



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**SUIVI DES PROPOSITIONS DE L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE
CHEZ LES PATIENTS AGÉS CHUTEURS
AUX URGENCES DE L'HÔPITAL SAINT PHILIBERT**

Présentée et soutenue publiquement le 11 Octobre 2017

au Pôle Formation

Par Lucille MATHIEU

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur André THEVENON

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Madame le Docteur Nathalie BRONET

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur François MALADRY

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

*Devant l'image que les vieilles gens nous proposent de notre avenir, nous demeurons
incrédules; une voix en nous murmure absurdement que ça ne nous arrivera pas: ce ne
sera plus nous quand ça arrivera.*

*Avant qu'elle ne fonde sur nous, la vieillesse est une chose qui ne concerne que les
autres. Ainsi peut-on comprendre que la société réussisse à nous détourner de voir dans
les vieilles gens nos semblables.*

*Cessons de tricher; le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend;
nous ne savons pas qui nous sommes, si nous ignorons qui nous serons: ce vieil homme,
cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux. Il le faut si nous voulons assumer dans
sa totalité notre condition humaine. Du coup, nous n'accepterons plus avec indifférence le
malheur du dernier âge,
nous nous sentirons concernés: nous le sommes.*

SIMONE DE BEAUVOIR

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION.....	13
I. Les EMG au sein de la filière gériatrique.....	15
II. L'EMG de Saint Philibert	19
III. Le patient âgé chuteur et recommandations.....	21
IV. Problématique de l'étude.....	27
V. Objectifs de l'étude.....	28
MATERIEL ET METHODE.....	29
RESULTATS.....	34
I. Caractéristiques de la population étudiée.....	35
II. Caractéristiques des propositions de l'EMG.....	37
III. Résultat principal.....	39
IV. Variabilité du taux de suivi des recommandations de l'EMG.....	42
V. Motifs de non-suivi des recommandations selon le médecin traitant.....	44
VI. Survenue des événements intercurrents médicaux et familiaux.....	46
VII. Devenir du patient au cours de l'étude	48
VIII. Évaluation du lien Ville-Hôpital sur avis du médecin généraliste.....	50
DISCUSSION.....	52
I. Suivi des recommandations.....	53
II. Variabilité du taux de suivi.....	55
III. Motifs de non-adhésion et événements intercurrents.....	56
IV. Validité externe, limites et biais.....	58
V. Avis des médecins généralistes.....	61
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE.....	66
ANNEXES.....	75
RESUME.....	80

LISTE DES ABREVIATIONS

- APA : allocation personnalisée d'autonomie
- ARS : agence régionale de santé
- CH : centre hospitalier
- CLIC : centres locaux d'information et de coordination
- CSG : court séjour gériatrique
- DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- EGS : évaluation gériatrique standardisée
- EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
- EMG : les équipes mobiles de gériatrie
- ESPRAD chute : équipe spécialisée de prévention et de réadaptation à domicile
- HAS : haute autorité de santé
- HDJ : hospitalisation de jour
- IDE : infirmier diplômé d'état
- INPES : institut national de la prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale
- MAIA : méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
- PA : personne âgée
- PRS : projet régional de santé
- RSG : réseau de santé gériatrique
- SAU : service d'accueil des urgences
- SFGG : société française de gériatrie et gérontologie
- SFMU : société française de médecine d'urgence
- SP : Saint Philibert
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
- SSR : soins de suite et rééducation

INTRODUCTION

La chute de la personne âgée (PA) est fréquente et suscite l'inquiétude du patient, des familles et des soignants depuis toujours. Néanmoins, cette problématique s'est complexifiée ces dernières décennies du fait du vieillissement de la population. Il s'agit bien d'un sujet de santé publique actuel avec des enjeux collectifs médico-économiques et individuels en lien avec la qualité de vie.

Plus spécifiquement, les équipes mobiles de gériatrie (EMG) développent des stratégies renforçant le lien ville-hôpital afin d'améliorer la prise en charge des PA. Ces structures proposent une nouvelle approche multidisciplinaire. Néanmoins leur impact clinique est peu évalué.

De ce fait, notre étude aborde cette problématique en décrivant une population de PA et en évaluant l'impact de la prise en charge de l'EMG du centre hospitalier (CH) de Saint Philibert (SP) à Lomme, au décours d'un épisode de chute.

I. Les EMG au sein de la filière gériatrique

Une nouvelle organisation du parcours de soins de la PA a été définie par le Plan solidarité grand âge 2007-2012 (1) et par la circulaire ministérielle du 28 mars 2007 (2) venant conforter les circulaires précédentes (Circulaires du 18 mars 2002 et du 18 mai 2001). Il s'agit d'une structuration territoriale grâce au développement de filières gériatriques hospitalières très fortement maillées de professionnels intervenant au domicile et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La filière gériatrique s'organise en un réseau dont l'hôpital et ses structures de soins en sont le support: court séjour gériatrique (CSG), service de soins de suite et rééducation (SSR), unité d'hospitalisation de jour (HDJ) et de consultations gériatriques, service d'accueil des urgences (SAU) et EMG. De surcroît, la filière s'appuie également sur des partenariats solides avec d'autres établissements membres, par des conventions de coopération comme par exemple avec les EHPAD ou avec les structures d'hospitalisation à domicile (HAD). La filière gériatrique a pour but d'éviter des hospitalisations parfois non-nécessaires et souvent traumatisantes mais aussi pour anticiper les situations de crise (3). Dans ce contexte, l'unité d'HDJ et de consultations gériatriques est une structure de soins de la filière située à l'interface entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. C'est un centre de prévention, de diagnostic et d'évaluation de la PA sur le territoire. Elle assure une prise en charge ambulatoire et constitue l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques (1).

Au cœur de cette filière gériatrique, l'EMG est un des «maillons» clé. Cette équipe constitue une interface entre d'une part la filière gériatrique intra-hospitalière, les unités de médecine polyvalente, les SAU et d'autre part les établissements médico-

sociaux et les intervenants à domicile. Les EMG sont des structures mobiles d'évaluation, de conseils et de soins qui proposent des recommandations dans le but d'anticiper l'orientation du patient dans son parcours de soin (2).

Les missions et les interventions de l'EMG sont variées et le terrain d'action est vaste. La circulaire de 2007 précise l'obligation pour la filière gériatrique d'être en mesure de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes d'un avis gériatrique par une EMG quel que soit le service d'hospitalisation demandeur dès lors qu'il relève de la zone de couverture de la filière. (2)

L'EMG dispense une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale globale de type évaluation gériatrique standardisée (EGS) et un avis gériatrique. L'EMG oriente les patients dans la filière de soins gériatriques et participe à la décision et à l'organisation du retour à domicile de la PA (4).

En complément de l'expertise gériatrique, l'EMG offre conseil, information et formation pour les équipes soignantes notamment grâce à la diffusion des bonnes pratiques et des spécificités gériatriques (2). De part toutes ses missions, l'EMG participe à la continuité de soins. Des études ont montré qu'une meilleure continuité des soins était associée à une réduction des hospitalisations et des admissions à l'hôpital (5,6).

L'EMG s'adresse en priorité à la PA fragile pour laquelle le bénéfice attendu est le plus sensible (7,8). Ainsi, la PA fragile est la cible d'actions de prévention qui permettront de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations, la perte d'autonomie et de retarder l'entrée en institution (9). L'objectif principal de l'EMG est de réduire l'incidence des ré-hospitalisations précoces (10).

En pratique, les services hospitaliers demandeurs font appel à l'EMG pour des patients qui ont le plus souvent dépassé le stade de fragilité. Ces personnes sont plus âgées, plus dépendantes et atteintes de pathologies plus graves (7).

Aux urgences, l'EMG intervient sur appel du médecin urgentiste afin d'évaluer les PA fragiles et d'apprécier la nécessité d'une hospitalisation, d'un accompagnement ou favoriser un retour à domicile, ce qui est notamment pertinent dans le contexte de chute (11).

Au sein des EHPAD ou au domicile du patient, l'EMG intervient afin de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile. Il s'agit alors d'une «articulation ville-hôpital» grâce aux liens établis par l'EMG.

Selon la circulaire du 18 mai 2001, les missions s'inscrivent dans une logique de travail en réseau (12). La démarche ne se limite pas à l'hôpital. L'EMG s'articule avec des dispositifs de soutien à domicile tel que l'HAD, le SSIAD (service de soin infirmier à domicile).

Les EMG entretiennent également un partenariat rapproché avec les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les réseaux de santé gériatriques (RSG) et les MAIA (méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champs de l'autonomie).

- Les CLIC s'adressent à toutes les personnes retraitées. De par leur rôle d'information et d'orientation, ils facilitent l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports ainsi que la constitution de dossiers pour l'obtention d'aides (Allocation personnalisée d'autonomie (APA), SSIAD et services d'aide ménagère, portage de repas...). Les CLIC encouragent également la vie sociale, culturelle et sportive (1,12).

- Les RSG ont pour principaux objectifs: l'expertise gériatrique à domicile et la sécurisation de la sortie d'hospitalisation.
- Les MAIA associent tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des PA de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants. L'objectif des MAIA est de proposer une réponse harmonisée, complète et adaptée à chaque personne en décloisonnant les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (13).

L'EMG s'articule également avec les intervenants au domicile du patient. Le médecin traitant est un acteur clé dans la coordination des soins de la PA. De même que l'EMG, le médecin traitant assure la continuité des soins et une prise en charge globale de la PA. Le médecin traitant s'inscrit au cœur du parcours de soin en jouant un rôle central dans le suivi médical de la PA. Il profite d'une place privilégiée de part sa proximité et sa connaissance du patient (antécédents, environnement, mode de vie...). La prise en charge optimale de la PA sera conditionnée par la capacité du médecin traitant et de l'entourage du patient à créer une synergie entre les différents intervenants autour de la PA (2). Ainsi, le rôle de «responsable de coordination» est souvent attribué au médecin traitant. En pratique, le médecin traitant identifie et sollicite les acteurs de terrain en fonction des besoins de la PA (assistants de service social, IDE, kinésithérapeutes, pédicures, ergothérapeutes, aides ménagères, auxiliaires de vie, portage de repas et télé-alarme...) De plus, le médecin traitant pose l'indication d'une hospitalisation programmée ou en urgence.

L'équipe gériatrique de la filière est un interlocuteur direct et privilégié en assurant ainsi un rôle "ressources" pour le médecin traitant. (2) Cette coopération permet une prise en charge adaptée personnalisée et fluide concernant l'admission, le séjour et la sortie de la PA. L'enjeu principal est de réduire les ré-hospitalisations précoces ou non justifiées ainsi que les consultations aux urgences.

La collaboration EMG / médecin traitant doit ainsi contribuer à fournir le juste niveau de prise en charge de la PA. Dans ce contexte, la circulaire DHOS de 2007 met en valeur, avec l'EMG, le rôle essentiel joué par le médecin traitant en cohérence avec le projet médical de territoire (2).

II. L'EMG de Saint Philibert

La filière gériatrique du Groupement des Hôpitaux de l'institut Catholique de Lille (GHICL) a été labellisée en 2011. Cependant l'EMG-SP était déjà créée en 2004.

L'activité de la filière gériatrique du CH-SP en 2016 concerne le secteur hospitalier (CSG, SSR, HDJ, consultations mémoires et onco-gériatriques, avis de l'EMG) ainsi que le secteur extra-hospitalier avec un engagement sur le territoire (Promotion du réseau de santé gériatrique Lille Agglo-MAIA, animation inter-EHPAD, équipe spécialisée de prévention et de réadaptation à domicile (ESPRAD), ...).

ESPRAD chute est une structure s'adressant aux PA de plus de 60 ans, vivant à domicile, ayant chuté ou présentant un risque important de chute. Des séances d'ergothérapie sont mises en place ainsi que des visites à domicile par une infirmière coordinatrice pour la mise en œuvre d'un projet de rééducation et réadaptation. Un programme personnalisé est ainsi élaboré pour prévenir les récurrences de chute et des mesures thérapeutiques de médecine physique et réadaptation sont alors mises en œuvre si nécessaire (14).

A titre indicatif, au GHICL en 2016, l'enquête annuelle gériatrique offre un visuel de l'activité de l'EMG composée du gériatre (Équivalent Temps Plein ETP 0,6) et d'une infirmière (ETP 0,5).

