

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

2017

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 4 juillet 2017 à Poitiers
par Fanny LE GUEN

Relevage pour chute de la personne âgée : pertinence de son signalement
auprès du médecin traitant
A propos d'une étude de 130 cas réalisée au SAMU de Poitiers

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur MIMOZ Olivier

Membres :

Monsieur le Professeur PACCALIN Marc

Monsieur le Docteur BOUSSAGEON Rémy

Monsieur le Docteur SEITE Florent

Directeur de thèse :

Madame le Docteur TRESSE MERCIE Nathalie



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDoux Frank, néphrologie
- BURUcOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie hygiène
- CREMNITER Julia, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

**A notre Président de jury,
Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ,**

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Ancienne interne en 5ème semestre dans votre service, nous apprécions la rigueur médicale alors enseignée.

Nous vous exprimons notre gratitude et notre plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury.

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre haute considération.

A Monsieur le Docteur Rémy BOUSSAGEON,

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.
Ancienne interne SASPAS dans votre cabinet, nous avons pu apprécier vos qualités pédagogiques.

Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre haute considération.

A Monsieur le Docteur Florent SEITE,

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury.

Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de toute notre gratitude et de notre haute considération.

**A notre directeur de Thèse,
Madame le Docteur Nathalie TRESSE-MERCIE,**

Tu as initié puis accompagné ce projet avec une grande patience et attention.
Ton soutien a été éminemment précieux.
Je te prie de trouver ici mes sincères remerciements et la marque de mon profond respect.

A Madame Elise PERRET,

Je te suis profondément reconnaissante pour toute l'aide apportée à ce projet, pour ta disponibilité et pour ton accueil.

Je te prie de trouver ici mes sincères remerciements.

A tous les maîtres de stages,

Aux Docteur Galopin, Docteur Gomes et Docteur Rioux, mes maîtres de stage de médecine générale de niveau 1 qui ont su me transmettre leur amour de la médecine générale.

Aux Docteur Jarry, Docteur Reveau et Docteur Boussageon, mes maîtres de stage en médecine générale de niveau 2, qui m'ont guidé avec patience sur la fin du cursus de médecine générale et m'ont tant appris.

A tous mes amis,

A Laure-Eva qui a été présente tout au long de l'élaboration de ce projet, je te remercie sincèrement pour toute ta disponibilité et ton aide très précieuse.

A Mailys, Solange, Elsa, Lucille, Agnès mes plus proches amies qui ont su m'accompagner tout au long de ces études.

A toute ma famille,

Vous m'avez toujours apporté le réconfort et avez été présents à chaque moment, je vous suis profondément reconnaissante.

A mes parents,

Vous avez su m'entourer de votre amour. J'espère me montrer digne des sacrifices faits pour moi.

A Thomas,

A ton soutien à chaque instant, merci pour tout.

Un grand merci à tous.

PLAN

LISTE DES REMERCIEMENTS EN MEDECINE	2
REMERCIEMENTS	4
PLAN	10
GLOSSAIRE	12
1 INTRODUCTION	13
1.1 Epidémiologie	14
1.2 Définition de la personne âgée et de la fragilité	15
1.2.1 Personne âgée	15
1.2.2 Personne fragile	16
1.3 Définition de la chute chez la personne âgée	18
1.3.1 Définition de la chute	18
1.3.2 Complications dues aux chutes	19
1.3.2.1 Les traumatismes physiques	19
1.3.2.2 Pathologies médicales liées à la durée de séjour au sol	20
1.3.2.3 Le syndrome post-chute	21
1.3.2.4 Chute : symptôme d'une pathologie médicale mettant en jeu le pronostic vital	21
1.3.3 Recommandations HAS 2009	23
1.4 Rôle du SAMU et de la régulation médicale dans le repérage précoce	25
1.4.1 Définition, rôle du SAMU 86 et de la régulation médicale	26
1.4.2 Définition et organisation des relevages	27
1.4.3 La régulation médicale: un précieux témoin pour dépister les chutes	28
1.5 Prise en charge de la chute: réseaux et filières gériatriques compétentes dans le 86	28
1.5.1 Rôle du médecin traitant dans l'évaluation et la prise en charge de la chute	29
1.5.2 Consultation spécialisée : la consultation chute dans le département de la Vienne	30
1.5.3 Les dispositifs d'information, d'évaluation et de coordination	31
1.5.3.1 Les acteurs de la coordination	31
1.5.3.2 Les acteurs de proximité	34
1.5.4 Actions de préventions disponibles dans le territoire de la Vienne concernant la chute	35
2 MATERIEL ET METHODES	37
2.1 Étude rétrospective: Données relevages 2015 par le SAMU 86.	37
2.1.1 Type d'étude	37
2.1.2 Objectif de l'étude	37
2.1.3 Population étudiée	37
	10

2.1.4	Recueil de données	38
2.2	Etude prospective	38
2.2.1	Type d'étude	38
2.2.2	Objectif de l'étude	38
2.2.3	Population étudiée	39
2.2.3.1	Déroulement de l'étude	39
3	RESULTATS	41
3.1	Étude rétrospective: Données relevages 2015 par le SAMU 86	41
3.2	Etude prospective	44
3.3	Etude rétrospective : Questionnaire de satisfaction	48
4	DISCUSSION	50
4.1	Commentaire des résultats	50
4.2	Critique de la méthode	52
4.3	Pertinence de l'étude	53
4.4	Ouverture	55
4.4.1	Complexité d'organisation des réseaux	55
4.4.2	La consultation chute	56
4.4.3	Pas de lien direct entre la régulation médicale, le médecin traitant et les CLIC	58
4.4.4	Les critères pour laisser un patient au domicile sont assez subjectifs:	58
5	CONCLUSION	59
6	BIBLIOGRAPHIE	60
7	ANNEXES	62
7.1	Annexe 1 : Recommandations HAS 2009	62
7.2	Annexe 2 : Test de dépistages	64
7.3	Annexe 3: Plaquette des acteurs de la coordination gériatrique	65
7.4	Annexe 4 : Présentation orale aux patients	66
7.5	Annexe 5 : Courrier type aux médecins traitants	66
7.6	Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction	67
8	RESUME	68
	SERMENT	69

GLOSSAIRE

SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente

HAS = Haute Autorité de Santé

EPAC = Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

INPES = Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

CÉPIDC = Centre d'Épidémiologie sur les causes médicales de décès

CHU = Centre Hospitalier Universitaire

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHA = Unité d'Hospitalisation Aiguë

SDPM = Syndrome de Désadaptation Psychomotrice

AVC = Accident Vasculaire Cérébral

CRRA = Centre de Réception et de Régulation des Appels

ARM = Assistant de Régulation Médicale

VSAV = Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Régulation

CTA = Centre de Traitement des Appels

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ARS = Agence Régionale de Santé

CLIC = Centres Locaux d'Information et de Coordination

MAIA = Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

ADMR = Aide à Domicile en Milieu Rural

IDE = Infirmière Diplômée d'Etat

BPCO = BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

PPS = Plan Personnalisé de Santé

FFEPGV = Fédération Française d'Education Physique et de Gymnastique Volontaire

SAU = Service d'Accueil des Urgences

DRM = Dossier informatique de Régulation Médicale

CODIS = Centre Opérationnel Départemental du service d'Incendie et de Secours

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

PTA = Plateforme Territoriale d'Appui

GCS = groupement de coopération sanitaire

URML = Union Régional des Médecins Libéraux

1 INTRODUCTION

La chute chez la personne âgée est un événement fréquent parfois lourd de conséquences.

Il s'agit d'un trouble gériatrique à part entière, événement multifactoriel nécessitant une approche globale de la personne âgée prenant en compte à la fois son état de santé, son comportement et son environnement.

Elle est souvent le stigmate d'une fragilité qu'il est important de repérer afin de mettre en place des mesures de prévention et d'accompagnement.

Cet événement est souvent banalisé et passe inaperçu.

Dans le cadre de l'Aide Médicale d'Urgence, le SAMU est sollicité pour répondre à une demande de secours. Lorsque la personne reste sur place, l'information concernant la chute n'est pas toujours relayée.

Il nous a semblé opportun d'en informer le médecin traitant au moyen d'un courrier et nous nous sommes questionnés sur la pertinence de cette démarche.

En effet depuis la publication en 2009 des recommandations de la HAS **(1)** sur la chute de la personne âgée, on constate qu'il est difficile de les appliquer pour deux raisons principales :

- difficultés de repérage des patients chuteurs,
- insuffisance de coordination des acteurs compétents pour la prise en charge secondaire.

L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la pertinence du signalement des sujets âgés ayant chuté à leur domicile au moyen d'un courrier adressé à leur médecin traitant. Les chuteurs sont repérés lors de l'appel au SAMU 86 pour une demande d'aide au relevage.

L'objectif secondaire est de décrire les acteurs compétents présents sur le territoire de la Vienne.

1.1 Epidémiologie

En France, les données chiffrées sur la prévalence et l'incidence des chutes des personnes âgées proviennent de trois sources principales qui sont : l'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) fait par l'institut de veille sanitaire, le baromètre santé de l'INPES et la base de données de mortalité issue des certificats de décès enregistrés par le centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc).

Notre étude porte sur la population de la Vienne qui est un département moyennement peuplé, on y recense environ 430 000 habitants, la répartition n'est pas homogène, il existe une plus forte densité sur l'axe Poitiers-Châtellerauld. C'est une population qui vieillit. Actuellement les plus de 60 ans représentent environ un quart de la population. Le département possède 4 services d'urgences : Poitiers, Châtellerauld, Montmorillon et Loudun.

La chute chez la personne âgée est très fréquente, en effet il a été estimé qu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et la moitié des personnes de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois par an **(2, 3, 4)**. Selon l'Institut de veille sanitaire, il y a chaque année en France 450 000 chutes chez les personnes âgées. La proportion de personnes ayant chuté augmente avec l'âge, et les femmes sont environ deux fois plus nombreuses à chuter que les hommes. Toutefois, après 80 ans, les proportions entre les sexes deviennent identiques et, après 85 ans, la fréquence des chutes est semblable entre les femmes et les hommes **(5)**.

Lorsque la chute ne se complique pas d'un traumatisme important, la majorité des patients n'informent pas leurs médecins traitants. Seuls 20 à 25% des patients chuteurs consultent un médecin généraliste ou un service d'urgence **(1)**.

Tous âges confondus, les chutes sont la première cause de décès par accident : ce qui représente 9 412 décès selon les données de 2008 **(6, 7)**.

Parmi les sujets décédés par chute les trois quarts sont âgés de plus de 75 ans.

Pour mémoire, les trois premières causes de mortalité sont les cancers (29.6 %), les

maladies cardio-vasculaire (27.5%) et les accidents (4.6 %) ce qui représente 543 139 décès d'après l'INPES.

La chute est un motif fréquent de consultation aux urgences. Au CHU de Poitiers durant le mois de septembre 2016 date à laquelle nous avons mené notre seconde étude, 655 patients âgés de plus de 65 ans ont été adressés aux urgences de Poitiers en provenance du domicile dont 101 patients venaient suite à une chute.

Au total pour le mois de septembre 2016, il a été comptabilisé 1112 jours d'hospitalisation de patients chuteurs, dont 17 jours en soins continus ou réanimation, 534 jours en médecine (46 jours de médecine générale, 488 jours de médecine gériatrique), 73 jours en chirurgie, plus de 424 jours en soins de suite et 64 jours en UHCD/UHA.

La chute représente un coût important en matière de santé publique.

Les tarifs 2015 d'une journée d'hospitalisation varient de 1100 euros en médecine, 1200 euros en chirurgie à 400 euros en soins de suite.

Le coût financier pour la santé est donc important : 20 milliards d'euros aux USA soit 2.5 milliard d'euros en extrapolant pour la France **(8)**.

La chute est donc un événement qui a un coût humain et financier non négligeable pour la société. Elle a également un retentissement important sur la qualité de vie alors qu'elle est évitable **(9)**.

1.2 Définition de la personne âgée et de la fragilité

1.2.1 Personne âgée

La définition de la « personne âgée » retenue dans les recommandations de la HAS 2009 est basée sur le critère d'âge de 65 ans et plus. Il s'agit de la borne d'âge la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites « âgées ».

Le vieillissement, qu'il soit physiologique ou pathologique, est un processus qui modifie l'état de santé d'un individu. Il aboutit à l'échelle d'une population à la formation d'un groupe hétérogène d'un point de vue médical et fonctionnel.

Schématiquement, trois catégories de personnes âgées peuvent être individualisées en fonction de leur état de santé après 65 ans **(10)** :

- 1) Les personnes dites « vigoureuses » : en bon état de santé, indépendantes et bien intégrées socialement, c'est-à-dire autonomes d'un point de vue décisionnel et fonctionnel, qui sont assimilables aux adultes plus jeunes ;
- 2) Les personnes dites « malades » : dépendantes, en mauvais état de santé en raison d'une polypathologie chronique évoluée génératrice de handicaps et d'un isolement social ;
- 3) Les personnes dites « fragiles » : à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades. Elles sont décrites comme une population vulnérable, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation.

1.2.2 Personne fragile

Bien que la compréhension du concept de fragilité soit facile, il n'y a pas de consensus sur une définition clinique.

Selon la définition du dictionnaire le « Robert », une personne fragile est une personne de constitution faible et de fonctionnement délicat. Par contre, d'un point de vue médical, la définition n'est pas aussi claire car elle varie selon la discipline d'appartenance du professionnel de santé.

Un schéma modélisant la décompensation fonctionnelle a été proposé par Bouchon en 1984. Ce raisonnement gériatrique, ou « 1+2+3 de Bouchon » est particulièrement efficace pour la plupart des situations cliniques en gériatrie.

