



**Démarche « Pare à chute, maîtriser le risque »**

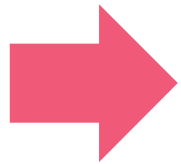
**Présentation pour un établissement**



## Plan

- ▶ **Objectif de la campagne**
- ▶ **Principe de la campagne**
- ▶ **Préalables**
  - La modélisation : simplifier pour agir
  - L'engagement
    - Charte
    - Groupe projet
- ▶ **Modalités pratiques**
  1. L'évaluation initiale, avec deux outils :
    - l'audit institutionnel
    - l'audit de dossier
  2. La construction du plan d'actions, suite au diagnostic
    - le suivi : les compteurs
  3. Les prochaines étapes

## Objectif de la campagne



**Eviter les chutes graves et favoriser la mobilité**

### Définition

**Une chute est considérée comme grave si elle a occasionné :**

- un maintien au sol de plus d'une heure,
- une plaie nécessitant des points de suture,
- un traumatisme crânien avec perte de connaissance,
- une fracture,
- un transfert,
- ou un décès.

*SFDRMG/HAS, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations, Novembre 2005 et avis d'experts*

## Principe de la campagne

### Mise en œuvre des 10 pratiques à fort impact



5 à l'échelle  
institutionnelle



5 en unité de soins

Pratiques identifiées par les établissements pilotes

## Pratiques à fort impact (1/2)



### 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 **incluant la pertinence de l'indication de la contention physique ou chimique (psychotropes) (*Domicile : médicaliser le dépistage et la prévention*)**
- 4 **Gérer le risque de chute lié aux locaux et aux matériels (*Identifier et formaliser les partenariats pour réduire le risque au domicile*)**
- 5 **Former les professionnels et informer les patients/résidents et leurs proches**

## Pratiques à fort impact (2/2)



### 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**

## Préalable : la modélisation , simplifier pour agir

### ▶ **Deux étapes d'évaluation :**

1. dépistage du risque de chute pour tous
2. Identification du risque de chute grave

### ▶ **Deux étapes d'action (intervention) :**

1. pour tous
2. pour ceux à risque de chute grave

### ▶ **Une multidisciplinarité à toutes les étapes, dès le dépistage !**

- Médicalisation de l'évaluation pour identifier :
  - les pathologies à risque
  - Les médicaments à risque
- Médicalisation de l'action sur :
  - Les prescriptions (revue de leur pertinence, vitamine D, rééducation)
  - L'information, la sensibilisation et l'éducation du patient/résident/entourage
  - La prise en charge des pathologies aiguës et chroniques

## Modélisation: deux étapes d'évaluation (fiche de dépistage)

### Pour identifier le risque de chute grave

Niveau de risque

■

1

**Dépister le risque**

- *Interrogatoire* : chute dans l'année ?
- *Examen clinique* :
  - facteurs de risque identifiés
  - réalisation d'un test de mobilisation : le TUG

*Chute dans l'année et/ou test positif et/ou facteurs de risque identifiés*

2

**Caractériser le risque**

- Check-list des facteurs de risque de chute
- Check-list des facteurs de risque de blessure

*+ 3 facteurs de risque et/ou 1 facteur de risque de blessure*

**Personne à risque de chute grave**

+



# Modélisation de campagne : évaluation

## Facteurs de risque de chute (1/2)

**Facteurs de  
risque  
individuels  
favorisants  
=  
Terrain**

- Âge supérieur à 80 ans
- Antécédents de chute
- Pathologies neuro-gériatriques :
  - Parkinson
  - Démence
  - Déclin cognitif
  - Dépression
- Troubles mictionnels :
  - 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

**Facteurs de risque  
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

**Facteurs de risque  
environnementaux**

- Aide technique inadaptée
- Chaussage et habillement inadaptés
- Habitat mal adapté
- Contention

# Modélisation de campagne : évaluation

## Facteurs de risque de chute (2/2)

### Facteurs de risque individuels précipitants

(Pathologies aiguës)

