec les données de la littérature. (40)

Nous notons également que 48,5% des prises en charge initiales de ces patients ont été réalisées lors de la permanence des soins ambulatoires, ce qui équivaut au quart des patients vus lors de ces plages horaires. On peut en déduire qu'une consultation sur 2 n'aurait pas pu être effectuée par le médecin traitant et cela met en avant le rôle important joué par SOS Médecins dans la régulation des patients en PDSA. On peut supposer alors que tous les patients vus lors des PDSA auraient été directement aux urgences, ou encore qu'il y aurait eu un retard de prise en charge pour les patients qui n'osent pas appeler les secours tels que le 15, jugeant cet incident comme non important.

Il serait intéressant de réaliser une étude sur les activités en PDSA de SOS Médecins avec la régulation C15 pour évaluer la population vue par les médecins de garde.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV.3.2. Incidence des hospitalisations

Dans cette étude, 22% des patients de plus de 75 ans vus pour chute par SOS Médecins Limoges ont été adressés dans un service d'urgences.

Lorsque l'on regarde les chiffres de la Santé Publique pour SOS Médecins au niveau national, 25 912 patients de plus de 75 ans ont été vus pour chute en 2018, et 21,4% d'entre eux annotés comme hospitalisés. Ce qui correspond à notre population.

Et d'après l'InVS l'incidence d'hospitalisation des personnes âgées suite à une chute s'élèverait à 37% au niveau national en 2008. L'incidence des hospitalisations dans notre étude est à 10,5%, ce qui est très nettement inférieur à la moyenne nationale. Cependant les patients adressés aux urgences sont plus à même d'être hospitalisés par la suite. En effet 48% d'entre eux ont été hospitalisés, ce qui est bien au-dessus du chiffre de l'InVS. On peut expliquer ceci par le biais de sélection, notre étude ne prend en compte que les patients ayant demandés une sollicitation de la part de SOS Médecins et non pas tous les patients ayant chutés à domicile. Il existe donc une sous-estimation de la population. D'autre part les patients adressés par l'association ont déjà bénéficié d'un premier triage au domicile c'est pourquoi un patient sur deux adressés aux urgences est ensuite hospitalisé.

Dans l'étude menée par le Dr GOURINCHAS, 16,9% de la population des plus de 75 ans vue par SOS Médecins Limoges avait été considérée comme hospitalisée dans l'application SOMENOR entre 2012 et 2014. (30) Le résultat est comparable à notre population, bien que dans cette étude, le diagnostic de chute n'était pas isolé.

Lors de la répartition des patients adressés aux urgences nous constatons que le CHU prend en charge 4 fois plus de patients (80%) que la clinique Chénieux. Cela peut s'expliquer par l'absence de filière gériatrique pouvant prendre en charge des patients fragiles et polypathologiques. Effectivement, la clinique est une structure plus restreinte que celle du CHU, elle ne possède pas autant d'infrastructures, ni autant de spécialistes. De plus les médecins de l'association doivent avant d'adresser le patient aux urgences avoir l'autorisation du médecin de garde du SAU. Ce qui peut contribuer au faible pourcentage d'admis dans cet établissement.

L'autre majorité des patients adressés aux urgences et qui ont pu rentrer chez eux directement a bénéficié du plateau technique des urgences pour étayer leur diagnostic, comme une imagerie pour les fractures sans nécessité chirurgicale et la mise en place d'une immobilisation, ou encore un scanner cérébral dans le cadre d'un traumatisme crânien chez un patient sous AVK. Nous pouvons nous poser la question de la nécessité inévitable d'une prise en charge aux urgences au vu d'un besoin matériel non accessible en dehors de cette structure.

IV.3.3. Devenir post-hospitalisation

Dans notre étude, sur la population qui était hospitalisée 71% est rentrée chez elle, 8% est décédée dans le service, et 21% est entrée dans une institution.

