

RAPPORT

Bilan de la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque » en Ile de France

2016-2017



Sommaire

| | |
|--|-----------|
| CONTEXTE ET ENJEUX DE LA PREVENTION DES CHUTES | 3 |
| Quel est le risque associé aux chutes ? | 3 |
| Pourquoi cette campagne en Ile-de-France ?..... | 3 |
| METHODOLOGIE | 4 |
| A. Conception de l'intervention lors d'une phase pilote en 2015..... | 4 |
| L'exploration du thème « chute » révèle une thématique complexe et peu mature | 4 |
| Les acteurs de la phase pilote | 4 |
| Les principaux points de vigilance identifiés à la fin de la phase pilote..... | 5 |
| Dix pratiques à fort impact déclinées en deux niveaux..... | 6 |
| Une stratification opérationnelle du risque de chute pour une prévention adaptée | 6 |
| Les outils élaborés pour la campagne | 6 |
| B. Déroulement de l'intervention..... | 9 |
| Etapas de l'intervention dans l'établissement participant à la campagne | 9 |
| Etapas de l'intervention au niveau départemental..... | 10 |
| Etapas de l'intervention au niveau régional | 10 |
| RESULTATS | 12 |
| A. Description des établissements engagés..... | 12 |
| B. Indicateurs de participation des structures et des professionnels au cours du projet 13 | |
| Nombre de structures ayant complété les évaluations initiale et finale | 13 |
| Evolution du nombre de structures ayant renseigné les compteurs..... | 13 |
| Nombre d'équipes engagées valorisées par un certificat « Pare à Chute »..... | 14 |
| Participation des professionnels aux réunions départementales :..... | 14 |
| C. Indicateurs de résultats | 16 |
| Impact sur les chutes graves : résultats des compteurs..... | 16 |
| Impact sur les pratiques | 17 |
| D. Indicateurs de satisfaction des participants à la campagne | 25 |
| Résultats des 291 questionnaires individuels d'évaluation de la campagne renseignés à la réunion de clôture | 25 |
| Résultats des évaluations institutionnelles par les 109 structures qui ont renseigné cette évaluation sur la plateforme..... | 27 |
| ANALYSE STATISTIQUE | 29 |
| A. Les pratiques à fort impact de la campagne | 29 |
| B. Les compteurs | 31 |

| | |
|--|-----------|
| DISCUSSION | 31 |
| A. Les points positifs :..... | 31 |
| Le mode d'intervention « campagne à l'anglo-saxonne » est adaptable en Ile-de-France | 31 |
| La campagne a eu un impact sur les chutes graves évitées et les pratiques | 32 |
| Efficacité de la campagne sur la prise de conscience des professionnels de la part évitable des chutes | 33 |
| B. Les limites de la campagne | 33 |
| Le biais du volontariat | 33 |
| Un projet trop ambitieux | 34 |
| Un projet complexe et chronophage pour les structures | 34 |
| PERSPECTIVE..... | 35 |
| CONCLUSION..... | 36 |
| REFERENCES | 36 |
| Remerciements | 38 |
| ANNEXES | 39 |
| Annexe 1. Fiche de dépistage et caractérisation du risque de chute | 39 |
| Annexe 2. Programme universel contre les chutes – PUC | 40 |
| Annexe 3. Fiche d'intervention adaptée au risque | 41 |
| Annexe 4. Audit institutionnel sanitaire ou médicosocial..... | 43 |
| Annexe 5. Audit de pratique sanitaire ou médicosocial..... | 47 |
| Annexe 6. Affiche de la campagne | 51 |
| Annexe 7a. Guide méthodologique d'analyse d'une chute grave | 52 |
| Annexe 7b. Guide d'analyse, support de réunion..... | 57 |
| Annexe 8. Questionnaire individuel d'évaluation de la campagne | 62 |
| Annexe 9. Bilan institutionnel de la campagne..... | 63 |
| Annexe 10. Tutoriel de prescription du dosage de vitamine D | 65 |
| Annexe 11. Tutoriel de prescription de vitamine D..... | 66 |
| Annexe 12a. Tutoriel de prescription de la rééducation de la marche | 67 |
| Annexe 12b. Tutoriel de prescription de l'entretien des acquis de la rééducation..... | 68 |
| Annexe 13. Communiqué de presse de l'ARS sur le MOOC | 69 |

CONTEXTE ET ENJEUX DE LA PREVENTION DES CHUTES

La campagne « Pare à Chute », proposée par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS) de février 2016 à avril 2017, est une intervention visant à réduire les chutes graves et améliorer les pratiques de prévention. Sa conception, son déroulement et ses résultats sont présentés et analysés dans ce rapport.

Quel est le risque associé aux chutes ?

Les chutes, aussi bien en ville qu'en institution, sont fréquentes et entraînent chaque année en France près de 9 000 décès chez les personnes de plus de 65 ans, dont une part est évitable (1-2). Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique, compte tenu de la morbi-mortalité induite au sein de la population croissante des personnes âgées et du coût important pour la société, même si son chiffrage précis en France n'est pas disponible¹.

En établissement sanitaire et surtout médicosocial, c'est un événement fréquent et une préoccupation quotidienne pour les patients, leurs proches et les professionnels.

Les données de la littérature rapportent la nécessité de plusieurs interventions pour réduire les chutes d'environ 30 %, avec comme éléments communs de bonnes pratiques : l'évaluation du risque de chute, la formation des patients et du personnel, la mise en place de signes d'alerte et de repérage au chevet du patient, des conseils sur le chaussage, la gestion des temps de toilette et une révision de la médication ; et comme clés de succès : le soutien par l'équipe dirigeante, l'engagement du personnel clinique de première ligne dans la conception de l'intervention, l'orientation par un comité multidisciplinaire, l'essai pilote de l'intervention et le changement des attitudes fatalistes concernant les chutes (3).

Pourquoi cette campagne en Ile-de-France ?

Le concept de campagne à l'anglo-saxonne : un outil intéressant d'intervention

Il est apparu intéressant de développer en France le concept de campagne selon le modèle anglo-saxon, démarche positive et pragmatique d'aide à la mise en œuvre effective des bonnes pratiques de soins (4-5).

Une première expérience de campagne régionale sur les escarres en 2013-2014

Intitulée « Sauve ma peau », cette campagne avait permis à 24 911 patients à risque d'escarre de ne pas en constituer (6).

Une dynamique s'était développée, localement à l'échelle des structures sanitaires et médico-sociales engagées (224 dont 128 ont réalisé la totalité du projet) mais aussi à l'échelle départementale et régionale, motivant une capitalisation de cette expérience pour une deuxième campagne.

Le besoin exprimé des professionnels de s'améliorer en gestion du risque de chute

A l'issue de la campagne « Sauve ma peau », la thématique « chute » était la plus fréquemment proposée par les professionnels pour la campagne suivante.

¹ Devant l'absence de données médico-économiques rigoureuses disponibles sur les chutes et des blessures induites en France, permettant d'argumenter l'investissement nécessaire à la prévention, l'ARS Ile de France a réalisé début 2015 une analyse PMSI des diagnostics associés « chute » en MCO sur l'année 2013. Le codage PMSI ne permet pas de distinguer l'hospitalisation pour chute de la chute survenant au cours de l'hospitalisation. Le surcoût moyen est estimé à 2 814 € par épisode, (3537 € chez les + 75 ans), sur 12 587 chutes codées en diagnostic associé, dont 61% concernent des patients de +75 ans.

METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive d'intervention pour améliorer les pratiques de soins et réduire les chutes graves.

L'intervention ciblait l'ensemble des établissements sanitaires et médicosociaux de la région Ile de France, soit 420 établissements sanitaires et 684 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

A. Conception de l'intervention lors d'une phase pilote en 2015

Le rapport de cette phase pilote est disponible sur le site de l'ARS (7).

L'exploration du thème « chute » révèle une thématique complexe et peu mature

Il existe une profusion de recommandations et référentiels concernant la prévention des chutes et la prise en charge des très nombreux facteurs de risque de chutes et de blessures, comme la carence en vitamine D, l'ostéoporose, la prescription médicamenteuse des personnes âgées, notamment celle des psychotropes et des antihypertenseurs, la prise en charge du diabète, la rééducation et l'activité physique (8-19).

Par ailleurs, les acteurs sont nombreux, pour une prévention plurielle, avec un risque dont la stratification est ambiguë.

1. Deux types d'acteurs sont concernés : d'un côté les rééducateurs avec les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les enseignants d'activité physique adaptée ; de l'autre les soignants avec les infirmiers (IDE), les aides-soignants (AS), les aides médico-psychologiques (AMP), les assistants de soins en gérontologie (ASG), les agents de service hospitalier (ASH), les médecins... ; la communication est variable entre ces deux mondes selon l'historique et l'activité du service.
2. La prévention est plurielle pour agir avant la chute (prévention primaire), après la première chute (prévention secondaire) ou pour éviter les blessures induites (prévention tertiaire ou barrières d'atténuation), en acceptant la chute comme inévitable, liée à des facteurs de risque non modifiables, mais en faisant tout pour en réduire ses conséquences (20).
3. La stratification du risque de chute présente trois niveaux : faible, moyen et élevé.

Tous ces éléments entraînent chez les professionnels une certaine confusion avec une difficulté à prioriser et à mettre en place les actions pour réduire les chutes et les blessures induites chez des personnes âgées, souvent poly-pathologiques, cumulant les facteurs de risque.

La chute est alors enregistrée, perçue comme une fatalité aussi inévitable que le vieillissement.

Les acteurs de la phase pilote

Les structures volontaires ciblent un secteur de 20 lits maximum

Neuf structures se sont portées volontaires à l'issue de la précédente campagne : six sanitaires (quatre en service de médecine-chirurgie-obstétrique MCO et deux en service de soins de suite et réadaptation SSR) et 3 médico-sociales (deux EHPAD et un service de soins infirmiers à domicile SSIAD), de tous types de statut.

Particulièrement motivées, elles ont participé à la construction des outils d'évaluation (audits des pratiques institutionnelles et au plus près des patients), les ont testés, réajustés, ont identifié des pistes d'amélioration puis mis en œuvre leur plan d'actions sur le secteur ciblé.

La démarche canadienne a été la plus aidante pour hiérarchiser et mettre en œuvre des actions d'amélioration (21)

Une expertise répartie entre la conduite de projet et l'expertise métier pour les chutes

Si de son côté l'ARS assure l'expertise de la conduite du projet d'amélioration des pratiques, l'expertise métier pour les chutes reste le domaine des sociétés savantes (notamment la Société française de médecine physique et de réadaptation(SOFMER) et la Société française de gériatrie et gérontologie(SFGG), qui ont désigné leur représentant à la demande de l'ARS et de la Haute Autorité de santé (HAS) qui édicte les recommandations et les référentiels de pratique clinique.

La revue de la littérature sur la gestion du risque de chute a identifié des « champions », nationaux voire internationaux, sollicités pour participer au groupe expert, complété par les représentants des sociétés savantes SFGG et SOFMER (22-23).

Un groupe expert pour les chutes afin de co-construire le projet

- **Sa composition :** P^r René Amalberti, expert en gestion des risques, HAS ; M. Sébastien Doutreligne, SFGG coordonnateur MOBIQUAL ; M. Marc Moulaire, gestionnaire des risques ; P^r François Puisieux, gériatre, CHRU de Lille, SFGG ; P^r Gilberte Robain Gilberte, médecine physique et de réadaptation, SOFMER ; Mme Katherine J. Jones, *physical therapy education, University of Nebraska Medical Center.*
- **Ses actions :**

Validation des outils élaborés par l'ARS avec les structures pilotes.

Adaptation de la définition de la chute grave au projet. 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. Le syndrome post-chute, pourtant conséquence majeure d'une chute, n'a pas été retenu dans le projet, compte tenu de la difficulté à l'évaluer au moment du constat de la chute.

Validation des pratiques à fort impact identifiées par les structures pilotes permettant une hiérarchisation des actions d'amélioration à mettre en œuvre, éléments clés de la campagne.

Un comité de pilotage

- **Sa composition :** les fédérations sanitaires et médico-sociales (FEHAP², FHP³, FHF⁴, SYNERPA⁵, URIOPSS⁶, AP-HP⁷), la HAS, les sociétés savantes SFGG et SOFMER, les représentants des usagers et les représentants des établissements pilotes.
- **Ses actions :** valider l'ensemble de la méthodologie de campagne avant son lancement et, pour les fédérations, si elles le souhaitent, diffuser l'information à leurs adhérents.

Les principaux points de vigilance identifiés à la fin de la phase pilote

- Le risque de favoriser le recours à la contention
- La tentation pour les structures de créer leur propre outil de dépistage du risque de chute
- La nécessité d'adapter les outils d'évaluation aux spécificités du domicile pour les structures de soins y intervenant (hospitalisation à domicile HAD, SSIAD)
- Le temps nécessaire à la mise en œuvre du plan d'actions de plus de 6 mois
- L'implication médicale incontournable dans le dépistage et la prévention

² Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privée non lucratifs

³ Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France

⁴ Fédération hospitalière de France

⁵ Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées

⁶ Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux

⁷ Assistance publique des hôpitaux de Paris

Dix pratiques à fort impact déclinées en deux niveaux

Cinq à l'échelle institutionnelle, pour améliorer les pratiques institutionnelles de gestion du risque de chute et de la contention, déclinées en début de projet en cinq actions

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

Cinq au plus près du patient ou résident

1. Évaluer et réévaluer le risque de chute
2. Mettre en œuvre le programme universel contre les chutes (PUC)
3. Adapter la prévention au risque identifié
4. Communiquer, informer, sensibiliser, former
5. Analyser les chutes graves

Une stratification opérationnelle du risque de chute pour une prévention adaptée

Pour la campagne, la stratification du risque de chute introduit la notion du risque de « chute grave » ou risque de blessure, afin d'adapter et graduer la prévention (annexes 1 - 3)

1. **Absence de risque de chute**, nécessitant tout de même des actions, dont la mise en œuvre du Programme universel contre les chutes ou PUC (annexe 2)
2. **Identification du risque de chute** nécessitant une rééducation adaptée et la correction des facteurs de risque identifiés s'ils sont modifiables (annexe 3)
3. **Caractérisation du risque de chute grave** défini par :
 - soit la présence de plus de trois facteurs de risque de chute, nécessitant rééducation adaptée et correction des facteurs de risque modifiables (cf. supra) ;
 - soit la présence **d'au moins un facteur de risque de blessure**, nécessitant la mise en place, en plus de la rééducation adaptée et de la correction des facteurs de risque modifiables, **la mise en œuvre d'actions d'atténuation, ou prévention tertiaire, pour réduire les conséquences d'une chute** (traitement d'une ostéoporose, protecteurs de hanche, tapis de chute, casque, réévaluation d'un traitement anticoagulant ...).

Les outils élaborés pour la campagne

Les outils proposés (en dehors de l'audit institutionnel) sont à utiliser dans un secteur ciblé **de 20 lits maximum** pour réaliser le projet, c'est-à-dire les audits de pratique, élaborer le plan d'actions, le mettre en œuvre et renseigner les compteurs de suivi.

Outils d'évaluation : les audits

- **L'audit institutionnel** évalue la maturité de la structure aux plans stratégique (politique de gestion du risque de chute et de la contention), opérationnel (dépistage, prévention, prise en charge des chutes) et des fonctions supports (gestion de l'environnement individuel et collectif, formation, communication et coût) (annexe 4).
- **L'audit de pratique auprès des patients ou résidents** évalue, à partir du dossier du patient et de son environnement, son risque de chute et de blessure le jour de l'audit ainsi que la prévention stratifiée selon le niveau de risque et la prise en charge d'une éventuelle chute (annexe 5).

Outils d'élaboration et de mise en œuvre du plan d'actions, accessibles à tous sur la page internet de l'ARS (24)

- **Structuration du plan d'actions selon cinq axes**
 - Amélioration des pratiques institutionnelles
 - Amélioration du dépistage
 - Amélioration de la prévention
 - Amélioration de la communication
 - Amélioration de l'analyse des chutes graves
- **Outil de priorisation des actions d'amélioration**
- **Boîte à outils** avec au départ les différents documents réalisés par les établissements pilotes et l'ARS, enrichie par d'autres établissements en cours de campagne avec les documents qu'ils ont élaborés.

Outils pour le suivi du plan d'actions : les compteurs, outils de dynamique et de suivi de campagne, à renseigner mensuellement par toutes les structures sur leur plateforme personnalisée

- **Compteur 1 : chutes graves évitées**
 - Compteur 1.1 : nombre de patients/résidents identifiés à risque de chute grave
 - Compteur 1.2 : nombre de patients/résidents identifiés à risque de chute grave, qui n'ont pas fait de chute grave
- **Compteur 2 : efficacité de la prise en charge**

Sur 3 patients/résidents comptabilisés dans le compteur 1.1 tirés au sort, une évaluation des pratiques de dépistage et de prévention est réalisée et renseignée sur un outil Excel®, qui calcule un score par patient ainsi qu'un score moyen pour les 3 patients.
- **Compteur 3 : recours à l'usage de la contention**

Un jour donné chaque mois, est recueilli le nombre de patients/résidents sous contention physique dans l'unité dans les 24h (incluant les barrières de lit nocturnes).

Outils de communication

- **Pour le lancement**
 - une affiche de campagne est distribuée lors de la réunion départementale de lancement (annexe 6),
 - le support de présentation de la campagne pour aider les structures à communiquer en interne.
- **Pour le suivi de la campagne**
 - des stylos (trente par structure),
 - la possibilité d'exporter le compteur 1.2 régional, rapportant le nombre de patients à risque de chute grave qui n'en ont pas fait, sous la forme d'un « *Widget* » (cf. ci-dessous), et de l'installer sur leur site intranet ou internet, selon un mode d'emploi rédigé par le webmaster de l'ARS à transmettre au webmaster de la structure.



