



**UNIVERSITÉ DE LILLE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
**Année : 2022**

MENTION :  
MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME  
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

SPECIALITE :  
Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologie courantes en  
soins primaires.

**Adhésion des patients âgés de plus de 75 ans aux propositions  
thérapeutiques données par l'équipe mobile de gériatrie après une  
consultation aux urgences pour chute.  
Etude monocentrique au CH de Lens**

Présentée et soutenue publiquement le 1/07/2022 à 12h  
au Pôle Formation  
par **Aline SMYCZYNSKI**

---

**MEMBRES DU JURY**

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Enseignant infirmier :**

**Madame Léone DE OLIVEIRA**

**Directeur de mémoire :**

**Madame le Docteur Yaohua CHEN**

« La personne malade ou en santé doit être placée dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse préserver ou restaurer sa santé » (Florence Nightingale)

## **SOMMAIRE**

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION.....1

MATERIEL ET METHODE.....12

RESULTATS.....16

DISCUSSION .....31

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, le Dr Chen Yaohua pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je tiens à exprimer mes remerciements pour les enseignements du Dr Champion Cédric qui m'a encadré durant mon stage de deuxième année de pratique avancée.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe du Pôle de gériatrie du Centre Hospitalier de LENS qui m'a accueillie, Madame Marquilly, Madame Boone, Sabrina, Brunilde, Justine, Virginie, le Dr Wiel, le Dr Piunti, le Dr Ancellin, le Dr Gbedze, le Dr Martin, le Dr Mollet. Je remercie Madame Robillart pour sa disponibilité.

Je tiens à exprimer mes remerciements auprès de l'équipe pédagogique de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille et l'ensemble des intervenants de la formation de pratique avancée pour leurs enseignements, ainsi qu'à madame Godefroy.

Je tiens à remercier les membres du jury, Monsieur le Professeur François Puisieux, Madame Léone De Oliveira et le Dr Yaohua Chen.

Merci à l'ensemble de mes collègues de la promotion 2020-2022 d'infirmier en pratique avancée pour ces deux années passées ensemble.

Je tiens également à remercier le Dr Anache qui a cru en mes capacités et m'a accueillie en stage de première année, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de l'EHPAD Somania pour leur accueil.

Je pense tout particulièrement à mes collègues de l'EHPAD Louise Weiss.

Merci à Jonathan pour sa patience et son soutien.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ADL : Activities of Daily Living ADL de KATZ

AGGIR Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR)

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CTA : coordinations territoriales d'appui

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DPO : Délégué à la Protection des données

DRESS La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

ESPRAD : Equipe Spécialisée en Prévention et Réadaptation   Domicile

GHT : Groupement Hospitalier

GIR Groupe Iso Ressources

HAD : Hospitalisation   Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De Jour

IADL : L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de LAWTON

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle

IPA : Infirmier(e) en pratique avancée

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

MMS Mini-Mental State

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

ONI : Ordre National des Infirmiers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

TRST : Triage Risk Screening Tool

UHCD : Unité d'hospitalisation de Courte Durée

## INTRODUCTION GENERALE

La chute du sujet âgé est un événement multidimensionnel, responsable d'une morbi-mortalité importante puisqu'il s'agit de la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans selon Santé publique France. En lien avec le vieillissement de la population, les équipes mobiles gériatriques (EMG) se sont développées dans les hôpitaux depuis 2002 conformément à la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique, articulées autour d'un travail en réseau.

Lors de mon stage de 2<sup>ème</sup> année de grade Master de pratique avancée infirmière, j'ai pu intégrer l'EMG du Centre Hospitalier de Lens (CHL). En 2021, l'EMG du CHL est intervenue 850 fois aux urgences sur demande des urgentistes, dont 294 fois pour chute soit 35% des demandes d'avis. C'est le deuxième motif de demande d'intervention après « Altération de l'état général et perte d'autonomie » qui concerne 47% des demandes d'avis gériatrique. Dans le cas d'une chute, dans 64% des cas les patients ont été hospitalisés en gériatrie, 6% en service non gériatrique. Dans 30% des cas les patients ont pu réintégrer leur domicile suite au passage aux urgences.

Ce travail de fin d'études de pratique avancée s'intéresse à l'adhésion des patients âgés de plus de 75 ans aux propositions thérapeutiques émanant de l'évaluation gériatrique de l'EMG réalisée aux urgences après le retour à domicile.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer quels sont les freins au suivi des propositions thérapeutiques par les patients chuteurs ayant bénéficié de l'évaluation de l'EMG intervenant aux urgences du CH de Lens après leur retour au domicile. Les objectifs secondaires sont d'étudier quelles recommandations sont les plus et les moins suivies pour ces mêmes patients et de comparer deux profils selon le suivi ou non des propositions thérapeutiques.

Il s'agit d'une étude monocentrique prospective mixte. Les aidants principaux ont été interrogés lors d'un entretien téléphonique semi-dirigé 1 mois après le passage aux urgences.

La première partie abordera le contexte, la notion de chute, l'évaluation gériatrique aux urgences et la filière gériatrique articulée autour du CHL. La deuxième partie sera consacrée à la méthodologie. En troisième partie seront présentées les caractéristiques de la population d'étude et des propositions thérapeutiques lors du passage aux urgences puis un mois après le passage aux urgences, la dernière partie abordera les freins au suivi des propositions thérapeutiques et s'intéressera à la notion d'adhésion thérapeutique au travers de différentes disciplines ainsi que l'apport de la pratique avancée pour la prévention des chutes du sujet âgé.

# INTRODUCTION

## 1. Contexte

Les soins prodigués aux personnes âgées représentent une part importante de l'activité hospitalière. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), à un jour donné 40 à 50% des lits d'un centre hospitalier sont occupés par des patients de plus de 75 ans. Le mode d'entrée est majoritairement via les urgences toutes causes confondues.

Les chutes font partie des grands syndromes gériatriques : Selon les chiffres de Santé publique France, « *1 personne sur 3 âgée de plus de 65 ans chute chaque année et ce chiffre augmente avec l'âge puisque 1 personne sur 2 de plus de 85 ans chute au moins une fois dans l'année* ». Aussi, toujours selon Santé publique France, « *plus de 9300 personnes de plus de 65 ans décèdent chaque année des suites d'une chute* », ce qui correspond à la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. (Infographie sur le site de Santé publique France, mis à jour le 30 janvier 2020).

L'enjeu, en termes de prise en soins, et de prévention est donc majeur et fait l'objet en France d'un plan national "Plan antichute des personnes âgées" publié le 21 février 2022 ayant pour objectifs de prévenir les chutes et diminuer leur gravité en diminuant de "20% les chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024".

## 2. Chutes de la personne âgée

### 2.1. Définition

La chute peut survenir au décours d'une activité quotidienne comme la marche, les transferts. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on parle de chute lorsque la personne se retrouve « *involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ* ».

La récurrence de chute est fréquente, selon les recommandations de la HAS « *le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois* » (Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, 2009).

## 2.2. Les facteurs de risque de chute

Les facteurs de risques sont recherchés à l'interrogatoire et à l'examen clinique.

Les facteurs prédisposants, tels que détaillées dans les recommandations de bonne pratique de l'HAS sont :

- « Âge 80 ans et plus
- Sexe féminin
- Antécédents de fractures traumatiques
- Polymédication : seuil de 4 traitements
- Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1
- Trouble de la marche et/ou de l'équilibre
- Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs
- Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
- Anomalie des pieds et troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- Baisse de l'acuité visuelle
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif »

D'autres facteurs sont dits précipitants :

Ce sont les pathologies aiguës cardiovasculaires (malaises, lipothymies, perte de connaissance, hypotension orthostatique), neurologiques (déficit neurologique, confusion), métaboliques (hyponatrémie, hypoglycémie...), vestibulaires, l'alcoolisation aiguë.

A cela s'ajoutent des facteurs comportementaux et environnementaux (éclairage, chaussage, configuration du lieu de vie).

Pour illustrer l'intrication des facteurs prédisposants et précipitants, ainsi que les risques liés aux chutes sur les capacités fonctionnelles, le modèle 1+2+3 de Bouchon, gériatre Français, permet de modéliser les effets de la chute chez la personne âgée.



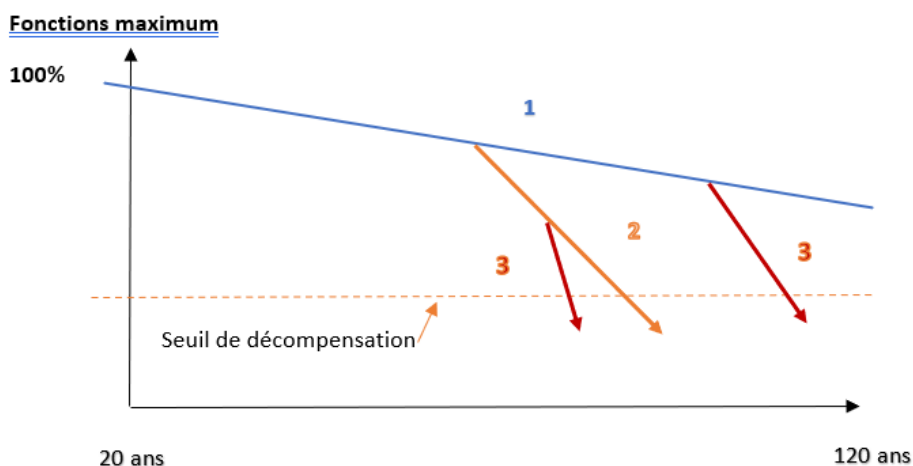


Figure 1 : Modélisation du risque de chute selon le modèle 1+2+3 de Bouchon

Sur ce modèle, la courbe 1 représente le vieillissement psychologique. Concernant le risque de chute, les facteurs de risques prédisposants sont modélisés par la courbe 2, les facteurs de risques précipitants par la courbe 3, les courbes 2 et 3 précipitants la personne âgée sous le seuil de décompensation où le risque de chute est majeur.

### 2.3. Les conséquences

La conséquence la plus fréquente et la plus grave est la fracture de l'extrémité supérieure du fémur, selon la HAS « *En France, l'incidence de fracture de hanche est d'environ 50 000 cas chez les femmes et 16 000 cas par an chez les hommes. [...] elle est à l'origine d'une morbi-mortalité importante, avec 20 % de complications postopératoires et 30 à 50 % de réduction de l'autonomie. 10 à 30 % des patients deviennent dépendants, 25 % entrent en institution et 20 à 24 % décèdent dans l'année.* » (Orthogériatrie et fracture de la hanche. Fiche points clés organisation des parcours, 2017). Toujours pour les conséquences traumatiques on retrouve ensuite les traumatismes crâniens et fractures du membre supérieur.

Les chutes entraînent des douleurs liées aux fractures, hématomes, plaies, contusion. Une impotence fonctionnelle, liées à une fracture ou une douleur qui limite le périmètre de marche. La chute peut être perçue comme un événement traumatisant sur le plan psychologique. Après une ou plusieurs chutes, certaines personnes développent un « syndrome post chute », ou « régression psychomotrice ». Même si la chute est sans conséquences physiques, la personne peut par peur de rechuter réduire son périmètre de marche, éviter de sortir et s'isoler. Cliniquement on observe des troubles de la statique en position assise, une difficulté à réaliser les transferts, une rétropulsion, des troubles de l'équilibre.

Les chutes chez le sujet âgés peuvent conduire à une admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en effet, « *Les chutes répétées sont associées à une forte morbi-mortalité accélérant le processus de perte d'indépendance et d'autonomie, et à un taux d'institutionnalisation élevé pouvant atteindre 40 % des personnes* » (Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009).

## **2.4. Enjeux**

En lien avec les conséquences qui menacent la santé des personnes âgées et qui peuvent conduire à un état de dépendance. Plus la personne avance vers la fragilité, plus les risques liés à la chute sont nombreux et potentiellement graves. La prise en charge et la prévention de la récurrence de la chute chez le sujet âgé doit donc faire l'objet d'une évaluation globale et multidisciplinaire même si elle est sans conséquence visible car elle peut avoir des répercussions sur l'autonomie de la personne. C'est également un enjeu de santé publique.

## **2.5. Prévention de la récurrence des chutes**

Les interventions en lien avec la prévention de la récurrence des chutes sont liées à l'évaluation gériatrique qui aura mis en évidence les facteurs de risques. La prévention repose donc sur la correction des facteurs de risques modifiables, la révision de l'ordonnance afin de lutter contre la iatrogénie, l'éducation du patient et des aidants, la mise en place de séances de kinésithérapie et le maintien de l'autonomie.

Prévenir la récurrence des chutes implique l'ensemble des acteurs autour de la personne.

## **3. Le bilan de chute avec l'évaluation gériatrique standardisée**

« *L'évaluation gériatrique standardisée est un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire du sujet âgé fragile, orienté vers l'identification systématique des problèmes médicaux et des capacités psycho-sociales et fonctionnelles dans le but de mettre en œuvre un projet de traitement et de suivi de plus ou moins longue durée en tenant compte des réalités personnelles et des besoins du patient.* » (Rubenstein, et al., NEJM, 1984 : 1664)

### **3.1. Le bilan de chute**

Le bilan de chute repose sur une évaluation globale et multidisciplinaire. Lors d'un bilan de chute en hôpital de jour, plusieurs professionnels interviennent auprès de la personne : le

kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le gériatre, l'infirmière, la neuropsychologue, d'autres spécialistes peuvent être sollicités comme le neurologue afin de réaliser un bilan multidisciplinaire. Le bilan de chute comprend une anamnèse complète avec le recueil des antécédents médicaux, et chirurgicaux, des traitements de toutes formes galéniques y compris les traitements pris sans ordonnance, des médecins traitant et spécialistes avec la date des dernières consultations, les intervenants au domicile. Un interrogatoire afin de repérer les facteurs de risque, les circonstances précises de la chute, les témoins, le mode d'alerte, le caractère répétitif des chutes. Identification de l'aidant, plan d'aide en cours, autonomie habituelle de la personne sur le plan locomoteur, le matériel médical présent au domicile. Connaître le niveau d'autonomie avant la chute permet de rendre compte de la perte fonctionnelle et de distinguer les signes chroniques des éléments récents.

### **3.2. Evaluation de l'autonomie en évaluation gériatrique standardisée**

L'autonomie est définie par le Collège des enseignants de gériatrie : *« L'autonomie est la capacité à se gouverner soi-même, ce qui présuppose la capacité de jugement (capacité de prévoir et de choisir), ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement, dans le respect des lois et des usages communs. »*

Des outils standardisés permettent d'évaluer l'autonomie comme l'échelle des activités de la vie quotidienne (Activities of Daily Living ADL de KATZ) sur 6 items de la vie quotidienne : l'hygiène corporelle, l'habillement, aller aux toilettes, les transferts, la continence, les repas. L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) de LAWTON, évalue la capacité à se servir du téléphone, faire les courses, préparer les repas, faire le ménage, laver le linge, utiliser les moyens de transports, prendre ses médicaments et gérer son budget.

Selon Virginia Henderson, la dépendance se définit comme *« l'incapacité où se trouve la personne d'adopter des comportements appropriés ou d'accomplir elle-même sans aide les actions qui lui permettraient en fonction de son état d'atteindre un niveau acceptable de satisfaction de ses besoins. »*

La dépendance est évaluée par la grille Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR). La grille AGGIR aboutit au score GIR (Groupes Iso-Ressources) qui reflète le niveau de dépendance. Selon le niveau de dépendance, du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes à GIR 6 pour les personnes totalement autonomes, les personnes peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée autonomie (APA), pour les GIR 1 à 4, l'APA participe au financement de l'aide à domicile et peut aussi être versée aux personnes vivant en institution.

### **3.3. L'examen physique en évaluation gériatrique standardisé**

Il comprend l'évaluation cognitive avec la réalisation d'un test de dépistage des troubles cognitifs (Mini-Mental State (MMS), ou du Montreal Cognitive Assessment (MoCA). L'auscultation cardio-vasculaire, neurologique, rhumatologique et s'appuie sur différents test et échelles évaluant la marche et l'équilibre, ce sont des outils validés et standardisés utilisés pour déterminer le risque de chute. Ils sont à corrélés avec l'indice de masse corporelle (IMC), le bilan biologique qui permet de mettre en évidence les facteurs métaboliques, les carences, un syndrome inflammatoire, l'état nutritionnel.

On peut citer le « Get up and go test » qui évalue la mobilité et l'équilibre. Pour cette évaluation, on demande au patient de se lever d'une chaise à accoudoir, marcher en avant sur 3mètres, faire demi-tour puis retourner s'asseoir après avoir fait le tour de la chaise. Le « timed up & go test » est une version chronométrée du « Get up and go test », un temps de réalisation supérieur à 20 secondes reflète une fragilité posturale et un risque de chute.

La station unipodale permet de repérer une anomalie si la personne ne peut pas se maintenir sur une jambe au-delà de 5 secondes. La capacité de se relever d'une chaise sans l'aide des accoudoirs est un indicateur de la force musculaire. «Le Walking talking test » consiste à faire parler le patient pendant la marche, si il existe une fragilité posturale la personne arrête de marcher pour parler.

Le « test de Tinetti » permet une évaluation clinique de l'équilibre et de la marche. 9 épreuves évaluent l'équilibre, 7 épreuves évaluent la marche. Chaque item est coté de 0 à 2, si le score total est inférieur ou égal à 20/28 alors le risque de chute est élevé. La pratique de ce test dans le cadre des urgences est difficilement réalisable.

Il existe également des échelles sous forme de questionnaire évaluant la peur ou l'inquiétude à la possibilité de de chuter, notamment le short FES-I (Kempen, 2008).

La conclusion d'une évaluation gériatrique est personnalisée, elle identifie les risques en les hiérarchisant, vise à proposer un plan de soins comprenant les axes de préventions de la chute et de la récurrence ainsi qu'un suivi.

L'évaluation gériatrique standardisée est une évaluation très chronophage qui doit se faire à distance de la chute. Pour une chute adressée aux urgences, il est nécessaire de faire un bilan de première intention de façon efficace mais néanmoins orientée. L'intervention d'une Equipe Mobile de Gériatrie aux urgences semble dès lors primordiale.

#### **4. L'Equipe Mobile de Gériatrie au Centre Hospitalier de Lens**

Le conseil national de gériatrie définit le rôle de l'EMG : *« Les équipes mobiles de gériatrie interviennent en équipes transversales auprès des patients âgés, en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination), les MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) et les réseaux de santé « personnes âgées ». Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé. »*

L'EMG intervient dans les services sur demande des équipes pour évaluation et avis gériatriques, aide à l'orientation du patient dans la filière gériatrique, conseils aux équipes soignantes. Pour les demandes d'intervention, certains services utilisent l'échelle de Triage risk screening tool (TRST). C'est un outil de dépistage des personnes âgées à risque de perte d'autonomie nécessitant le passage de l'équipe mobile de gériatrie. L'échelle TRST est remplie selon 5 dimensions : la présence ou non de troubles cognitifs, la présence ou non de troubles de la marche, difficultés de transfert ou chutes, une polymédication soit plus de 5 traitements, une hospitalisation de moins de 3 mois ou un passage aux urgences de moins de 1 mois, et la perte d'autonomie. Un score supérieur ou égal à 2 justifie le passage de l'EMG.

Aux urgences, l'EMG est sollicitée pour l'évaluation de patients âgés fragiles sur demande des urgentistes pour un avis gériatrique, les urgentistes n'utilisent pas l'échelle TRST mais contactent directement le gériatre.

Le but de l'EMG est d'orienter la personne dans la filière gériatrique, et de proposer une évaluation personnalisée. Si la personne est hospitalisée suite à la chute, le bilan réalisé par l'EMG aux urgences est tracé dans le dossier de soins, l'EMG peut être de nouveau sollicitée sur demande du service jusqu'à la sortie d'hôpital.

Si la personne ne nécessite pas une hospitalisation, l'EMG rédige des propositions thérapeutiques en lien avec la prévention de la récurrence de chute et un suivi en filière gériatrique.

La synthèse de l'évaluation gériatrique aux urgences est formulée à partir d'une fiche qui reprend les éléments suivants : la date, l'étiquette patient, le motif d'admission, le médecin. La situation sociale et l'autonomie habituelle, la situation médicale habituelle avec les antécédents et traitements, l'examen clinique gériatrique, la synthèse gériatrique, la proposition d'orientation, les propositions thérapeutiques et le suivi gériatrique proposé.

Les propositions thérapeutiques de l'EMG sont personnalisées, on peut dégager 9 catégories :

- **Les ajustements thérapeutiques** : arrêt, adaptation, ajout de traitement.
- **La prévention des chutes** : Catégorie scindée en deux :
- **Conseils pour la prévention des chutes** : Chaussage adapté, tenue vestimentaire adaptée, port des lunettes, utilisation du matériel adapté, port des bas de contention sur prescription médicale.
- **Intervention d'un kinésithérapeute** pour remise à la marche, renforcement musculaire, utilisation du matériel de déambulation.
- **Intervention paramédicale au domicile** : Intervention d'une IDE libérale pour administration des traitements.
- **Majoration ou instauration du plan d'aide en lien avec l'APA** : Sur ce point la mise en place d'un plan d'aide demande la réalisation d'un dossier APA, la mise en place effective peut prendre quelques semaines, une demande en urgence peut être réalisée par l'assistante sociale.
- **Lien ville-hôpital** : Dans tous les cas, le courrier de sortie est adressé au médecin traitant qui reste le prescripteur principal du patient, l'EMG fait des propositions à destination du médecin. Si possible l'EMG contacte le médecin durant le passage aux urgences.
- **Suivi gériatrique** : en consultation gériatrique ou en réseau gériatrique à domicile avec le réseau « vie l'âge ».
- **La poursuite diagnostique à distance** : proposition d'examens complémentaires à distance, avec proposition d'un suivi en Hôpital de jour (HDJ) gériatrique. Le but étant d'une part la poursuite des investigations, de façon plus poussée et dans un cadre plus propice hors urgences avec le temps nécessaire à chaque évaluation, d'autre part afin d'intégrer le patient à la filière gériatrique et d'avoir un bilan de référence lors d'une éventuelle admission ultérieure.

