

RAPPORT

Rapport de capitalisation de la phase pilote de la campagne « Pare à chute »

juin 2016



REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	4
1. POURQUOI S'INTERESSER AUX CHUTES ?	5
1.1 <i>Les principaux arguments</i>	5
1.2 <i>Données de la littérature</i>	6
1.3 <i>Aspects médico-économiques</i>	11
2. QUELLES PRATIQUES A FORT IMPACT POUR MAITRISER LE RISQUE DE CHUTE ?	15
3. COMMENT TRAVAILLER SUR LES CHUTES ?	44
3.1 <i>Evaluer ses pratiques pour réaliser un diagnostic</i>	44
3.2 <i>Structurer et mettre en œuvre un plan d'actions émanant du diagnostic</i>	47
3.3 <i>Suivre le plan d'actions et évaluer son impact</i>	48
4. QUELLE DEMARCHE POUR LES STRUCTURES INTERVENANT AU DOMICILE ?	52
5. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS	54
ANNEXES	59
<i>Annexe 1 : liste des acronymes</i>	59
<i>Annexe 2 : Documenthèque</i>	60
CONTACTS	61

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos plus sincères remerciements aux équipes des établissements pilotes qui se sont investies dans ce projet et à leur direction, et notamment :

- **CC Marie Lannelongue** : Mme Darteville Nicole, DSI ; Mme Eyssautier Anne-Françoise, CI ; Mme Rutten Sophie, Cadre de Pole, chef de projet adjoint ; Mme Gautier Nadine, Cadre ; Mme Herpet Sylvie, IDE chef ; Mme Drot Sylvie, M. Despeyroux Olivier, Equipe qualité ; Dr Olivier Corniou, Médecin DIM ; M. Moore Alex, Responsable Kinés
- **CHI Robert Ballanger** : Mme Coruble Marie Noëlle, Coordinatrice Qualité Gestion des Risques, Mme Vernes Sylvie, Cadre Supérieur de santé, Mme Rosaire Maryline, Cadre de Santé, Mme Huet Isabelle, Cadre de Santé, Mme Mamane Duro Ruth, Cadre de Santé, Mme Thepenier Patricia, Cadre Formateur, Mme Wick Sandrine, Cadre de Santé, Mme Guillois Catherine, IDE, Mr Bah Mamadou, AS, Mme Lissmann Irène, Assistante Gestion des Risques ; Dr Rémi Bonnaire, médecin DIM
- **CHP de l'Europe** : Mme V. Peyrard, DSI ; Mme V. Lazarotti, DQGRH ; Mme S. Bezert, Cadre de santé ; chirurgie, C. Vecoven, Cadre de santé, médecine et chimiothérapie ; Mme A.M. Boigard, Cadre de santé, chirurgie ; Mme S. Pepin D'Albieres, Cadre de santé, médecine et USIC ; Mme E. Dubois, Infirmière, médecine ; A. LECOQ, Infirmière, chirurgie ; Mme C. Lepelletier, Infirmière, médecine ; Mme M. Lenay, Infirmière, chirurgie ; Mme S. Pentecote, Aide-soignante, chirurgie ; Mme C. Saussey, Aide-soignante, médecine ; Dr N. Gazi, médecin DIM
- **EHPAD Herold** : Dr Denoel Guy, et Dr Pons Florence, médecins coordonnateurs ; Mme Abdoulhantzis Ida, cadre de santé ; Mme Gnenegbe Caroline, IDE ; Mme Dikamona Marcelle, IDE
- **Fondation de Rothschild** : Mme Deguisse Céline, FFCI neurologie/neurovasculaire ; Mme Leverrier Monique, FFCI de nuit ; M. Sainte Foi Renaud, Kinésithérapeute ; Mme Mingou Alain, IDE service de neurologie/neurovasculaire ; Mme Mont Gaillard Marie José, AS service de neurologie/neurovasculaire
- **Résidence Harmonie** : Mme Célia Rodrigues, Psychomotricienne ; Dr Christine Gilbert, Médecin coordonnateur ; Mme Martine Raffugeau, Maîtresse de Maison responsable de l'unité ; Mme Imane Is Idene, Aide-soignante de l'unité ; Mme Christine Maréchal, Directrice
- **SSIAD APSAD Le Perreux** : Mme Bolot, directrice ; Mme Lambert, aide-soignante ; Mme STRZALKOWSKI, infirmière ; Mme VICOMTE, secrétaire
- **SSR CLINEA Les Sources** : Mme Merlet-Autexier, directrice d'établissement ; Dr Bismuth Daphné, médecin, pilote ; Mme Gnacadja Nadia, Surveillante ; Mme Barros Rosa, kinésithérapeute ; Mme Giraudon Léa, APA ; Mme Coulmier Sophie, ergothérapeute ; Mme Vilain Mendy, diététicienne ; Mme Waxin Mélanie, diététicienne ; Mme Caldier Sophie, psychologue

- **SSR CLINEA Goussonville** : Mme Martine LANGUENOU, Directrice d'Exploitation ; M. Guillaume EVRAT, Surveillant général ; Mme Catherine Deotto, Médecin coordinateur Président de CME ; Mme Corinne Lagnien, IDEC ; Mme Julie Robillard, Ergothérapeute ; Mme Hélène Petitgrand, Référente qualité

Nous tenons par ailleurs à remercier les structures ayant participé au groupe dédié à la gestion du risque de chute à domicile :

- **AMSAD Léopold Bellan** : Mme Claire Mamoudy, cadre infirmier, M. Sylvian Mercadier, Psychomotricien
- **La vie à Domicile** : Mme Pauline Carron, ergothérapeute
- **UMC Social Paris 11^{ème}** : Mme Céline Cisse, ergothérapeute
- **Les HAD et SSIAD qui ont rejoint le groupe pour la dernière réunion** : HAD Santé Service, HAD Croix-Saint-Simon, SAD-SSIAD-HAD Centre 77, SSIAD UNA'DOM.

Nous tenons enfin à remercier les experts et sociétés savantes qui ont contribué à nos réflexions :

- **Pr. Amalberti René**, Expert gestion des Risques, HAS
- **M. Doutreligne Sébastien**, SFGG
- **M. Moulaire Marc**, Gestionnaire des Risques
- **Pr. Puisieux François**, Gériatre, CHRU Lille, SFGG
- **Pr. Robain Gilberte**, Médecine Physique Réadaptation, SOFMER
- **Mme J. Jones Katherine**, physical therapy education, University of Nebraska Medical Center
- **Mme Gougerot Marie**, FHP Ile de France
- **Mme Vinci Mathilde**, FEHAP Ile de France
- **Mme Ollivet Catherine**, CISS Ile de France
- **Mme Lasserre Saint Maurice Romy**, SYNERPA
- **M. Roger Emilien**, FHF Ile de France
- **M. Agnetti Richard**, APHP, Cadre supérieur de Santé, SAP,

Nos remerciements également au cabinet conseil Alcimed, pour son accompagnement :

- **Mme Marie Sophie Ferreira**
- **Mme Célia Nassif**

INTRODUCTION

Le présent document se veut un guide, destiné à appuyer les professionnels de santé œuvrant en institution sanitaire ou médico-sociale ou à domicile, pour mettre en œuvre un programme de gestion du risque de chute.

Il s'appuie sur les enseignements tirés de la phase pilote conduite pendant 12 mois en vue de la construction de la nouvelle campagne régionale « Pare à Chute ».

Ce document ne constitue pas un recueil détaillé de toutes les approches possibles, mais il présente des illustrations opérationnelles, qui aideront les équipes à initier et à accroître leur travail d'amélioration de la qualité dans divers contextes institutionnels et environnementaux.

L'ensemble des documents présentés seront téléchargeables depuis le site de l'ARS Ile de France dans l'espace documenthèque de la page de présentation de la campagne régionale «Pare à Chut » (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Pare-a-Chute-maitriser-le-ris.187666.0.html>).

Le concept de campagne régionale pour optimiser les pratiques

L'ARS Ile de France a souhaité répondre à la demande des établissements en difficulté pour maîtriser le risque de chute, en lançant **une campagne** à destination des professionnels de la région **sur la gestion du risque de chute en institution, et particulièrement des chutes graves.**

La démarche campagne est plébiscitée **par l'ARS pour améliorer l'efficacité des pratiques professionnelles dans les établissements et structures de santé franciliens.**

Il s'agit en effet d'une démarche pragmatique à même de rendre la qualité accessible aux professionnels et de combler l'écart entre qualité théorique et qualité réelle

En outre, le fait de baser la démarche sur le volontariat et l'auto-évaluation des établissements et structures engagées, sans contrôle de l'ARS, permet de maximiser l'investissement des établissements. Enfin la démarche campagne permet de **s'adapter aux spécificités et aux différences de maturité de l'ensemble des établissements et structures de santé d'Ile de France** pour permettre à chacun d'avancer selon ses particularités et son contexte.

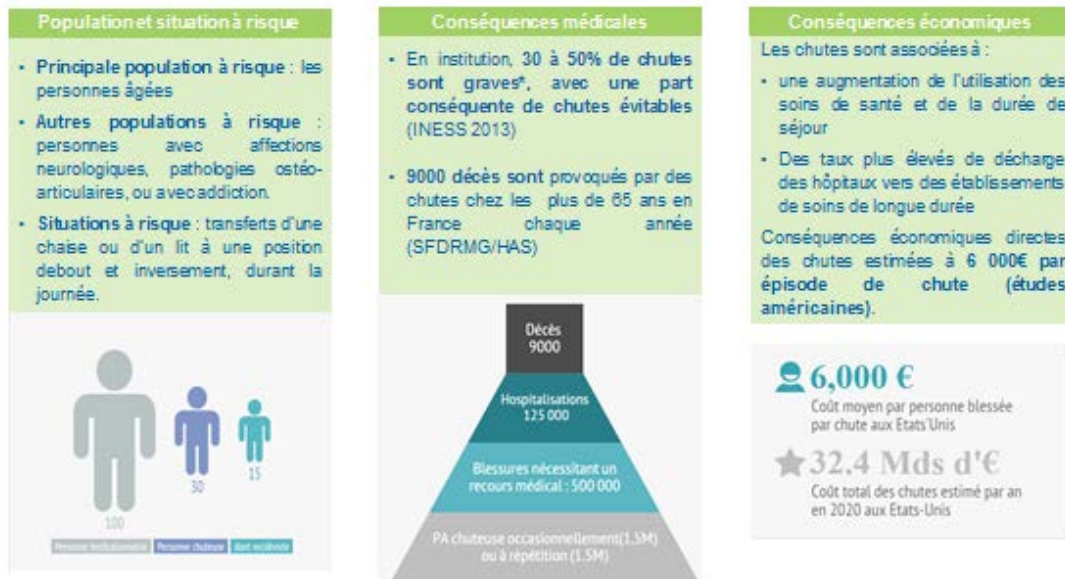
Pour préparer cette campagne, une phase de conception d'un an a été nécessaire *via* la réalisation d'une phase pilote qui a mobilisé 9 établissements franciliens volontaires, représentatifs des différents secteurs (MCO, SSR, EHPAD, SSIAD).

Cette campagne est conduite dans le cadre du programme EPOD (Efficience des Pratiques, des Organisations et de la Dépense), de l'ARS Ile-de-France.

1. POURQUOI S'INTERESSER AUX CHUTES ?

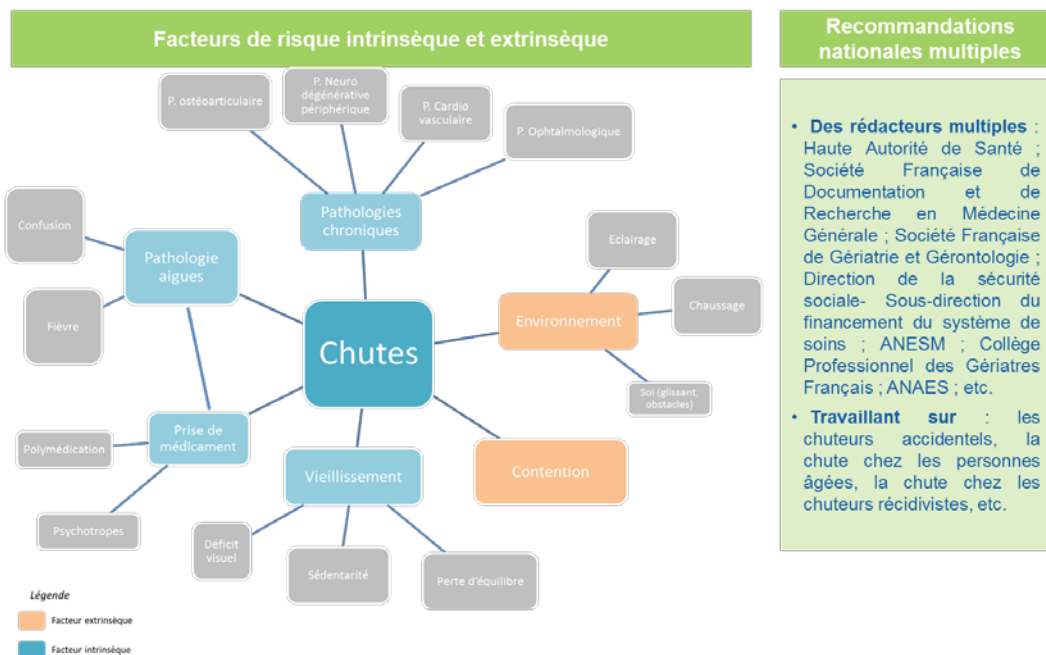
1.1 Les principaux arguments

Les chutes : une problématique préoccupante qui concerne de nombreux patients, les soignants et qui représente un coût pour la collectivité

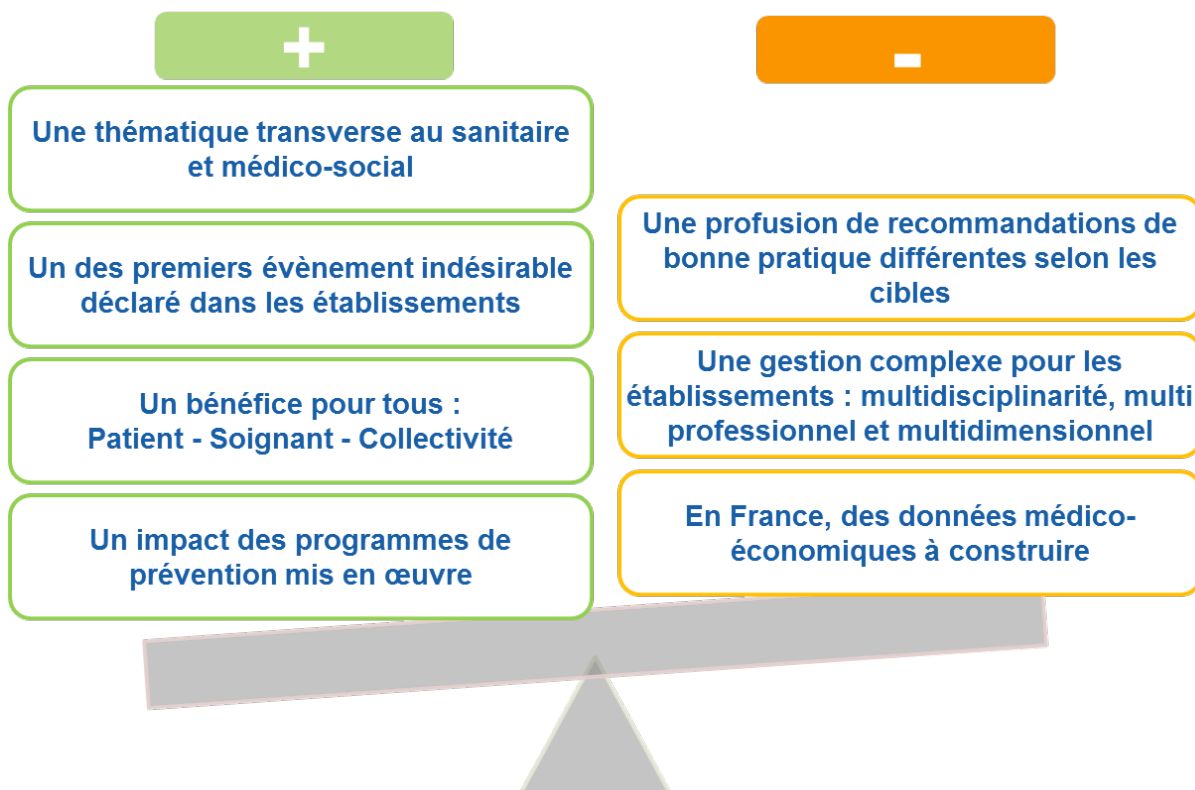


* Une chute est considérée comme grave si elle a occasionné un décès, une fracture, une plaie nécessitant des points de suture, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, ou une hospitalisation suite à la chute.