Outil d'aide à l'analyse systémique d'une chute grave

Pour les structures qui n'ont jamais réalisé d'analyse systémique, un guide est réalisé à partir de celui élaboré par la Cellule régionale d'appui à la gestion du risque clinique d'Ile de France lors de l'expérimentation nationale concernant les événements indésirables graves (EIG) en 2009-2010, en le réadaptant spécifiquement au risque de chute (25).

Il comporte deux documents (annexes 7-1 et 7-2)

1. un guide pédagogique, qui précise le principe de l'analyse systémique et son intérêt,
2. un support d'analyse.

Outils d'évaluation de la campagne, pour une analyse quantitative et qualitative

- **Evaluation individuelle** par questionnaires de satisfaction papier, renseignés par les professionnels présents aux réunions départementales de clôture (annexe 8)
- **Evaluation collective institutionnelle** avec un bilan institutionnel mis sur la plateforme personnalisée lors de la clôture à renseigner en ligne par le groupe projet, pour une analyse quantitative et qualitative (annexe 9)

Les plateformes informatiques, personnalisées ou pas, et les applications développées au sein de l'ARS

En lien avec l'équipe spécialisée de développeurs en informatique de l'ARS, plusieurs plateformes et applications ont été développées, afin d'être le plus facilitant et ergonomique possible pour les structures engagées et faciliter l'extraction et la consolidation régionale des données.

1. **Une plateforme non personnalisée** ou plateforme « charte » pour identifier les structures et les professionnels engagés et générer un lien personnalisé à la structure, envoyé par mail au référent du projet, sans mot de passe ni identifiant.
2. **Une plateforme personnalisée pour chaque structure** donnant accès à plusieurs applications développées par l'ARS, pour permettre à la structure de saisir ses données, avec
 - l'audit institutionnel,
 - l'audit de pratique auprès des patients,
 - les compteurs,
 - l'évaluation institutionnelle de la campagne.

Pour les structures de soins à domicile (infirmiers SSIAD et hospitalisation HAD), l'adaptation des audits de pratique aux spécificités du domicile en fin de phase pilote n'a pas laissé le temps de développer et de tester une application. L'ARS a alors fourni à ces structures des supports Excel® pour réaliser leurs audits, dont les fichiers devaient être renvoyés à l'ARS par courriel.

B. Déroulement de l'intervention

L'intervention se décline selon 3 niveaux, local, départemental et régional, en phase avec le calendrier de la campagne, de **février 2016 à avril 2017**.

Sollicitation et information des établissements en décembre 2015

Une première annonce est réalisée lors d'une journée régionale le 10 décembre 2015 réunissant plus de 500 personnes, confirmée par un courriel émanant des huit délégations départementales de l'ARS adressé aux directions de **toutes les structures sanitaires et médicosociales** de leur département, quel que soit leur statut (privé, public, associatif).

Etapas de l'intervention dans l'établissement participant à la campagne

1. **L'engagement** sur la base du volontariat, concrétisé par une charte renseignée en ligne sur une plateforme non personnalisée. Un référent est identifié, responsable de la coordination du projet. La dernière page de la charte, avec la signature manuscrite de la direction générale, des représentants de la communauté médicale et paramédicale, est scannée et renvoyée par courriel à l'ARS.
2. **Le lancement du projet en interne**
 - La constitution du groupe projet pluri-professionnel coordonné par le référent, incluant des professionnels du soin mais aussi de la rééducation.
 - Le choix du secteur à engager de 20 lits maximum.
 - L'information des équipes de ce secteur, des instances, des patients et de leurs proches sur le secteur ciblé.
3. **Le diagnostic**
 - La réalisation de l'autodiagnostic initial selon les deux niveaux, institutionnel (au cours d'une réunion du groupe projet) et auprès des patients du secteur ciblé.
 - Le renseignement de ces audits sur leur plateforme personnalisée (pour les établissements sanitaires et médico-sociaux) ou sur un tableur Excell® renvoyé à l'ARS (pour les structures de soins à domicile).
 - La restitution immédiate des résultats permet de rendre visibles les points positifs et ceux à améliorer pour proposer des mesures d'amélioration.
4. **La structuration et la mise en œuvre du plan d'actions**, au vu des résultats de l'autodiagnostic
5. **Le suivi du plan d'actions**
 - Renseignement mensuel des compteurs
 - L'assiduité, au moins du référent, aux réunions départementales.
6. **La clôture du projet**
 - La réalisation de l'autodiagnostic final des pratiques
 - La comparaison entre l'autodiagnostic initial et final pour évaluer et réajuster le plan d'actions
7. **L'évaluation de la campagne elle-même** par un questionnaire individuel papier lors de la réunion départementale de clôture et par une évaluation collective du groupe projet renseignée sur la plateforme
8. **La communication régulière du projet** et du plan d'actions aux équipes, aux instances, aux patients et à leur entourage
9. **La valorisation des équipes engagées par un certificat « Pare à Chute »**

Etapes de l'intervention au niveau départemental

Réunions départementales

Des réunions sont organisées dans chaque département (sept réunions par département, totalisant 56 réunions dans la région), calquées sur les phases du projet : lancement, diagnostic, structuration du plan d'actions, 2 réunions de suivi du plan d'actions, clôture, valorisation.

Elles sont l'occasion de partages d'expérience des établissements avec des échanges sincères et sans tabou sur leurs succès et leurs difficultés, une émulation effective par le partage des succès, un soutien lors de phase de découragement ou de difficultés ainsi que l'échange de documents, d'idées, d'astuces et parfois d'innovations.

Elles permettent un véritable accompagnement des professionnels pour les aider à réaliser leur démarche, initier et entretenir une dynamique au sein de leur structure.

Elles participent également à développer et entretenir une dynamique territoriale puisqu'elles réunissent des professionnels très différents, intervenant tout au long du parcours d'un patient (SSIAD, hôpital, SSR, EHPAD ...).

Focus sur la dernière réunion de valorisation des équipes engagées

Un certificat « Pare à Chute » est remis officiellement par le Délégué départemental lors de la dernière réunion festive et conviviale du projet. Il concrétise la reconnaissance par l'ARS de leur travail en équipe pluridisciplinaire, les récompense de leur engagement, de leur persévérance pour la remise en cause et l'amélioration de leurs pratiques. Ce certificat constitue un moment important fixé par le photographe de l'ARS. Un courriel leur est ensuite envoyé pour télécharger les photos et communiquer au sein de leur structure.

Etapes de l'intervention au niveau régional

1. **La coordination de la phase pilote** pour la conception de la campagne (cf. supra conception)
2. **L'organisation et l'animation des réunions départementales**

Une animation co-construite avec des professionnels de la phase pilote

L'ARS est elle-même aidée et soutenue tout au long de la campagne par un groupe de travail des professionnels les plus motivés issus de la phase pilote, de départements différents.

Ce groupe se réunit tous les mois en conférence téléphonique d'une heure, avec comme objectifs :

- optimiser l'animation des réunions départementales, par l'analyse de la réunion précédente et par la construction de l'ordre du jour de la réunion suivante,
- valider avant diffusion les documents proposés par des structures les plus avancées dans la démarche,
- prendre la mesure des besoins des professionnels et y répondre au mieux (cf. infra les tutoriels de prescription concernant la vitamine D ou la rééducation),
- réajuster les outils de suivi et d'évaluation de la campagne.

Une communication directe avec les professionnels pour une information régulière

La constitution d'une liste de diffusion électronique à partir des listes d'émargement aux réunions départementales a constitué une charge de travail importante, même si les ressources, inconstantes au cours du projet, n'ont pas permis une saisie des adresses électroniques pour toutes les réunions départementales, et si les adresses manuscrites comportaient souvent des erreurs à la retranscription.

Néanmoins, lorsqu'elles étaient opérationnels, ces diffusions électroniques ont constitué un lien précieux entre l'ARS et les professionnels, qui avaient un retour des réunions, recevaient les invitations aux prochaines réunions, et pouvaient, en cas de difficulté, téléphoner ou adresser des courriels à l'ARS, quel que soit leur statut (opérationnel, de coordination ou stratégique) au sein de leur structure.

3. La sollicitation du groupe expert pour réaliser des tutoriels de prescription

Concernant la vitamine D (prescription du dosage et de la supplémentation), ont été sollicités des membres du Groupe de recherche et d'information sur l'ostéoporose (GRIO) et de la Société française de rhumatologie (SFR), également membres de la SFGG. Rappelons que l'ARS n'a aucune vocation à élaborer des recommandations de pratiques cliniques ; l'Agence a coordonné l'élaboration de ces tutoriels pour soutenir les professionnels exprimant une difficulté dans la mise en œuvre de leur plan d'actions (annexes 10 et 11).

Concernant la prescription de rééducation de la marche ou d'entretien des acquis, les tutoriels précisent les objectifs, la durée et le professionnel concerné par sa réalisation (annexes 12a et 12b).

4. La création d'une page dédiée sur le site Internet de l'ARS, réactualisée régulièrement

La mise en ligne tout au long du projet, par le service de communication de l'ARS, des documents nécessaires au projet permet une communication fluide avec les structures (24).

5. Le recueil et l'analyse des données régionales aux différentes étapes du projet

En début de projet : nombre et description des structures engagées

Par les données renseignées sur la plateforme non personnalisée lors de l'engagement (charte)

- Données des établissements : nom, adresse, FINESS géographique, secteur d'activité, statut
- Personne référente : nom, prénom, téléphone et adresse électronique de la personne référente
- Composition de l'équipe projet pluri-professionnelle et pluridisciplinaire : nom, prénom, fonction et adresses électroniques
- Secteur(s) ciblé
- Coordonnées de la gouvernance : nom, prénom, adresse électronique du directeur et des représentants des communautés médicale et paramédicale

Indicateurs de participation des structures et des professionnels à la campagne

- Nombre d'établissements ayant renseigné mensuellement les compteurs, par département et pour la région
- Nombre de structures et d'équipes ayant réellement mis en œuvre un plan d'actions, valorisées par un certificat
- Nombre de professionnels participant aux réunions départementales et leur catégorie socioprofessionnelle

Indicateurs d'impact de la campagne

- **Chutes graves** : en comparant l'évolution des compteurs régionaux 1-1 et 1-2
- **Pratiques** :
 - en comparant la consolidation régionale et l'évolution des résultats des audits de pratiques initiaux et finaux
 - en mesurant l'évolution du compteur 2 régional d'efficience de prise en charge

Indicateurs de satisfaction des participants concernant la campagne

- Selon les questionnaires individuels papier
- Selon l'analyse qualitative des questionnaires collectifs

6. L'organisation de deux rencontres régionales autour de la campagne

L'une le 10 décembre 2015 pour l'annoncer et l'autre le 26 septembre 2017 pour en présenter le bilan, les enseignements et les perspectives.

RESULTATS

A. Description des établissements engagés

304 structures (113 sanitaires, 177 médico-sociales et 14 mixtes) ont renseigné la charte d'engagement et envoyé la dernière page signée par leur gouvernance.

La majorité des structures médico-sociales sont des EHPAD (151), mais il y a aussi des SSIAD (29), les autres étant représentées par les Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les Maisons d'accueil spécialisé (MAS)

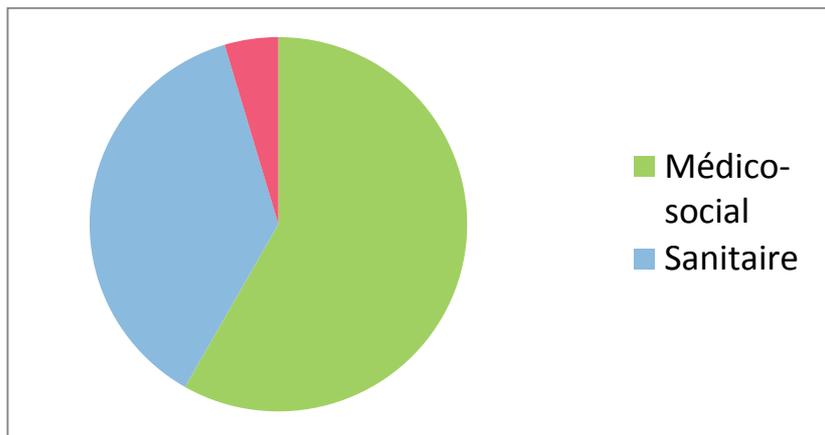


Figure 1. Répartition des structures engagées selon leur type d'activité

Tous les statuts sont représentés : 128 privés commerciaux, 98 privés associatifs, 78 publics (dont 9 sites ou groupements hospitaliers).

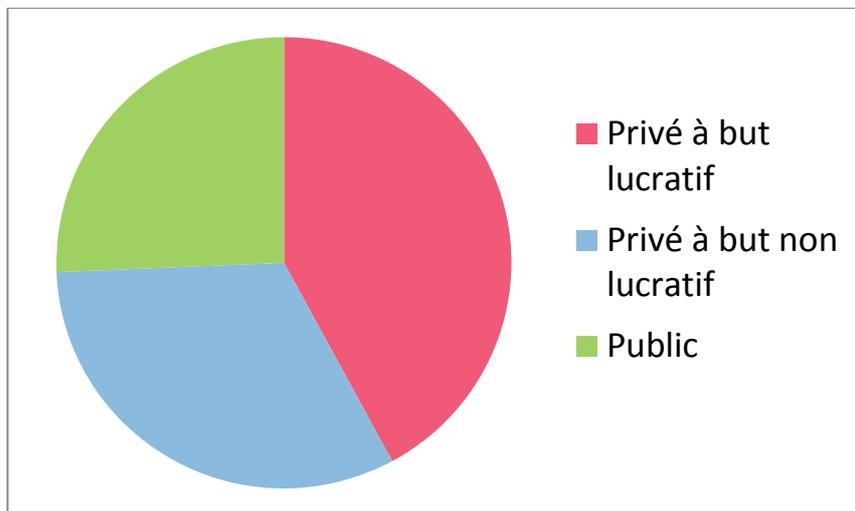


Figure 2. Répartition des structures engagées selon leur type de statut

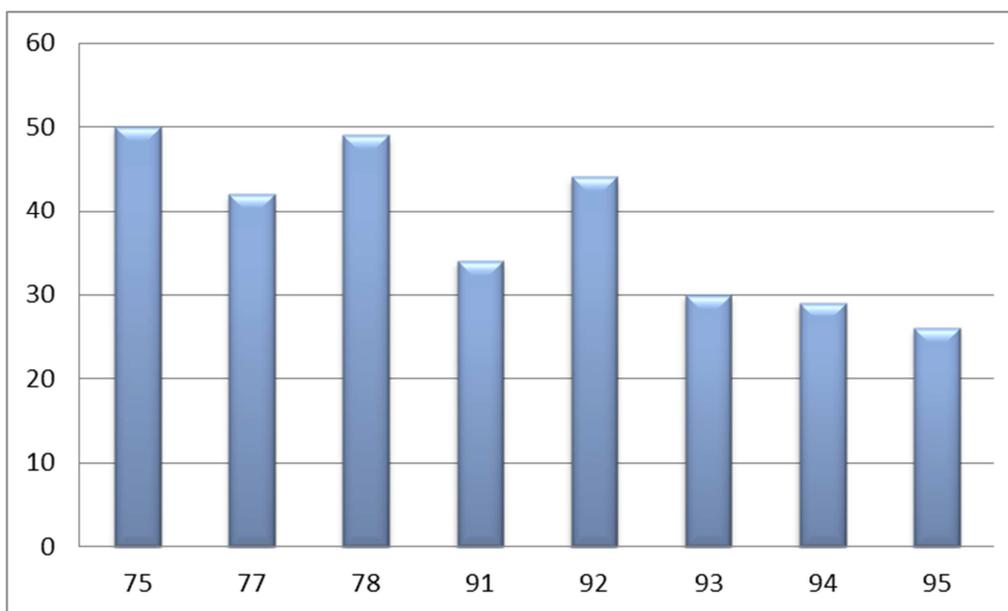


Figure 3. Répartition des structures engagées dans les huit départements d'Ile de France

B. Indicateurs de participation des structures et des professionnels au cours du projet

Nombre de structures ayant complété les évaluations initiale et finale

| Evaluation | Nombre d'ES/ESMS ⁸ ayant renseigné l'évaluation Initiale sur la plateforme | Nombre de structures au domicile ⁹ ayant renvoyé l'évaluation initiale sur Excel® | Total de structures évaluation initiale | Nombre d'ES/ESMS ayant renseigné l'évaluation finale sur la plateforme | Nombre de structures à domicile ayant renvoyé l'évaluation finale sur Excel® | Total de structures évaluation finale |
|--------------------------|--|--|--|---|--|--|
| Audit Institutionnel | 253 | 23 | 276 | 86 | 11 | 97 |
| Audit de prise en charge | 258 (5 717 patients) | 21 | 279 | 101 (2 031 patients) | 10 | 111 |

Tableau I. Nombre de structures ayant renseigné les évaluations initiales et finales

Evolution du nombre de structures ayant renseigné les compteurs

De 105 à 200 structures, soit 167 en moyenne, ont renseigné les compteurs chaque mois sur la période entre avril 2016 et février 2017.

⁸ ES/ESMS : établissements sanitaires / établissements sociaux et médico-sociaux

⁹ Structures au domicile : HAD et SSIAD

Compte tenu de la diminution du nombre de structures ayant renseigné les compteurs en février, suite au décalage lié à la période estivale, l'analyse des compteurs porte sur la période s'étendant d'avril 2016 à janvier 2017.