**La mise en place d'une télé-assistance** : il s'agit d'un service disponible pour les personnes vivant au domicile, il s'agit d'un récepteur-émetteur qui se présente sous la forme d'un médaillon ou d'une montre connectée à un opérateur joignable 24heures sur 24 et 7 jours sur 7. Lorsque la personne appuie sur ce dispositif, un opérateur communique avec elle grâce au système de haut-parleur et évalue la situation. L'opérateur peut contacter un proche ou déclencher l'intervention des pompiers. Ce dispositif peut être pris en charge en partie par l'APA.

L'assistante sociale du service des urgences de Lens peut accompagner le patient et ses aidants pour réaliser la demande de mise en place et prise en charge.

Ces propositions thérapeutiques concluent l'évaluation gériatrique réalisée aux urgences auprès de patients chuteurs réintégrant leur domicile, elles sont présentées de façon hiérarchisée.

## **5. La filière gériatrique articulée autour du CH de LENS**

Selon l'agence régionale de Santé des hauts-de-France, « *La filière gériatrique doit permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, en prenant en compte les aidants proches.* »

Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ont pour but de garantir un accès aux soins par une approche territoriale de la santé autour d'un projet médical partagé.

Le GHT de l'Artois regroupe le CH de LENS, le Centre Hospitalier de Béthune Beuvry, le Centre Hospitalier d'Hénin Beaumont et le Centre Hospitalier de La Bassée.

Le CH de Lens dispose d'un service de court séjour gériatrique, d'un Hôpital de jour gériatrique d'évaluation et de diagnostic, les consultations de gériatrie, les consultations de mémoire gériatrique et d'onco-gériatrie, le service des urgences.

L'Hospitalisation de Jour Gériatrique (HDJ) de Lens propose une journée d'hospitalisation d'évaluation et de diagnostic. L'HDJ peut être demandée par un professionnel de la filière gériatrique ou le médecin traitant. En 2021, 50 Hospitalisations de jour ont été demandées par le gériatre suite à une admission aux urgences du CH de Lens pour chute.

Les consultations gériatriques permettent de proposer un suivi en général une fois par an. Le patient est pris en soins par une IDE qui réalise le recueil de données et les tests cognitifs, l'examen clinique est réalisé par le gériatre en consultation.

Le réseau « Vie l'âge » s'intègre à la filière gériatrique sur le secteur de LENS-BETHUNE-HENIN BEAUMONT, c'est une équipe constituée d'un gériatre et d'une infirmière qui intervient au domicile. L'équipe ne se substitue pas aux professionnels de santé qui prennent en soins la personne, elle intervient à la demande d'un professionnel, de la personne elle-même ou son aidant. L'équipe du réseau coordonne et adapte la prise en soins médico-sociale selon les besoins de la personne et peut l'adresser aux différentes structures de la filière gériatrique. En 2021, le réseau « Vie l'âge » a demandé 84 Hospitalisations de jour gériatriques auprès du CH de Lens.

L'EHPAD Montgré de Lens a répondu à un appel à projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France pour proposer 5 places d'hébergement temporaire post hospitalisation en EHPAD, ce dispositif permet de proposer un hébergement de 30 jours maximum à la suite d'un passage aux urgences ou en sortie d'hospitalisation avant de réintégrer leur domicile.

L'EMG travaille en réseau avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). « *Le réseau constitue, à un moment donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté* » (Définition de la coordination nationale des réseaux).

L'ensemble de ces dispositifs articulés en réseaux intra et extra hospitalier permettent de proposer aux patients des soins personnalisés. « *La collaboration ville-hôpital devient un enjeu incontournable ; il nous faut une filière de soins gériatriques structurée s'appuyant sur un réel réseau regroupant l'ensemble des intervenants médicaux et sociaux.* » (FOURNIER Patrick, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société*, 2002/1 (vol. 25 / n° 100), p. 131-147.)

## **6. Problématique de l'étude**

Les admissions pour chute chez le sujet âgé sont fréquentes aux urgences de Lens, après avoir éliminé un critère de gravité tel qu'une fracture ou une cause métabolique nécessitant un traitement adapté en service spécifique, l'EMG intervient sur demande de l'urgentiste.

L'EMG réalise le bilan gériatrique aux urgences et oriente la personne : si l'état global nécessite une hospitalisation, alors l'EMG adresse la personne dans un service adapté, sur site du CH de LENS, dans le GHT ou établissements partenaires suivant les capacités disponibles en accord avec le patient et son entourage.

Dans le cas d'un retour à domicile suite à une chute, si le bilan gériatrique est tourné vers la personne ayant chuté, l'EMG contacte systématiquement les aidants pour compléter ou s'assurer des circonstances de la chute, du plan d'aide en place au domicile et afin de s'assurer de la prise en charge à domicile au retour des urgences.

L'EMG s'appuie donc sur l'aidant principal pour le recueil d'informations et la mise en place des différentes propositions en lien avec la prévention de récurrence de chute.

En lien avec l'évaluation gériatrique que j'ai pu réaliser sous tutorat du gériatre ayant abouti à des propositions thérapeutiques personnalisées, de prévention de la récurrence des chutes, de suivi



et d'intégration à la filière gériatrique, il me semble intéressant d'évaluer si ces propositions sont suivies puis d'étudier les raisons d'un non suivi afin d'identifier les freins et les leviers à la prise en soins.

Ce qui amène la problématique suivante : quels sont les freins au suivi des propositions thérapeutiques par les patients chuteurs ayant bénéficié de l'évaluation de l'équipe mobile de gériatrie intervenant aux urgences du centre hospitalier de Lens après leur retour au domicile ?

## **7. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de ce travail est de déterminer quels sont les freins au suivi des propositions thérapeutiques par les patients âgés de plus de 75 ans admis aux urgences pour chute et réintégrant leur domicile.

Les objectifs secondaires sont de calculer le pourcentage des personnes ayant suivi au moins 75% des propositions thérapeutiques, d'étudier quelles recommandations sont les plus et les moins suivies pour ces mêmes patients et d'étudier les facteurs associés aux patients qui suivent ou non les recommandations.

## **MATERIEL ET METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique mixte qualitative-quantitative.

### **2. Population d'étude**

L'inclusion des patients a été réalisée sur une durée de 15 semaines du 15 novembre 2021 au 1<sup>er</sup> mars 2022, de façon consécutive aux urgences du CH de Lens.

Critères d'inclusion :

- Personne âgée de plus de 75ans
- Vivant à domicile.
- Admise aux urgences du CH de Lens pour chute
- Retour à domicile après évaluation par l'équipe mobile de gériatrie.
- Les patients admis en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) pourront être inclus à l'étude au même titre qu'un patient qui retourne au domicile après un passage au Service d'Accueil des Urgences (SAU).

L'UHCD fait partie du service des urgences, elle accueille des patients pour une durée brève avant un retour à domicile ou fait office de zone de surveillance avant une hospitalisation dans un service.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Personnes de moins de 75 ans
- Motif principal d'admission qui ne correspond pas à une chute.
- Hospitalisé suite au passage au SAU
- Refus du patient ou de l'entourage de participer à l'étude, au moment du recrutement ou de l'entretien à 1 mois post passage aux urgences.
- Absence d'un aidant clairement identifié.

### **3. Déroulement de l'étude**

L'étude se déroulera en 3 temps, d'abord le recrutement des patients consistera à s'assurer des critères d'inclusion donc c'est au moment de la décision du retour à domicile que les patients pourront être intégrés à l'étude. Les données étant identiques aux informations recueillies lors de l'évaluation gériatrique réalisée par l'EMG aux urgences, la fiche de synthèse de l'évaluation aux urgences sera anonymisée et numérotée dans l'ordre de recrutement des patients. Ensuite

au moment de prévenir le patient puis son aidant principal par téléphone du retour à domicile, l'accord sera recherché pour intégrer l'étude. L'aidant n'est pas autorisé à accompagner le patient admis aux urgences, il est contacté par téléphone. Enfin après accord du patient et de son aidant principal qui aura été interrogé lors du bilan gériatrique, un appel sera réalisé un mois après le passage aux urgences afin d'évaluer le suivi des propositions thérapeutiques.

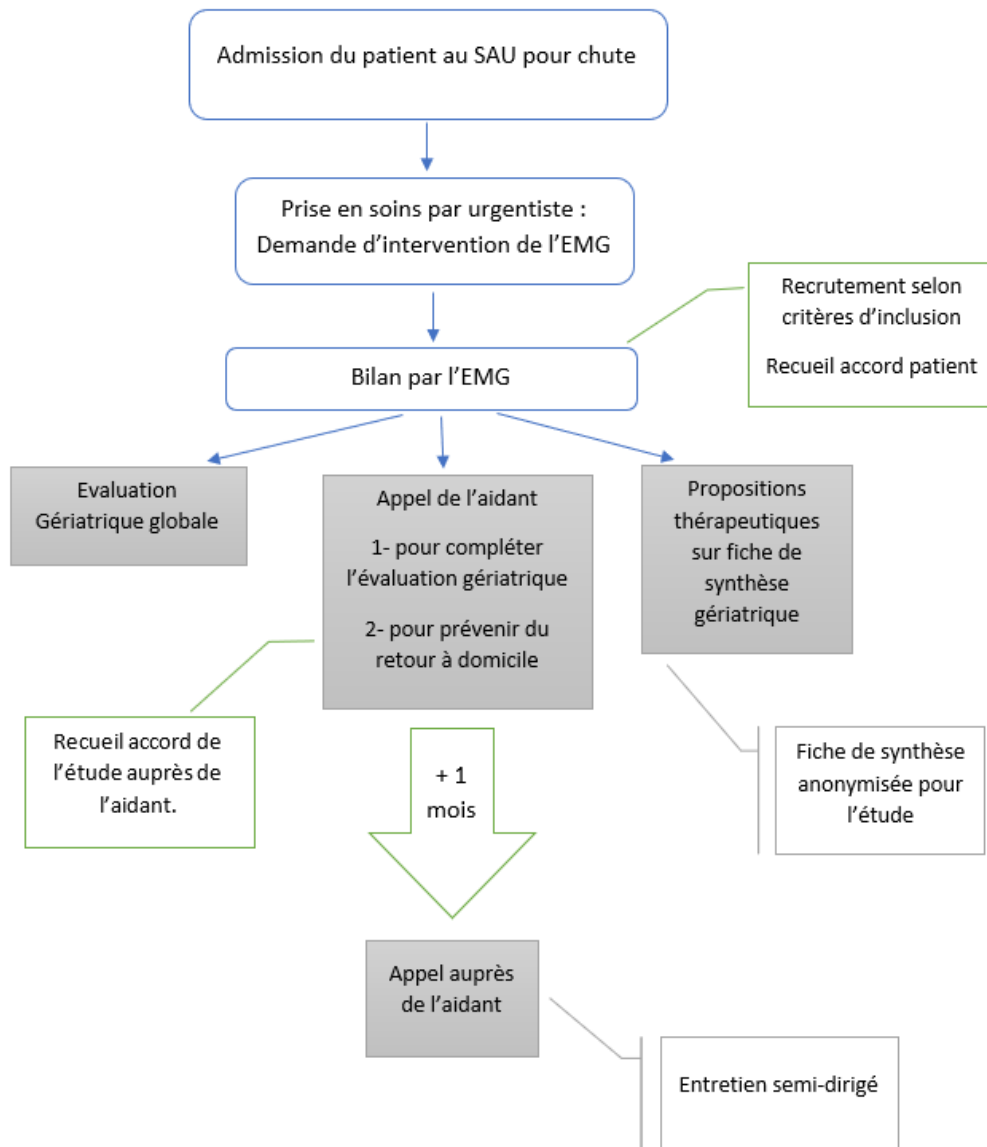


Figure 2 : déroulement de l'étude.

Lors du recrutement des patients selon les critères d'inclusion, l'accord des patients concernés et recherché. Le choix de me tourner vers l'aidant principal du patient est motivé par le fait que c'est la personne ressource qui va aider le patient à mettre en place les propositions thérapeutiques car les patients chuteurs, et principalement ceux ciblés par l'équipe mobile de gériatrie, sont fragiles, parfois peu contributifs lors de l'examen gériatrique ou minimisent leur

risque de chute. Le fait d'interroger l'aidant ne signifie pas que le patient ne soit pas au cœur du sujet. Le déroulement de l'étude s'inscrit dans la continuité du bilan gériatrique réalisé aux urgences en interrogeant les aidants à distance de l'événement. Les entretiens réalisés à 1 mois post passage aux urgences sont des entretiens semi-dirigés téléphoniques.

#### **4. Recueil des données**

Le recueil d'informations personnelles est anonymisé, un numéro est attribué à chaque patient inclus dans l'étude. Les informations sont celles recueillies lors de l'évaluation gériatrique par l'EMG aux urgences.

- Age
- Sexe
- Motif d'admission aux urgences : chute, récurrence de chute
- Coordonnées téléphoniques de l'aidant principal.
- Facteurs précipitants de la chute
- Antécédents médicaux (par catégorie : troubles cognitifs, antécédents neurologiques, cardiologiques, respiratoires, psychiatriques, diabète, pathologie aiguë) et antécédent de chute.
- Antécédent de chute
- Le nombre de traitements
- La prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1

En lien avec l'évaluation réalisée aux urgences

- Existante d'un trouble de la marche
- Diminution de la force musculaire

Niveau d'autonomie, environnement et aides professionnelles.

- Environnement : maison à étage ou plein pied
- Aides au domicile : plan APA, intervention axillaire de vie ou IDE pour l'aide à la toilette et l'habillage, aide ménage et portage de repas.

Afin de réaliser le recueil de données à 1 mois post passage aux urgences, un texte reproductible a été élaboré (en annexe), sur la base d'un entretien semi-directif réalisé auprès de l'aidant principal.

Données quantitatives :

- Récurrence de chute depuis le passage aux urgences : oui ou non

- Prise de connaissance du compte rendu des urgences : oui ou non
- Consultation du médecin traitant en lien avec le passage aux urgences : oui ou non
- Selon les propositions thérapeutiques : évaluer si elles sont en place, en cours ou non réalisées. Concernant le bilan gériatrique, si l'aidant indique que le rendez-vous est programmé, même au-delà d'un mois post passage aux urgences, on considère que la proposition thérapeutique est suivie.

Données qualitatives :

- Les raisons de la mise en place ou non

Les propositions thérapeutiques étant personnalisées, l'entretien s'adapte selon les propositions thérapeutiques présentes sur la fiche de synthèse d'évaluation gériatrique afin de recueillir les informations.

## **5. Comité d'éthique**

Le DPO du centre hospitalier de Lens a été sollicité afin de connaître les modalités pour la réalisation de l'étude.

Un document Excel prenant en compte les spécificités de la méthodologie de référence MR-001 et MR-003 et permettant de réaliser l'étude d'impact sur la vie privée et d'identifier les mesures à mettre en place pour un traitement de données à caractère personnel a été complété et renvoyé auprès du comité d'éthique du CH de Lens.

Les données sont recueillies sur logiciel Excel, sur ordinateur protégé par un mot de passe.

Les entretiens réalisés par téléphone à 1 mois post passage aux urgences sont enregistrés avec l'accord de la personne interviewée recueilli oralement en début de conversation sur le même ordinateur. Les enregistrements et coordonnées téléphoniques sont effacés après retranscription.

## **6. Analyse des résultats**

Les réponses des personnes interviewées sont retranscrites sur le même fichier Excel, en regard des propositions thérapeutiques qui avaient été établies lors de l'évaluation gériatrique aux urgences.

Le guide d'entretien a permis, questions par questions de reprendre les verbatims des différents entretiens en séparant les réponses affirmatives des réponses négatives pour ensuite déterminer les thématiques.

## RESULTATS

### 1. Analyse des résultats

#### 1.1. Recrutement des patients

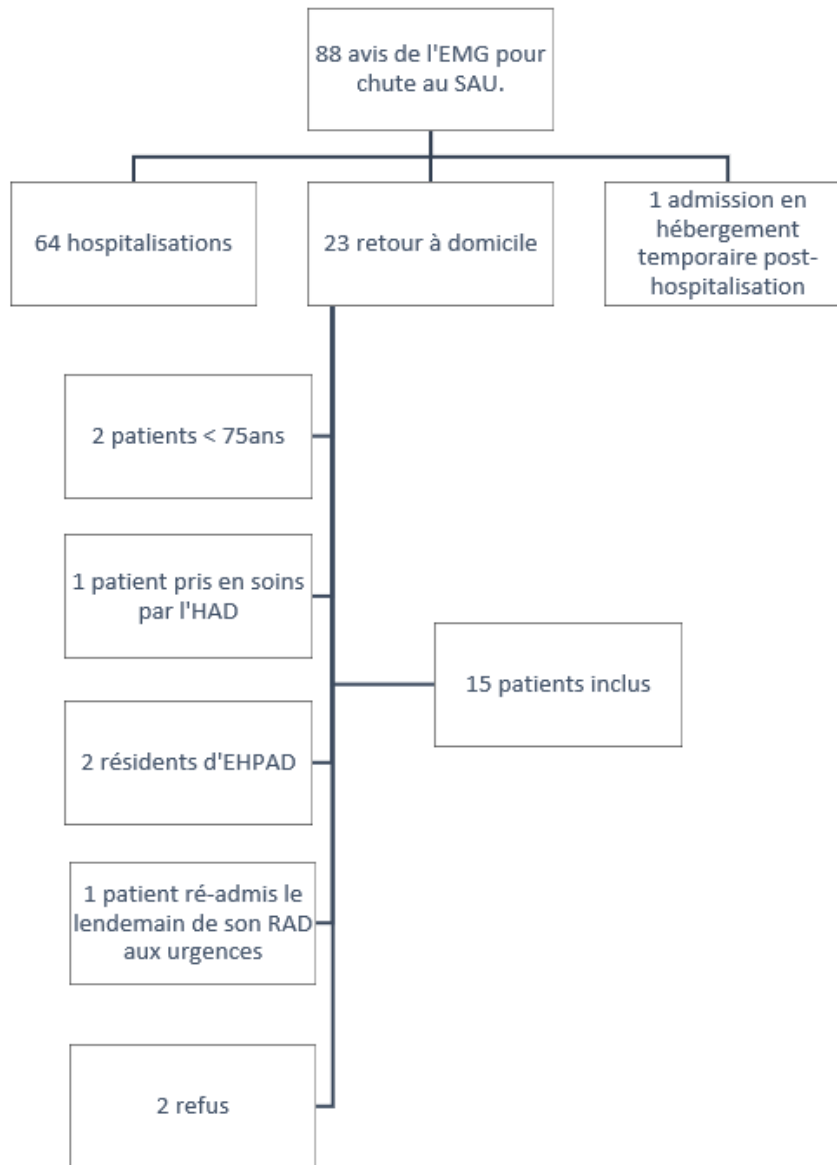


Figure 3 : Diagramme de flux

Durant l'étude, 88 patients ont été vus par l'EMG aux urgences à la demande des urgentistes pour chute.

Suite au bilan par l'EMG, 64 patients ont été hospitalisés, 1 patient a été admis en hébergement temporaire post hospitalisation en EHPAD. 23 patients sont retournés au domicile suite au passage aux urgences, parmi eux 11 ont été vus au Service d'Accueil des Urgences (SAU) et

12 ont été vu en UHCD.

Sur les 23 patients pour lesquels un retour à domicile était prévu, 2 n'avaient pas l'âge requis dans les critères d'inclusion (74 et 73 ans), 2 patients étaient résident en EHPAD, 1 patient était pris en charge par un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD), 1 patient a été réadmis dès le lendemain pour récurrence de chute aux urgences suivi d'une hospitalisation. 2 aidants ont refusé de participer à l'étude.

Les patients dont les aidants ont refusé d'être recontactés 1 mois après le passage aux urgences étaient des femmes âgées de 83 et 87 ans, toutes deux vivaient seule au domicile avec des aides en place via l'APA, pour l'une d'elle c'était une première chute accidentelle, la deuxième présentait des chutes à répétition. Au total, 15 patients ont été inclus à l'étude.

## 1.2. Caractéristiques des patients :

Les patientes sont toutes des femmes. L'âge moyen est de 89 ans, de 82 à 98 ans.

Pour 12 patientes sur 15, soit 80%, un antécédent de chute est retrouvé à l'interrogatoire de la patiente ou de son aidant.

Mode de vie : 11 patients sur 15, soit 73% vivent seule au domicile. 1 vit avec son époux et 3 avec leur fille.