De multiples facteurs de risque, une profusion de recommandations, des freins organisationnels rendant complexe la mise en œuvre des bonnes pratiques



Une problématique protéiforme sur laquelle on peut agir : leviers et freins



1.2 Données de la littérature

Qu'est-ce qu'une chute ?

Les chutes graves se définissent comme une chute occasionnant un décès, une fracture, une plaie, un traumatisme crânien et/ou une hospitalisation.

La **chute** est généralement définie comme l'action de tomber, c'est-à-dire de perdre son équilibre et d'être attiré vers le sol par son poids sous l'effet de la force de pesanteur.¹

Une **chute est considérée comme grave** si elle a occasionné un décès, une fracture, une plaie nécessitant des points de suture, un traumatisme crânien avec perte de connaissance, ou une hospitalisation suite à la chute².

Enfin, le **caractère répété** des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins 2 chutes sur une période de 12 mois.³

¹ HAUER K, LAMB SE, et al. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. Age and Ageing 2006;35:5-10

² SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 p4, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

³ Fourcade A., La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le département de l'Ain. 2010-2011 p4. 55 établissements ont répondu.

Quelles sont les personnes exposées aux chutes et chutes graves ?

Les personnes âgées sont dans la littérature identifiées comme la population la plus exposée aux chutes graves en institution.

Si toutes les personnes qui font une chute sont exposées à un risque de traumatisme, l'âge, le sexe et l'état de santé peuvent avoir une incidence sur le type et la gravité de ce traumatisme.

Pour ce qui est des chutes, l'âge est l'un des principaux facteurs de risque. C'est chez les personnes âgées (personne de plus de 65 ans), que le risque de décès ou de traumatismes graves dus à une chute est le plus élevé et le risque augmente avec l'âge.

La synthèse de l'étiologie des chutes limite à deux cas individuels précis les situations où la prévalence des chutes est importante et où elles occasionnent une forte morbi-mortalité :

- La personne âgée fragile ;⁴
- La personne âgée dépendante vivant en institution (plus de 700 000 personnes en France vivent en EHPAD).⁵

Ainsi, les chutes, et notamment les chutes répétées, sont des événements fréquents chez les personnes âgées au-delà de 75 ans à domicile ou en institution.

Toutefois, les taux de prévalence et d'incidence de chute varient considérablement d'une étude à l'autre.

Sur 100 personnes âgées institutionnalisées, 30% ont déjà chuté, dont 15% sont des chuteuses récidivistes, ces taux étant fortement impactés à la hausse au-delà de 75 ans.

A domicile, alors qu'un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des plus de 80 ans tombent au moins une fois dans l'année, on estime que la moitié des chuteurs font des chutes répétées, ce qui représente environ 15% des personnes de 65 ans et plus et 25% des plus de 80 ans. Les chutes répétées sont fréquentes, avec une prévalence chez les personnes âgées de 65 ans et plus, calculée entre 10% et 25%.⁶

En institution, la personne âgée dépendante a un risque de chute particulièrement élevé, aux conséquences graves⁷ :

- **1,5 chute par lit et par an en institution (extrêmes de 0,2 à 3,6)**⁸
- Taux de chuteurs : **30% pour une population âgée générale à 160% pour une population d'âge moyen 80 ans en institution**⁹
- Taux de chuteurs récidivants : **en moyenne, plus de la moitié des personnes âgées chuteuses récidivent dans l'année**¹⁰

⁴ Définition HAS : « Les personnes dites « fragiles » : à l'état de santé intermédiaire et à risque de basculer dans la catégorie des malades. Elles sont décrites comme une population vulnérable, avec des limitations fonctionnelles motrices et cognitives et une baisse des capacités d'adaptation »

⁵ Donnée DRESS : au 31 décembre 2011, on compte 10 481 EHPAD pour 719 810 places.

⁶ Moulair M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3 :195-202

⁷ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 p5, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

⁸ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire scientifique. 2005, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

⁹ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire scientifique. 2005, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

Pourquoi s'intéresser aux chutes ?

- Taux de chutes graves dans l'ensemble des chutes : **autour de 20% des chutes en institution présentent ces critères de gravité**¹¹
- L'incidence des chutes (**nombre de chutes survenues en un an**) en EHPAD est évaluée à 1,7¹²
- Taux de chutes de plus de 75 ans vivant en long séjour ou en institution médicalisée : **il s'agit des taux les plus élevés ; ils sont compris entre 0,6 et 3,6 chutes par personne et par année (moyenne calculée à 1,7)**.¹³

En dehors de ces populations où l'âge constitue un facteur intrinsèque du risque de chute, certaines populations aux facteurs prédisposant doivent par ailleurs être repérées comme les personnes avec affection neurologiques ou avec pathologies ostéo-articulaires.

Le mécanisme de chute est le plus souvent complexe en raison de son **caractère poly factoriel** qui est retrouvé dans 60% des cas.¹⁴

Les **facteurs favorisants** correspondent, en pratique, au cumul de facteurs de risque intrinsèques, présents chez un individu. Les **facteurs précipitants** sont, à l'inverse, des facteurs intervenant ponctuellement dans le mécanisme de chute.

Au-delà des personnes âgées, certaines catégories de personnes peuvent toutefois être spécifiquement visées et d'autres affections constituent des facteurs de risque de chute identifiés :

- Personnes avec affections neurologiques : affections centrales comme une maladie de Parkinson, ou affections périphériques comme un canal lombaire étroit ;
- Personnes avec pathologies ostéo-articulaires du rachis ou des membres inférieurs (coxarthrose ou une chondrocalcinose) prédisposent à la survenue de chutes ;
- Personne exerçant une activité à une grande hauteur ou existence d'autres conditions de travail dangereuses;
- Personne consommant de l'alcool ou toxicomane¹⁵;
- Personnes avec nombreuses autres étiologies : étiologie diminuant l'acuité visuelle, l'anémie, la dénutrition ou encore une iatropathologie consécutive à l'utilisation de substances diminuant la vigilance

¹⁰ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire scientifique. 2005, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

¹¹ Moulaire M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3 :195-202

¹² Moulaire M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3 :195-202

¹³ Moulaire M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3 :195-202

¹⁴ Fourcade A., La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le département de l'Ain. 2010-2011 p5

¹⁵ WHO Global Report on Falls Prevention in Older age, Oct 2012, http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1

Synthèse des facteurs de risque de chute favorisants¹⁶

Facteurs de risque individuels	Facteurs de risque individuels comportementaux	Facteurs de risque environnementaux
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Âge supérieur à 80 ans ✓ Antécédents de chute ✓ Pathologies neuro-gériatriques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Parkinson ○ Démence ○ Déclin cognitif ○ Dépression ✓ Troubles mictionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ Incontinence urinaire ○ Impériosité urinaire ✓ Troubles locomoteurs et musculaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution de la force musculaire aux membres inférieurs ○ Trouble de la marche (anomalie et vitesse) ○ Equilibre postural et/ou dynamique altéré ✓ Diabète ✓ Réduction d'acuité visuelle ✓ Prise de plus de 4 médicaments ✓ Prise de psychotrope(s) ✓ Malnutrition 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcool ✓ Sédentarité ✓ Prise de risque (ex. automédication, ménage en hauteur, mise en danger, etc.) ✓ Déambulation¹⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aide technique inadaptée ✓ Chaussage et habillement inadaptés ✓ Habitat mal adapté ✓ Contention

Synthèse des facteurs de risque de chute individuels précipitants

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cardiovasculaire (hypotension orthostatique, trouble du rythme...) ✓ Neurologique (AVC,...) ✓ ORL (Vertiges) ✓ Métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie) ✓ Syndrome confusionnel ✓ Introduction de psychotrope / antihypertenseur ✓ Pathologie infectieuse ✓ Déshydratation

¹⁶SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 p7, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

¹⁷ Ajouté suite à avis du groupe de travail

Pourquoi s'intéresser aux chutes ?

Par ailleurs, certains facteurs aggravants sont identifiés une fois la chute survenue. On parle alors de facteurs de risque de blessure :

- Ostéoporose et fragilité osseuse
- Prise d'anticoagulants
- Incapacité de se relever seul
- Isolement social et familial
- Antécédents de fracture
- Augmentation de la fréquence des chutes les 6 derniers mois

Quels sont les moments privilégiés de survenue des chutes en institutions ?

Pour les 9% de chutes survenant en institution, les causes les plus fréquentes sont les transferts d'une chaise ou d'un lit à une position debout et inversement, essentiellement durant la journée.

La prise en compte du risque de chute chez le patient lors de son passage en institution devrait permettre de réduire le risque de chute au domicile dans une logique de parcours.

Selon une étude de l'INPES menée en 2006, les chutes accidentelles surviennent à :

- 62% à l'intérieur du domicile,
- 16 % sur la voie publique
- 9 % en institution¹⁸

En hospitalisation de courte durée, le taux les plus élevés déclarés sont signalés dans les services de neurologie, gériatrie et de réadaptation.¹⁹

En institution, les chutes surviennent le plus souvent **dans la chambre et au cours de la journée** ; la cause la plus fréquente est représentée par les **transferts** d'une chaise ou d'un lit à une position debout et inversement.²⁰

Des travaux réalisés dans différentes unités de soins ont permis de démontrer que la majorité des chutes (45%) se produisent **lorsque les patients se rendent à la salle de bains**. De plus, près de **11% des patients hospitalisés ont chuté en sortant de leur lit**.²¹

La revue de la littérature montre que les chutes ont lieu **aux heures d'activité de la journée**, quand les résidents se déplacent, mais aussi **lors des transferts d'une chaise ou d'un lit à une position debout ou inversement**. Les résultats de l'enquête réalisée dans l'Ain sur les horaires d'appels au SAMU confirment cela et montrent que les **appels sont fréquents également en début de soirée** (vers 19h-21h) et le week end. Ces appels **peuvent être liés à l'absence ou à la non-disponibilité de personnel infirmier ou médical dans les EHPAD à ce moment-là**.²²

¹⁸ La Santé de l'Homme –janvier février 2006, INPES, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-381.pdf>

¹⁹ Isomi M. Miake-Lye, BA; Susanne Hempel, PhD; David A. Ganz, MD, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD, Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):390-396. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005

²⁰ La Santé de l'Homme –janvier février 2006, INPES, <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-381.pdf>

²¹ INESSS Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée) 2013

²² INESSS Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée) 2013

1.3 Aspects médico-économiques

Conséquences médicales

Les chutes constituent le principal motif de recours aux soins d'hospitalisation ou de recours au médecin généraliste pour les personnes âgées et sont responsables de 9000 décès chaque année.

Avec environ 9 000 décès associés chaque année en France à une chute, les personnes âgées de plus de 65 ans sont les personnes faisant le plus grand nombre de chutes mortelles par an, bien que cette donnée globale ne soit pas suffisante pour établir un lien de causalité directe.²³

Décès/an	9000	0,09% PA
Hospitalisations/an	125000	1,25% PA
Blessures nécessitant un recours médical/an	500000	5% PA
Personnes âgées chuteuses occasionnelles/an ou à répétition/an	1,5 M / 1,5 M	30% PA ²⁴

Dans les établissements de soins et les hôpitaux, les chutes sont des événements courants qui sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité considérables chez les personnes âgées. Elles peuvent causer la perte de l'indépendance, des blessures et parfois la mort à la suite d'une blessure. Il est important de disposer d'interventions efficaces pour la prévention des chutes en raison de leurs bénéfices significatifs pour la santé.²⁵

Au global, le taux de chute rapporté dans les hôpitaux varie approximativement de 1,3 à 9 pour 1000 lits par jour. On estime que de 30% à 50% des chutes qui surviennent dans ces établissements causent des blessures.²⁶ Les chutes conduisent ainsi à des **complications diverses** :

- **Blessures, fractures** dans environ 5% des cas
- **Principal motif de recours au soin d'hospitalisation ou de recours au médecin généraliste**, dans 10% des cas.²⁷
- **Syndromes post-chutes**
- **Dépendance : recours aux services médico-sociaux**
- **Institutionnalisation**
- **Décès : 3^{ème} cause de mortalité pour cette population (toutes causes confondues)**²⁸

Ainsi, au global, 20% des chutes des personnes âgées seraient suivies d'une intervention médicale ; 10% se compliqueraient de traumatismes graves (fractures, contusions, hématomes),

²³ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 p5, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

²⁴ Argumentaire : HAS Recommandation de bonne pratique : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, Avril 2009

²⁵ Cameron ID, et al. Interventions pour la prévention des chutes chez les personnes âgées dans les établissements de soins et les hôpitaux. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 12. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub3. 2013

²⁶ INESSS Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée) 2013

²⁷ Fourcade A., La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le département de l'Ain. 2010-2011 p5

²⁸ ARS Aquitaine, Programme GDR en EHPAD 2013, Un nouveau thème : prévention des chutes en EHPAD

et lorsqu'elles entraînent un passage aux urgences, 37% des chutes conduisent à une hospitalisation, cette proportion croissant avec l'âge (27% entre 65 et 69 ans, 44% après 90 ans)²⁹

Lorsque la chute est responsable de fracture, il s'agit dans la majorité des cas d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, indirectement responsable d'une mortalité élevée dans les mois qui suivent.

Même si une chute ne provoque pas une blessure, l'impact psychologique de celle-ci peut être majeur (peur de tomber, anxiété, angoisse, dépression, et réduction de l'activité physique). En outre, les membres de la famille, les soignants et les professionnels de la santé sont sensibles aux réactions trop émotives ou de protection aux chutes, ce qui peut affecter l'indépendance et la réadaptation du patient.

Le syndrome post-chute se caractérise ainsi par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux (dont la rétropulsion) et troubles de la marche, augmentant ainsi le risque de nouvelle chute.

Sa prise en charge réadaptative et psychosociale paraît essentielle au maintien de l'autonomie de la personne âgée.³⁰⁻³¹

Les chutes sont ainsi associées à une augmentation de l'utilisation des soins de santé, y compris une augmentation de la durée de séjour et des taux plus élevés de décharge des hôpitaux vers des établissements de soins de longue durée (SSR et ESMS).³²

Conséquences économiques

Les conséquences économiques directes des chutes liées au coût des soins de santé sont davantage étudiées que les coûts indirects liés à la dépendance occasionnée par la chute.

Les conséquences économiques des chutes sont de deux ordres :

- **Les conséquences économiques directes du coût des soins de santé (médication, hospitalisation, consultation, rééducation, etc.)**
- **Les conséquences indirectes (coût de la dépendance et de la perte d'autonomie notamment) difficiles à évaluer**

Il existe peu de données publiées qui rapportent le coût économique de la chute. Ces données portent surtout sur les conséquences directes de la chute telles que la prise en charge des fractures du col fémoral, ou les coûts des évaluations et des interventions.

En revanche, le coût de la dépendance et de la perte d'autonomie qui résulte de la chute est méconnu, et est probablement bien supérieur au coût direct.

²⁹ Argumentaire : HAS Recommandation de bonne pratique : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, Avril 2009

³⁰ SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 p6, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf

³¹ Isomi M. Miake-Lye, BA; Susanne Hempel, PhD; David A. Ganz, MD, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD, Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):390-396. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005

³² Isomi M. Miake-Lye, BA; Susanne Hempel, PhD; David A. Ganz, MD, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD, Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):390-396. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005

Pourquoi s'intéresser aux chutes ?

- ⇒ En mentionnant le point d'attention suivant, les estimations du coût sont seulement appropriées au pays dans lequel elles sont étudiées ; les profils de population et les systèmes de prise en charge étant difficilement comparables au contexte français, des ordres de grandeur de ce coût économique peuvent tout de même ressortir de l'analyse de la littérature étrangère. Les données restent toutefois difficilement comparables.

Les conséquences économiques directes des chutes oscillent entre 1000 et 14000€ par épisode de chute, avec une augmentation régulière, les coûts d'hospitalisation interviennent pour 50% de ce coût.