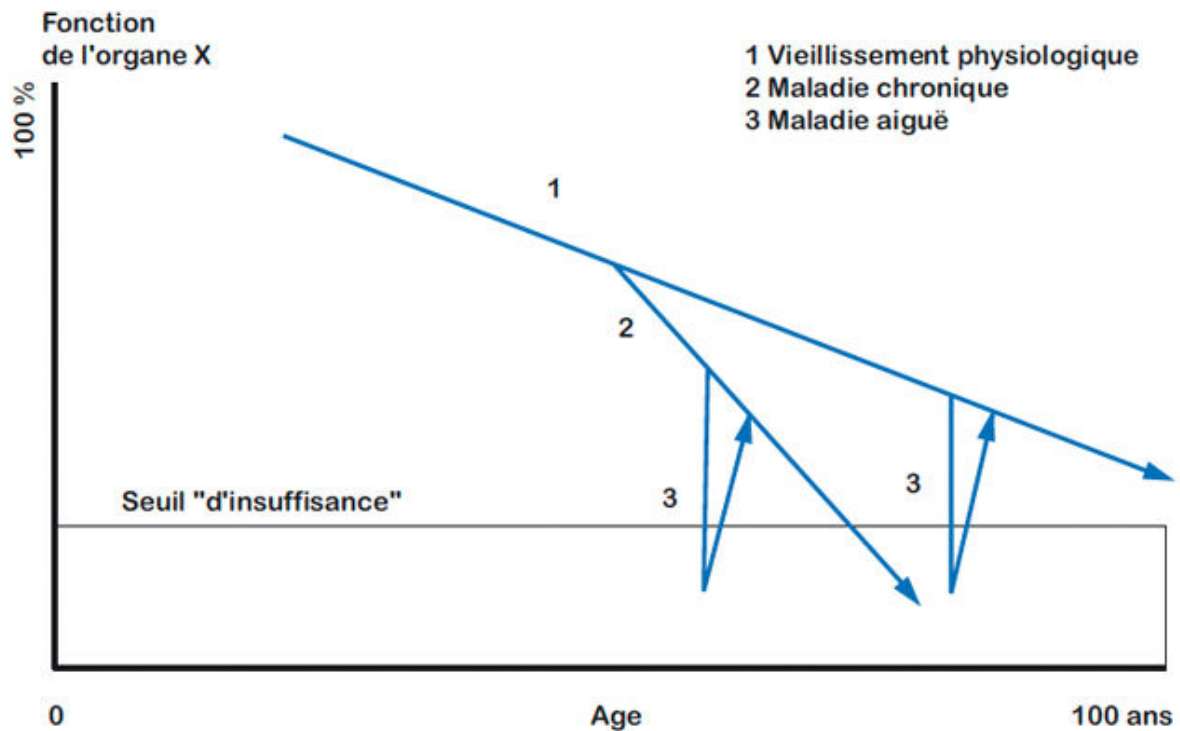


Figure 1 : 1+2+3 de Bouchon

La courbe 1 représente les effets du vieillissement physiologique qui n'aboutirait jamais en lui-même à la décompensation fonctionnelle.

La courbe 2, représente l'effet d'une ou de plusieurs maladies chroniques.

La courbe 3 représente le facteur aigu de décompensation.

Selon Bouchon, les vieillards meurent, ou risquent de mourir, parce qu'un ou plusieurs organes sont défaillants. Cette situation résulte selon lui d'une situation permettant de distinguer trois niveaux : le vieillissement physiologique des organes, les pathologies chroniques et les facteurs de décompensation.

La plupart des différentes approches voulant décrire le terme de "fragilité" ne font que décrire les effets du vieillissement physiologique et pathologique qui transforme une personne en bonne santé en une personne dite « fragile » par la baisse des compétences et des réserves de la plupart des systèmes physiologiques.

Cet état fragile aboutit à une plus grande vulnérabilité de la personne âgée qui s'exprime lors d'événements aigus qui la font basculer dans la situation d'insuffisance fonctionnelle.

Dans les recommandations de la HAS 2009, le groupe de travail a retenu la définition suivante de la fragilité : « La fragilité peut se définir comme un état médico-social instable. Elle est la conséquence du vieillissement physiologique et pathologique qui génère des déficiences infracliniques. La réduction des réserves physiologiques qui en résulte est à l'origine d'un défaut d'adaptation au stress qu'il soit médical, psychologique ou social ».

Dans cette perspective, la survenue de chutes répétées correspond à la fois à un symptôme de fragilité et à un événement stressant capable de décompenser cet état fragile donc instable.

1.3 Définition de la chute chez la personne âgée

1.3.1 Définition de la chute

La chute est définie généralement comme l'action de tomber, c'est-à-dire de perdre son équilibre et d'être attiré vers le sol par son poids sous l'effet de la force de pesanteur **(11)**.

Alors que la chute de la personne âgée est un thème récurrent de la littérature depuis plusieurs années, paradoxalement sa définition ainsi que sa méthode de recueil divergent considérablement d'une étude à l'autre.

La majorité des définitions utilisées dans les articles analysés par la revue systématique de la littérature utilisait une association plus ou moins complète de trois types de caractéristiques :

- premièrement, le fait de se retrouver dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ, le sol étant toujours la référence,
- deuxièmement, la notion de contact ou d'impact du corps sur la surface du point d'arrivée (sol, meuble, mur, autre) est importante car elle sous-entend un trouble affectant l'intégrité des réflexes posturaux de protection de type « parachute »,

- troisièmement, le caractère involontaire de la chute est le plus constant et sous-entend l'absence d'une force extérieure inhabituelle exercée directement sur le corps et à l'origine du déséquilibre provoquant la chute **(11)**.

Nous pouvons retenir la définition proposée par le groupe de travail de la HAS 2009 et qui définit le diagnostic de chute sur la combinaison des critères « se retrouver dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ » et « le caractère involontaire », l'association du critère "anomalie ou absence de réflexes posturaux adaptés" étant optionnelle et non nécessaire.

1.3.2 Complications dues aux chutes

Nous pouvons classer les complications dues aux chutes en trois catégories :

1. Les conséquences liées aux traumatismes physiques résultant de la force d'impact du corps sur la surface du point d'arrivée ;
2. Les pathologies médicales telles que la rhabdomyolyse, l'hypothermie et les pneumopathies d'inhalation qui sont la conséquence directe d'un séjour prolongé sur le sol due à l'impossibilité à se relever ;
3. Les conséquences fonctionnelles : la perte de mobilité due aux douleurs et aux séquelles et le syndrome post-chute **(12, 13)**.

1.3.2.1 Les traumatismes physiques

Dans le domaine des chutes, les traumatismes physiques peuvent être mineurs, modérés ou sévères :

- les traumatismes mineurs se limitent à une atteinte superficielle de la peau tels que les hématomes sous-cutanés ou les excoriations de l'épiderme ;
- les traumatismes modérés correspondent à des tassements et/ou fractures vertébrales, ou des fractures de côtes ;

- les traumatismes sévères sont définis par les fractures fémorales, les hématomes extra et/ou sous-duraux, les contusions et/ou hématomes cérébraux, les traumatismes crâniens et les lacérations cutanées de grande taille et/ou profondes.

Ces derniers conduisent constamment à une hospitalisation et mettent en jeu le pronostic vital du chuteur. Ils doivent être considérés de ce fait comme un signe de gravité des chutes répétées.

En France, les dernières données publiées en 2004 et 2005 ont été faites par l'enquête EPAC.

Dans cette enquête, concernant la population de plus de 65 ans, les fractures représentaient 41 % des lésions, suivies des contusions ou commotions (30 %) et des plaies (19 %). Les membres inférieurs ont été le plus fréquemment lésés (34 % des cas), et dans 55 % des cas, il s'agissait de fractures.

Dans une méta-analyse, ciblant les conséquences traumatiques des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, McClure et al. ont montré que 5 à 10 % des personnes âgées chuteuses de la communauté avaient, par année, une conséquence traumatique qualifiée de grave **(14)**.

1.3.2.2 Pathologies médicales liées à la durée de séjour au sol

La durée de séjour au sol est aussi un marqueur de gravité car un séjour prolongé expose à de multiples complications telles que la rhabdomyolyse, l'hypothermie, les escarres et les pneumopathies d'inhalation.

Dans 10 % des cas, le temps passé au sol suite à une chute dépasse une heure **(15, 16)**.

Dans une étude portant sur 370 patients âgés de $79,6 \pm 5,3$ ans ayant présenté une ou plusieurs chutes, 50 % d'entre eux ont été incapables de se relever du sol **(12)**. La durée du temps passé au sol était en moyenne de 12 minutes en l'absence de traumatisme sévère et de 19 minutes en cas de traumatisme sévère.

1.3.2.3 Le syndrome post-chute

Le syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice (SDPM) est une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle.

Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour l'autonomie de la personne âgée.

La dénomination actuelle pour ce syndrome est SDPM (syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice) avec une clinique qui associe plus ou moins : une hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle le plus souvent axiale ; une abolition voire une absence des réflexes de posture ; un syndrome dysexécutif.

Ce syndrome survient préférentiellement chez des personnes ayant un syndrome démentiel, une hydrocéphalie à pression normale, une encéphalopathie vasculaire et/ou une dépression **(1)**.

1.3.2.4 Chute : symptôme d'une pathologie médicale mettant en jeu le pronostic vital

La chute peut être le symptôme non spécifique d'une pathologie médicale aiguë pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

En dehors des classiques troubles du rythme ou de conduction provoquant un bas débit cérébral à l'origine des chutes, d'autres affections ont pu être identifiées telles que les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque et les pathologies infectieuses **(17)**.

À titre d'exemple, en France, via une étude de cohorte prospective comparant des personnes âgées hospitalisées pour chute (moyenne d'âge : 85, 1 ± 5,5 ans) et des personnes âgées hospitalisées pour un autre motif (moyenne d'âge : 85,8 ± 5,5 ans) en unité de court séjour gériatrique, Beauchet et al ont montré que l'étiologie de la chute était dans 68 % des cas due à une pathologie médicale aiguë **(18)**.

Parmi ces pathologies, on retrouvait au premier rang les affections neuropsychiatriques (38 %), puis cardio-vasculaires (20 %), infectieuses (12 %), rhumatologiques (5 %) et iatrogéniques (5 %). Au sein des étiologies neuropsychiatriques, les syndromes confusionnels et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques représentaient 47 % et 36 % des cas. Quant aux étiologies cardiovasculaires, elles correspondaient à des insuffisances cardiaques droites ou gauches décompensées dans 33 % des cas, à une hypotension orthostatique dans 28 % des cas et à des troubles du rythme dans 17 % des cas.

1.3.3 Recommandations HAS 2009

La HAS a publié deux recommandations sur :

- la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée (en 2005, en partenariat avec la Société française de documentation et de recherche en médecine générale) **(19)**,
- l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (en 2009, en collaboration avec la Société française de gériatrie et gérontologie).

Dans les recommandations de la HAS nous pouvons dégager 2 axes :

1. L'évaluation initiale
2. Les interventions recommandées

1. L'évaluation initiale se fait en 5 temps **(Annexe 1)** :

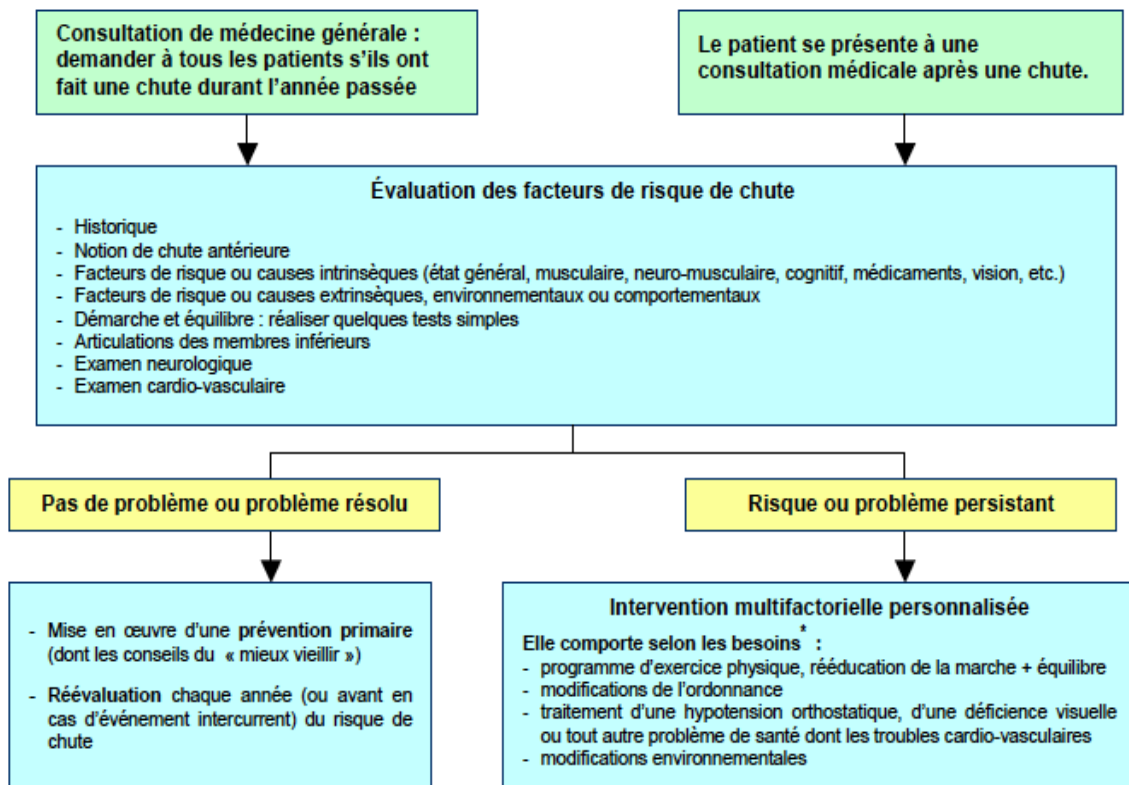
- **1^{er} temps** : rechercher systématiquement chez toute personne âgée un antécédent de chute dans l'année qui précède la consultation médicale ;
- **2^{ème} temps** : rechercher des facteurs de risque de chute chez toute personne âgée ;
- **3^{ème} temps** : De façon systématique, au cours de la consultation chez toute personne âgée et plus particulièrement en cas de chute signalée même si elle paraît banale, ou en présence de facteurs de risque, réaliser une évaluation du risque de chute ;
- **4^{ème} temps** : rechercher des signes de gravité chez une personne âgée faisant des chutes à répétition ;
- **5^{ème} temps** : rechercher les facteurs prédictifs de récurrence de la chute ;

2. Les interventions recommandées sont les suivantes :

En présence de facteurs de risque de chute, ou d'antécédents de chutes, médicalisées ou non, il est recommandé de proposer à la personne âgée concernée, en fonction des résultats de l'évaluation signalée ci-dessus, un programme personnalisé de rééducation-réadaptation destiné à améliorer ses capacités physiques et renforcer son autonomie.