Dans la littérature nous retrouvons une étude à Nantes, sur 100 patients chuteurs hospitalisés en court séjour gériatrique, 3% des patients sont décédés durant l'hospitalisation et 22% ont été institutionnalisés à la suite de la prise en charge. (41) Dans une autre étude, sur les patients ayant présenté une fracture du col du fémur, 8% sont décédés dans le service et 70% sont rentrés à domicile, 18% dans une institution. (42)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Les résultats obtenus dans cette étude sont donc bien concordants avec d'autres études en même population.

IV.3.4. MUPA

En ce qui concerne la proportion de patients pris en charge par la MUPA, elle n'était que de 30%.

Cependant il est à noter que cette unité ne fonctionne pas durant la PDSA, et que presque la moitié de notre population a donc été prise en charge lors de leur absence. De plus, la MUPA ne prend pas en charge les patients adressés pour suspicion de fracture chirurgicale, ce qui représente 39% de nos patients. Des études ont montré que l'incidence de la prise en charge par l'unité était aux alentours de 25%. Étant donné que l'unité ne possède que 2 gériatres et prend en charge des patients polypathologiques qui nécessitent une évaluation gériatrique, ce qui est très chronophage, il est impossible pour elle de voir tous les patients de plus de 75 ans adressés pour chute.

Dans l'évaluation des 45 premiers jours d'activité de la MUPA, l'incidence d'hospitalisation était de 73%. (43)

Dans une étude menée en 2015 sur des patients chuteurs pris en charge par la MUPA, l'incidence des hospitalisations des patients était de 70%. Leur incidence de réadmission aux urgences à J3 était de 2,6%, à 1 mois de 6,5% et à 3 mois de 11,7% (44). Dans notre étude, les hospitalisations sont réduites à 53,3%, ce qui peut signifier une amélioration de la coordination pluridisciplinaire de cette unité.

Néanmoins les incidences des réadmissions aux urgences données aux même temps donnés dans notre étude sont bien plus élevées. On peut émettre plusieurs hypothèses, l'une d'elle est que les patients adressés dans notre étude étaient dans un état moins stable car il y a déjà eu un premier triage post-chute au domicile. De plus, il existe la pression du manque de lits omniprésente dans les services, on peut supposer que certains patients encore précaires ont été renvoyés chez eux avec un plan d'aide insuffisant qu'il a fallu revoir par la suite. Pour finir, on peut s'inquiéter d'un manque de coordination avec les soins libéraux, sur qui repose la pérennité d'un maintien à domicile des personnes fragiles.

IV.3.5. Réadmissions aux urgences

L'incidence des réadmissions aux urgences pour une nouvelle chute était de 4,3% à 3 jours, 11,8% à 1 mois et de 16,1% à 3 mois.

Selon différentes études que nous retrouvons, l'incidence des réadmissions à 1 mois était de 16% (45) et de 14% à 6 mois (46). Cependant ces études étaient basées sur tous les diagnostics confondus et non uniquement sur la chute et autres traumatismes qui ont une plus forte probabilité de complication et de rechute ce qui pourrait expliquer la différence de ces incidences. L'incidence des réadmissions était de 15,6% à 1 mois, et 21,8% à 3 mois selon une étude aux urgences de Chambéry (47) avec une population de chuteur de plus de 65 ans.

Ce qui indique que nos incidences de réadmissions sont plus faibles en général. On peut mettre en avant l'efficacité de la prise en charge aux urgences, de la coordination des soins et de la stabilisation du patient par les équipes soignantes. Cependant ces chiffres restent trop élevés quand on considère que chaque séjour aux urgences est un traumatisme pour le sujet âgé.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

IV.4. Projets en cours

L'état des lieux de ce qui existe déjà a montré qu'à côté des avancées significatives, un déficit existe en matière de places médicalisées pour les personnes âgées. Dans le but d'améliorer leurs prises en charge, divers projets sont en cours de réalisation.

IV.4.1. Clinique Chénieux

La clinique privée François Chénieux souhaite proposer une structure gériatrique dès le début de l'année 2020. Pour le moment elle n'est composée que d'un seul gériatre en temps plein et est dans l'attente d'un second médecin.

Ce sera une unité de court de séjour avec des patients venant des urgences, avec la possibilité d'hospitalisation directe sur appel. Dans un premier temps, il y aura 16 lits et selon l'évolution de la structure l'objectif est d'augmenter ce nombre jusqu'à 32 lits.