Ainsi, la littérature fait état d'un coût pour une personne de plus de 65 ans par épisode de chute de **1 049 \$ en Finlande, 3 611 \$ en Australie**³³

En 1985 aux États-Unis, il a pu être calculé que \$10 milliards des \$158 milliards des coûts de santé étaient attribuables aux chutes des personnes âgées, soit ~6% des coûts. Par ailleurs, les chutes expliquaient 70 % de tous les coûts engendrés par la vieillesse.³⁴⁻³⁵

L'étude relate une augmentation significative de ce coût en cas d'hospitalisation avec une estimation de coût pour une personne de plus de 65 ans par épisode de chute conduisant à une hospitalisation de :

- **6 646 \$ en Irlande en 2011**
- **17 483 \$ au États-Unis en 2011**

Ainsi, dans la littérature, le coût des hospitalisations liées aux chutes est le plus fréquemment rapporté. Parmi les différents postes de coûts, les hospitalisations interviennent pour 50% incluant les services d'urgence et d'hospitalisation ; le second poste correspond aux hospitalisations en soin de suite et réadaptation.

Enfin, il a pu être calculé que le coût financier des chutes, entraînant une hospitalisation chez les personnes âgées de 80 ans et plus, représentait 27 % du coût total de cette tranche d'âge, c'est-à-dire du coût financier toutes causes confondues³⁶

À partir de ces chiffres, Englander et al. ont pu estimer l'évolution de ces coûts de 1994 à 2020³⁷. C'est ainsi qu'ils ont pu faire l'hypothèse d'une augmentation régulière des coûts financiers de la chute avec une multiplication des coûts par deux pour 1994, soit \$20,2 milliards (avec un coût par personne blessée de \$7 399), et par trois pour 2020, soit \$32,4 milliards.

Enfin, les chutes répétées sont à l'origine d'un coût financier substantiel dû à leur prise en charge médico-sociale qu'il reste difficile à chiffrer.

³³WHO Global Report on Falls Prevention in Older age, Oct 2012, http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1, p.6, à partir de projection sur des données de respectivement 1999 et 2001

³⁴ Lord, S. R. (1990). "Falls in the elderly: admissions, bed use, outcome and projections." *Med J Aust* 153(2): 117-8.

³⁵ Alexander BH., Rivara FP, et al. (1992). "The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults." *Am J Public Health* 82(7): 1020-3.

³⁶ Campbell, A. J. and M. C. Robertson (2007). "Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions." *Age Ageing* 36(6): 56-62.

³⁷ Englander, F., T. J. Hodson, et al. (1996). "Economic dimensions of slip and fall injuries." *J Forensic Sci* 41(5): 733-46.

Focus Ile de France

- **Populations concernées par les chutes dans la région**

Au 1^{er} janvier 2010 :

- La population d'Ile de France était estimée à 11 659 000 personnes.
- Focus sur les personnes âgées de 60 ans et plus :
 - au nombre de 2 116 576, (18% de la population francilienne/20% au niveau national),
 - 763 678 personnes sont âgées de 75 ans et plus
 - 221 914 personnes âgées de 85 ans et plus.
- La population d'Ile-de-France vieillit mais à un rythme moindre que celui des autres régions françaises
- Autonomie :
 - La très grande majorité des personnes âgées demeure à domicile – la plupart en bonne santé et autonome.
 - En Ile de France, 92% des adultes de 75 ans ou plus demeurent à domicile, davantage qu'au niveau national (90%).

- **Analyse du PMSI sur les diagnostics associés « chute »**

L'analyse du PMSI

- **Ses limites :**
Les données ne distinguent pas la différence entre l'hospitalisation pour chute et la chute survenant au cours de l'hospitalisation.
- **L'analyse des diagnostics associés « chute » en MCO sur l'année 2013** permet d'aboutir aux résultats suivants pour la région Ile de France :
 - 12 587 chutes codées en diagnostic associé,
 - dont 61% chez les +75 ans
- **Estimation du surcoût :**
 - Surcoût moyen estimé à 2 814 € par épisode,
 - **Estimé à 3537 € chez les + 75 ans**

NB : Une analyse du coût de la chute sur un mois a été menée par 4 établissements au cours de la phase pilote. Ce travail a conclu à un surcoût moyen estimé à 705 €, variant de 0€ à 13 162€
Des enseignements de cette démarche sont présentés en partie 3.4.³⁸

³⁸ Sources : réseaux de santé gérontologiques en Ile-de-France, Etat des lieux et perspective – septembre 2011 et analyse PMSI, données ARS Ile-de-France

2. QUELLES PRATIQUES A FORT IMPACT POUR MAÎTRISER LE RISQUE DE CHUTE ?

Les axes de travail identifiés dans la littérature et les actions menées par les établissements au cours de la phase pilote ont permis d'identifier 10 pratiques à fort impact sur lesquelles s'appuyer et capitaliser pour prévenir les chutes et atténuer leurs conséquences.



5 pratiques institutionnelles à fort impact à mener

- 1 **Piloter en pluri-professionnel avec un groupe dédié**
- 2 **Définir une politique de gestion du risque de chute grave**
- 3 **incluant la pertinence de l'indication de la contention physique ou chimique (psychotropes)**
- 4 **Gérer le risque de chute lié aux locaux et aux matériels**
- 5 **Former les professionnels et informer les patients/résidents et leurs proches**



5 pratiques à fort impact à mettre en œuvre auprès du patient/résident

- 1 **Evaluer et réévaluer le risque de chute**
- 2 **Sensibiliser les patients/résidents et leurs proches au risque de chute**
- 3 **Mettre en œuvre le PUC (Programme Universel contre les Chutes), pour tous les patients/résidents à risque :**
 - Bon pied, Bon œil
 - Supplémentation en vitamine D et évaluation nutritionnelle
 - Révision de la pertinence des prescriptions
 - Accompagnement à la mobilité et utilisation des aides techniques
 - Sécurisation de l'environnement
- 4 **Personnaliser la prise en charge pour les personnes à risque de chute grave :**
 - Projet de soin individualisé et pluridisciplinaire
 - Correction des facteurs de risque modifiables
 - Mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes
 - Communication entre professionnels et auprès du patient/résident et de ses proches
- 5 **Analyser en profondeur les chutes graves en équipe pluridisciplinaire**

Bien que le recul sur l'impact des actions conduites soit encore limité, les éléments de capitalisation issus de recommandations nationales, de différentes initiatives identifiées dans le cadre de la préparation de la campagne et de retours d'expérience des établissements pilotes sont ici restitués et mis à la disposition des établissements franciliens pour appuyer la mise en œuvre d'une démarche « chute ».



Exemples de mise en œuvre de bonnes pratiques institutionnelles

1 : Piloter en pluri-professionnel avec un groupe dédié

La mise en place d'un groupe dédié à la gestion du risque de chute par l'institution est primordiale pour initier une démarche projet	
Recommandations et exemples d'actions	
Etablissements pilotes	<p>Mise en place d'un groupe dédié pluri-professionnel et multidisciplinaire en charge de l'élaboration et du suivi de la politique de gestion des risques définie.</p> <p>Selon le contexte de l'établissement/structure, le groupe est composé des professionnels suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cellule qualité - Direction des soins - Médecin coordonnateur - Gériatre - Infirmière - Aide soignante - Maîtresse de maison - Professionnels du mouvement : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien - Agent de maintenance

2 : Définir une politique de gestion du risque de chute grave

Les chutes et les blessures dues aux chutes doivent faire partie intégrante de la planification, de la communication et du budget de l'institution, tout comme la promotion d'une culture de prévention des chutes.	
Dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme dédié, l'implication de l'échelon institutionnel est primordiale pour insuffler et diffuser une culture de sécurité à tout l'établissement/structure.	
Recommandations et exemples d'actions	
ANESM	Recommandation de formalisation d'une politique de prévention des chutes et de leur récurrence, de l'élaboration de conventions de partenariat avec des consultations spécialisées et /ou des équipes mobiles de gériatrie. ³⁹
Etablissements pilotes	<ul style="list-style-type: none"> - Inscription du programme de gestion du risque de chute dans le projet d'établissement - Mise en place de protocoles et procédures (Exemple : Protocole d'évaluations multifactorielles visant la prévention des chutes ; Protocole de déclaration et suivi post-chute, incitation au signalement interne)

³⁹ ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. 2012 / ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. 2011

3 : incluant la pertinence de l'indication de la contention physique ou chimique (psychotropes)

L'élaboration d'une politique de gestion du risque de chute doit nécessairement être accompagnée d'une réflexion institutionnelle relative à l'adoption d'une politique de contentions minimales et de la mise en œuvre d'actions de surveillance et réévaluation de la pertinence de la pose de contentions.

Recommandations et exemples d'actions

ANAES 2000	Limiter l'usage de la contention physique des personnes âgées par l'utilisation d'alternatives . Le principe de ces programmes, outre l'information et la formation des équipes , est basé sur une évaluation multidisciplinaire et multidimensionnelle du patient âgé , pour déterminer la pertinence d'une mise sous contention, en gardant à l'esprit que le premier but doit être l'amélioration fonctionnelle de la personne âgée.
Trousse de Départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes⁴⁰	Etude des solutions alternatives aux contentions (exemple : sonnettes d'alarme, lits moins hauts, transfert des patients/résidents plus près de la station de soins infirmiers, surveillance accrue, toilette régulière, soutien de la famille, etc.)

Définition de la contention

La contention physique, dite passive, se caractérise par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.

Il existe une grande diversité de moyens et de techniques de contention physique. Parmi les moyens utilisés, on peut citer les moyens spécifiques comme :

- les gilets et les sangles thoraciques, les ceintures ;
- les attaches de poignets et de chevilles ;
- les sièges gériatriques, les sièges avec un adaptable fixé ;
- les barrières de lit.

Parmi les moyens non spécifiques, il faut considérer tout matériel détourné de son usage, bien souvent un drap ou tout vêtement qui limite les mouvements volontaires du corps, par exemple les couchages de sécurité, ou la limitation de la mobilisation, comme le verrouillage extérieur de la chambre.⁴¹

Données médico-économiques relatives à l'usage de la contention

La prévalence des contentions est estimée entre 7,4 et 17% dans les services hospitaliers de court séjour. Les sujets âgés ont 3 fois plus de risques d'être attachés durant leur séjour à l'hôpital que les plus jeunes. Chez les personnes de plus de 65 ans, ces chiffres atteignent 18 à 22%.

En établissement de long séjour pour personnes âgées, la prévalence de la contention varie de 19 à 84,6%.

Si la contention physique ou chimique est, dans certains cas, une nécessité pour protéger le patient, les risques et les conséquences qu'elle entraîne sont parfois irréversibles. L'analyse de la littérature révèle que la crainte de chute chez la personne âgée représente le premier motif d'utilisation de contentions. La plupart des soignants pensent que réduire la contention reviendrait à faire prendre des risques excessifs aux personnes âgées. Les contentions non seulement ne diminuent pas les risques de chutes graves, mais l'augmentent, surtout chez les personnes confuses. Ainsi, le nombre de chutes graves (responsables d'une fracture, d'une blessure, nécessitant le recours à un médecin, ou entraînant un repos au lit de plus de 2 jours) augmente chez les patients attachés (17% vs 5%) et l'existence d'une contention est un facteur de risque en soi de survenue de chutes graves.

⁴⁰ Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, RNAO, CPSI, OHQG, septembre 2010, <http://jgh.ca/uploads/campagnequebecoise/MesureII/Marjorie%20Jeune/Chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

⁴¹ Source : HAS et avis du groupe de travail

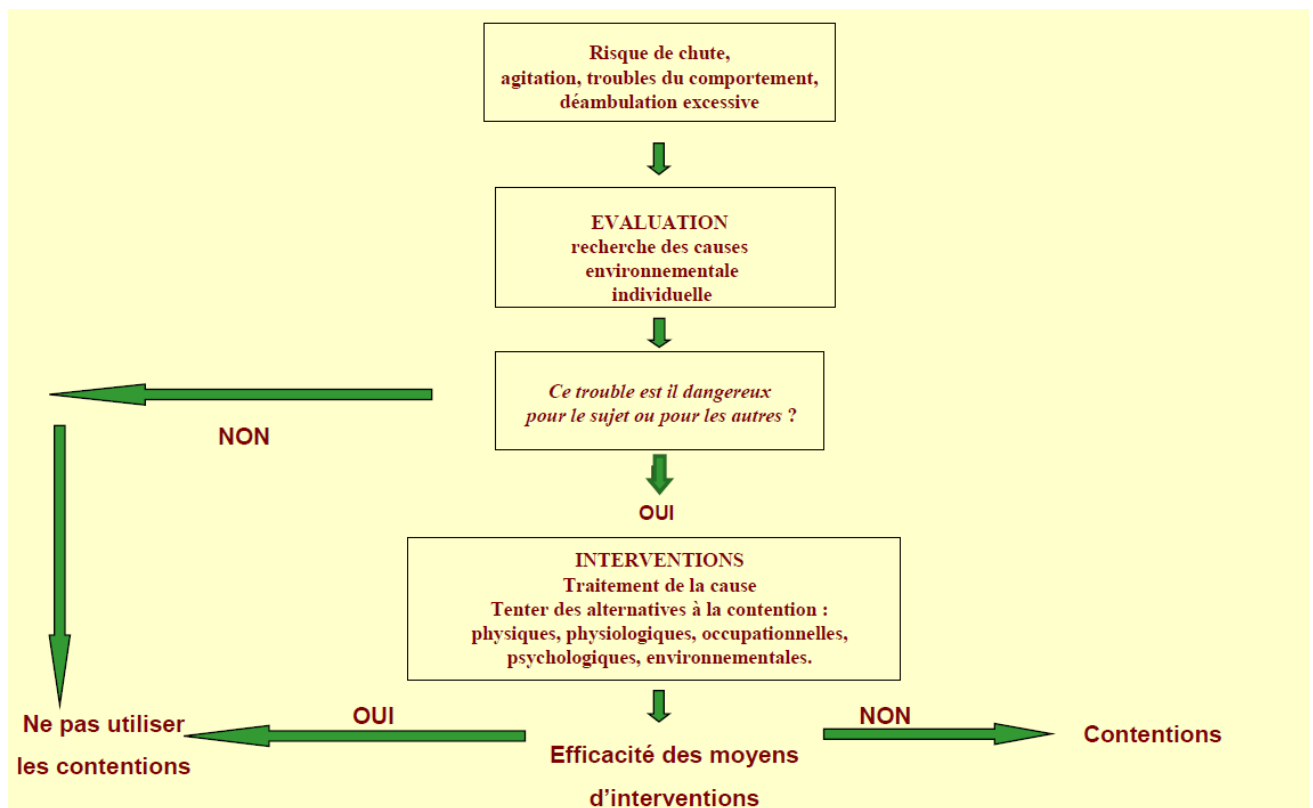
Propositions alternatives à la contention physique dans le cas de risque de chute⁴²

Tableau 1. Le risque de chute et les propositions d'alternatives à la contention physique.

Raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas négliger les raisons médicales qui nécessiteraient un traitement rapide : <ul style="list-style-type: none"> - hypotension orthostatique, troubles de la glycémie, troubles du sommeil ; - dépression, déshydratation, pathologies cardio-vasculaires. - Revoir les différentes associations médicamenteuses.
Adaptation de l'environnement et du mobilier dans la chambre	<ul style="list-style-type: none"> - Enlever tout équipement inutile (meuble et autre) ; - Augmenter l'éclairage (une personne âgée a besoin d'un éclairage deux à trois fois supérieur à un adulte, notamment en cas de cataracte) ; - Mettre un matelas de gymnastique près du lit en cas de chute ; - Lit bas recommandé (moins de 45 cm de hauteur) ; - Enlever les roulettes de la table de nuit, de l'adaptable ; - Bloquer les roulettes du lit en permanence, le mettre en position basse ; - Mettre des repères temporels (calendrier, horloge).
Accompagnement de la personne âgée	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter à l'activité physique, à la marche, à l'autonomie ; - Informer du rythme de passage des soignants ; - Proposer des activités occupationnelles ; - Quand le patient est réveillé, l'accompagner toutes les heures aux toilettes, et une ou deux fois dans la nuit.
Lors des déplacements	<ul style="list-style-type: none"> - Assister la personne lors des déplacements ; - Fournir des aides techniques (sur élévateur de toilettes, barres d'appui) ; - Vérifier l'utilisation de chaussures adaptées, fermées ; - S'assurer de l'utilisation des lunettes de vue, aide auditive, aide à la marche ; - Indiquer à la personne les lieux et endroits à risque (sols glissants, escaliers) ; - Encourager la personne à prendre appui sur les barres des couloirs.
Lors de l'installation au lit ou au fauteuil	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre le fauteuil où le patient le souhaite ; - Stabiliser lit ou fauteuil (bloquer les roulettes) ; - Installer confortablement la personne (vêtement et position) ; - Adapter l'inclinaison du fauteuil ou la hauteur du lit pour faciliter le passage en position debout ; - Adapter les accoudoirs à une hauteur qui permet au patient de prendre appui ; - Ne pas mettre d'objets devant le fauteuil qui gêneraient les transferts ; - Installer les effets personnels et familiers près du patient (montre, lunettes, photos...) ; - Expliquer l'utilité et l'utilisation du système d'appel ; - Ne pas laisser le patient en position assise trop longtemps.
Lors des transferts	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas tracter la personne, mais se placer à côté d'elle pour l'aider afin d'éviter le réflexe de rétro pulsion ; - Apprendre à la personne à se lever et s'installer au fauteuil en prenant appui sur les accoudoirs.