Les programmes ayant le mieux démontré leur efficacité intègrent les éléments suivants :

- révision de l'ordonnance,
- correction/traitement des facteurs de risque modifiables (incluant les facteurs environnementaux),
 - port de chaussures adaptées, pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique,
 - apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 g / j,
 - utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs,
- correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI,
- traitement anti-ostéoporotique en cas d'ostéoporose avérée.



* Le rythme et les modalités du suivi de cette intervention sont à définir au cas par cas.

Figure 2 : Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée (19)

1.4 Rôle du SAMU et de la régulation médicale dans le repérage précoce

Dans le département de la Vienne comme dans la plupart des départements, la demande de secours pour une aide au relevage se fait par le patient lui même (ou une tierce personne) au SAMU. Cette demande permet de repérer certains chuteurs mais lorsque la personne est laissée à son domicile il n'existe à ce jour aucune démarche pour relayer cette information.

1.4.1 Définition, rôle du SAMU 86 et de la régulation médicale

Le SAMU a pour mission de répondre aux situations d'urgence. Ce service hospitalier comporte un Centre de Réception et de Régulation des Appels : le CRRA. Tous les appels d'urgence passés au 15 sont transmis au CRRA qui assure une écoute médicale permanente.

Les acteurs de la régulation forment une équipe composée de médecins régulateurs et d'Assistants de Régulation Médicale (ARM).

L'appel initial au 15 est réceptionné par l'ARM qui crée un dossier informatique dans lequel il note : le motif de l'appel, le nom et l'adresse de la personne concernée et selon l'urgence, il réalise un interrogatoire succinct afin de préciser les circonstances. L'appel est ensuite basculé au médecin régulateur, qui, au terme d'un entretien avec l'appelant ou son entourage, et d'une « analyse sémiologique de la détresse », détermine le moyen adapté pour répondre à la demande exprimée, se basant sur une « probabilité diagnostique ».

La réponse médicale à la demande passée au cours de cet appel peut être :

- un conseil téléphonique par exemple :
 - consignes de surveillance
 - consigne sur la prise de médicaments
 - consigne de consulter un médecin généraliste
 - consigne de venir par ses propres moyens dans un service d'urgence
- l'envoi d'une ambulance privée ou d'un VSAV ;
- l'envoi d'un SMUR.

La régulation des appels passés au 18 se fait via le centre de traitement des appels (CTA), plateforme de réception des appels téléphoniques.

Le CTA de la Vienne comme la plupart des CTA n'a pas de médecin régulateur dans son équipe.

Les 2 centres CTA et CRRA sont interconnectés (connexion radiophonique, téléphonique et informatique)

Les appels au CRRA ou au CTA de personnes âgées de plus de 75 ans sont extrêmement nombreux, du fait d'une réalité démographique tout d'abord, mais aussi parce que les personnes âgées présentent tout naturellement plus de problèmes d'ordre médical que leurs cadets.

1.4.2 Définition et organisation des relevages

Comme il l'a déjà été souligné, le vieillissement croissant de la population entraîne l'apparition de situations inédites et spécifiques, comme celle du relevage à domicile de personnes âgées chuteuses, étant dans l'incapacité de se relever seules ou avec l'aide de leur entourage.

Le relevage à domicile fait partie des missions des services de secours.

Les demandes de relevage sont adressées au CRRA et au CTA **(18)**.

Elles proviennent de différentes origines :

- la personne elle même ;
- les centres de réception des téléalarmes. Ces services privés ne disposent pas de moyens d'intervention au domicile, s'ils n'ont pas réussi à contacter la ou les personnes ressources ils font appel aux services de secours ;
- une tierce personne sur place (conjoint, voisin, aides à domicile etc.).

Toutes les demandes de secours à la personne doivent être régulées par un médecin. Par conséquent les appels qui arrivent au 18 sont transmis au CRRA.

Le médecin régulateur demande alors l'intervention d'une ambulance privée ou par défaut d'un véhicule de secours des pompiers (VSAV) au domicile de la victime.

Lorsque l'équipe de secours est sur place, elle fait un bilan au médecin régulateur.

Si la chute n'a pas été provoquée par un événement aigu (malaise, décompensation aiguë de pathologie chronique, douleur aiguë etc.), si la victime n'est pas blessée et si elle n'est pas isolée, le médecin régulateur peut prendre la décision de laisser la personne sur place c'est ce que l'on appelle un relevage.

1.4.3 La régulation médicale: un précieux témoin pour dépister les chutes

La plupart des personnes âgées n'informent pas leur entourage ou leur médecin traitant de la survenue d'une chute d'autant plus qu'il n'y a pas eu de blessure grave. Le médecin traitant peut dépister les chutes à l'aide de l'interrogatoire ou de l'examen clinique et l'un des principal problème est de recueillir une information fiable sur la survenue de la chute.

En effet, Cummings et al. ont montré, dans une étude de cohorte prospective portant sur 304 personnes âgées de 60 ans et plus que l'information recueillie est moins fiable lorsque la chute n'a pas entraîné de complications et plus fiable lorsque la période de rappel est de 12 mois comparée à 3 ou 6 mois **(20)**.

Ce déficit de rappel a été attribué le plus souvent à un oubli ou à un déni de la chute et est particulièrement fréquent chez les personnes qui n'ont pas eu de traumatisme physique suite à la chute.

Devant cette évidente carence de recueil, les appels passés par le 15 ou le 18 à la régulation pourraient donc jouer un rôle primordial dans la prise en charge précoce de la personne âgée fragile, en déclenchant la mise en œuvre, au décours de l'appel pour chute des moyens de prévention secondaire.

1.5 Prise en charge de la chute: réseaux et filières gériatriques compétentes dans le 86

La prévention des chutes répétées et de leurs complications est une priorité de santé publique car les chutes répétées concernent un grand nombre de personnes âgées. Elles sont associées à une forte morbi-mortalité, une accélération du processus de perte d'autonomie qui altère la qualité de vie des personnes âgées et enfin, entraînent un coût financier substantiel **(9)**.

Il a pu être estimé que la réduction du taux de chutes est de l'ordre de 18% lorsque les actions de prévention sont appliquées aux personnes âgées de la communauté et de 25% en secteur hospitalier **(21, 22)**.

Comme nous l'avons déjà précisé, le premier temps de toute intervention est l'évaluation du chuteur et de son environnement.

Dans le département de la Vienne cette évaluation repose sur le médecin traitant et/ou la consultation chute.

1.5.1 Rôle du médecin traitant dans l'évaluation et la prise en charge de la chute

L'entourage est souvent le premier témoin des chutes (famille, aides à domicile, services de soins à domicile etc.). C'est souvent l'entourage proche ou le patient lui-même qui va interpeller le médecin traitant.

Mais comme nous l'avons déjà souligné lorsque la chute ne se complique pas d'un traumatisme important, la majorité des patients n'informent pas leurs médecins traitants et seuls 20 à 25% des patients chuteurs consultent un médecin généraliste ou un centre d'urgence **(1)**.

Les raisons qui expliquent ce silence sont les suivantes :

- les chutes sont souvent considérées par les personnes âgées comme faisant partie du vieillissement normal, ainsi elles sont rarement rapportées au médecin ;
- dans l'inconscient populaire les chutes sont considérées comme une menace pour l'identité propre en tant que personne capable de se relever. Cette explication est cohérente dans la théorie de représentation de soi, où les gens utilisent des stratégies conservatrices dans les interactions sociales pour garder une image souhaitée ;
- les oublis de chute sont fréquents, et ont été évalués de 13 à 32% **(1, 20)**.

Si le médecin ne cherche pas spécifiquement la survenue de chute à l'interrogatoire, la prévention secondaire perdra de sa puissance. Cependant il semble difficile en pratique d'aborder le sujet à chaque consultation.

La pratique quotidienne et les difficultés rencontrées dans cette prise en charge au domicile sont peu étudiées.

Le médecin généraliste a un rôle propre, il se rend au domicile du patient permettant des relations individuelles. Il peut ainsi agir sur différents facteurs extrinsèques à l'origine de la chute.

Il connaît l'habitat du patient, et peut donc décider de l'intervention d'un ergothérapeute s'il l'estime nécessaire.

Il a connaissance du dossier médical et donc de ses traitements, il peut donc repérer les médicaments inappropriés de la personne âgée et faire ainsi un "toiletage" de l'ordonnance.

Il connaît également ses antécédents et comorbidités et peut donc proposer de l'adresser vers un kinésithérapeute ou spécialiste en fonction de l'étiologie suspectée.

Il va également prendre en considération les problèmes médicaux-sociaux et mettre son patient en relation avec les réseaux appropriés si besoin, il a donc un rôle de coordination important dans ce contexte.

Devant la problématique actuelle de défaut de signalement des chutes, il semble nécessaire de mettre en place un repérage en amont du médecin traitant quand cela est possible.

1.5.2 Consultation spécialisée : la consultation chute dans le département de la Vienne

Une consultation chute est organisée par le service de gériatrie au CHU de Poitiers. Cette consultation a lieu une fois par semaine le vendredi. Elle se déroule sur deux heures : une heure avec un kinésithérapeute et une heure avec le médecin gériatre.

Les patients doivent remplir les critères suivants : patients valides, sans troubles cognitifs ou des troubles modérés permettant la réalisation des exercices et l'intégration des consignes, à distance d'un traumatisme et suite à une première chute.

Les tests effectués sont ceux proposés par les recommandations HAS: le test timed up and go (test considéré comme anormal s'il fait plus de 20 secondes), le test

d'appui unipodal, le test de poussée sternale et le walking and talking test (**Annexe 2**).

Au décours de cette intervention, un courrier est adressé au médecin traitant l'informant des modifications ou aides proposées. Par exemple des modifications de traitement, des séances de rééducation, des conseils pour des aides techniques et des appareillages orthopédiques peuvent être prescrites. Cette consultation permet d'accueillir un patient par semaine.

Le centre hospitalier de Châtellerault ne propose pas de consultation dédiée à la prise en charge des chutes. Si un patient chute, il peut être adressé par son médecin traitant à l'hôpital de jour de gériatrie où les patients bénéficient d'une évaluation gériatrique standard avec un ajout de bilan chute. Ce bilan se fait sur la journée.

La consultation en hôpital de jour est ouverte tous les jours de la semaine.

Les centres hospitaliers de Montmorillon et Loudun n'offrent pas de consultations chutes mais une consultation gériatrique est disponible à Montmorillon.

1.5.3 Les dispositifs d'information, d'évaluation et de coordination

La prise en charge de la personne âgée fragile, requiert la mise en œuvre de moyens et de compétences spécifiques, permettant d'appréhender le sujet âgé dans sa globalité. Les réseaux de soins gériatriques ont été créés pour répondre à cet objectif, ils sont financés par l'ARS.

L'organisation de ces réseaux se fait à deux niveaux :

1. Acteurs de la coordination (CLIC, réseaux gérontologiques, gestionnaires de cas des dispositifs MAIA) ;
2. Acteurs de proximité (ADMR, IDE libérale, etc.).

1.5.3.1 Les acteurs de la coordination

Les acteurs de la coordination gérontologique évaluent les besoins de manière

globale et vont solliciter les intervenants possibles qui vont pouvoir faire la prestation : IDE pour la préparation du pilulier, partenariat avec le médecin pour la prescription médicale, service d'aide à domicile pour la préparation du repas etc.

Il existe trois acteurs de la coordination principaux déployés dans le territoire:

- les CLIC (centres locaux d'information et de coordination) qui sont au nombre de 7 sur le département de la Vienne ;
- les réseaux de santé gériatriques qui sont au nombre de 5 sur le département ;
- les gestionnaires de cas des dispositifs MAIA qui sont au nombre de 5 répartis sur l'ensemble du département à travers deux dispositifs MAIA.

Ces trois dispositifs couvrent tous l'ensemble du département.

1. Les CLIC : Une porte d'entrée unique sur le territoire :

Les personnes ciblées sont les personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile et rencontrant une perte d'autonomie, liée au vieillissement pathologique, pouvant remettre en cause cette vie à domicile.

Les demandes vont ainsi davantage porter sur des besoins médico-sociaux liés à l'autonomie fonctionnelle (entretien du logement, portage de repas, téléalarme, aide à la toilette etc.)

Après avoir été contacté par un professionnel de santé, une personne de l'entourage du patient ou le patient lui même, les CLIC proposent une visite à domicile pour évaluer de manière globale les besoins de la personne (autonomie fonctionnelle, environnement, financier, administratif, familial etc.) afin de lui proposer un plan d'aide.

Ils permettent ainsi une coordination des interventions à domicile en vue de respecter le plan d'aide, sans se substituer à l'entourage ni aux professionnels

intervenants.

Au vu des éléments recueillis lors du signalement ou lors de leur visite, si la situation dépasse leur compétence, ils orienteront si nécessaire la situation vers le réseau gériatrique ou le gestionnaire de cas du territoire.

2. Les réseaux de santé gériatriques :

S'il existe une problématique sanitaire en plus d'une problématique médico-sociale, les CLIC adressent le dossier aux réseaux de santé gériatriques.

Le public ciblé concerne les personnes âgées de 75 ans et plus ayant une problématique sanitaire (polypathologies, cancer, BPCO ou AVC, maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée etc.) en situation complexe et fragile compromettant la vie à domicile.

Lors d'une visite d'évaluation à domicile, ils recensent les besoins sanitaires et médico-sociaux de la personne puis élaborent un Plan Personnalisé de Santé (PPS) afin de répondre à ces besoins en coordonnant les différents intervenants au domicile, toujours en lien avec le médecin traitant.

Le réseau peut faire intervenir des psychologues, diététiciennes, infirmières de psychiatrie si nécessaire dans le cadre de leurs interventions.

3. La gestion de cas des dispositifs MAIA :

Si la situation exige un accompagnement médico-social global régulier et au long cours, les CLIC ou les réseaux gériatriques adressent le dossier à la gestion de cas.

Les personnes ciblées par les gestionnaires de cas sont les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile en perte d'autonomie et en situation complexe cumulant 5 critères :

- perte d'autonomie fonctionnelle ;
- perte d'autonomie décisionnelle (la personne n'est plus en mesure d'évaluer correctement sa situation et de prendre les bonnes décisions adaptées) ;
- problématique médicale ;
- aides et soins insuffisants ou inadaptés ;
- absence d'aidant ou aidant qui n'est pas en mesure de mettre en place et de coordonner les aides (hors aidant professionnel type mandataire judiciaire).