Nombre total de patients vus physiquement	363
Nombre total de patients vus dont dossiers traités une ou plusieurs fois	386
Nombre de cas traités par téléphone (patients non vus physiquement)	121
Nombre d'interventions en service de médecine	182
Nombre d'interventions en service de chirurgie	55
Nombre d'interventions en service d'urgences	26

La filière gériatrique de SP a également réalisé :

HDJ Chute	51
HDJ Bilan gériatrique	15

L'Agence Régionale de Santé (ARS) pilote en région les politiques de santé définies par le ministère en les adaptant aux caractéristiques régionales. L'ARS Hauts-de-France évalue annuellement le projet régional de santé (PRS) Nord-Pas-de-Calais en vue de présenter des recommandations pour l'année suivante. Le bilan évaluatif du PRS de 2012-2016 indique des effets positifs sur la réduction de la fréquence des chutes. Cependant les objectifs futurs proches concernent la poursuite de la structuration des filières gériatriques, dont les enjeux se sont portés vers le développement de liens avec le secteur ambulatoire. De plus, il reste nécessaire le renfort de la coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge

des PA notamment en terme de réactivité face aux situations d'urgence et l'intégration des médecins généralistes (15).

III. Le patient âgé chuteur et recommandations

a. Épidémiologie et généralités

Le nombre de PA de plus de 85 ans est resté stable entre 1995 et 2005. Depuis une décennie, celui ci a presque doublé, passant de 1,1 million en 2005 à 1,9 million de PA en 2015. La perte d'autonomie touche aujourd'hui 6 à 7% des PA de plus de 60 ans (1). Les vingt prochaines années marqueront une période d'évolution sans précédent de la population vieillissante. Ainsi, selon les estimations de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), les PA de plus de 75 ans représenteront 9,6% de la population française en 2020 et 16,1% en 2040 (16). La population de PA sera alors supérieure à celle des enfants âgés de moins de 14 ans pour la première fois dans l'histoire, entraînant des modifications sur le plan sociétal et de la santé publique. (17)

Dans ce contexte de vieillissement de la population, la prévention des chutes et la préservation de l'autonomie dans les activités quotidiennes sont primordiales et constituent des enjeux majeurs de santé publique (4,18). Un rapport de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) indique qu'en France, la chute est la première cause de décès par accident de la vie courante (9 412 décès en 2008) et plus des trois quarts de ces décès concernent des PA de 75 ans et plus. En 2009, les chutes représentaient 90% des accidents de la vie courante recensés aux urgences chez les plus de 75 ans (4). Ces événements fréquents de chute sont très coûteux: en terme de qualité de vie, mais également du point de vue financier

concernant la prise en charge des chutes et la dépendance qui peut en résulter (19,20).

Les PA se situent ainsi au centre d'un schéma complexe mêlant problèmes de santé et problématiques socio-économiques pouvant mener à des difficultés liées à une prise en charge spécifique et globale (21). Bien que la gériatrie se soit structurée au sein des filières hospitalières, l'organisation reste actuellement insuffisante pour endiguer les besoins liés à la vague démographique des PA qui se situent aussi en dehors du soin (22).

En France, les autorités de santé ont proposé un modèle de parcours de soins spécifique et interdisciplinaire de la PA incluant une évaluation gériatrique spécialisée et des recommandations par les EMG. L'enjeu est de mieux repérer les PA «fragiles» afin de les orienter de façon précoce et adaptée dans une filière gériatrique.

Le concept de fragilité structure le développement de la médecine gériatrique depuis une trentaine d'années (23). La fragilité peut se définir comme une diminution des capacités de réserves fonctionnelles et des capacités à faire face à un stress quel qu'en soit la nature (8).

Différents modèles ont émergé de la littérature afin de porter le diagnostic de fragilité comme celui de Fried notamment (24). D'autres outils composites, s'appuyant fréquemment sur des tests cognitifs et le Timed Up and Go Test, ont été développés (25). La réalisation isolée de ce test n'est pas suffisamment sensible pour identifier les PA fragiles (26).

Néanmoins, si le concept de fragilité est reconnu par l'ensemble de la communauté scientifique, il n'existe toutefois ni définition, ni outil de dépistage uniformément validé et fiable de la fragilité. En pratique, il existe différents scores pour repérer les PA fragiles, cependant, ils sont peu utilisés (27,28). On estime en France que 15 à

20% de la population à domicile serait fragile après 65 ans, contre 25 à 50 % au-delà de 85 ans (4).

La spécificité du syndrome de fragilité est de s'inscrire dans un processus potentiellement réversible et son dépistage ouvre des perspectives d'organisation de soins gériatriques préventifs. Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), dès le repérage de la fragilité, une EGS et l'organisation d'un programme d'intervention sont alors particulièrement pertinentes (29). Les conséquences de la fragilité ont été clairement identifiées par notamment: les incapacités, les chutes, les hospitalisations et l'entrée en institution. Bien que le syndrome de fragilité soit associé à un risque majoré d'événements péjoratifs et de mortalité, intervenir sur les déterminants de la fragilité vise à réduire ou retarder ces conséquences. In fine, l'intérêt est de lutter contre la dépendance et de prévenir les événements péjoratifs comme les chutes (4).

La chute peut être définie comme un «événement inattendu qui conduit le patient à se retrouver au sol ou à un niveau inférieur» (30). Mais aujourd'hui, la définition qui semble consensuelle est celle proposée par Hauer et coll. qui définit la chute comme: «une perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait» (31).

La littérature s'est intéressée à la chute répétée pour approcher au mieux la spécificité gériatrique de la chute. Tout patient âgé chuteur présente un risque de chutes répétées (32). On estime que la moitié des chuteurs sont des chuteurs multiples (33-35). Les chutes répétées sont définies comme la survenue d'au moins deux chutes dans un intervalle de temps s'étendant de 6 à 12 mois (20). Les PA chutant 2 fois ou plus dans l'année, sont plus à risque de développer des séquelles que les « mono-chuteurs». Ainsi, les chutes répétées sont associées à un excès de

morbi-mortalité lié aux conséquences traumatiques et à la dépendance (4). Également, les chutes répétées sont considérées comme un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les PA (20).

Les complications de la chute sont chronologiquement différenciées en complications immédiates et secondaires (à moyen et long terme). Les suites immédiates d'une chute peuvent être marquées par des complications traumatiques ainsi que des complications liées à la station prolongée au sol. D'autre part, la gravité peut également être liée à une pathologie aiguë responsable ou non de la chute. Même en l'absence de traumatismes fracturaires, la chute peut représenter un traumatisme psychologique non-négligeable. La qualité de vie est ainsi affectée par la survenue de chutes. Le caractère répétitif de la chute doit ainsi être repéré (20). De ce fait, cette situation nécessite une prise en charge précoce pour éviter l'émergence d'un syndrome post-chute pouvant aboutir au stade extrême de la grabatisation (36).

Des études récentes rapportent que la chute en soi, représente un facteur pronostique de morbi-mortalité important (11). La chute doit donc être considérée comme un marqueur fort de fragilité avec un risque de perte d'autonomie et d'institutionnalisation (4).

Une chute présente souvent un caractère multifactoriel (presque deux tiers des cas), résultant alors d'interactions entre différents facteurs de risque (37). Déterminer le mécanisme de la chute est complexe de part l'intrication de ces facteurs de risque. Toutefois, certains de ces facteurs peuvent être prévenus ou retardés et faire l'objet de mesures correctrices. La recherche de ces facteurs est nécessaire afin de prévenir la survenue d'un nouvel événement. (38)

Très succinctement, on retrouve trois grandes catégories de facteurs de risque de chute: des facteurs «intrinsèques», qui reflètent l'état de santé de la personne, des facteurs «comportementaux», qui dépendent de l'activité physique de la personne au

moment de la chute, et des facteurs «environnementaux» ou «extrinsèques», qui correspondent aux caractéristiques du lieu de chute (20). Des facteurs prédisposants et précipitants doivent également être recherchés comme notamment la polymédication qui intervient dans l'évaluation du mécanisme de la chute (20,38-40). L'efficacité des interventions de prévention des chutes dépend de la population ciblée. Des consultations multidisciplinaires et des HDJ gériatriques sont souvent nécessaires (41,42). Pour les sujets fragiles et/ou à haut risque de chute, l'approche multifactorielle est la plus adaptée (43).

b. Recommandations actuelles et parcours de soins

De nombreux professionnels de santé sont ciblés par ces recommandations (professionnels médicaux, professionnels paramédicaux, les EMG, les RSG, les équipes médico-sociales des caisses régionales d'assurance maladie et des conseils généraux responsables de l'APA).

- Différents travaux ont été réalisés par la HAS en partenariat avec la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) afin d'établir des recommandations de bonnes pratiques.

Les recommandations de 2005 concernaient la prévention des chutes accidentelles de la PA. Ce travail proposait déjà aux professionnels de santé de repérer la PA à risque par la recherche des facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques, associée à la réalisation de tests simples (Timed up and go test, test unipodal, poussée sternale, walking and talking test). L'étape qui en découlait était une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire minutieuse et globale (35,40).

En 2009, dans la suite logique de ce travail, ce même partenariat HAS-SFGG a complété cette démarche en s'intéressant aux chutes répétées de la PA (20). Puis,

en 2013, dans un travail de synthèse des recommandations françaises et internationales, la HAS rédige un «référentiel concernant l'évaluation du risque de chute chez le sujet autonome et sa prévention». L'analyse conclut à un nombre conséquent de tests prédictifs de chute cependant peu validés et de fiabilité variable avec des difficultés d'extrapolation (44).

- Selon l'INSERM, les PA se présentant à l'hôpital au décours d'une chute bénéficient de manière insuffisante d'une prise en charge visant à réduire le risque de nouvelle chute et de chute grave. La chute constitue pourtant une alerte et une opportunité pour prévenir le risque de récurrence. L'INSERM recommande alors qu'une PA accueillie aux urgences suite à une chute, puisse bénéficier d'une évaluation des facteurs de risque de chute et de la mise en place de mesures correctives (4).

- Les médecins urgentistes sont de plus en plus concernés par les soins de cette population particulière devant l'augmentation des consultations des PA dans les SAU. C'est pourquoi, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a publié en 2003, une conférence de consensus sur «la prise en charge des PA de plus de 75 ans aux urgences». L'admission de la PA aux urgences est souvent un moyen d'initier ce patient dans une trajectoire de soins dans la filière gériatrique. Au-delà des recommandations habituelles concernant les démarches diagnostiques et thérapeutiques, le travail de la SFMU insiste sur un point clé de «la formation» du personnel médical visant à connaître les particularités du patient gériatrique ainsi que les différents partenaires du réseau et son fonctionnement. Ainsi, il est préconisé que les SAU s'appuient sur l'EMG pour son expertise ainsi que pour orienter le patient chuteur vers un service approprié si besoin (45). En cas de retour immédiat à domicile ou de sortie après une hospitalisation, ces recommandations s'accordent pour qu'une prise en charge et un suivi gériatrique soient initiés et ainsi insérer la PA dans un parcours de soins adapté (4,45)

Au total, dans le contexte de chute de la PA et le risque de récurrence, l'EMG joue un rôle afin de prévenir la perte d'autonomie et les situations complexes qui en découlent (46). L'intérêt de l'évaluation de l'EMG n'est pas discutable. Cependant, d'autres approches ne doivent pas être négligées telles que l'avis des médecins traitants lors d'un travail en collaboration avec l'EMG par exemple. L'évaluation des interventions de l'EMG est indispensable à sa valorisation et à sa pérennisation. C'est dans ce contexte que nous avons mis en place notre étude.

IV. Problématique de l'étude

Le CH-SP soutient une EMG qui évalue à distance la PA à risque après un passage aux urgences, par relecture du dossier médical. L'EMG sélectionne de manière exhaustive les dossiers des PA de 75 ans et plus, admises aux urgences pour chute, sans hospitalisation au décours. La particularité de l'EMG-SP est d'offrir un regard gériatrique et des mesures préventives à l'issue de cette relecture des dossiers médicaux en partenariat avec le médecin traitant par contact téléphonique. Cette démarche permet alors un accord quant aux propositions et assure une fluidité et une cohérence dans le parcours de soins du patient. Cette méthode d'intervention particulière n'a pas fait l'objet d'une évaluation de son impact depuis sa création en 2004.

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le suivi des propositions de l'EMG-SP chez les patients âgés de 75 ans et plus, admis aux urgences pour chute. Ainsi, le critère de jugement principal était le pourcentage de patients ayant suivi les propositions de l'EMG-SP. Les objectifs secondaires étaient multiples. Il s'agissait de décrire les motifs de non-suivi des propositions de l'EMG-SP ainsi que d'observer la survenue d'événements intercurrents médicaux ou familiaux au décours de cet épisode de chute. Enfin, un des objectifs était également d'apprécier le partenariat EMG / médecin traitant.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective, monocentrique au SAU du CH-SP à Lomme, débutant le 1^{er} février 2016. Après discussion en équipe, nous avons établi le nombre de sujets nécessaires de 100 patients. Le dernier patient a été inclus le 30 janvier 2017.

Nos critères d'inclusion étaient les suivants: Dossiers médicaux des PA de 75 ans et plus admises aux urgences pour chute, non hospitalisées au décours en service conventionnel (hormis UHCD). Notre critère d'exclusion était le suivant: Dossiers médicaux des patients n'ayant pas bénéficié de propositions après lecture du dossier médical et appel du médecin traitant par l'EMG-SP. Au total, nous avons exclu 18 dossiers médicaux de chutes accidentelles n'ayant bénéficié d'aucune proposition par l'EMG.