### 1.2.1. Plan d'aide et autonomie

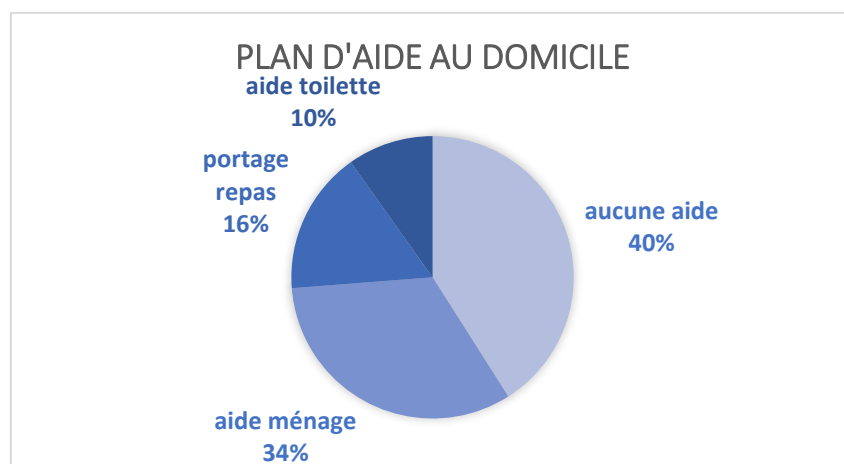


Figure 4 : Représentation des aides au domicile pour l'échantillon étudié.

Le plan d'aide de l'échantillon représenté sur ce diagramme indique que 60% des patientes bénéficient d'un plan d'aide au domicile. Selon l'Echelle ADL de Katz, l'ADL calculé moyen de l'échantillon est de 4,16.

Toutes les patientes ont une aide de leur famille pour les courses, cette aide n'a pas été comptabilisée dans le plan d'aide.

### 1.2.2. Antécédents et traitements

L'évaluation gériatrique nécessite un recueil rigoureux des antécédents et traitements, ceux de l'échantillon étudiés sont représentés sur ces diagrammes.

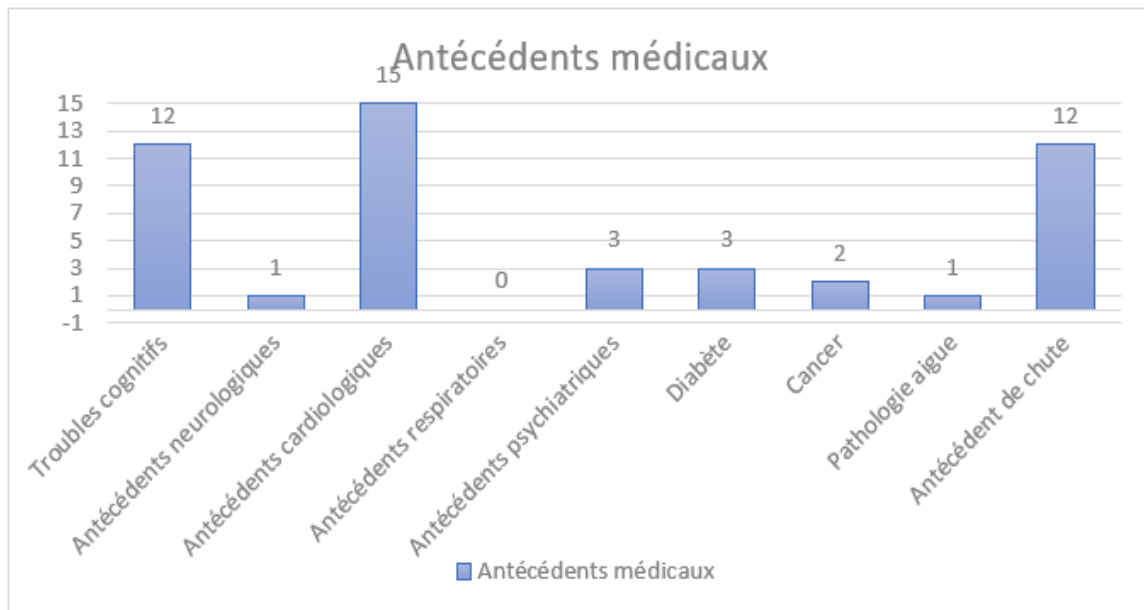


Figure 5 : Représentation des antécédents de l'échantillon étudié

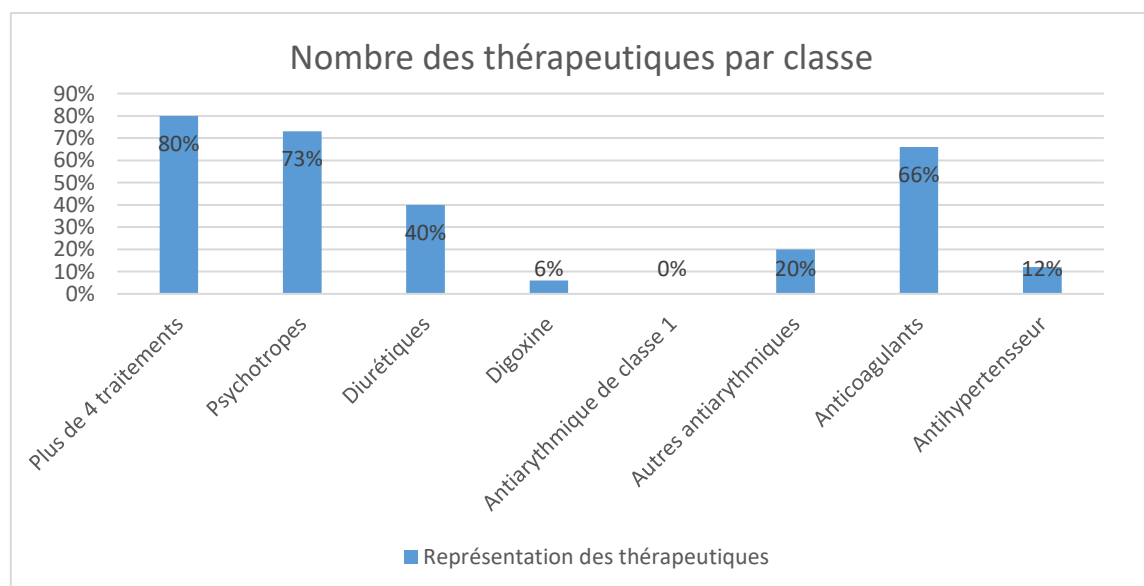


Figure 6 : Représentation du traitement de l'échantillon étudié



Pour 12 patientes, l'ordonnance mentionne plus de 4 traitements, soit le seuil décrit dans les recommandations HAS comme facteur de risque prédisposant de chute.

Les traitements appartenant à la classe des psychotropes, des diurétiques, la digoxine et les antiarythmiques de classe 1 étant identifiés comme facteurs prédisposants dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, sont représentés sur le diagramme. A ceux-ci s'ajoutent pour cette étude les autres antiarythmiques, les anticoagulants et antihypertenseur. Ces traitements peuvent être en lien avec une hypotension orthostatique ou avec un risque accru de saignement en cas de chute.

Les patientes peuvent cumuler plusieurs psychotropes (jusqu'à 3 pour l'une d'entre elle) et jusqu'à 2 antihypertenseurs.

### 1.2.3. Les facteurs prédisposants de chute

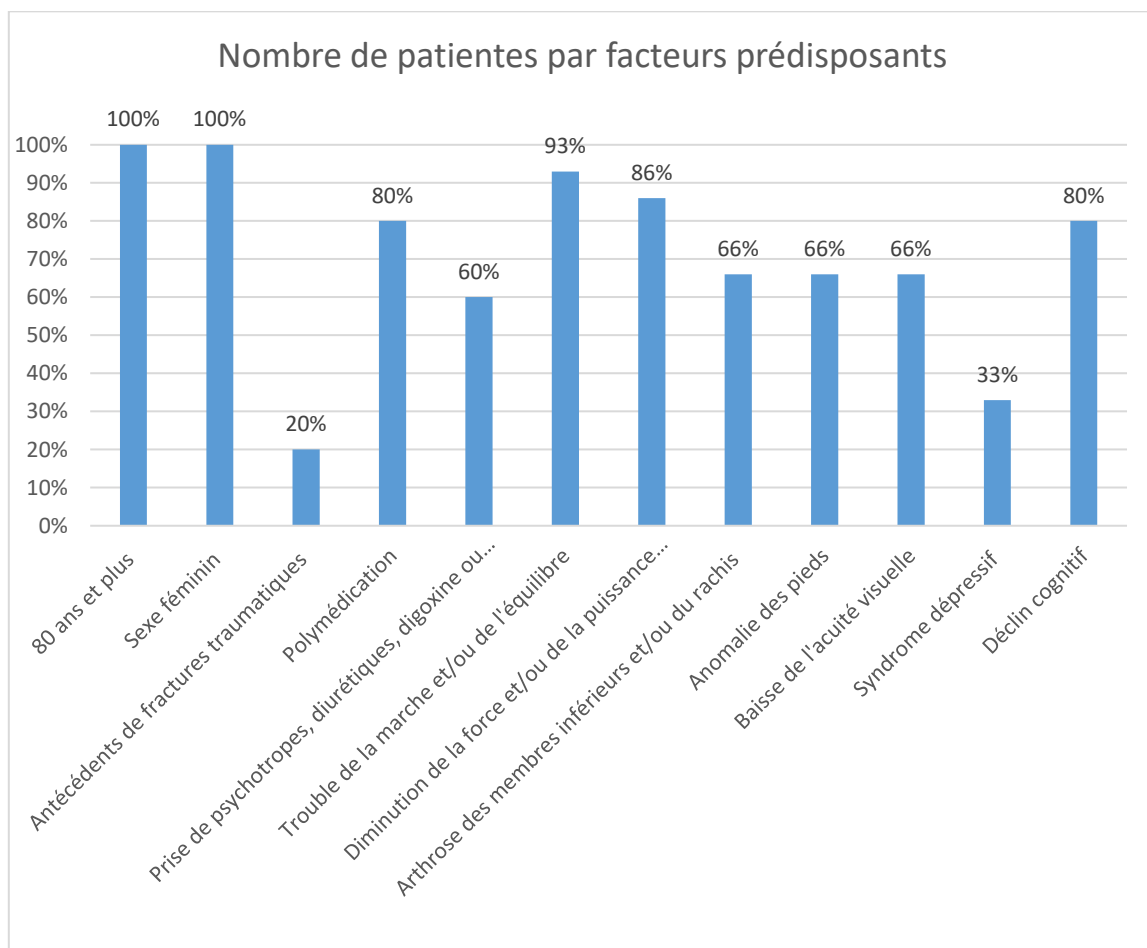


Figure 7 : Nombre de patientes par facteurs prédisposant.

En moyenne, les patientes cumulent 8,4 facteurs de risque prédisposants. Avec un minimum de 4 et un maximum de 11 par patientes.

Les facteurs prédisposants les plus souvent retrouvés concernent l'âge et le sexe féminin pour 100% de l'échantillon.

Le facteur de risque prédisposant le moins retrouvé est l'antécédent de fractures traumatiques.

#### 1.2.4. Les facteurs de risques précipitants de chute

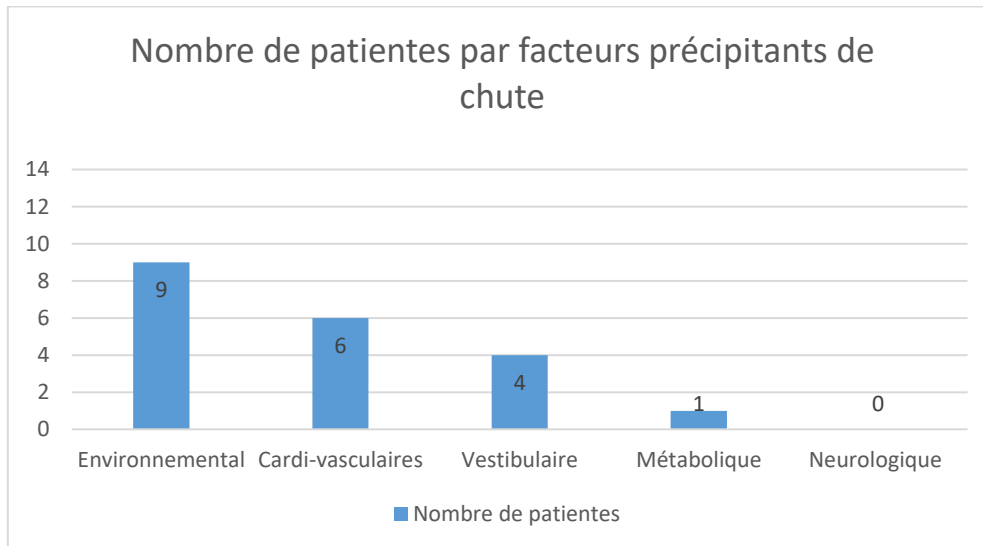


Figure 8 : Nombre de patientes par facteurs précipitants de chute.

Plusieurs facteurs précipitants peuvent être identifiés pour une patiente, si la moyenne des facteurs précipitants est de 1,4, le bilan de chute a révélé que parmi l'échantillon, 7 patientes présentaient 1 facteur précipitant de chute, 4 patientes présentaient 2 facteurs précipitants, 2 patientes présentaient 3 facteurs précipitants. A noter que pour 2 patientes, aucun facteur de risque précipitant n'a pu être identifié.

Tout comme les facteurs de risques prédisposants aux chutes, plusieurs facteurs précipitants peuvent être identifiés pour une patiente. Le facteur précipitant de chute majoritairement retrouvé est le facteur environnemental, en effet il est présent pour 9 patientes, soit 48%. Dans la majorité des cas le chaussage qui est inadapté pour 7 patientes.

Dans 26% des cas parmi l'échantillon étudié, un facteur cardio-vasculaire est retrouvé : pour 5 patientes, soit plus de 33% de l'échantillon, une hypotension orthostatique a été objectivée lors du bilan gériatrique, 1 patiente était en bradycardie lors de son passage aux urgences pour chute. Dans 21% des cas, ce qui correspond à 4 patientes de l'échantillon, un facteur vestibulaire tel qu'un vertige était décrit par la patiente. Pour 1 patiente un facteur métabolique : une hyponatrémie a été retrouvée au bilan sanguin. Aucun facteur neurologique n'a été retrouvé

parmi l'échantillon étudié.

### 1.3. Caractéristiques des propositions thérapeutiques :

Parmi les propositions thérapeutiques, 9 types ont été décrites. En moyenne, les propositions thérapeutiques sont au nombre de 4,8 par patiente avec un minimum à 3 et un maximum à 7.

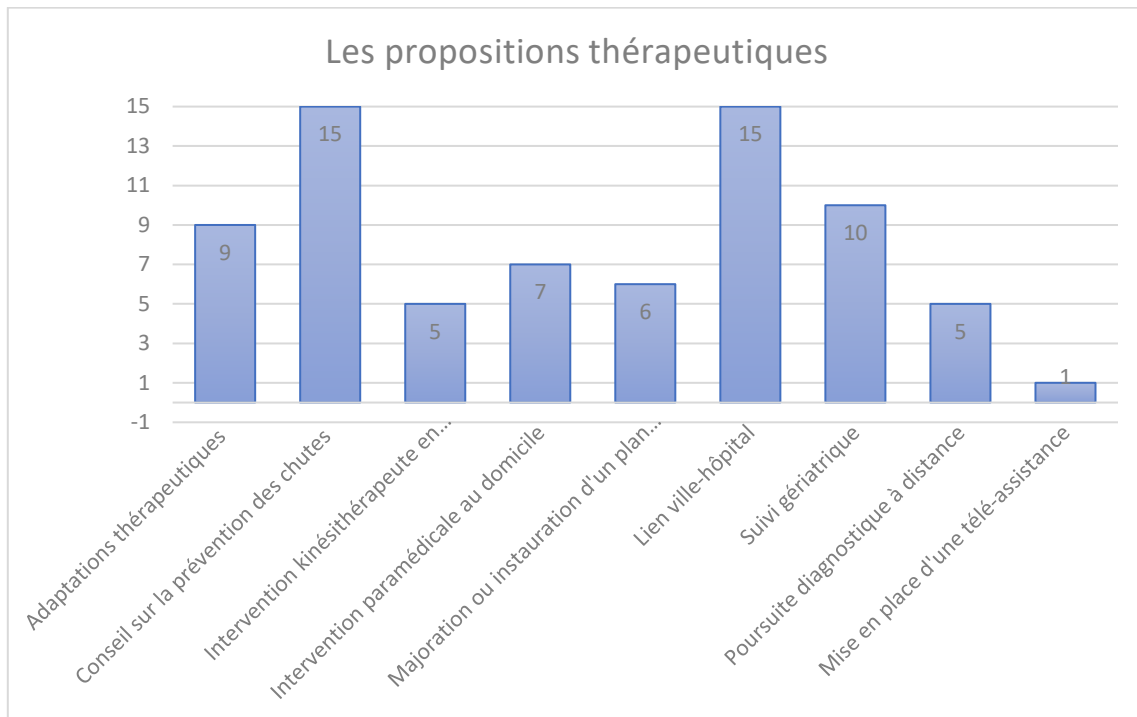


Figure 9 : Nombre de propositions thérapeutiques par type

Parmi les propositions thérapeutiques présentes sur les fiches de synthèses de bilan gériatrique aux urgences, les conseils sur la prévention des chutes à savoir le chaussage adapté dans la majorité des cas et le retour vers le médecin traitant est systématiquement noté.

Concernant les propositions thérapeutiques les moins présentes, on retrouve la mise en place de la télé-assistance, ceci s'explique par le fait que pour 10 patientes, une télé alarme était déjà en place au domicile. De même pour la majoration ou l'instauration d'un plan d'aide et adaptée pour 6 patientes de l'échantillon.

### 2. Analyse des résultats à 1 mois post passage aux urgences :

La durée moyenne des entretiens téléphoniques est de 10minutes 29secondes avec une durée minimale de 5min33secondes et une durée maximale de 15mintes 26secondes. Le tableau Excel et le guide d'entretien sont présentés en annexe.

## **2.1. Caractéristiques de la population d'étude :**

Les entretiens réalisés 1 mois après le passage aux urgences ont mis en évidence que 20% des patients ont rechuté dans le mois suivant le passage aux urgences. 100% des patients ont consulté leur médecin traitant dans le mois, dans 100% des cas, c'est l'aidant qui a recontacté le médecin traitant. 100% des aidants déclarent avoir pris connaissance du compte-rendu des urgences.

L'objectif principal de ces entretiens était de déterminer quels sont les freins au suivi de propositions thérapeutiques.

## **2.2. Objectif principal : Freins au suivi des propositions**

### **2.2.1. Les difficultés en lien avec le rôle de l'aidant :**

Les verbatims suivants sont issus des explications apportées par l'aidant lors du non suivi d'une proposition thérapeutique.

Lorsque les patients ne mettent pas en place les conseils de prévention des chutes : l'aidant a, dans la majorité des cas mentionné qu'il avait fait la démarche de mettre à disposition le matériel ou dispositif médical recommandé. *« je l'ai ai récupéré à la pharmacie [...]bah elle les met oui et non en faite parfois elle les retire au soir elle remarque après ou alors le matin l'infirmière passe qu'elle est déjà levée même des fois habillée. »*

L'aidant, en général un enfant, ne peut aller à l'encontre des choix de son parent. *« je peux pas là forcer à son âge ». « non ça elle les met pas [les bas de contention], bon elle a jamais aimé elle préfère des grosses chaussettes »*

*« Mais bon elle a ce qu'il faut parce que normalement elle a droit à deux paires par an euuuu donc voilà à la maison elle a ce qu'il faut mais bon les vieilles pantoufles tout ça, après je peux pas lui coller à ses pieds »*

De même pour l'intervention d'une infirmière à domicile, c'est l'aidant qui récupère l'ordonnance, contacte le professionnel de santé.

Même en cas de mise en place effective, parfois le patient n'adhère pas totalement. *« en faite elle a toujours refusé que quelqu'un vienne, là elle s'est retrouvé aux urgences bon pour sa chute parce que avant ça elle tombait pas on l'avait jamais retrouvé comme ça par terre donc... donc bon on était pas tranquilles. Elle accepte par la force des choses-là mais ça l'enchanté pas plus que ça »*

En cas de refus, l'aidant ne s'interpose pas et respecte le choix de son parent : *« ha non elle veut pas y aller ! l'infirmière a rappeler pour un RDV mais elle veut pas venir, elle dit qu'il n'y a pas besoin, je vous dis à vous elle ..elle dis oui mais en fait derrière elle dit que c'est pas la peine »*

*« je sais pas après moi je veux pas lui imposer »*

*« Oula je lui ai dis que j'allais venir là chercher mais elle n'était pas contente, non pas contente du tout »*

Certains aidants évoquent leurs difficultés au quotidien :

*« pour moi aussi c'est long mais ça elle se met jamais à ma place j'ai aussi des rendez-vous mais à force c'est normal enfin c'est les personnes âgées, après on lui doit bien ça c'est normal »*

*« ha je vous dis c'est pas tous les jours la joie enfin quand on en parle pas ça va mais elle a son caractère »*

### **2.2.2. Incompréhension entre la décision médicale de retour à domicile et les propositions thérapeutiques.**

Les verbatims suivants sont issus des explications apportées par l'aidant lors du non suivi d'une proposition thérapeutique.

Certains aidant expriment leur incompréhension concernant le bilan gériatrique et/ou la décision du retour à domicile.

*« je comprends pas pourquoi si elle a besoin pourquoi on l'a pas gardé quelques jours à l'hôpital pour là refaire bien marcher avant de rentrer donc si elle rentre c'est que ça va »*

D'autres aidants expriment leur incompréhension vis à vis des propositions thérapeutiques dans un contexte de chute sans conséquences nécessitant des ajustements thérapeutiques.