⁴² ANAES Evaluation des Pratiques Professionnelles dans les Etablissements de Santé : Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000 ? <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

Recommandations de pratiques pour la mise en place d'une contention⁴³



⁴³ Pratiques gériatriques : êtes-vous attachés à la contention ?

4. Gérer le risque de chute lié aux locaux et aux matériels

L'élaboration d'approches de vérifications régulières de la sécurité des patients au sein de l'environnement de l'institution doit être intégrée aux stratégies de prévention des chutes.	
Recommandations et exemples d'actions	
Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007⁴⁴	Recommandations sur l'aménagement des locaux
Etablissements pilotes	Inscription institutionnelle de la revue de l'environnement et du matériel (maintenance préventive) pour l'ensemble de l'établissement

5 : Former les professionnels et informer les patients/résidents et leurs proches

La politique institutionnelle doit prévoir une approche pour former les professionnels à la gestion du risque de chute en vue de faire adopter les stratégies de réduction des chutes et des blessures mises en place dans l'institution. Cette formation est à instaurer pour tout nouvel employé, et de l'information doit régulièrement être transmise au personnel en place.	
Recommandations et exemples d'actions	
Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007⁴⁵	Recommandations : <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser le personnel au risque de chutes - Faire adopter aux soignants les bonnes stratégies pour la verticalisation et l'accompagnement à la marche
ANESM	Formation de l'ensemble des personnels notamment sur les thèmes suivants : prévention, conduite à tenir en cas d'urgence, réadaptation et réassurance, limites de la contention. ⁴⁶
SFGG	Constitution en cours d'un outil MOBISQUAL dédié à la gestion du risque de chute avec des modules d'information à destination des professionnels du secteur médico-social.
Trousse de Départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes⁴⁷	Recommandations sur le contenu minimum des formations : <ul style="list-style-type: none"> - définition des chutes ; - statistiques sur les chutes : fréquence, conséquences et coûts pour le système de santé ; - répercussions sur la qualité de vie, l'autonomie, la « dignité du risque » et les dilemmes éthiques ; - évaluation des risques de chutes, y compris l'utilisation d'outils d'évaluation des chutes fondés sur les preuves ; - facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques associés aux chutes ; - stratégies multifactorielles et interdisciplinaires de réduction des risques de chute et de blessure ; - alternatives à la contention ; - gestion du risque comprenant le suivi post- chute.
Etablissements pilotes	<ul style="list-style-type: none"> - Création par le CH d'Aulnay d'un module de formation interne dédié à la prévention des lombalgies pour les professionnels - Identification de formations externes par l'EHPAD Le Noble Age pour mise en place dans le programme de formation 2016

⁴⁴ Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007, <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>

⁴⁵ Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007, <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>

⁴⁶ ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident. 2012 / ANESM Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. 2011

⁴⁷ Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, RNAO, CPSI, OHQG, septembre 2010, <http://jgh.ca/uploads/campagnequebecoise/MesureII/Marjorie%20Jeune/Chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

Témoignages d'établissements pilotes :

« L'action relative à la mise en œuvre de formations a été une des plus complexes à initier. Nous avons réussi à identifier un programme proposé par SOFT AGES Formation répondant à nos besoins, il a ensuite fallu argumenter cet investissement auprès de notre organisme gestionnaire pour l'inscrire au plan de formation 2016, en lien avec la temporalité de définition de celui-ci. La démarche d'analyse médico-économique conduite a en ce sens servi notre argumentaire. » *Dr Gilbert, Médecin Coordonnateur, EHPAD Harmonie (77)*

« L'analyse du coût des chutes nous a donné des arguments pour justifier la mise en place de formations dédiées à la prévention des lombalgies pour les professionnels. » *Mme Coruble,*

Programme formations 2015, CH d'Aulnay

PROGRAMME

Prévention des lombalgies posture sur le terrain

MANUTENTION MANUELLE DES MALADES

PUBLIC CIBLE :

Ce stage s'adresse à toutes les personnes appelés à déplacer un malade.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

- ✦ Permettre d'acquérir des techniques simples et concrètes de manutention
- ✦ Prendre conscience de « votre dos » et prévenir des risques de fatigue et de lombalgie
- ✦ Assurer aux patients un meilleur confort
- ✦ L'enseignement sert à l'amélioration des conditions de travail et à la prévention

PROGRAMME

- ✦ Présentation des objectifs et de la méthode
- ✦ Rappel anatomique et biomécanique
- ✦ Notion d'ergonomie hospitalière
- ✦ Prévention des lombalgies d'effort du personnel soignant
- ✦ Éducation gestuelle spécifique
- ✦ Application concrète
- ✦ Éléments de gymnastique

A savoir :

- ✦ Des antécédents vertébraux (lombalgies, dorsalgies, cervicalgies) ne sont pas un obstacle
- ✦ Un bon fonctionnement des membres inférieurs est indispensable
- ✦ Aucune dispense de travaux pratiques ne sera accordée

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES :

- ✦ Prévoir des vêtements souples (type jogging) et des chaussures de sport
- ✦ Prendre un petit déjeuner consistant le matin

MOYENS PEDAGOGIQUES :

- ✦ Un dossier remis à l'agent
- ✦ Exercices pratiques
- ✦ Diaporamas
- ✦ Questionnaires

Les 8, 9, 10 juin 2015

ANIMATEUR :

- ✦ Ruth MAMANE-DURO, CDS au CHIRB, formatrice en manutention
- ✦ Frédérique CAPRON, cadres formateurs kinésithérapeutes



En unité de soin

1 : Evaluer et réévaluer le risque de chute

- L'évaluation précise du risque de chute de tout patient/résident est une étape importante de l'optimisation des pratiques professionnelles en matière de culture de sécurité axée sur l'individu.
- Les résultats de cette évaluation fournissent une orientation pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans de soins individualisés destinés à prévenir les chutes et à réduire la gravité des blessures.
- Une stratégie de réévaluation doit par ailleurs être définie en conséquence.

Recommandations et exemples d'actions

<p>SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée⁴⁸</p>	<p>Consultation préventive pour les personnes âgées : demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation (consultation de médecine générale ou consultation après une chute), si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'importance, chez la personne âgée, par l'examen clinique habituel et l'interrogatoire, des facteurs intrinsèques et extrinsèques qui sont prédictifs de chutes ultérieures ; - Réaliser quelques tests simples pour confirmer l'absence de risque de chute au cours de la consultation (indispensable en cas de chute signalée ou en présence de facteurs de risque de chute). <p>Si ces tests de repérage sont positifs (risque ou problème persistant), réaliser une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire dans le cadre d'une stratégie progressive personnalisée.</p>
<p>CHRU de Lille, Pr. Puisieux⁴⁹</p>	<p>Consultation multidisciplinaire de la chute en CHU qui propose à chaque patient âgé une évaluation multidimensionnelle visant à identifier les facteurs de risque de chute et faire des recommandations de mesures ciblées pour réduire le risque de chute et les conséquences des chutes : Visite de contrôle 6 mois plus tard ; Utilisation des listes de Beers et de Laroche pour déterminer la consommation de médicaments potentiellement inappropriés (MPI).</p> <p>Ce programme s'est avéré efficace pour réduire la consommation de psychotropes et le risque de chute chez les personnes âgées à haut risque : pendant les 6 mois suivants, 1 patient sur 3 est tombé à nouveau mais le risque de chute était significativement réduit (3.167.3 chutes/6 mois avant vs. 0.962.0 chutes/6 mois après l'intervention).</p>
<p>GCS HELPAM, AGAM (Ardèche)</p>	<p>Evaluation du risque réalisée systématiquement à l'entrée dans tous les établissements du GCS HELPAM par l'équipe des médecins et rééducateurs avec une réévaluation au moins annuelle (les facteurs aggravants sont particulièrement examinés) – l'AGAM met une plateforme d'évaluation à disposition des personnes âgées de plus de 60 ans domiciliées dans le territoire d'Ardèche méridionale avec évaluation du risque de chute qui comporte notamment le test de Romberg, la station unipodale, le Get Up and Go test, le TA debout-coucher et l'épreuve de Tinetti - pratiquée par un médecin et un ergothérapeute sur l'un des 6 hôpitaux du territoire</p>

⁴⁸ Grade A : preuve scientifique établie, Grade B : présomption scientifique, Grade C : faible niveau de preuve, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

⁴⁹ Puisieux F et al, L'expérience de la consultation multidisciplinaire de la chute pour réduire le risque de chute et la consommation de psychotropes chez des personnes âgées à haut risque de chute. Symposium HAS-BMJ, 19 avril 2010 – session plénière

<p>La politique de prévention des chutes au pôle Saint-Hélier. H. Poulain et al.</p>	<p>À partir des facteurs de risques extrinsèques et intrinsèques décrits dans les recommandations de l'HAS de 2005 et d'une évaluation des pratiques professionnelles, une équipe pluridisciplinaire a créé en 2007 un score prédictif de chute. À chaque entrée d'un patient, le risque est évalué entre 0 et 6. A partir de trois, les patients sont considérés comme étant à risque. L'évaluation ainsi que la liste des précautions se situent dans un formulaire spécifique dans le dossier informatisé du patient. À partir du score 5, la contention est discutée en équipe pluridisciplinaire puis prescrite et réévaluée toutes les semaines.</p>
<p>Etablissements pilotes</p>	<p>Résidence Harmonie (77) : Mise en place d'un dépistage systématique en visite de préadmission avec un questionnaire sur le risque et élaboration d'un « profil chuteur » et d'un bilan moteur à l'entrée du résident</p> <p>CH Marie Lannelongue (92) : pondération de la grille d'évaluation du risque de chute construite à partir des facteurs de risque pour mieux refléter la réalité du contexte de l'établissement</p> <p>CHP de l'Europe (78) : définition d'une grille d'évaluation du risque adaptée au contexte de l'établissement</p>

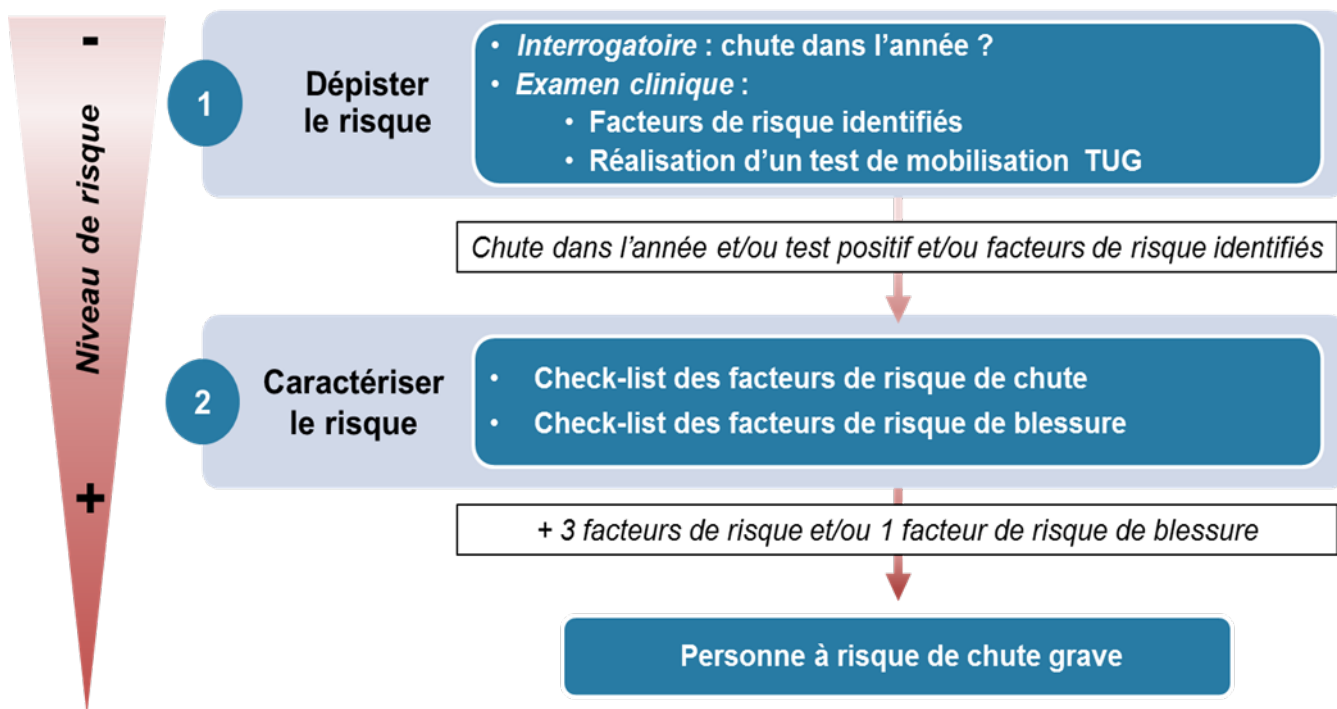
Modélisation de l'évaluation du risque, Campagne Pare à Chute, ARS Ile de France

Cette modélisation décrit les deux étapes d'évaluation...

1. Dépistage du risque de chute pour tous
2. Caractérisation du risque de chute grave

...débouchant sur deux étapes d'actions (interventions) :

3. pour tous, (Programme Universel contre les Chutes)
4. pour ceux à risque de chute grave (check list)



Outil de dépistage et caractérisation du risque de chute, ARS Ile de France



DEPISTAGE ET CARACTERISATION DU RISQUE DE CHUTE

Unité engagée :

Etiquette patient ou résident

1. DEPISTAGE DU RISQUE DE CHUTE :

- Antécédent de chute dans l'année
- Pathologie à risque de chute
- TUG supérieur à 20 secondes

Risque de chute si au moins un des 3 items est coché

CONCLUSION : patient/résident à risque de chute

- Non
- Oui (passer au paragraphe 2)

2. CARACTERISATION DU RISQUE :

CHECK LIST DES FR INDIVIDUELS FAVORISANTS

- Âge supérieur à 80 ans
- Antécédents de chute
- Pathologies neuro-gériatriques (ex. Parkinson, démence, déclin cognitif, dépression).
- Troubles mictionnels (ex. incontinence urinaire, impériosité urinaire)
- Troubles locomoteurs et musculaires :
 - Diminution de la force musculaire aux membres inférieurs
 - Trouble de la marche (anomalie et vitesse)
 - Equilibre postural et/ou dynamique altéré
- Diabète
- Réduction d'acuité visuelle
- Prise de plus de 4 médicaments
- Prise de psychotrope(s)
- Dénutrition

CHECK LIST DES FR INDIVIDUELS COMPORTEMENTAUX

- Alcool
- Sédentarité
- Prise de risque, (ex. automédication, ménage en hauteur, mise en danger, non port de la correction visuelle ou auditive, etc.)
- Déambulation

CHECK LIST FR INDIVIDUELS PRECIPITANTS

- Cardiovasculaire (hypotension orthostatique, trouble du rythme ...)
- Neurologique (AVC,...)
- ORL (Vertiges)
- Métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie)
- Syndrome confusionnel
- Introduction psychotrope/antihypertenseur
- Pathologie infectieuse aigue
- Déshydratation

CHECK LIST DES FR DE BLESSURE

- Augmentation de la fréquence des chutes
- Ostéoporose et fragilité osseuse
- Prise d'anticoagulants
- Incapacité à se relever seul
- Isolement social et familial
- Antécédents de fracture

Identification du risque de chute grave si :

- 3 facteurs de risques individuels
- Et/ou un facteur de risque de blessure

CONCLUSION

Patient/résident à risque de chute grave

- Oui
- Non

Test Timed Up and Go de repérage du risque de chute chez la personne âgée⁵⁰

Description	Le test Timed Up and Go (version chronométrée du test Get Up and Go), est un test simple à réaliser en consultation : le sujet assis sur une chaise doit se lever, marcher 3 mètres devant lui, retourner vers sa chaise et s'asseoir. Le score est donné par le temps en secondes.
Evaluation	Le test est normal si le temps est inférieur à 14 secondes (20 secondes selon certaines publications).
Commentaires	Le Timed Up and Go a une bonne reproductibilité dans le temps et entre observateurs. La sensibilité est de 87 %, la spécificité de 87 %. Ce test a été validé auprès de personnes âgées vivant à domicile.