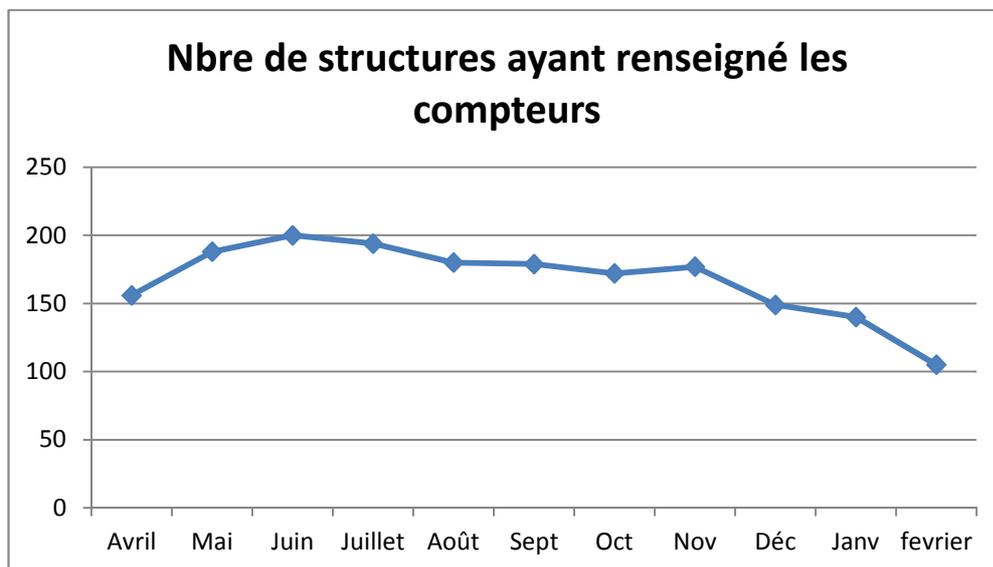


Figure 4. Evolution du nombre de structures ayant renseigné les compteurs de campagne

Nombre d'équipes engagées valorisées par un certificat « Pare à Chute »

Elle a concerné **217 équipes** venant de **163 structures**, soit 161 photos comme ci-dessous.



Remise du certificat à l'équipe de l'EHPAD Alquier Debrousse à Paris le 28 avril 2017

De gauche à droite : Mmes Ginette Calicat, infirmière, Marie Laure Matin, kinésithérapeute, Emilie Bourrely, psychomotricienne, M. Anthony Dubois, enseignant d'activité physique adaptée ; au 2^{ème} plan M. Gilles Echardour, délégué départemental de Paris.

Participation des professionnels aux réunions départementales :

Nombre de professionnels par réunion

Très variable ; compte tenu des ressources humaines pour le projet, l'analyse des participants a

été réalisée pour les deux réunions de suivi du plan d'actions, en septembre et décembre 2016. La réunion de décembre, consacrée au suivi du plan d'actions avec comme animation le partage d'une « Belle Histoire », a été la moins fréquentée; elle fut néanmoins une des plus enrichissantes.

En septembre 2016

| Départements | 75 | 77 | 78 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | Total |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|
| Nombre de professionnels présents | 56 | 53 | 59 | 46 | 47 | 46 | 34 | 31 | 372 |
| Nombre de structures représentées | 36 | 30 | 39 | 27 | 28 | 29 | 26 | 21 | 236 |

En décembre 2016

| Départements | 75 | 77 | 78 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | Total |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|------------|
| Nombre de professionnels présents | 32 | 39 | 53 | 30 | 27 | 28 | 24 | 23 | 256 |
| Nombre de structures représentées | 22 | 23 | 33 | 19 | 20 | 16 | 18 | 11 | 162 |

Tableau II. Participation des professionnels aux réunions par département

Catégories socioprofessionnelles représentées

On dénombre **820 participants aux réunions départementales** consacrées au diagnostic et au suivi du plan d'actions

Il existe une **réelle pluridisciplinarité** dans ces réunions comme le confirme la répartition des catégories socioprofessionnelles des 820 participants :

- 22 % de professionnels de rééducation dont :
 - 10 % psychomotriciens(nes)
 - 7 % ergothérapeutes,
 - 3 % masseurs kinésithérapeutes
 - 2 % enseignants d'activité physique adaptée (EAPA)
- 21 % d'infirmiers(es)
- 17 % de cadres de santé
- 14 % de médecins,
- 12 % de directeurs(trices),
- 6 % de qualiciens,
- 5 % d'aides-soignantes,
- 1 % d'aides médico-psychologiques (AMP)
- 1% de diététiciens(nnes),
- 1 % d'autres.

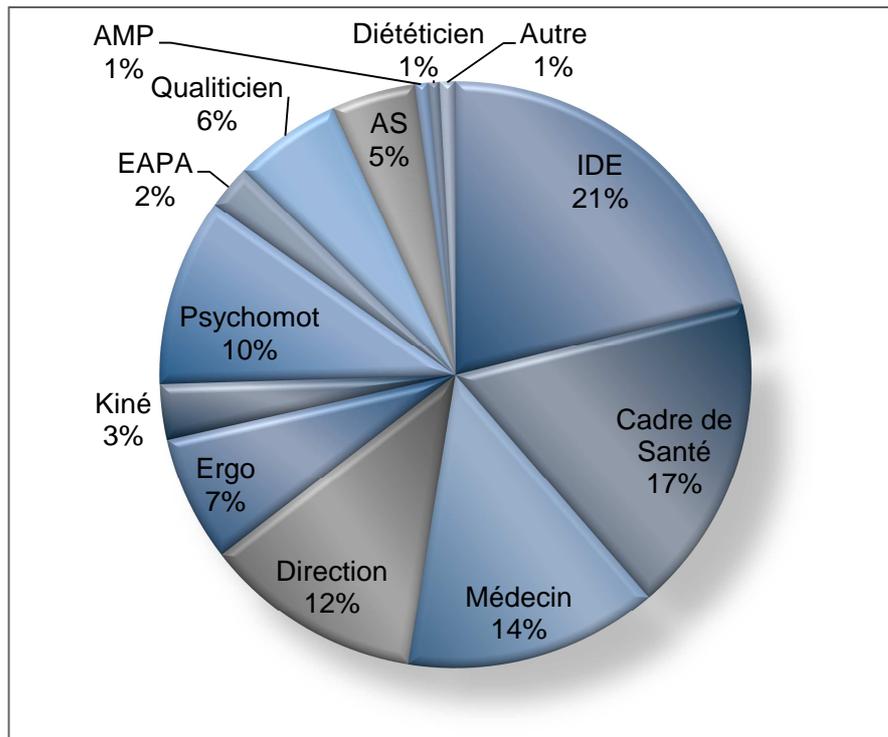


Figure 5. Pluridisciplinarité des réunions départementales (820 participants)

C. Indicateurs de résultats

Impact sur les chutes graves : résultats des compteurs

Exemple de ce que voit un établissement de sa plateforme personnalisée en fin de projet

| | Etablissement | Département | Région |
|---|---------------|-------------|--------|
| Compteur N°1-1 <input type="text"/> <i>Patients / résidents dépistés à risque de chute grave.</i> | 51 | 672 | 39215 |
| Compteur N°1-2 <input type="text"/> <i>Patients / résidents dépistés à risque de chute grave qui n'ont pas fait de chute grave.</i> | 59 | 6454 | 36875 |
| Compteur N°2 <input type="text"/> <i>Score de prise en charge de patients / résidents à risque de chute grave. (sur 100)</i> | 68,67 | 69,86 | 78,3 |
| Compteur N°3 <input type="text"/> <i>Patients / résidents sous contention physique un jour donné</i> | 18 | 2948 | 11253 |

Résultats des compteurs à l'échelle de la région

| | Avril | Mai | Juin | Juillet | Août | Sept | Oct | Nov | Déc | Janv | Fev | Total projet |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Compteur 1.1 | 3 333 | 4 096 | 4 275 | 4 115 | 3 814 | 3 793 | 3 698 | 3 633 | 3 224 | 3 049 | 2 185 | 39 215 |
| Compteur 1.2 | 3 053 | 3 842 | 4 044 | 3 866 | 3 655 | 3 516 | 3 413 | 3 451 | 3 041 | 2 883 | 2 111 | 36 875 |
| Compteur 2 | 64,9 | 65,3 | 67,8 | 69,5 | 68,8 | 71,5 | 71,8 | 72,1 | 74,1 | 74,2 | 76,1 | 70,56 (moyenne) |
| Compteur 3 | 911 | 1 121 | 1 263 | 1 144 | 1 150 | 1 117 | 1 072 | 1 055 | 922 | 929 | 569 | 11 253 |
| Nombre de structures les renseignant | 156 | 188 | 200 | 194 | 180 | 179 | 172 | 177 | 149 | 140 | 105 | 167 (moyenne) |

Tableau III. Résultats des compteurs régionaux avec le nombre de structures

Résultats des compteurs 1.1 et 1.2 : reflet des chutes graves évitées

Ces compteurs renvoient au nombre de chutes graves évitées, puisque le compteur 1.1 comptabilise les patients ou résidents à risque de chute grave et le compteur 1.2 le nombre de ceux qui n'ont pas réalisé ce risque.

La proportion de patients à risque qui ne font pas de chutes graves augmente au cours du projet, de 91,6 % au début à 94,6 % à la fin.

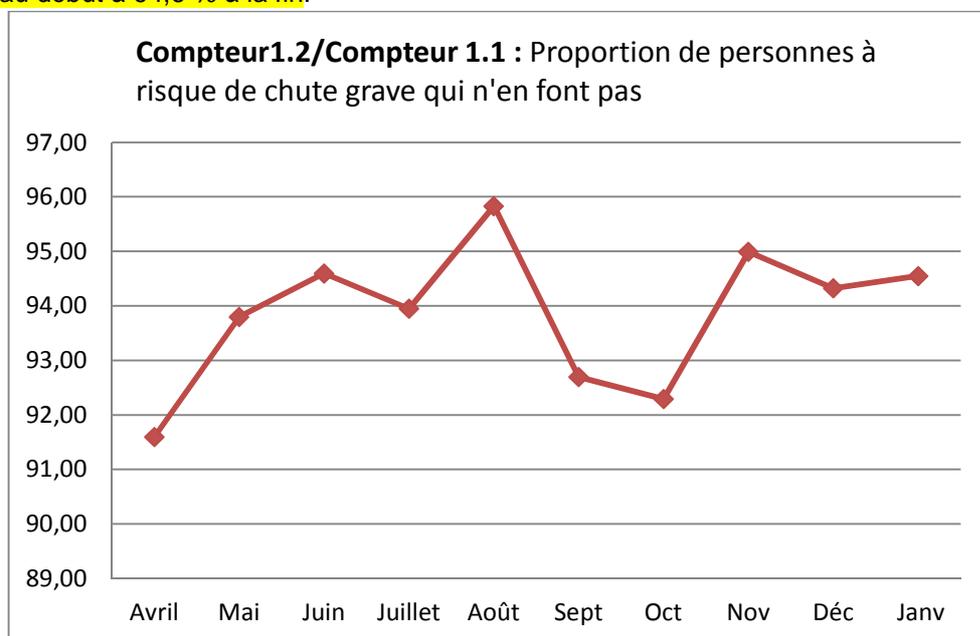


Figure 6 : Evolution de la proportion de patients à risque de chute grave qui n'ont pas réalisé le risque

Impact sur les pratiques

Résultats des audits institutionnels et de leur évolution entre le début et la fin de la campagne

86 établissements sanitaires et médico-sociaux les ont renseignés sur la plateforme en début et

en fin de projet.

2016

2017

| <i>Synthèse Régionale sur 86 établissements (renseigné en 2016)</i> | Score | Score |
|--|----------------|----------------|
| Processus stratégique : politique de gestion du risque de chute | 57,37 % | 75,79 % |
| Processus clés : dépistage, prévention, prise en charge post-chute | 63,76 % | 79,02 % |
| Dépistage du risque de chute | 56,48 % | 79,32 % |
| Prévention des chutes | 65,49 % | 80,51 % |
| Prise en charge des patients ou résidents ayant chuté | 68,17 % | 76,24 % |
| Processus support | 53,72 % | 65,72 % |
| Adaptation de l'environnement collectif (locaux, revêtements, éclairage, hygiène) | 74,60 % | 81,13 % |
| Adaptation de l'environnement individuel (lit, chaussage, protecteur de hanches, cannes, etc.) | 70,13 % | 75,68 % |
| Formation/information des professionnels | 30,70 % | 51,28 % |
| Sensibilisation et information des patients ou résidents et entourage | 30,18 % | 66,67 % |
| Communication | 25,61 % | 51,03 % |
| Etude de coûts | 6,32 % | 5,13 % |
| Global | 57,31 % | 72,10 % |

Tableau IV. Extraction des audits institutionnels initiaux (2016) et finaux (2017)

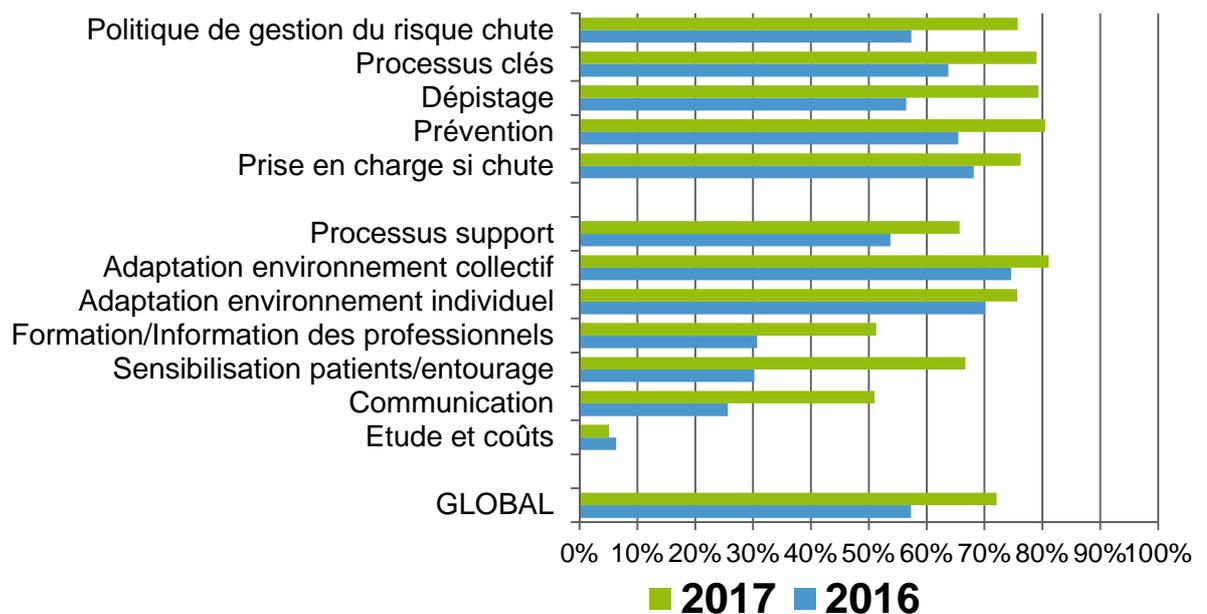


Figure 10. Evolution des pratiques institutionnelles pour les 86 établissements sanitaires ou médico-sociaux entre l'audit initial (2016) et l'audit final (2017)

On constate une amélioration :

- du score global de la gestion institutionnelle du risque de chute (+ 14)
- de la politique de gestion du risque de chute (+18)
- des pratiques de dépistage (+ 23), de prévention (+15)
- de formation et information des professionnels (+20)

et une amélioration très franche :

- de la sensibilisation et information des patients et de leurs proches (+36)
- de la communication (+25)

Ces deux derniers points étaient assez en retrait au début de la campagne, alors que l'adaptation de l'environnement collectif et individuel, dont les scores initiaux étaient assez élevés (à 74 et 70 %), ont progressé modérément (respectivement de + 6 et + 5).

Résultats des audits de pratique et évolution entre le début et la fin de la campagne

- Nombre de structures et nombre de patients/résidents concernés par ces audits

En début de projet, 258 structures ont réalisé ces audits. Mais seuls 101 établissements sanitaires et médico-sociaux les ont renseignés sur la plateforme en début et en fin de projet.

| | Audit de pratique initial total ES/ESMS | Audit initial des plus motivés | Audit final des plus motivés |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|------------------------------|
| Nombre d'ES/ESMS | 258 | 101 | 101 |
| Total des patients/résidents audités | 5 717 | 2 611 | 2 031 |

Tableau V. Evolution du nombre d'établissements et du nombre de patients ou résidents concernés par les audits de pratique entre le début et la fin de la campagne

L'analyse se focalise uniquement sur les audits de pratique de ces 101 établissements, pour une analyse fiable de l'évolution des pratiques au cours de la campagne.

Rappelons que l'audit concernait en moyenne 20 patients/résidents par établissement.

- Descriptif de la population auprès de laquelle les audits de pratique ont été réalisés

| Description des patients | Audit initial tous les établissements | Audit initial structures motivées | Audit final structures motivées |
|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre de patients | 5 717 | 2 611 | 2 031 |
| hommes | 1 832 | 820 | 665 |
| femmes | 3 780 | 1 743 | 1 358 |
| sexe non renseigné | 105 | 48 | 8 |
| Age moyen | 80,5 | 80,9 | 81,3 |
| Groupe iso-ressource (GIR) | | | |
| 1 | 446 | 193 | 171 |
| 2 | 1 359 | 553 | 469 |
| 3 | 669 | 284 | 229 |
| 4 | 570 | 241 | 210 |
| 5 | 151 | 69 | 40 |
| 6 | 88 | 35 | 25 |
| Autre ou non renseigné | 2 434 | 1 236 | 887 |

Tableau VI. Patients et résidents dont la prise en charge du risque de chute est auditée

Bilan de la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque » en Ile de France

- Résultats des audits des 101 structures les plus motivées

Ne sont prises en compte que les réponses exprimées « OUI » au numérateur et OUI + NON au dénominateur. Les « non réponses » et les « non concernés ou non applicables » ont été exclus du numérateur (Num) et dénominateur (Déno), ce qui explique la variété des dénominateurs.