*« On ne préfère pas, ya son médecin qui passe tous les 3 mois et puis si j'ai besoin de le rappeler il revient mais il vient pour ses traitements, là elle a tombé bon y'a rien tant mieux et puis quand je lui en parle bon elle dit de pas l'embêter avec tout ça elle chute à son âge ça arrive. Le principal c'est qu'elle ai rien de cassé »*

Parfois les aidants n'expliquent pas les raisons du refus : *« en plus elle dit qu'elle est plus bonne à rien mais elle veut pas qu'on l'aide ».*

Ou refusent de modifier le plan d'aide *«Elle a pas besoin de personne en plus comme je vous dis moi j'y suis tout le temps».*

### 2.2.3. Le vécu de la chute

Du point de vue du patient, selon les propos des aidants, la chute est parfois banalisée

*« bon elle dit de pas l'embêter avec tout ça elle chute à son âge ça arrive ».*

Certaines patientes cachent à leur enfant qu'elles chutent : *« j'ai sû qu'elle était retombé mais qu'elle s'est pas fait mal, mais sinon si l'infirmier me le dis pas je le sait pas toujours », « Je savais que ça lui arrivait de temps en temps mais bon allez le démonter et c'était mon père qui s'en occupait quoi moi elle me disait non c'est pas vrai », « si jamais elle chute qu'elle se relève qu'elle a rien elle dira pas ».*

Pour la majorité des aidant, la chute est un sujet d'inquiétude : *« Nous ça va elle est pas retombé à chaque fois on s'inquiète quand c'est comme ça. »*

La crainte de la récurrence et des conséquences potentielles sur le plan fonctionnel : *« Oui en tout cas j'espère qu'elle retombera pas parce que elle a eu peur, et puis c'est dur de voir sa mère comme ça »*

*« c'est pas marrant de tomber comme ça »*

*« moi je ne veux pas là mettre en maison de retraite [...] parce que bon on lui en a parlé mais bon elle a commencé à pleurer elle veut rester à la maison et puis bon moi je peux pas là prendre chez moi »*

Voire de fatalité de la chute qui récidive quoi que l'aidant mette en place : *« je vais à droite à gauche je mets tout en place je reviens elle est par terre c'est pas que je baisse les bras je suis là mais je me dis aller encore une fois elle est tombée »*

*« maintenant on peut pas l'empêcher de tomber elle a l'idée de se lever seule pensant pouvoir le faire comme avant et puis voilà ».*

### 2.2.4. En lien avec le suivi gériatrique :

Pour les patientes qui se rendent en consultation gériatrique : le fait de se déplacer et/ou les difficultés motrices sont un frein. *«Elle voit pas l'intérêt ça va mieux et puis je pense qu'elle n'a pas envie d'y aller faut se déplacer c'est pas toujours évident ».*

*« oui bah c'est vrai que c'est toujours un peu compliqué maintenant de se déplacer à cet âge là on y est allé ensemble, pas en ambulance donc voilà c'est pas simple et ma mère n'a pas la notion d'urgences donc je suis toujours obligé de et puis bon elle marche donc ça va aussi mais c'est vrai que c'est pas toujours simple »*

Le réseau au domicile est confortable pour les patientes et les aidants.

Trois aidants déclarent que la patiente ne trouve pas d'intérêt à aller en consultation : *« En*

*fait elle ça l'a plutôt embêté qu'autre chose elle comprend pas elle dit que j'ai rien que je peux rentrer chez moi pourquoi on m'embête avec tout ça donc elle veut pas » l'idée de modifier le quotidien est difficile à accepter : « Non elle veut pas qu'on l'embête elle est bien chez elle et elle voit pas pourquoi faut toujours se déplacer pour redire la même chose c'est long, enfin moi je vous dis ce qu'elle me dit »*

### **2.2.5. Rôle du médecin traitant :**

Parfois le médecin traitant, qui reste le prescripteur principal et référent du patient ne juge pas utile la mise en place de séances de kinésithérapie : « Elle me disait que les kinés qui se déplacent à domicile il y'en avait très peu donc le médecin n'a pas fait les ordonnances, bah disons que là si vous voulez par rapport au fait qu'elle ne met pas bien les pieds non il n'a pas fait l'ordonnance mais c'est vrai que maman ne veut pas trop en entendre parler »  
«non ce sont les infirmiers qui font marcher au déambulateur mais ya pas de kiné non le médecin ne l'a pas prescrit ».

Concernant les autres propositions thérapeutiques, toutes les patientes ont été vues dans le mois suivant le passage aux urgences, contacté par l'aidant et à chaque fois qu'une modification de traitement a été proposée, elle a été suivie par le médecin traitant. « Oui, le médecin a refait l'ordonnance et c'est moi qui passe à la pharmacie et j'ai appelé l'infirmière maintenant elle donne les traitements »

### **2.2.6. La non retranscription des propositions thérapeutiques de la fiche d'évaluation gériatrique vers le compte-rendu des urgences.**

Par deux fois lors des entretiens, l'aidant signale la non retranscription du le compte-rendu des urgences. « ça n'apparaît pas sur le courrier...non je connais pas en plus ». Après lecture des comptes-rendus envoyés au patientes il s'avère que les propositions thérapeutiques n'y figuraient pas.

### **2.2.7. Avis de l'aidant sur l'évaluation gériatrique réalisée aux urgences**

Globalement, les aidants ont une bonne impression du bilan gériatrique qui selon les aidants sort du cadre des urgences au sens où l'aidant l'entendait.

*« on voit bien que c'est pas juste bon y'a rien de cassé vous pouvez repartir, hein tout de suite on nous explique et puis y'a l'infirmière qui est venue chez elle pour évaluer donc c'est un bon système [...] et puis là ils parlent de mettre en place une consultation une fois par an pour*

*suivre l'évolution »*

Certains expriment que d'un point de vue organisationnel le bilan gériatrique dans le service des urgences permet de faire le point durant la présence du patient dans le service.

*« pour nous ça va c'est adapté, après c'est bien de revoir les gens directement aux urgences, maintenant voilà un motif d'hospitalisation pour chute forcément vous allez plus loin »*

*« y'a une dame une assistante sociale qui m'a rappelé elle a pas mal de questions, après on m'a rappelé pour dire qu'elle revenait et puis elle a eu un bilan complet, donc euu je pense qu'elle reviendra on a toujours euu peur d'une mauvaise chute à son âge, enfin si on peut éviter »*

Certains aidants expriment que beaucoup de choses à mettre en place sont nécessaires mais leur incombent.

*« c'est bien tout ça par rapport par, rien qu'à ses traitements bon ça nous a permis voilà de voir et de montrer au médecin traitant lui il disait quand il prenait la tension quand il venait bon ça allait mais effectivement y'a des différences donc non non non on va dire que c'était un bien on va dire pour un mal »*

*« oui ça va alors gériatrique en faite on reçoit le courrier bien complet on voit que ... qu'elle a eu tous les examens pour être sûr qu'il n'y a rien de cassé mais oui après quand on voit qu'on peut mettre les infirmiers pour les bas, ... changer le traitement et puis ce qu'on s'était dit au téléphone c'est vrai que bon ya des choses à faire pour éviter»*

### **2.2.8. L'adhésion aux propositions thérapeutiques**

Les verbatims suivants sont issus des dires de l'aidant lors d'un suivi des propositions, si la plupart du temps les affirmations sont sans équivoques, parfois les propos sont plus nuancés, soit car les conseils de prévention des chutes ont mis un temps à être accepté par la patiente :

*« Elle dort en bas maintenant oui alors ça s'est pas fait de suite mais elle est retombé un peu après et donc j'en ai profité elle dit que c'est mieux mais je me demande si elle va pas en haut quand même parfois »*

Ou sont mises en place mais pas totalement acceptées par la patiente : *« oui le passage d'une infirmière à domicile, alors elle vient l'infirmière bon faut qu'elle accepte aussi, en fait elle a toujours refusé que quelqu'un vienne, [...] elle accepte par la force des choses là mais ça l'enchant pas plus que ça »* sur une situation ancrée d'un refus d'aide et de modifier ses habitudes de vie.



### 2.3. Objectifs secondaires :

Les aidants ont été interrogés sur le suivi des propositions thérapeutiques, les résultats sont représentés sous forme de diagrammes.

#### 2.3.1. Suivi des propositions thérapeutiques selon le type de proposition

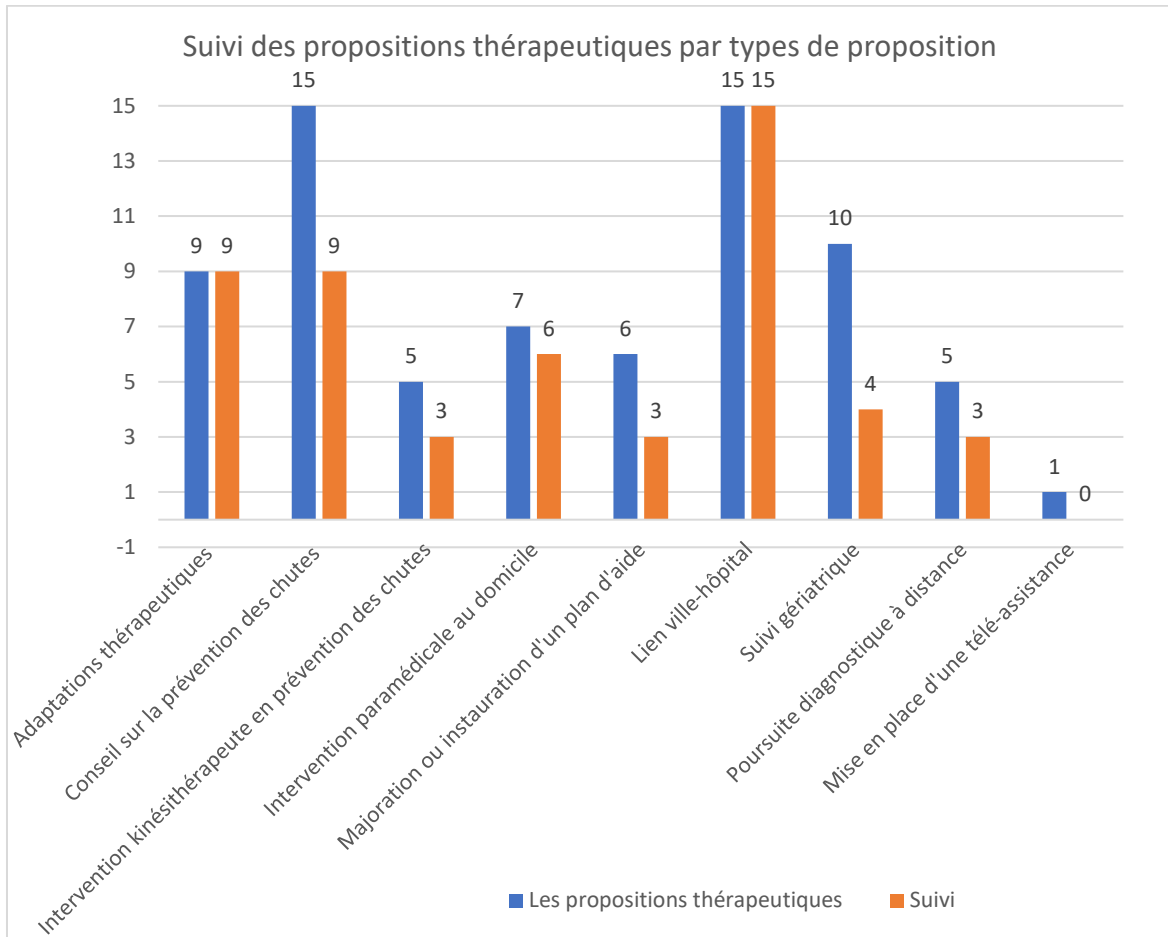


Figure 10 : Suivi des propositions thérapeutiques par type de propositions.

Légende : En bleu, rappel du nombre de proposition par type. En regard, représenté en orange, le nombre de propositions suivies 1 mois après le passage aux urgences par type.

Le taux de suivi moyen par type de propositions thérapeutiques est de 61,74%.

Le retour vers le médecin généraliste, représenté par l'item « Lien ville-hôpital » est systématiquement suivi et directement lié à l'item « adaptation thérapeutiques » puisque le médecin traitant est le prescripteur principal.

Le suivi gériatrique est suivi à 40% c'est donc le type de proposition thérapeutique le moins suivi.

La mise en place de la télé-assistance n'ayant été proposé qu'une fois sur l'échantillon, ce

résultat n'est pas significatif.

### 2.3.2. Suivi des propositions thérapeutiques par les patientes

Le tableau suivant représente les résultats ainsi que le taux de suivi des propositions par patientes, selon les déclarations des aidants 1 mois après le passage aux urgences.

N°	Age en années	Antécédent de chute	Environnement social		ADL /6	Facteurs de risques		Nombre de propositions		Récidive De chute	TOTAL Nombre de propositions suivies	% Suivi
			Vit seule ? Si non : avec qui ?	Indentification de l'aidant		Total de Facteurs prédisposants	Total de Facteurs					
1	90	oui	époux	Fille	5	10	1	6	+1 mois	oui	5	83,33 %
2	90	oui	filles	Fille	5	14	2	5		oui	4	80%
3	87	non	oui	Fils	6	9	1	4		non	4	100%
4	82	oui	oui	Fille	4,5	8	0	4		non	1	25%
5	86	oui	oui	Fille	3,5	11	2	4		non	4	100%
6	98	oui	oui	Fille	5,5	14	1	4		non	2	50%
7	91	oui	oui	Fille	3	13	0	5		non	5	100%
8	87	oui	oui	Amie	5	15	1	5		oui	3	60%
9	88	non	oui	Fils	5	13	1	7		non	4	57,40 %
10	90	oui	oui	Belle-fille	4	10	1	5		non	3	60%
11	87	oui	filles	Fille	3,5	11	2	5		non	1	20%
12	85	oui	filles	Fille	1,5	8	1	3		non	3	100%
13	96	oui	oui	Fille	2	7	2	3		non	3	100%
14	93	oui	oui	Petite fille	5,5	9	3	6		non	4,5	75%
15	85	oui	filles	Fille	3,5	12	3	7		non	4	57%
Total / moyenne	89	12	11	15	4,17	10,93	1,4	4,87		3	3,37	71,19%

Tableau 1 : tableau des résultats

En lien avec les objectifs secondaires, le but est de comparer deux profils.

On considère que les propositions thérapeutiques sont suivies lorsque 75% ou plus des propositions thérapeutiques sont mises en place ou en cours.

On considère que les propositions thérapeutiques ne sont pas suivies lorsque moins de 75 %

des propositions thérapeutiques sont refusées ou non mises en place.

53,33% des patientes ont suivi les recommandations contre 46,67% des patientes qui n'ont pas suivi les recommandations.

### 2.3.3. Caractéristiques et facteurs associées aux patientes qui suivent ou non les propositions thérapeutiques

Le tableau suivant permet de comparer les caractéristiques des patientes ayant suivi 75% ou plus des propositions avec les caractéristiques des patientes ayant suivi moins de 75% des propositions thérapeutiques. L'échantillon étant limité à 15 patientes, les données sont non paramétriques.

Les résultats moyens chiffrés sont représentés sur ce diagramme comparatif :

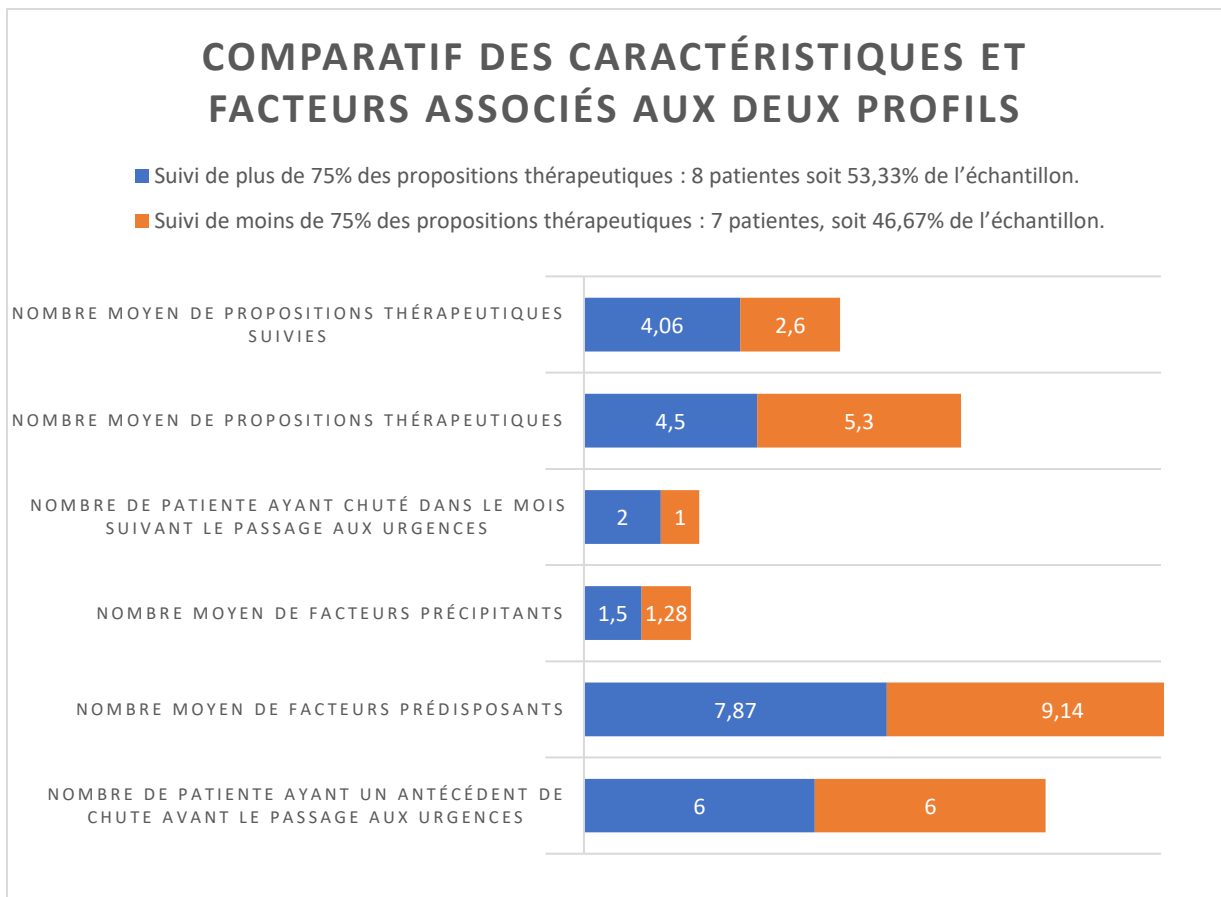


Figure 11 : Diagramme comparant les résultats moyens associés au suivi ou au non suivi des propositions thérapeutiques.

Ce graphique permet de mettre en évidence que les patientes qui ont suivi les recommandations ont un nombre moyen moindre de propositions thérapeutiques à mettre en place. Elles ont

également moins de facteurs précipitants et prédisposants en moyenne. En revanche, elles chutent plus dans le mois suivant le passage aux urgences.

La taille de l'échantillon d'étude ne permet pas de réaliser une analyse statistique et d'aboutir à une conclusion scientifiquement valide.

D'après le diagramme précédent, le groupe qui a suivi moins de 75% des propositions thérapeutiques a un nombre plus élevé de propositions thérapeutiques à mettre en place, et présente également plus de facteurs précipitants et prédisposants en moyenne.

## DISCUSSION

### 1. Les freins au suivi des propositions thérapeutiques de l'EMG

L'analyse qualitative a mis en évidence les raisons évoquées le plus fréquemment lors d'un non suivi.

L'analyse quantitative en lien avec les objectifs secondaires a mis en évidence que les propositions thérapeutiques les plus suivies sont en lien avec le retour vers le médecin traitant et la modification des thérapeutiques.

Le suivi gériatrique est la proposition thérapeutique la moins suivie.

Le faible échantillon n'a pas permis de réaliser une comparaison des deux profils par un test statistique, néanmoins le non suivi des propositions thérapeutiques semblerait être en lien avec un plus grand nombre de facteurs prédisposants et précipitants. De même un nombre élevé de plus de 5 propositions thérapeutiques à mettre en place pourrait être un frein au suivi de l'ensemble des recommandations émanant du bilan gériatrique.

#### 1.1. La place de l'aidant

L'aidant est défini comme « *une personne qui prodigue des soins non rémunérés à une autre personne souffrant d'une maladie chronique, d'un handicap ou ayant tout autre besoin de santé, et ce en dehors d'un contexte formel ou professionnel* » (Eurocarers, 2019)

Dans cette étude, les aidants ont dans la majorité des cas mis en place les éléments, le matériel, organisé les rendez-vous avec le médecin traitant, contacté les paramédicaux et donc facilité la mise en œuvre des propositions thérapeutiques, en cas d'un non suivi les aidants transmettent la non observance, expriment leurs difficultés sans pour autant interférer dans la décision du patient.

C'est là toute la place particulière de l'aidant, qui vient en soutien, accompagne au quotidien, prend en charge les choses diverses que la personne n'est plus en capacité de réaliser seule, sans que cela ne soit défini en termes de temps, d'investissement ni de durée puisqu'il s'agit d'une aide non professionnelle et généralement bénévole, souvent d'un enfant comme c'était le cas dans cette étude ou d'un proche membre de la famille, ami, voisin qui participe au maintien à domicile. Certains auteurs évoquent le « *Fardeau de l'aidant* » démontré dans plusieurs études. Des plateformes d'accompagnement et de répit sont destinés aux aidants, à l'origine créées pour aider les proches aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, elles ont étendue leurs missions auprès de proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie ou en

situation de handicap quel que soit l'âge. Les plateformes de répit peuvent proposer des formations, des groupes de parole, des temps de répit, des sorties afin de proposer aux proches aidants une aide personnalisée en lien avec les offres du territoire.