En parallèle, des consultations gériatriques seront mises en place avec différents thèmes, tels que la chute, les consultations mémoire, l'onco-gériatrie et l'évaluation gériatrique.

Ce projet s'inscrit dans un but d'améliorer l'accueil des personnes âgées dans la clinique.

IV.4.2. La présence d'infirmières dans les institutions la nuit.

Depuis juillet de cette année, une infirmière est présente la nuit dans les EHPAD de la mutualité (Marcel Faure, Mas-Rome, Roussillon et Léobardy) à Limoges. Une autre est d'astreinte pour les EHPAD en périphérie de la ville (Isle, Condat sur Vienne, Aix sur Vienne, Landouge), ce qui veut dire qu'elle se déplace si besoin.

Sa présence permet éviter l'aggravation de la perte d'autonomie de ces patients avec le passage aux urgences, avec une réponse médicale de premier niveau. Le médecin de garde peut mettre en place avec ce personnel des protocoles, une surveillance adaptée et des soins sans avoir recours aux services d'urgences.

IV.4.3. Plateforme Territoriale d'Appui (PTA)

L'évolution démographique à venir exige une anticipation d'une montée en puissance des accompagnements institutionnels ou à domicile.

L'ARS de la Nouvelle-Aquitaine a mis en place une nouvelle plateforme cette année, le 1er juillet 2019, pour améliorer l'organisation des parcours de santé complexes. Cela rentre directement dans le projet de loi de santé 2022 pour une amélioration de la communauté des professionnels de santé. (48) (49)

Il regroupe les 4 dispositifs de Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer dits « MAIA » qui couvraient le département.

L'association SOS Médecins fait partie de ce nouveau projet parmi l'équipe pluridisciplinaire qui est composée d'infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues etc.

La plateforme agit en faveur de la coordination du parcours de santé de la personne en situation complexe, quels que soit son âge, sa pathologie ou son handicap. Le médecin traitant joue un rôle pivot et la plateforme permet le lien avec les professionnels du social, médico-social et les autres professionnels de la santé. (50)

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Les différentes missions de la PTA :

1. Informer, conseiller et orienter
   - Recherche d'un intervenant ou d'une structure sanitaire
   - Orientation dans les démarches (aides sociales, services à domicile…)

2. Soutenir l'organisation des parcours de santé complexes
   - Évaluation sanitaire et sociale
   - Coordination et suivi des interventions
   - Appui pour les admissions et les sorties d'hospitalisation

3. Soutenir les pratiques et les initiatives professionnelles
   - Elaboration d'outils partagés
   - Diffusion de protocoles et recommandations

Il est mis à la disposition des professionnels :

- Un système d'information partagé, accessible à tous professionnel,
- Une messagerie sécurisée avec un numéro d'appel unique,
- Un annuaire des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de Haute-Vienne
- Des protocoles d'échange d'information entre professionnels et recommandation de bonnes pratiques
- Des outils de liaison « ville-hôpital »

Le service sera disponible du lundi au jeudi de 8h30 à 18h et le vendredi de 8h30 à 17h.

Tout est mis en place pour trouver des solutions adaptées et permettre au patient de rester à domicile.

IV.5. Devenir

Quand l'hospitalisation s'avère nécessaire, la filière gériatrique a permis d'améliorer la coordination de la prise en charge des patients âgés. Cependant la fréquence et la durée des passages aux urgences des personnes âgées restent trop élevées et il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

Des idées pour une diminution des admissions aux urgences :

- Une unité gériatrique dédiée aux admissions non programmées.

A Nancy, le CHU a mis en place une unité d'entrées directes dotée de 15 lits en 2014. L'objectif était d'hospitaliser directement, à la demande des médecins de ville, des personnes de plus de 75 ans en perte d'autonomie et souffrant de polypathologie, sans passage par les urgences. Le bilan est très positif en termes de qualité de prise en charge, des passages aux urgences évités et de satisfaction des médecins. La durée moyenne de séjour est plus courte que les séjours ayant débuté aux urgences. Cependant la capacité de cette unité apparaît insuffisante face aux besoins.