Si la différence est significative l'item est marqué * et ** pour très significative.

| Indicateur (Indic) | Audit Initial | | | Audit Final | | |
|---|---------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | Num | Déno. | Indic | Num | Déno. | Indic |
| EVALUATION DES PRATIQUES DE DEPISTAGE POUR TOUS | | | | | | |
| 1-a Recherche d'antécédents de chute tracée ** | 1 552 | 2 520 | 62% | 1 402 | 2 008 | 70% |
| 1-b Réalisation d'au moins un test de mobilisation tracée ** | 1 192 | 2 471 | 48% | 1 214 | 2 001 | 61% |
| 1-c Identification tracée, à l'admission, de facteurs de risque individuels de chute ou de blessure * | 1 506 | 2 331 | 65% | 1 262 | 1 832 | 69% |
| 2 Au regard du dossier, le patient/résident est identifié à risque ** | 1 705 | 2 495 | 68% | 1 486 | 1 994 | 75% |
| 12 La (ré)évaluation du risque de chute est tracée selon les modalités du protocole** | 482 | 2 237 | 22% | 643 | 1 693 | 38% |
| Fréquence du risque de chute dans la population auditée | | | | | | |
| 4 Le patient/résident est identifié à risque de chute le jour de l'audit (calcul automatique) | 2 130 | 2 525 | 84% | 1 674 | 2 010 | 83% |
| DANS LA POPULATION DES PATIENTS A RISQUE DE CHUTE | | | | | | |
| Fréquence des facteurs de risque intrinsèques | | | | | | |
| 7-a Âge supérieur à 80 ans | 1 688 | 2 431 | 69% | 1 237 | 1 718 | 72% |
| 7-b Antécédents de chutes | 1 446 | 1 944 | 74% | 1 156 | 1 556 | 74% |
| 7-c Pathologies neuro-gériatrique : Parkinson, démence, déclin cognitif, dépression | 1 455 | 2 092 | 70% | 1 166 | 1 663 | 70% |
| 7-d Troubles mictionnels : incontinence urinaire, impériosité urinaire | 1 225 | 2 089 | 59% | 999 | 1 660 | 60% |
| 7-e Troubles locomoteurs et musculaires : | 1 830 | 2 090 | 88% | 1 445 | 1 661 | 87% |
| 7-f Diabète | 390 | 2 087 | 19% | 305 | 1 662 | 18% |
| 7-g Réduction de l'acuité visuelle | 1 079 | 2 072 | 52% | 810 | 1 659 | 49% |
| 7-h Prise de plus de 4 médicaments | 1 691 | 2 085 | 81% | 1 347 | 1 661 | 81% |
| 7-i Prise de psychotrope(s) : | 947 | 2 082 | 45% | 819 | 1 660 | 49% |
| 7-j Dénutrition (indice de masse corporelle IMC < 18,5 ; perte de poids les 6 derniers mois, dosage d'albumine ou de CRP) | 800 | 2 080 | 38% | 622 | 1 654 | 38% |
| Fréquence des facteurs de risque individuels comportementaux | | | | | | |
| 7-k Alcool | 167 | 2 092 | 8% | 123 | 1 659 | 7% |
| 7-l Sédentarité * | 1 224 | 2 086 | 59% | 899 | 1 661 | 54% |
| 7-m Prise de risque : ex. automédication, ménage en hauteur, etc. | 435 | 2 080 | 21% | 243 | 1 658 | 15% |

| | Audit Initial | | | Audit Final | | |
|---|---------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | Num | Déno. | Indic | Num | Déno. | Indic |
| Fréquence des facteurs de risque environnementaux | | | | | | |
| 7-n Aide technique inadaptée ** | 154 | 1 859 | 8% | 69 | 1 467 | 5% |
| 7-p Habitat mal adapté | 138 | 1 541 | 9% | 98 | 1 264 | 8% |
| 7-q Contention physique y compris barrière de lit | 672 | 2 010 | 33% | 504 | 1 641 | 31% |
| Pratiques concernant la prescription de la contention physique | | | | | | |
| 8 En cas de contention physique, la prescription est tracée | 488 | 672 | 73% | 385 | 504 | 76% |
| 9 En cas de contention physique, la réévaluation pluridisciplinaire périodique de la prescription est tracée, selon le protocole en vigueur et l'état clinique du patient / résident ** | 112 | 672 | 17% | 218 | 504 | 43% |

Fréquence des facteurs de risque de blessure

| | | | | | | |
|--|-------|-------|-----|-------|-------|-----|
| 10-a Augmentation de la fréquence des chutes les 6 derniers mois | 596 | 2 082 | 29% | 419 | 1 656 | 25% |
| 10-b Antécédent de fracture | 781 | 2 074 | 38% | 649 | 1 660 | 39% |
| 10-c Ostéoporose et fragilité osseuse | 882 | 2 049 | 43% | 695 | 1 653 | 42% |
| 10-d Prise d'anticoagulants * | 868 | 2 081 | 42% | 611 | 1 659 | 37% |
| 10-e Incapacité à se relever seul (mettre NA si non évaluable) | 1 229 | 1 790 | 69% | 988 | 1 425 | 69% |
| 10-f Isolement social et familial | 297 | 1 927 | 15% | 255 | 1 528 | 17% |
| 11 Le patient/résident est identifié à risque de chute grave le jour de l'audit (calcul automatique) | 2 070 | 2 130 | 97% | 1 613 | 1 674 | 96% |

EVALUATION DES PRATIQUES DE PREVENTION POUR TOUS

| | Audit Initial | | | Audit Final | | |
|---|---------------|-------|-------|-------------|-------|-------|
| | Num | Déno. | Indic | Num | Déno. | Indic |
| Le programme universel contre les chutes (PUC) | | | | | | |
| 13-a Bon pied : chaussage et soins des pieds, ourlets des vêtements * | 1 821 | 2 168 | 84% | 1 482 | 1 712 | 87% |
| 13-b Bon œil : correction optimale, port des lunettes, bilan ophtalmologique programmé ** | 1 661 | 2 241 | 74% | 1 444 | 1 774 | 81% |
| 13-c Prescription d'une supplémentation en vitamine D ** | 929 | 2 354 | 39% | 854 | 1 859 | 46% |
| 13-d Révision de la pertinence des prescriptions * | 1 947 | 2 329 | 84% | 1 620 | 1 858 | 87% |
| 13-e Besoin(s) d'assistance aux transferts et à la mobilité tracé(s) ** | 1 566 | 2 198 | 71% | 1 313 | 1 682 | 78% |
| 13-f Aires de déplacement non encombrées dans la chambre ** | 2 023 | 2 359 | 86% | 1 706 | 1 873 | 91% |
| 13-g Eclairages fonctionnels dans la chambre ou le cabinet de toilettes ** | 2 234 | 2 360 | 95% | 1 833 | 1 873 | 98% |
| 13-h Mise à proximité de la sonnette, des objets personnels et des aides techniques | 2 159 | 2 357 | 92% | 1 732 | 1 871 | 93% |
| 13-i Freins de lits activés | 2 333 | 2 360 | 99% | 1 858 | 1 876 | 99% |
| 13-j Freins de fauteuils activés | 1 030 | 1 168 | 88% | 907 | 999 | 91% |
| 13-k Repose-pieds adaptés | 906 | 1 011 | 90% | 792 | 872 | 91% |
| 13-l Hauteur de lit adaptée | 2 250 | 2 355 | 96% | 1 815 | 1 875 | 97% |

| EVALUATION DES PRATIQUES DE PREVENTION POUR TOUS | | | | Audit Initial | | | Audit Final | | |
|---|--|--|--|----------------------|-------|-------|--------------------|-------|-------|
| Le PUC - suite | | | | Num | Déno. | Indic | Num | Déno. | Indic |
| 13-m Barrières de lit positionnées selon la prescription | | | | 860 | 1 074 | 80% | 708 | 847 | 84% |
| 14 Niveau de mise en œuvre du PUC (moyenne) | | | | | | 82% | | | 85% |
| PREVENTION ADAPTEE AU RISQUE DE CHUTE OU DE BLESSURE | | | | | | | | | |
| 15-a Prise en charge pluridisciplinaire tracée ** | | | | 1 279 | 1 941 | 66% | 1 194 | 1 488 | 80% |
| 15-b Plan de soin individualisé formalisé ** | | | | 1 227 | 1 940 | 63% | 1 161 | 1 479 | 78% |
| 15-c Information au patient ou à son entourage tracée dans le dossier concernant la prévention et la prise en charge des chutes * | | | | 643 | 1 928 | 33% | 576 | 1 483 | 39% |
| 16-b Mise en place de mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes (ex : matelas anti-chute, protecteurs de hanche, apprendre à se relever)* | | | | 409 | 1 940 | 21% | 361 | 1 488 | 24% |
| FOCUS SUR LES CHUTES | | | | Audit Initial | | | Audit Final | | |
| | | | | Num | Déno. | Indic | Num | Déno. | Indic |
| 14 bis Chute pendant le séjour * | | | | 851 | 2 367 | 36% | 612 | 1 890 | 32% |
| Conséquences des chutes graves | | | | | | | | | |
| 24-a Traumatisme crânien | | | | 55 | 625 | 9% | 44 | 440 | 10% |
| 24-b Perte de connaissance | | | | 5 | 624 | 1% | 8 | 440 | 2% |
| 24-c Plaie nécessitant une suture | | | | 45 | 626 | 7% | 45 | 440 | 10% |
| 24-Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation | | | | 101 | 625 | 16% | 81 | 439 | 18% |
| 24-e Station au sol de plus d'une heure | | | | 34 | 654 | 5% | 18 | 504 | 4% |
| 24-f Fracture | | | | 71 | 627 | 11% | 53 | 441 | 12% |
| 24-g Syndrome post-chute | | | | 47 | 579 | 8% | 30 | 407 | 7% |
| 24-h Décès | | | | 4 | 621 | 1% | 4 | 439 | 1% |
| Pratiques de prise en charge des chutes | | | | | | | | | |
| 26- Signalement interne ** | | | | 783 | 849 | 92% | 520 | 605 | 86% |
| 27- En cas de chute grave, celle-ci a fait l'objet d'une analyse approfondie en équipe pluridisciplinaire | | | | 126 | 378 | 33% | 100 | 258 | 39% |

Tableau VII. Résultats des audits de prise en charge initiaux et finaux des 101 établissements sanitaires ou médicosociaux les ayant renseignés

- Représentation de l'évolution des pratiques de prise en charge des patients pour les 101 établissements

Afin de simplifier la visibilité de l'évolution des pratiques à fort impact, une visualisation de l'évolution des pratiques entre l'audit initial, en 2016, et l'audit final, en 2017 est proposée dans les figures 11 à 14. La significativité de l'évolution figure dans le tableau VII (cf. supra).

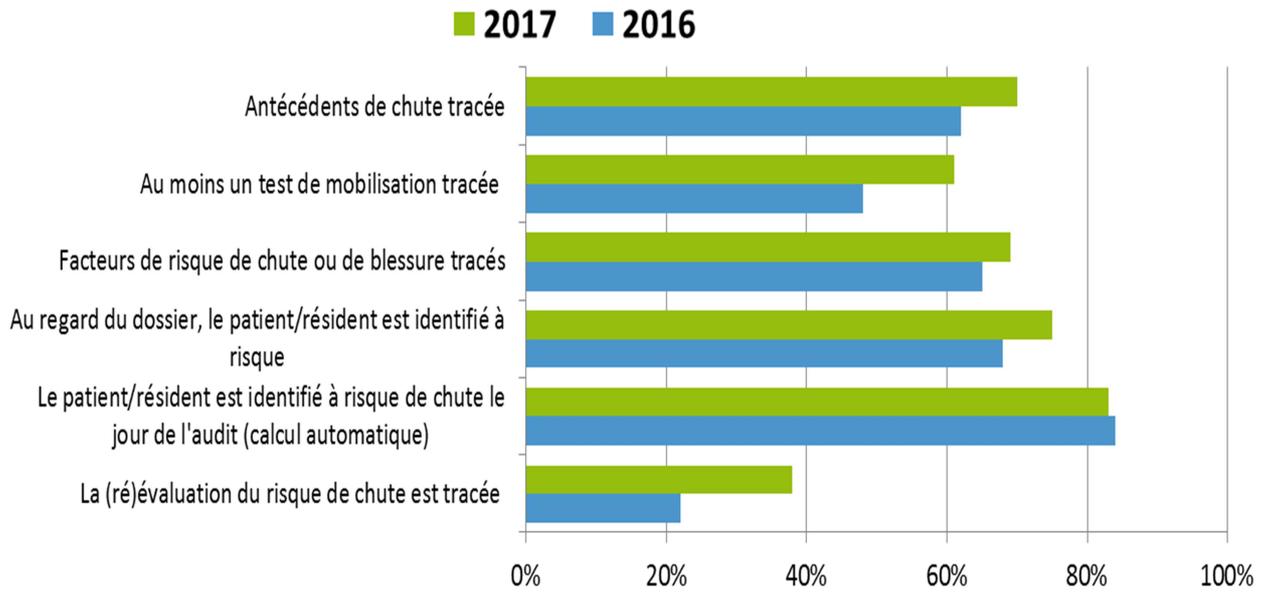


Figure 11. Evolution des pratiques de dépistage du risque de chute

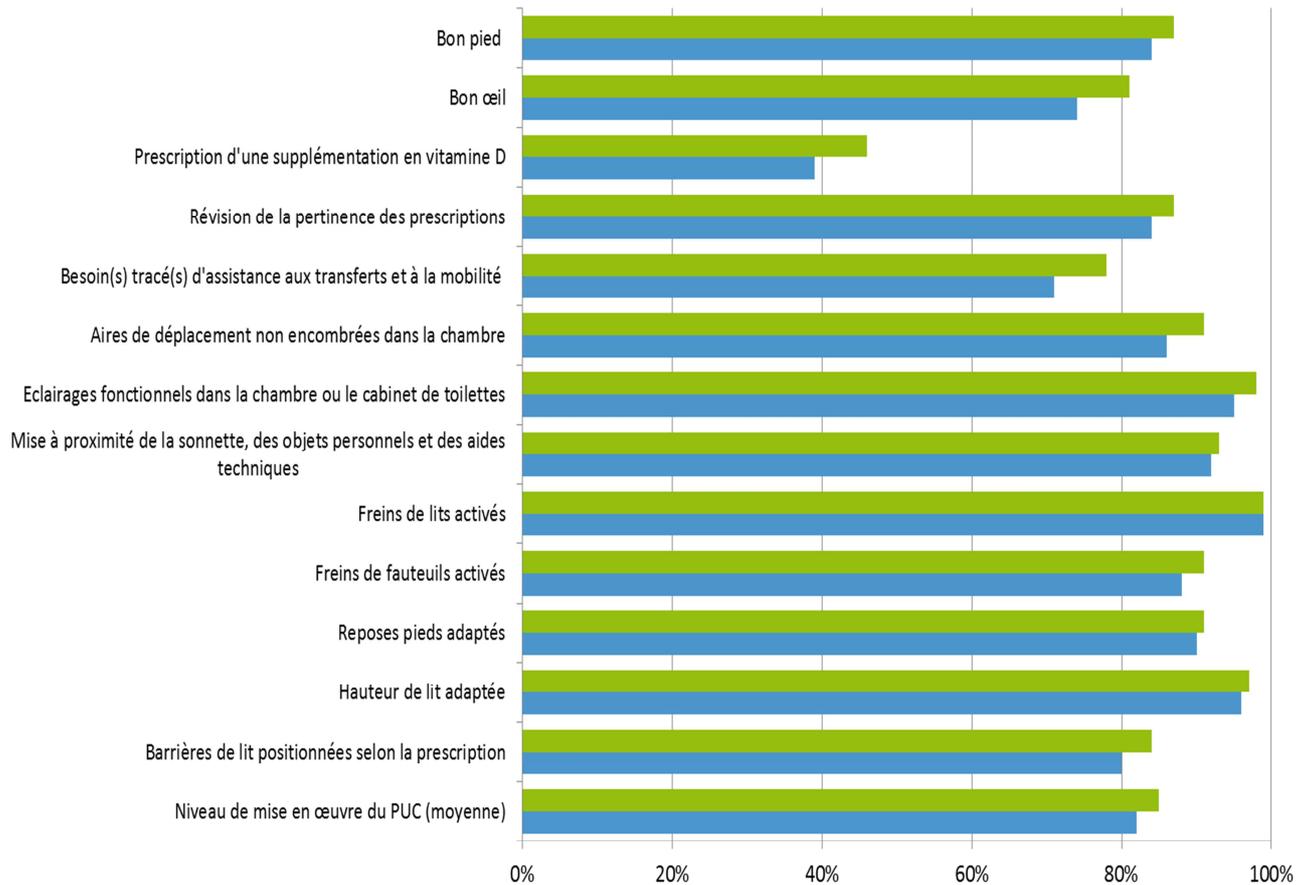


Figure 12. Evolution de la pratique du programme universel contre les chutes (PUC)

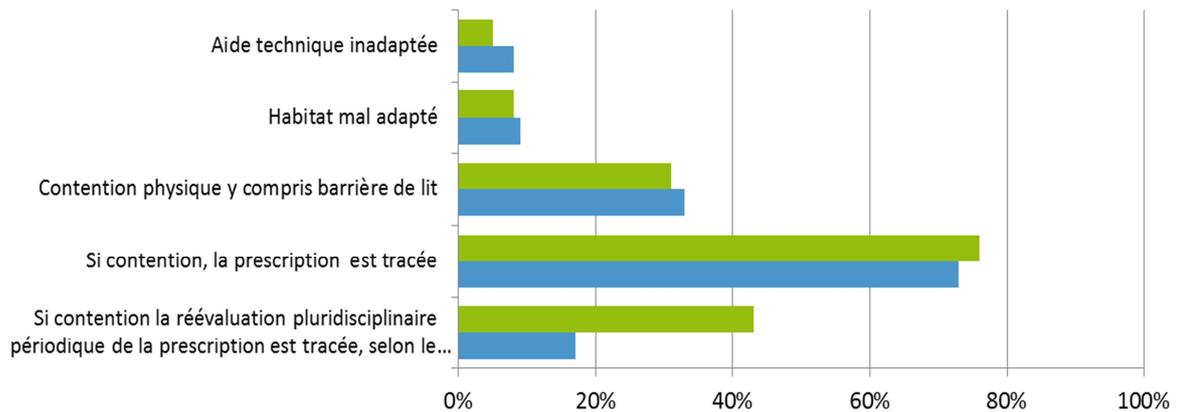


Figure 13 : Evolution des pratiques de prévention chez les patients à risque de chute

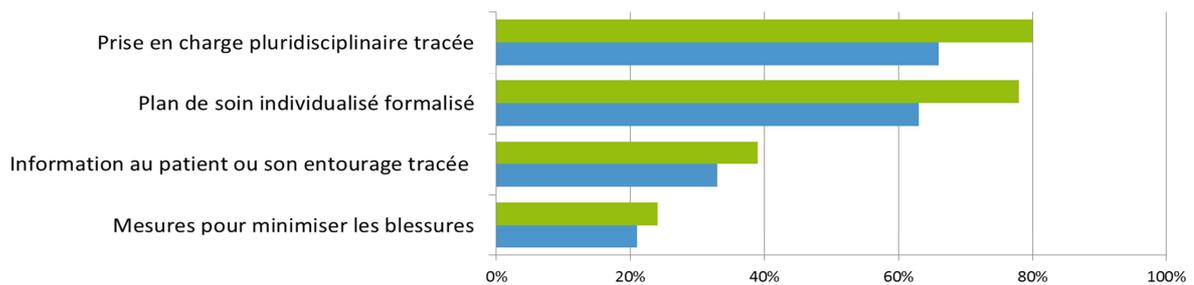


Figure 14 : Evolution des pratiques de prévention chez les patients à risque de chute grave

Au total, pour une population de patients comparable entre audit initial et final, on mesure une amélioration des pratiques de dépistage et de prévention.