## **1.2. Refus de la part du patient**

Les aidants interrogés évoquent le refus de la part du patient, en lien avec une chute sans conséquences traumatique, une banalisation des causes de la chute voire une fatalité liée à l'âge. En effet, plusieurs patientes ne voient pas l'intérêt de mettre en place les propositions thérapeutiques en faisant le parallèle avec le fait que leur chute n'ait pas nécessité une hospitalisation.

L'incompréhension exprimée est majoritairement en lien avec le suivi gériatrique à mettre en place afin de compléter le bilan de chute à distance du passage aux urgences, ce qui nécessite de se déplacer.

Le fait de changer ses habitudes est décrit comme difficile comme la modification du plan d'aide ou l'apprentissage du déambulateur avec le kinésithérapeute ou encore les conseils en lien avec la prévention des chutes qui sont majoritairement environnementaux avec un chaussage inadapté.

Les difficultés organisationnelles, liées au déplacement, semblent plus incomber à l'aidant (prise du rendez-vous, appel de l'ambulance, organisation personnelle...).

En règle générale, les personnes âgées préfèrent leur routine quotidienne, c'est le cas pour la majorité de l'échantillon étudié, en effet certains aidants expliquent que pour leur parent, se déplacer en consultation gériatrique ou en hôpital de jour bouleverse complètement leur journée, peut être fatigant et pour s'éviter de casser cette routine quotidienne, ou par peur de se retrouver en difficultés la personne refuse de s'y rendre.

Cette notion de routine quotidienne est abordée dans un article qui s'intéresse au ressenti de la personne âgée concernant son propre vieillissement, si dès le plus jeune âge l'enfant met en place des routines essentielles à son développement, à l'âge adulte ces habitudes perdurent et sont utiles pour avoir des liens sociaux et faciliter le quotidien, en vieillissant la personne est de plus en plus attachée à cette « *routinisation du quotidien* ».

*« Comprendre les routines de la personne âgée, c'est aussi les considérer comme des signaux d'alerte possibles d'une vulnérabilité psychologique, qui peut être un trouble anxieux, lui-même éventuellement en lien avec l'émergence d'un trouble démentiel. Quand on sait l'importance qu'il y a à intervenir le plus tôt et le plus en amont possible dans le repérage et*

*la prise en charge des troubles de la vieillesse, ces comportements courants de la vie quotidienne ne sont certainement pas à négliger.* » BOUISSON Jean, « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation », *Retraite et société*, 2007/3 (n°52), p. 107-128.

### **1.3. Le relai des informations par l'équipe soignante**

Parfois, les propositions thérapeutiques de l'EMG n'ont pas été retranscrites sur le contre-rendu des urgences. Chaque intervenant participe à la prise en soins globale. L'urgentiste intègre l'évaluation gériatrique, mais également d'autres avis au besoin à son courrier de sortie. Les spécificités liées aux services des urgences peuvent également expliquer ces manquements. L'outil informatique se veut de plus en plus exhaustif pour limiter les oublis.

### **1.4. Le nombre de propositions thérapeutiques**

Dans le groupe de patientes ayant suivi les propositions thérapeutiques, le nombre moyen de propositions à mettre en place est moindre que dans le groupe des patientes qui ont suivi moins de 75% des propositions thérapeutiques.

Le nombre de propositions thérapeutiques à mettre en place qui implique des démarches à réaliser, un « coût » en lien avec l'acceptation, les modifications de comportement et d'habitudes pourrait être en soit un frein au suivi de l'ensemble des recommandations concluant le bilan gériatrique, cependant le faible échantillon d'étude ne permet de valider ou invalider scientifiquement cette tendance.

En lien avec les explications évoquées lors d'un non suivi, les raisons semblent très personnelles, liées à la situation du patient à un instant T. Certains freins peuvent être identifiés dès le passage aux urgences, en communiquant avec la personne ayant chuté et/ou avec l'aidant.

## **2. Forces de cette étude**

Il n'y a pas d'autre étude sur le Centre Hospitalier de Lens concernant les propositions thérapeutiques données par l'équipe mobile de gériatrie après une consultation aux urgences pour chute.

Cette étude mixte qualitative-quantitative est une force dans le sens où l'analyse qualitative par une enquête semi-structurée permet de recueillir le plus de réponses sans a priori, et en même temps d'avoir des données systématiques.

Le fait d'interroger les aidants s'inscrit dans la continuité de l'évaluation gériatrique et met en évidence leur implication et leur investissement auprès de la personne soignée. L'aidant s'est

exprimé lors d'un entretien téléphonique semi-dirigé et adapté selon les propositions thérapeutiques ce qui permet d'évaluer si les différentes propositions sont en place, en cours ou non mises en place, et de rechercher les raisons, les freins rencontrés par les patientes et aidants. Travailler à partir des raisons évoquées lors d'un non suivi des propositions thérapeutiques permet de faire émerger les freins au suivi et répondre à l'objectif principal.

### **3. Limites de cette étude :**

D'un point de vue général, le nombre de patients restreints constitue une limite. Cette étude est monocentrique, centrée sur un fonctionnement de l'EMG propre au CH de Lens.

L'étude a été réalisée en stage 2<sup>ème</sup> année de pratique avancée dans un temps imparti. La durée de stage était de 4 mois a limité la durée de recrutement.

Certains facteurs prédisposants n'ont pas été recherchés, par exemple le trouble de la sensibilité des membres inférieurs qui est décrit dans les recommandations HAS comme facteur prédisposant de la chute n'a pas été recherché lors des bilans gériatriques aux urgences et n'est donc pas inclus à l'étude.

En lien avec l'évaluation gériatrique aux urgences, l'environnement est peu propice, en effet les locaux, le matériel de déambulation, intimité du patient, la situation aigue ne sont pas adaptés à l'ensemble de l'évaluation. Par exemple le service des urgences n'est pas approprié à la réalisation d'un bilan cognitif, c'est pourquoi le recueil de données et la récupération des contre rendus médicaux est une source d'information indispensable, l'urgence étant de dépister le trouble confusionnel, l'évaluation cognitive est la plupart du temps programmée en hôpital de jour pour que le patient puisse bénéficier des examens complémentaires, ou en consultation gériatrique s'il a déjà bénéficié de l'HDJ.

Seul l'aidant principal est interrogé 1 mois après le passage aux urgences en lien avec le respect des lois encadrant les recherches impliquant la personne humaine. Le point de vue de l'aidant est donc au premier plan. Le recueil de l'accord de l'aidant est recherché pour être contacté 1 mois après le passage aux urgences, cela constitue un biais non négligeable.

L'absence d'un aidant clairement identifié fait partie des critères d'exclusion, ce travail ne traite donc pas des patients qui n'ont pas d'aidant. Dans ces situations l'équipe multidisciplinaire est confrontée à des difficultés supplémentaires, en premier lieu pour recueillir les informations médico-sociales du patient puis lors des soins et du devenir lorsque celui-ci n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Là encore le travail en réseau notamment avec les MAIA qui intégreront les DAC, avec le médecin traitant sont au premier plan.



#### 4. Axes d'amélioration et perspectives

Les freins au suivi des propositions thérapeutiques par les patients chuteurs ayant bénéficié de l'évaluation de l'EMG intervenant aux urgences étant identifiés après leur retour à domicile, les perspectives se tournent vers l'adhésion du sujet âgé chuteurs envers les propositions de l'EMG. La prise en soins globale peut être abordée au travers de différents travaux multidimensionnels issu de diverses spécialités qui aident à comprendre et accompagner les personnes âgées qui ne mettent pas en place les conseils de prévention des chutes.

Comment expliquer ce comportement ? Comment prendre en soins la personne qui ne met pas en place les conseils de prévention ?

L'enjeu est avant tout de comprendre pourquoi les recommandations en lien avec la prévention de la récurrence des chutes ne sont pas appliquées, parfois les raisons seront très organisationnelles, parfois le refus d'accepter de l'aide ou de modifier ses habitudes est plus enraciné et lié à de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques. Ensuite le but est de maintenir une alliance thérapeutique, de se fixer des objectifs réalisables pour minimiser le risque de récurrence de chute. L'aidant étant au premier plan, les réseaux de soutien aux aidants peuvent être sollicités. Enfin, la prévention étant multidisciplinaire, la sensibilisation de tous les acteurs de santé, notamment du médecin traitant à la problématique de la chute chez le sujet âgé.

##### 4.1. Apport de la psychologie de la santé

La psychologie de la santé est une spécialité en psychologie qui s'intéresse aux comportements des individus en matière de santé.

*« La psychologie de la santé propose une approche multifactorielle qui lui permet d'intégrer dans ses modèles des notions venues de disciplines voisines, en essayant de les mettre à l'épreuve des faits. À partir de modèles incluant des antécédents environnementaux et individuels, des processus transactionnels et diverses issues de santé ou de maladie, elle tente de comprendre quels sont les chemins menant les individus vers le meilleur état de santé (physique et mentale) possible ou vers le développement d'une pathologie. »* (BRUCHON-SCHWEITZER Marilou, SIKSOU Maryse, « La psychologie de la santé », *Le Journal des psychologues*, 2008/7 (n° 260), p. 28-32.)

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux comportements en matière de santé, selon Kasl & Cobb, (1966), il existe 3 types de comportements de santé :

- « *Maintenir une bonne santé* », par exemple : Ne pas fumer
- « *Remédier à la maladie*, par exemple » : Aller chez le médecin, consulter un spécialiste
- « *Aller mieux quand on est malade* », par exemple : Suivre son traitement, suivre des recommandations médicales.

Le modèle des croyances en matière de santé a été formulé pour comprendre et expliquer pourquoi les personnes suivent ou non un comportement associé à la prévention des maladies. Le but est d'avoir une vision globale du comportement, d'adapter, de personnaliser la prise en charge.

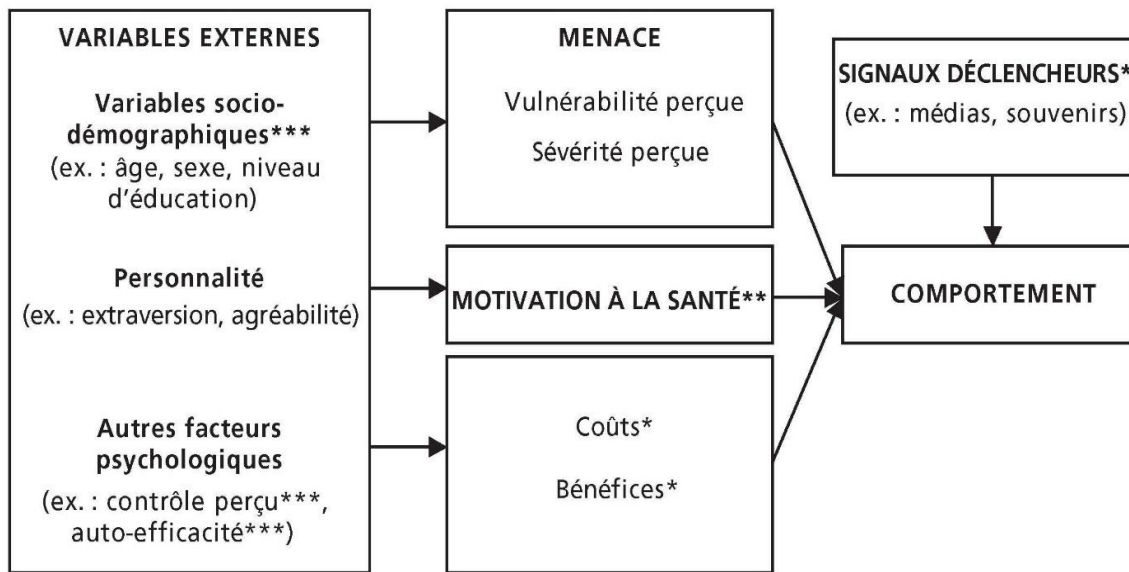


Figure 12 : Modèle des croyances en matière de santé (HBM, Rosenstock 1974)

En variables externes, le modèle fait référence aux autres facteurs psychologiques qu'il convient de définir grâce à la théorie de l'efficacité personnelle perçue ou l'auto-efficacité Bandura, 1986 est issue de la théorie socio-cognitive.

Selon Bandura, « *l'auto-efficacité se définit par les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir une tâche ou un ensemble de tâches, à mobiliser la motivation, les ressources cognitives et les comportements nécessaires pour exercer un contrôle sur les événements de la vie. Les succès répétés d'une performance ou d'un comportement, l'apprentissage par l'observation, la persuasion verbale, et l'éveil émotionnel (anxiété/stress versus plaisir/émotions positives) participent à renforcer le sentiment d'auto-efficacité* ».

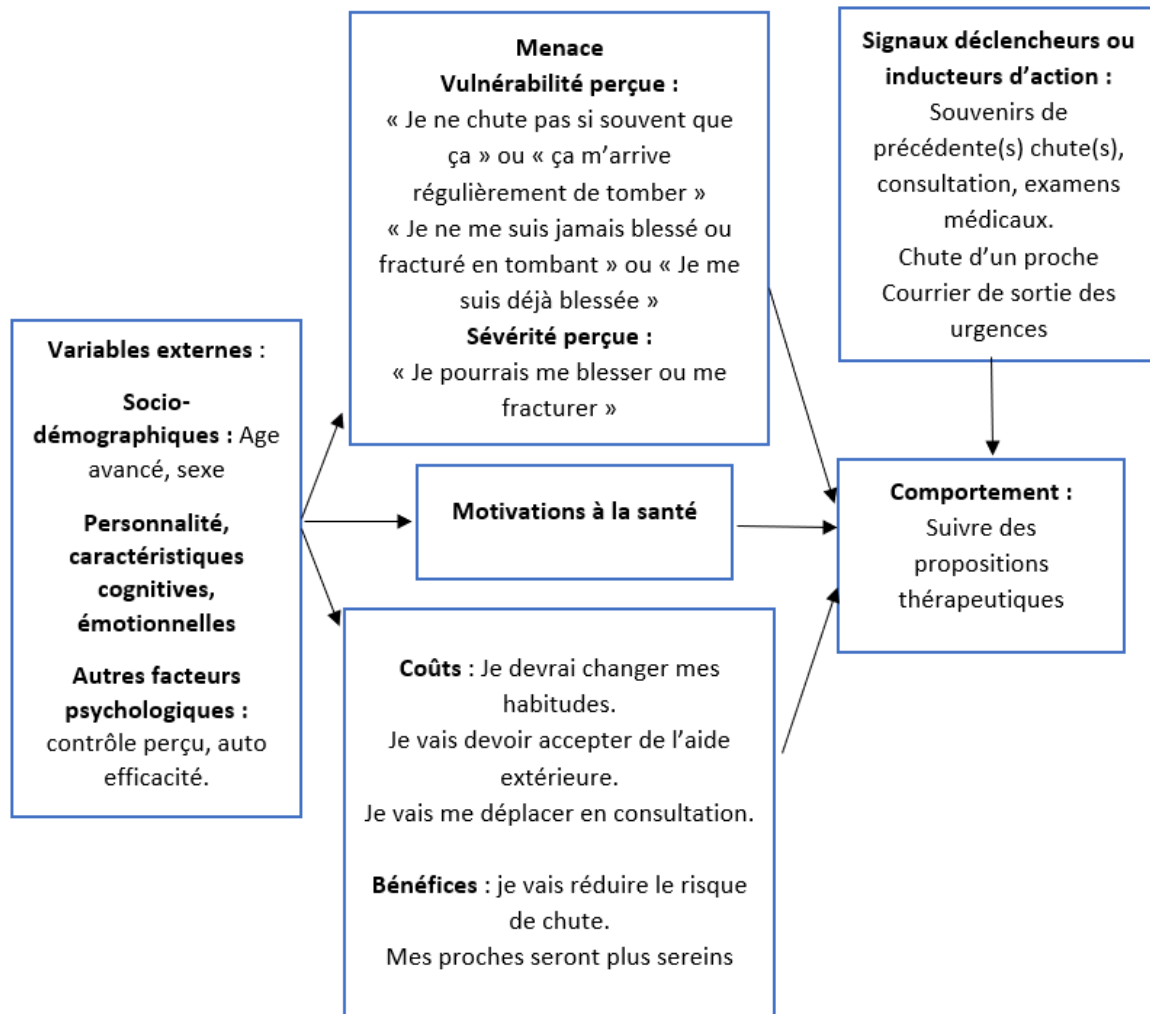
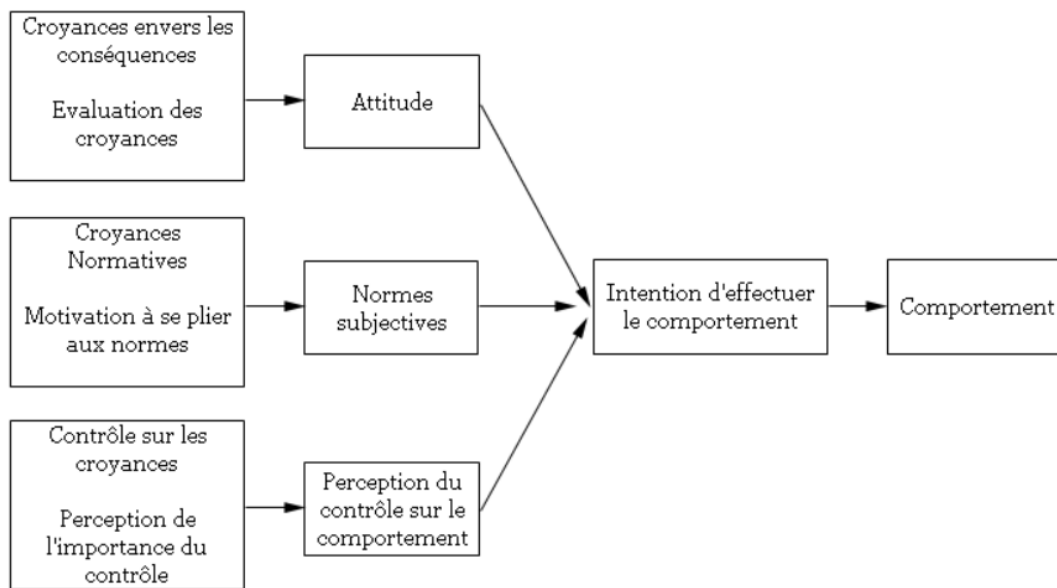


Figure 13 : Probabilité de suivre les propositions thérapeutiques en lien avec la prévention de la récurrence de chute, réalisé à partir du modèle HBM

Cependant ce modèle ne prend pas en compte les mécanismes émotionnels tel que le déni, l'évitement, et suppose que les actions se font de façon consciente et rationnelle. Si cet exemple met en lumière la perception de la menace, des coûts et bénéfices à la mise en place des propositions thérapeutiques, ce modèle ne prend pas en compte les facteurs de risques précipitants et prédisposants liés au risque de chute. D'autant plus s'il s'agit d'une personne âgée isolée, atteinte de troubles cognitifs ou autre pathologie pouvant influencer sur ses capacités de raisonnement ou de jugement.

D'autres théories et modèles s'intéressent aux comportements en santé, comme la Théorie de l'action planifiée (Ajzen, 1985 ; 1991) qui donne plus de poids à « *l'intention d'effectuer un comportement, à savoir la perception du contrôle sur le comportement (perceived behavioral control)* » l'idée étant de prendre en compte les capacités, ressources et opportunités disponibles

de la personne ainsi qu'à la perception de l'importance d'arriver à accomplir les résultats influencée par ses propres croyances.



*Théorie de l'action planifiée traduit du schéma de Dillon et Morris (1996)*

Figure 14 : Théorie de l'action planifiée.

Quel que soit le modèle, l'idée est de comprendre et d'expliquer un comportement lié à la santé et de prendre en compte le fait que tout comportement est influencé par des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui sont propres à la personne.

Le but de l'équipe multidisciplinaire sera de faire prendre conscience au patient et à son entourage des risques liés aux chutes, sans culpabiliser ou mettre en échec les actions de chacun.

#### **4.2. Apport des sciences infirmières :**

Walter Hesbeen, caractérise le soin infirmier comme : *« L'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne et à ses proches – ou à un groupe de personnes – en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide, les compétences et les qualités qui en font des professionnels infirmiers. Le soin s'inscrit ainsi dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières et les infirmiers font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes »*

Les sciences infirmières regroupent l'ensemble des modèles conceptuels en soins infirmiers qui font de l'exercice infirmier une pratique multidimensionnelle.

#### 4.2.1. L'adhésion thérapeutique

« L'obtention de l'adhésion thérapeutique est conditionnée à la volonté du patient de prendre en charge sa maladie et à l'approbation réfléchie du traitement qui lui est proposé. Le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère, cette adhésion se manifeste par un comportement d'observance. » (DEBOUT Christophe, « Adhésion thérapeutique », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition.* Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 50-53.)

Cette étude s'intéresse en objectif secondaire au suivi des propositions thérapeutiques suite à un passage aux urgences donc la conformité avec une ou plusieurs recommandations émanant d'une équipe de professionnels de santé, l'adhésion est supposée lorsque le patient, accompagné de son aidant met en place 75% ou plus de l'ensemble des propositions thérapeutiques dans le mois suivant le passage aux urgences. L'adhésion implique le fait d'une observance et d'un changement de comportement sur le long terme et implique le patient, son entourage et l'équipe multidisciplinaire.

#### 4.2.2. L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique implique la relation duale entre le patient et l'infirmière, « concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute et qu'elle se compose, au moins, de quatre aspects fondamentaux : la négociation : pour être d'accord sur le cadre thérapeutique ; la mutualité (pour agir de concert et se coordonner (de Roten, 2000) ; la confiance ; l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient) (Beitman et Klerman, 1991). » (MATEO Marie-Claude, « Alliance thérapeutique », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition.* Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 64-66.)