- Élargissement des horaires de la MUPA.

Au vu de toutes les études mettant en avant ses bienfaits dans l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, cette unité est devenue indispensable aux services des urgences. La qualité de ce service ne pourrait qu'être bénéfique s'il pouvait s'étendre aux horaires de PDSA.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

- L’accès à un plateau technique

Pour les patients ne nécessitant pas d’hospitalisation, pourquoi ne pas envisager de nouveaux modèles de prise en charge de soins non programmés ? Comme des maisons de santé pluridisciplinaires dotées d’un petit plateau technique pour prendre en charge la petite traumatologie avec imagerie, laboratoire et exploration pour les patients stables, ouvert 24h/24, avec des rendez-vous à la journée. Les patients devraient être dans un premier temps vu par un médecin, d’urgence ou non, pour s’assurer de la nécessité de l’acte à réaliser.

On peut également imaginer la création d’une unité mobile de radiologie qui se déplacerait à la demande dans les EHPAD, pour éviter le déplacement des patients fragiles.

Il serait également judicieux d’avoir la possibilité d’envoyer des bilans sanguins et urinaires à un laboratoire d’analyse ouvert 24h/24.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Conclusion

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur dans notre société qu'il faut anticiper. On est en plein cœur d'une crise sociale avec des hôpitaux en souffrance par manque de moyen et de personnel.

L'État demande une augmentation des prises en charge en ambulatoire pour éviter l'encombrement des services d'urgences. Cependant la Haute-Vienne fait partie des départements sous dotés en médecins libéraux. L'hôpital n'est donc pas le seul à être submergé par les patients. Il faut donc trouver des solutions pour pallier la demande d'accès aux soins non programmés et non programmables que peut-être la chute d'une personne âgée isolée à son domicile.

L'association SOS Médecins Limoges est un acteur incontournable de l'offre de soins libérale en gériatrie, pouvant être considéré comme un premier tri des patients avant l'admission aux urgences.

L'étude a montré que l'incidence des hospitalisations des patients de plus de 75 ans adressés aux urgences pour chute par l'association était faible comparativement au niveau national mais dès lors que les patients étaient adressés aux urgences la nécessité d'une hospitalisation était réelle. En effet la prise en charge de la moitié de la population adressée aux urgences a été réalisée durant la PDSA, ce qui n'a pas eu d'impact sur l'incidence des prises en charge par la MUPA. De plus nous n'avons pas observé de différence sur l'incidence des réadmissions aux urgences à 3 mois.

Il serait intéressant d'élargir ce travail avec une étude sur le devenir des patients vus par SOS Médecins pour chute et qui n'ont pas été adressés aux urgences.

Ce travail met en avant l'importance d'une coordination entre les professionnels de santé libéraux et hospitaliers qu'ils soient publics ou privés pour réussir l'optimisation du maintien à domicile du patient. Ensemble nous allons plus loin.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Références bibliographiques

1. Campus cerimes. Le vieillissement humain. 2009. :21.
2. Buchon J. 1 + 2 + 3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? Rev Prat. 1984;34:888-92.
3. Pradines B. Bouchon : un concept simple et génial [Internet]. GérontoLiberté. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: http://free.geriatrics.overblog.com/2015/11/bouchon-un-concept-simple-et-genial.html
4. Population par groupe d'âges en 2019 | Insee [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474
5. Blanpain N. Projection de la population à l'horizon 2070| Insee [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488
6. INSEE. Estimation de la population au 1er janvier 2019 par région | Insee [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#consulter
7. Insee Flash Nouvelle-Aquitaine - 37 [Internet]. [cité 5 sept 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3561034
8. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. J Comorbidity. 2013;3:4-9.
9. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
10. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. déc 2011;9(4):387-90.
11. Lang P-O, Michel J-P, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. Gerontology. 2009;55(5):539-49.
12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
13. FRANCO (Alain), FRANCO (Alain), COUTURIER (Pascal). Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. Auton Dépend Chez Sujet Âgé. 2002;
14. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 juill 2005;48(6):336-40.
15. Inserm. Définition, épidémiologie et conséquences des chutes [Internet]. 2006 [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Chapitre_1.html
16. Thelot B. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/article/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees
17. ORS du Limousin. Diagnostic territorial sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en Haute-Vienne. janv 2017;
18. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Troubles de la marche et de l'équilibre, chutes chez le sujet âgé [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/rhumatologie/enseignement/rhumato6/site/html/4.html
19. Tchalla AE, Dufour AB, Travison TG, Habtemariam D, Iloputaife I, Manor B, et al. Patterns, predictors, and outcomes of falls trajectories in older adults: the MOBILIZE Boston Study with 5 years of follow-up. PloS One. 2014;9(9):e106363.
20. Troubles de la marche et de l'équilibre (sujet âgé) [Internet]. Collège des Enseignants de