Notre critère de jugement principal était évalué lors de la seconde phase de l'étude après recueil des données liées au patient et des recommandations proposées par l'EMG-SP (cf ci-dessous).

Première phase: Inclusion des patients (du 1^{er} février 2016 au 31 Janvier 2017):

La sélection des dossiers médicaux par les secrétaires des urgences était effectuée quotidiennement selon les pratiques habituelles d'après les critères d'inclusion cités ci-dessus. Les dossiers médicaux des patients étaient ensuite récupérés par l'EMG-SP. Les dossiers en main, à partir de la lecture du dossier médical, le gériatre établissait des propositions de prise en charge pour chaque patient, en accord avec le médecin traitant par contact téléphonique. Les gériatres portaient une attention particulière pour compléter notre grille A, de manière exhaustive, concernant les coordonnées téléphoniques du patient, du médecin traitant et de la personne de confiance ainsi que les recommandations proposées. Ces données sont précisées dans la grille A en annexe.

Seconde phase (de mai 2016 à avril 2017): Recueil du critère de jugement principal et autres données de suivi:

Cette phase relevait de l'évaluation du suivi des recommandations de l'EMG-SP. L'ensemble des données (objectifs primaire et secondaires) était répertorié à l'aide de la grille B en annexe. Pour connaître l'information, nous avons mené une enquête téléphonique auprès des médecins traitants dans un délai prévu de 4 mois après la chute. Nous avons consulté le dossier informatique afin de recouper les informations. Le patient ou sa famille pouvait être contacté(e) si l'information n'avait pu être obtenue par les moyens précédents.

L'appréciation du suivi a été réalisée selon deux modes.

Premièrement selon un mode binaire: A la question " Le patient a-t-il suivi la (les) recommandation(s) de l'EMG-SP", la réponse "oui" correspondait au suivi de toutes les recommandations proposées pour chaque patient. La réponse "non" correspondait au non suivi d'au moins une des recommandations proposées. Par exemple, un patient qui a réalisé un examen biologique, mais qui ne s'est pas présenté à la consultation de gériatrie (deux recommandations proposées par l'EMG) a été classé "non" à la question ci-dessus. De même, concernant une proposition de modification thérapeutique, la discussion préalable entre l'EMG et le médecin traitant ciblait le ou les traitements à modifier afin de partager la décision. Puis, l'adaptation thérapeutique était validée (réponse oui) lors de l'appel du médecin traitant à 4 mois, si toutes les modifications thérapeutiques proposées initialement avaient été effectuées. Dans le cas contraire, la réponse "non" était alors cochée.

Secondairement, nous avons étudié le suivi des recommandations en détail pour chacune d'entre elles. Cette enquête téléphonique a également permis le recueil des données des objectifs secondaires. Nous avons alors recueilli les motifs de non-suivi des recommandations selon le médecin traitant ainsi que tout

événement intercurrent (hospitalisation, récurrence de chute, ...) ainsi que le devenir du patient à 4 mois. Enfin, le lien ville-hôpital était étudié sur avis du médecin généraliste en terme de satisfaction. Le flow chart en annexe résume notre méthodologie.

Les recommandations proposées par l'EMG-SP sont regroupées en 5 catégories:

1. Les recommandations médicales comprennent:

- la réalisation d'un bilan gériatrique avec proposition d'une consultation de gériatrie et/ou une hospitalisation de jour ;
- les adaptations thérapeutiques ;
- les recommandations de poursuivre les investigations sur le plan diagnostique ou thérapeutique, avec extension du bilan biologique, réalisation d'imagerie complémentaire ou sollicitation d'un avis spécialisé (neurologue, ORL. . .) ;

2. Les recommandations de soins à domicile comprennent:

- les interventions à domicile du personnel paramédical (kinésithérapeute, IDE) ;
- les interventions d'une équipe spécialisée ESPRAD chute ;
- la délivrance des traitements par un IDE au domicile du patient ;

3. Les recommandations médico-sociales regroupent:

- la mise en place ou la modification du plan d'aide (APA, télé-alarme, portage des repas...) ;
- les expertises gériatriques en réseau (CLIC, lien MAIA, RSG) ;

4. Les recommandations juridiques concernent la protection du patient et de ses biens (sauvegarde, curatelle, tutelle) ;

5. La recommandation de l'EMG concernant l'orientation du patient à court terme comprend la ré-hospitalisation précoce si nécessaire.

Les différentes recommandations sont proposées et cochées dans la grille B (cf annexe). A distance de 4 mois nous avons observé le suivi ou non de ces propositions.

Analyses statistiques

Le taux de suivi pour une recommandation se définit par le ratio: nombre de patients ayant suivi la recommandation sur nombre de patients ayant bénéficié de la proposition de cette recommandation (exprimé en pourcentage). Les variables quantitatives sont présentées grâce aux moyennes, écarts types, médianes ou quartiles. Le pourcentage et les effectifs décrivent les variables catégorielles. Cette étude a bénéficié de l'accord du comité local d'éthique de l'hôpital SP (Annexe).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons inclus 100 patients ayant bénéficié de propositions de recommandations par l'EMG-SP dans un contexte de chute.

Notre population étudiée était principalement composée de PA de sexe féminin (80%) avec une moyenne d'âge de 85 ans. Au moment de la chute, 93% des patients vivaient à domicile et 7% en EHPAD. Le médecin traitant était identifié pour chaque patient. La personne de confiance était un enfant du patient pour la moitié de la population (54%). 15% des patients n'avaient pas de personne de confiance. La lecture du dossier-patient par l'EMG était réalisée dans un délai médian de 4 jours (Quartile 1: 3 jours, quartile 3: 6 jours) après la chute. Ces caractéristiques de notre population à l'inclusion sont présentées dans le tableau 1.

Suite à la lecture du dossier, l'EMG diffusait ses propositions à un seul interlocuteur (le médecin traitant) dans 76% des cas. Parallèlement à cet appel du médecin traitant, le patient était également contacté personnellement par l'EMG dans 13% des cas. Également, l'EMG contactait le CLIC, le RSG ou la MAIA dans 10% des cas (tableau 2).

Tableau 1: Caractéristiques des patients à l'inclusion, N=100 patients

Sexe féminin, N (%)		80%
Âge moyen en années, [Étendue]		84,91 [77;99]
Lieu de vie, N (%)	Domicile	93%
	EHPAD	7%
Médecin traitant identifié, N (%)		100%
Personne de confiance, N (%)	Aucune	15%
	Descendance Enfant	54%
	Descendance Petit-enfant	3%
	Conjoint	15%
	Ami ou voisin	12%
	Tuteur	1%
Délai entre la chute et la lecture du dossier médical par l'EMG	Moyenne, jours [Écart-type]	5,82 [5,7]
	Médiane, jours [quartile 1; quartile 3]	4 [3;6]

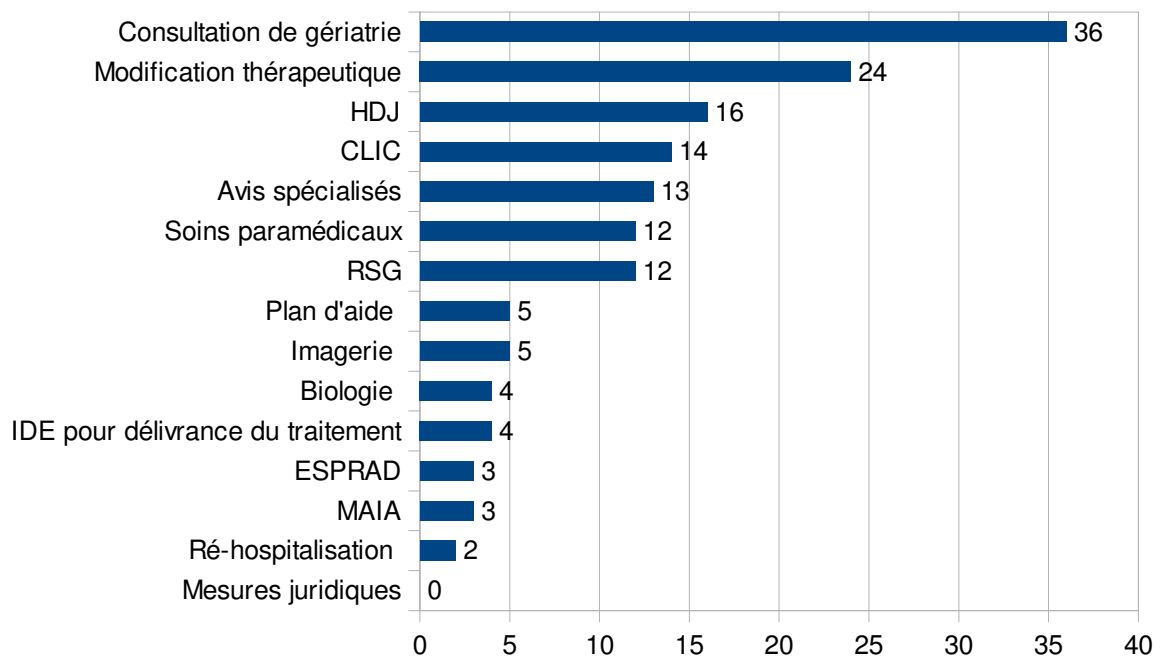
Tableau 2: Actions immédiates de l'EMG, N=100 patients

Appel unique du médecin traitant (%)	76%
Appel du médecin traitant et du CLIC, RSG ou MAIA (%)	10%
Appel du médecin traitant et du patient (%)	13%
Appel du médecin traitant, du CLIC, RSG ou MAIA et du patient (%)	1%

II. Caractéristiques des propositions de l'EMG

Sur le plan médical, les recommandations les plus fréquemment proposées concernaient les consultations spécialisées de gériatrie (36 propositions), suivies par les adaptations thérapeutiques (24 propositions) puis par les HDJ (16 propositions). La poursuite du bilan diagnostique par une biologie ou imagerie était proposée respectivement chez 4 et 5 patients. Les avis spécialisés hors gériatrie étaient requis chez 13 patients. Une ré-hospitalisation précoce était proposée dans 2 situations. Au domicile du patient, des soins paramédicaux étaient proposés pour 12 patients. L'intervention d'un IDE pour la délivrance des traitements était souhaitée pour 4 patients. Le lien ESPRAD chute était proposé pour 3 patients. Sur le plan médico-social, la principale recommandation était l'intervention du CLIC (14 propositions) suivie du RSG (12 propositions). La mise en place ou la modification du plan d'aide était requis dans 5 cas. 3 recommandations concernaient le lien MAIA. Aucune mesure de protection juridique n'a été proposée. L'éventail descriptif des propositions de l'EMG est représenté figure 1.

Figure 1: Éventail descriptif des propositions de l'EMG, N=153 propositions



III. Résultat principal

153 recommandations ont été proposées par l'EMG-SP pour les patients inclus dans l'étude. Soit, 1,5 recommandations par patient en moyenne (valeur médiane : 1 ; étendue : 1-4).

Nous avons distingué le suivi des recommandations de l'EMG selon deux points de vue.

- Premièrement, en observant le taux de suivi par patient (N=100 patients), ce qui correspond à notre critère de jugement principal. Selon les médecins traitants, le taux de suivi des recommandations était de 59%. Mais, dans 10% des situations, le médecin déclarait ne pas connaître le suivi des recommandations proposées par l'EMG. Ainsi, l'ensemble des informations a été complété à l'aide du dossier informatique de l'hôpital. En définitive, nous avons observé un taux de suivi des recommandations de l'EMG chez 64% des patients (figure 2).

- Deuxièmement, nous avons observé le taux de suivi par proposition (N=153 propositions): 115 propositions ont été suivies, cela correspond à un taux global de suivi de 75,2% (tableau 3).