La création des dispositifs MAIA découlent du plan alzheimer 2008-2012, elles sont missionnées au niveau régional par l'ARS.

1.5.3.2 Les acteurs de proximité

- L'infirmier libéral: Cet acteur de proximité participe au maintien à domicile de la personne âgée grâce à ses passages réguliers au domicile : aide à la toilette, préparation du pilulier, suivi de l'observance du traitement etc.
- Le diététicien: Il dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée.
- Le masseur-kinésithérapeute: Il participe également au maintien à domicile de la personne âgée en l'aidant à garder une autonomie motrice (aide à la marche, à la mobilisation etc.).
- Le psychologue: il peut avoir différentes missions : accompagnement de personnes souffrant de troubles anxieux et/ou dépressifs, évaluation des fonctions cognitives, passation de tests psychologiques de dépistage, soutien aux personnes âgées qui doivent faire face à un diagnostic pathologique et à leurs aidants ;

- Les services d'aide à la personne: ils peuvent intervenir pour aider les personnes âgées à faire ce qu'elles n'ont plus l'envie ou les capacités de faire, par exemple s'habiller, faire les courses, préparer les repas. Des aides existent pour aider à financer le coût de l'intervention d'un service d'aide à domicile.

Devant la complexité d'organisation de l'ensemble de ces dispositifs sur le département, ces acteurs de la coordination ont identifié une porte d'entrée unique: les CLIC.

Il est ainsi possible de contacter directement le CLIC correspondant à la commune du patient pour signaler une situation complexe (**Annexe 3**).

C'est le CLIC qui se chargera de faire le lien en aval si besoin, avec les autres acteurs compétents (réseau gérontologique ou gestion de cas) afin de répondre aux problématiques posées.

1.5.4 Actions de préventions disponibles dans le territoire de la Vienne concernant la chute

Malgré l'ampleur du nombre de chutes de personnes âgées et leurs conséquences désastreuses, il y a lieu d'être optimiste. Les programmes de prévention des chutes ont fait la preuve de leur efficacité : le nombre de chutes est significativement moins élevé parmi les groupes de personnes âgées qui en ont bénéficié que parmi les groupes n'ayant pas participé à ces programmes ; Ils réduisent également le nombre d'hospitalisations et limitent la perte d'autonomie fonctionnelle (**22**).

Il a pu être estimé que la réduction du taux de chutes est de l'ordre de 18% lorsque l'intervention est appliquée aux personnes âgées de la communauté et de 25% en secteur hospitalier (**22**).

L'état des connaissances permet de dégager un relatif consensus sur le type d'intervention à mettre en place, mais offre moins d'indications sur le contenu optimal

de cette intervention et les façons de la mettre en place pour obtenir les meilleurs résultats.

Il existe de nombreux ateliers de prévention dans le département de la Vienne sous différentes formes: conférences, ateliers ou programmes.

Exemple de conférences : « Seniors, soyez acteurs de votre santé le début d'une véritable démarche santé » ;

Exemple d'ateliers : Les ateliers du bien vieillir ou les ateliers nutrition santé seniors.

Exemple de programmes : "ateliers objectifs équilibre", "Programme d'activité physique adapté en groupe", "Programme d'activité physique adaptée au domicile".

Les ateliers Équilibre par exemple s'inscrivent dans le prolongement de la campagne « L'équilibre, où en êtes-vous ? » lancée par la Caisse régionale d'assurance maladie de Bourgogne-Franche- Comté et ses 10 partenaires régionaux dans le cadre de la prévention des troubles de l'équilibre de la personne âgée.

Un atelier Équilibre prend la forme d'une série de 10 séances hebdomadaires d'une heure regroupant 10 à 14 personnes de 55 ans ou plus, au cours desquelles elles suivront un programme d'exercices adaptés et personnalisés.

Les objectifs du programme sont de :

- réassurer la stabilisation posturale et prévenir la perte d'équilibre ;
- diminuer l'impact psychologique de la chute ;
- apprendre aux personnes de plus de 55 ans à se relever du sol ;
- favoriser un bon équilibre nutritionnel, mental et relationnel ;
- améliorer leur insertion sociale en proposant des ateliers de groupe ;
- mettre au point un partenariat régional ou local efficace permettant la poursuite d'un travail à long terme.

Tous ces ateliers, conférences et programmes sont supervisés et financés par des associations privées dans le département de la Vienne.

2 MATERIEL ET METHODES

Deux études ont été menées :

Une première rétrospective sur l'année 2015 dont l'objectif principal est de faire l'état des lieux concernant les relevages dans le département de la Vienne.

Une deuxième prospective sur 4 mois de juin à septembre 2016 dont l'objectif principal est de savoir si un courrier adressé aux médecins traitant leur indiquant que leur patient a chuté est une action pertinente.

Cette pertinence est évaluée par deux moyens :

- un questionnaire de satisfaction soumis aux médecins généralistes,
- un décompte des prises de contact par les médecins généralistes avec les CLIC correspondants.

2.1 Étude rétrospective: Données relevages 2015 par le SAMU 86.

2.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude mono-centrique, rétrospective, quantitative, observationnelle, se déroulant au sein de la régulation du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers en Vienne sur la période du 01/01/2015 au 31/12/2015.

2.1.2 Objectif de l'étude

L'objectif principal est de faire un état des lieux concernant les relevages régulés par le 15 à Poitiers lors de l'année 2015.

2.1.3 Population étudiée

Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les appels pour chute régulés par le 15 concernant les patients de plus de 75 ans et ayant abouti à un relevage du 1er janvier 2015 au 31 décembre

2015. Patients vivant à Poitiers ou communes de la Vienne. Tous les appels passés sur 24h ont été pris en compte.

Critères d'exclusion

Ont été exclus tous les patients de moins de 75 ans relevés, et tous ceux adressés au SAU du CHU de Poitiers ou hospitalisés au décours de l'intervention des secours. Patients ne vivants pas dans le département de la Vienne.

2.1.4 Recueil de données

L'ensemble des appels régulés par le SAMU centre 15 de la Vienne est recueilli à l'aide du logiciel CENTAURE 15. Pour tout appel, un dossier informatique de régulation médicale (DRM) est créé par un assistant de régulation médicale (ARM) à l'aide du logiciel CENTAURE 15 (âge, sexe, nom du chuteur et de l'appelant si différent, adresse, motif d'appel, numéro de téléphone).

2.2 Etude prospective

2.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude mono-centrique, prospective, quantitative, observationnelle, se déroulant au sein de la régulation du SAMU centre 15 du CHU de Poitiers en Vienne sur la période du 7 juin 2016 au 27 septembre 2016.

2.2.2 Objectif de l'étude

L'objectif principal est de savoir si un courrier adressé au médecin traitant indiquant que son patient a chuté avec le numéro du CLIC correspondant a déclenché une action de sa part.

L'objectif secondaire est d'évaluer le nombre de personnes déjà connu des CLIC parmi les sujets relevés.

2.2.3 Population étudiée

Critères d'inclusion

Ont été inclus tous les appels pour chute régulés par le 15 concernant les chuteurs de plus de 75 ans et ayant abouti à un relevage du 7 juin 2016 au 27 septembre 2016. Patients vivant à Poitiers ou communes de la Vienne.

Tous les appels passés sur 24h ont été pris en compte.

Critères d'exclusion

Ont été exclus tous les chuteurs de moins de 75 ans relevés et tous ceux adressés au SAU du CHU de Poitiers ou hospitalisés au décours de la chute.

Patients ne vivants pas dans le département de la Vienne.

2.2.3.1 Déroulement de l'étude

1. Recueil de données

Dans un 1er temps recueil du listing grâce au logiciel CENTAURE 15 au sein de la régulation du SAMU de Poitiers.

2. Appels des patients relevés (Annexe 4)

Dans un 2ème temps un appel a été passé à chacun des patients de la liste afin de leur demander le nom de leur médecin traitant et l'autorisation d'informer ce dernier.

Les appels ont été passés une semaine après la chute.

Le numéro utilisé était celui noté dans le dossier de centaure 15, recueilli par l' ARM au moment de l'appel pour chute.

Les appels ont été passés le matin entre 10h et 13h.

Quand un patient ne répondait pas un 2ème appel était passé 2 jours plus tard.

Sans réponse au 2ème contact les patients étaient classés dans la catégorie "échecs contacts".

3. Courrier adressé aux médecins traitants

Dans un 3ème temps nous avons adressé un courrier aux médecins traitants les informant de la chute de leur patient (**Annexe 5**).

Dans ce courrier était également noté le numéro du CLIC correspondant à la commune d'habitation du patient.

Une plaquette rappelant l'organisation des réseaux gériatriques sur le territoire a également été incluse dans l'enveloppe (**Annexe 3**).

4. Traitement des données par les CLIC

Au mois d'octobre 2016 soit un mois après la fin du recueil du nom des médecins traitants et de l'envoi des lettres, la liste des patients chuteurs sous forme de tableau excel a été remise à tous les CLIC du département de la Vienne afin de répondre à plusieurs questions:

- Le patient était-il déjà connu par les réseaux avant le relevage?
- Le médecin traitant a-t-il contacté les réseaux au décours du courrier qui lui a été adressé?

5. Questionnaire de satisfaction

Cette dernière phase a été menée de décembre 2016 à janvier 2017 à l'aide d'un questionnaire de satisfaction adressé aux médecins traitants inclus dans la 2ème étude.

Entre le 15 décembre 2016 et le 30 janvier 2017 nous avons contacté par téléphone les 74 médecins traitants à qui nous avons envoyés les courriers.

Les appels étaient passés le matin entre 10h et 13h.

Deux appels étaient passés au total, au bout de deux sans réponse le médecin était classé en "échec contact".

Il s'agit d'un questionnaire de satisfaction de type questions fermées avec une première partie de présentation suivie de cinq questions fermées.

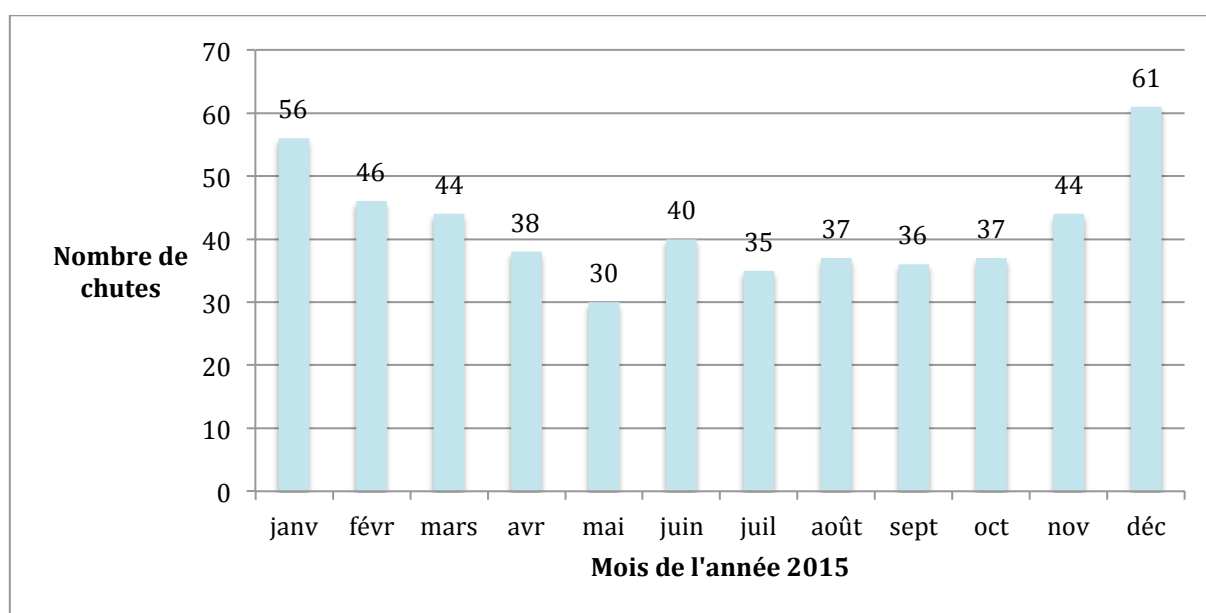
Il durait en moyenne entre 5 et 10 minutes (**Annexe 6**).

3 RESULTATS

3.1 Étude rétrospective: Données relevages 2015 par le SAMU 86

Entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2015, 504 appels ayant abouti à un relevage chez les patients de plus de 75 ans ont pu être enregistrés.

Graphique 1 : Répartition des chutes de l'année 2015 en fonction des mois

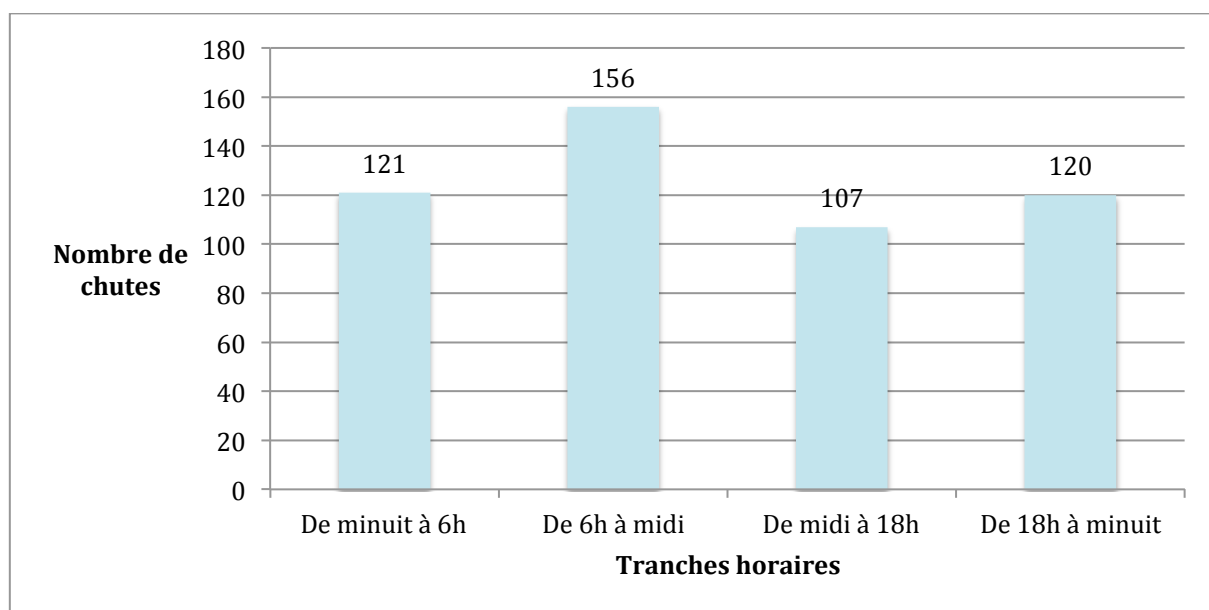


Le nombre de relevages sur l'année 2015 augmente en hiver soit de décembre à mars pour décroître et rester stable le reste de l'année.