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Neurologie. 2016 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.cen-neurologie.fr/deuxi%C3%A8me-cycle%20/troubles-marche-lequilibre-sujet-age
21. Donoghue OA, Setti A, O'Leary N, Kenny RA. Predicts Fear of Falling, Activity Restriction, Falls, and Disability. J Am Med Dir Assoc. 1 juill 2017;18(7):597-602.
22. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. Age Ageing. mai 1997;26(3):189-93.
23. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2015;15(88):188-90.
24. Chute de la personne âgée : causes, conséquences et prévention — Silver Economie [Internet]. [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: https://www.silvereco.fr/chute-de-la-personne-agee-causes-consequences-et-prevention/3187245
25. Tchalla AE, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, Rialle V, Preux P-M, et al. Preventing and managing indoor falls with home-based technologies in mild and moderate Alzheimer's disease patients: pilot study in a community dwelling. Dement Geriatr Cogn Disord. 2013;36(3-4):251-61.
26. Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272431/fr/masso-kinesitherapie-dans-la-conservation-des-capacites-motrices-de-la-personne-agee-fragile-a-domicile
27. Perrochon A, Tchalla AE, Bonis J, Perucaud F, Mandigout S. Effects of a Multicomponent Exercise Program on Spatiotemporal Gait Parameters, Risk of Falling and Physical Activity in Dementia Patients. Dement Geriatr Cogn Disord Extra. déc 2015;5(3):350-60.
28. NGAP [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap
29. SOS Médecins France - Bienvenue sur SOS médecins France [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: http://www.sosmedecins-france.fr/
30. Gourinchas L. Etat des lieux de l'activité gériatrique de SOS Médecins Limoges [mémoire: capacité de gérontologie]. Université de Limoges, Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2015.
31. Direction de l'hospitalisation. Bulletin Officiel n°2002-14, relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. 2002 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm
32. Médecine gériatrique : Hôpital Dupuytren — CHU Limoges [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: http://www.chu-limoges.fr/medecine-geriatrique.html
33. Filière de soins gériatrique : des EHPAD aux services d'urgence — Santé-Limousin v.2 [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: http://www.sante-limousin.fr/projets/observatoires/observatoire-regional-des-urgences-du-limousin/actualites-evenements/bb8ef6a6011e81dd9259fd93a4aef0c6
34. Alais M. Admissions inappropriées des personnes âgées aux urgences : impact d'une nouvelle diffusion du numéro de régulation gériatrique auprès des médecins généralistes de la Haute-Vienne. [Université de Limoges, Faculté de Médecine et de Pharmacie]; 2017.
35. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
36. Romana Andrade HD. Evaluation de l'impact d'une consultation gérontologique post-MUPA à J30 sur les réadmissions aux urgences des personnes âgées admises pour chute et non hospitalisées : étude pilote e-Falls. [limoges]: Université de Limoges, Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2017.
37. Malerba G. Les passages itératifs des personnes âgées (PA) aux urgences. 2009;8.
38. Boisguérin B. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cité 8 nov 2019]. Disponible sur:

Licence CC BY-NC-ND 3.0

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-personnes-agees-aux-urgences-une-patientele-au-profil-particulier
39. Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. /data/revues/03987620/005605SS/0800401X/ [Internet]. 8 sept 2008 [cité 18 nov 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/181927
40. Nekkas M. Motifs d'hospitalisation aux urgences des patients de plus de 75 ans en fonction de leur statut : fragiles, dépendants ou robustes. Revue des Etudiants en Soins Primaires & Chercheurs Toulousains. juin 2014;7(juin 2014):18-21.
41. Dickes-Sotty H, Chevalet P, Fix M-H, Riaudel T, Serre-Sahel C, Ould-Aoudia V, et al. Devenir à 6 mois après une hospitalisation en court séjour gériatrique à la suite d'une chute. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 déc 2012;10(4):391-401.
42. Bovy P, Jolly S, Dropsy S, Sacre F. Résultats de la rééducation sur la qualité de la marche et le devenir de patients âgés après fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Évolution après un an. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 janv 2002;45(1):19-25.
43. Kuetche Nzoche P. Evaluation de l'impact de la médecine d'urgence de la personne âgée (MUPA) sur la prise en charge des personnes âgées admises aux urgences du CHU de Limoges : étude pilote sur les 45 premiers jours = Impact assessment of emergency medicine of the elderly person (MUPA) on the care of elderly people admitted in emergency room CHU de Limoges : pilot study on 45 first days [Internet]. Limoges; 2015 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-44485
44. Aupert A. Impact de l'évaluation gériatrique globale par la MUPA aux urgences du CHU de Limoges sur le devenir des personnes âgées admises pour chute à domicile. Université de Limoges, Faculté de Médecine et de Pharmacie; 2016.
45. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. Réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises dans un service de médecine polyvalente post-urgence : taux et facteurs prédictifs. Rev Médecine Interne. 1 août 2016;37(8):521-8.
46. van Walraven C, Jennings A, Taljaard M, Dhalla I, English S, Mulpuru S, et al. Incidence of potentially avoidable urgent readmissions and their relation to all-cause urgent readmissions. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 4 oct 2011;183(14):E1067-1072.
47. 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. In 2011.
48. Haute-Vienne D de la. Schéma départemental de l'autonomie 2015-2019 [Internet]. Haute-Vienne. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: http://www.haute-vienne.fr/conseil-departemental/ses-actions/personnes-agees/le-departement-et-les-professionnels/schema-departemental-de-lautonomie-2015-2019.html
49. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 19 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/
50. Haute-Vienne D de la. La Plateforme territoriale d'appui de Haute-Vienne (PTA 87) [Internet]. Haute-Vienne. [cité 15 nov 2019]. Disponible sur: http://www.haute-vienne.fr/conseil-departemental/ses-actions/personnes-agees/le-departement-et-les-professionnels/la-plateforme-territoriale-dappui-de-haute-vienne-pta-87.html

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexes

Annexe 1. Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne- Test de Lawton 69
Annexe 2. La grille AGGIR 70
Annexe 3. Timed Up and Go Test 71
Annexe 4. Test Moteur Minimum 72
Annexe 5. Test de Tinetti 73

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 1. Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne- Test de Lawton

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

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 2. La grille AGGIR

Nom et prénom
M Sec.Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Fiche récapitulative AGGIR

Date de l'évaluation

Activités réalisées par la personne seule		Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON) S	T	C	H	Code	Code final
1. Cohérence	communication	☐	☐	☐	☐		
	comportement	☐	☐	☐	☐		
2. Orientation	dans le temps	☐	☐	☐	☐		
	dans l'espace	☐	☐	☐	☐		
3. Toilette	haut	☐	☐	☐	☐		
	bas	☐	☐	☐	☐		
4. Habillage	haut	☐	☐	☐	☐		
	moyen	☐	☐	☐	☐		
	bas	☐	☐	☐	☐		
5. Alimentation	se servir	☐	☐	☐	☐		
	manger	☐	☐	☐	☐		
6. Élimination	urinaire	☐	☐	☐	☐		
	fécale	☐	☐	☐	☐		
7. Transferts		☐	☐	☐	☐		
8. Déplacements à l'intérieur		☐	☐	☐	☐		
9. Déplacements à l'extérieur		☐	☐	☐	☐		
10. Alerter		☐	☐	☐	☐		
11. Gestion		☐	☐	☐	☐		
12. Cuisine		☐	☐	☐	☐		
13. Ménage		☐	☐	☐	☐		
14. Transports		☐	☐	☐	☐		
15. Achats		☐	☐	☐	☐		
16. Suivi du traitement		☐	☐	☐	☐		
17. Activités du temps libre		☐	☐	☐	☐		

S = Spontanément
H = Habituellement
T = Totalement
C = Correctement

Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.