Figure 2: Suivi des patients concernant les recommandations de l'EMG-SP, N=100 patients

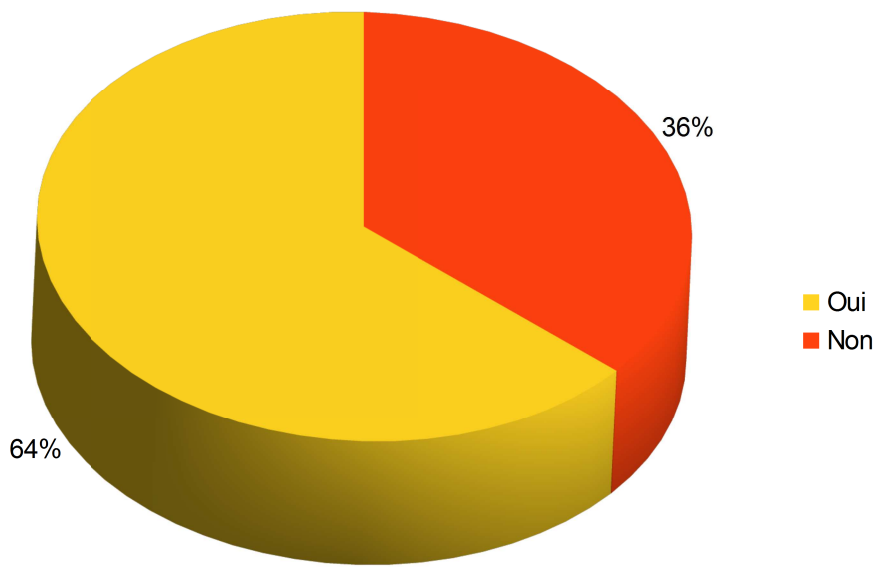


Tableau 3: Recommandations et taux de suivi à 4 mois, N = 153 propositions

Type de recommandations	Proposées N=153	Suivies N=115	Non suivies N=38	Taux de suivi (%)
<u>Médicales:</u>	100	69	31	69%
Consultation de gériatrie	36	16	20	44%
HDJ	16	9	7	56%
Modification thérapeutique	24	21	3	88%
Biologie	4	4	0	100%
Imagerie	5	5	0	100%
Ré-hospitalisation précoce	2	2	0	100%
Avis spécialisés hors gériatrie	13	12	1	92%
<u>Médico-sociales:</u>	34	28	6	82%
CLIC	14	11	3	79%
RSG	12	10	2	83%
MAIA	3	2	1	67%
Plan d'aide	5	5	0	100%
<u>A domicile:</u>	19	16	3	84%
Traitement délivré par IDE	4	4	0	100%
Soins paramédicaux	12	10	2	83%
ESPRAD Chute	3	2	1	67%
Total	153	115	38	75,2 %

IV. Variabilité du taux de suivi des recommandations de l'EMG

De même, nous avons étudié la variabilité du taux de suivi selon le type de propositions (médicales, médico-sociales et à domicile) (tableau 3) et en fonction du nombre de propositions par patient (figure 3):

- Les recommandations de l'EMG-SP concernaient fréquemment la prise en charge médicale (100 propositions) avec un taux de suivi global de 69%. Parmi ces recommandations médicales, l'EMG a proposé 36 consultations de gériatrie (taux de suivi 44%), 16 HDJ (taux de suivi 56%) et 24 modifications thérapeutiques (taux de suivi 88%). L'EMG a effectué 34 recommandations médico-sociales avec un taux de suivi global dans ce domaine de 82%. 19 recommandations au domicile du patient ont été proposées avec un taux de suivi global de 84%.

- Concernant le suivi en fonction du nombre de propositions effectuées par patient: plus de la moitié des patients (58%) ont bénéficié d'une seule proposition avec un taux de suivi de 72%. Le taux de suivi des recommandations de l'EMG pour les patients ayant eu deux propositions était moindre (53%) ainsi que pour les patients ayant bénéficié de trois propositions (taux de suivi 44%) (figure 3 et 4).

Figure 3: Nombre de patients selon le nombre de propositions de l'EMG.
N=100 patients

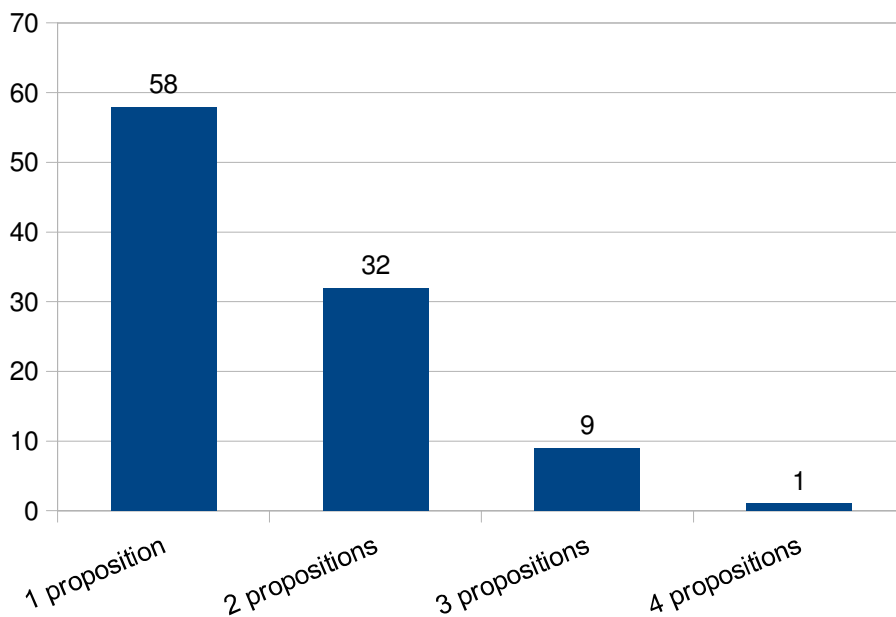
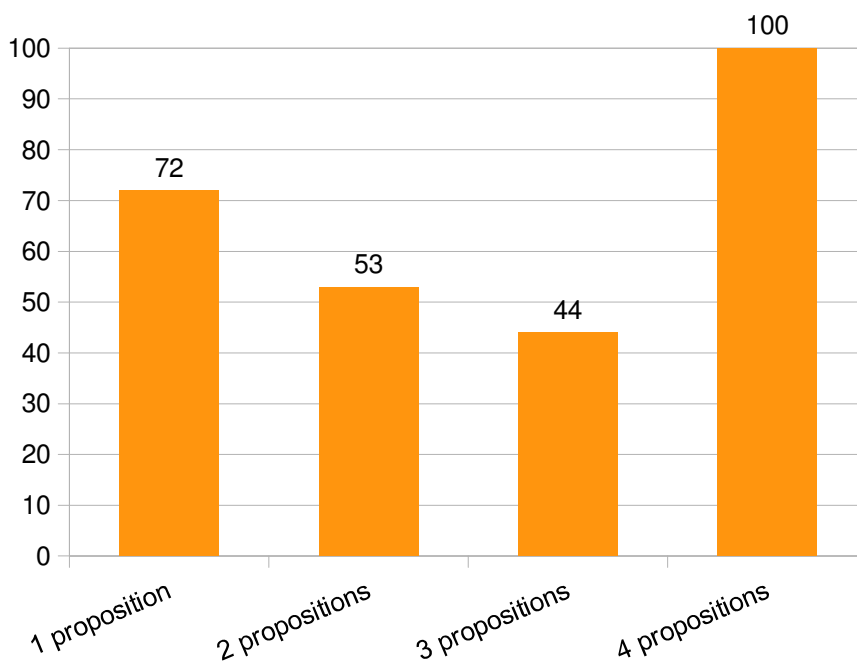


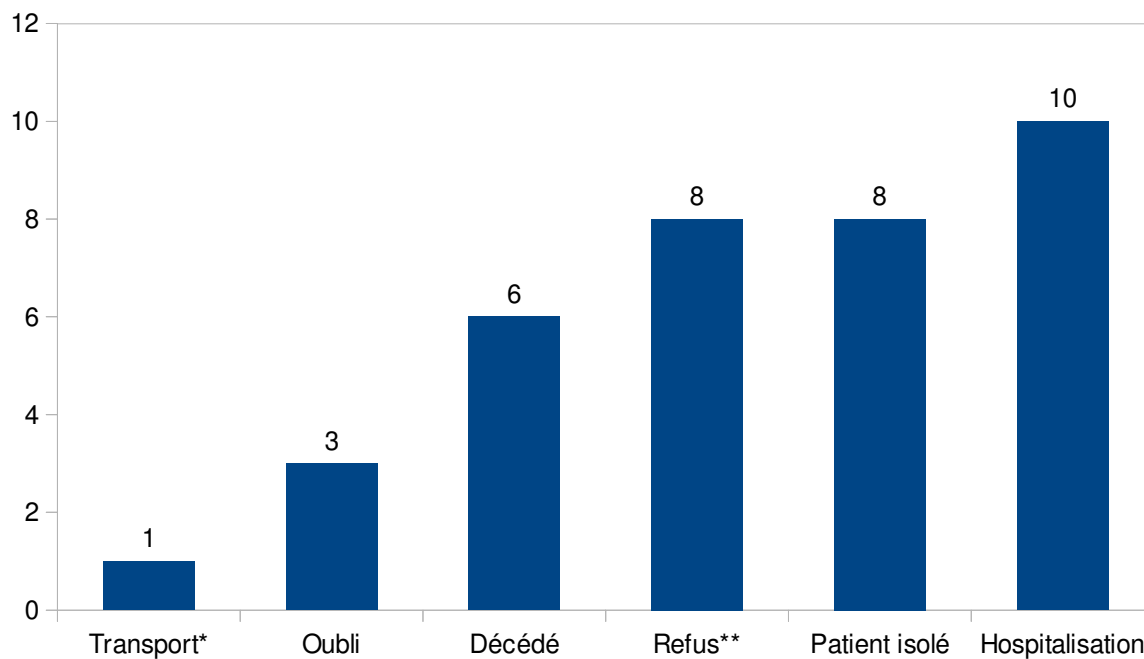
Figure 4: Suivi des patients en % selon le nombre de propositions, N= 100 patients



V. Motifs de non-suivi des recommandations selon le médecin traitant

36 patients n'ont pas suivi les recommandations de l'EMG-SP (figure 2), 3 motifs de non-suivi prédominaient parmi les 6 retrouvés. 10 patients n'ont pas suivi les recommandations en raison d'une hospitalisation. L'isolement et le refus du patient et/ou de son entourage représentaient les deux autres raisons principales de non-suivi (8 patients respectivement). Le décès du patient annule le suivi des recommandations chez 6 patients. Ces résultats sont retrouvés dans la figure 5.

Figure 5: Motifs de non-suivi des recommandations de l'EMG selon le médecin traitant, N=36 patients



Légende:

en ordonnée, le nombre de patients, en abscisse le motif de non suivi

** Problème lié au transport*

*** Refus du patient ou de l'entourage à la participation aux recommandations.*

VI. Survenue des événements intercurrents médicaux et familiaux

Du point de vue médical, 56% des patients n'ont présenté aucun événement intercurrent au décours de l'épisode de chute (figure 6).

- Parmi les patients ré-hospitalisés (N=15), 11 n'ont pas suivi les recommandations de l'EMG-SP. Parmi ces 15 patients, 8 patients ont bénéficié d'une proposition de consultation de gériatrie ou d'une HDJ. Les ré-hospitalisations concernaient toutes pathologies confondues dont les chutes. 4 décès sont survenus au décours de ces ré-hospitalisations.

- 24 patients ont présenté une récurrence de chute marquée ou non d'une hospitalisation au décours, dans l'intervalle de 4 mois après la chute. 9 patients n'ont pas suivi les recommandations. Parmi ces 24 patients, 12 ont bénéficié d'une proposition de consultation de gériatrie ou d'une HDJ.

- 6 patients présentaient une altération de l'état général, 2 patients sont décédés au décours.

Du point de vue familial, 83% des patients n'ont présenté aucun événement intercurrent (figure 7).

Selon le médecin traitant,

- 12 patients étaient isolés. Parmi eux, 7 n'ont pas suivi les recommandations.

- 4 patients avaient un entourage familial qui s'épuisait face aux difficultés rencontrées dans la perte d'autonomie.

Selon l'EMG,

- 15 patients ont été identifiés isolés, 5 patients n'ont pas suivi les recommandations.

Finalement, 4 patients sont identifiés isolés communément par l'EMG et le médecin traitant.