Sources : HAS / Direction de l'évaluation médicale, économique et santé publique - Service évaluation économique et santé publique /, Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention septembre 2012

⁵⁰ HAS / Direction de l'évaluation médicale, économique et santé publique - Service évaluation économique et santé publique /, Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention septembre 2012

Scoring d'évaluation de la maîtrise du risque de chute ou Chut'Indic ,Hôpital Claude-Déjean⁵¹

Tableau I - Scoring d'évaluation de la maîtrise du risque de chute ou Chut'Indic.

Dimension	Critère	Xi Taux de réalisation	Pi Poids	État des lieux
Stratégique	Le problème des chutes est inscrit parmi les priorités de l'établissement. L'engagement et le soutien de la direction sont formalisés dans un programme (ou projet). Ce programme comprend des objectifs précis et mesurables.	100 %	3	Programme réévalué 4 fois par an.
	Le programme de prise en charge du risque de chute est soutenu par les instances.	50 %	3	Programme d'actions transmis aux membres du COPIL mais non transmis aux instances.
	Les responsables adhèrent au programme de maîtrise du risque et mettent en œuvre des actions d'amélioration (Plan d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles...).	100 %	2	Les responsables participent au COPIL. Ils mettent en œuvre les actions d'amélioration.
	Le suivi de la réalisation du programme est assuré par la direction et par les instances.	50 %	6	Programme d'actions transmis aux memrt du COPIL mais non transmis aux instance
Structurelle	Une personne ressource (voire une commission ou un groupe-projet...) est désignée pour soutenir et coordonner les actions de prévention. Cette personne (ou commission) est connue du personnel. C'est elle qui centralise et exploite les signalements des chutes.	100 %	4	Responsable risque et qualité.
	Des référents ou correspondants chutes sont identifiés dans les différents secteurs de l'établissement.	10 %	2	Responsable risque et qualité.
	La gestion documentaire relative à la chute est organisée : textes officiels, recommandations, notices techniques, procédures, consignes, enregistrement.	70 %	1	Fiche de déclaration de chute et procédu de signalement formalisée, validée et diffusée.
	La formation des responsables et acteurs relative au risque de chute, aux méthodes d'analyse, et à sa gestion est organisée et tracée.	0 %	2	
Technique	Les locaux sont conçus pour limiter le risque de chute : locaux spacieux, cheminements rectilignes et horizontaux, absence d'obstacles et de marches isolées.	10 %	3	Les locaux ne limitent pas le risque de chute (plans inclinés entraînant la chute de chariots roulants).
	Les revêtements de sol sont adaptés : absence de tapis, sol non glissant, sol antidérapant dans les salles d'eau et dans la douche.	20 %	3	Revêtements antidérapants dans les salles de bain exclusivement. Tapis à l'entrée. Carrelage au sol ailleurs.
	L'environnement est conçu pour permettre les appuis en continu : main courante à bonne hauteur, facilement préhensibles et continues dans les circulations et les escaliers ; meubles non renversables à hauteur adéquate ; barres d'appui et de relevage dans la salle d'eau et les toilettes au minimum.	50 %	3	Barres d'appui dans les salles de bain, pe dans toutes les chambres. Main courante présente dans les unités..
	Les obstacles sont bien repérés et bien éclairés, les locaux sont bien éclairés.	100 %	4	Locaux bien éclairés.
	Les commandes d'éclairage, d'appel-malade, d'ouverture-fermeture des fenêtres, portes et volets roulants, le téléphone et la télévision sont aisément accessibles et facilement utilisables.	50 %	2	Volets roulants non accessibles aux patie alités. Appel malade dans tous les WC.
	Les lits sont à hauteur variable.	100 %	2	Tous les lits à hauteur variable.
	Un système d'appel malade est installé dans chaque chambre et chaque salle d'eau. Il est accessible depuis le sol. Il déclenche une réaction immédiate des soignants.	0 %	4	Appel malade non accessible depuis le sol
	Des cannes et déambulateurs sont disponibles en nombre suffisant, adaptés à la personne et facilement accessibles pour les déplacements.	100 %	4	Oui. Vu avec ergothérapeute.
	Des protecteurs de hanches sont utilisés chez les personnes âgées à risque élevé de chute en service de soins de long séjour.	0 %	4	Système non connu par le personnel.

RISQUES & QUALITÉ - 2011 - VOLUME VIII - N°3

⁵¹ Moulaire M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3 :195-202

Quelles pratiques à fort impact pour maîtriser le risque de chute ?

Tableau I - Scoring d'évaluation de la maîtrise du risque de chute ou Chut'Indic. (Suite)

Dimension	Critère	Xi Taux de réalisation	Pi Poids	État des lieux
Technique	Les personnes âgées disposent de chaussures fermées et légères à semelles antidérapantes.	50 %	2	Pas tous, les chaussures étant achetées par la famille ou le résident. L'infirmière conseille mais n'achète pas.
	L'hygiène des locaux est régulière et ne favorise pas la chute tant du fait des techniques employées que des horaires.	100 %	6	Nettoyage par demi-couloirs.
	Une évaluation des risques de chute est effectuée systématiquement et régulièrement pour tous les patients avec une traçabilité.	0 %	6	Non.
	La contention est systématiquement prescrite médicalement et évitée le plus possible.	100 %	12	Oui : évaluation de pratiques professionnelles.
	Les patients bénéficient de programmes éducatifs de prévention de la chute qui s'intègrent à d'autres interventions plus générales de promotion de la santé.	50 %	3	À la demande des équipes et pas pour tous les patients.
	Le signalement des chutes est organisé et opérationnel : recensement, registre, traçabilité...	100 %	2	Déclaration via une fiche spécifique, analyse en cellule risque et qualité et archivage.
	Des conduites à tenir en cas de chute de patient (consignes, fiches-actions...) sont préparées à l'avance et connues du personnel.	100 %	3	Oui.
	Les chutes graves sont systématiquement analysées : causes, conséquences, criticité.	80 %	6	L'ensemble des chutes (graves ou pas) sont analysées mais leur criticité n'est pas établie.
	Pour les patients à risque de chute ou ayant chuté plus d'une fois dans l'année, une intervention multifactorielle personnalisée est entreprise avec : <ul style="list-style-type: none"> • programme d'exercice physique, rééducation de la marche + équilibre ; • simplification des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes ; • traitement d'une hypotension orthostatique, d'une déficience visuelle ou tout autre problème de santé dont les troubles cardio-vasculaires ; • modifications environnementales ; • aide à l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc.). 	100 %	3	Prise en charge adaptée mise en place après commission des chutes.
	Les actions de réduction de risque sont mises en œuvre, avec la participation du médecin, du kinésithérapeute, de l'équipe soignante, du patient et de son entourage.	100 %	3	Intervention des médecins kinésithérapeutes, ergothérapeutes.
Des indicateurs sont définis et utilisés.	100 %	3	Nombre, taux de chuteurs, taux de récidivants, taux de chutes graves.	
Culturelle	Une information et une sensibilisation du personnel sont organisées à tous les niveaux de responsabilité pour identifier et prévenir le risque de chute, y compris pour le nouveau personnel et les remplaçants.	20 %	2	Informelle.
	Les actions d'amélioration sont mises en œuvre.	50 %	6	Actions d'amélioration toujours proposées ; retour non systématique.
	L'efficacité du programme de prévention des chutes est régulièrement évaluée (par indicateurs et rapport d'activité).	0 %	2	
	Les procédures sont régulièrement auditées.	0 %	2	
	Les résultats des actions de gestion du risque et leur efficacité sont régulièrement communiqués et disponibles en permanence.	0 %	3	
	Le programme de prévention est ajusté en fonction des résultats. Les résultats positifs sont valorisés.	0 %	6	
Score total			125	
Taux de maîtrise = $\frac{\sum PiXi}{\sum Pi} = 56 \%$				

Exemples de profil chuteur
Etablissement pilote CHP de l'Europe (78)



EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

CRITERES	RESULTATS
1. Chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 2 - OUI
2. Agitation et/ou confusion	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 2 - OUI
3. Vision altérée	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 1 -OUI (y compris port de lunettes/lentilles)
4. Besoins urinaires fréquents	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 1 - OUI (+ de 8 fois/24h)
5. Difficulté à la marche	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 2 - OUI
6. Polymédication (4 molécules et +, dont hypotenseur, et/ou diurétique, et/ou psychotrope)	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 1 - OUI
7. Obstacle environnement (matériels, chaussage, vêtement...)	<input type="checkbox"/> 0 - NON <input type="checkbox"/> 1 - OUI
TOTAL SCORE :	

SCORE (0 à 6)

0 à 3 = RISQUE FAIBLE

4 à 6 = RISQUE MODERE

7 à 10 = RISQUE ELEVE

Groupe Chute le 24/09/15

Etablissement pilote Fondation Rothschild (75)

FONDATION A. DE ROTHSCHILD		PLAN ANTI-CHUTE	
ETIQUETTE PATIENT	GRILLE EVALUATION RISQUE DE CHUTE date		
MARCHE	BOITERIE		
	PIETINEMENT		
	RAIDEUR		
	AIDE - TECHNIQUE	CANNE	
		C. TRIPODE	
		DEAMBULATEUR	
EQUILIBRE (QUALITE DE LA STATION DEBOUT)			
DEPENDANCE (PHYSIQUE)	PROTHESE	HANCHE	
		GENOU	
		ARTHROSE	
	HEMIPLEGIE		
	HEMIPARETIQUE		
	DYSKINESIE	TREMBLEMENTS	
	MYOCLONIES		
	DYSTONIES		
	ASTERIXIS		
	AUTRE		
VISION (QUALITE DE LA VUE)	PORT DE LUNETTES		
	MEDIOCRE		
	HEMIANOPIE AUTRE		
CHAUSSURES	CHAUSSONS		
	CHAUSSURES		
	PROTHESES		
	CHAUSSETTES AUTRE		
FACTEURS CONTRIBUTIFS MEDICAUX	ATCD		
	Traitement(s) AUTRE		

PLAN ANTI-CHUTE																											
ETAT PHYSIQUE	MAIGREUR																										
	MANQUE DE FORCE																										
	ASTHENIE																										
ETAT PSYCHIQUE	ORIENTE																										
	CONFUS																										
	RALENTI																										
	FRONTAL																										
	DENI AUTRE																										
AUTONOMIE TRANSFERTS	SE LEVE SEUL																										
	S'ASSEOIT SEUL																										
	SE COUCHE SEUL																										
	BESOIN D'AIDE																										
RISQUE DE CHUTE (EVALUE)	FORT																										
	MODERE																										
	FAIBLE																										
COMMENTAIRES																											
MESURES PREVENTIVES MISES EN PLACE																											
DATE																											

Etablissement pilote Marie Lannelongue (92)

GRILLE DE RECUEIL POUR EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

Date:.....
 Heure:.....
 Service:.....

Etiquette patient

A l'entrée
 Post opératoire
 Changement état clinique

Changement d'unité
 A la Sortie

	Pondération	A l'entrée	Le	Le	Le
Addiction	2				
Age supérieur à 70 ans	2				
Antécédent de chute	3				
Déficit Auditif	1				
Démence type Alzheimer	2				
Dépression	1				
Déshydratation	1				
Désorientation temporo spatiale	3				
Environnement à risque	1				
Faible ou fort IMC	2				
Incontinence urinaire ou fécale	2				
Mobilité réduite, assistance à la marche	2				
Polymédication	2				
Séquelles neurologiques	2				
Trouble de la vue	2				
Trouble du sommeil	1				
Vertiges	2				
Altération de l'équilibre					
Score Total					

Echelle:

risque: 0 ←→ 6 ←→ 15 ←→ 20 ←→ 31
 pas modéré important majeur

2 : Sensibiliser les patients/résidents et leurs proches au risque de chute

Une sensibilisation cohérente et régulière aux patients/résidents et à leurs proches est capitale pour réduire les chutes et les blessures dues aux chutes. Il a été démontré que l'éducation sur les chutes axée sur l'individu réduisait la peur de tomber et augmentait l'auto-efficacité.

Recommandations et exemples d'actions

<p>SFDRMG/HAS Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandations, Novembre 2005 ⁵²</p>	<p>Recommandations d'intégrer des programmes éducatifs aux interventions multifactorielles en groupe (prise de conscience du risque et conseils de prévention) pour augmenter l'efficacité des programmes personnalisés de rééducation-réadaptation</p>
<p>Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007 ⁵³</p>	<p>Eduquer les résidents sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter</p>
<p>GCS HELPAM, AGAM (Ardèche), notamment l'hôpital Claude-Déjean</p>	<p>Education des patients pour que les patients adoptent des comportements de sécurité et adhèrent à des programmes d'activité physique sur le long-terme dans l'objectif de redonner confiance à la personne âgée, renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, l'aider à lutter contre la dépression, la perte d'estime de soi et le sentiment de vulnérabilité</p>
<p>Etude Haines et al. 2011 ⁵⁴</p>	<p>Mise en place d'un programme de formation sur les risques de chute à destination des personnes âgées hospitalisées qui ne présentent aucun trouble cognitif, présenté par un physiothérapeute qualifié, incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation des données épidémiologiques sur les chutes et leurs causes possibles - Evaluation du risque individuel de chute - Elaboration de stratégies de prévention et développement de comportements préventif - Suivi pendant la période d'hospitalisation <p>Etude randomisée menée en Australie : le programme a permis de réduire le nombre de chutes de 50%. Une augmentation du nombre de chutes a été observée chez les personnes âgées hospitalisées atteints de troubles cognitifs qui adhéraient au programme.</p>
<p>Trousse de Départ: Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes ⁵⁵</p>	<p>Recommandations sur le contenu de programmes d'éducation des patients/clients/résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - risques de chutes, problèmes de sécurité et limitation des activités - sécurité des transferts et des changements de position - utilisation appropriée des appareils fonctionnels - orientation vers la chambre et l'unité - instructions sur la procédure pour obtenir de l'aide - discussion sur les objectifs de traitement - premiers soins - problèmes psychologiques - décisions judicieuses concernant les risques - importance de demeurer actif et mobile et port chaussures appropriées - ostéoporose et santé des os - occasions d'améliorer le statut nutritionnel

⁵² Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, HAS, Novembre 2005, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

⁵³ Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFGG, 2007, <http://www.sfgg.fr/wp-content/uploads/2009/11/Guide-de-bonnes-pratiques-de-soins-en-EHPAD1.pdf>

⁵⁴ Etude Choi et al. 2011, citée par INESSS 2013

⁵⁵ Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, RNAO, CPSI, OHQG, septembre 2010, <http://jgh.ca/uploads/campagnequebecoise/MesureII/Marjorie%20Jeune/Chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

Livret d'information patient, SSR Les Sources (95)

NUTRITION

La dénutrition augmente le risque de chutes et donc de fractures. Il est donc important de consommer assez de protéines.

Pour cela, il faut enrichir vos plats avec :

- **Du jaune d'œuf (ou 1 œuf entier)** : dans les sauces, les purées, les crèmes, les potages



- **Du fromage** (crème de gruyère, gruyère râpé, parmesan râpé, fromage fondu enrichi en crème, mascarpone, gorgonzola) dans tous vos plats salés

- **De la poudre de lait** : dans toutes les préparations à base de lait ou de légumes (purées, potages...)



- **Du lait concentré non sucré** : dans vos boissons, entremets, crèmes, flans et soufflés sucrés ou salés

Comment éviter la chute ?



Aménager son domicile pour réduire le risque de chute



A rebiber → Ne pas coller possible crème c
→ Manger un fr plus au repas

	Risques de chutes	À préciser
Tapis	Fil	Retirer ou fixer les tapis Fixer les fils au mur
Salle de bain	Franchissement du bac de douche Sols mouillés	 - Barre d'appui - Siège - Tapis antidérapant
Escaliers	Escaliers	Barres d'appui des 2 côtés
Éclairage	Mauvais ou inexistant	Vérifier les éclairages Allumer les pièces quand on se lève la nuit
Chaussures	Chaussures ouvertes Chaussons	Chaussures qui tiennent l'arrière du pied

Télé-alarme ou Télé-assistance

Permet à toute personne fragilisée, vivant seule au domicile, d'être secouru en cas d'accident, de malaise ou de chute.