L'alliance thérapeutique implique d'être à l'écoute de la personne soignée, de faire preuve d'empathie et d'accepter la non observance d'une proposition thérapeutique soit le respect de ses choix et de son consentement, d'accompagner la personne, l'impliquer avec son entourage et lui proposer des objectifs atteignables via un plan de soins personnalisé.

### **4.3. L'apport de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences**

D'après la littérature, l'implantation des EMG dans les services d'urgences favorise la recherche des facteurs de risques tels que décrits dans les recommandations HAS « *Le recours à l'évaluation gériatrique est associé à une recherche plus exhaustive des facteurs de risque suggérant un bénéfice potentiel de la collaboration urgentistes-gériatres pour des actions de prévention.* » (Cabillic S, Dang VM, Ricard C, Picot F, Ageron FX, Couturier P. Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(4) :351-60 doi:10.1684/pnv.2013.0430).

Dans cette étude, la fiche d'évaluation gériatrique complétée dans le service des urgences du CH de Lens a servi de base et contenait toutes les données nécessaires à la description des caractéristiques de la population et à l'identification des facteurs de risques prédisposants et précipitants.

### **4.4. Apport de la pratique avancée**

La pratique avancée, introduite par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, vise à améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées par le décret de compétences de l'IPA. Le diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée, créé par le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 est accessible aux infirmiers après 3 ans d'exercice et 2ans d'études au grade Master.

L'Ordre National des Infirmiers (ONI) propose la définition suivante : « *L'infirmière de pratique avancée, est une infirmière experte, titulaire du master dédié. Après une expérience clinique, elle a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires aux prises de décisions complexes en autonomie dans son champ de compétence, avec la responsabilité de ces actes. L'infirmière de pratique avancée mobilise ses compétences cliniques pour poser des diagnostics permettant l'orientation thérapeutique et la réalisation des prescriptions adaptées aux patients. Elle développe son expertise fondée sur la recherche et les données probantes.* »

C'est au cours de ma deuxième année de pratique avancée que j'ai pu intégrer lors d'un stage l'EMG du CH de Lens. Aux urgences j'ai contribué à l'examen gériatrique et à la prévention des récurrences de chutes chez les patients âgés, en lien avec les 6 compétences de l'IPA telles que décrites dans le décret.

*« Compétence 1 : évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées*

*Compétence 2 : définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé*

*Compétence 3 : concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique*

*Compétence 4 : organiser les parcours de soins et de santé de patient en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés*

*Compétence 5 : mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique*

*Compétence 6 : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques »*

La contribution de l'IPA est globale : Sous protocole d'organisation, l'IPA peut, en autonomie prendre en soins les patients qui lui sont confiés, évaluer cliniquement l'état de santé et apporter un regard global de la personne afin de proposer des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. L'IPA coordonne ses actions et communique avec les différents acteurs afin d'organiser le parcours de soins.

L'évaluation clinique gériatrique du patient âgé chuteur et la prévention de la récurrence de chute illustre le rôle IPA puisqu'il s'agit d'une évaluation globale nécessitant une coordination du parcours de soins. L'IPA intervient auprès du patient et participe au repérage de la iatrogénie, au repérage des signes de fragilités dès les urgences, durant l'hospitalisation et prépare à la sortie, à l'intégration à la filière gériatrique et réseaux gériatriques.

L'IPA assure le relais, informe les patients et leur entourage en lien avec les risques liés aux chutes, aux conseils de prévention, accompagne les patients et aidants pour l'adaptation du plan d'aide en travaillant en collaborations avec les assistances sociales, les réseaux gériatriques, les réseaux destinés aux aidants... Liens avec l'équipe multidisciplinaire dont l'équipe soignante, le médecin traitant, le gériatre.

L'IPA peut assurer le suivi des patients après le passage aux urgences en consultation de prévention secondaire des chutes, accompagnement information et soutien aux aidants.

Elargir les partenaires du Centre hospitalier et du réseau gériatrique, en travaillant notamment avec le réseau ESPRAD (Equipe Spécialisée en Prévention et Réadaptation à Domicile) dont les missions sont de *« prévenir ou à limiter la perte d'autonomie en rapport avec des troubles posturo locomoteurs et/ou psychomoteurs, des données comportementales et des facteurs*

*situationnels particuliers.* » (Guide régional des ressources d'expertises et des coordinations – GRREC – Janvier 2020), ainsi que les dispositifs de soutien aux aidants.

En termes d'amélioration des pratiques professionnelles, l'IPA peut participer à étendre les évaluations gériatriques à un plus grand nombre de patient car tous les patients chuteurs ne bénéficient pas d'une évaluation gériatrique aux urgences. Un autre aspect en lien avec l'amélioration et la reconnaissance de la profession est la participation à la recherche.

Au-delà des savoir-faire, l'IPA fait preuve de savoir-être en lien avec les apports des sciences infirmières et les théories abordées lors du grade master tel que les modèles de comportement en santé pour tendre vers l'adhésion et l'alliance thérapeutique, en impliquant l'ensemble des acteurs de santé, le patient et son entourage.



## CONCLUSION

La chute du sujet âgé est un événement complexe, multifactoriel, relevant d'un enjeu de santé publique. Aux urgences, les admissions pour chute de personnes âgées sont fréquentes. C'est le cas aux urgences du CH de Lens où l'équipe mobile de gériatrie intervient sur demande de l'urgentiste. Après évaluation gériatrique et si la situation clinique le permet, les patients peuvent réintégrer leur domicile.

Pour cette étude monocentrique prospective, les aidants des 15 patientes qui ont réintégré leur domicile après un passage aux urgences pour chute du 15 novembre 2021 au 1<sup>er</sup> mars 2022 ont été interviewés sous forme d'entretien semi-dirigé 1 mois après le passage aux urgences.

L'analyse des caractéristiques de l'échantillon d'étude a mis en évidence qu'en moyenne, les patientes cumulent 8,4 facteurs de risque prédisposants et 1,4 facteurs de risques précipitants à la chute. En moyenne, l'EMG a établi 4,9 propositions thérapeutiques par patientes, dont 3,4 étaient suivies en moyenne. 53,33% des patientes ont suivi plus de 75% des propositions thérapeutiques. En cas de non suivi, le principal frein mis en évidence est le refus de la patiente, par incompréhension des propositions thérapeutiques à mettre en place alors que la chute était sans conséquence, en lien avec une difficulté à changer ses habitudes, ou une banalisation du caractère inéluctable de la chute souvent mis sur le compte de l'âge. Les aidants sont présents pour mettre en œuvre les propositions thérapeutiques de toute nature, en général ils ne s'opposent pas en cas de refus de leur parent.

Le type de proposition le plus suivi est en lien avec le retour vers le médecin traitant et la modification du traitement, le moins suivi est la mise en place d'un suivi gériatrique en lien avec des difficultés ou un refus de se déplacer. Le non suivi des propositions thérapeutiques semblerait être en lien avec un nombre plus élevé de facteurs prédisposants et précipitants. De même le nombre de propositions thérapeutiques à mettre en place pourrait être en lien avec suivi global des recommandations émanant du bilan gériatrique.

La prévention de la récurrence de la chute relève d'une prise en soins pluriprofessionnelle et multidimensionnelle. L'équipe gériatrique aux urgences permet de mettre en place les évaluations telles que recommandées par l'HAS autour de la recherche des facteurs de risques. L'enjeu majeur réside dans l'accompagnement du patient chuteur et de son aidant via l'intégration à la filière gériatrique. La contribution de l'Infirmier(e) en Pratique Avancée par une approche globale, facilitant le relai des informations entre les professionnels de santé, les patients et leur entourage s'inscrit dans la prise en soins des patients chuteurs.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **REFERENTIELS DE BONNES PRATIQUES**

-Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Direction Générale de la Santé Direction Générale de l'Action Sociale Société Française de Gériatrie et Gérontologie, octobre 2007.

-HAS. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Société française de gériatrie et gérontologie, Avril 2009.

-HAS, Orthogériatrie et fracture de la hanche, points clé organisation des parcours, juin 2017.  
-Recommandations pour la pratique clinique Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée Fiche de synthèse Novembre 2005 SFDRMG - HAS (Service des recommandations professionnelles).

-François Baudier, Christine Ferron, Bernard Petit. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile - Référentiel de bonnes pratiques Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité sous la direction de Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin, Direction de la collection Philippe Lamoureux Édition Vincent Fournier, mai 2005.

-Note méthodologique et de synthèse documentaire Orthogériatrie et fracture de la hanche juin 2017.

-Fiche de Bonne Pratique & Bon Usage Commission Gériatrie Validation Comité stratégique : OMÉDIT : Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques, Juin 2019

- Plan antichute des personnes âgées, dossier de presse, Edition : Ministère chargé de l'Autonomie – Mise en page : Parimage/Dicom des ministères sociaux – Février 2022

- Pr François PUISIEUX – Praticien hospitalier au CHU de Lille, MOOC CHUTE 3 Evaluation multidisciplinaire du risque de chute, 2018

### **SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE**

-INSERM. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Paris : Inserm; 2015. (Collection Expertise collective).

-LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES // EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF FALLS IN THE ELDERLY Bertrand Thélot (bertrand.thelot@santepubliquefrance.fr), Linda Lasbeur, Gaëlle Pédrone Santé publique France, Saint-Maurice, France Soumis le 03.03.2017.

-Santé publique France / Chutes des personnes âgées à domicile : Caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute, Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom, 2018.

-Bertrand Thélot, Linda Lasbeur, Gaëlle Pédroneo., La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées, Santé publique France (2017).

## **LIVRES**

-Fernand Gallienne. Prévenir la chute de la personne âgée. Une approche pluridisciplinaire, Collectif, 2000

-Hesbeen W, Prendre soin à l'hôpital - Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris, France : Masson. 2005

-Puisieux, F. (2012). Le livre de l'interne en gériatrie. Paris : Lavoisier

-Allier J. La fragilité en pratique clinique, l'Harmattan, 2013

-Collège National des Enseignants de Gériatrie ENSEIGNEMENT DU 2EME CYCLE  
POLYCOPIE NATIONAL

-Formarier & Jovic, L. Les concepts en sciences infirmières (2ème édition). Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 2012

## **CHAPITRES DE LIVRES**

-DEBOUT Christophe, « Adhésion thérapeutique », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition*. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 50-53. DOI : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0050. URL : <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/--9782953331134-page-50.htm>

-MATEO Marie-Claude, « Alliance thérapeutique », dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition*. Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, « Hors collection », 2012, p. 64-66. DOI : 10.3917/arsi.forma.2012.01.0064. URL : <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/--9782953331134-page-64.htm>

## **ARTICLES**

-Charpigny M, Hemaïdi D., Réflexion sur la place de l'IPA dans un service d'accueil des urgences et en soins primaires, Revue de la Pratique avancée - Vol. I - n° 1 - octobre-novembre-décembre 2020,

-Puisieux F, gériatre au CHU de Lille : « Les psychotropes sont les premiers responsables des chutes chez les personnes âgées » Rédigé par La SFGG Publié le jeudi 27 juin 2019

-FOURNIER P, « La collaboration ville-hôpital, de la filière au réseau gérontologique : éviter une hospitalisation non justifiée ou réussir une sortie difficile », *Gérontologie et société*, 2002/1

(vol. 25 / n° 100), p. 131-147. DOI : 10.3917/gs.100.0131. URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-1-page-131.htm>

-Sandrine Cabillic, Van Mo Dang, Cécile Ricard, Françoise Picot, François-Xavier Ageron, Pascal Couturier. Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2013;11(4):351-360. doi:10.1684/pnv.2013.0430

-Cabillic S, Dang VM, Ricard C, Picot F, Ageron FX, Couturier P. Qualité de la prise en charge aux urgences des patients âgés chuteurs. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(4) :351-60 doi:10.1684/pnv.2013.0430

-Bloem BR, Boers I, Cramer M, Westendorp RG, Gerschlager W. Falls in the elderly. I. Identification of risk factors. *Wien Klin Wochenschr*. 2001 May;113(10) 352-362. PMID: 11432124.

-BOUISSON J, « Vieillissement, vulnérabilité perçue et routinisation », *Retraite et société*, 2007/3 (n°52), p. 107-128. DOI : 10.3917/rs.052.0107. URL : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2007-3-page-107.htm>

-Claire CHAMPEIX, chargée de mission eurocarers, Eurocarers, association européenne au service des aidant-e-s Hommes & Libertés N° 175 u Septembre 2016, p55

-Christophe E. Graf , Thierry Chevalley , François P. Sarasin, Evaluation gériatrique aux urgences : boîte à outils pour les nuls, *Revue médicale Suisse*, 350 Médecine d'urgence, 15 août 2012.

-Marie Paule Schneider , Lilli Herzig , Denise Hugentobler Hampai , Olivier Bugnon, Adhésion thérapeutique du patient chronique : des concepts à la prise en charge ambulatoire, *Revue médicale Suisse*, 386 Médecine et durabilité, 15 mai 2013.

## **TEXTES OFFICIELS**

-Conseil national de l'ordre des infirmiers Position adoptée par le Conseil national le 6 avril 2017. infirmière de Pratique avancée Février 2017.

-Circulaire DHOS/02 n° 2002-157 du 18 mars 2002 et Circulaire DHOS/02 n° 2007- 117 du 28 mars 2007 relatives à la filière de soins gériatrique ; [www.santé-gouv.fr](http://www.santé-gouv.fr)

## **SITES INTERNET**

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

<http://www-sante.ujf->

[grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/geria/vieillissement/62/lecon62.html](http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/geria/vieillissement/62/lecon62.html)

<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/plan-antichute-des-personnes-agees?s=08>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>  
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/dispositif-dhebergement-temporaire-en-ehpad-en-sortie-dhospitalisation>  
<https://www.santelog.com/actualites/hospitalisation-en-urgence-et-acceleration-du-declin-cognitif-chez-le-patient-age>  
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/plan-antichute-des-personnes-agees-la-contribution-de-sante-publique-france-au-dispositif#:~:text=formulaire%20ci%2Ddessous-.Plan%20antichute%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%203A%20la%20contribution%20de%20Sant%C3%A9%20publique,les%20chutes%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.>

### **THESES :**

- Astrid LIMENTOUR, Chute chez la personne âgée : description de la population de 75 ans et plus prise en charge pour chute dans le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Roubaix et étude des facteurs de risque de réadmission pour ce motif, THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE, UNIVERSITE DE LILLE FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG Année : 2019, 55pages

- LE GALL Pauline, ANALYSE DU PARCOURS DE SOINS GERIATRIQUES : COMMENT L'AMELIORER POUR DIMINUER LES CONSULTATIONS AUX URGENCES ? Analyse rétrospective descriptive du 1er mars 2016 au 28 février 2017 dans la ville d'Evreux, THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE, ANNEE 2018, FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN, 73 pages.

- Mélanie MUSY, Evaluation du bilan de chute réalisé aux urgences de Pellegrin chez les patients de plus de 75 ans, avant et après formation des professionnels médicaux, Thèse pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE, Année : 2016, Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES, 76 pages.

- Lucille MATHIEU, SUIVI DES PROPOSITIONS DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE CHEZ LES PATIENTS AGÉS CHUTEURS AUX URGENCES DE L'HÔPITAL SAINT PHILIBERT, THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE, Année : 2017, UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2 FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG, 80 pages.

## **TABLE DES MATIERES**

### **REMERCIEMENTS**

### **LISTE DES ABREVIATIONS**

### **INTRODUCTION GENERALE**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1. Contexte.....	1
2. Chutes de la personne âgée.....	1
2.1. Définition.....	1
2.2. Les facteurs de risque de chute.....	2
Figure 1 : Modélisation du risque de chute selon le modèle 1+2+3 de Bouchon	
2.3. Les conséquences.....	3
2.4. Enjeux .....	4
2.5. Prévention de la récurrence des chutes.....	4
3. L'évaluation gériatrique standardisée.....	4
3.1. Le bilan de chute.....	4
3.2. Evaluation de l'autonomie en évaluation gériatrique standardisée.....	5
3.3. L'examen physique en évaluation gériatrique standardisé.....	6
4. L'Equipe Mobile de Gériatrie au Centre Hospitalier de Lens.....	7
5. La filière gériatrique articulée autour du CH de LENS.....	9
6. Problématique de l'étude.....	10
7. Objectifs de l'étude.....	11

### **MATERIEL ET METHODE.....12**

1. Type d'étude.....	12
2. Population d'étude.....	12
3. Déroulement de l'étude .....	12
Figure 2 : déroulement de l'étude.	
4. Recueil des données.....	14
5. Comité d'éthique.....	15
6. Analyse des résultats .....	15

<b>RESULTATS.....</b>	<b>16</b>
1. Analyse des résultats.....	16
1.1. Recrutement des patients.....	16
Figure 3 : Diagramme de flux	
1.2. Caractéristiques de l'échantillon d'étude.....	17
1.2.1. Plan d'aide et autonomie.....	17
Figure 4 : Représentation des aides au domicile pour l'échantillon étudié.	
1.2.2. Antécédents et traitements.....	18
Figure 5 : Représentation des antécédents de l'échantillon étudié	
Figure 6 : Représentation du traitement de l'échantillon étudié	
1.2.3. Les facteurs prédisposants de chute .....	19
Figure 7 : Nombre de patientes par facteurs prédisposant.	
1.2.4. Les facteurs de risques précipitants de chute de l'échantillon.....	20
Figure 8 : Nombre de patientes par facteurs précipitants de chute.	
1.3. Caractéristiques des propositions thérapeutiques.....	21
Figure 9 : Nombre de propositions thérapeutiques par type pour l'échantillon étudié.	
2. Analyse des résultats à 1 mois post passage aux urgences.....	21
2.1. Caractéristiques de la population d'étude.....	22
2.2. Objectif principal : Freins au suivi des propositions.....	22
2.2.1. Les difficultés en lien avec le rôle de l'aidant .....	22
2.2.2. Incompréhension entre la décision médicale de retour à domicile et les propositions thérapeutiques.....	23
2.2.3. Le vécu de la chute.....	24
2.2.4. En lien avec le suivi gériatrique.....	24
2.2.5. Rôle du médecin traitant.....	25
2.2.6. La non retranscription des propositions thérapeutiques de la fiche d'évaluation gériatrique vers le compte-rendu des urgences.....	25
2.2.7. Avis de l'aidant sur l'évaluation gériatrique réalisée aux urgences.....	25
2.2.8. L'adhésion aux propositions thérapeutiques.....	26
2.3. Objectifs secondaires.....	27
2.3.1. Suivi des propositions thérapeutiques selon le type de proposition.....	27

Figure 10 : Suivi des propositions thérapeutiques par type de propositions.	
2.3.2. Suivi des propositions thérapeutiques par les patientes.....	28
Tableau 1 : Tableau des résultats	
2.3.3. Caractéristiques et facteurs associées aux patientes qui suivent ou non les propositions thérapeutiques.....	29
Figure 11 : Diagramme comparant les résultats moyens associés au suivi ou au non suivi des propositions thérapeutiques.	

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
1. Les freins au suivi des propositions thérapeutiques de l'EMG.....	31
1.1 La place de l'aidant.....	31
1.2 Refus de la part du patient.....	32
1.3 Le relai des informations par l'équipe soignante.....	33
1.4 Le nombre de propositions thérapeutiques.....	33
2. Forces .....	33
3. Limites.....	34
4. Axes d'amélioration et perspectives.....	35
4.1 Apport de la psychologie de la santé.....	35

Figure 12 : Modèle des croyances en matière de santé (*HBM, Rosenstock 1974*)

Figure 13 : Probabilité de suivre les propositions thérapeutiques en lien avec la prévention de la récurrence de chute, réalisé à partir du modèle HBM

Figure 14 : Théorie de l'action planifiée.