Figure 6: Événement médical intercurrent entre la chute du patient et l'appel au médecin traitant à 4 mois, N=100 patients

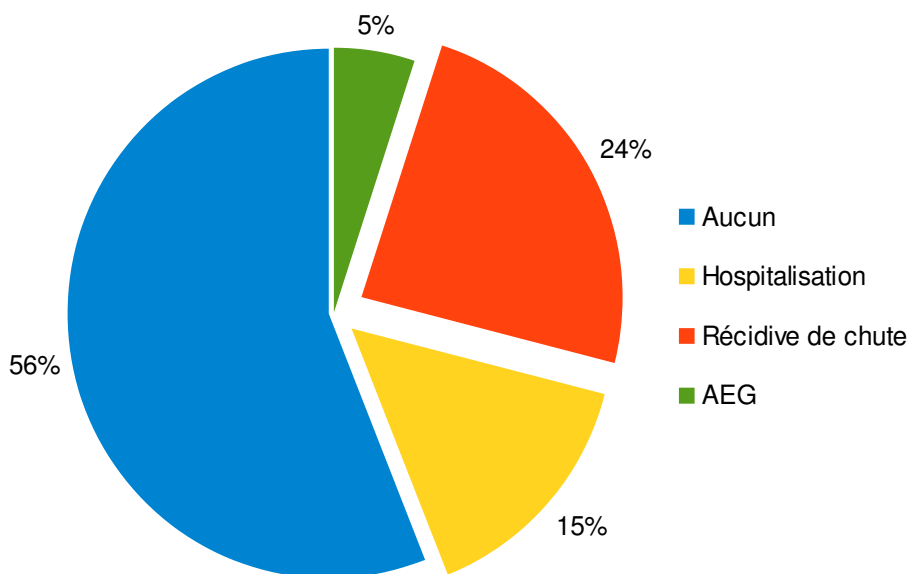
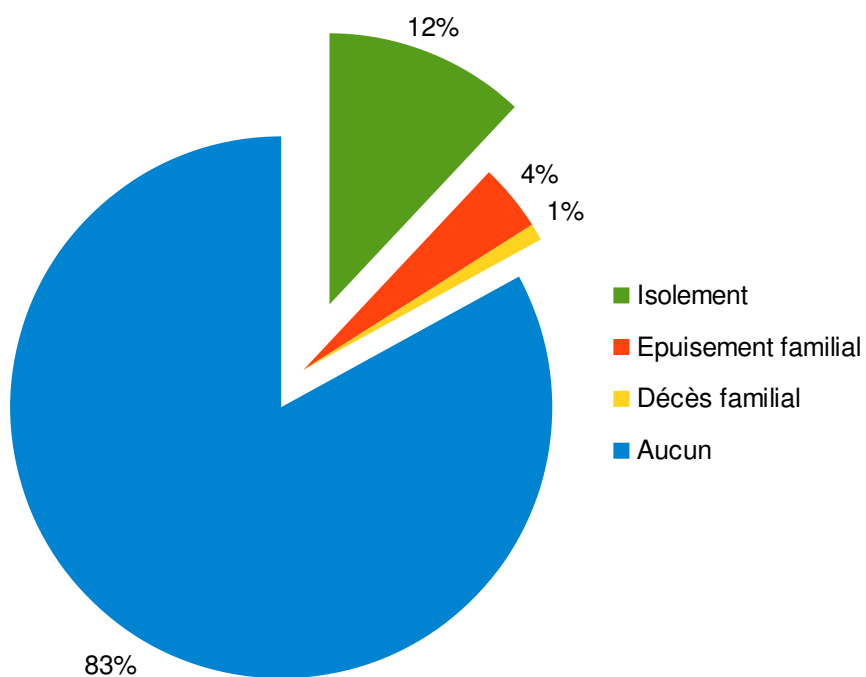


Figure 7: Événement familial intercurrent entre la chute du patient et l'appel au médecin traitant à 4 mois, N=100 patients



VII. Devenir du patient au cours de l'étude

- Concernant le suivi de notre population, la quasi-totalité des patients se trouvait à domicile ou en EHPAD (96 %) au moment de l'appel du médecin traitant par l'EMG-SP et 4% ont été ré-hospitalisés précocement. Il n'y a pas eu de décès immédiat au décours de la chute du patient.

- Quatre mois après la chute, 6% des patients étaient décédés et 5% étaient hospitalisés. Concernant le lieu de vie, approximativement 3/4 des patients vivaient à domicile (73%), tandis que 15% vivaient en EHPAD. Finalement, nous avons constaté que 8% des patients ont été institutionnalisés au cours des 4 mois de suivi (tableau 4).

Tableau 4: Devenir du patient au cours de l'étude, N=100 patients

Lieu de vie du patient au moment de la chute, N (%)	Domicile	93%
	EHPAD	7%
Devenir du patient au moment de l'appel de l' EMG, N (%)	Domicile	90%
	EHPAD	6%
	Décès	0%
	Hospitalisation	4%
Devenir du patient à 4 mois, N (%)	Domicile	73%
	EHPAD	15%
	Décès	6%
	Hospitalisation	5%
	Foyer logement	1%

VIII. Évaluation du lien Ville-Hôpital sur avis du médecin généraliste

Presque deux tiers des médecins traitants interrogés (63%) étaient spontanément satisfaits du lien ville-hôpital suite à l'appel de l'EMG-SP. Le dernier tiers des médecins généralistes était plus modéré avec une réponse de satisfaction moyenne (31%). Une faible partie des médecins sont peu voire non satisfaits par ce lien ville-hôpital, soit respectivement pour 4% et 2% d'entre eux (figure 8).

La figure 9 représente les citations les plus fréquentes des médecins généralistes ou les points de vue similaires regroupés en phrases-type.

Les médecins généralistes ont souvent rapporté le bénéfice pour leur patient d'avoir bénéficié d'un avis de l'EMG concernant leur prise en charge (26 citations). Ils ont cependant parfois critiqué les délais de consultations et d'interventions trop importants selon eux (8 citations). Le ressenti de solitude, évoqué par certains médecins (11 citations), apparaît lors des contacts téléphoniques principalement dans les prises en charge complexes de leur patient. Les médecins généralistes ont également fait revenir la critique récurrente du "délai de réception trop distant des comptes-rendus" (8 citations). Par ailleurs, l'appréciation du contact téléphonique ainsi que la disponibilité de l'EMG-SP a été verbalisée quelques fois (5 citations). Par ailleurs, la notion d'excès d'examens proposés par l'hôpital était citée par deux médecins. Enfin, pour une partie des médecins traitants, il est "nécessaire de poursuivre ce lien voire de le renforcer" (11 citations) dans le futur pour améliorer ce partenariat ville-hôpital.

Figure 8: Avis du médecin traitant vis à vis du lien Ville-Hôpital, N=100 avis

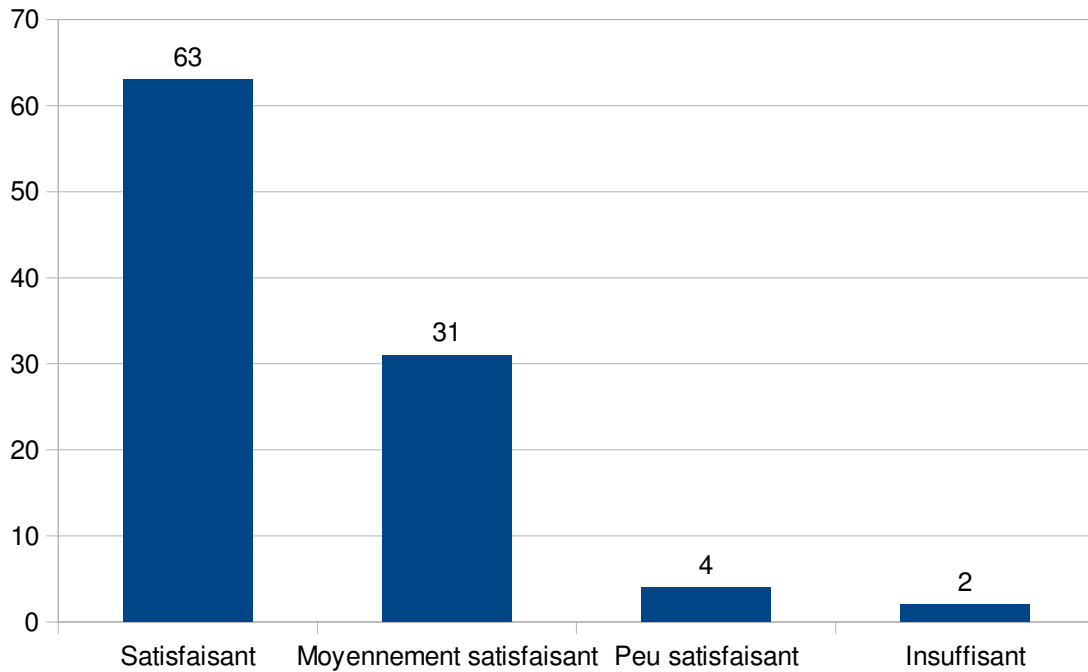
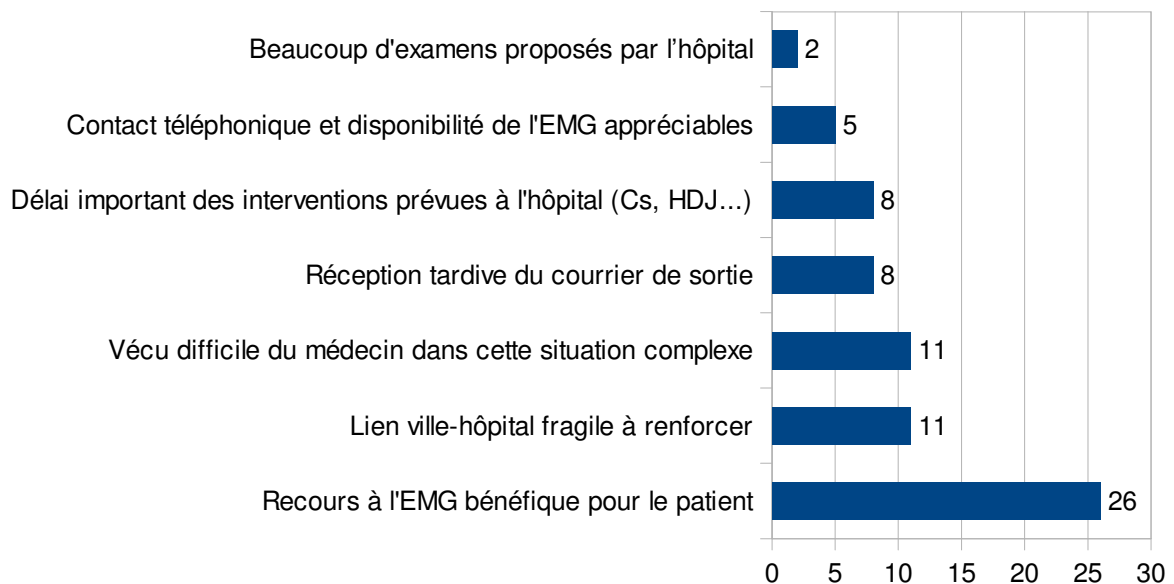


Figure 9: Avis personnel du médecin traitant au sujet du lien ville-hôpital, N=71 médecins



DISCUSSION

I. Suivi des recommandations

La discussion autour du suivi des recommandations des EMG nécessite de prendre en compte leur fonctionnement, propre à chaque centre.

Au CH-SP, nous avons obtenu un suivi des recommandations chez 64% des patients avec un critère de jugement rigoureux: quand un patient bénéficiait de plusieurs recommandations et n'avait pas suivi une seule de ces recommandations, nous l'avons considéré non observant. Nous nous sommes centrés sur le patient et le suivi des recommandations afin d'évaluer cette méthode de relecture du dossier médical par l'EMG-SP. Pourtant, dans la littérature, certaines études se sont intéressées au suivi des patients pris en charge par l'EMG avec des analyses centrées sur le type de recommandations (47,48).

Au sein même de notre travail, il a été intéressant de constater cette variabilité du taux de suivi selon le point de vue où l'on se place: selon le suivi du patient d'après le médecin traitant et le dossier informatique ou selon le suivi détaillé des recommandations de l'EMG. Cette variation est liée aux propositions pouvant être multiples pour un même patient.

Ainsi, dans notre étude, nous avons observé 153 recommandations proposées par l'EMG-SP avec un taux de suivi (75,2%) similaire à celui de l'étude réalisée par l'EMG de Grenoble (78,4%) (47). Même si notre résultat concorde avec cette étude, les recommandations diffèrent pourtant. L'EMG grenobloise proposait majoritairement des adaptations thérapeutiques sans consultation gériatrique ni HDJ à distance. Concrètement, l'EGS était réalisée au lit du patient, contrairement à notre étude qui proposait l'EGS suite à la relecture du dossier médical, à distance de l'épisode de chute.

Selon une enquête nationale de 2011 sur les pratiques de 14 EMG françaises, une EGS globale a été réalisée chez 35% des patients évalués par les EMG (49). Comparativement, dans notre étude, un quart des patients ont bénéficié d'une consultation

de gériatrie ou d'une HDJ chute en vue d'une évaluation plus complète des syndromes gériatriques de type EGS. Il s'agit ici d'un résultat partiel de l'activité globale de l'EMG-SP puisque ces EGS concernent uniquement les patients évalués par relecture du dossier médical.

Une autre étude a évalué rétrospectivement le RSG de Lille-Hellemes-Lomme avec analyse des patients ayant bénéficié d'une EGS à domicile (50). En moyenne 57% des propositions du RSG étaient appliquées par les patients et 28% des propositions d'HDJ chute étaient suivies (versus 56% dans notre étude). Comparer le suivi des patients et le suivi des recommandations est réellement complexe du fait des pratiques différentes des EMG. Dans la littérature, il apparaît une grande hétérogénéité concernant les EGS et leur suivi, avec un taux pouvant varier de 57 à 80 % (51,52).