Codage intermédiaire

Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).

Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H.

- Si aucun adverbe n'est coché codez A.
(fait spontanément, totalement, correctement et habituellement)
- Si tous les adverbes sont cochés codez C
(ne fait pas)
- SI une partie des adverbes seulement est cochée codez B.

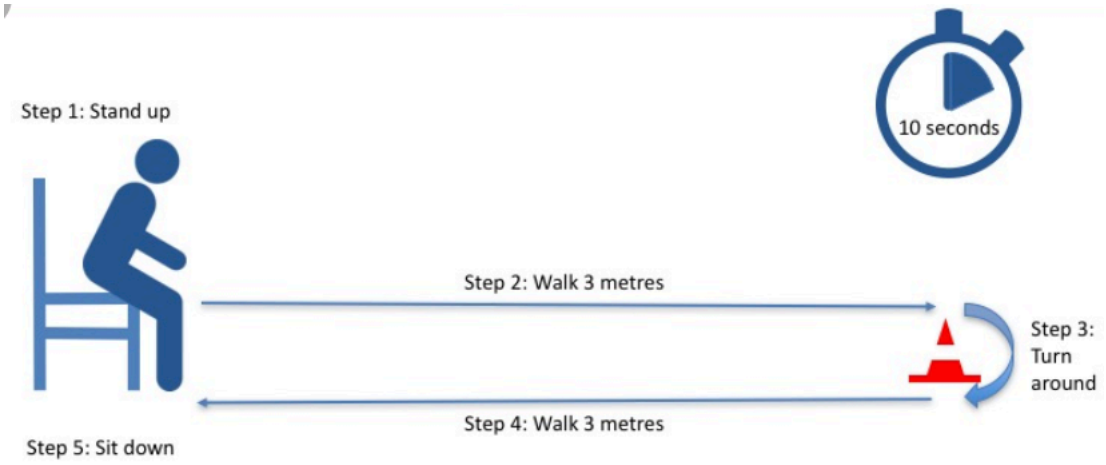
Code final si sous-variables

- Cohérence :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Orientation :
- AA = A ;
- CC, CB, BC, CA, AC = C ;
- AB, BA, BB = B
- Toilette :
- AA = A ;
- CC = C;
- Autres = B
- Habillage :
- AAA = A ;
- CCC = C ;
- Autres = B.
- Alimentation :
- AA = A ;
- CC, BC, CB = C ;
- Autres = B
- Élimination:
- AA = A ;
- CC, BC, CB, AC, CA = C ;
- Autres = B

Groupe iso-ressources
Défini par le système informatique

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 3. Timed Up and Go Test



Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 4. Test Moteur Minimum

Directives de cotation : ***OUI = 1*** ***NON = 0***

DECUBITUS

	Oui	Non	Score
Peut se tourner sur le côté			
Peut se lever du lit ou de la table d'examen			

POSITION ASSISE

	Oui	Non	Score
Absence de rétropulsion du tronc			
Peut incliner le tronc en avant			
Peut se lever du fauteuil			

POSITION DEBOUT

	Oui	Non	Score
Possible			
Sans aide humaine ou matérielle			
Station bipodale Yeux Fermés			
Station unipodale avec appui			
Absence de rétroprojection du centre de gravité			
Réactions d'adaptation posturales			
Réactions parachute	♦	♦	♦
Membres supérieurs en avant			
Membres inférieurs en avant			
Membres inférieurs en arrière			

MARCHE

	Oui	Non	Score
Possible			
Sans aide humaine ou matérielle			
Déroulement du pied au sol			
Absence de flexum du genou			
Absence de rétroprojection du centre de gravité			
Demi-tour harmonieux			