4.2 Apport des sciences infirmières.....	38
4.2.1 L'adhésion thérapeutique.....	39
4.2.2 L'alliance thérapeutique.....	39
4.3 L'apport de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences.....	40
4.4 Apport de la pratique avancée.....	40

## CONCLUSION

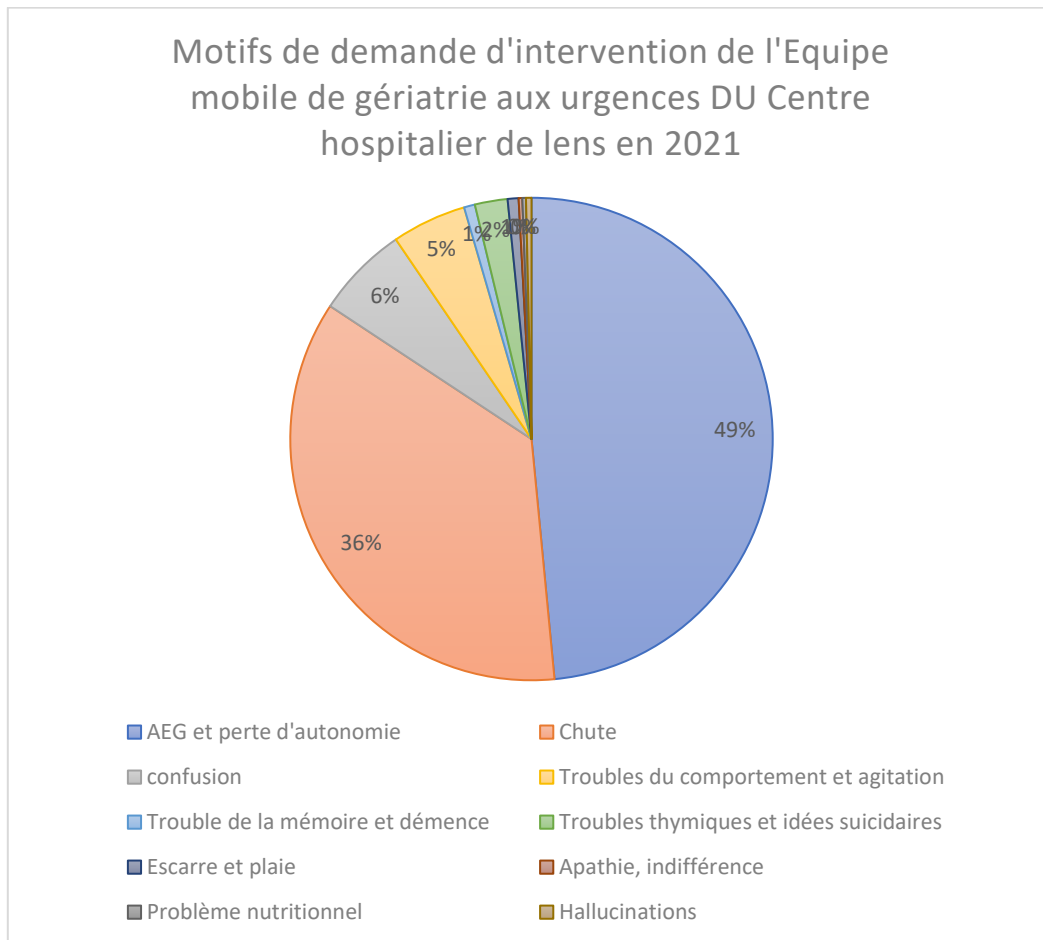
## BIBLIOGRAPHIE

## ANNEXES



## ANNEXES

### Annexe 1 : Motifs de demande d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie aux urgences du Centre Hospitalier de Lens en 2021.



Motif principal d'admission par ordre décroissant :

AEG et perte d'autonomie : 49%

Le motif « AEG et perte d'autonomie » est coché pour maintien à domicile impossible, perte d'autonomie, AEG, ou symptôme non gériatrique : dyspnée, anémie ou tout symptôme pouvant engendrer une perte d'autonomie et justifier la demande d'évaluation gériatrique.

Chutes : 36%

Confusion : 6%

Troubles du comportement et agitation : 5%

Troubles thymiques et idées suicidaires : 2%

Troubles de la mémoire et démence : moins de 1%

Douleur : moins de 0,5%

Hallucination : moins de 0,5%

Apathie, indifférence : 0,1%

Problèmes nutritionnels : 0,1%

## Annexe 2 : Fiche de synthèse de l'évaluation gériatrique aux urgences Re

<b>ETIQUETTE</b>	<h1>Equipe Mobile de Gériatrie</h1> <h2>Synthèse de l'évaluation aux Urgences</h2>				
Date: <input type="checkbox"/> Connu de l'EMG cette année	Médecin: Assistante Sociale:				
Lieu d'évaluation: <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Lourd <input type="checkbox"/> Filière <input type="checkbox"/> UHCD	Date d'entrée dans le service:				
Motif d'admission:					
<b>Situation Sociale</b>					
<input type="checkbox"/> Domicile individuel: <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec quelqu'un:					
<input type="checkbox"/> Foyer Logement	Entourage social:				
<input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> UVA <input type="checkbox"/> UHR					
<b>Autonomie habituelle</b>					
Mobilité:	Toilette/Habillage:				
Courses:	Administratif:				
Plan d'aide:	Alimentation:				
	Traitement:				
	Ménage:				
	Continence:				
<input type="checkbox"/> Protection juridique:	Matériel: <input type="checkbox"/> Lit Médicalisé <input type="checkbox"/> Chaise percée <input type="checkbox"/> Télé-alarme				
<b>Situation médicale habituelle</b>					
Antécédents:	<input type="checkbox"/> Néoplasie évolutive	<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Diabète	
	<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer ou apparentés	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (cl créatinine <30 ml / min)	<input type="checkbox"/> Maladie psychiatrique (dépression, psychose)	
Autres antécédents significatifs:					
<b>Traitement habituel</b>		<input type="checkbox"/> 0 à 5	<input type="checkbox"/> 6 à 10	<input type="checkbox"/> 11 à 15	<input type="checkbox"/> plus de 15
Médicaments potentiellement inappropriés:			Modifications récentes:		
<b>Examen clinique Gériatrique</b>					
Mobilisation: <input type="checkbox"/> Rupture par rapport à l'état antérieur					
Cognitif: <input type="checkbox"/> Rupture par rapport à l'état antérieur					
Autre:					

**Annexe 3 : Fiche de synthèse de l'évaluation gériatrique aux urgences. Verso**

**Synthèse Gériatrique**

Proposition d'orientation					
<input type="checkbox"/> <b>Sortie</b>		<input type="checkbox"/> Modification du plan d'aide		<input type="checkbox"/> HAD	
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation</b>	<input type="checkbox"/> MCO non gériatrique:		<input type="checkbox"/> Chirurgie:	<input type="checkbox"/> SSR	
<input type="checkbox"/> UGC CH Lens	<input type="checkbox"/> CSG CH Hénin Beaumont	<input type="checkbox"/> CSG Polyclinique de Riaumont		<input type="checkbox"/> Autre:	<input type="checkbox"/> CSG hors CHL sollicité
				<input type="checkbox"/> Accord	<input type="checkbox"/> Refus
<input type="checkbox"/> Proposition d'orientation suivie			<input type="checkbox"/> Orientation finale si proposition non suivie:		

Commentaires:

**Proposition thérapeutiques**

<input type="checkbox"/> <b>Suivi gériatrique proposé</b>			
<input type="checkbox"/> HDJ (objectif):	<input type="checkbox"/> Consultation	<input type="checkbox"/> Réseau Vie L'Age	<input type="checkbox"/> EMG
Date de sortie d'hospitalisation:		Réhospitalisation à 30 jours: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## Annexe 4 : Guide d'entretien

1- Au moment du RAD : rappel de la personne contactée (aidant principal) pour prévenir du retour avec des préconisations personnalisées, et formulation de la demande pour intégrer l'étude :

« Je suis infirmière et dans le cadre de mes études en pratique avancée je réalise un travail sur les patients chuteurs, seriez-vous d'accord pour que je vous recontacte dans un mois afin de faire le point sur l'état global de Mr, Mame en lien avec le passage aux urgences ? »

2- Formulation de l'entretien semi-dirigé 1 mois post urgences : L'entretien s'adapte selon les propositions personnalisées lors de l'examen gériatrique.

« Bonjour madame, monsieur, je vous recontacte comme convenu au sujet de Mr Mame... dans le cadre de la chute survenue il y a un mois. Je vous ai contacté lors du passage aux urgences et je me permets de revenir vers vous. Je suis infirmière et je réalise une recherche dans le cadre de mes études de pratique avancée, les données sont anonymisées pour l'enquête. Acceptez-vous que notre entretien soit enregistré ?

- Depuis le passage aux urgences : le(a) patient(e) a-t-il(elle) rechuté ? si oui combien de fois ? dans quelles circonstances ?

- Avez-vous pris connaissance du compte rendu des urgences ?

Propositions thérapeutiques :	Question de l'entretien
Lien ville-hôpital	Le médecin est-il au courant du passage aux urgences ? a-t-il revu Mr, Mame depuis ?
Adaptations thérapeutiques	Le traitement a-t-il été modifié après le passage aux urgences ?
Conseil sur la prévention des chutes Propositions thérapeutiques	Des conseils de la part de l'équipe de gériatrie ont été formulés pour la prévention des chutes, avez-vous pu les mettre en place ? <i>Lister les propositions thérapeutiques mentionnées sur la fiche d'évaluation gériatrique aux urgences</i>
Intervention kinésithérapeute en prévention des chutes	Est-ce que le kinésithérapeute vient à domicile ?
Intervention paramédicale au domicile	Est-ce que l'IDE passe au domicile depuis le passage aux urgences ?
Majoration ou instauration du plan d'aide en lien avec l'APA	Le plan d'aide a-t-il été modifié depuis le passage aux urgences ?
Suivi gériatrique en consultation ou réseau « vie l'âge »	Le réseau « vie l'âge » est-il intervenu au domicile ? ou Une date de passage est-elle prévue pour le passage du réseau à domicile ? Une consultation gériatrique a-t-elle eu lieu ? ou une date de consultation est-elle fixée ?
Poursuite diagnostique à distance en HDJ	L'HDJ a-t-il eu lieu ? Un rendez-vous de consultation ou d'HDJ est-il prévu ?
Mise en place d'une télé-assistance ou télé-alarme	Un télé-alarme a-t-elle été mis en place depuis le passage aux urgences ?
Evaluation globale	Que pensez vous de l'examen gériatrique réalisé aux urgences ?

Merci d'avoir répondu à cette enquête. »

**Annexe 5 : Tableaux contenant les verbatims des entretiens :**

Question de l'entretien	Verbatims	Thématiques
<p>Depuis le passage aux urgences : le(a) patient(e) a-t-il(elle) rechuté ? si oui combien de fois ? dans quelles circonstances ?</p>	<p>Réponses positives</p>	
	<p>(15) « Oui elle est retombée elle est repassée aux urgences mais a Liévin j'ai appelé les pompiers voilà j'étais pas partie longtemps mais elle a chuté et de là les pompiers ont dit Liévin »</p> <p>(2) « Oui, alors au début je l'ai pas su, mais en faite mon père est, .... il a l'HAD qui passe et c'est comme ça que j'ai sû qu'elle était retombé mais qu'elle s'est pas fait mal, mais sinon si l'infirmier me le dis pas je le sait pas toujours »</p> <p>(2) Et puis parfois elle voit, elle voit pas le danger non plus, elle a rechuté après ... si c'est ça si elle est retombé ... c'est vrai on se rend compte que c'est dur maintenant.</p> <p>(2) je pense qu'elle reviendra [aux urgences] on a toujours eu peur d'une mauvaise chute à son âge, enfin si on peut éviter</p> <p>(1) «Oui oui tout à fait il y avait pas mal de bah oui c'est vrai que les chutes. Je savais que ça lui arrivait de temps en temps mais bon allez le démonter et c'était mon père qui s'en occupait quoi moi elle me disait non c'est pas vrai. Et là depuis je me rends bien compte que si c'est compliqué elle chute »</p>	
	<p>Réponses négatives</p>	
	<p>(13) « Non du tout ça va bien elle a pas rechuté parce que quand elle est venue début janvier c'était sa 2ème chute »</p> <p>(10) «Non pas du tout elle a été vue par le néphrologue et son cardiologue la semaine dernière, bon le cardio c'était prévu déjà depuis un moment, le bilan rénal est stable à 18 de créat et donc c'est stable et elle mange bien y'a juste un petit déficit en fer que nous traitons par tardyferon »</p> <p>(5) « non non pas retombé ça va de ce côté-là c'est-à-dire qu'on va pas s'en plaindre on aime pas qu'elle passe par les urgences »</p> <p>(6) « Non mais En plus elle aime pas aller à l'hôpital bon on comprend donc elle va pas dire si jamais elle chute qu'elle se relève qu'elle a rien elle dira pas, si on la retrouve par terre forcément là elle a pas le choix »</p>	

<p>Avez-vous pris connaissance du compte rendu des urgences ?</p>	<p>Réponses positives</p> <p>(15) « oui oui je lis toujours les courriers médicaux »</p> <p>(14) « Oui oui très clair ça nous a permis de mettre pas mal de choses en place, bon là elle a un peu peur de remarcher mais on essaye de lui expliquer que bah avec les cachets et tout bon ça va mieux »</p> <p>(2) « Oui j'ai lu, je l'ai montré au médecin, enfin il était prêt quand quand le médecin est venu donc il l'a vu. »</p> <p>Réponses négatives</p>	<p>Tous les aidants interrogés ont pris connaissance du compte-rendu des urgences.</p>
<p>Le médecin est-il au courant du passage aux urgences ? a-t-il revu Mr, Mame depuis ?</p>	<p>Réponses positives</p> <p>(15) « Oui il est venu »</p> <p>(10) « oui il l'a revu dans le cadre de son renouvellement de traitements et il a vu le compte rendu de... des urgences »</p> <p>(5) « Euu il euu non j'ai du retourner au cabinet médical j'ai du courir là bas pour lui montrer le courrier euu médical mais après il est repassé parceque l'infirmière là rapellé pour une poussée de tension »</p> <p>(4) « Oui oui je l'ai appelé le jour où elle est rentrée de l'hôpital »</p> <p>Réponses négatives</p>	<p>Tous les patients ont été revu dans le mois suivant le passage aux urgences, toujours sur demande de l'aidant principal.</p> <p>Action de l'aidant qui contacte ou se déplace au cabinet médical.</p>
<p>Le traitement a-t-il été modifié après le passage aux urgences ?</p>	<p>Réponses positives</p> <p>(15) « bon il a pas complètement arrêté le traitement en tout cas il diminue avant de l'arrêter »</p> <p>(14) « oui elle avait des cachets pour la tension et même si la tension était basse bah forcément ça allait pas donc tout est acté avec le médecin traitant »</p> <p>(12) « oui son médecin traitant a refait une ordonnance »</p> <p>(10) « oui l'amlor il a été arrêté justement par le cardiologue on l'a arrêté et il a mis du discotrine pour éviter les OAP mais la tension elle est entre 11 et 12 je suis infirmière donc je là surveille »</p> <p>(9) « le médecin est passé il a changé des traitements »</p> <p>(2) « Oui, le médecin a refait l'ordonnance et c'est moi »</p>	<p>A chaque fois modification de traitement a été proposée, elle a été suivie par le médecin traitant</p>

	<p>qui passe à la pharmacie et j'ai appelé l'infirmière maintenant elle donne les traitements »</p>	
	Réponses négatives	
<p>Des conseils de la part de l'équipe de gériatrie ont été formulés pour la prévention des chutes, avez-vous pu les mettre en place ? <i>Lister les propositions thérapeutiques mentionnées sur la fiche d'évaluation gériatrique aux urgences</i></p>	Réponses positives	<p>Pour les patients ayant suivi les conseils de prévention des chutes, l'aidant est à l'origine du changement : demande d'ordonnance au médecin traitant, passage en pharmacie.</p> <p>Les aidants ne peuvent pas tout contrôler</p>
	<p>(15) « oui ce sont donc les infirmiers qui mettent les bas donc pas de problèmes c'est fait »</p> <p>(13) « maintenant elle utilise une nouvelle canne donc je l'ai achetée à la pharmacie avec vous savez les 3 embouts anti dérapant »</p> <p>(7) « on a aussi changé les chaussures parce que à un moment donné le pied il avait gonflé tout ça et puis au bout d'un moment elle pouvait porter que ça et là ça va mieux »</p> <p>(5) « oui mais vous savez elle est têtue elle se lève en pleine nuit pour aller aux toilettes alors qu'elle a la chaise percée à côté du lit mais elle allume pas la lumière donc c'est par rapport à ça aussi les chutes »</p> <p>(1) « Alors oui elle les met je lui en ai achetée des fermées »</p> <p>(1) « Elle dort en bas maintenant oui alors ça s'est pas fait de suite mais elle est retombé un peu après et donc j'en ai profité elle dit que c'est mieux mais je me demande si elle va pas en haut quand même parfois »</p>	
	Réponses négatives	
	<p>(15) « non ce sont les infirmiers qui font marcher au déambulateur mais ya pas de kiné non le médecin ne l'a pas prescrit »</p> <p>(14) « non ça elle les met pas, bon elle a jamais aimé elle préfère des grosses chaussettes mais bon elle a des massages au jambe tout ça mais voilà elle supporte pas en faite »</p> <p>(14) « mais bon forte tête comme elle est faut toujours lui dire, et puis la maison est toute petite c'est très bien ya juste le nécessaire et puis moi j'habite à côté donc j'y passe tous les jours » (14) « et puis ses pantoufles usagées elle a glissé deux fois quand même mais là avec ça ça va mieux donc tout est rentré dans l'ordre si je peux m'exprimer comme ça »</p> <p>(11) « non je vois pas en faite moi j'habite à côté je suis toujours là tous les jours et si elle veut pas je peux pas là</p>	
		<p>Lorsque les patients ne mettent pas en place les conseils de prévention des chutes : l'aidant a la plupart du temps fait la démarche de mettre à disposition le matériel ou dispositif médical recommandé. L'aidant, en général un enfant, ne peut aller à l'encontre des choix de son parent.</p>

	<p>forcer à son âge »</p> <p>(10) « Utilise t'elle le déambulateur pour ses déplacements ? -bon ça elle l'oublie, il est dispo toujours mais elle s'accroche aux meubles »</p> <p>(8) « Elle ne supporte pas ses bas de contention et pour les mettre et les retirer c'est compliqué » (8) « Et pour les chaussures elle en a elle les mets pas, toujours ses chaussons y'a rien à faire »</p> <p>(6) « Les chaussures elle veut pas elle a dû mal à se chausser alors elle est bien dans celles qu'elles a »</p> <p>(4) « oui elle en a mais comment dire elle arrive pas à les enfiler, elle a du mal à se baisser donc elle arrive pas à les mettre, elle a du mal à les mettre et puis donc elle a ses petites mulles qu'elle avait le jour de l'hôpital. Mais bon elle a ce qu'il faut parce que normalement elle a droit à deux paires par an euuuu donc voilà à la maison elle a ce qu'il faut mais bon les vieilles pantoufles tout ça, après je peux pas lui coller à ses pieds »</p> <p>(2) « Oui je crois c'est des bas oui après elle les retire le soir mais parfois elle les a pas toujours, je l'ai ai récupéré à la pharmacie [...]bah elle les met oui et non en faite parfois elle les retire au soir elle remarque après ou alors le matin l'infirmière passe qu'elle est déjà levée même des fois habillée. »</p>	<p>Difficultés à modifier ses habitudes</p>
<p>Est-ce que le kinésithérapeute vient à domicile ?</p>	<p>Réponses positives</p> <p>(8) « oui oui tout à fait donc ça été commencé bah suite à la chute donc bon ça avait l'air d'aller le kiné avait l'air de dire que ça va »</p> <p>(6) « Oui le kiné vient ça se passe bien »</p> <p>(5) « Oui, on a changé hein parce que celle qui venait avant elle mettait de la crème bon elle là faisait pas marcher »</p> <p>Réponses négatives</p> <p>(4) « ha non, j'étais pas au courant non, j'ai déjà demandé au médecin si justement il aurait pas pu faire une ordonnance parce que elle marche plus beaucoup donc le médecin il a dit que bon c'est vrai c'est l'hiver tout ça donc euu il fait froid donc eu voilà quoi mais après là je dois le rappeler normalement parce que il va chez elle tous les 3 mois pour son traitement, et là je vais lui redire, tout en sachant que moi entre deux je là fait marcher aussi mais ça n'a pas été remis sur le contre rendu des urgences »</p>	<p>Le kiné est contacté par l'aidant pour la mise en place des séances.</p> <p><u>Retranscription médicale</u> : Problème de transmission, de retranscription des propositions thérapeutiques de la fiche d'évaluation</p>



	<p>(1) « Non justement je parlais du kiné avec le médecin. Elle me disait que les kinés qui se déplacent à domicile il y'en avait très peu donc le médecin n'a pas fait les ordonnances, bah disons que là si vous voulez par rapport au fait qu'elle ne met pas bien les pieds non il n'a pas fait l'ordonnance mais c'est vrai que maman ne veut pas trop en entendre parler »</p>	<p>gériatrique vers le compte rendu des urgences.</p> <p><u>Rôle du médecin traitant</u> : Parfois médecin traitant qui ne juge pas utile la mise en place de séances de kinésithérapie.</p>
<p>Est-ce que l'IDE passe au domicile depuis le passage aux urgences ?</p>	<p>Réponses positives</p>	<p><u>Rôle de l'aidant</u> C'est l'aidant qui récupère l'ordonnance, contacte un IDEL (Infirmier à domicile libéral)</p> <p>Même en cas de mise en place effective, parfois le patient n'adhère pas totalement.</p>
	<p>(14) « oui alors ça c'est acté l'infirmier passe tous les jours matin et soir pour contrôler parce que des fois elle fait des baisses de tension »</p> <p>(9) « oui le passage d'une infirmière à domicile, alors elle vient l'infirmière bon faut qu'elle accepte aussi, en faite elle a toujours refusé que quelqu'un vienne, là elle s'est retrouvé aux urgences bon pour sa chute parce que avant ça elle tombait pas on l'avait jamais retrouvé comme ça par terre donc... donc bon on était pas tranquilles. elle accepte par la force des choses là mais ça l'enchant pas plus que ça »</p>	
	<p>Réponses négatives</p>	
<p>Le plan d'aide à t'il été modifié depuis le passage aux urgences ?</p>	<p>Réponses positives</p>	<p>Refus d'aide</p>
	<p>Réponses négatives</p>	
	<p>(11) « Elle a pas besoin de personnes en plus comme je vous dis moi j'y suis tout le temps »</p> <p>(9) « Non elle veut pas, en faite ça a toujours été, je sais pas mais pour moi elle a peur qu'on la place ou autre, on en avait parlé de ça la dernière fois, elle souhaite rester chez elle et elle refusera de toute façon on y pense pas hein maintenant mais comme ça devient, ...ça prend du temps parfois on peut pas décrocher quoi faut y aller alors c'est ma mère bien sûr j'y vais mais c'est vrai qu'on peut pas dire de partir ou quoi »</p>	
<p>Le réseau « vie l'âge » est-il intervenu au domicile ? ou Une date de passage est-</p>	<p>Réponses positives</p>	<p>Pour les patientes qui se rendent en consultation gériatrique : parfois</p>
	<p>(13) « oui au mois de juin prochain soit doit être le 22 juin oui »</p>	
	<p>(8) « Oui c'est prévu ça y'a pas de problèmes »</p>	