Par ailleurs, après regroupement des recommandations en domaines distincts (médical, médico-social et à domicile), nous avons observé que les recommandations médicales, tous types confondus, étaient les plus fréquemment proposées par l'EMG-SP avec un taux de suivi de 69%. Sur nos 100 patients ayant chuté, présumés fragiles, l'EMG a réorienté en définitive peu de patients vers une prise en charge hospitalière: 36 consultations de gériatrie et 16 HDJ avec des taux de suivi respectifs de 44% et 56%.

Nous avons comparé au niveau régional, au CH de Douai, une consultation de gériatrie était proposée systématiquement aux PA admises aux urgences pour chute par envoi d'une convocation à leur domicile. Le taux de suivi de la consultation était supérieur à notre étude (62,4%) (48).

Parmi les autres recommandations médicales de l'EMG-SP, les modifications thérapeutiques avaient un taux de suivi élevé de 88%, concordant avec la littérature (47, 53).

Concernant les autres domaines de recommandations, les taux de suivi des recommandations médico-sociales et au domicile du patient apparaissent élevés de même que dans d'autres études réalisées sur le plan régional (50).

Comparativement à l'étude de Morin et al, nous avons obtenu un taux de suivi des recommandations sociales supérieur (82% versus 66%) ainsi que pour les recommandations au domicile (84% versus 70%). Dans cette étude grenobloise, il apparaît que les recommandations les plus souvent proposées sont également les plus suivies (47). Or, ce constat n'est pas retrouvé dans notre étude: les consultations de gériatrie représentaient les recommandations les plus fréquemment proposées (36 consultations) avec un taux de suivi inférieur (44%). Ce taux peut s'expliquer par la faisabilité du type de recommandation. En effet, les adaptations thérapeutiques sont des propositions aisément mises en place et rapidement réalisables par le médecin, contrairement aux consultations de gériatrie soumises au délai de consultation ainsi qu'à la participation du patient, elle-même dépendante de plusieurs facteurs (refus du patient, possibilités de déplacement, présence d'un accompagnant...).

II. Variabilité du taux de suivi

Nous avons constaté dans notre étude que les patients qui bénéficiaient d'une seule proposition étaient majoritaires avec des taux de suivi supérieurs aux patients bénéficiant de plusieurs propositions. En effet, le nombre de propositions de l'EMG-SP par patient est faible avec une moyenne de 1,5 recommandations proposées avec un taux de suivi global de 75,2% (115/153 recommandations suivies au total). Plus de la moitié des patients (58%) bénéficiaient d'une seule proposition avec un taux de suivi de 72%. Le taux de suivi diminuait à partir de 2 et 3 propositions avec des valeurs respectives de 53% et 44%.

Dans l'étude de Morin et al, le nombre moyen de recommandations par patient était supérieur à notre étude (7,2 recommandations par patient versus 1,5) (47). Ces variations

étaient liées à des pratiques différentes selon les EMG, même si l'avenir tend à une uniformisation des pratiques et à l'harmonisation de leur évaluation par les ARS françaises. Cependant, dans la littérature, les recommandations sont mieux suivies quand leur nombre est réduit (4 à 5 maximum) et quand elles sont hiérarchisées (47,51,54). Actuellement, l'EMG-SP ne hiérarchise pas les recommandations, ceci probablement en raison du faible nombre de propositions par patient.

De plus, il est probable que ce nombre inférieur de propositions soit lié à la discussion préalable avec le médecin traitant. En effet, cette communication favorise en amont la pertinence des recommandations, ce qui évite des propositions inadaptées ou non réalisables.

D'autres facteurs influençant notamment l'adhésion du médecin traitant aux recommandations ont déjà été identifiés dans la littérature (51-55): la perception du bénéfice de la recommandation, la perception de la facilité d'exécution de la recommandation et la perception d'une éventuelle responsabilité médico-légale en cas de non-respect de la recommandation (47).

Dans notre étude, la bonne adhésion aux recommandations ambulatoires est sans doute liée à l'entente téléphonique préalable entre l'EMG-SP et les médecins généralistes, notamment concernant la mise en œuvre d'interventions ambulatoires (prescription d'examens complémentaires, modifications thérapeutiques, prescription pour le passage infirmier à domicile pour la délivrance des traitements...). De plus, l'intervention de l'EMG-SP (appels du CLIC, du RSG et MAIA) constitue un renfort important pour le médecin traitant dans la mise en place de mesures médico-sociales.

III. Motifs de non-adhésion et événements intercurrents

Les motifs de non-adhésion aux recommandations de l'EMG-SP prédominants

étaient: les ré-hospitalisations (28%), l'isolement (22%) et le refus du patient et/ou de son entourage (22%). Bien qu'il ne s'agisse pas de notre critère de jugement principal, nous avons porté notre intérêt sur les patients ré-hospitalisés ainsi que les patients chuteurs récidivants.

- Parmi les patients ré-hospitalisés (N=15), nous avons remarqué que l'EMG-SP a proposé une consultation de gériatrie ou une HDJ pour la moitié d'entre eux (8 patients). Cependant, seulement un patient a participé à une de ces recommandations. La ré-hospitalisation est probablement l'événement faisant obstacle à la participation des patients et responsable du faible taux de suivi des recommandations chez ces patients. Ce résultat confirme que la réduction des ré-hospitalisations reste un enjeu majeur pour améliorer le suivi des patients aux recommandations. Dans la littérature, certains travaux suggèrent de coupler EGS et suivi rapproché à domicile (56).

- De même, parmi les patients ayant présenté une récurrence de chute (N=24), également la moitié des patients (12 patients) ont bénéficié d'une proposition de consultation de gériatrie ou d'une HDJ avec en définitive, seulement 5 patients ayant réalisé ces propositions.

L'EMG-SP a donc présenté certaines difficultés pour cibler les patients à risque d'être ré-hospitalisés précocement ou de présenter une récurrence de chute. Ces difficultés pourraient être réduites en amont en renforçant le repérage précoce de ces patients à haut risque par les médecins urgentistes. Cependant, la question du repérage de la fragilité aux urgences reste actuelle et les pratiques ne sont pas harmonisées. Les scores de repérage existants sont nombreux et controversés. L'étude récente de GRAF et al a comparé les scores ISAR et TRST. Ces outils ont été conçus pour les patients âgés de 65 ans et plus. Cependant leur spécificité diminue au-delà de 75 ans, classant tous les individus à haut risque. Même ces scores modifiés ne sont pas suffisamment précis pour être utilisés en pratique quotidienne aux urgences pour détecter des risques élevés de

fragilité. Enfin, ces outils de dépistage étudiés ont un faible pouvoir prédictif pour évaluer le risque de réadmission des PA aux urgences à 1, 3, 6 et 12 mois (10,28). Cela peut expliquer l'absence d'utilisation de ces scores en pratique. Finalement, l'entretien téléphonique entre l'EMG-SP et le médecin traitant aurait pu pallier à ces scores, mais les patients ré-hospitalisés ou chuteurs récidivants n'ont pas été différenciés précocement des autres patients au décours de cet épisode d'alerte.

- De surcroît, nous avons rencontré des difficultés et des divergences concernant le repérage des patients isolés. En effet, 12 patients étaient isolés selon le médecin traitant versus 15 selon l'EMG-SP. Seulement 4 patients étaient identifiés isolés communément par l'EMG et le médecin traitant. Ces différences étaient sans doute liées à l'interprétation du dossier médical par l'EMG en l'absence de rencontre physique du patient et/ou de son entourage (biais d'information). Dans le parcours de soins des patients suivis par l'EMG-SP, le patient n'est pas informé directement par l'EMG: le médecin traitant a le rôle d'informer le patient en complément de l'envoi des convocations du secrétariat concernant principalement les consultations de gériatrie et les HDJ. Ainsi, les motifs de non-adhésion tels que l'isolement et le refus du patient pourraient être améliorés en renforçant les mesures de communication, d'information et d'implication du patient en s'appuyant sur l'environnement porteur (47,57-59) ainsi que par information directe du patient par l'EMG en renfort du médecin traitant. Un rappel proche du rendez-vous de consultation permettrait également de limiter les oublis ou de préparer le transport avec un accompagnant.

IV. Validité externe, limites et biais

Concernant la validité externe de notre étude, la population était principalement composée de PA de sexe féminin (80%) avec une moyenne d'âge de 85 ans. Ces résultats concordaient avec les études françaises similaires (47,48).

La lecture du dossier médical et l'appel des médecins traitants par l'EMG-SP étaient effectués relativement rapidement (délai médian de 4 jours) au décours de la chute. Ces actions ont favorisé une fluidité des informations communiquées au médecin traitant. De plus, les appels téléphoniques à 4 mois ont permis de compléter certaines prises en charge, par exemple, le rappel du patient à se rendre à une consultation.

Notre étude comporte des limites: l'effectif de patients est restreint (100 patients) avec un suivi court de 4 mois. De plus, notre travail est réalisé dans un seul centre hospitalier. Ceci est limitant pour évaluer l'impact du taux de suivi et le devenir des patients sur le long terme alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur en gériatrie.

Par ailleurs, l'appréciation de la mise en œuvre des recommandations est délicate. L'information recueillie est en partie fondée sur la déclaration du médecin traitant avec un potentiel biais de mémorisation que nous avons néanmoins en partie contourné en recoupant certaines informations avec le dossier informatique de l'hôpital. Par exemple, le fichier informatique permettait de connaître la participation ou non des patients aux consultations réalisées ainsi que certains événements intercurrents comme les ré-hospitalisations au CH-SP.

De plus, il apparaît important de préciser que notre étude ne comporte pas d'indicateur de fragilité alors qu'il s'agit d'une notion fondamentale dans notre thématique de chute. Néanmoins, après réflexion entre les différents acteurs de notre étude (urgentistes, gériatres et médecin généraliste), nous avons pris la décision de ne pas utiliser de scores de fragilité, car ils sont peu spécifiques et peu utilisés en routine (28).

Basée sur la méthode de relecture des dossiers médicaux, l'EMG-SP n'évalue pas le patient physiquement. Pourtant, comme cela a déjà été retrouvé dans plusieurs études, l'intervention des EMG est limitée sans intervention directe sur le patient (60,61).

A titre d'exemple et comparatif, les EMG proposent des interventions différentes selon les centres:

Au CHRU de Lille, les urgences et l'unité d'hébergement temporaire bénéficient d'une permanence de l'EMG avec intervention au lit du patient tous les après-midis des jours ouvrables de la semaine suite à la demande du médecin urgentiste. Dans ce fonctionnement, l'EMG intervient pour des patients de plus de 75 ans admis pour chute et pour des patients repérés par le médecin urgentiste qui souhaite l'avis de l'EMG. Les PA de plus de 75 ans admises pour chute bénéficient également systématiquement d'un avis de l'assistante sociale. Les évaluations gériatriques sont alors proposées par l'EMG si nécessaire, cependant sont exclus les patients en EHPAD (HDJ non recommandées).

Au CH de Seclin, l'EMG intervient uniquement sur appel du médecin urgentiste les jours ouvrables. Il n'existe pas à ce jour de permanence gériatrique ni de protocole pour les patients chuteurs aux urgences. Cependant, un protocole a été mis en place dans le service de traumatologie où l'infirmier(e) du service sollicite l'EMG pour une évaluation globale au lit du patient chuteur.

Au CH de Douai, actuellement, il n'y a pas de protocole concernant le patient chuteur aux urgences. L'EMG intervient également sur appel du médecin urgentiste.

Au CH de SP, les interventions de l'EMG aux urgences sont limitées de part l'absence d'une permanence gériatrique. Cette unité intervient uniquement sur appel du médecin urgentiste. C'est pourquoi, depuis 2004, une sélection des dossiers des patients de plus de 75 ans admis pour chute était instaurée afin que ces PA bénéficient alors d'un avis gériatrique suite à la lecture du dossier médical.

Les différents fonctionnements des EMG sont propres à chaque CH et leur activité est dépendante des moyens humains et financiers qui leur sont accordés. Cependant, cette

activité de relecture du dossier médical par l'EMG-SP n'est pas à ce jour validée ni valorisée par l'ARS.

Par ailleurs, une des richesses de notre étude était que tous les médecins traitants ont été identifiés et nous avons eu la possibilité de discuter avec eux facilement de la prise en charge de leur patient. Cela témoigne d'une bonne coopération entre la médecine de ville et l'EMG, ce qui incite à poursuivre ce type de prise en charge dans le futur. Ainsi, l'activité de l'EMG-SP se situe dans le cadre des missions de l'ARS en terme d'intégration du médecin traitant et de coordination des soins (15). Il s'agit bien là que l'activité de l'EMG-SP soit valorisée et pérennisée par l'ARS lors du prochain PRS.

Pour pallier l'absence de rencontre physique du patient inhérente au fonctionnement actuel de l'EMG-SP, un moyen serait d'intégrer un soignant spécialisé en gériatrie au SAU pour renforcer le repérage de la fragilité de la PA.