En effet, entre décembre et mars, le nombre moyen de chutes par mois est de 52 chutes/mois alors que d'avril à novembre il est de 37 chutes/mois.

Avec un pic en décembre et janvier avec 58 chutes/mois durant ces deux mois contre 39 chutes/mois le reste de l'année.

Graphique 2 : Nombre d'appels pour demande de relevage en fonction des tranches horaires



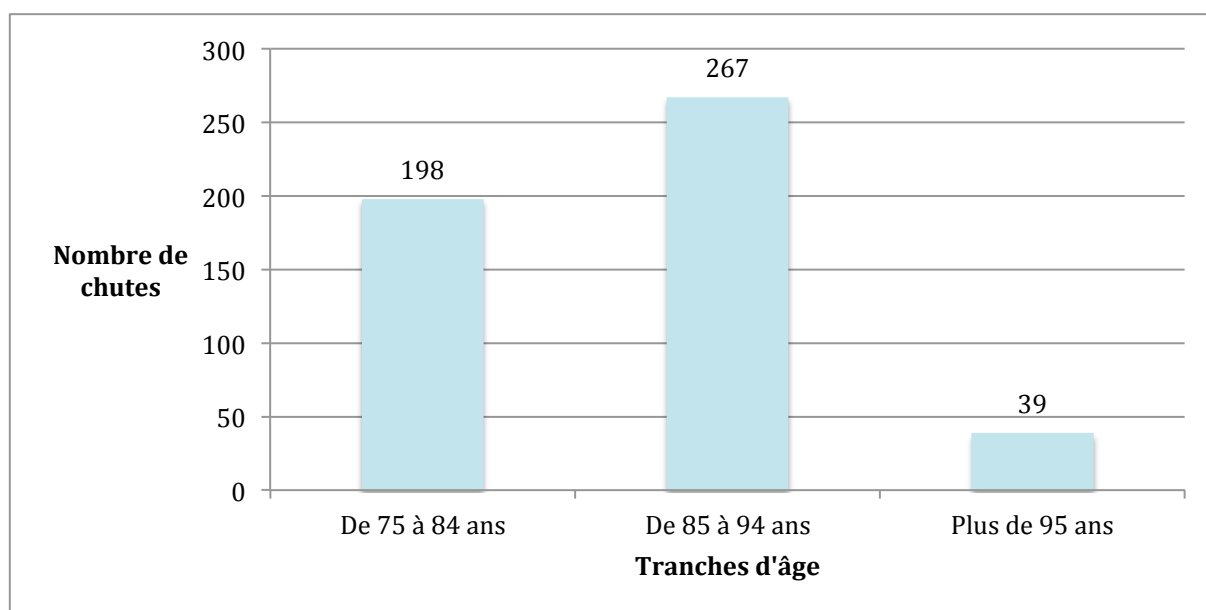
On retrouve plus d'appels pour demande de relevage entre 6h et 12h que le reste de la journée.

En effet on a pu enregistrer 156 appels entre 6h et midi alors qu'en moyenne le nombre d'appel est à 116 appels pour chute le reste de la journée.

Répartition des patients chuteurs par sexe

Sur l'ensemble des appels pour chute ayant abouti à un relevage dans l'année 2015 il y avait 54% de femmes et 46% d'hommes.

Graphique 3 : Répartition du nombre de chutes par tranches d'âge

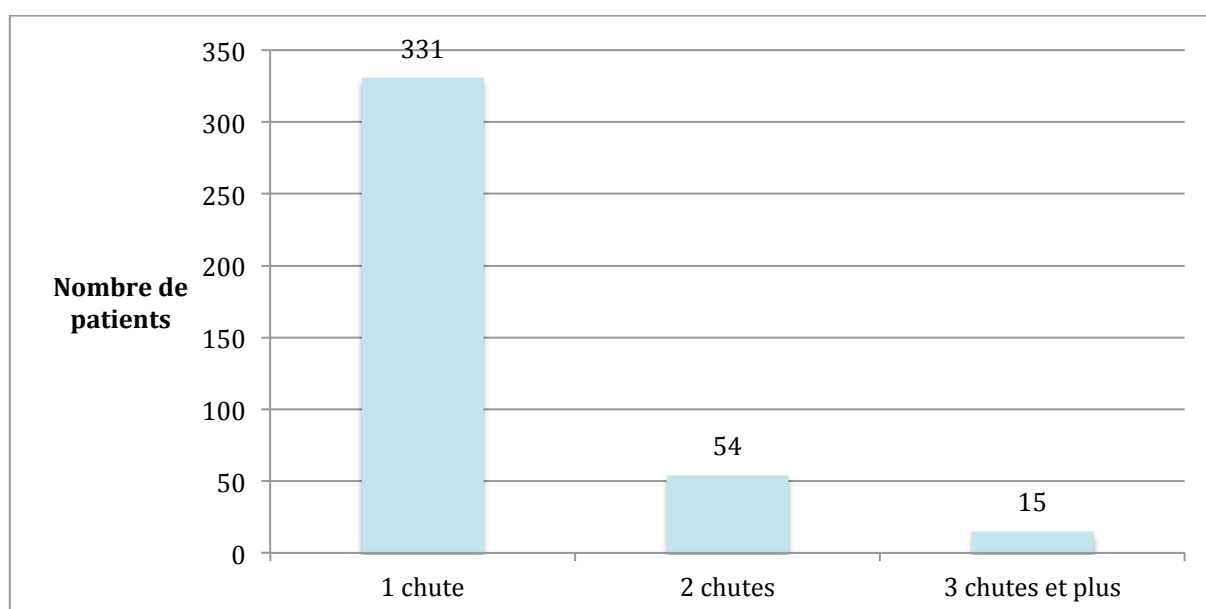


Les appels pour chute ayant abouti à un relevage ont été plus fréquents dans la tranche d'âge de 85 à 94 ans.

En effet on a enregistré 198 patients âgés de 75 à 84 ans relevés suite à leur appel, contre 267 relevages dans la tranche d'âge de 85 à 94 ans.

Il y'a eu 39 patients relevés après appel pour chute chez les plus de 95 ans.

Graphique 4 : Nombre de chutes répétées par patient



Sur l'année 2015, 82,7% des patients ont été relevés une fois, 13,5% 2 fois et 3,75% 3 fois et plus.

Répartition par villes des patients chuteurs

30 % des appels proviennent de Poitiers, 13 % de Châtelleraut, les 57 % restants des autres communes de la Vienne.

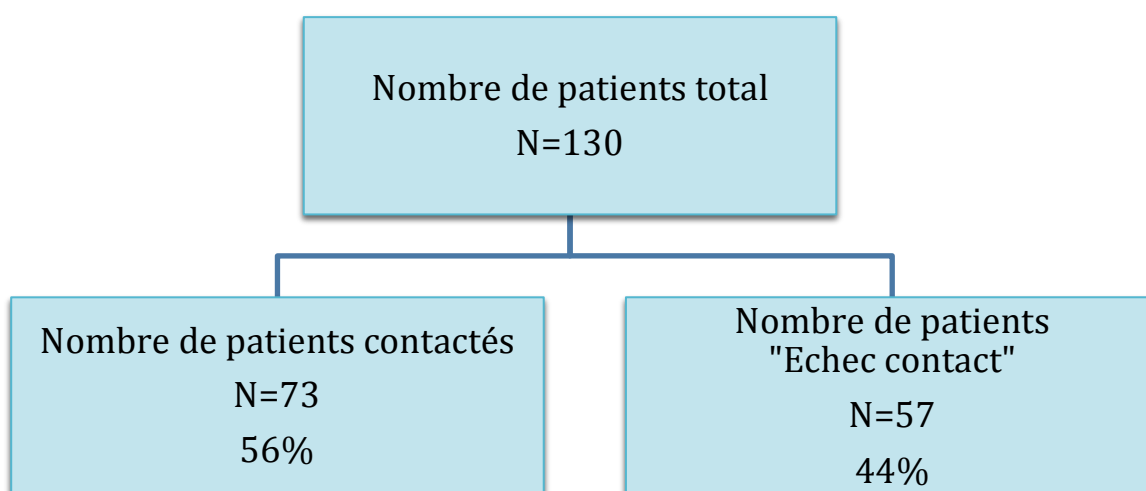
Répartition de l'utilisation des différents moyens de transport des patients chuteurs

Au total, nous avons comptabilisé 522 interventions pour se rendre au domicile des chuteurs dont 438 ambulances privées et 58 véhicules de pompiers. Il est à noter que 12 conseils médicaux ont été donnés sans moyen de transport envoyé. Le SMUR a été envoyé sur place 4 fois. Nous comptabilisons plus de moyens de transports que d'interventions car lorsqu'un SMUR est envoyé, une ambulance part en même temps.

3.2 Etude prospective

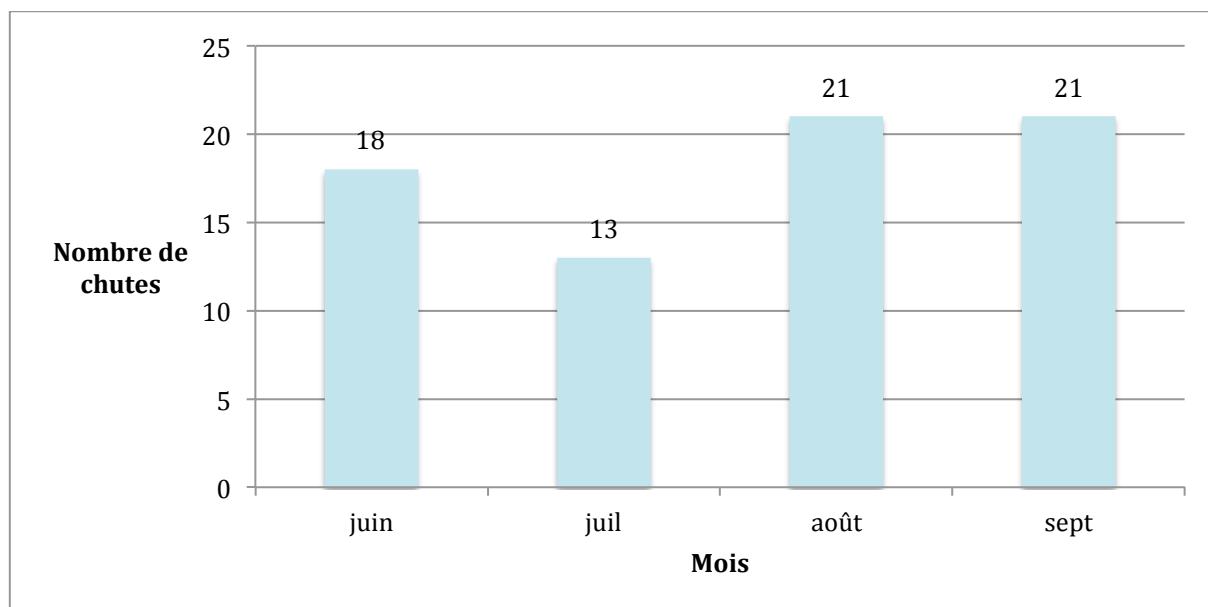
Sur la période du 7 juin 2016 au 27 septembre 2016 il y'a eu 130 patients de plus de 75 ans qui ont été relevés après un appel pour chute régulé par le SAMU de Poitiers.

Tableau 1 : Effectifs de l'étude



Sur 130 patients, 56% ont répondu à l'appel téléphonique nous indiquant le nom de leur médecin traitant, 44% n'ont pas répondu après deux appels et ont été classés en "Échec contact".

Graphique 5 : Répartition des chutes en fonction des mois dans le groupe "répondeurs" (n = 73)

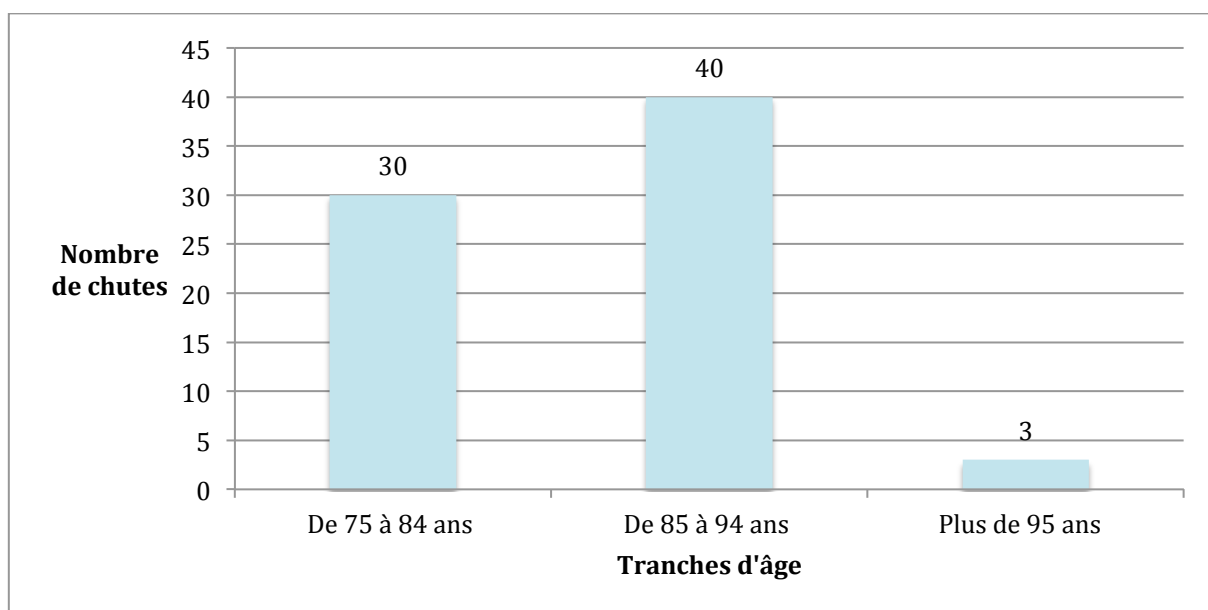


Nous observons plus de relevages au mois d'août et de septembre : 21 relevages en moyenne ces deux mois contre 15 relevages en juin et juillet.