A noter que la consolidation Excel® des audits institutionnels et de pratique pour les structures à domicile montre les mêmes résultats ; mais ces résultats sont beaucoup moins fiables puisque ce ne sont pas les mêmes structures qui ont fait les audits initiaux et finaux et que le nombre d'audits finaux est restreint à une dizaine.

Compteur 2

Il peut être le reflet de l'évolution des pratiques de prise en charge du risque de chute puisqu'il s'agit d'un « quick audit » sur 3 patients à risque de chute grave, tirés au sort. Ce compteur augmente chaque mois au cours du projet et passe de 64,9 % à 74,2 % à la fin.

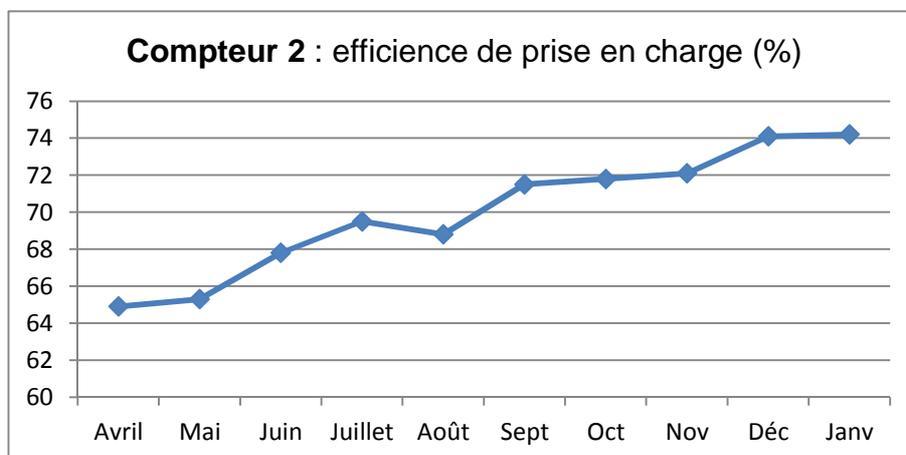


Figure 7. Evolution de l'efficacité des pratiques

Le compteur 3 est le reflet de la contention un jour donné dans le secteur

Une tendance à la hausse au cours du projet a évolué vers un retour à l'état initial, ce qui rend délicate l'interprétation de ce compteur (figure 8).

Même en tentant de rapporter le nombre de patients ayant une contention 24h un jour donné au nombre de structures ayant renseigné ce compteur chaque mois, on ne peut conclure ; cette dernière tentative montrerait même une tendance à l'augmentation du nombre de résidents sous contention par structure, avec de grosses variations (figure 9).

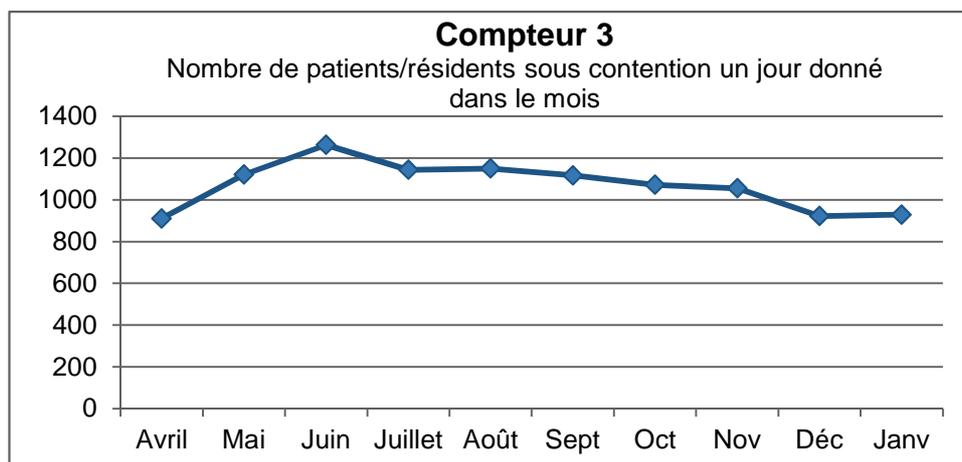


Figure 8. Evolution du nombre de patients ou résidents sous contention 1 jour donné

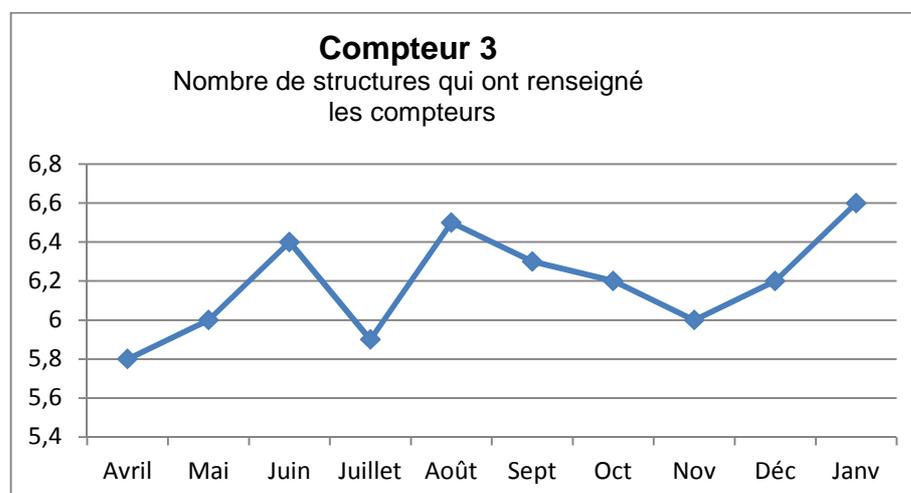


Figure 9. Evolution du nombre de patients ou résidents sous contention 1 jour donné, ramené au nombre de structures ayant renseigné les compteurs

D. Indicateurs de satisfaction des participants à la campagne

Résultats des 291 questionnaires individuels d'évaluation de la campagne renseignés à la réunion de clôture

Résultats qualitatifs

Le projet global ainsi que les témoignages des professionnels sont appréciés dans plus de 90 % des cas ; la méthodologie et les outils d'accompagnement à plus de 80 % ; l'animation des

réunions départementales, les compteurs 1 et 3, à plus de 70 % ; le compteur 2 à plus de 65 %. Les points les plus en retrait sont la dissociation domicile/institution, l'externalisation du compteur 2 régional (*Widget*) et le film de « Brie Comte Robert » où le % de « Ne se prononce pas » et de « Non réponse » est record et dépasse les 30 %.

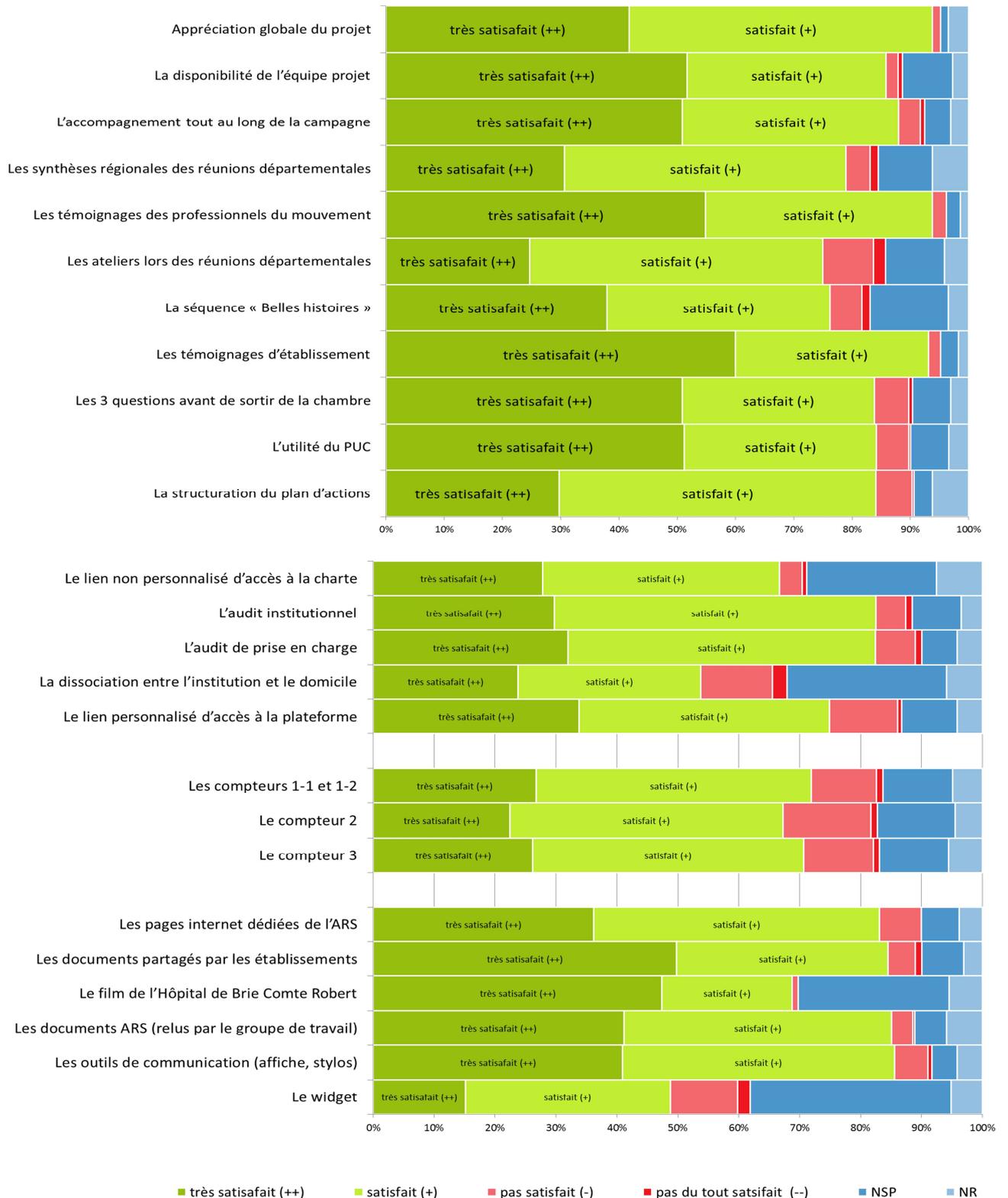


Figure 15. Analyse quantitative des réponses aux questionnaires de satisfaction

Résultats de l'analyse qualitative des questionnaires individuels

- Les points forts du projet :

Les cinq points principaux rapportés **par les 274 personnes ayant répondu** à cette question (plusieurs points sont possibles par réponse) sont :

| | | |
|----|---|------------------|
| 1. | Echanges et partage entre professionnels en réunion | 121 (44 %) |
| 2. | Accompagnement et apport méthodologique | 99 (36 %) |
| 3. | Prise de conscience et remise en cause des pratiques | 61 (22 %) |
| 4. | Mise en place concrètes d'actions (PUC surtout) | 38 (14 %) |
| 5. | Pluridisciplinarité | 31 (11 %) |

- Les points faibles du projet rapportés par 207 personnes (plusieurs réponses possibles) sont :

| | | |
|----|--|-----------|
| 1. | Complexité (surtout des compteurs et des audits) | 62 (30 %) |
| 2. | Aspect chronophage/manque de ressources | 45 (22 %) |
| 3. | Adaptation inégale selon la structure (plus adapté aux SSR et EHPAD) | 34 (16 %) |
| 4. | Temporalité (durée trop longue ou trop courte, rythme) | 29 (14 %) |
| 5. | Difficulté à mobiliser | 29 (14 %) |

- Les principaux enseignements, pour les 249 répondus à cette question, sont :

| | | |
|----|---|------------------|
| 1. | Prise de conscience et remise en cause des pratiques | 83 (33 %) |
| 2. | Importance de la multidisciplinarité | 72 (29 %) |
| 3. | Mise en place d'actions concrète (PUC surtout) | 58 (23 %) |
| 4. | Importance de la communication | 44 (18 %) |

- Accord pour participer à une prochaine campagne », 272 réponses :

- 75 % Oui (N=205)
- 1 % Non (N=3)
- 24 % « Ne sait pas » (N=64)

Pour ceux qui répondent oui à la participation à une prochaine campagne, les principaux thèmes proposés sont :

| | |
|---|----|
| ▪ Nutrition/Dénutrition/Fausse routes | 27 |
| ▪ Chutes (11 contention, 6 PUC) | 18 |
| ▪ Escarres/Plaies | 14 |
| ▪ Troubles neurocognitifs/comportementaux | 12 |
| ▪ Douleur | 11 |

Résultats des évaluations institutionnelles par les 109 structures qui ont renseigné cette évaluation sur la plateforme

Résultats quantitatifs : bilan de la communication réalisée autour de la campagne

L'analyse de la réalisation des étapes du projet (participation aux réunions et renseignement des compteurs) est redondante avec les données issues de la plateforme et des listes des réunions départementales.

Ne sera rapporté ici que le bilan de la communication effectuée autour de la campagne par ces 109 structures :

- 78 % des établissements sanitaires ont ou vont communiquer au sujet de la campagne au sein de leurs instances versus 66 % des structures médico-sociales.
- 72 % ont ou vont communiquer vis-à-vis des usagers, pour l'ensemble des structures sanitaires ou médico-sociales.
- Moins de 10 % des structures engagées ont installé le « Widget » sur le site internet ou intranet des structures, c'est une action beaucoup plus en retrait.

Résultats qualitatifs

Question 1 : « DE QUOI ETES VOUS FIERS ? »

96 réponses (plusieurs réponses possibles)

- Fédération 40 (42 %)
- **Prise de conscience, changement des pratiques** 36 (37 %)
- Mener la démarche à son terme 35 (36 %)
- Actions de sensibilisation 26 (27 %)
- Elaboration de documents/protocoles 18 (19 %)
- Mise en place du dépistage 18 (19 %)
- Visibilité des actions mise en place 14 (15 %)
- Impact sur les chutes graves ou la contention 9 (9 %)
- Analyse s'une chute grave 6 (6 %)

Question 2 : « QU'AURIEZ-VOUS FAIT AUTREMENT ? »

83 réponses

- Réalisation du projet (réunion, choix du secteur, compteurs) 32 (39 %)
- Communication 20 (24 %)
- Pluridisciplinarité plus large 19 (23 %)
- Mise en œuvre du Plan d'actions 15 (18 %)

Question 3 : « QU'EST-CE QUI VOUS A PARU DIFFICILE ? »

96 réponses

- Manque de temps (réunion et global, autres projets) 30 (31 %)
- Mise en œuvre du Plan d'actions 24 (25 %)
- Les évaluations (audit de prise en charge) 22 (23 %)
- Les compteurs 16 (17 %)
- Motiver les équipes 16 (17 %)
- Design du projet (cible, tempo, compréhension) 11 (11 %)
- Absence de temps médical 6 (9 %)

Question 4 : « COMMENT ALLEZ-VOUS MAINTENIR LA DYNAMIQUE ? »

94 réponses

Les trois principales réponses sont :

- Poursuivre le plan d'actions 60 (64 %)
- Réunions régulières en interne mais aussi externes 48 (51 %)
- Communication/sensibilisation/information/formation 30 (32 %)

Question 5 : « COMMENT SOUHAITEZ-VOUS DEPLOYER LA DEMARCHE ? »,

82 réponses

Les deux réponses les plus fréquentes sont :

- le déploiement est déjà réalisé ou en cours 29 (35 %)
- des actions de communication/sensibilisation 24 (29 %)

Question 6 : 3Citez 3 actions que vous avez réalisées (ou en cours) qui vous paraissent avoir le plus d'impact sur les chutes graves

- **Le PUC ou une action du PUC** 101
- Le dépistage 40
- La stratégie de gestion du risque chute/contention 42

Puis viennent :

- La formation/information des professionnels 27
- La sensibilisation des patients et des aidants 24
- L'analyse des chutes 17

Si l'on fait un focus sur les 101 réponses concernant le PUC on trouve comme actions ayant le plus d'impact sur les chutes graves :

1. Sur le même plan :
 - La sécurisation de l'environnement 22
 - « Bon pied » 22
2. Les ateliers sur les chutes pour les patients 13
3. Sur le même plan
 - les aides techniques adaptées 10
 - la pertinence des prescriptions 10
4. La mise en œuvre globale du PUC 9
5. Sur le même plan :
 - « Bon œil » 6
 - La supplémentation en vitamine D 6

Question 7 : « D'après votre groupe, la campagne a-t-elle induit un(des) changement(s) dans les pratiques ? »

90 réponses

- **OUI** 83 (92 %)
- NON 7 (8 %)

Question 8 : « Le risque de chute grave lié à la contention est-il connu des professionnels engagés ? »

90 réponses

- OUI 85 (94 %)
- NON 5 (6 %)

Question 9 : « Pensez-vous que cette campagne ait entraîné un changement sur l'usage de la contention ? »

90 réponses

- OUI 49 (54 %)
- NON 41 (46 %)

Les changements concernant l'usage de la contention portent sur les pratiques de réévaluation de la contention, la remise en cause de la pertinence de la contention, la nécessité d'une prise de décision pluridisciplinaire et d'une prescription médicale, la recherche d'alternatives à la contention.