V. Avis des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont apprécié l'avis d'expert apporté par l'EMG-SP, ainsi que la mise en place d'aides, facilitée par le réseau. Les médecins traitants ont ainsi souvent souligné l'accès bénéfique à une prise en charge adaptée de leur patient, en collaboration avec l'EMG de même que dans l'étude récente de Canali et al (62). Cependant, les médecins ont parfois évoqué leur vécu et les difficultés rencontrées lors de l'isolement ou du refus de prise en charge du patient ainsi que lors de la perte d'autonomie. Ces réalités ont également été mises en évidence dans une étude française récente (63). Par ailleurs, la communication par envoi des courriers au médecin traitant reste un sujet récurrent et important. Les médecins traitants apprécient l'appel respectueux de l'EMG-SP pour la mise en œuvre des recommandations en insistant sur la nécessité de poursuivre ce lien voire de le renforcer" dans les années à venir pour améliorer le partenariat ville-hôpital. Par ailleurs, certains médecins proposent qu'en cas

de défaut d'appel de l'EMG, un courrier temporaire soit envoyé. Il s'agit bien d'améliorer cette communication afin d'améliorer la continuité de soins des patients (64).

L'activité singulière de l'EMG-SP par relecture du dossier médical, avec contact systématique du médecin traitant, propose un modèle de communication très intéressant. L'EMG-SP, par ce moyen d'intervention actionne une cascade d'actions raisonnables avec accord et soutien du médecin traitant. Les recommandations prennent alors tout leur sens grâce aux ressources apportées par l'EMG (expertise médico-psycho-sociale) et par le médecin traitant (connaissance du suivi du patient et de son environnement). Les enjeux se concentrent donc sur le lien ville-hôpital et à sa manière, l'EMG-SP y participe.

CONCLUSION

En conclusion, nous avons mis en évidence les points suivants:

- Les consultations de gériatrie ainsi que les HDJ constituent les principales recommandations proposées par l'EMG-SP. Cependant, l'amélioration de la participation de ces patients à ces mesures représente une des missions principales à atteindre pour les médecins traitants, les urgentistes et l'EMG. Toutefois, sur l'ensemble des propositions émises par l'EMG-SP, le suivi global des recommandations est satisfaisant.

- Le non-suivi des recommandations de l'EMG est accompagné d'un taux élevé de refus ou d'incapacité de participation des patients, d'autant plus que la PA est isolée. Il nous semble nécessaire de renforcer les moyens pour informer et impliquer davantage la PA et son entourage dans le suivi des recommandations.

- Les médecins généralistes ont apprécié la prise en charge de leur patient au décours de la chute ainsi que la communication directe avec l'EMG-SP. Bien que l'EMG-SP ne voit pas physiquement le patient, celle-ci participe au décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. Finalement, ce partenariat médecin traitant / EMG-SP est un exemple de succès de lien ville-hôpital.

Au terme de ce travail multidisciplinaire, nous avons observé que les acteurs de notre étude: urgentistes, gériatres et médecins traitants ont tous un rôle et un lieu d'action qui leur est propre. Néanmoins, ces acteurs sont inter-dépendants et leur collaboration est indispensable pour une prise en charge globale optimale de la PA.

En perspective de ce travail, l'enjeu majeur sera de soutenir et de renforcer cette collaboration ainsi que le lien ville – hôpital pour privilégier la qualité de vie des PA. Idéalement, ce partenariat doit permettre de limiter et de prévenir le recours aux urgences en aidant le médecin traitant à repérer et adresser de façon optimale la PA vers une

intervention gériatrique spécialisée avant que la PA ne bascule vers la dépendance. Ce partenariat doit ainsi aider le médecin traitant à repérer ce moment charnière.

Au-delà des chiffres et des statistiques, notre étude met en lumière un indice de qualité du travail de l'EMG-SP: tous les médecins traitants de notre étude ont participé et ont fait preuve de disponibilité et d'intérêt quant à la prise en charge de leur patient par l'EMG-SP. En perspective, les travaux de recherche futurs pourront être portés par ce partenariat EMG / médecin traitant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Plan solidarité grand âge 2007-2012: [Internet]. Available from: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age.pdf.
- 2. Circulaire DHOS/O 2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. Available from: <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2012/11/circulaire-fili%C3%A8re-g%C3%A9riatrique.pdf>
- 3. 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, réseaux et coordination*. 2002; 100(1):131–47.
- 4. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées : une expertise collective de l'Inserm [Internet]. Available from: <https://www.inserm.fr/espace-journalistes/activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-une-expertise-collective-de-l-inserm>
- 5. Cheng S-H, Chen C-C, Hou Y-F. A Longitudinal Examination of Continuity of Care and Avoidable Hospitalization: Evidence From a Universal Coverage Health Care System. *Arch Intern Med*. 2010; 170(18):1671–7.
- 6. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
- 7. Dubois M, Lorthiois J, Mansour S, Fleury M, Ballouche N, Blanc P, et al. Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ? *Gérontologie et société*. 2008; 126(3):91–103.
- 8. Le livre blanc « Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles » 2015. https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/20150303_cp_chu_toulouse_publication_livre_blanc_gerontopole.pdf
- 9. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013; 381(9868):752–62.

- 10. Graf CE, Giannelli SV, Herrmann FR, Sarasin FP, Michel J-P, Zekry D, et al. Can We Improve the Detection of Old Patients at Higher Risk for Readmission After An Emergency Department Visit? *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(7):1372–3.
- 11. Bloch F. Not only the traumatic falls in elderly subjects requires awareness but all the falls even those hitherto regarded as unimportant. *Eur J Epidemiol.* 2014; 29(9): 663–4.
- 12. Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) [Internet]. Available from: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgasavie2-c-n-2001-224-du-18-mai-2001-relative-aux-centres-locaux-dinformation-et-de-coordination-clic-modalites-de-la-campagne-de-labellisation-pour-2001/>
- 13. MAIA : une méthode pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées | CNSA [Internet]. Available from: <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>
- 14. L'ESPRAD Chute et Autonomie [Internet]. Available from: <https://www.ghicl.fr/personnes-agees-handicap-dependance/esprad-chute-autonomie.html>
- 15. NPDC 2012-2017 | Agence régionale de santé Hauts-de-France [Internet]. Available from: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/npdc-2012-2017>
- 16. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee [Internet]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- 17. OMS | Les chutes [Internet]. WHO. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- 18. Siracuse JJ, Odell DD, Gondek SP, Odom SR, Kasper EM, Hauser CJ, et al. Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. *Am J Surg.* 2012; 203(3):335–338.
- 19. Campbell AJ, Robertson MC. Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. *Age Ageing.* 2007; 36(6):656–62.

- 20. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. 2009. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
- 21. Launay C, Annweiler C, de Decker L, Kabeshova A, Beauchet O. Early hospital discharge of older adults admitted to the emergency department: effect of different types of recommendations made by a mobile geriatric team. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(6):1031–3.
- 22. Defebvre MM, Puisieux F. Les filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais: analyse huit ans après la circulaire de 2007. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2016; 64(5), 341-349.
- 23. Dreuil D, Boury D. Autour du vieillissement: le normal, le pathologique et le fragile. *Actualité de Georges Canguilhem. Éthique & Santé.* 2010; 7(1); 36-41.
- 24. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 ;56(3):M146-156.
- 25. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;14(2):142–148.
- 26. Schoene D, Wu SM-S, Mikolaizak AS, Menant JC, Smith ST, Delbaere K, et al. Discriminative ability and predictive validity of the timed up and go test in identifying older people who fall: systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(2):202–8.
- 27. Bissett M, Cusick A, Lannin NA. Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age Ageing.* 2013 ;42(2):163–72.

- 28. Duc S, Fernandez C, Moheb B, Dang VM, Bloch F, Floccia M, et al. [Triage risk screening tool (TRST) in screening elderly patients requiring the intervention of a mobile geriatric team: results of a pilot study]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2015;13(1):55–62.
- 29. Haute Autorité de Santé - Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
- 30. Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K, Becker C, Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensus Group. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(9):1618–22.
- 31. Hauer K, Lamb SE, Jorstad EC, Todd C, Becker C, PROFANE-Group. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age Ageing*. 2006; 35(1):5–10.
- 32. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C. Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999; 353(9147):93–7.
- 33. Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo MET. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. *Age Ageing*. 2004; 33(2):122–30.
- 34. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50(5):905–11.
- 35. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004; 328(7441):680.

- 36. Scheffer AC, Schuurmans MJ, van Dijk N, van der Hooft T, de Rooij SE. Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age Ageing*. 2008; 37(1):19–24.
- 37. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006; 35 Suppl 2:ii37-ii41.
- 38. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003; 348(1):42–9.
- 39. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(10):1172–81.
- 40. Haute Autorité de Santé - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. 2005. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
- 41. Maeker E, Bombois S, Pardessus V, Tiberghien F, DiPompeo C, Thevenon A, Puisieux F. Troubles cognitifs et chutes: l'expérience de la consultation multidisciplinaire de la chute de Lille. *Revue Neurologique*. 2005. 161(4), 419-426.
- 42. Robinet P, Puisieux F. [French geriatric day hospitals managing falls]. *Sante Publique*. 2014; 26(6):795–801.
- 43. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(1):148–57.
- 44. Haute Autorité de Santé. Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles concernant l'évaluation du risque de chute chez le sujet âgé autonome et sa prévention.[Internet]. 2013. Available from: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013->

04/referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonomie_et_sa_prevention.pdf

- 45. SFMU. 10ème conférence de consensus concernant la prise en charge de la personne âgée aux urgences.[Internet]. 2003. Available from: http://www.sfm.org/upload/consensus/pa_urgs_court.pdf
- 46. Schwald N, Bach F, Marchand P, Chiffroy D, Natali J. P, Bloch F. Intérêt de l'optimisation du retour au domicile après une chute pour prévenir la survenue d'une nouvelle chute. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2015; 15(88), 191-193.
- 47. Morin T, Lanièce I, Desbois A, Amiard S, Gavazzi G, Couturier P. Evaluation of adherence to recommendations within 3 months after comprehensive geriatric assessment by an inpatient geriatric consultation team. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2012; 10(3):285–93.
- 48. Pertinence d'une consultation gériatrique dédiée aux patients âgés de plus de soixante quinze ans à distance de leur admission aux urgences pour chute. À propos de 141 patients pris en charge au centre hospitalier de Douai. [Internet]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2395>
- 49. Salles, N. Enquête nationale sur les pratiques des équipes mobiles de gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *Revue de Gériatrie*. 2012. 37, 738-41.
- 50. Suivi des recommandations faites par le réseau de soins gérontologiques de Lille-Hellemmes-Lomme en 2012 [Internet]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1605>
- 51. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH, McGuigan KA, Maly RC. A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc*.1999; 47 : 269-76.
- 52. Aminzadeh F. Adherence to recommendations of community based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age Ageing*. 2000; 29:401-7.