Répartition des patients chuteurs par sexe

Par contre, comparativement à l'étude rétrospective de 2015, plus d'hommes ont été relevés, soit 60% d'hommes et 40% de femmes.

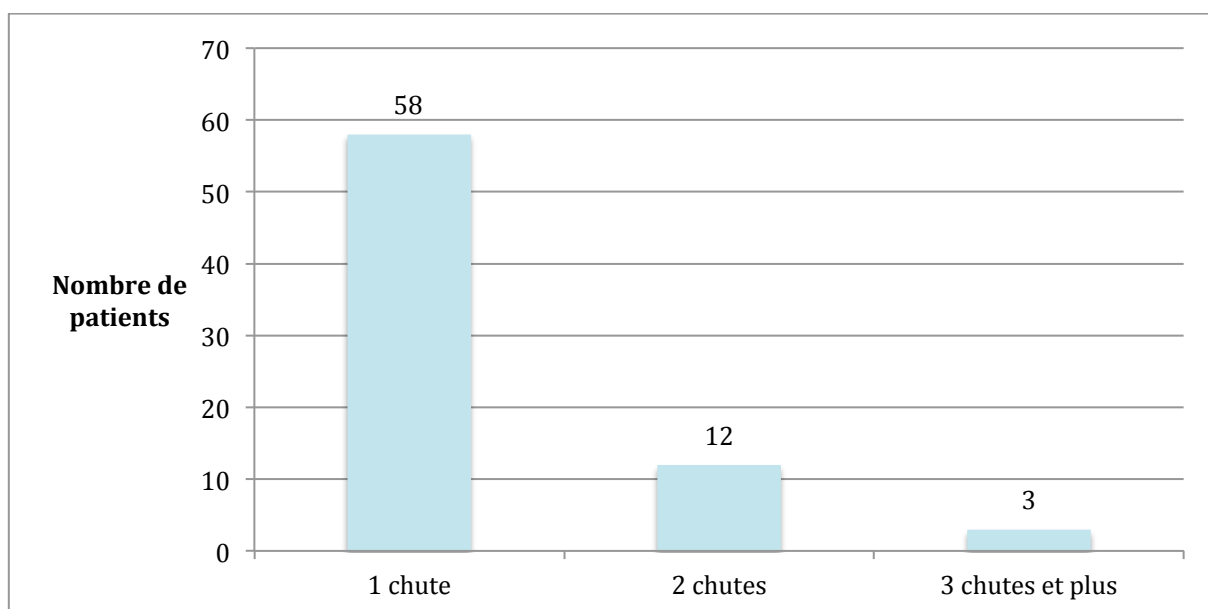
Graphique 6 : Répartition du nombre de chutes par tranches d'âge dans le groupe « répondeurs » (n = 73)



Dans notre étude prospective le nombre de relevages était également plus élevé dans la tranche d'âge entre 85 et 94 ans.

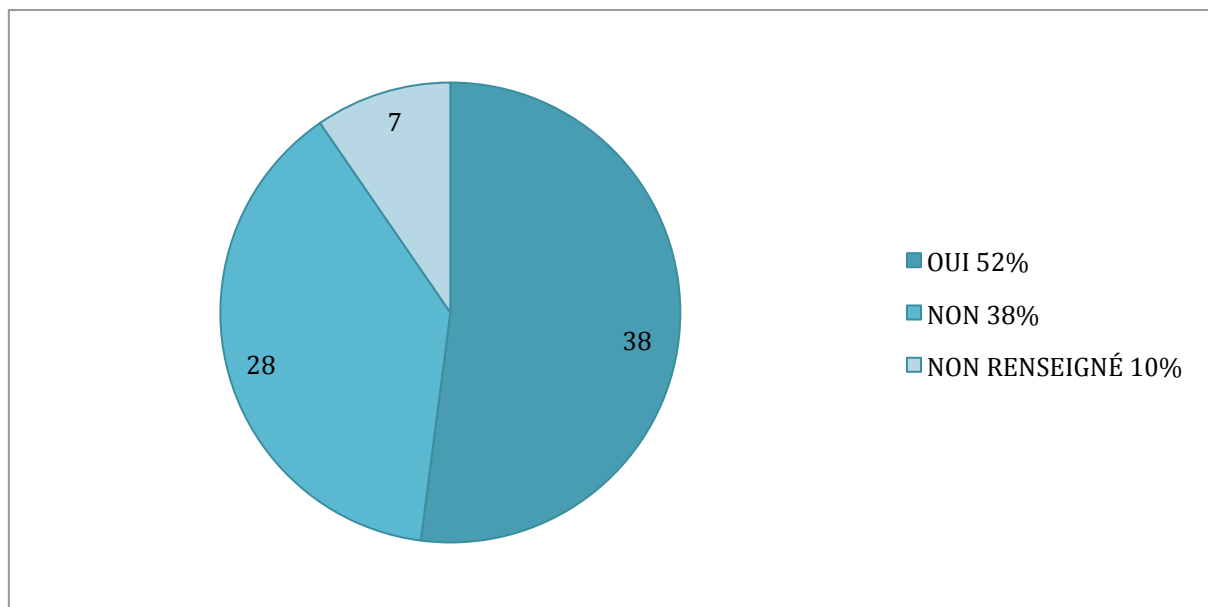
Les proportions sont respectées par rapport à l'étude rétrospective de 2015.

Graphique 7 : Nombre de chutes par patient chuteur dans le groupe « répondeurs » (n = 73)



Sur 73 patients répondeurs, 58 ont chuté une fois sur la période donnée, 12 ont chuté à deux reprises et 3 à trois reprises ou plus. Soit 79% ont été relevés une fois, 16,4% deux fois et 4,1% trois fois et plus.

Graphique 8 : Le CLIC connaît-il le patient ?



Sur les 73 patients relevés et “répondeurs”, 52% étaient déjà connus par les CLIC, 38% n’étaient pas connus.

Le médecin traitant a-t-il contacté un CLIC ?

Sur les 73 médecins informés de la chute concernant leur patient, seuls 1% ont contacté le CLIC au décours pour signaler cette situation et demander une évaluation par les réseaux.

3.3 Etude rétrospective : Questionnaire de satisfaction

Sur les 73 médecins traitants contactés par courrier, 41 ont répondu à l'appel téléphonique passé à distance en décembre 2016 pour faire l'étude de satisfaction soit 56% des médecins ayant reçu le courrier.

Concernant la réception du courrier, sur les 41 médecins ayant répondu à l'enquête de satisfaction par téléphone seuls trois n'ont pas reçu notre courrier.

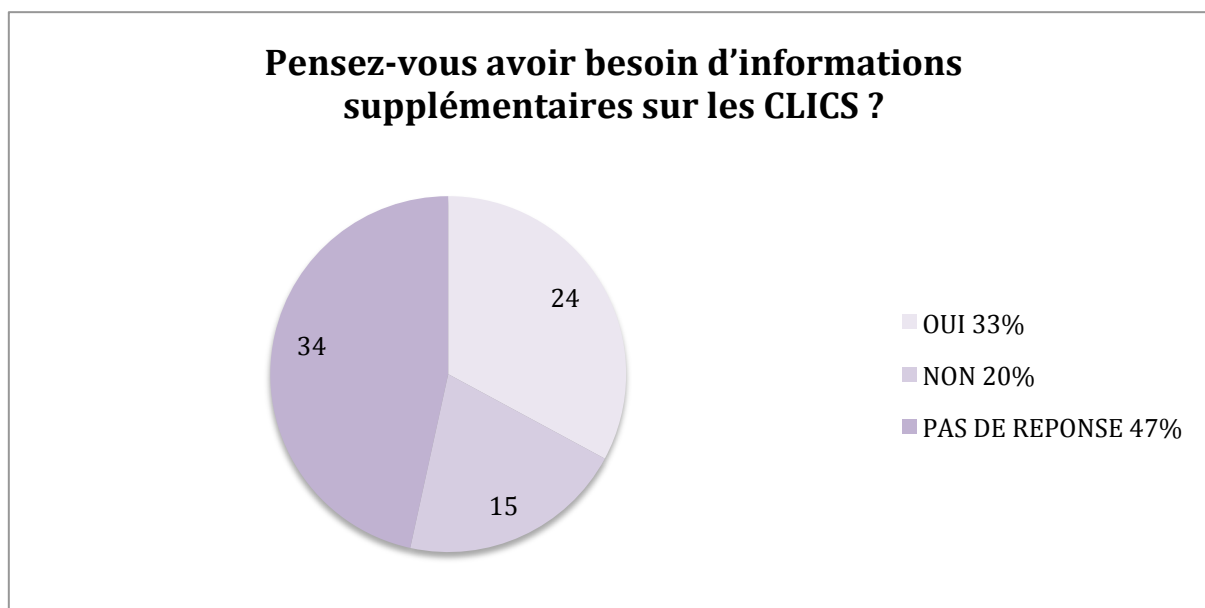
Tous les médecins contactés ont trouvé utile d'être informés de la chute survenue chez leurs patients.

Graphique 9 : Les médecins traitants connaissent ils la mission d'un CLIC ?



Dans 37% des cas les médecins interrogés ne connaissaient pas précisément la mission des CLIC. Seuls 16% les connaissaient bien.

Graphique 10 : Nécessité d'informations complémentaires sur les CLIC



Dans 33% des cas ils pensaient avoir besoin d'informations supplémentaires concernant les CLIC et leurs missions. Seuls 20% des médecins interrogés estimaient ne pas en avoir besoin.

4 DISCUSSION

4.1 Commentaire des résultats

4.1.1 Répartition des chutes en fonction de la période de l'année

Concernant l'étude rétrospective de 2015, la répartition des chutes en fonction de la période de l'année varie avec un pic important en décembre et janvier avec 58 chutes/mois durant ces deux mois contre 39 chutes/mois le reste de l'année.

Pour expliquer cette recrudescence de chutes durant ces 2 mois, nous avons trouvé deux explications possibles : il est probable que la période hivernale favorise les décompensations aiguës de pathologies chroniques (infections virales par exemple) qui majorent la fragilité des personnes âgées, donc le risque de chute et que cette saison soit aussi plus propice à l'accidentologie : pluie, verglas, glissades qui favorisent les chutes.

4.1.2 Répartition des chutes en fonction de l'heure

D'après l'étude rétrospective sur 2015, il y'a plus d'appels pour relevage entre 6h et 12h que durant le reste de la journée. Nous avons pu enregistrer 156 appels entre 6h et midi alors qu'en moyenne le nombre d'appel est de 116 appels pour chute le reste de la journée. Ce pic matinal pourrait correspondre à l'heure d'arrivée des différents intervenants au domicile des personnes âgées dépendantes (infirmière, aide soignante, aide au domicile, famille etc.), retrouvant la personne au sol et prévenant les secours. Ce pic peut également être expliqué par l'heure du levé plus propice aux chutes mécaniques, mais aussi à la survenue de malaises hypotensifs.

4.1.3 Répartition des chutes en fonction de la tranche d'âge

Lors de l'étude rétrospective de 2015, les appels pour chute ayant abouti à un relevage ont été plus fréquents dans la tranche d'âge de 85 à 94 ans avec 267

relevages contre 198 relevages chez les patients âgés de 75 à 84 ans.

Pour les plus de 95 ans nous avons seulement 39 interventions.

Sachant que selon la courbe d'espérance de vie, plus on avance dans les décennies moins il y a de sujets et plus les sujets sont âgés moins souvent ils vivent à leur domicile nous pouvons en déduire que les chutes à domicile sont surreprésentées dans la tranche d'âge 85 à 95. Pour la tranche d'âge des plus de 95 ans, il y a peu de chutes mais cela s'explique probablement par le fait qu'il y a très peu de personnes âgées de plus de 95 ans à domicile.

4.1.4 Les CLIC connaissent t-il les sujets concernés par les chutes ?

Dans l'étude prospective nous avons constaté que 52% des patients relevés au domicile étaient déjà connus des CLIC, ce qui signifie qu'ils sont plutôt bien repérés dans l'ensemble. Cependant, il en reste la moitié qui ne le sont pas.

Les CLIC étant indépendants les uns des autres, nous n'avons pas de statistiques à ce jour qui nous permet de savoir combien de patients dépendants sont suivis sur l'ensemble du département.

4.1.5 Les médecins traitants ont ils contacté le CLIC indiqué sur le courrier ?

Lors de cette étude prospective nous avons pu mettre en évidence qu'un seul médecin sur 73 prévenu de la chute de son patient avait contacté le CLIC.

Les raisons qui peuvent expliquer ce résultat se retrouvent dans les réponses au questionnaire de satisfaction : il existe une méconnaissance des réseaux car seulement 16% des médecins interrogés pensent bien les connaître.

Dans la majorité des cas ils pensent ne pas avoir été formés suffisamment, que l'organisation est trop complexe, et que la recherche d'information concernant ces réseaux est chronophage. Seuls 33% d'entre eux estiment avoir besoin d'information supplémentaire car pour eux ce temps de formation est souvent chronophage.

Sur notre échantillon de 73 sujets nous avons 15 récidivistes (20 % environ) ce qui est non négligeable d'où l'intérêt de les repérer.

4.2 Critique de la méthode

4.2.1 Peu d'inclusion

Notre échantillon est trop petit pour nous permettre d'en déduire des résultats statistiquement significatifs.

L'étude rétrospective a été faite sur une période assez courte (4 mois, de juin à septembre 2016). Sur cette période 130 sujets ont été retenus. Le nombre d'inclusion a été réduit par un fort taux d'échec contact : 44% de perdus de vue réduisant ainsi le nombre de patients inclus à 73.

Ce nombre important "d'échec contact" peut s'expliquer car nous n'avons pu récupérer l'ensemble des coordonnées des appelants pour relevage.

En effet une partie des appels transitent par le CTA et les coordonnées des appelants ne nous ont pas été communiquées pour des raisons de confidentialité.

Ensuite, les appels ont été passés aux patients une semaine après la chute afin de récupérer le nom de leur médecin traitant. Les appels ont été passés le matin entre 10 et 13h et quand un patient ne répondait pas un 2ème appel était passé 2 jours plus tard.