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

### Facteurs individuels de risque de blessure

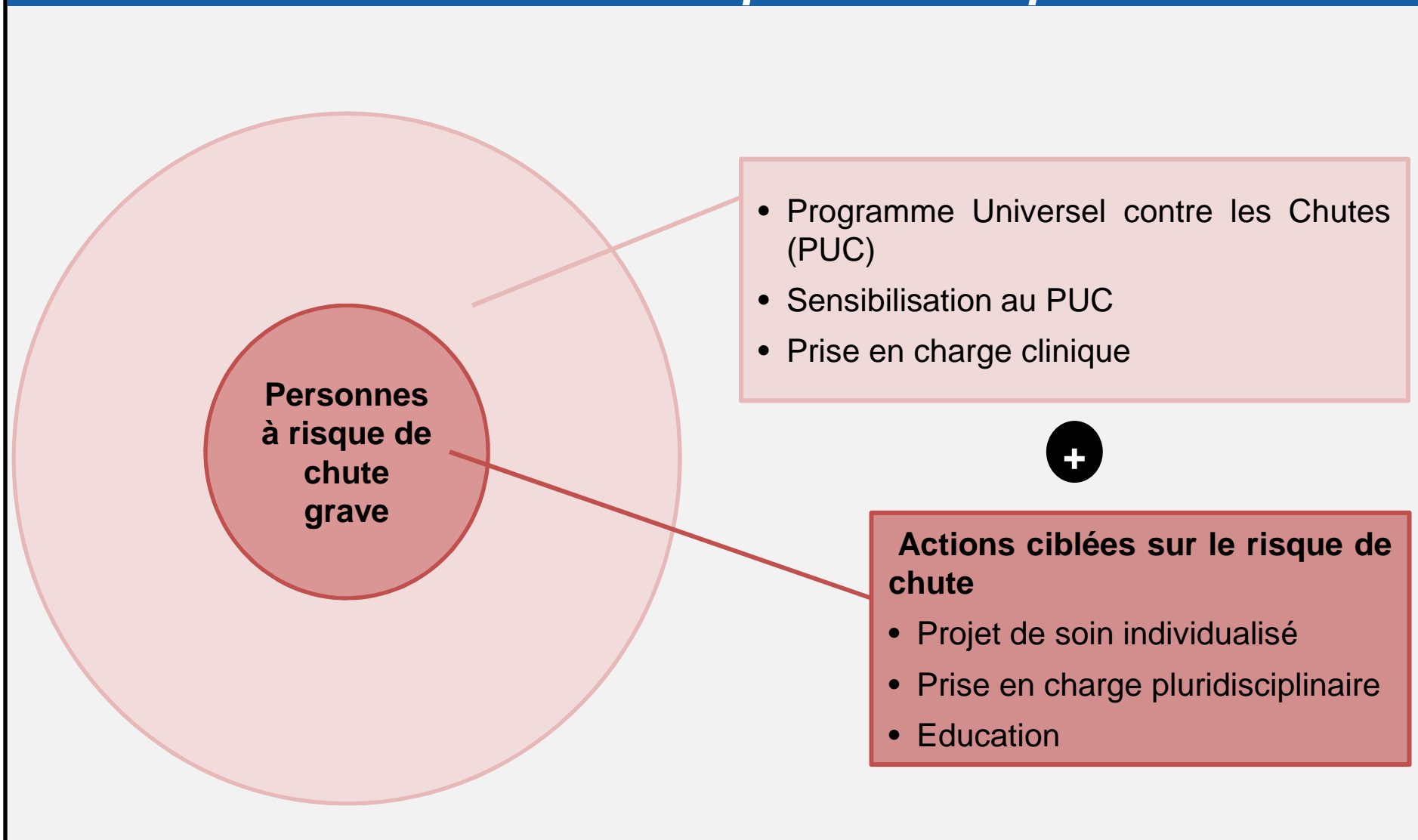
- Augmentation de la fréquence des chutes
- Ostéoporose et fragilité osseuse
- Antécédents de fracture
- Prise d'anticoagulants
- Incapacité à se relever seul
- Isolement social et familial

### Indications de réévaluation

- Réévaluation annuelle systématique
- En retour d'hospitalisation
- Si changement d'état clinique
- En cas de chute
- **En post-chirurgie**

## Modélisation : deux étapes d'intervention

### Interventions adaptées au risque



# Modélisation de campagne : intervention

*Interventions pour réduire le risque de chute – le PUC*

**Contenu du PUC,  
pour tous les  
patients/résidents  
de l'unité engagée**

1. **Bon pied** (chaussage et soins des pieds, ourlets des vêtements),  
**Bon œil** (correction optimale, et port des lunettes)
2. **Nutrition, hydratation, supplémentation en vitamine D**
3. **Révision de la pertinence des prescriptions**
4. **Utilisation des aides techniques et accompagnement à la mobilité**
5. **Sécurisation de l'environnement**
  1. **Collectif :**
    - Aires de déplacement non encombrées
    - Eclairages fonctionnels
    - Bio-nettoyage adapté en institution
  2. **Individuel :**
    - Freins de lits et de fauteuils activés
    - Repose-pieds adaptés
    - Barrières de lit selon prescription
    - Hauteur de genou adaptée
    - **Mise à proximité de la sonnette, des objets personnels et des aides techniques**

# Modélisation de campagne : intervention

*Interventions pour réduire le risque de chute –  
Sécuriser le patient/résident*

**Trois questions à  
poser avant de  
quitter une chambre**

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 ?

