

Devenir à court terme des patients utilisateurs de leur dispositif de téléalarme – Étude TÉLÉ-AL-ARM 2*

Short Term Outcome of Patients using Telealarm System: TÉLÉ-AL-ARM Study

P.G. Reuter · B. Muller · H. Akodad · F. Linval · F. Adnet · F. Lapostolle

Reçu le 30 décembre 2015 ; accepté le 5 avril 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Dans un travail récent, nous avons étudié la régulation des appels émanant de sociétés de téléalarme [1]. Il est apparu que le recours au SMUR était rare (5 % des 2 223 appels étudiés), le transport médicalisé exceptionnel (2 %) et la mortalité préhospitalière quasiment nulle (0,2 %). L'envoi d'un véhicule de prompt secours concluait 68 % des régulations. Ces résultats incitaient à considérer comme mineurs, sinon bénins les appels émanant de sociétés de téléalarme. Néanmoins, puisqu'il s'agissait pour nous de définir une procédure de régulation, il nous a semblé licite de suivre prospectivement une cohorte de ces patients afin de vérifier cette hypothèse.

Après accord du CPP, en septembre 2013, un nouvel échantillon de patients ayant bénéficié d'une régulation médicale au SAMU 93 via leur dispositif de téléalarme ont été rappelés dans les quatre mois. Les informations ont été obtenues directement auprès du patient, par l'intermédiaire de la société de téléalarme ou du médecin traitant. L'exhaustivité étant recherchée, le nombre de rappels n'était pas limité ; certains contacts sont intervenus tardivement. Il s'agissait de connaître leur devenir, de déterminer leur niveau d'autonomie au moment de l'appel.

Cinquante-trois patients consécutifs ont ainsi été inclus. L'âge médian était de 84 (79-88) ans. Il s'agissait de 45 (76 %) femmes et 8 (24 %) hommes. Quatre (8 %) patients ont été perdus de vue. Vingt patients (38 %) n'ont pas pu être interrogés car ils étaient décédés (dans 8 cas), hospitalisés (dans 3 cas) ou institutionnalisés (dans 5 cas). Tous les

patients décédés avaient initialement déclenché leur téléalarme pour une chute.

Parmi les 30 (57 %) autres patients, 24 (73 %) vivaient seuls à domicile et six (27 %) avec des membres de leur famille. Vingt-sept (90 %) de ces patients avaient l'aide d'une auxiliaire de vie. Seuls quatre (12 %) patients marchaient sans aide, neuf se déplaçaient (27 %) avec une canne, sept (21 %) avec un déambulateur, sept (21 %) en fauteuil roulant et un (%) était alité (trois données manquantes).

L'évolution et le statut des patients à courte distance du déclenchement de leur téléalarme a mis en évidence une population d'une extrême fragilité. Ceci contraste grandement avec la bénignité de l'appel initial et avec la « légèreté » de leur prise en charge [1]. Un sur six des patients était décédé à quatre mois. Seize pour cent étaient hospitalisés ou institutionnalisés. Les autres avaient un niveau d'autonomie extrêmement réduit. Seuls quatre patients marchaient sans aide. Il est vraisemblable que ce faible niveau d'autonomie était déjà présent lors du déclenchement de l'alarme ayant entraîné l'appel au SAMU. Ceci justifie pleinement que ces patients disposent d'une téléalarme. Il est tout à fait intéressant de noter que tous les patients décédés avaient initialement déclenché leur téléalarme pour une chute. Il est probable que la cause de la chute ait, dans certains cas, contribué au décès. Il est vraisemblable aussi que dans d'autres cas, les conséquences de la chute ont contribué au décès. Il est connu que la « simple » fracture de hanche est pourvoyeuse d'une mortalité certaine chez le sujet âgé [2]. En outre, il est établi qu'un antécédent de chute est un facteur de risque majeur de nouvelle chute [3]. Ceci devrait conduire à s'interroger sur la régulation des patients ayant fait une chute sans gravité à domicile et pour lesquelles la plupart du temps la prise en charge se limite à un « relevage ».

Ce travail a été réalisé immédiatement après l'étude TELE-AL-ARM ce qui a permis d'inclure une population aux caractéristiques identiques [1]. Pour autant, ces résultats doivent conduire à ne pas minimiser les appels émanant des sociétés

P.G. Reuter · B. Muller · H. Akodad · F. Linval · F. Adnet · F. Lapostolle (✉)

SAMU 93 – UF recherche-enseignement-qualité, université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Inserm U942, hôpital Avicenne, 125, rue de Stalingrad, F-93009 Bobigny, France
e-mail : frederic.lapostolle@avc.aphp.fr

*Ce travail a fait l'objet d'une communication lors du congrès Urgences 2015.

TELE-AL-ARM [1]. Les modalités de réponse en régulation et l'orientation des patients doivent certainement prendre en considération, d'une part l'extrême fragilité du terrain et d'autre part le profil évolutif très péjoratif de ces patients. La sollicitation du SAMU pour un patient ayant déclenché sa téléalarme doit être considéré, en soi, comme un signe d'alarme.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Reuter PG, Muller B, Akodad H, et al (2015) Prise en charge des appels émanant des sociétés de téléalarme par un SAMU-centre 15 : étude TELE-AL-ARM. *Ann Fr Med Urgence* 5:240–4
2. Le Manach Y, Collins G, Bhandari M, et al (2015) Outcomes after hip fracture surgery compared with elective total hip replacement. *JAMA* 314:1159–66
3. Bloch F, Thibaud M, Dugué, et al (2010) Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics. *Clinics (Sao Paulo)* 65:895–903