<p>elle prévue pour le passage du réseau à domicile ?</p> <p>Une consultation gériatrique a-t-elle eu lieu ? ou une date de consultation est-elle fixée ?</p>	<p>(7) « oui bah c'est vrai que c'est toujours un peu compliqué maintenant de se déplacer à cet âge là on y est allé ensemble, pas en ambulance donc voilà c'est pas simple et ma mère n'a pas la notion d'urgences donc je suis toujours obligé de et puis bon elle marche donc ça va aussi mais c'est vrai que c'est pas toujours simple »</p> <p>(5) « oui bah ça va là elle est allé passé sa consultation en gériatrie »</p> <p>(3) « oui je l'ai ai contacté tout de suite en faite, euuu alors très bien on a parlé de du quotidien en faite donc ils sont passés là »</p> <p>Réponses négatives</p> <p>(14) « Non du tout pas encore je n'ai eu aucune nouvelles »</p> <p>(11) « On ne préfère pas, ya son médecin qui passe tous les 3 mois et puis si j'ai besoin de le rappeler il revient mais il vient pour ses traitements, là elle a tombé bon y'a rien tant mieux et puis quand je lui en parle bon elle dit de pas l'embêter avec tout ça elle chute à son âge ça arrive. Le principal c'est qu'elle ai rien de cassé »</p> <p>(9) « bah .... En faite elle ça l'a plutôt embêté qu'autre chose elle comprend pas elle dit qi j'ai rien que je peux rentrer chez moi pourquoi on m'embête avec tout ça donc elle veut pas</p> <p>(10) « ha je sais pas ça n'apparait pas sur le courrier...- non je connais pas en plus »</p> <p>(8) « Elle voit pas l'intérêt ça va mieux et puis je pense qu'elle n'a pas envie d'y aller faut se déplacer c'est pas toujours évident »</p> <p>(6) « Non elle veut pas qu'on l'embête elle est bien chez elle et elle voit pas pourquoi faut toujours se déplacer pour redire la même chose c'est long, enfin moi je vous dis ce qu'elle me dit »</p>	<p>les difficultés motrices sont un frein. Le réseau au domicile est confortable pour les patientes et les aidants.</p> <p>Aidant et patiente qui ne ressent pas le besoin ou ne voit pas l'intérêt.</p> <p><u>Incompréhension</u> Ne voit pas l'intérêt</p> <p>Non retranscription du le compte-rendu des urgences.</p>
<p>L'HDJ a-t-il eu lieu ? Un rendez-vous de consultation ou d'HDJ est-il prévu ?</p>	<p>Réponses positives</p> <p>(1)« Oula je lui ai dis que j'allais venir là chercher mais elle n'était pas contente, non pas contente du tout elle a dit que de toute façon il faut qu'on s'occupe des gens malades et pas des gens qui n'ont rien, au final ça s'est bien passé mais alors vers 16h ça y'est elle voulait partir et rentrer chez elle »</p> <p>Réponses négatives</p>	<p>Même chez un patiente qui se rend en HGJ gériatrique, adhésion difficile, inconfort, ne souhaite pas quitter son domicile une</p>

	<p>(10) « là pour l'instant le médecin traitant n'en parle pas du tout, elle a c'est vrai quelques problèmes de mémoire mais voilà »</p> <p>(9) « -ha non elle veut pas y aller ! l'infirmière a rappeler pour un RDV mais elle veut pas venir, elle dit qu'il n'y a pas besoin, je vous dis à vous elle ..elle dis oui mais en faite derrière elle dit que c'est pas la peine »</p> <p>(4) « je sais pas après moi je veux pas lui imposer »</p>	<p>journée.</p> <p>Patiente qui ne ressent pas le besoin.</p> <p>Aidant qui ne s'interpose pas face au refus de la patiente.</p>
Un télé-alarme a-t-elle été mis en place depuis le passage aux urgences ?	Réponses positives	
	Réponses négatives	
	<p>(15) ha non elle en a pas pourquoi ?</p> <p>(15)« non mais là elle en a pas je suis là je travaille mais je reviens tous les midi et le soir je suis là »</p>	Aidant ressent pas la nécessité.
Que pensez vous de l'examen gériatrique réalisé aux urgences ?	<p>(15) « euh bah oui ça va alors gériatrique en faite on reçoit le courrier bien complet on voit que ... qu'elle a eu tous les examens pour être sûr qu'il n'y a rien de cassé mais oui après quand on voit qu'on peut mettre les infirmiers pour les bas,... changer le traitement et puis ce qu'on s'était dit au téléphone c'est vrai que bon ya des choses à faire pour éviter maintenant on peut pas l'empêcher de tomber elle a l'idée de se lever seule pensant pouvoir le faire comme avant et puis voilà. ...Après refaire le point comme ça c'est bien parce que tout mettre en place le médecin il fait les prescriptions mais de là je vais à droite à gauche je mets tout en place je reviens elle est par terre c'est pas que je baisse les bras je suis là mais je me dis aller encore une fois elle est tombée... »</p> <p>(14) « c'est bien tout ça par rapport par , rien qu'à ses traitements bon ça nous a permis voilà de voir et de montrer au médecin traitant lui il disait quand il prenait la tension quand il venait bon ça allait mais effectivement y'a des différences donc non non non on va dire que c'était un bien on va dire pour un mal</p> <p>(11) « Alors avec vous elle va dire oui oui mais faut voir avec moi elle dit laisse moi tranquille donc j'insiste pas»</p> <p>(10) « pour nous ça va c'est adapté, après c'est bien de revoir les gens directement aux urgences, maintenant voilà un motif d'hospitalisation pour chute forcément vous allez plus loin c'est bien. Nous ça va elle est pas retombé à chaque fois on s'inquiète quand c'est comme ça. »</p>	<p>Beaucoup de choses à mettre en place qui incombent à l'aidant.</p> <p>Fatalité face à la chute et à sa récurrence.</p> <p>Souffrance de l'aidant.</p> <p>Besoin d'information d'explication, d'accompagnement pour la mise en place des aides.</p> <p>Bilan gériatrique : bien vu par l'aidant qui le voit comme un récapitulatif des aides à mettre en place ainsi que du suivi.</p>

	<p>(9) « Et puis on est rappelé tout ça vous prenez le temps là de m'expliquer non ça ça va mais je sais pas en plus elle dis qu'elle est plus bonne à rien mais elle veut pas qu'on l'aide, enfin moi si mais pas voilà pas quelqu'un comme une aide soignante, heureusement elle se débrouille un peu quand même elle s'habille tout ça et puis nous on ramène à manger, on lui fait ses soupe »  (9) « ha je vous dis c'est pas tous les jours la joie enfin quand on en parle pas ça va mais elle a son caractère »</p> <p>(8) « Pour nous ça va, on était soulagé qu'elle ai rien de grave, c'est pas marrant de tomber comme ça...avec ses vertiges même si elle se débrouille pas trop mal, peut être trop bien vu qu'elle veut en faire qu'à sa tête...après elle est pas contre voir le gériatre pour ça ça va»</p> <p>(2) « on préfère éviter forcément, mais je vois y'a une dame une assistante sociale qui m'a rappelé elle a pas mal de questions, après on m'a rappelé pour dire qu'elle revenait et puis elle a eu un bilan complet, donc eeu je pense qu'elle reviendra on a toujours eeu peur d'une mauvaise chute à son âge, enfin si on peut éviter »</p> <p>(4) « Oui en tout cas j'espère qu'elle retombera pas parce que elle a eu peur, et puis c'est dur de voir sa mère comme ça avant qu'elle était active et tout mais là elle se sent déjà rabaissé d'avoir de l'aide au ménage donc je vais lui parler mais voilà je jour où elle est prête voilà je contacte, après avec le covid c'est compliqué ça repousse beaucoup de choses. »</p> <p>(5) « moi je ne veux pas là mettre en maison de retraite -oui d'accord  -parce que bon on lui en a parlé mais bon elle a commencé à pleurer elle veut rester à la maison et puis bon moi je peux pas là prendre chez moi »</p> <p>(3) « C'est qu'elle a peur de retomber elle fait moins de choses, mais oui on passe on est là elle sait et puis elle a sa télé alarme depuis un moment ça là rassure bah c'est comme ça qu'elle est venue aux urgences, elle est tombée, elle avait mal aux genoux elle pouvait plus appuyer dessus et puis voilà...mais on voit bien que c'est pas juste bon y'a rien de cassé vous pouvez repartir, hein tout de suite on nous explique et puis y'a l'infirmière qui est venue chez elle pour évaluer donc c'est un bon système [...] et puis là ils parlent de mettre</p>	<p>Reconnaissance de l'aidant du bilan gériatrique et du temps consacré.</p> <p>Fardeau de l'aidant Place, rôle de l'aidant</p> <p>Crainte de la chute et de la récidence, en lien avec les éventuelles conséquences traumatiques.</p> <p>Crainte du devenir avec diminution autonomie</p> <p>Bilan gériatrique qui sort du cadre des urgences au sens où l'aidant l'entendait.</p> <p>Parfois avis plus nuancé mais bien accepté.</p> <p>Incompréhension</p>
--	--	---

	<p>en place une consultation une fois par an pour suivre l'évolution et vraiment bien gentils tout ça on peut les recontacter donc tout va bien. »</p> <p>(7) « alors après je suis pas forcément d'accord avec un arrêt de l'anticoagulant donc voilà mais sinon j'ai trouvé ça bien qu'elle soit vue, qu'on donne des idées, j'étais avec le docteur gériatre au téléphone, c'est vrai que c'était assez rapide bon il devait être occupé mais c'était net concis fin je veut dire on a appuyé sur les différents problèmes, les points à voir et ma mère est sortie j'avais eu j'avais je savais où il fallait aller »</p> <p>(11) « je comprend pas pourquoi si elle a besoin pourquoi on l'a pas gardé quelques jours à l'hôpital pour là refaire bien marcher avant de rentrer donc si elle rentre c'est que ça va »</p>	<p>du bilan gériatrique et de la décision du retour à domicile. Incompréhension de l'aidant sur les propositions thérapeutiques dans un contexte de chute sans conséquences.</p>
--	--	--

## Annexe 6 : tableaux des résultats de l'étude

### Annexe 6.1 : caractéristiques de la population d'étude

N°	Age	sexe	Antécédents									Nombre de traitement	Antécédent de chute	Mode de vie	Aidant	Aides professionnelles	ADL /6
			Troubles cognitifs	Neurologiques.	Cardiologiques.	Respiratoires.	Psychiatriques.	Diabète	Cancer	Pathologie aigue							
1	90	F	probables	non	oui	non	non	non	non	non	non	3	oui	époux	oui	non	5
2	90	F	non	non	oui	non	non	non	non	non	non	6	oui	fille	oui	non	5
3	87	F	oui	non	oui	non	non	oui	non	non	non	5	non	seule	oui	non	6
4	82	F	oui	non	oui	non	non	oui	non	non	non	6	oui	Seule	oui	ménage	4,5
5	86	F	oui	non	oui	non	oui	non	non	non	non	8	oui	seule	oui	ménage + livraison repas	3,5
6	98	F	non	non	oui	non	non	non	oui	non	non	7	oui	seule	oui	ménage	5,5
7	91	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	8	oui	seule	oui	Auxiliaire de vie x3/j + repas + ménage	3
8	87	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	6	oui	seule	oui	non	5
9	88	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	5	non	seule	oui	ménage	5
10	90	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	11	oui	seule	oui	ménage	4
11	87	F	oui	non	oui	non	oui	oui	non	Infection urinaire	non	11	oui	fille	oui	non (famille)	3,5
12	85	F	non	oui	oui	non	non	non	non	non	non	4	oui	fille	oui	auxi x2/j + ménage	1,5
13	96	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	5	oui	seule	oui	auxi x3/j + ménage	2
14	93	F	oui	non	oui	non	non	non	non	non	non	7	oui	seule	oui	non	5,5
15	85	F	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	non	9	oui	fille	oui	IDE 1/J toilette	3,5
Total / moyenne	89	F	12	1	15	0	3	3	2	1	6,73	12	11	15			4,17

## Annexe 6.2 : Facteurs prédisposants de chute de la population d'étude

N°	facteurs prédisposants (FP)																	TOTAL FP	
	80 +	Sexe féminin	Antécédent de fracture	Plus de 4 traitements	Diurétiques	psychotropes	Digoxine	antiarythmique classe 1	Antiarythmique autre	Anticoagulant	Antihypertenseur	Trouble de la marche	Baisse force musculaire	Arthrose	Anomalie des pieds	Diminution vision	Dépression		Déclin cognitif
1	1	1							1			1	1	1	1	1	1	1	10
2	1	1	1	1	1	1			1		1	1	1	1	1	1		1	14
3	1	1		1	1					1	1	1			1			1	9
4	1	1		1								1	1	1	1			1	8
5	1	1		1		2						1	1	1	1	1		1	11
6	1	1	1	1		2			1	1		1	1	1	1	1		1	14
7	1	1		1	1					1	2	1	1	1	1	1		1	13
8	1	1		1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
9	1	1	1	1						1	2	1	1	1		1	1	1	13
10	1	1		1	1					2		1	1			1		1	10
11	1	1		1		3				1		1	1				1	1	11
12	1	1					1			1	1	1	1		1				8
13	1	1								1	2					1		1	7
14	1	1		1	1	1						1	1	1	1				9
15	1	1		1		1					2	1	1	1		1	1	1	12
Total / moyenne	15	15	3	12	6	11	1	0	3	10	12	14	13	10	10	10	5	12	10,93

### Annexe 6.3 : Facteurs précipitants de chute de la population d'étude

N°	facteurs précipitants (FP)					TOTAL FP
	Cardio- vasculaires	Neurologiques	Vestibulaire	Métabolique	Environnementaux	
1					étage	1
2	RHO +					2
3					Matériel déambulation	1
4						0
5	RHO+				Chaussage	2
6					Chaussage	1
7						0
8					Chaussage	1
9			x			1
10					Glissé	1
11			x		Chaussage	2
12	bradycardie					1
13					Chaussage + canne	2
14	RHO +		x	hyponatrémie		3
15	RHO +		x		Chaussage	3
Total / moyenne	5		4	1	7Chaussage 2 matériel	1,4



## Annexe 6.4 : Propositions thérapeutiques

N°	propositions EMG									TOTAL
	Modification du traitement	HDJ	Conseils prévention des chutes (environnement, chaussage)	Mise en place de kinésithérapie	Intervention paramédicale au domicile	Majoration aides domicile	Lien ville- hôpital	Suivi gériatrique cs ou réseau	Téléalarme	PROPOSITIONS
1	Non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non mais vit avec époux	6
2	Oui	non	oui	non	oui	oui	oui	non	non	5
3	Oui	non	oui	non	non	non	oui	oui	déjà en place	4
4	Non	oui	oui	oui	non	non	oui	non	déjà en place	4
5	Non	non	oui	oui	non	non	oui	oui	déjà en place	4
6	Non	non	oui	oui	non	non	oui	oui	déjà en place	4
7	Oui	non	oui	oui	oui	non	oui	oui	déjà en place	5
8	Oui	non	oui	non	non	oui	oui	oui	déjà en place	5
9	Oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	non refus	7
10	Oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui	déjà en place	5
11	Non	non	oui	non	oui	OUI	oui	OUI	non	5
12	Oui	non	oui	non	non	non	oui	non	déjà en place	3
13	Non	non	oui	non	oui	non	oui	déjà connue	déjà en place	3
14	Oui	non	oui	non	oui	oui	oui	oui	déjà en place	6
15	Oui	déjà eu	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	7
Total / moyenne	9	5	15	5	7	6	15	10	1	4,8

**Annexe 6.5 : Récidive de chute, suivi des propositions thérapeutiques 1 mois post passage aux urgences et durée des entretiens.**

N°	Récidive de chute	Suivi des propositions EMG									TOTAL SUIVI	%	Durée entretien
		Modification du traitement	HDJ	Conseils prévention des chutes (environnement, chaussage)	Mise en place de kinésithérapie	Intervention paramédicale au domicile	Majoration aides domicile	Lien ville- hôpital	Suivi gériatrique cs ou réseau	Téléalarme			
1	oui		prévu	oui	non	oui	en cours	oui			5	83,33%	15min26
2	oui	oui		non		oui	oui	oui			4	80%	8min05
3	non	oui		oui				oui	oui		4	100%	5min33
4	non		non	non	non			oui			1	25%	15min47
5	non			oui	oui			oui	oui		4	100%	8min36
6	non			non	oui			oui	non		2	50%	9min34
7	non	oui		oui	oui			oui	oui		5	100%	13min18
8	oui	oui		non			non	oui	oui		3	60%	8min12
9	non	oui	refus	oui		oui	refus	oui	refus		4	57,40%	17min07
10	non	oui	non	oui				oui	non		3	60%	8min36
11	non			non		non	non	oui	non		1	20%	6min30
12	non	oui		oui				oui			3	100%	8min23
13	non			oui		oui		oui			3	100%	13min18
14	non	oui		non		oui	oui	oui	pas encore		4,5	75%	11min14
15	non	oui		oui	non	oui		oui	non	non	4	57%	11min43
Total / moyenne	3	9	3	9	3	6	3	15		0	3,3667	71,19%	10min29

**AUTEURE : Nom : SMYCZYNSKI**

**Prénom : Aline**

**Date de soutenance : 1<sup>er</sup> juillet 2022**

**Titre du mémoire :** Adhésion des patients âgés de plus de 75 ans aux propositions thérapeutiques données par l'équipe mobile de gériatrie après une consultation aux urgences pour chute. Etude monocentrique au CH de Lens.

**Mots-clés libres :** chute, urgences, équipe mobile de gériatrie, propositions thérapeutiques, Infirmière en Pratique Avancée.

**Résumé :**

**Introduction :** La chute du sujet âgé est un événement multidimensionnel, lié à une morbi-mortalité importante. Au Centre Hospitalier de Lens (CHL), une équipe mobile de gériatrie (EMG) intervient au service des urgences où les admissions pour chute de personnes âgées sont fréquentes.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude monocentrique prospective. Les aidants de 15 patientes ont été interrogés par entretien téléphonique semi-dirigé 1 mois après le passage aux urgences.

L'objectif principal est de déterminer les freins au suivi des propositions thérapeutiques par les patients chuteurs de plus de 75 ans ayant bénéficié de l'évaluation de l'EMG intervenant aux urgences du CHL après leur retour au domicile. Les objectifs secondaires sont d'étudier quelles propositions sont les plus et les moins suivies pour ces mêmes patients et de comparer deux profils selon le suivi ou non des propositions thérapeutiques.

**Résultats :** Le principal frein est le refus en lien avec des difficultés à changer ses habitudes, à se déplacer en consultation, ou lié à une banalisation de la chute. Les propositions les plus suivies sont le retour vers le médecin traitant et la modification du traitement. La mise en place d'un suivi gériatrique est moins suivie. Le non suivi des propositions thérapeutiques semblerait être en lien avec un nombre plus élevé de facteurs prédisposants et précipitants. De même plus le nombre de propositions thérapeutiques à mettre en place est élevé, plus il pourrait être un frein au suivi global des recommandations émanant du bilan gériatrique.

**Discussion :** L'enjeu réside dans l'accompagnement et l'intégration du patient à la filière gériatrique. La contribution de l'Infirmier(e) en Pratique Avancée (IPA) par une approche globale s'inscrit dans la prise en soins des patients âgés chuteurs.

**Directeur de mémoire : Dr Yaohua CHEN**

**AUTEURE : Nom : SMYCZYNSKI**

**Prénom : Aline**

**Date de soutenance : 1er juillet 2022**

**Title :** Adherence of patients aged over 75 years to therapeutic proposals given by the mobile geriatric team after a consultation in the emergency room for a fall.

Single-centre study at the Lens Hospital.

.

**Key words:** fall, emergencies, geriatric mobile team, therapeutic proposals, Advanced Practice Nurse.

**Abstract :**

**Introduction :** Falls in the elderly is a multidimensional event, linked to high morbidity and mortality. A mobile geriatric team (EMG) intervenes in the emergency room of the Lens Hospital Centre (CHL), where admissions for falls of elderly people are frequent.

**Method :** Prospective monocentric study. The caregivers of 15 patients were interviewed by telephone by semi-directed interview 1 month after the emergency visit. The main objective is to determine the obstacles to the follow-up of therapeutic proposals by patients over 75 years of age who had benefited from the evaluation of the EMG intervening in the CHL emergency room after their return home. The secondary objectives are to study which proposals are the most and least followed for these patients and to compare two profiles according to whether or not the therapeutic proposals are followed.

**Results :** The main obstacle is refusal : difficulties in changing one's habits, in going for a consultation, or linked to a trivialization of the fall. The most followed proposals are to return to the treating physician and to modify the treatment. The implementation of a geriatric follow-up is less followed. Non-follow-up of therapeutic proposals would seem to be linked to a higher number of predisposing and precipitating factors. Similarly, the greater the number of therapeutic proposals to be implemented, the more it could be an obstacle to the overall follow-up of the recommendations emanating from the geriatric assessment.

**Discussion :** The challenge is to accompany and integrate the patient into the geriatric system. The contribution of the Advanced Practice Nurse by a global approach is part of the care of elderly patients with falls.

**Directeur de mémoire : Dr Yaohua CHEN**