ANALYSE STATISTIQUE

A. Les pratiques à fort impact de la campagne

L'analyse a été réalisée par un statisticien. Seuls ont été testés les items où il est constaté une évolution d'au moins 3 points entre l'audit initial (t0) et l'audit final (t1), soit 35 des 59 items. Il est fait l'hypothèse qu'il ne s'agit pas d'une cohorte de patients entre le temps t0 et t1.

Pour apprécier la significativité de l'évolution des pratiques, le test exact de Fischer est utilisé. La force du lien est mesurée à l'aide de l'indicateur V de Cramer. Plus la valeur est proche de 1 plus le lien est fort. Si la différence est significative l'item est marqué * et ** pour très significative.

Pratiques de dépistage du risque de chute chez tous

| | |
|-----|---|
| 1-a | Recherche d'antécédents de chute tracée ** |
| 1-b | Réalisation d'au moins un test de mobilisation tracée ** |
| 1-c | Identification tracée, à l'admission, de facteurs de risque individuels de chute ou de blessure * |
| 2 | Au regard du dossier, le patient/résident est identifié à risque ** |
| 12 | La (ré)évaluation du risque de chute est tracée selon les modalités du protocole ** |

| Indic | Indic | p-value | V de Cramer |
|-------|-------|---------|-------------|
| 62% | 70% | < 0.001 | 0.086 |
| 48% | 61% | < 0.001 | 0.124 |
| 65% | 69% | <0.004 | 0.045 |
| 68% | 75% | <0.001 | 0.068 |
| 22% | 38% | <0.001 | 0.180 |

Facteurs de risque individuels comportementaux modifiables

| | |
|-----|--|
| 7-l | Sédentarité * |
| 7-m | Prise de risque : ex. automédication, ménage en hauteur, etc. ** |

| | | | |
|-----|-----|---------|-------|
| 59% | 54% | < 0.005 | 0.046 |
| 21% | 15% | <0.001 | 0.081 |

Facteurs de risque environnementaux modifiables

| | |
|---|---|
| 7-n | Aide technique inadaptée ** |
| Pratiques concernant la prescription de la contention physique | |
| 8 | En cas de contention physique, la prescription est tracée |
| 9 | En cas de contention physique, la réévaluation pluridisciplinaire périodique de la prescription est tracée, selon le protocole en vigueur et l'état clinique du patient / résident ** |

| | | | |
|-----|-----|-------------|-------|
| 8% | 5% | <0.001 | 0.071 |
| 73% | 76% | NS 0.157 | |
| 17% | 43% | <0.001 | 0.293 |

EVALUATION DES PRATIQUES DE PREVENTION

Pour tous : le Programme universel contre les chutes (PUC)

| | |
|------|--|
| 13-a | Bon pied : chaussage et soins des pieds, ourlets des vêtements)* |
| 13-b | Bon œil : correction optimale, port des lunettes, bilan ophtalmo. programmé ** |
| 13-c | Prescription d'une supplémentation en vitamine D ** |
| 13-d | Révision de la pertinence des prescriptions * |
| 13-e | Besoin(s) d'assistance aux transferts et à la mobilité tracé(s)** |
| 13-f | Aires de déplacement non encombrées dans la chambre ** |

| | | | |
|-----|-----|--------|-------|
| 84% | 87% | 0,026 | 0.036 |
| 74% | 81% | <0.001 | 0.086 |
| 39% | 46% | <0.001 | 0.065 |
| 84% | 87% | 0.001 | 0.05 |
| 71% | 78% | <0.001 | 0.077 |
| 86% | 91% | <0.001 | 0.082 |

PREVENTION ADAPTEE AU RISQUE DE CHUTE OU DE BLESSURE

| | |
|------|---|
| 15-a | Prise en charge pluridisciplinaire tracée ** |
| 15-b | Plan de soin individualisé formalisé ** |
| 15-c | Information au patient ou à son entourage tracée dans le dossier concernant la prévention et la prise en charge des chutes * |
| 16 | Mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes (ex : matelas anti-chute, protecteurs de hanche, apprendre à se relever)* |

| | | | |
|-----|-----|--------|-------|
| 66% | 80% | <0.001 | 0.159 |
| 63% | 78% | <0.001 | 0.165 |
| 33% | 39% | 0.001 | 0.057 |
| 21% | 24% | 0.29 | 0.038 |

FOCUS SUR LES CHUTES

| | |
|--------|---|
| 14 bis | Chute pendant le séjour * |
| 26 | Signalement interne ** |
| 27 | En cas de chute grave, celle-ci a fait l'objet d'une analyse approfondie en équipe pluridisciplinaire |

| | | | |
|-----|-----|---------|-------|
| 36% | 32% | 0.015 | 0.037 |
| 92% | 86% | <0.001 | 0.101 |
| 33% | 39% | NS 0.17 | |

Tableau VIII. Evolution des pratiques à fort impact auprès des patients pour les 101 structures qui ont réalisé les audits initial et final

Pour les chutes, 3 items de l'audit de pratique sont analysés, qui recouvrent des entités différentes :

- la fréquence de la chute au cours du séjour (renvoie plutôt à la recherche d'impact)
- le signalement interne évaluant la gestion des risques et la culture du signalement
- l'analyse d'une chute grave, cet item renvoyant à une pratique à fort impact

B. Les compteurs

L'analyse des compteurs 1-1 et 1-2, reflet des chutes graves évitées chaque mois, montre une augmentation significative au cours du projet. On passe entre le début et la fin de la campagne de 91.6% à 94, 6% de patients identifiés à risque de chute grave qui n'en font pas sur plusieurs milliers de patients, cette différence est significative.

L'analyse du compteur 2, reflet de l'impact du projet sur les pratiques, révèle une augmentation significative, même si le fait que l'évaluation mensuelle sur 3 dossiers de patients tirés au sort chaque mois, reste une évaluation sur un effectif très restreint.

L'analyse du compteur 3, reflet du recours à la contention évalué un jour donné par mois, ne révèle aucune tendance significative.

DISCUSSION

A. Les points positifs :

Le mode d'intervention « campagne à l'anglo-saxonne » est adaptable en Ile-de-France

La première expérience de campagne sur les escarres avait montré que ce type de démarche était importable en France ; cette deuxième expérience le confirme par plusieurs éléments :

- l'augmentation du nombre des engagements : 224 dans « Sauve ma peau » et 304 dans « Pare à chute »,
- la participation de plus de 500 personnes aux demi-journées régionales organisées pour « Pare à Chute », avec la nécessité de changer de lieu de réunion pour une salle plus grande et le regret de refuser des personnes compte tenu du trop grand nombre d'inscrits (plus de 750) à la dernière réunion de septembre 2017,
- le taux de satisfaction à plus de 90 % des professionnels lors du bilan de la campagne
- l'envie de 75 % des professionnels de s'engager dans une autre campagne ; si 24 % sont dans l'incertitude en répondant « ne sait pas », seulement 1 % répondent qu'ils ne souhaitent pas s'engager dans une prochaine campagne,
- la réalité du changement dans les pratiques induit par la campagne, d'après 92 % des groupes projet,
- le nombre de structures valorisées par un certificat « Pare à Chute » (n=163).

Ce mode d'intervention dans le soin est donc intéressant à une époque où les conditions d'exercice sont de plus en plus difficiles, parasitées par des injonctions successives financières ou de qualité, par des pressions médiatiques (visant les EHPAD par exemple), par un niveau d'exigence croissant des familles, des patients ou des résidents, face à des ressources humaines en diminution.

On s'adresse ici à la motivation intrinsèque des professionnels de santé, à l'essentiel, leur envie de bien prendre soin de l'autre, d'être fier du travail réalisé, de voir qu'il est encore mieux réalisé, que cette amélioration est reconnue par tous, y compris par la tutelle, pour des sujets de préoccupation quotidienne (26).

Cette manière de susciter l'enthousiasme, de responsabiliser les professionnels, de leur montrer leurs failles par l'autoévaluation, de les accompagner dans l'amélioration, de les fêter pour valoriser leurs efforts, davantage anglo-saxonne, est positive, encourageante, permet de garder du sens aux soins et rapproche « l'excellence », perçue souvent comme inatteignable et source de frustration, du « possible à atteindre ».

Les conséquences positives à long terme pourraient être la fidélisation des équipes de soins, l'augmentation du bien-être au travail, la réalisation d'économies substantielles (par exemple grâce à la réduction du nombre de fractures). Ce mode d'intervention pourrait continuer à être utilisé en région puis déployé à l'échelon national, en adaptant ses modalités.

La campagne a eu un impact sur les chutes graves évitées et les pratiques

Diminution des chutes graves et des chutes

Les données du compteur 1 montrent une courbe biphasique avec une chute en septembre, après la coupure estivale, où le projet a eu des difficultés à repartir, la dynamique ayant été rompue (tableau III figure 6).

Le projet a en effet eu deux temps, l'un avant l'été, d'évaluation et de structuration du plan d'actions, l'autre après, de mise en œuvre des mesures d'amélioration, durant une période qui s'est étalée d'octobre 2016 à février 2017.

On constate cependant, entre le début et la fin de la campagne, une augmentation significative de 91.6 % à 94, 6 % de la proportion de patients identifiés à risque de chute grave qui n'en font pas, rapportés à plusieurs milliers de patients.

Rappelons que les définitions du risque de chute grave et de la chute grave elle-même étaient spécifiques au projet et que les structures étaient très différentes, avec tout au long de la campagne un *turn-over* des patients comptabilisés en sanitaire alors que dans le médico-social ce sont quasi les mêmes résidents qui sont comptabilisés tout au long du projet.

Par l'audit de pratique on peut approcher l'impact sur les chutes par l'évolution de l'item 14 bis qui révèle que 851 des patients audités avaient chuté au cours de leur séjour contre 612 en fin de projet, soit une réduction de 28 % (tableau VII). Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans la littérature, de réduction d'environ 30 % des chutes grâce à des interventions multifacettes (3).

Amélioration des pratiques à fort impact de la campagne (fig 10-14)

Pratiques institutionnelles

On constate une amélioration franche de la communication auprès des professionnels mais aussi des patients et de leur entourage, ce qui est un progrès net par rapport à la campagne « Sauve ma peau », où les structures communiquaient peu (6). La politique de gestion du risque de chute progresse aussi, déclinée aussi bien sur le plan stratégique que sur la formalisation du dépistage et de la prévention (figure 10).

Pratiques auprès des patients

- L'amélioration significative des pratiques de dépistage et de prévention

Les notions de repérage du risque de chute, de traçabilité et de réévaluation de ce risque ont progressé de manière très significative, ainsi que la prévention avec la déclinaison de mesures de bon sens pour tous (Bon pied, Bon œil, supplémentation en vitamine D, réduction de l'encombrement, pertinence des prescriptions, traçabilité des besoins d'assistance à la mobilité).

Il y a aussi une amélioration de la prise en charge personnalisée pour les patients à risque de chute grave (tableau VIII).

- Concernant le recours à la contention :

Si le nombre de patients avec contention n'a pas diminué significativement, la réévaluation pluridisciplinaire de la prescription a progressé de manière significative, la fréquence de la réévaluation étant laissée au choix de l'institution, très différente dans un service de soins aigus ou dans un EHPAD où le groupe expert avait proposé une fréquence mensuelle.

Les campagnes à l'anglo-saxonne ont eu des difficultés à montrer leur efficacité, qui consistait en

une prise de conscience, difficile à mesurer, prêtant le flanc aux critiques des rigoristes. Une étude récente concernant l'implantation de nouvelles pratiques en orthopédie pour prévenir les infections après pose de prothèse a montré un impact positif de l'intervention campagne sur les pratiques, valorisant de manière scientifique ce type d'intervention (27).

- Une surprise : la réduction significative du signalement des chutes

On peut faire l'hypothèse que le projet demandait de rechercher à chaque chute des causes afin de mettre en place des mesures pour éviter une prochaine chute ou des blessures induites, alors que dans beaucoup de structures toute l'énergie est employée à la déclaration des chutes, sorte de caisse enregistreuse sans mesures correctives mises en place.

Même si le signalement interne reste important pour une traçabilité de l'événement et pour une politique de gestion des risques cohérente, surtout lorsqu'il existe une structure de gestion des risques, il ne doit pas rester la seule action après une chute. L'idéal pourrait être de signaler l'analyse de la chute et les mesures correctives mises en place, à condition que les ressources soient adaptées.

Efficacité de la campagne sur la prise de conscience des professionnels de la part évitable des chutes

L'analyse qualitative des questionnaires individuels et des bilans institutionnels a tenté d'approcher cette notion difficile à mettre en évidence.

On constate que le principal enseignement rapporté par 33 % des professionnels est la prise de conscience et la remise en cause de leurs pratiques ; cet item est rapporté par 37 % des groupes projets comme sujet de fierté, après la fédération des professionnels (42 %).

Ici, la principale prise de conscience consiste en un changement de regard sur les chutes et les blessures induites, perçues auparavant comme inéluctables, qui deviennent évitables pour une part, avec une remise en cause pour certains de leurs pratiques de recours à la contention.

Concernant d'ailleurs la contention, les témoignages des structures qui tendent vers le « Zéro contention », les échanges sans tabou ni jugement, ainsi que les témoignages des professionnels du mouvement sur leur métier ont été aidants, soulignant tout l'intérêt des réunions départementales pluri-professionnelles, éléments clés de la dynamique de cette campagne.

Cette prise de conscience reste le résultat le plus important de ce type d'intervention, puisque, associée au besoin de bien faire et à l'enthousiasme généré par les échanges, elle permet d'intérioriser l'urgence pour chacun de changer et d'améliorer ses pratiques.

B. Les limites de la campagne

Le biais du volontariat

Il ne s'agit pas ici d'une étude randomisée, scientifique, en double aveugle, mais d'une intervention pragmatique, de type recherche - action.

Tous les établissements et structures d'Ile de France ont été sollicités avec plus de 400 établissements sanitaires, près de 700 EHPAD et près de 200 SSIAD.

Se sont engagées 304 structures, qui représentent probablement des structures déjà engagées dans la prévention des chutes et des blessures, mais qui souhaitaient encore progresser.

L'amélioration des pratiques et le nombre de chutes graves évitées auraient été plus importants si toutes les structures de la région avaient participé à la campagne ! Mais la réussite du projet réside justement dans cette sollicitation par le volontariat, le respect des professionnels et de leurs organisations, la responsabilisation et l'auto-évaluation.

La contrainte pour s'engager, si elle venait de la tutelle, casserait totalement cette dynamique. Cependant, certains professionnels disent bien que leur direction, parce qu'elle était sollicitée par

la tutelle, souhaitait l'engagement de leur structure dans le projet et soutenait les professionnels par exemple en acceptant l'achat de matériel comme les tapis de chute. L'obligation de s'engager, si elle vient de l'échelon local, représente un levier plus efficace que l'échelon de la tutelle.

Un projet trop ambitieux

La volonté d'engager toutes les structures quelle que soit leur activité

La volonté de ne faire qu'un projet pour des structures très différentes, dont certaines intervenant au domicile, ou avec des durées de séjour très différentes, a représenté une difficulté tout au long du projet, dès la phase pilote pour la construction des outils puis pour l'animation des réunions départementales et enfin pour l'interprétation des résultats.

Les SSIAD ont eu du mal à suivre les réunions départementales, se sentant isolés. Deux réunions régionales ont été organisées à 'ARS pour leur permettre de se retrouver et d'échanger sur les aspects spécifiques du domicile pour la prévention des chutes.

Les établissements avec une durée de séjour courte ont eu du mal à réaliser ce projet plus adapté aux SSR et aux EHPAD, où il y a plus de temps pour dépister le risque de chute et mettre en place des actions personnalisées.

Cependant, le PUC est adaptable et faisable par tous, et, avec le recul, il aurait pu constituer l'élément clé de la campagne comme pratique à fort impact.

La nécessité de faire un focus sur le recours à la contention

Le sujet de la pertinence du recours à la contention était incontournable pour une campagne qui annonçait l'objectif d'éviter les chutes graves, puisque la contention représente un facteur de risque de chute grave.

Cependant, l'instauration du compteur 3 n'a pas vraiment donné de repères aux structures sur leurs pratiques, l'installation de barrières pour la nuit (même si on peut proposer des alternatives à celles-ci) étant mise sur le même plan que la contention au fauteuil permanente ou temporaire.

Il aurait été plus utile de cibler, par exemple, le recours à la contention permanente au fauteuil pour rendre visible l'amélioration des pratiques de contention.

Le souhait de rendre lisible l'amélioration au cours du projet

Compte tenu du temps nécessaire pour mesurer l'impact sur les chutes, le compteur 2 avait été mis en place pour avoir une visibilité sur l'amélioration des pratiques.

Cela a été contreproductif, en alourdissant considérablement la charge de travail liée à l'évaluation (même s'il s'agissait d'un *quick* audit), alors que les équipes avaient besoin de temps pour mettre en place les mesures d'amélioration.

Par ailleurs, ce compteur 2 fait un doublon avec l'audit final, qui permet d'évaluer l'évolution des pratiques en fin de projet.