Apprendre à se relever du sol, après une chute

Après une chute, n'ayant occasionnée aucune blessure grave, il est important de pouvoir se relever. Une station prolongée au sol est source de complications.



1) Allongé sur le dos, vous basculez sur le côté, en ramenant le bras opposé.



2) En appui latéral, ramenez une jambe vers le haut.



3) Mettez-vous à quatre pattes en prenant appui sur les coudes



4) Prenez appui



5) Asseyez-vous

PRATIQUER UNE ACTIVITE PHYSIQUE REGULIERE

- Entretien de la force musculaire, la souplesse, l'équilibre et la coordination.
- Augmente et améliore la résistance à l'effort.

Outil de sensibilisation patient, CHI R. Ballanger (93)



Outil de sensibilisation du patient, Centre Chirurgical de Marie Lannelongue (92)



QUELQUES CONSEILS POUR EVITER LES CHUTES

Version 1/ DOQ52015

MA SITUATION AVANT MON HOSPITALISATION



Je préviens le personnel à mon arrivée si j'ai des antécédents de chute



Je porte des vêtements et chaussures adaptés, mes lunettes, mon appareil auditif, ma canne

PENDANT MON HOSPITALISATION



La nuit, j'allume la lumière pour me lever



Après une intervention, pour le 1^{er} lever, je me fais aider, je ne me lève pas tout seul.



Je baisse mon lit pour me lever et me coucher



Je m'assure que mes objets importants soient faciles à portée de mains : eau, verre, portable, sonnette, lunettes...



Je demande de l'aide pour me lever, me déplacer si j'ai de l'oxygène, des drains, une perfusion...si je suis fatigué



Si j'ai des douleurs pour me déplacer, je préviens le médecin, les soignants

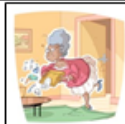


Je n'hésite pas à utiliser la sonnette la nuit comme le jour



Je me sers de mes objets aidants pour me déplacer

A LA SORTIE



Je prévois de retirer mes tapis pour éviter de chuter

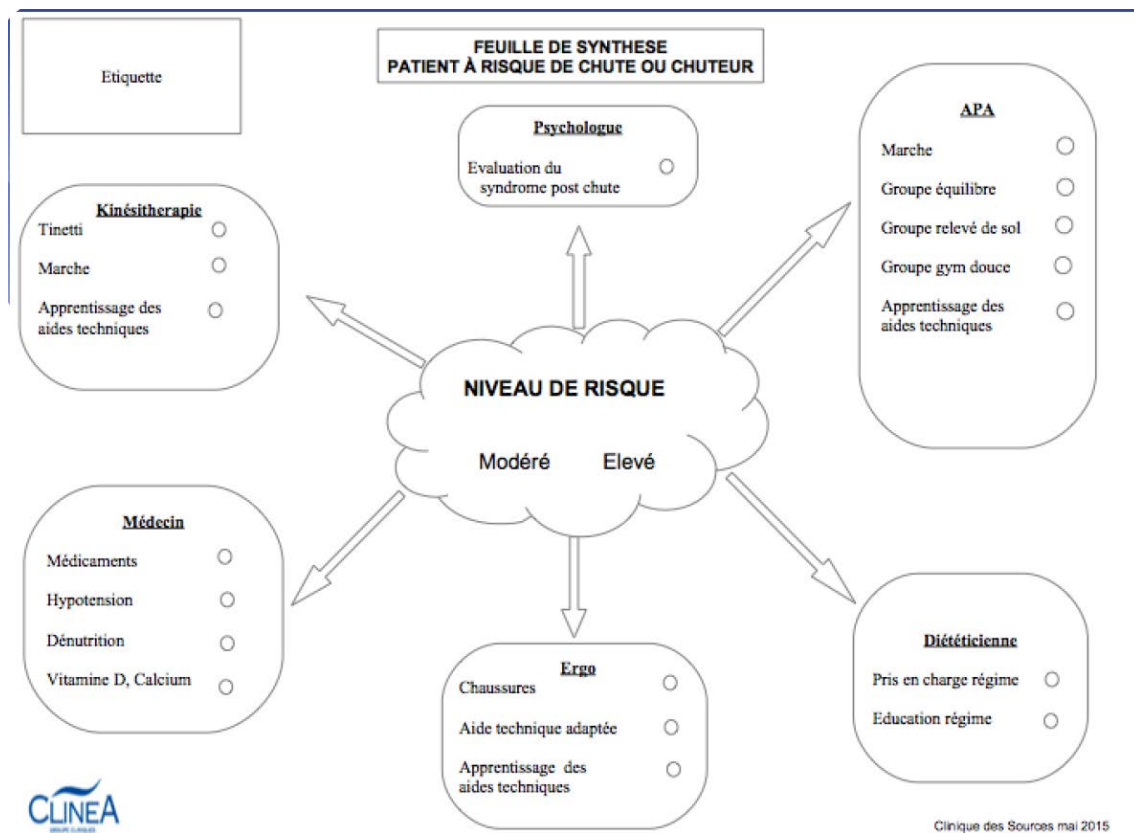
Certaines de ces consignes sont applicables à votre domicile

Contenu du PUC, pour tous les patients/résidents de l'unité engagée, ARS Ile de France

PROGRAMME UNIVERSEL CONTRE LES CHUTES (PUC)

PRINCIPE	EXEMPLES D'INTERVENTIONS
<p>1. Bon pied</p> <p>Bon œil</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chaussures appropriées (talons larges et bas, à semelles fines et fermes et tige remontant haut), avis podologue si besoin <input type="checkbox"/> Soins des pieds (pédicure) <input type="checkbox"/> Vêtements adaptés (longueur adaptée, ourlets finis) et faciles à retirer <input type="checkbox"/> Recherche du dernier bilan ophtalmologique et demande de nouveau bilan si nécessaire <input type="checkbox"/> Intervention de la cataracte si indiquée <input type="checkbox"/> Vérification du port de la correction prescrite <input type="checkbox"/> Vérification de l'état des lunettes et de leur propreté <input type="checkbox"/> Communication de la nécessité du port de correction
<p>2. Nutrition, hydratation, supplémentation en vitamine D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Recherche clinique de dénutrition, de perte de poids récente <input type="checkbox"/> Recherche clinique de déshydratation <input type="checkbox"/> Surveillance de la consommation alimentaire <input type="checkbox"/> Hydratation régulière et surveillance <input type="checkbox"/> Organisation institutionnelle de la prescription et de l'administration de la vit. D
<p>3. Révision de la pertinence des prescriptions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Révision du bénéfice-risque des prescriptions médicales <input type="checkbox"/> « Toilettage » des ordonnances <input type="checkbox"/> Utilisation des outils utilisés pour l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (programme PMSA), téléchargeables sur le site de la HAS: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_656210/fr/pmsa-programmes-complets <input type="checkbox"/> Information du patient ou de ses proches
<p>4. Accompagnement à la mobilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> S'assurer d'une mobilisation au moins 2 fois par jour <input type="checkbox"/> Levées nocturnes <input type="checkbox"/> Evaluation de l'utilisation des aides techniques disponibles <input type="checkbox"/> Traçabilité des besoins d'assistances à la mobilité et/ou aux transferts <input type="checkbox"/> Information et sensibilisation aux conditions d'une mobilité sécuritaire (recours à l'éclairage, aux barres d'appui)
<p>5. Sécurisation de l'environnement individuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Elimination des obstacles <input type="checkbox"/> Mise à proximité de la sonnette, des objets personnels et des aides techniques <input type="checkbox"/> 3 questions systématiques avant de quitter un patient/résident : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Voulez-vous que je vous accompagne aux toilettes ? <input type="checkbox"/> Avez-vous une zone douloureuse ou d'inconfort ? <input type="checkbox"/> Avez-vous besoin de quelque chose avant que je quitte votre chambre? <input type="checkbox"/> Hauteur du lit adaptée <input type="checkbox"/> Freins de lits et de fauteuils activés <input type="checkbox"/> Repose-pieds de fauteuils adaptés <input type="checkbox"/> Barrières de lit selon prescription

Check-list intervenants* et interventions auprès patients à risque, SSR Les Sources



*le(a) Psychomotricien(ne) n'apparaît pas car ce document est adapté à l'établissement qui l'a réalisé

Check-list des trois questions à poser avant de quitter la chambre d'un patient ou d'un résident

1. Voulez vous que je vous accompagne aux toilettes?
2. Avez-vous une zone douloureuse ou d'inconfort?
3. Avez-vous besoin de quelque chose avant que je quitte votre chambre?

Check-list du rituel du coucher, Fondation Rothschild



Fondation Ophtalmologique
Adolphe de Rothschild

RITUEL DU COUCHER

Le rituel du coucher doit être un moment privilégié entre le Patient et le soignant, il est individualisé.

Un temps d'écoute, Un moment de calme, Un moment d'accompagnement.

Passage par la salle de bain pour les plus valides.

Accès au lavabo pour se rafraichir (nettoyage du visage, brossage des dents, coiffure...)

Chaise percée, Bassins, urinaux ou protection pour les plus invalides.

Proposer soin de bouche et rafraichir le visage pour ceux qui ne peuvent pas le faire eux même.

Installation au lit dans une position Secure et confortable pour le patient.

Chaussettes et bas ôtés, pyjama mis, prothèses rangées, Chaussons adaptés au pied (descente)

Lit à hauteur adéquate, Sonnette à portée de main Expliquer fonctionnement des lumières

Adaptable du coté du lit opposé au lever du patient.

Environnement dégagé afin de baliser le chemin vers les toilettes.

Eclairage de la chambre en fonction des souhaits du patient.

Porte de la chambre ouverte ou fermée en fonction de chaque patient.

Barrières selon les prescriptions.

Affiche pour un chaussage adapté, Clinique SSR des Sources



4. Personnaliser la prise en charge pour les personnes à risque de chute grave

Mise en œuvre d'actions personnalisées pour les patients/résidents identifiés à risque de chute grave pour réduire les chutes et atténuer leurs conséquences :

- Mise en place d'un projet de soin individualisé et pluridisciplinaire
- Correction des facteurs de risque modifiables
- Mise en place de mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes
- Communication entre professionnels et auprès du patient/résident et de ses proches
-

Recommandations et exemples d'actions

<p>SFDRMG/HAS Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Recommandations, Novembre 2005⁵⁶</p>	<p>En sus des interventions à toutes les étapes du vieillissement :</p> <p>Personnes les personnes âgées fragiles à domicile ou en institution :</p> <ul style="list-style-type: none">- Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relever- Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de téléalarme) <p>Pour les Personnes âgées dépendantes vivant en institution :</p> <ul style="list-style-type: none">- Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer- Remise en question des contentions éventuelles
--	--

⁵⁶ Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, HAS, Novembre 2005, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

Propositions d'interventions chez les patients ou résidents Identifiés à risque de chute, ARS Ile de France



INTERVENTIONS CHEZ LES PATIENTS/RÉSIDENTS IDENTIFIÉS À RISQUE DE CHUTE

Unité engagée :

Etiquette patient ou résident

FACTEUR(S) DE RISQUE IDENTIFIÉ(S)	EXEMPLES D'INTERVENTIONS
INDIVIDUELS FAVORISANTS	EXEMPLES D' ACTIONS PROPOSÉES
<input type="checkbox"/> Antécédent(s) de chute	<input type="checkbox"/> Correction des causes identifiées des chutes <input type="checkbox"/> Evaluation approfondie des capacités physiques et de l'équilibre ou consultation spécialisée « chute » <input type="checkbox"/> Rééducation adaptée par un professionnel du mouvement
<input type="checkbox"/> Pathologies neurodégénératives (ex. Parkinson, démence, déclin cognitif, dépression)	<input type="checkbox"/> Bilan et prise en charge des pathologies identifiées, <input type="checkbox"/> Recours à un avis spécialisé
<input type="checkbox"/> Troubles mictionnels (ex. incontinence urinaire, impériosité urinaire)	<input type="checkbox"/> Adaptation de la protection pour incontinence <input type="checkbox"/> Périodes de continence régulières et sécuritaires, jour et nuit <input type="checkbox"/> Mise à disposition d'une chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Accompagner préventivement le patient aux toilettes selon un calendrier mictionnel <input type="checkbox"/> Recours à un avis spécialisé
<input type="checkbox"/> Troubles locomoteurs et musculaires : - Diminution de la force musculaire aux membres inférieurs - Trouble de la marche (anomalie et vitesse) - Equilibre postural et/ou dynamique altéré	<input type="checkbox"/> Adaptation des aides techniques aux transferts et à la mobilité <input type="checkbox"/> Traçabilité des besoins d'assistances <input type="checkbox"/> Formation à l'utilisation des aides techniques <input type="checkbox"/> Mobilisation au moins deux fois par jour <input type="checkbox"/> Périodes de continence régulières et sécuritaires, jour et nuit <input type="checkbox"/> Rééducation adaptée
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Bilan et prise en charge (recommandations HAS) <input type="checkbox"/> Recours à un avis spécialisé
<input type="checkbox"/> Prise de plus de 4 médicaments	Cf. PUC, révision de la pertinence des prescriptions
<input type="checkbox"/> Prise de psychotrope(s)	<input type="checkbox"/> Révision de la pertinence de la prescription de psychotropes <input type="checkbox"/> Bilan géro-onto-psychiatrique pluridisciplinaire
<input type="checkbox"/> Dénutrition	<input type="checkbox"/> Evaluation nutritionnelle <input type="checkbox"/> Définition d'un plan de soins nutritionnel adapté et partagé <input type="checkbox"/> Education
INDIVIDUELS COMPORTEMENTAUX	EXEMPLES D' ACTIONS PROPOSÉES
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Sensibilisation au risque <input type="checkbox"/> Implication médicale dans la prévention et l'éducation <input type="checkbox"/> Aide associative
<input type="checkbox"/> Sédentarité	<input type="checkbox"/> Sensibilisation au risque <input type="checkbox"/> Education, <input type="checkbox"/> Implication médicale dans la prévention et l'éducation <input type="checkbox"/> Ateliers équilibre
<input type="checkbox"/> Prise de risque, (ex. automédication, ménage en hauteur, mise en danger, non port de la correction visuelle ou auditive, etc.)	<input type="checkbox"/> Sensibilisation au risque du patient ou du résident <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Implication médicale dans la prévention et l'éducation <input type="checkbox"/> Information de l'entourage

Quelles pratiques à fort impact pour maîtriser le risque de chute ?