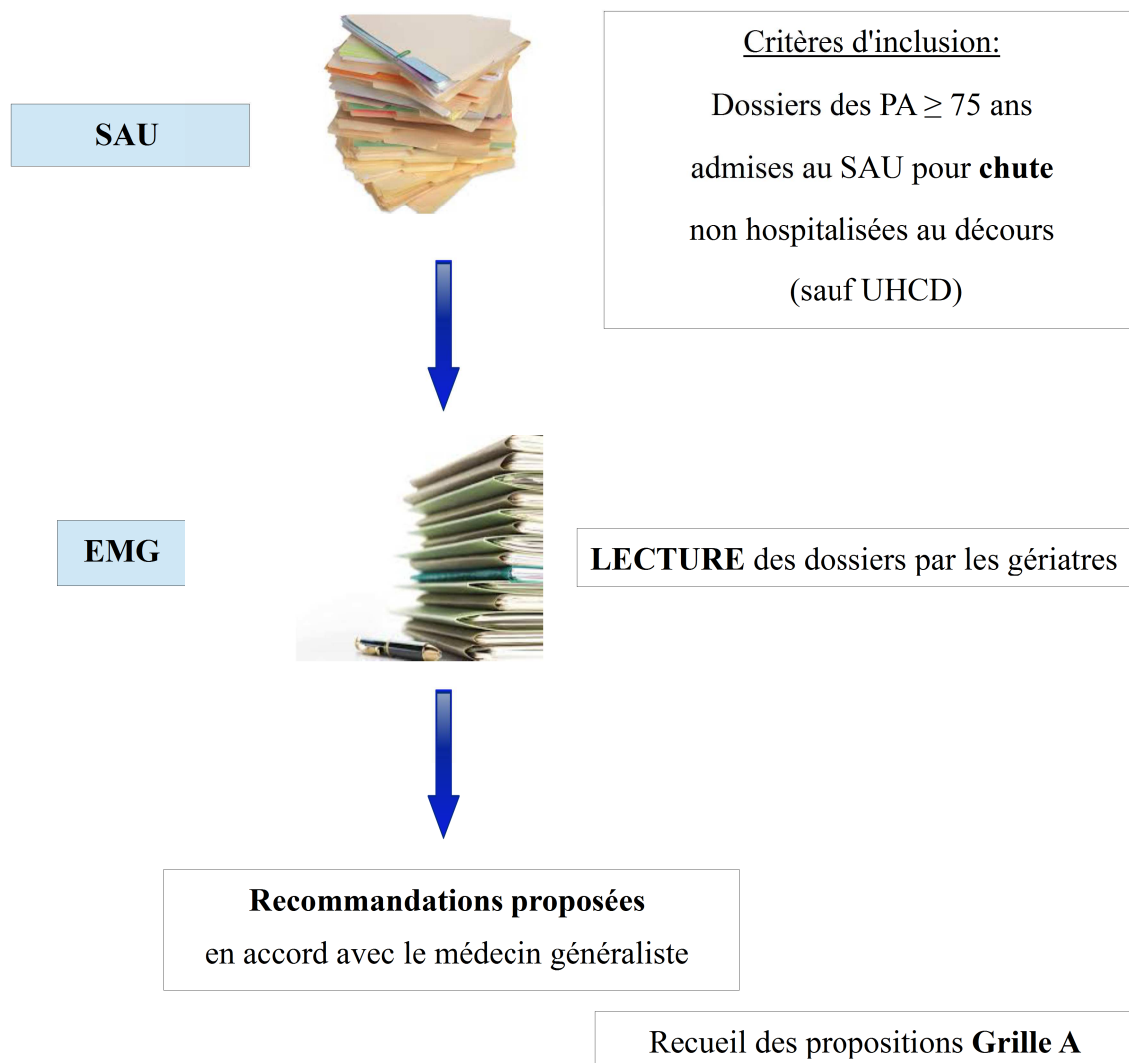
- 53. Reed RL, Kligman EW, Weiss BD. Comprehensive geriatric assessment recommendations: adherence of family practice residents. *J Fam Pract.* 1990; 31 : 389-92.
- 54. Reuben DB, Maly RC, Hirsch SH, Frank JC, Oakes AM, Siu AL, et al. Physician implementation of and patient adherence to recommendations from comprehensive geriatric assessment. *Am J Med.* 1996; 100 : 444-51.
- 55. Maly RC, Leake B, Frank JC, DiMatteo R, Reuben DB. Implementation of consultative geriatric recommendations: the role of patient primary care physician concordance. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50:1372-80.
- 56. Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K. Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *J Am Geriatr Soc.* 2009 ;57:395-402.
- 57. Esmail R, Brazil K, Lam M. Compliance with recommendations in a geriatric outreach assessment service. *Age Ageing.* 2000; 29:353-6.
- 58. Hill KD, Moore KJ, Dorevitch MI, Day LM. Effectiveness of falls clinics: an evaluation of outcomes and client adherence to recommended interventions. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56:600-8.
- 59. Bogardus ST, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT, Inouye SK. Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:99-105.
- 60. Steenpass V, Amiard S, Garnier V, Deschasse G, Laniece I, Couturier P. Les équipes mobiles de gériatrie servent-elles à quelque chose? Données de la méta-analyse Cochrane et expérience du CHU de Grenoble. *La Revue de Gériatrie.* 2012;37(9).
- 61. Stuck AE, Liffie S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ.* 2011;27;343.

- 62. Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique: une étude qualitative. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 2016;16(91), 53-58.
- 63. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson JL, Couturier P. Difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe: place des équipes mobiles. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2016;14(1), 23-30.
- 64. Alao O, Anceaux F, Beuscart R, Beuscart-Zéphir MC, Brunetaud JM, Renard JM. La communication ville-hôpital: un modèle pour améliorer la continuité des soins. *Les Cahiers du numérique*. 2001; 2(2), 37-55.

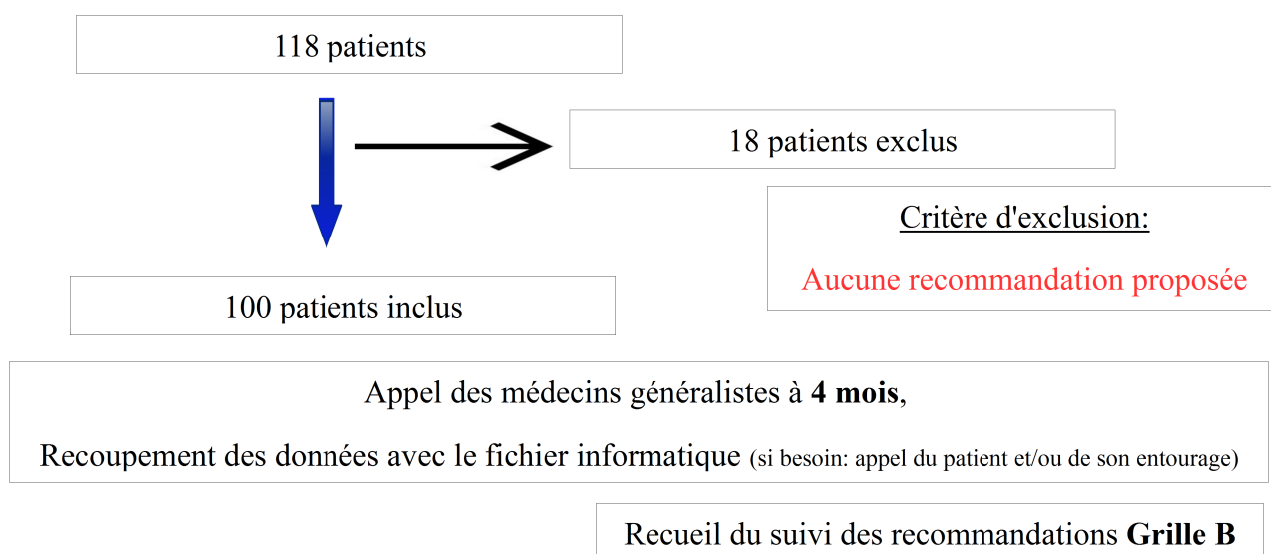
ANNEXES

Méthodologie et Flow chart

Phase 1: SELECTION des dossiers médicaux



Phase 2: RECUEIL du critère de jugement principal et autres données de suivi:



Grille A Recueil des données par les gériatres

<u>1ère partie administrative</u>	Étiquette du patient
Nom et coordonnées du médecin traitant	Nom : Ville : Tél :
Coordonnées du patient	Tél :
Nom et coordonnées de la personne de confiance à prévenir et la préciser	Nom : Lien familial : Tél :
<u>2ème partie</u>	Date de lecture du dossier :
Action réalisée par l'EMG	<input type="checkbox"/> Appel MT <input type="checkbox"/> Appel Clic, RSG, MAIA... <input type="checkbox"/> Autre:
Préciser le devenir du patient au moment de l'appel de l'EMG	<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Autre:
Proposition(s) de l' EMG	<input type="checkbox"/> Lien Clic <input type="checkbox"/> Lien RSG <input type="checkbox"/> Lien MAIA <input type="checkbox"/> Modification du traitement <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée, hors gériatrie <input type="checkbox"/> Consultation de gériatrie <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/> IDE pour délivrance des traitements <input type="checkbox"/> Lien ESPRAD chute <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux : kinésithérapie, ... <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Mesure de protection juridique <input type="checkbox"/> Mise en place ou modification du plan d'aide <input type="checkbox"/> Biologie <input type="checkbox"/> Imagerie <input type="checkbox"/> Autre

**Grille B Recueil des données après appel du médecin traitant à 4 mois
et après recoupement des informations avec le dossier informatique**

Date de l'appel :

Méthode de recueil des informations:

- Médecin traitant Informatique Patient Entourage

Le patient a-t- il suivi la ou les recommandation(s) proposées par l'EMG ?

- oui (toutes) non (1 ou plusieurs manquantes)

Quelle a été la ou les recommandation(s) suivie(s) par le patient ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lien Clic | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| <input type="checkbox"/> Lien RSG | <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux |
| <input type="checkbox"/> Lien MAIA | <input type="checkbox"/> Lien ESPRAD chute |
| <input type="checkbox"/> Mise en place ou modification du plan d'aide | <input type="checkbox"/> Mesure de protection juridique |
| <input type="checkbox"/> Modification du traitement | <input type="checkbox"/> IDE pour délivrance des TTT |
| <input type="checkbox"/> Consultation de gériatrie | <input type="checkbox"/> HDJ |
| <input type="checkbox"/> Consultation spécialisée, hors gériatrie | <input type="checkbox"/> Biologie |
| <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Imagerie |

Devenir du patient au moment de notre appel à 4 mois:

- Domicile Hospitalisation Décès EHPAD Autres :

Motif(s) de non participation du patient :

- Décédé Oubli Isolé Hospitalisation Problème de transport

Événement intercurrent:

- Problème médical intercurrent : Problème familial intercurrent :

Appréciation du lien ville-hôpital:

- Satisfait Moyennement satisfait Peu satisfait Insuffisant

- Commentaire :

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-04-05

Intitulé de la recherche : Etude du suivi des propositions de l'équipe mobile de gériatrie du CH de St Philibert (EMG-SP) à partir de la relecture des dossiers des patients âgés chuteurs

Investigateur ou responsable du projet : Mme Mathieu Lucille

Promoteur : GHICL

Lieu où se déroule la recherche : GHICL

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...) : Grille CIER, lettre d'information

Date de réunion du comité restreint d'éthique : 21/04/2016

Personnes ayant délibéré :

- ✓ Un expert médical : Dr Amélie LANSIAUX
- ✓ Le responsable adjoint du Département de recherche Médicale

Avis du comité d'éthique du GHICL

- ✓ **Avis favorable sans restriction**
- Avis favorable avec demande de modifications** (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
- Avis défavorable**
 - motivations :
 - recommandations :

Le président du comité d'éthique du GHICL

Nom : DECOSTER Anne

Date :

Signature :

l'Expert médical du GHICL

Nom : BAUMELOU Elisabeth

Date :

Signature :

AVIS FAVORABLE SANS RESTRICTION

AUTEUR : MATHIEU LUCILLE

Date de Soutenance : 11 Octobre 2017

Titre de la Thèse : Suivi des propositions de l'équipe mobile de gériatrie chez les patients âgés chuteurs aux urgences de l'hôpital Saint Philibert.

Thèse - Doctorat en Médecine - Lille 2017

DES et Spécialité : Médecine générale

Mots-clés : chute; consultation de gériatrie; équipe mobile de gériatrie; hospitalisation de jour chute; médecin généraliste; sujets âgés; urgences.

Résumé :

Contexte : Les équipes mobiles de gériatrie (EMG) ciblent la personne âgée fragile. La prévention de la chute dans cette population constitue un enjeu actuel de santé publique ainsi qu'une des missions des EMG. Actuellement, il existe peu d'études concernant l'évaluation des interventions de ces unités. Or, leur évaluation est complexe mais indispensable pour adapter les pratiques futures face au vieillissement croissant. Nous nous sommes intéressés au travail de l'EMG du centre hospitalier (CH) de Saint Philibert (SP) qui offre un regard gériatrique particulier par relecture du dossier médical. Ainsi, l'EMG-SP propose des recommandations chez les patients de 75 ans et plus, admis aux urgences pour chute.

Notre objectif était d'évaluer la participation des patients aux propositions de l'EMG-SP.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, prospective et nous avons décrit une cohorte de 100 patients chuteurs de février 2016 à janvier 2017. Quatre mois après la chute, nous avons évalué la participation des patients aux recommandations de l'EMG en contactant par téléphone les médecins traitants ainsi que par recoupement des données avec le dossier informatique. Parallèlement, nous avons interrogé ces médecins généralistes afin d'évaluer la qualité du lien ville-hôpital.

Résultats : Nous avons observé une participation aux recommandations de l'EMG-SP chez 64% des patients. Au total, 115/153 recommandations proposées étaient suivies (75,2%). Ces recommandations concernaient fréquemment la prise en charge médicale: 36 consultations de gériatrie (taux de suivi 44%), 16 hospitalisations de jour (taux de suivi 56%) et 24 modifications thérapeutiques (taux de suivi 88%). Enfin, la majorité des médecins généralistes (63%) a apprécié la prise en charge proposée par l'EMG-SP.

Conclusion : Le suivi global des patients aux recommandations de l'EMG-SP est satisfaisant. De plus, notre travail met en lumière un partenariat réussi entre les médecins traitants et l'EMG. Toutefois, il semble nécessaire de soutenir et de renforcer ce lien ville-hôpital. Des travaux futurs pourront être menés en s'appuyant sur ce partenariat dans le but continu d'allier qualité de vie et vieillissement.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur André THEVENON

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Madame le Docteur Nathalie BRONET

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur François MALADRY