La volonté pédagogique axée sur les facteurs de risque de chute rend les audits trop complexes

La construction des outils avait l'ambition d'être pédagogique et a choisi d'évaluer la traçabilité de la recherche des facteurs de risque ainsi que leur présence le jour de l'audit, ce qui nécessitait de passer en revue les nombreux facteurs de risque et allongeait considérablement les audits.

Un projet complexe et chronophage pour les structures

Toutes les structures engagées n'ont pas réalisé l'ensemble du projet proposé

La comparaison du nombre de structures ayant renseigné les audits initiaux et finaux montre une diminution de 276 à 97 pour les audits institutionnels et 279 à 111 pour les audits de pratique.

Les compteurs sont renseignés par 167 structures en moyenne sur les 304 engagées, en

cohérence avec les 163 structures qui ont reçu un certificat « Pare à Chute ».

Cependant, comme l'a rapporté un ergothérapeute au cours de la campagne : « *on ne fait pas tout ce que demande la campagne, mais vraiment, cela bouge dans mon établissement !* ».

Parmi les équipes valorisées, certaines n'ont pas fait l'évaluation finale, alors qu'un plan d'actions a réellement été mis en œuvre.

Pour certains qui avaient renseigné le compteur 2, la visibilité qu'ils avaient de l'amélioration de leur pratique leur suffisait, compte tenu de la charge de travail que représentait les audits finaux de prise en charge.

Des compteurs de campagne peu fédérateurs

Ces compteurs, trop nombreux et complexes, n'ont pas généré de dynamique lors de la campagne sur les chutes, contrairement à ceux de la campagne sur les escarres, très fédérateurs.

Le compteur 1-2 était parlant et aurait pu générer davantage d'enthousiasme s'il avait été le seul de la campagne.

Nous sommes arrivés en fin de projet à 36 875 patients ou résidents à risque de chute grave qui n'en ont pas fait, sans que cela suscite vraiment de l'enthousiasme. Peu d'établissements ont utilisé la possibilité d'exporter ce compteur (*Widget*) et de l'installer sur leur site internet.

Pour cette campagne sur les chutes, la dynamique a reposé sur les réunions départementales et les échanges entre professionnels, beaucoup plus que sur les compteurs. Les témoignages des professionnels sont très appréciés (à plus de 90 %) avec pourtant un paradoxe : la difficulté de les faire témoigner, par timidité ou crainte du jugement des autres sur leurs pratiques (figure 15).

Un projet trop chronophage pour les structures

Même si la complexité était comprise, liée à la complexité de la thématique chute, l'évaluation trop chronophage, la multiplicité des actions d'amélioration à mettre en œuvre et la difficulté à suivre le projet avec les compteurs décourageaient certaines équipes.

Cela se voit dans l'évaluation de la campagne où 36 % des groupes projet répondent que l'institution est fière d'être allée jusqu'au bout du projet.

Certains professionnels, ne parvenant pas à mettre en place le projet dans leur structure, ont pris les réunions départementales comme des sessions de formation.

Avec le recul, le projet simplifié aurait pu comporter :

- un seul compteur (le compteur 1)
- un audit de prise en charge évaluant la réalisation d'un test de dépistage du risque de chute, la recherche des facteurs risque de blessures, et la mise en œuvre des mesures de prévention pour tous (Programme universel contre les chutes).

Il est à noter que les groupes projet ont considéré le PUC comme le plus utile pour la diminution du nombre de chutes lors de l'évaluation de la campagne.

PERSPECTIVE

Un MOOC sur les chutes des personnes âgées

Afin de poursuivre la dynamique engagée et de capitaliser les enseignements de cette campagne, il a été décidé de réaliser un MOOC (*Massive Open Online Course*) pour apporter des connaissances, rapporter les belles histoires de « Pare à Chute » et susciter l'envie de changer le regard sur les chutes (28).

Il s'agit de 25 vidéos de maximum 6 minutes, réparties en 2 parties : l'une « Le saviez vous ? » donne les messages clés sur les chutes et les blessures induites, l'autre « Comment déployer le parachute » donne les clés de la conduite d'un projet d'amélioration pour les chutes et raconte les belles histoires de cette campagne.

Sa réalisation a consisté en 3 mois de préparation avec un prestataire, 6 jours de tournage en

janvier 2018 puis 4 mois de post-production avec des relectures et des échanges par courriels et réunions téléphoniques.

Ce format de vidéos courtes, accessibles à tous gratuitement sans inscription sur le site d'une tutelle, est un choix délibéré. Il s'agit d'éviter la méfiance des professionnels pouvant exister à l'égard de la tutelle et de proposer un format pouvant être utilisé lors de séances de formations/actions.

Ce MOOC se termine par un engagement que chaque professionnel peut prendre pour lutter contre les chutes et les blessures.

Il a été mis en ligne début septembre 2018, accompagné d'un communiqué de presse de l'ARS (annexe 13).

CONCLUSION

La campagne « Pare à Chute » a engagé de nombreuses structures et a eu un impact sur les chutes graves et les pratiques de dépistage et de prévention.

C'est un mode d'intervention efficace, positif, encourageant, suscitant l'enthousiasme et sollicitant ce qu'il y a de meilleur en nous, le besoin de bien faire, loin de l'incantation, de la culpabilisation ou de la sanction.

Ce mode d'intervention, à l'heure où une volonté de favoriser la prévention s'exprime clairement, mérite d'être déployé largement.

Tous les outils, rappelés en annexes, sont en accès libre sur le site Internet de l'ARS

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque-de-chute>

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>

REFERENCES

1. Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(1):2-12.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/1/2017_1_1.html
2. Thélot B, Lasbeur L, Pédrone G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(16-17):328-35.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/2017_16-17_5.html
3. [Miake-Lye IM](#), [Hempel S](#), [Ganz DA](#), [Shekelle PG.](#), Inpatient Fall Prevention Programs as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review, *Ann Intern Med.* 2013;158(5_Part_2):390-396.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23460095>.
4. Institute Health care improvement, (consultée le 09/10/2018),
<http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
5. Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, et al. The 100 000 lives campaign. *JAMA.* 2006; 295(3): 324–7. doi: 10.1001/jama.295.3.324.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393011/#Sec11title> (consultée le 09/10/2018)
6. Lévy-Djebbour S, Cauterman M, Haas PE, Messner L, Barrois B, Meaume S, Amalberti R, Bilan d'une intervention visant à prévenir les escarres dans une région, *Risques & Qualité*, 2016 ; XIII (3), 175-182.
7. AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE Rapport de capitalisation de la phase pilote de la campagne « Pare à chute », juin 2016 (consultée le 09/10/2018),
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-08/PareAchute_capitalisation_2016_63p.pdf
8. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Recommandation de bonne pratique, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, Novembre 2005 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

(consultée le 09/10/2018)

9. HAUTE AUTORITE DE SANTE Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees (consultée le 09/10/2018)
10. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Utilité clinique du dosage de la vitamine D, Janvier 2013 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/utilite_clinique_du_dosage_de_la_vitamine_d_-_note_de_cadrage.pdf (consultée le 09/10/2018)
11. OMÉDIT Centre-Val de Loire, Protocole de supplémentation en vitamine D en EHPAD, 24/06/2015 http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5238.pdf (consultée le 09/10/2018)
12. Communiqué des Sociétés Françaises de Biologie Clinique, de Dialyse, d'Endocrinologie, d'Endocrinologie Pédiatrique, de Gériatrie et Gérontologie, de Médecine Nucléaire, de Mucoviscidose, de Néphrologie, de Néphrologie Pédiatrique, de Rhumatologie et du GRIQ, décembre 2014 <http://www.s fendocrino.org/article/639/limitation-du-remboursement-du-dosage-de-la-25-hydroxyvitamine-d-25ohd> (consultée le 09/10/2018)
13. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R et al., 2018 update of French recommendations on the management of postmenopausal osteoporosis, *Joint Bone Spine*. 2018 Oct;85(5):519-530. doi: 10.1016/j.jbspin.2018.02.009. Epub 2018 Apr 11 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29654947> (consultée le 09/10/2018)
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013 (consultée le 09/10/2018)
15. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? Septembre 2014 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf (consultée le 09/10/2018)
16. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013 (consultée le 09/10/2018)
17. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle , Septembre 2016 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf (consultée le 09/10/2018)
18. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, Janvier 2013 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/argumentaire_patients_ages.pdf <https://www.sfdiabete.org/recommandations/recommandations-has> (consultée le 09/10/2018)
19. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/fr/ (consultée le 09/10/2018)
20. HAUTE AUTORITE DE SANTE, Gestion des risques et protocoles de coopération (Article 51 loi HPST), Document d'aide pour les professionnels de santé, Février 2012 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_doc_aide_professionnels_de_sante.pdf (consultée le 09/10/2018)
21. INSTITUT CANADIEN POUR LA SECURITE DES PATIENTS en partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), Trousse En avant! : Prévention des chutes des blessures causées par les chutes des Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Avril 2015 <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20et%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes/Chutes%20-%20Pr%C3%A9vention%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes>

[%20Trousse%20En%20avant.pdf](#) (consultée le 09/10/2018)

22. Moulaire M, et al. Evaluer et maîtriser le risque de chute des personnes âgées en institution, Risques & Qualité, 2011 ; VIII-3, 195-202.
23. Puisieux F, Pardessus V, Beghin V, Gaxatte C, Lagardere P, Boulanger E, 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, (consultée le 09/10/2018)
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/symphas-bmj_co260.pdf
24. AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, Pare à chute, maîtriser le risque de chute <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque-de-chute> (consultée le 09/10/2018)
25. Caserio-Schönemann C, Fournet N, Illef D. Expérimentation portant sur la déclaration des événements indésirables graves (EIG) liés aux soins en établissement de santé. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire ; 2012. 97 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Autres-thematiques/Experimentation-portant-sur-la-declaration-des-evenements-indesirables-graves-EIG-lies-aux-soins-en-etablissement-de-sante/Version-francaise> (consultée le 09/10/2018)
26. Frey BS, Oberholzer-Gee F. The Cost of Price Incentives :An Empirical Analysis of Motivation Crowding-Out.American Economic Review 1997; 87: 746-755.
27. Schneider EC, Sorbero, ME, Haas A, Ridgely MS, Khodyakov D, Setodji CM et al. (2017). Does a quality improvement campaign accelerate take-up of new evidence? A ten-state cluster-randomized controlled trial of the Institute for Health Improvement's Project JOINTS. *Implement Sci.* 2017 Apr 17;12(1): 51
28. AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées, (consultée le 09/10/2018)
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>

Remerciements

A toutes les équipes qui se sont engagées dans la campagne et ont suivi le projet, pour leur recherche d'excellence au quotidien et de remise en cause de leurs pratiques.

A tous les professionnels qui ont participé à ce travail, depuis la phase pilote jusqu'au MOOC, pour leur engagement sincère et enthousiaste, et leur aide précieuse.

Plus particulièrement aux universitaires qui ont accepté d'aider avec bienveillance tout au long du projet, le Pr Puisieux, le Pr Robain, leur soutien a été précieux !

A Christine et Florence, comme collègues aidantes, attentives depuis « Sauve ma peau », pour leur temps, leurs idées, leur créativité, leur disponibilité pour la collectivité.

A Jean Philippe, à Marie Laure, à Abienda, à Pascal, à Alain, à Laetitia, à Elise, à Emmanuel, à Caroline, à Hervé, Marie Hélène et Ludovic, pour leur soutien et leur aide au quotidien au sein de l'ARS

A Marie Sophie d'Alcimed lors de la phase pilote, puis à Mayalen de Thinkovery lors de la réalisation du MOOC, pour leur aide précieuse.

ANNEXES

Annexe 1. Fiche de dépistage et caractérisation du risque de chute



.....DEPISTAGE ET CARACTERISATION DU RISQUE DE CHUTE.....

Unité engagée :

Etiquette patient ou résident

..... Saut de section (continu)

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)

..... Saut de section (continu)

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 aigüe

- 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

Annexe 2. 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 vitamine 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 |

Annexe 3. Fiche d'intervention adaptée au risque

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
|  | Unité engagée | Etiquette du patient |
| FACTEUR(S) DE RISQUE IDENTIFIE(S) | | EXEMPLES D'INTERVENTIONS |
| INDIVIDUELS FAVORISANTS | | EXEMPLES D'ACTIONS PROPOSEES |
| <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 neuro-dégénératives (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, 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, 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 géronto-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 PROPOSEES |
| <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 | |
| INDIVIDUELS PRECIPITANTS | | EXEMPLES D'ACTIONS PROPOSEES |

Bilan de la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque » en Ile de France

| | |
|---|---|
| <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 récurrences |
| <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 (recommandation 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 |

Annexe 4. Audit institutionnel sanitaire ou médicosocial

A - Maturité institutionnelle de la gestion du risque de chute pour les établissements de santé et médico-sociaux

| Processus stratégique : politique de gestion du risque de chute | | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Non concerné |
|---|--|-------------|------------|------------|-------------|--------------|
| 1 | La gestion du risque de chute figure dans le projet de l'établissement et/ou dans le programme d'action pour la qualité-sécurité des soins et/ou dans le projet de soins | | | | | |
| 2 | Le suivi de la gestion du risque de chute est réalisé lors des réunions de commission/conférence médicale d'établissement et/ou CSIRMT, ou de coordination gériatrique | | | | | |
| 3 | Les représentants des usagers sont régulièrement informés de la gestion institutionnelle du risque de chute (CRUQPC/CDU et CVS) | | | | | |
| 4 | Les patients à risque de chute grave sont identifiés dans l'établissement et/ou la structure | | | | | |
| 5 | Les situations à risque sont identifiées dans l'établissement et/ou la structure | | | | | |
| 6 | Les environnements à risque sont identifiés dans l'établissement et/ou structure | | | | | |
| 7 | La politique institutionnelle concernant l'usage de la contention est formalisée | | | | | |
| 8 | Un groupe de travail pluridisciplinaire sur la thématique "chute" analyse les chutes et propose des mesures correctives | | | | | |
| 9 | Un suivi d'indicateur(s) sur les chutes est réalisé régulièrement (ex : incidence) | | | | | |
| 10 | Il existe une promotion du signalement interne des chutes (ex : charte d'incitation au signalement) | | | | | |
| 11 | Un programme de gestion du risque de chute est élaboré et mis en œuvre | | | | | |
| 12 | Ce programme de gestion du risque est évalué | | | | | |
| 13 | Un ou des référents « chutes » sont identifiés au sein de l'établissement et/ou de la structure | | | | | |
| 14 | Le cahier des charges d'hygiène des locaux prend en compte le risque de chute (techniques employées et horaires) | | | | | |

| Processus clé : dépistage, prévention, prise en charge post-chute | | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Non concerné |
|---|--|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| Dépistage du risque de chute | | | | | | |
| 15 | Une évaluation du risque de chute est effectuée systématiquement et à fréquence définie et formalisée pour tous les patients/résidents | | | | | |
| 16 | Les facteurs de risque de chute individuels (favorisants, comportementaux) et environnementaux sont identifiés | | | | | |
| 17 | La traçabilité de l'évaluation du risque de chute est prévue | | | | | |
| Prévention des chutes | | | | | | |
| 18 | Quel que soit le niveau de risque, le Programme Universel contre les Chutes est formalisé | | | | | |
| 19 | Pour les personnes à risque de chute grave, les mesures à mettre en œuvre sont formalisées | | | | | |
| 20 | Il existe un protocole de l'usage de la contention dans l'établissement/structure (référentiel HAS http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf) | | | | | |
| 21 | Il existe une formalisation de la prise en charge de la dénutrition dans l'établissement / structure | | | | | |
| 22 | Le dossier patient/résident permet d'avoir une vision claire et précise de l'état du patient / résident pour tous les professionnels | | | | | |
| Prise en charge des patients ou résidents ayant chuté | | | | | | |
| 23 | En cas de chute, la prise en charge du patient, y compris médicale, est formalisée | | | | | |
| 24 | Le signalement des chutes est opérationnel et accessible à tous les professionnels | | | | | |
| 25 | Le risque de chute en cas de retour à domicile est évalué | | | | | |
| Processus support | | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Non concerné |
| Adaptation de l'environnement collectif (locaux, revêtements, éclairage, hygiène) | | | | | | |
| 26 | Les locaux sont conçus pour limiter le risque de chute : locaux spacieux, cheminements rectilignes et horizontaux, absence d'obstacle et de marche isolée | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 27 | L'environnement est conçu pour permettre les appuis en continu (<i>Exemples : mains courantes 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</i>) | | | | |
| 28 | Les revêtements de sol sont adaptés : absence de tapis, sol non glissant, sol antidérapant dans les salles d'eau et dans la douche | | | | |
| 29 | Les locaux sont bien éclairés et les obstacles bien repérables | | | | |
| 30 | Les commandes à disposition du patient/résident (éclairage, appel malade, ouverture-fermeture fenêtre le cas échéant) sont accessibles et facilement utilisables | | | | |
| Adaptation de l'environnement individuel (lit, chaussage, protecteur de hanches, cannes, etc.) | | | | | |
| 31 | Les patients/résidents disposent de lits à hauteur variable | | | | |
| 32 | Les modalités de choix du lit sont formalisées selon les patients/résidents | | | | |
| 33 | Il existe un système d'appel malade accessible dans chaque chambre et chaque salle d'eau | | | | |
| 34 | Le système d'appel malade permet une réactivité immédiate des soignants | | | | |
| 35 | Des protecteurs de hanches sont proposés chez les personnes âgées à risque de chute grave | | | | |
| 36 | Des cannes et déambulateurs sont disponibles en nombre suffisant, adaptés à la personne et facilement accessibles pour les déplacements | | | | |
| 37 | Les patients/résidents disposent de chaussures fermées et légères à semelles antidérapantes | | | | |
| Formation/information des professionnels | | | | | |
| 38 | Des formations/informations sur la maîtrise du risque de chute sont organisées à destination de l'ensemble des professionnels à tous niveaux de responsabilité | | | | |
| 39 | Ces formations/informations ciblent également les nouveaux professionnels | | | | |
| 40 | Ces formations/informations sont évaluées | | | | |
| 41 | Les référents "chute" sont régulièrement formés (exemple : congrès des sociétés savantes référentes) | | | | |
| Sensibilisation et information des patients/résidents et leur entourage | | | | | |
| 42 | Il existe des outils de communication/information sur la prévention de la chute à destination du patient / résident et son entourage | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|-------------|------------|------------|-------------|---------------|
| Communication | | | | | | |
| 43 | Il existe une rétro-information régulière aux équipes de l'impact des actions d'amélioration mises en place suite aux signalements de chutes | | | | | |
| 44 | Une manifestation sur les chutes a été réalisée au cours de ces 3 dernières années (ex : "journée chute", campagne d'affichage, ateliers semaine sécurité patient) | | | | | |
| Etude de coûts | | | | | | |
| 45 | Une évaluation économique du coût des chutes a été réalisée | | | | | |
| Focus rétrospectif sur les trois dernières chutes graves au sein de votre structure / Chute 1 | | | | | | |
| 47 | Date de la chute | Jour | Mois | Année | | |
| 48 | Conséquences de la chute (plusieurs conséquences possibles) | Oui | Non | | | |
| | -Traumatisme crânien | | | | | |
| | -Perte de connaissance | | | | | |
| | -Plaie nécessitant une suture | | | | | |
| | -Hospitalisation | | | | | |
| | -Station au sol de plus d'une heure | | | | | |
| | -Fracture | | | | | |
| | -Décès | | | | | |
| | -Autre (texte) | | | | | |
| 49 | Prise en charge satisfaisante | Pas du tout | Plutôt non | Plutôt oui | Tout à fait | Non évaluable |
| | | | | | | |