Sans réponse au 2ème contact les patients étaient classés dans la catégorie « échecs contacts ». Peut être aurait il fallu augmenter le nombre de rappels pour obtenir une meilleure inclusion.

4.2.2 L'envoi du courrier sous format papier

Ce type de format aurait pu être un frein (mauvaise adresse, perte dans le circuit de la poste, mis de côté par le médecin traitant etc.) mais seuls 3 médecins n'ont pas reçu le courrier sur 41 médecins ayant répondu à l'enquête de satisfaction.

Nous avons choisi cette formule car les adresses "papiers " sont plus faciles à trouver que les adresses mails.

4.2.3 Le rappel des médecins traitants

Le rappel des 73 médecins a aussi été une limite pour augmenter la puissance de cette étude car seuls 41 médecins ont répondu à l'enquête de satisfaction.

En effet la majorité d'entre eux était en consultation au moment de l'appel ou en visite à domicile.

Malgré deux tentatives d'appels, nous n'avons pu joindre suffisamment de médecins. Il aurait sans doute fallu augmenter le nombre de rappels.

4.3 Pertinence de l'étude

Est-il utile de prévenir les médecins traitants quand un de leur patient a chuté ?

La réponse des médecins contactés est unanime, ils trouvent tous cette démarche utile car d'après eux être informés leur permet de faire une première évaluation et de mettre en place des mesures immédiates comme rechercher des conséquences psychologiques, revoir l'ordonnance, prescrire des séances de kinésithérapie etc.

Mais d'un point de vue scientifique notre enquête ne permet pas de répondre à cette question car la durée de notre étude est courte et l'échantillon trop petit. Il nous aurait fallu plus de recul afin de voir si le fait de prévenir les médecins traitants permettait de mettre en place au décours un ensemble de mesures dans l'intérêt du patient chuteur: une évaluation initiale était elle faite par le médecin traitant ? Le patient a t il été adressé à la consultation chute ou en consultation gériatrique ? L'ordonnance a t elle été révisée ? De la kinésithérapie a t elle été prescrite ? Des réseaux gérontologiques sont ils venus évaluer le patient et son environnement ?

Cette recherche pourrait être reprise lors d'une autre étude.

Le médecin traitant est il la personne à prévenir ?

Lors de l'élaboration de cette enquête nous nous sommes posés la question de savoir quelle est la personne ou l'organisme à informer de la chute: famille, services sociaux, aides à domicile etc.

Nous avons choisi le médecin traitant comme personne à contacter car il a un rôle de coordination, il connaît le sujet, son état de santé, son autonomie, son cadre de vie et il peut faire le lien entre la famille et les différents intervenants à domicile, et sauf opposition, il n'existe pas d'obstacle au secret médical entre deux médecins (médecin régulateur et médecin traitant).

Est-il pertinent d'Intégrer les CLIC dans notre démarche ?

Il nous a semblé important d'intégrer les CLIC dans notre démarche car il s'agit d'un intermédiaire entre le médecin traitant et le patient chuteur. Ils permettent une évaluation de la dépendance et coordonnent toutes les aides nécessaires. Enfin ils sont présents sur l'ensemble du territoire.

Qui doit faire ce signalement?

Dans notre enquête nous nous sommes chargés de faire ce signalement, donc une personne indépendante du service.

Cette démarche est très chronophage (récupération du listing des chuteurs, rappels de chaque sujet chuteur puis envoi d'un courrier).

Dans la réalité au SAMU 86 tous les conseils de la nuit donnés par le médecin régulateur du 15 sont rappelés le lendemain: cela fait partie des recommandations mais n'est pas fait par la plupart des SAMU.

Étendre cette démarche qualité afin de prévenir tous les médecins traitants des situations à risque repérées demande réflexion car elle est chronophage et nécessite de nouveaux moyens techniques: Existe t il la possibilité d'envoyer un mail automatique au médecin traitant?

4.4 Ouverture

4.4.1 Complexité d'organisation des réseaux

La personne âgée fragile nécessite une prise en charge globale dans un réseau de soins. Actuellement il existe de très nombreux intervenants compétents mais leur efficacité se heurte à une mauvaise coordination.

Il n'existe pas de signalement systématique d'un patient chuteur auprès des dispositifs de coordination ainsi qu'un manque de formation spécifique aux chutes de ces professionnels leur permettant de travailler sur l'origine de la chute à domicile ou sur des conseils.

C'est dans ce contexte qu'un groupe de travail piloté par les MAIA Nord Vienne s'est constitué fin 2014, réunissant professionnels hospitaliers et libéraux, professionnels médico-sociaux, sanitaires et sociaux, professionnels du domicile et EHPAD.

Il travaille actuellement sur l'amélioration du lien hôpital-domicile.

L'objectif des dispositifs MAIA est d'analyser et d'objectiver les ruptures de parcours de santé de la population de 60 ans et plus et aussi de repérer les manques du territoire.

A ce titre, la chute est considérée comme pouvant être une rupture de parcours si l'absence de liens entre les différents professionnels gravitant autour de la personne âgée (hôpital/ domicile – professionnels médicaux / médico-sociaux) entrave l'apport d'une réponse coordonnée et une prise en charge adaptée, respectant les choix de la personne tout en répondant à ses besoins.

Axe d'amélioration proposé

Dans un futur proche, un numéro unique sera mis à la disposition de tous les professionnels de santé pour simplifier le parcours de soin de la personne âgée dans

la Vienne.

En effet, le décret n°2016-919 du 4 juillet 2016 institue la notion de Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en lui fixant trois objectifs :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes, pour une durée adaptée aux besoins du patient.
- Le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Proposition

Suite à ce travail nous avons discuté la mise en place d'un séminaire d'information sur l'organisation des réseaux destiné aux internes de médecine générale attachés au CHU de Poitiers.

4.4.2 La consultation chute

Nous avons vu que les mesures proposées par la HAS apportaient un bénéfice. Cependant pour mettre en place ces mesures il faut une intervention pluridisciplinaire. Dans l'idéal les patients chuteurs devraient être adressés à la consultation chute, il y'en a peu dans le département de la Vienne.

Dans plusieurs centres hospitaliers universitaires en France (Lille, Nîmes, Saint-Étienne, par exemple), il existe une filière chute avec des consultations pluridisciplinaires.

Par exemple à Lille une consultation pluridisciplinaire de prévention des chutes accueille chaque année entre 75 et 100 patients. Elle a été mise en place au sein du service de médecine aiguë gériatrique du centre hospitalo-universitaire **(23, 20)**.

Elle s'adresse aux personnes âgées qui ont chuté ou qui présentent des troubles de l'équilibre et de la marche et vise à prévenir les nouvelles chutes et la perte

d'autonomie en offrant une alternative à l'hospitalisation. Le seul critère d'accès à la consultation est de se percevoir comme quelqu'un à risque de chute. Les personnes âgées sont adressées à la consultation par leur médecin généraliste, par l'hôpital, ou elles prennent contact de leur propre initiative.

Une évaluation initiale de plusieurs facteurs de risque de chute est proposée aux personnes âgées qui ont pris rendez-vous au préalable.

Elle se déroule en trois temps, les personnes âgées sont examinées successivement par un interniste gériatre, un neurologue et un rééducateur fonctionnel. Les examens suivants sont réalisés : examen clinique (appareil ostéo-articulaire, neuro-musculaire, cardiovasculaire et examen fonctionnel), examen de la vue et de l'audition , revue de la médication , évaluation de l'état nutritionnel et appréciation de la peur de tomber.

Lors d'une visite au domicile de la personne âgée, le rééducateur fonctionnel procède à un examen fonctionnel complet en situation. L'ensemble de l'évaluation initiale prend environ trois heures. Les données recueillies sont adressées par courrier au médecin traitant, assorties de propositions thérapeutiques qui concernent le patient (kinésithérapie, réassurance, aides à la marche, modifications de la médication etc.), son entourage et l'environnement.

Une visite de contrôle avec le gériatre est programmée à six mois. Elle permet de suivre les changements opérés, de repérer les nouvelles chutes, les traumatismes éventuels, les institutionnalisations et les hospitalisations.

Une évaluation de l'efficacité de l'intervention a été réalisée auprès des 150 premiers patients.

Elle a montré une réduction significative du risque de chute auprès des patients vus lors de la consultation : le nombre moyen de chute par patient durant les six mois suivant la visite s'élevait à 0,8, alors qu'il était de 5,2 pendant les six mois ayant précédé la consultation. La plupart des patients ont manifesté une satisfaction élevée à l'égard de l'intervention réalisée.

4.4.3 Pas de lien direct entre la régulation médicale, le médecin traitant et les CLIC

Le 4 juillet 2009, le groupement de coopération sanitaire (GCS) « Echanges d'information entre les acteurs de santé du Poitou-Charentes » est créé.

Il comprend alors des établissements de santé publics et privés, les médecins libéraux représentés par l'Union Régional des Médecins Libéraux (URML) et la Fédération des Réseaux de santé.

Le GCS Esanté Poitou-Charentes constitue la maîtrise d'ouvrage régionale déléguée, par ses membres ou, dans certains cas, par l'ARS, en matière de systèmes d'information partagés et sécurisés de santé et de télésanté.

Le GCS Esanté est financé par l'ARS.

Pour améliorer la communication Esanté souhaite travailler dans le futur à une étude de faisabilité pour envoyer directement un mail automatique conjointement au médecin traitant et au réseau du territoire du patient chuteur concerné, dès la prise en charge pour relevage par la régulation du centre 15.

4.4.4 Les critères pour laisser un patient au domicile sont assez subjectifs:

Actuellement les critères pour laisser un patient sur place dans le **“guide d'aide à la régulation au Samu centre 15”** sont assez succincts. En effet ces critères ne sont pas développés pour la situation particulière du patient chuteur.

Il est précisé que lorsque le SAMU centre 15 est sollicité, la décision de laisser un patient sur place est uniquement de la responsabilité du médecin.

Une thèse a été faite par le Dr THISSE Julie en 2009 afin de proposer une grille de critères pouvant aider le régulateur à prendre la décision de laisser sur place un patient chuteur mais à ce jour aucune modification du guide de régulation n'a été apportée **(24)**.

Ce travail pourrait faire l'objet d'une étude: l'utilisation d'un algorithme d'aide à la régulation dans le cas des chutes à domicile modifie t elle les pratiques d'un régulateur?

5 CONCLUSION

La personne âgée fragile nécessite une prise en charge adaptée la plus précoce possible afin de lutter contre la perte d'autonomie.

Cependant le repérage de sa fragilité est souvent trop tardif rendant la mise en œuvre des moyens de prévention moins efficaces.

La survenue d'une chute est souvent un signal d'alarme à ne pas négliger dans ce contexte car c'est à la fois le signe d'une vulnérabilité sous jacente, mais aussi un facteur précipitant de fragilité.

La régulation médicale constitue à l'occasion des appels pour chutes et relevages des personnes âgées un premier niveau d'alerte extrêmement précoce.

Même si nous sommes convaincus de l'intérêt de cette démarche notre étude est courte et l'échantillon trop petit. Nous n'avons pu démontrer la pertinence du signalement des relevages aux médecins traitants. Nous nous sommes également heurtés aux difficultés de communications entre les différents acteurs de la santé.

Il nous aurait fallu plus de recul afin de voir si le fait de prévenir les médecins traitants permettait de mettre en place au décours un ensemble de mesures dans l'intérêt du patient chuteur.

Nous pensons qu'il est important que les médecins traitants soient informés lorsqu'un de leur patient chute pour agir au plus vite afin d'évaluer et de mettre en place des interventions efficaces pour d'éviter de nouvelles chutes.

Nous n'avons pas atteint notre objectif mais cette étude nous a permis de soulever plusieurs problèmes:

- complexité des réseaux et méconnaissance par les médecins traitants,
- difficultés de communication entre les différents acteurs,
- insuffisance du réseau chute dans la Vienne.

Elle a permis également d'améliorer nos connaissances dans l'organisation des intervenants autour de la personne âgée et de proposer des axes d'amélioration.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées - 2009.
2. Oliver D, Hopper A, Seed P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000;48(12):1679–1689.
3. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: A meta-analysis of individual-level data. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(5):905–911.
4. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttrop MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Bmj*. 2004;328(7441):680.
5. Dargent-Molina P, Bréart G. Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Rev Épidém et Santé Publ* 1995;43:2-83.
6. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *Journal of gerontology*. 1989;44(5):M112–M117.
7. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing*. 1 sept 2006;35(Supplement 2):ii37-ii41.
8. Scuffham P. Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1 sept 2003;57(9):740-4.
9. Campbell AJ, Robertson MC. Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. *Age and Ageing*. 1 nov 2007;36(6):656-62.
10. Speechley, M. and M. Tinetti (1991). "Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons." *J Am Geriatr Soc* 39(1): 46-52.
11. Hauer K. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age and Ageing*. 1 janv 2006;35(1):5-10.
12. Tinetti, M. E., W. L. Liu, et al. (1993). "Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons." *Jama* 269(1): 65-70.
13. Huerta-Alardin, A. L., J. Varon, et al. (2005). "Bench-to bedside review: Rhabdomyolysis- an overview for clinicians." *Crit Care* 9(2): 158-69.

14. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 13 janv 2007;334(7584):82-82.
15. Nevitt, M. C., S. R. Cummings, et al. (1991). "Risk factors for injurious falls: a prospective study." *J Gerontol* 46(5): M164-70.
16. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *Journal of gerontology*. 1989;44(5):M112–M117.
17. Kenny RAM, Richardson DA, Steen N, Bexton RS, Shaw FE, Bond J. Carotid sinus syndrome: a modifiable risk factor for nonaccidental falls in older adults (SAFE PACE). *Journal of the American College of Cardiology*. 2001;38(5):1491–1496.
18. Beauchet, O., F. Eynard-Valhorgues, et al. (2000). "[Factors contributing to falls in elderly subjects leading to acute-care hospitalization]." *Presse Med* 29(28):1544-8.
19. Haute Autorité de Santé - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée - 2005
20. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S. Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1988 Jul;36(7):613-6.
21. Tinetti, M. E. (2003). "Clinical practice. Preventing falls in elderly persons." *N Engl J Med* 348(1): 42-9.
22. Oliver D. Prevention of falls in hospital inpatients. *Agendas for research and practice. Age and Ageing*. 13 avr 2004;33(4):328-30.
23. Dollard J, Barton C, Newbury J, Turnbull D. Falls in old age: a threat to identity: Falls in old age - a threat to identity. *Journal of Clinical Nursing*. sept 2012;21(17-18):2617-25.
24. Thisse J, Appels pour chute et relevage en régulation médicale : proposition d'un protocole de dépistage de la personne âgée fragile. Université de médecine de Nancy;2009.