Total s/20 : _____

A chuté (au cours des 6 mois précédents) 1 fois et plus ☐

Peut se relever du sol oui ☐

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Annexe 5. Test de Tinetti

Equilibre statique

1. Equilibre en position assise	. S'incline ou glisse sur la chaise . Stable, sûr	= 0 = 1	—
2. Lever du fauteuil	. Incapable sans aide . Capable mais utilise les bras pour s'aider . Capable sans utiliser les bras	= 0 = 1 = 2	—
3. Essaie de se relever du sol	. Incapable sans aide . Capable mais nécessite plus d'une tentative . Capable de se lever après une seule tentative	= 0 = 1 = 2	—
4. Equilibre en position debout (5 premières secondes)	. Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) . Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support . Stable en l'absence d'un déambulateur, d'une canne ou d'un autre support	= 0 = 1 = 2	—
5. Equilibre en position debout	. Instable . Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur ou un autre support . Polygone de sustentation étroit sans support	= 0 = 1 = 2	—
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible, l'examinateur pousse 3 fois légèrement le sternum du patient avec la paume)	. Commence à tomber . Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre . Stable	= 0 = 1 = 2	—
7. Les yeux fermés (même position qu'en 6)	. Instable . Stable	= 0 = 1	—

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viol et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Licence CC BY-NC-ND 3.0

Devenir des patients de 75 ans et plus, adressés aux urgences pour chute par SOS Médecins Limoges

Résumé :

Introduction : La chute et les traumatismes associés constituent les principaux motifs de consultations aux urgences des personnes âgées. Dans un souci d'amélioration de la prise en charge de cette population à risque, l'association SOS Médecins essaie de faire un tri en amont des services d'urgences. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence des hospitalisations chez les patients de plus de 75 ans, adressés aux urgences par SOS Médecins Limoges à la suite d'une chute.
Méthode : Une étude épidémiologique descriptive rétrospective sur l'année 2018, concernant les patients âgés de 75 ans et plus pris en charge pour chute par SOS Médecins Limoges.
Résultats : 841 patients ont été vus pour chute par l'association cette année-là. 186 patients ont été adressés dans un service d'urgence. 89 ont été hospitalisés, dont 35% pour une durée inférieure à 7 jours, 32% pour une durée entre 7 et 31 jours et 33% pour une durée supérieure à 1 mois. A la suite de ces prises en charge hospitalières, 71% des patients sont rentrés chez eux, alors que 21% sont entrés en institution et 8% sont décédés. L'incidence des réadmissions aux urgences à 3 jours était de 4,3%, à 1 mois de 11,8% et à 3 mois de 16,1%.
Discussion : L'incidence des hospitalisations de tous les patients vus pour chute par SOS Médecins est faible, face à la population adressée par l'association aux urgences, qui est plus à risque de complications.

Mots-clés : personnes âgées, SOS Médecins, chute, urgences, hospitalisation

The future of 75+ years old patients, redirected to Emergency Services by SOS Médecins Limoges

Summary :

Introduction: Falls and associated trauma are one of the main reasons why elderly persons go to E.R. In order to heal this specific population better, the SOS Médecins association is willing to appoint them before their admission to Emergency department. This study is aiming to evaluate the incidence of hospitalizations on 75+ years old patients, being directed to Emergency Services by SOS Medecins Limoges after fall.
Methodology: An epidemiologic & descriptive study in 2018 (retrospective), on 75+ years old patients being treated by SOS Medecins Limoges after fall.
Results: 841 patients were seen falling by the association this year. 186 of them were referred to an emergency department. 89 were admitted to the hospital, amongst them 35% for less than 7 days, 32% between 7 & 31 days and 33% for more than one month. Following hospitalization, 71% of patients return at home, 21% went to institutes and 8% died. The incidence of readmissions to the emergency department was 4,3% at 3 days, 11,8% at 1 month and 16,1% at 3 months.
Discussion: The incidence of hospitalizations of patients seen for fall by SOS Medecins is low, compared to the population addressed by the association to emergency department, which is more at risk of complications.

Keywords : elderly persons, SOS Médecins, fall, emergency department, hospitalization