## Préalable : l'engagement de l'établissement/structure

- ▶ **Cible** : secteur sanitaire et médico-social y compris les structures de soins à domicile (audits adaptés)
- ▶ **Engagement par une charte**
- ▶ **Pourquoi un groupe projet ? Quel rôle dans le lancement?**
  - Ne pas laisser le référent seul : piloter en pluriprofessionnel une thématique pluridisciplinaire
  - Identifier les ressources de cette pluridisciplinarité dans la structure
  - **Définir l'organisation du projet**
    - Cibler l'unité ou les unités à engager (tenir compte du dépistage pour tous)
    - Relire les audits par rapport aux référentiels internes pour les questions ouvertes (ex. *des interventions nutritionnelles*)
  - **Définir la communication en interne sur le projet**

# 1. L'évaluation initiale avec deux outils : l'audit institutionnel pour les établissements

<p>Outil de diagnostic</p>	<p><b>Audit institutionnel</b></p>
<p><i>Objectifs</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser un état des lieux initial de l'organisation de l'institution</li> <li>• Proposer des mesures d'amélioration</li> <li>• Suivre l'évolution de cette organisation à la fin de la campagne</li> </ul>
<p><i>Contenu</i></p>	<p><b>Evaluation de processus :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Stratégique</b> : lisibilité de l'engagement et des actions de l'institution dans la démarche de gestion du risque de chute</li> <li>• <b>Opérationnel</b> : dépistage, prévention, prise en charge post-chute</li> <li>• <b>Supports</b> : environnement, formation, communication, étude de coût</li> </ul>
<p><i>Remplissage</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autoévaluation remplie par le groupe projet pluridisciplinaire</b> « chute » des réponses objectives</li> <li>• <b>Temps de remplissage</b> : moins d'1 heure (42 questions)</li> <li>• <b>Réponses gradées en 4 stades</b> (pas du tout, plutôt non, plutôt oui, tout à fait), permettant d'avoir un score par dimension</li> </ul>

# 1. L'évaluation initiale avec deux outils : l'audit de pratiques pour les établissements

Outils de diagnostic	<h2>Audit de pratiques</h2>
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectiver l'écart entre les recommandations et la réalité des pratiques tracées</li> <li>• Proposer des mesures d'amélioration</li> <li>• Suivre leur efficacité, par la répétition de la mesure (début, fin)</li> </ul>
<b>Contenu</b>	<p><b>Trois types de pratiques auditées au sein de l'unité engagée:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage du risque</li> <li>• Prévention de la <b>chute et des blessures</b> liées aux chutes</li> <li>• Prise en charge individuelle et collective si chute</li> </ul>
<b>Remplissage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>un jour donné, analyse des dossiers et évaluation au lit du patient/résident</b></li> <li>• 27 questions par patient, temps de remplissage : 10 à 30 minutes par dossier</li> <li>• 20 dossiers à auditer pour une vision claire, avec nécessité le jour de l'enquête de :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dépister le risque chez tous</li> <li>2. évaluer la prévention pour tous (PUC) et son adaptation pour ceux à risque</li> </ol> </li> </ul>



## 2. La construction du plan d'actions

- ▶ **A partir des résultats des deux audits**
- ▶ **Propositions de mesures d'amélioration**
- ▶ **Structuration du plan d'actions en 5 axes, 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
- ▶ **Outil de structuration du plan d'actions fourni : diaporama**
- ▶ **Contenant des fiches actions**

# Focus Fiche action

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.



### 3. Les prochaines étapes

- ▶ **Réunion initiale du groupe projet puis réunions régulières :**
  - Confirmer l'unités engagées
  - Définir les modalités pratiques :
    - des audits (institutionnel et de prise en charge)
    - de la communication
- ▶ **Evaluation initiale: réalisation des audits**
- ▶ **Restitution des résultats à l'équipe et au groupe projet**
- ▶ **Identification des pistes d'amélioration par le groupe projet**
- ▶ **Structuration du plan d'actions (PPT) et priorisation (outils)**
- ▶ **Mise en œuvre du plan d'actions**
- ▶ **Évaluation finale**
- ▶ **Analyse des résultats en groupe et communication**
- ▶ **Valorisation des équipes engagées**