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : Recommandations HAS 2009

Dans les recommandations de la HAS nous pouvons dégager 2 axes :

1. L'évaluation initiale
2. Les interventions recommandées

L'évaluation initiale se fait en 5 temps :

- **1^{er} temps** : rechercher systématiquement chez toute personne âgée un antécédent de chute dans l'année qui précède la consultation médicale.
- **2^{ème} temps** : rechercher des facteurs de risque de chute chez toute personne âgée :
 - un âge > 80 ans ;
 - le sexe féminin ;
 - des troubles psychiatriques : dépression (test Mini GDS ou échelle de dépression gériatrique à quatre items), déclin cognitif (test des cinq mots, test de l'horloge, test Codex), démence ;
 - une polymédication incluant des médicaments hypotenseurs (> 4 médicaments différents/j), ou la prise de psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs et neuroleptiques) ;
 - des troubles mictionnels : incontinence urinaire, impériosité urinaire ;
 - des troubles locomoteurs et/ou neuromusculaires : diminution de la force musculaire, préhension manuelle réduite, troubles de la marche, troubles de l'équilibre, maladie de Parkinson, besoin d'une aide pour marcher (cane par exemple), arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis, une anomalie des pieds (incluant les déformations des orteils et les durillons) ;
 - une réduction de l'acuité visuelle (tester l'acuité visuelle avec les échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud) ;
 - des troubles comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition (une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou un index de masse corporelle $< 21\text{ kg/m}^2$ étant retenus comme critères de dénutrition), prise de risque ;
 - un environnement à risque : habitat mal adapté.

- **3^{ème} temps** : faire réaliser un test d'évaluation du risque de chute à titre systématique pour confirmer l'absence de risque de chute au cours de la consultation chez toute personne âgée ou en cas de chute signalée, même si elle paraît banale, ou en présence de facteurs de risque :
 - le test timed up and go (test considéré comme anormal si > 20 sec) ;
 - le test d'appui unipodal ;
 - le test de poussée sternale ;
 - le walking and talking test.

- **4^{ème} temps** : rechercher des signes de gravité chez une personne âgée faisant des chutes à répétition :
 - un traumatisme physique ayant fait suite à la chute tel qu'une fracture, une luxation, un hématome intra crânien ou périphérique volumineux ;
 - l'impossibilité de se relever du sol avec un séjour au sol supérieur à une heure ;
 - des signes d'un syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice ;
 - des antécédents de malaise et/ou de perte de connaissance ;
 - une hypotension orthostatique,
 - des troubles du rythme cardiaque ou de conduction, des séquelles d'accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque, un infarctus du myocarde, une hypoglycémie chez une personne diabétique ;
 - une augmentation récente de la fréquence des chutes ;
 - un nombre de facteurs de risque de chute ≥ 3 ;
 - une ostéoporose avérée (définie par un T-score < -2,5 DS à l'ostéodensitométrie et/ou un antécédent de fracture ostéoporotique) ;
 - la prise de médicaments anticoagulants ;
 - un isolement social et familial et/ou le fait de vivre seul.

- **5^{ème} temps** : rechercher les facteurs prédictifs de récurrence de la chute :
 - nombre de chutes antérieures ;
 - temps passé au sol supérieur à 3 heures ;
 - score au test de Tinetti < 20 points ;
 - exécution du timed Get up and go test > 20 secondes ;
 - maintien de l'équilibre en station unipodale < 5 secondes ;
 - altération des réactions d'adaptation posturales : réactions d'équilibration et réactions parachutes ;
 - arrêt de la marche lorsque l'examineur demande au sujet de parler.

7.2 Annexe 2 : Test de dépistages

- le test timed up and go test

Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ?

Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir sans l'aide d'une autre personne (avec ou sans aide de type canne).

Déficit de mobilité à partir de 20 secondes, important au-delà de 29 secondes.

- le test d'appui unipodal

Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ?

Considéré comme anormal si le patient tient moins de 5 secondes.

- le test de poussée sternale

Un déséquilibre à la poussée est prédicteur du risque de chute.

- le walking and talking test

Que pensez vous de etc. ?

Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention.

7.3 Annexe 3: Plaquette des acteurs de la coordination gérontologique

Sur le territoire, **des acteurs de la coordination gérontologique** sont présents afin de fluidifier le parcours de la personne âgée vivant à domicile et faciliter son accompagnement :

- **Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC).**
Soutenus par le Conseil Général, ils s'adressent aux usagers de 60 ans et plus ayant une problématique médico-sociale.
- **Les Réseaux de santé gérontologiques.**
Soutenus par l'Agence Régionale de Santé (ARS), les réseaux gérontologiques accompagnent les usagers de 75 ans et plus, ayant une problématique sanitaire (poly-pathologiques ou souffrant de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparent e), cumulant des facteurs de fragilité (en situation complexe).
- **Les gestionnaires de cas pour les situations complexes et chronophages.**
Dans le cadre de la MAIA (Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), ils interviennent auprès des usagers de 60 ans et plus, ayant une perte d'autonomie décisionnelle, et en situation complexe et chronophage. Ils sont intégrés aux équipes des CLIC et des réseaux gérontologiques.

LES CLIC SONT LES INTERLOCUTEURS   CONTACTER EN PREMIER LIEU :
ils interpellent ensuite le réseau ou le gestionnaire de cas si la situation r l ve de leur compétence.

Ces trois acteurs réalisent une ** valuation multidimensionnelle et personnalisée des besoins de la personne et coordonnent les réponses à ses besoins.**

Ce sont les **interlocuteurs privilégiés** de la personne, de son entourage et des professionnels, grâce à leur vision globale de la situation.

Ils viennent en soutien aux professionnels de premier recours et notamment le médecin traitant.

N'hésitez pas à contacter le CLIC du lieu d'habitation de la personne :

- si vous estimez qu'un patient nécessiterait une évaluation globale de ses besoins,
- si vous rencontrez des difficultés dans l'accompagnement médico-social ou sanitaire,
- si la personne est isolée ou si l'aident risque de s'épuiser.



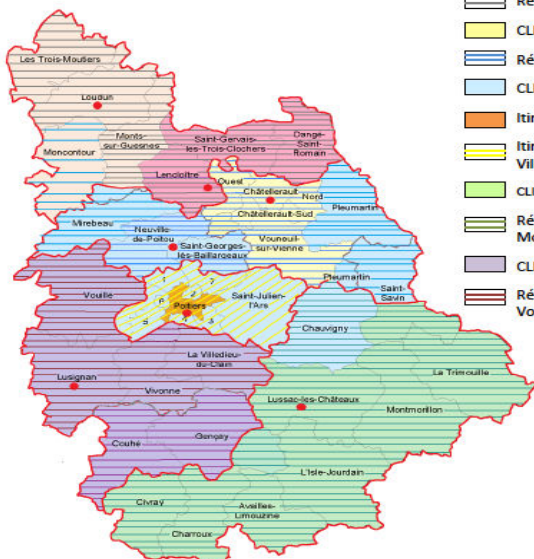
Les acteurs de la coordination gérontologique en Vienne :

Une aide à l'accompagnement sanitaire et médico-social des personnes âgées



A qui s'adresser ?

Les acteurs diff rent selon le lieu d'habitation de la personne :



- Implantation des gestionnaires de cas
- CLIC du pays Loudunais
- CLIC Lien de Vie
- Réseau Lien de Vie
- CLIC du pays Châtelleraudais
- Réseau gérontologique Vallée du Clain
- CLIC de la Mutualité
- Itinéraire Santé - CLIC de Poitiers
- Itinéraire Santé - Réseau gérontologique Ville-Hôpital
- CLIC du pays Montmorillonnais et sud Vienne
- Réseau gérontologique du pays Montmorillonnais et sud Vienne
- CLIC Val de Vonne
- Réseau gérontologique du Val de Vonne

Pour connaître le CLIC correspondant à la commune de résidence de la personne :
<http://www.lavienne86.fr/247-annuaire-des-clics.htm>

- **Réseau gérontologique Vallée du Clain**
5 Avenue Gérard Girault
86130 JAUNAY CLAN
☎ : 05 49 37 81 37
- **CLIC - Réseau gérontologique Val de Vonne**
29 rue de Chypre
86600 LUSIGNAN
☎ : 05 49 54 38 62/ fax : 05 49 57 98 13
- **CLIC - Réseau gérontologique du pays Montmorillonnais et sud Vienne**
13 Avenue du Dr Dupont
86320 LUSSAC LES CHATEAUX
☎ : 05 49 84 93 20/ fax : 05 49 84 08 53
- **CLIC - Réseau gérontologique Lien de Vie**
Rés Belle Allée - 5 rue Vilvert
86140 SCORBE CLAIRVAUX
☎ : 05 49 93 12 29/ fax : 05 49 90 78 99
- **GCS Itinéraire Santé - CLIC - Réseau gérontologique**
203 route de Gen ay
86280 SAINT-BENOIT
☎ : 05 49 30 80 70 / fax : 05 49 62 13 69
- **CLIC du pays Loudunais**
Maison de la Solidarité
14 Boulevard du 8 mai 1945
86200 LOUDUN
☎ : 05 49 98 84 59/ fax : 05 49 98 60 36
- **CLIC du pays Châtelleraudais**
Centre Communal d'Action Sociale
5 Rue Madame
86100 CHATELLERAULT
☎ : 05 49 02 19 45/ fax : 05 49 02 19 40
- **CLIC de la Mutualité**
60-68 rue Carnot
86000 POITIERS
☎ : 05 49 00 44 69/ fax : 05 49 55 42 14

7.4 Annexe 4 : Présentation orale aux patients

« Bonjour, Fanny Le Guen, je suis une interne en médecine générale qui travaille avec le SAMU 86, je vous appelle suite à l'intervention d'une ambulance à votre domicile le « date » à « heure » lors d'une chute.

Je fais une étude à propos des chutes au domicile, c'est une étude anonyme, j'ai seulement besoin de votre autorisation pour envoyer un courrier à votre médecin traitant, avez vous ses coordonnées ? »

7.5 Annexe 5 : Courrier type aux médecins traitants

A Poitiers

Le « date »

Docteur « nom »,

Ce courrier vous informe que Mr/Mme « nom » à fait une chute au domicile le « date » à « heure » et a nécessité l'intervention d'une ambulance pour l'aider à se relever.

Cette démarche s'inscrit dans un travail de thèse, il s'agit d'évaluer la pertinence du signalement des chutes des personnes âgées au médecin traitant.

Je vous contacterais ultérieurement afin de recueillir votre avis.

Si vous en avez besoin, veuillez trouver ci-joint les coordonnées du CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) correspondant à votre patient :
« coordonnées du CLIC ».

Cordialement,

Fanny Le Guen - Interne en médecine générale

7.6 Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction

Présentation orale

Bonjour, Fanny LE GUEN, interne en médecine générale, je fais ma thèse sur les patients âgés qui chutent au domicile et pour lesquels une ambulance est envoyée par le SAMU 86 pour un relevage et qui sont laissés au domicile.

Actuellement aucune suite n'est donnée à ces chutes et à travers mon travail, je souhaite évaluer l'utilité de prévenir le médecin traitant afin d'éviter les récurrences.

Questionnaire

1. Avez-vous reçu mon courrier ?

Oui / Non

2. Pensez vous qu'en cas de chute il est utile de vous informer ?

Oui / Non

3. Dans mon courrier, je vous propose de vous mettre en relation avec le CLIC de la commune du patient.

a. Savez vous quelle est la mission d'un CLIC ?

Oui / Non

b. Pensez vous avoir besoin d'informations supplémentaires sur les CLICs ?

Oui / Non

4. Si oui, sous quelle forme ?

Papier / plaquette / formation

8 RESUME

LE GUEN F., Directeur : TRESSE-MERCIE N., Président : MIMOZ O., Relevage pour chute de la personne âgée : pertinence de son signalement auprès du médecin traitant. A propos d'une étude de 130 cas réalisée au SAMU de Poitiers. Soutenue le 4/07/2017.

Pré-requis : La chute chez la personne âgée est un événement fréquent parfois lourd de conséquences. Dans le cadre de l'Aide médicale d'Urgence, le SAMU est sollicité pour répondre à une demande de secours. Lorsque la personne reste sur place, l'information concernant la chute n'est pas toujours relayée à son médecin traitant.

Objectif : L'objectif principal de cette thèse est d'évaluer la pertinence du signalement des sujets âgés ayant chuté à leur domicile au moyen d'un courrier adressé à leur médecin traitant. Les "chuteurs" sont repérés lors de l'appel au SAMU 86 pour une demande d'aide au relevage.

Matériels et méthodes : Deux études ont été menées : une 1ère rétrospective sur l'année 2015 pour faire l'état des lieux des relevages dans la Vienne; Une 2ème prospective sur 4 mois de juin à septembre 2016 dont l'objectif principal est de savoir si un courrier adressé au médecin traitant lui indiquant que son patient a chuté est une action pertinente.

Résultats : Sur l'année 2015, 504 appels ont abouti à un relevage. Les relevages étaient plus fréquents dans la tranche d'âge 85-94 ans. Sur ces 504 chuteurs 17% ont été relevés à plusieurs reprises. Lors de l'étude prospective menée du 7/06/2016 au 27/09/2016, nous avons reçu 130 appels ayant abouti à un relevage. Tous les médecins contactés ont trouvé utile d'en être informés. Un seul médecin sur 73 prévenu a contacté le CLIC indiqué dans le courrier. Dans 37% des cas les médecins interrogés ne connaissaient pas précisément la mission des CLIC et 33% d'entre eux pensaient avoir besoin d'informations supplémentaires. Sur les patients relevés, 52% étaient déjà connus par les réseaux.

Conclusion : Nous n'avons pu démontrer la pertinence du signalement des relevages car notre étude est trop courte avec peu de sujets inclus, cependant nous avons pu relever plusieurs problématiques concernant la prise en charge de la chute du patient âgé.

Mots clés : Chute – SAMU – Relevage – Signalement - Médecin traitant.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