INDIVIDUELS PRECIPITANTS	EXEMPLES D' ACTIONS PROPOSEES
<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire (hypotension orthostatique, trouble du rythme ...)	<input type="checkbox"/> Sensibilisation et éducation pour un lever progressif en cas d'hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Rediscuter la pertinence d'un traitement anti-hypertenseur <input type="checkbox"/> Avis cardiologique
<input type="checkbox"/> Neurologique (AVC,...)	<input type="checkbox"/> Avis neurologique <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une pathologie aigue identifiée
<input type="checkbox"/> ORL (Vertiges)	<input type="checkbox"/> Avis ORL <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une pathologie aigue identifiée
<input type="checkbox"/> Métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie)	<input type="checkbox"/> Correction et surveillance du trouble métabolique <input type="checkbox"/> Information pour prévenir des récives
<input type="checkbox"/> Syndrome confusionnel	<input type="checkbox"/> Recherche étiologique <input type="checkbox"/> Recours à un avis spécialisé
<input type="checkbox"/> Introduction de psychotrope ou d'antihypertenseur	<input type="checkbox"/> Révision de la pertinence du psychotrope ou de l'antihypertenseur (reco. HAS octobre 2012, PMSA, cf. PUC) <input type="checkbox"/> Recours à un avis spécialisé,
<input type="checkbox"/> Pathologie infectieuse aigue	<input type="checkbox"/> Bilan et prise en charge
<input type="checkbox"/> Déshydratation	<input type="checkbox"/> Réhydratation et traitement de la cause identifiée <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Sensibilisation à la prévention
FR DE BLESSURE	EXEMPLES D' ACTIONS PROPOSEES
<input type="checkbox"/> Ostéoporose et fragilité osseuse	<input type="checkbox"/> Supplémentation en calcium et vitamine D <input type="checkbox"/> Programme d'exercice physique adapté <input type="checkbox"/> Traitement selon recommandations HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose-fiche-bum)
<input type="checkbox"/> Augmentation de la fréquence des chutes	<input type="checkbox"/> Cf. supra, antécédents de chute
<input type="checkbox"/> Antécédents de fracture	<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie
<input type="checkbox"/> Prise d'anticoagulants	<input type="checkbox"/> Réévaluation du bénéfice risque du traitement : <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence de la prescription d'anticoagulant, • choix de la molécule (anticoagulant oral direct ou anti-vitamine K) • niveau de l'INR cible en cas d'anti-vitamine K • modalités de surveillance du traitement • niveau de connaissance du patient sur son traitement <input type="checkbox"/> Information, <input type="checkbox"/> Proposition d'une éducation thérapeutique
<input type="checkbox"/> Incapacité à se relever seul	<input type="checkbox"/> Rééducation : apprendre à se relever
<input type="checkbox"/> Isolement social et familial	<input type="checkbox"/> Atelier équilibre <input type="checkbox"/> Téléalarme <input type="checkbox"/> Objets connectés
Pour tous les patients/résidents à risque de blessure(s) discuter :	
<input type="checkbox"/> Protecteurs de hanche <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Tapis de chute	<input type="checkbox"/> Evaluation au domicile <input type="checkbox"/> Information sur l'adaptation de l'environnement

5. Analyser en profondeur les chutes graves en équipe pluridisciplinaire

Une démarche de gestion des risques passe nécessairement par une analyse en profondeur des causes pour pouvoir prendre conscience et initier un processus d'amélioration des pratiques.	
Recommandations et exemples d'actions	
MSA, Lantichute⁵⁷	<p>Outil gratuit et libre d'accès à disposition des établissements pour réaliser la déclaration et une analyse des causes des chutes. Cet outil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permet aux établissements n'ayant pas informatisé la déclaration des Evénements Indésirables de le faire - Propose une analyse systématisée et permet une évaluation du PUC
<p>Cellule Régionale d'Appui à la Gestion du Risque Clinique (CRAGRC)</p> <p>de l'expérimentation de la déclaration des Evénements Indésirables Graves associés aux soins, mars 2010</p> <p>Guide méthodologique Support d'analyse</p>	<p>Lors de l'expérimentation nationale de déclaration des Evénements Indésirables associés aux soins, qui s'est déroulée de juin 2009 à juin 2010, où l'Île de France était une des 4 régions engagées, avec l'Aquitaine, la Franche Comté et Rhône Alpes, un guide d'analyse et un support d'analyse ont été rédigés par la Cellule régionale d'Appui à la Gestion du Risque Clinique, composée d'un médecin et d'un cadre, M. Laurent Kossorotoff et le Dr Lévy-Djebbour Samia.</p> <p>Ces documents sont téléchargeables sur le site de l'ARS et peuvent aider à analyser de manière pluri-professionnel et en profondeur les causes de la chute, pour identifier des mesures d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - http://www.ars.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_securite_soins/EIG/Guide-pedagogique.pdf Il contient notamment une charte d'incitation au signalement interne - http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_securite_soins/EIG/Support-analyse.pdf
Etablissements pilotes	Révision de la procédure d'analyse des chutes : analyse et rétro-information aux équipes systématisées



Témoignages d'établissements pilotes :

« Nous avons optimisé notre processus d'analyse des chutes graves et de rétro-information de cette analyse aux équipes. Cela nous a permis de prendre conscience de l'impact des chutes et de la nécessité d'agir en conséquence. » *Ida Abdoulhanzis, Cadre de santé, EHPAD Herold (75)*

« L'analyse du coût d'une chute grave nous a véritablement permis de prendre conscience du coût de la non-qualité » *Mme Eyssautier, Cadre de santé, Marie Lannelongue (92)*

⁵⁷ Outil téléchargeable au lien suivant : <http://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa/>

3. COMMENT TRAVAILLER SUR LES CHUTES ?

Mettre en œuvre ces pratiques à fort impact au sein d'un établissement ou d'une structure suppose de travailler autour d'une démarche projet.

Celle-ci s'appuie sur :

- **La réalisation d'une évaluation de ses pratiques** pour poser un diagnostic des axes d'amélioration prioritaires
- **La structuration et la mise en œuvre d'un plan d'actions** pour travailler sur ses axes d'amélioration prioritaires
- **Le suivi et l'évaluation du plan d'actions** mis en œuvre et sa mesure d'impact


3.1 Evaluer ses pratiques pour réaliser un diagnostic

Une auto-évaluation à deux niveaux : institutionnel et prise en charge patient

Dans le cadre de la phase pilote deux outils d'auto-évaluation (principe repris de la précédente campagne régionale « Sauve ma Peau » sur le risque d'escarre) ont été construits pour permettre de réaliser un diagnostic de ses pratiques : l'audit institutionnel et l'audit de prise en charge

L'objectif de ces outils est, en début de projet, de réaliser un état des lieux des pratiques institutionnelles et opérationnelles de son établissement/structure en matière de gestion du risque de chute afin de mettre à jour les pistes de travail. Ces autodiagnostic sont ensuite à répéter en fin de projet dans un but de mesure des progrès accomplis et d'identification des axes restant à améliorer.

Deux outils d'évaluation

<p>Audit institutionnel</p> 	<p>Rempli en début et fin de phase pilote</p>
<p>Objectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'un état des lieux à T0 de l'organisation de l'institution et identification des pistes d'amélioration à mettre en œuvre dans le plan d'actions • Evaluation à T1 des points qui ont progressé et des axes restant à améliorer
<p>Contenu</p>	<p>Evaluation de processus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stratégique : lisibilité de l'engagement et des actions de l'institution dans la démarche de gestion des risques • Opérationnel : dépistage, prévention, prise en charge post-chute • Supports : environnement institutionnel, formation, communication, étude de coût
<p>Démarche de remplissage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoévaluation remplie par un groupe projet pluridisciplinaire (le groupe « chute ») permettant d'objectiver les réponses • Temps de remplissage : moins d'1 heure (42 questions) • Réponses gradées en 4 stades (pas du tout, plutôt non, plutôt oui, tout à fait), permettant d'avoir un score par dimension

Audit de prise en charge



Rempli en début et fin de phase pilote

Objectifs	<p>Réalisation d'un audit de prise en charge au regard des dossiers et de l'évaluation au lit du patient/résident de l'unité pilote un jour donné, pour :</p> <ul style="list-style-type: none">• Objectiver l'écart entre les recommandations et la réalité des pratiques tracées• Proposer des mesures d'amélioration• Suivre leur efficacité, par la répétition de la mesure (T0, T1)
Contenu	<p>Trois types de pratiques auditées :</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluation et caractérisation du risque de chute• Prévention de la chute et des blessures liées aux chutes• Prise en charge individuelle du patient / résident suite à la dernière chute
Démarche de remplissage	<ul style="list-style-type: none">• 37 questions par patient à traiter un jour donné par les professionnels de santé• Temps de remplissage : 10 à 30 minutes par dossier• Dossiers d'une unité de 20 lits à auditer pour une vision claire• Nécessité le jour de l'enquête pour les patients/résidents de l'unité engagée :<ol style="list-style-type: none">1. De dépister le risque chez tous2. D'évaluer la prévention pour ceux identifiés à risque

Par les audits, une prise de conscience des soignants des axes opérationnels et institutionnels à travailler

Témoignages d'établissements pilotes

« Par la réalisation des audits, nous avons pu nous rendre compte que notre prise en charge n'était pas systématisée malgré le fait que l'on pouvait avoir accès à l'ensemble des professionnels concernés par la gestion du risque de chute au sein de notre établissement. On a donc notamment pu mettre en place des outils de synthèse pratique permettant à l'ensemble des professionnels concernés de prendre en charge le patient dans sa globalité, sous oubli. » *Dr Bismuth, Médecin, SSR Les Sources (95)*

« Nous avons une importante déclaration de chutes dans l'établissement. La réalisation des audits, s'ils demandent un important investissement, nous a permis d'identifier des actions à mettre en place pour travailler cette problématique » *Singrid Pépin d'Albières, Cadre de Santé, CHP de l'Europe (78)*

« Les audits nous ont permis de nous rendre compte que la chute était vécue comme une fatalité : s'il n'y avait pas de prescription de contention, les soignants ne mettaient pas d'actions spécifiques en place. A partir de ce constat, nous avons pu travailler ! » *Céline Deguise, FFCI neurologie.neurovasculaire, Fondation ophtalmologique Adolphe Rothschild (75)*

Synthèse du diagnostic initial des 9 établissements pilotes

Principales forces et faiblesses des établissements/structures sur la problématique du risque de chute.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Professionnels motivés à travailler sur la thématique des chutes ✓ Protocoles de prise en charge des chutes formalisés et mis en place ✓ Réflexes de prévention connus des professionnels <p>Spécificités EHPAD, SSR :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problématique identifiée - Environnement favorable - Equipe pluridisciplinaire en place (psychomotricien, kinésithérapeute, psychologue, ergothérapeute le cas échéant, APA) <p>Spécificités MCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité à la gestion des risques - Ressources pour l'analyse : cellule qualité, médecin DIM 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Programmes institutionnels de gestion du risque de chute faiblement formalisés : <ul style="list-style-type: none"> - Peu de protocoles de gestion du risque de chute existant - Peu de dépistages systématiques du risque de chute - Absence de définition d'un niveau de risque - Pratiques de prévention et/ou analyses individuelles - Absence de réévaluation du risque de chute en cours de séjour ✓ Traçabilité limitée des actions mises en place ✓ Absence d'évaluation et transition pour un retour à domicile ✓ Formation non-continue des professionnels ✓ Faible sensibilisation des patients et de leur entourage au risque de chute ✓ Limites dans l'analyse : <ul style="list-style-type: none"> - Absence d'analyse des causes profondes de chutes - Rétro information limitée aux équipes suite à l'analyse des chutes - Absence d'analyse de coûts
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Phase pilote apportant un cadrage méthodologique ✓ Engagement dans des projets connexes (ESS, PAERPA, etc.) ✓ Pour les établissements privés : outils du groupe d'établissements (système informatisé, etc.) ✓ Nombreux outils d'évaluation accessibles (<i>Net'soins</i> ou support ARS) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vieillesse de la population accueillie ✓ Limite de la sensibilisation des patients avec pathologies neurodégénératives ✓ Réduction des budgets de soin <p>Spécificités MCO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - DMS courte pour la mise en place d'actions spécifiques - Problématique non prioritaire pour les équipes (hors gériatrie)

3.2 Structurer et mettre en œuvre un plan d'actions émanant du diagnostic

Un plan d'actions à définir au regard des axes de travail mis à jour suite à l'auto-évaluation et en s'appuyant sur les pratiques à fort impact identifiées

Les éléments collectés dans le cadre du diagnostic servent à formaliser un plan d'actions à conduire dans l'établissement.

Celui-ci peut être structuré autour de 5 axes de travail, selon les pratiques à fort impact

Axe 1 : améliorer les pratiques institutionnelles

Axe 2 : améliorer le dépistage

Axe 3 : améliorer la prévention

Axe 4 : améliorer la communication sur le risque de chute

Axe 5 : améliorer le retour d'expérience sur les chutes graves

Un support PowerPoint de formalisation et priorisation du plan d'actions sur la base des conclusions du diagnostic est mis à la disposition des établissements/structures souhaitant engager une démarche dans la documenthèque.

Il est ici important de définir des actions opérationnelles, avec un portage et un échéancier d'avancement cadré par le groupe projet.

Support type pour la restitution du plan d'actions, ARS Ile de France

ars Ordre du jour

- Présentation de la démarche
- Axe 1 : améliorer les pratiques institutionnelles
- Axe 2 : améliorer le dépistage
- Axe 3 : améliorer la prévention
- Axe 4 : améliorer la communication sur le risque de chute
- Axe 5 : améliorer le retour d'expérience sur les chutes graves
- Synthèse

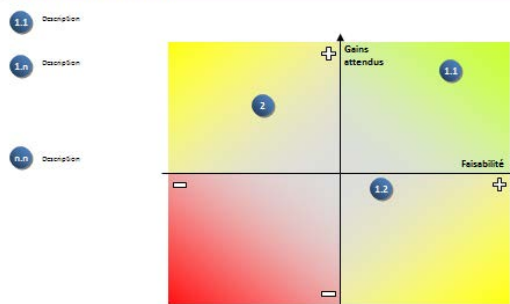
ars Synthèse globale des constats du diagnostic

	Positif	Négatif
Origine Interne	Forces : [] []	Faiblesses : [] []
Origine Externe	Opportunités : [] []	Menaces : [] []

Votre logo Action 1.1

Intitulé de l'action :		Pilote :											
Objectifs		Résultats attendus et indicateurs											
		Indicateurs						Objectifs cibles					
Tâches/Etapes	Acteurs	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Fév.		

ars Synthèse du plan d'actions et priorités (outil de priorisation)



3.3 Suivre le plan d'actions et évaluer son impact

Mettre en œuvre une démarche projet autour de la gestion du risque de chute nécessite de réviser le plan d'actions défini à date fixe et d'en mesurer ses résultats et impacts pour pouvoir en tirer des enseignements et/ou valoriser le travail accompli.

Des outils sur lesquels s'appuyer pour suivre et évaluer l'impact des actions menées

Différents outils identifiés et/ou développés au cours de la phase pilote permettent de mesurer l'impact d'une démarche de progrès mise en œuvre au sein d'un établissement/structure sur la gestion du risque de chute.

Ainsi, **les deux auto-évaluations** conduites en fin de démarche permettent d'évaluer les progrès accomplis en analysant le différentiel entre les résultats du diagnostic initial et final. Ces évaluations finales ont en outre pour vocation l'identification des axes restant à améliorer.

Par ailleurs, **différents outils permettent de mener un suivi des chutes déclarées et d'en analyser l'évolution** :

- Un outil d'incidence de chute a été construit au cours de la phase pilote et est mis à la disposition des établissements et structures dans la documenthèque ;
- L'ANTICHUTE MSA, mis gratuitement à disposition des établissements, permet également de collecter, suivre et analyser les chutes déclarées pour identifier des mesures correctrices.⁵⁸

Enfin, **un outil d'analyse du coût de la chute** a également été construit est mis à disposition des établissements et structures. Cet outil a été élaboré, au cours de la phase pilote de la campagne, par un groupe de travail composé d'établissements et structures pilotes volontaires pour travailler sur l'estimation du coût de la chute.

Les coûts générés peuvent être de différents ordres :

- coût associé à l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) du fait de la chute
- coût des actes réalisés en sus du fait de la chute (actes cliniques, paracliniques, biologie, imagerie)
- coût matériel (équipements, consommables, dispositifs médicaux implantables (DMI))
- autres coûts éventuels (ex : coûts de contentieux)
- des coûts indirects (temps d'administration des conséquences de la chute, coût de la perte d'autonomie)

L'outil peut être utilisé pour deux objectifs :

- 1- L'analyse, sur une période donnée, des conséquences médico-économiques de l'ensemble des chutes survenues sur la période (ex : 30 jours de collecte avec 30 jours de suivi des conséquences)
- 2- L'analyse a posteriori de l'ensemble des conséquences et coûts générés par une chute grave survenue dans l'établissement/structure

Cette analyse permet :

- d'identifier les principaux points à améliorer dans la gestion du risque de chute
- de prendre conscience du coût de la chute
- d'augmenter le signalement interne des chutes

En revanche, l'exercice reste limité par une estimation partielle des coûts (temps de traitement des conséquences de la chute non mesuré, coût horaire calculé sur une moyenne, etc.) et certains établissements (notamment EHPAD) peuvent rencontrer des difficultés pour récupérer les informations en externe sur les coups engendrés.

⁵⁸ Le logiciel est téléchargeable au lien suivant : <http://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa/>

Synthèse des outils d'évaluation construits pendant la phase pilote, ARS Ile de France

3. Mesure d'impact

Indicateurs de suivi

Outil de suivi de l'incidence des chutes



Outil de suivi du coût des chutes



Prérequis : L'exhaustivité dans le signalement des chutes doit être recherchée via une politique active de gestion des risques

Objectifs

- Permet de répertorier le nombre de chutes et le nombre de patients chuteurs chaque mois pour analyser le taux d'incidence des chutes en fonction du niveau de risque du patient/résident

- Collecte pour analyse des conséquences économiques (directes et indirectes) liées à l'ensemble des chutes déclarées sur un établissement pendant 30 jours

Démarche de remplissage

- Le groupe pluridisciplinaire « chute » remplit ce compteur mensuellement
- Le temps nécessaire de remplissage est estimé à 10 minutes hebdomadaires
- Un tableau de synthèse et de suivi est disponible pour voir l'évolution du nombre de chutes par typologie

- **4 établissements pilotes volontaires** :
 - Résidence Harmonie
 - Centre Hospitalier Robert Ballanger
 - Centre chirurgical Marie Lannelongue
 - CHP de l'Europe
- **Formalisation d'un outil de collecte avec l'ensemble des postes de coûts définis**

La mise en place de programmes dédiés à la gestion du risque de chute : une réduction jusqu'à 30% du risque de chute, conditionnée à une mise en œuvre multidimensionnelle

Le travail mené au cours de la phase pilote a permis d'identifier des éléments relatifs aux impacts à attendre de la mise en œuvre d'une telle démarche.

Plusieurs études, dont 4 méta-analyses portant sur 19 études, montrent que les programmes multi-composants pour gérer le risque de chutes chez les patients hospitalisés mènent à une réduction de près de 30 % du risque de chute.⁵⁹ L'intérêt d'un tel programme est ainsi assuré.

« La mise en place d'un programme de prévention des risques de chute a un impact mesurable au bout de deux ou trois ans. » *Cadre de santé rééducateur, CH d'Aulnay*
« Suivre les chutes rend tangible le problème et engendre de ce fait un premier impact. » *Coordinateur logiciel Lantichute MSA*

⁵⁹ Isomi M. Miake-Lye, BA; Susanne Hempel, PhD; David A. Ganz, MD, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD, Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):390-396. doi:10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005

Un impact difficilement mesurable sur la durée de la phase pilote, mais toutefois une certitude : un intérêt à se concentrer sur les chutes graves



Nécessité d'un suivi sur une plus longue période pour juger de l'impact du programme

- **Chutes déclarées** : au global augmentation de la déclaration
- **Incidence des chutes** : de 1,19 (MCO) à 14,42 (EHPAD) pour 1000 journées réalisées
 - 80% chez les +75ans
- **Chutes graves** : entre 1 et 8% des chutes déclarées



Sur les 30 jours d'analyse dans 4 établissements, une majorité de chutes avec un coût modéré mais des chutes graves avec des coûts conséquents

- Coût moyen de la chute : 705€
- Coût minimum : 0€
- Coût maximum : 13 162€
- **Principaux postes de dépenses**
 - Augmentation de la DMS
 - Actes réalisés suite à la chute : examens/soins
 - Transfert
 - Autres coûts : arrêts de travail, vacataire



Témoignages d'établissements pilotes :

« En nous engageant dans la phase pilote nous avons constaté une augmentation conséquente de la déclaration des chutes. » *Mme Eyssautier, Cadre de santé, Centre chirurgical Marie Lannelongue (92)*

« L'analyse des chutes menée dans l'établissement révèle une réduction de moitié de nos chutes graves sur 4 mois consécutifs en comparaison de l'année précédente. Il est trop tôt pour conclure à un impact du programme mené, mais ce résultat est très encourageant ! » *Dr Gilbert, Médecin coordonnateur, Résidence Harmonie (77)*

Un bénéfice général ressenti par les professionnels en termes d'amélioration de process



Témoignages d'établissements pilotes :

«La phase pilote a réellement permis de créer un nouveau dynamisme institutionnel autour de la gestion du risque de chute avec notamment une traduction dans l'amélioration de l'analyse des chutes » Ida Abdoulhanzis, Cadre de Santé, Résidence Hérold (75)

«Les équipes ont mis en place des petites actions du quotidien qui permettent aujourd'hui de limiter les chutes.» Céline Deguise, FFCI neurologie/neurovasculaire, Fondation ophtalmologique Adolphe Rothschild (75°Singrid Pépin d'Albières, Cadre de Santé, CHP de l'Europe (78)

«Cette phase pilote a permis à l'équipe de prendre conscience de l'importance de la prévention, avec une prise en charge globale de la personne âgée dès sa préadmission dans notre établissement.» *Célia Rodrigues, Psychomotricienne, Résidence Harmonie (77)*

4. QUELLE DEMARCHE POUR LES STRUCTURES INTERVENANT AU DOMICILE ?

La phase pilote a permis de prendre conscience de la nécessité, dans le cadre d'une campagne régionale, d'adapter la démarche aux structures intervenant à domicile (HAD, SSIAD).



Témoignages d'établissements pilotes :

« Au cours de la phase pilote, nous ne nous reconnaissons pas entièrement dans les témoignages des établissements de santé et EHPAD avec qui nous échangeons sur nos difficultés. En effet, pour nous le plus difficile dans la mise en place d'un programme de prévention est de pouvoir trouver des leviers pour la mise en place des actions préconisées : nous ne sommes pas maître de l'adaptation de l'environnement de la personne qui est à son domicile et nous ne disposons pas nécessairement en interne de l'expertise pluri-professionnelle nécessaire à la mise en place d'un plan d'actions adapté. » *Nadine Strzalkowski, Infirmière SSIAD APSAD (78)*

Pour les structures intervenant à domicile (SSIAD, HAD), la démarche d'évaluation et les pratiques à fort impacts ont été adaptées à la marge pour traduire les leviers à activer. Les axes de structuration du plan d'actions restent quant à eux inchangés.

Ainsi, l'autodiagnostic institutionnel et l'audit de prise en charge ont été adaptés au domicile. L'objectif des audits reste identique, les items ont simplement été adaptés pour prendre en compte les spécificités rencontrées au domicile (articulation partenariale, rôle du médecin généraliste, sensibilisation des proches, impact sur l'environnement du patient, etc.).

Les pratiques à fort impact ont également été adaptées en conséquence pour refléter les particularités de ces structures et pour que les professionnels se reconnaissent dans la démarche à conduire.

Pratiques à fort impact adaptées pour le domicile



5 pratiques institutionnelles à fort impact

- 1 **Piloter en pluri-professionnel avec un groupe dédié**
- 2 **Définir une politique de gestion du risque de chute grave**
- 3 **Médicaliser le dépistage et la prévention**
- 4 **Identifier et formaliser les partenariats (médicaux et paramédicaux) pour réduire le risque à domicile**
- 5 **Former les professionnels et informer les patients/résidents et leurs proches**



5 pratiques à fort impact à mettre en œuvre auprès du patient/résident

- 1 **Evaluer et réévaluer le risque de chute**
- 2 **Sensibiliser les patients/résidents et leurs proches au risque de chute**
- 3 **Mettre en œuvre le PUC (Programme Universel contre les Chutes) :**
 - Bon pied, Bon œil
 - Supplémentation en vitamine D et évaluation nutritionnelle
 - Révision de la pertinence des prescriptions
 - Accompagnement à la mobilité et utilisation des aides techniques
 - Sécurisation de l'environnement
- 4 **Personnaliser la prise en charge pour les personnes à risque de chute grave :**
 - Projet de soin individualisé et pluridisciplinaire
 - Correction des facteurs de risque modifiables
 - Mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes
 - Communication entre professionnels et auprès du patient/résident et de ses proches
- 5 **Analyser en profondeur les chutes graves en équipe pluridisciplinaire**

Les outils disponibles dans la documenthèque sont mis à la disposition des structures intervenant à domicile.

Pour répondre à l'enjeu inhérent à la 4^{ème} pratique institutionnelle à fort impact, un carnet d'adresse des partenaires du SSIAD, à solliciter dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche de prévention des chutes, a été formalisé pour faciliter l'identification des différentes structures et les leviers à actionner. Cet outil est disponible sur le site de l'ARS, dans la partie réservée aux structures de soins intervenant au domicile.

5. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Enseignements utiles pour mener le projet dans vos établissements/structures : conseils, et pièges à éviter



La chute : un risque dont le médecin doit assurer le dépistage et la prévention

CONSTATS/ENSEIGNEMENTS DE LA PHASE PILOTE	CONSEILS
<ul style="list-style-type: none"> • Peu (ou pas) de démarche formalisée de dépistage et prévention adaptée • Peu de définition de niveaux de risque • Logique habituelle: la prise en charge de la chute et ses conséquences 	<p>Réussir à transformer la problématique chute en problématique de <u>risque</u> de chute au sein de votre institution avec des actions adaptées à mettre en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'échelon institutionnel • À l'échelon opérationnel
<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge médicale des multi-pathologies sans identifier spécifiquement le risque de chute • Communication et sensibilisation limitée des patients / résidents sur leur risque de chute 	<p>Travailler au sein de votre établissement ou en lien avec vos partenaires pour les structures intervenant à domicile pour médicaliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage du risque : réelle démarche d'évaluation lors de l'examen clinique à l'entrée et travail sur les prescriptions (revue de leur pertinence, vitamine D, rééducation) • La prévention : appui des médecins aux professionnels pour l'information, la sensibilisation et l'éducation du patient/résident/entourage • La prise en charge des pathologies aiguës et chroniques (seule partie médicalisée le plus souvent)



Une problématique à gérer en pluridisciplinaire impliquant un accent spécifique sur la coordination des professionnels

CONSTATS/ENSEIGNEMENTS DE LA PHASE PILOTE	CONSEILS
<ul style="list-style-type: none"> Pluridisciplinarité sur le risque de chute non continue au lit du patient / résident : prise en charge individuelle sans coordination des intervenants (professionnels du mouvement, nutritionnistes, médecins, etc.) Suivi et réévaluation limités du risque 	<p>Insister sur la notion de travail pluridisciplinaire (IDE, AS, ergothérapeute, kiné, psychomotricien, diététicien, psychologue, médecin, etc.) à différents moments du parcours : évaluation du risque, mise en place des actions dédiées, suivi et réévaluation du risque</p> <p>Insister en conséquence sur l'importance de la communication entre l'ensemble des intervenants au sein de votre établissement</p>
<p>Traçabilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> Globalement insuffisante (évaluation, suivi, communication, information non tracée) Perçue comme administrative Non interdisciplinaire (dossier informatisé avec droit d'accès) Patients / résidents sur leur risque de chute 	<p>Chercher à donner du sens à la traçabilité dans le soin en montrant son intérêt comme outil de communication entre professionnels</p>



Des professionnels à valoriser dans leurs expertises et à faire monter en compétence

CONSTATS/ENSEIGNEMENTS DE LA PHASE PILOTE	CONSEILS
<ul style="list-style-type: none"> Réel apport des ergothérapeutes pour l'évaluation des aides techniques, humaines, adaptation de l'environnement et évaluation avant retour à domicile Réel apport des psychomotriciens et kinésithérapeutes pour favoriser la mobilité 	<p>Valoriser l'expertise des professionnels du mouvement dans la démarche de prise en charge</p> <p>Définir le rôle de chacun dans la prévention du risque de chute et sa maîtrise</p>
<ul style="list-style-type: none"> Besoin de formations sur le risque de chute et de temps dédié pour les professionnels Difficulté à accéder à des formations institutionnalisées sur le risque de chute 	<p>Inclure des formations sur les chutes dans le programme de formation institutionnel.</p> <p>Insister sur des formations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires, et soutenir la recherche de modules institutionnalisés</p>

Proposer des indicateurs réalistes à même de motiver les équipes

CONSTATS/ENSEIGNEMENTS DE LA PHASE PILOTE	CONSEILS
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des déclarations de chute • Risque de recours à la contention pour réduire le nombre de chute chutes • Méconnaissance de la contention comme facteur de risque de chute 	<p>Inciter à la déclaration des chutes en interne.</p> <p>Ne pas prendre comme mesure d'impact la diminution des chutes déclarées, (elles peuvent augmenter suite à l'incitation à la déclaration)</p> <p>Se concentrer sur l'objectif de réduire le nombre de chutes graves.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'analyse profonde des causes des chutes et peu de restitution de l'analyse aux professionnels déclarant les chutes • Analyse des chutes graves révélatrice des principaux points d'amélioration de l'établissement/structure • Des chutes graves avec des coûts conséquents 	<p>Former à l'analyse systémique et la recherche des causes profondes (méthode ALARM, arbre de causes), en montrer l'intérêt, pour réduire d'autres problèmes</p> <p>Cibler cette analyse systémique sur les chutes graves</p> <p>Réaliser une analyse de coûts des chutes graves pour prendre conscience des conséquences médico-économiques de la non-qualité, et fournir aux gestionnaires des aides à la décision pour investir dans des actions de prévention</p>

Cadrer votre projet et capitaliser sur les outils existants pour maximiser votre avancée

CONSTATS/ENSEIGNEMENTS DE LA PHASE PILOTE	CONSEILS
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à mobiliser les professionnels en dehors du groupe chute • Thématique protéiforme pouvant entraîner un découragement pour la mise en œuvre du plan d'actions • Recul nécessaire pour pouvoir mesurer l'impact 	<p>Avoir un véritable engagement institutionnel dans la démarche, avec un réel soutien de la gouvernance de la structure</p> <p>Prioriser et segmenter les actions (un responsable par action)</p> <p>Prendre en compte le délai de mise en œuvre et augmenter la durée globale de la campagne (de 9 mois à 1 an)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Large temps passé par les établissements pilotes pour construire et éprouver son propre outil d'évaluation du risque • Large temps passé par les établissements pilotes pour formaliser des supports de sensibilisation et communication sur le risque à destination des patients et de leur entourage 	<p>Ne pas focaliser le projet sur le dépistage, s'appuyer sur la modélisation proposée pour identifier le risque de chute et le caractériser.</p> <p>S'appuyer sur les check-lists et outils proposés (poster, livrets, etc.), élaborés par d'autres établissements</p>

ANNEXES

Annexe 1 : liste des acronymes

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
AVC	Accidents Vasculaires Cérébraux
AVK	Anti-Vitamines K
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evènements Indésirables Graves
FFC	Faisant Fonction Cadre Infirmier
HAS	Haute Autorité de Santé
INESS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PA	Personne Agée
SFC	Société française de cardiologie
SFDRMG	Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale
SFGG	Société française de gériatrie et de gérontologie
SFMG	Société française de médecine générale
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SFN	Société française de neurologie
SOFMER	Société française de médecine physique et de réadaptation
WHO	World Health Organisation
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique

Annexe 2 : Documenthèque

Liste des outils présentés téléchargeables sur le site de l'ARS

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Pare-a-Chute-maitriser-le-ris.187666.0.html>

Evaluation du risque

- Modélisation des étapes d'évaluation, *ARS Ile de France (PPT présentation de la campagne)*
- Check-lists des facteurs de risque de chute, *ARS Ile de France (PPT présentation de la campagne)*
- Grille évaluation du risque de chute, *MCO Fondation Rothschild*
- Grille de recueil pour évaluation du risque de chute, *MCO Marie Lannelongue*
- Exemple de profil chuteur, *CHP de l'Europe*
- Test Timed Up and Go de repérage du risque de chute chez la personne âgée, *HAS*

Interventions adaptées au risque

- Pratiques à fort impact, *ARS Ile de France (PPT présentation de la campagne)*
- Pratiques à fort impact adaptées pour le domicile, *ARS Ile de France (PPT présentation de la campagne)*
- Contenu du Programme Universel contre les Chutes, pour tous les patients/résidents de l'unité engagée, *ARS Ile de France*
- Interventions chez les patients ou résidents identifiés à risque de chute, *ARS Ile de France*
- Check-list des trois questions à poser avant de quitter une chambre, *ARS Ile de France*
- Check-list rituel du coucher, *MCO Fondation Rothschild*
- Synthèse des interventions pour le patient à risque, *SSR Les Sources*
- Chaussage adapté, *SSR Clinique des Sources*,

Information, communication, sensibilisation

- Information patient : comment éviter la chute, *SSR Les Sources*
- Affiche chaussage adapté, *SSR Les Sources*
- Leaflet comment être acteur de sa prise en charge, *CHI R. Ballanger*
- Poster Gare aux chutes, *CHI R. Ballanger*
- Quelques conseils pour éviter les chutes, *MCO Marie Lannelongue*

Formation des professionnels

- Programme formation prévention des lombalgies, *CHI R. Ballanger*

Déclaration, analyse des chutes et démarche d'évaluation

- Logiciel de déclaration et analyse des chutes, *LANTICHUTE-MSA⁶⁰*
- Fichier de suivi d'incidence des chutes, *ARS Ile de France*
- Fichier d'analyse du coût des chutes, *ARS Ile de France*

Gestion de projet

- Trame de formalisation des constats du diagnostic et d'un plan d'actions, *ARS Ile de France*
- Outil de priorisation, *ARS Ile-de-France*

⁶⁰ A demander à l'adresse suivante : <http://www.asept-perigordagenais.fr/lantichute-msa/>

CONTACTS

EQUIPE EPOD

Samia LEVY - DJEBBOUR

☎ 01 44 02 05 99

✉ samia.levy@ars.sante.fr

DGA / Equipe EPOD

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