Annexe 5. Audit de pratique sanitaire ou médicosocial

| Données du patient ou du résident | | 1 | 2 |
|---|---|--|---|
| Première lettre du prénom et première lettre du nom (de naissance pour les femmes) | Texte | | |
| Age | Nombre | | |
| Sexe | Femme / Homme | | |
| Dernier GIR tracé | 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / Non Connu | | |
| Onglet 1 - Dépistage : évaluation et caractérisation du risque | | | |
| Etape 1 : pour tous les patients/résidents, dépistage initial du risque de chute | | | |
| 1 Le dépistage (en préadmission ou à l'admission) est tracé | | | |
| | Recherche d'antécédents de chute tracée | Oui / Non | |
| | Réalisation d'au moins un test de mobilisation tracée | Oui / Non | |
| | Identification tracée, à l'admission, de facteurs de risque individuels de chute ou de blessure | Oui / Non / NA (aucun facteur de risque) | |
| 2 | Au regard du dossier, le patient/résident est identifié à risque | Oui / Non | |
| 3 Dépistage le jour de l'audit | | | |
| | Le patient a-t-il chuté dans l'année ? | Oui / Non (si non connu, répondre "oui") | |
| | Résultat du test Timed up and go (test considéré comme anormal si > 20 sec) | >20s / <20s (si non évaluable, répondre "<20s") | |
| 4 | Le patient/résident est identifié à risque de chute le jour de l'audit (calcul automatique) | Oui si facteurs de risque individuels et/ou si chute dans l'année et/ou >20s Non si NA ou aucun facteur de risque et le patient n'a pas chuté et <20s | |
| Etape 2 : pour les patients/résidents identifiés à risque, caractérisation du niveau de risque | | Pour les autres, allez directement à la question 12 | |
| 5 | La recherche des facteurs de risque (individuels favorisants, individuels comportementaux, environnementaux) est tracée | Oui / Non | |
| 6 | La recherche des facteurs de risque de blessure est tracée | Oui / Non | |
| 7 Le jour de l'audit, le patient/résident présente les facteurs de risque suivants | | | |
| | Âge supérieur à 80 ans | Oui / Non | |
| | Antécédents de chutes | Oui / Non / NC | |
| | Pathologies neuro-gériatrique : Parkinson, démence, déclin cognitif, dépression | Oui / Non | |
| | Troubles mictionnels : incontinence, impériosité urinaire | Oui / Non | |
| | Troubles locomoteurs et musculaires : 1. Diminution de la force musculaire aux membres inférieurs 2. Préhension manuelle réduite, 3. Trouble de la marche (anomalie et vitesse), 4. Equilibre postural et/ou dynamique altéré | Oui / Non | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|---|--|--|
| | Diabète | Oui / Non | | |
| | Réduction de l'acuité visuelle | Oui / Non | | |
| | Prise de plus de 4 médicaments | Oui / Non | | |
| | Prise de psychotrope(s) : liste des substances classées comme psychotropes en France (23/08/2012) : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4f30a4c03824bb665e70e6581bf79d66.pdf | Oui / Non | | |
| | Dénutrition (IMC < 18,5 ; perte de poids les 6 derniers mois ; dosages de l'albumine et de la CRP) | Oui / Non | | |
| | Présence de facteurs individuels comportementaux | | | |
| | Alcool | Oui / Non | | |
| | Sédentarité | Oui / Non | | |
| | Prise de risque : ex. automédication, ménage en hauteur, etc. | Oui / Non | | |
| | Présence de facteurs environnementaux | | | |
| | Aide technique inadaptée | Oui / Non | | |
| | Habitat mal adapté | Oui / Non / NA | | |
| | Contention physique y compris barrière de lit | Oui / Non | | |
| 8 | <i>En cas de contention physique, la prescription est tracée</i> | Oui / Non | | |
| 9 | <i>En cas de contention physique, la réévaluation pluridisciplinaire périodique de la prescription est tracée, selon le protocole en vigueur et l'état clinique du patient / résident</i> | Oui / Non | | |
| 10 | Le jour de l'audit, le patient/résident présente les facteurs de risque de blessure suivant | | | |
| | Augmentation de la fréquence des chutes les 6 derniers mois | Oui / Non | | |
| | Antécédent de fracture | Oui / Non | | |
| | Ostéoporose et fragilité osseuse | Oui / Non | | |
| | Prise d'anticoagulants (Liste des anticoagulants : ANSM http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France-Etudes-et-surveillance/%28offset%29/0) | Oui / Non | | |
| | Incapacité à se relever seul (mettre NA si non évaluable) | Oui / Non / NE | | |
| | Isolement social et familial | Oui / Non / NA | | |
| | Autres | Oui / Non | | |
| 11 | Le patient/résident est identifié à risque de chute grave le jour de l'audit (calcul automatique) | Oui si au moins 3 facteurs de risque et/ou au moins 1 facteur de blessure- Non si moins de 3 facteurs de risque | | |
| Réévaluation du risque | | | | |
| 12 | La (ré)évaluation du risque de chute est tracée selon les modalités du protocole | Oui / Non / Non applicable (si durée de séjour très courte) ; en absence de protocole répondre "non" | | |

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/4f30a4c03824bb665e70e6581bf79d66.pdf

<http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France-Etudes-et-surveillance/%28offset%29/0>

Onglet 2 - Prévention de la chute et des blessures liées aux chutes

Pour tous les patients/résidents, mise en œuvre du Programme universel contre les chutes (PUC)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 13 | Mise en œuvre du Programme universel contre les chutes à évaluer au lit du patient/résident et au regard du dossier | | | |
| | Bon pied : chaussage et soins des pieds, ourlets des vêtements | Oui / Non / NA (personnes grabataires) | | |
| | Bon œil : correction optimale, port des lunettes, bilan ophtalmologique programmé | Oui / Non / NA (pour les aveugles) | | |
| | Prescription d'une supplémentation en vitamine D | Oui / Non | | |
| | Révision de la pertinence des prescriptions | Oui / Non | | |
| | Besoin(s) d'assistance aux transferts et à la mobilité tracé(s) | Oui / Non | | |
| | Aires de déplacement non encombrées dans la chambre | Oui / Non | | |
| | Eclairages fonctionnels dans la chambre ou le cabinet de toilettes | Oui / Non | | |
| | Mise à proximité de la sonnette, des objets personnels et des aides techniques | Oui / Non | | |
| | Freins de lits activés | Oui / Non | | |
| | Freins de fauteuils activés | Oui / Non / NA (si pas de fauteuil) | | |
| | Reposes pieds adaptés | Oui / Non / NA | | |
| | Hauteur de lit adaptée | Oui / Non | | |
| | Barrières de lit positionnées selon la prescription | Oui / Non / NA | | |
| 14 | Niveau de mise en œuvre du PUC (calcul automatique après validation) | % | | |
| 14 bis | Le patient/résident a-t-il fait une chute au cours du séjour dans l'unité ? Si oui, renseigner l'onglet 3 de l'application | Oui/Non | | |
| Pour les patients/résidents identifiés à risque de chute grave : interventions adaptées | | Pour les autres, allez directement à la question 19 | | |
| 15 | Suite au dépistage de chute grave, une prise en charge adaptée a été mise en place : | | | |
| | Prise en charge pluridisciplinaire tracée | Oui / Non | | |
| | Plan de soin individualisé formalisé | Oui / Non | | |
| | Information au patient ou son entourage tracée dans le dossier concernant la prévention et la prise en charge des chutes | Oui / Non | | |
| 16 | Le plan de soin individualisé contient notamment : | | | |
| | La mise en œuvre d'un programme d'exercice personnalisé : rééducation de la force musculaire, rééducation de l'équilibre et de la marche, marche régulière, gymnastique douce | Oui / Non / NA (si durée de séjour courte) | | |
| | La mise en place de mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes (ex : matelas anti-chute, protecteurs de hanche, apprendre à se relever) | Oui / Non | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | Des interventions nutritionnelles | Oui / Non / NA | | |
| 17 | Le risque de chute à domicile a été évalué avant la sortie | Oui / Non / NA (si durée de séjour courte) | | |
| 18 | Des actions de prévention pour le retour à domicile sont tracées (aide humaine, aides techniques, aménagement du logement, etc.) | Oui / Non / NA (si durée de séjour courte) | | |
| Onglet 3 - Prise en charge du patient/résident lors de la dernière chute | | | | |
| 19 | Estimation du délai entre la dernière chute tracée et sa découverte | Moins de 15 min / Moins d'1 h / Entre 1 h et 3 h / Plus de 3 h / Non évaluable | | |
| 20 | L'évaluation clinique post-chute est tracée | Oui / Non | | |
| 21 | Les causes directes de cette chute ont été identifiées | Oui / Non | | |
| 22 | La recherche des facteurs individuels précipitants est tracée | | | |
| | Pathologies aiguës cardiovasculaires (hypotension orthostatique, ECG, rythme...) | Oui / Non | | |
| | Pathologies aiguës neurologiques (AVC, Parkinson déséquilibré...) | Oui / Non | | |
| | Pathologies aiguës vestibulaires (avis ORL) | Oui / Non | | |
| | Pathologies aiguës métaboliques (sodium, glucose) | Oui / Non | | |
| | Diabète déséquilibré (HbA1c) | Oui / Non | | |
| | Syndrome confusionnel | Oui / Non | | |
| | Pathologie infectieuse | Oui / Non | | |
| | Déshydratation | Oui / Non | | |
| | Introduction de psychotrope ou <u>anti-hypertenseur</u> | Oui / Non | | |
| 23 | La correction des facteurs précipitants est tracée | Oui / Non / NA (si non présents) | | |
| 24 | Si cette dernière chute tracée est grave, indiquer ses conséquences (plusieurs possibles) | | | |
| | Traumatisme crânien | Oui / Non | | |
| | Perte de connaissance | Oui / Non | | |
| | Plaie nécessitant une suture | Oui / Non | | |
| | Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation | Oui / Non | | |
| | Station au sol de plus d'une heure | Oui / Non | | |
| | Fracture | Oui / Non | | |
| | Syndrome post-chute | Oui / Non / Non connu | | |
| | Décès | Oui / Non | | |
| | Autre | Texte | | |
| 25 | Le risque de chute a été réévalué suite à cette chute | Oui / Non | | |
| 26 | La chute a fait l'objet d'un signalement interne selon les modalités définies dans l'établissement/structure | Oui / Non | | |
| 27 | En cas de chute grave, celle-ci a fait l'objet d'une analyse approfondie en équipe pluridisciplinaire | Oui / Non / NA | | |

Annexe 6. Affiche de la campagne

The poster features a light blue background with a red horizontal band. At the top left, a blue silhouette of a person is shown falling, holding a blue parachute. To the right of this icon, the text 'Réduire le risque de CHUTE' is written in red, with 'CHUTE' in a larger, bold font. Below this, the slogan 'C'est l'affaire de tous !' is written in blue. The red band contains the text 'Pour éviter les chutes graves nous nous engageons' in white. Below the band, a list of three bullet points with red checkmarks is displayed: 'à évaluer et réévaluer votre risque de chute', 'à vous informer et sensibiliser vos proches', and 'à adapter la prévention'. A large, faint pink silhouette of a person falling is visible in the background. In the center, there is a red-bordered box containing the text 'Enquête sur les causes de l'échec de la prévention'. Below this, the text 'Notre établissement participe au programme' is written in blue. At the bottom center, a red box contains the text 'PARE À CHUTE' in white, with '2016 - 2017' written below it. The logo for 'ars Agence Régionale de Santé Ile-de-France' is at the bottom center. On the right side, there is a vertical copyright notice: '© ARS-07 - Document Communautaire - Santé publique - Janvier 2016'.

Réduire le risque
de **CHUTE**

C'est l'affaire de tous !

Pour éviter les chutes graves
nous nous engageons

- ✓ à évaluer et réévaluer votre risque de chute
- ✓ à vous informer et sensibiliser vos proches
- ✓ à adapter la prévention

Enquête sur les causes de l'échec de la prévention

Notre établissement
participe au programme

PARE À CHUTE
2016 - 2017

ars
Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

© ARS-07 - Document Communautaire - Santé publique - Janvier 2016

Annexe 7a. Guide méthodologique d'analyse d'une chute grave

Introduction

L'analyse d'une chute suppose en amont, sa détection et un signalement interne au gestionnaire des risques, pour les établissements sanitaires, ou à la personne en charge de les recueillir dans les autres structures.

Ceci nécessite une culture de sécurité des soins et de gestion de risques suffisamment développée au sein de la structure pour que ce signalement interne soit possible, dans un esprit de recherche des causes et d'amélioration des systèmes, lors du séjour du patient/résident.

Cette culture de sécurité passe par une culture du signalement et une culture positive de l'erreur.

L'engagement et le soutien de la direction de la structure sont essentiels pour permettre ce changement culturel.

Généralités

A. Le contexte de l'analyse de la chute grave

Il est souhaitable que cette analyse entre dans le cadre de la gestion des risques de la structure et que cette démarche soit soutenue et légitimée par la direction au sein de l'établissement.

B. Charte de « non punition » ou « d'incitation au signalement interne »

L'affichage de la culture positive de l'erreur peut se faire, au sein de l'établissement, par une charte de « non-punition » ou « d'incitation au signalement interne » favorisant le retour d'expérience, engageant à signaler en interne pour avoir la connaissance des risques et apporter des mesures correctives.

Un exemple de charte est proposé en annexe 1, tiré du guide de la MeaH, « Améliorer la sécurité des organisations de soins », février 2008.

C. Lieu et modalités de l'analyse

L'analyse d'une chute grave peut se faire au cours d'une revue de morbi-mortalité (RMM), lors d'un comité de retour d'expérience (CREX) ou au cours d'une réunion spécifique. Cette analyse doit être multidisciplinaire et pluri-professionnelle.

Il est souhaitable, pour une analyse de qualité, en cas de prise en charge dans plusieurs unités, que les représentants de toutes les unités concernées soient présents.

Il est également souhaitable qu'une personne extérieure aux services de soins (gestionnaire de risques, responsable qualité...) soit présente, avec deux objectifs :

- assurer un soutien méthodologique, afin d'éviter qu'une RMM ne soit un staff médical de revue de dossier, mais soit le lieu d'une analyse systémique débouchant sur des mesures correctives avec un plan d'actions ;
- permettre le retour d'expérience et en tirer les enseignements au sein de l'unité, puis communiquer à l'ensemble des services afin de capitaliser cette expérience pour améliorer la prise en charge des patients/résidents dans d'autres secteurs.

Organisation de la réunion d'analyse

A. Préparation

1. Choix d'une chute grave avec des conséquences pour le patient

2. Etablir une première chronologie des faits

- Délai par rapport à la survenue de la chute (de 2 à 6 semaines)
- Entretiens individuels ? (cf. annexe 2)
- Réunions ? (intra ou inter services)

- Rôle du cadre de santé ? Rôle du médecin ?
- Documents ? (Dossier patients, première chronologie des faits)

3. 1^{er} point sur le déroulement des faits

Il est parfois possible de le faire au cours d'une réunion initiale avec tous les acteurs et les responsables de services et cadres, afin d'avoir un rappel des faits le plus précis possible et de déterminer une organisation pour l'analyse des causes profondes.

4. Organisation de la réunion d'analyse

- Date et heure
- Lieu
- Participants :
 - 5 à 10 personnes
 - Acteurs présents lors de la chute ou le jour de la chute
 - Médecin en charge du patient
 - Responsables médicaux et paramédicaux du(es) secteur(s) concerné(s)
 - Si possible responsable qualité/gestion des risques
- Durée : 1h30 à 2h00 maximum
- Présentation du profil pathologique médical du patient/résident et des circonstances de la chute

5. Documents nécessaires

- Dossier du patient
- Ce guide d'analyse et le « support d'analyse d'une chute »
- Une page pour les participants à la réunion : la feuille de facteurs contributifs (p5 du support d'analyse).
- Références bibliographiques en lien avec la chute. Ces références par leur neutralité scientifique sont un outil indispensable à la déculpabilisation des équipes, et à la recherche de mesures correctives et préventives.

6. Désignation d'un animateur

B. Déroulement de la réunion

1. Tour de table

- Nom
- Fonction
- Présent ou non lors de la chute

2. Présentation des conditions nécessaires à l'analyse

- Règles de comportement :
 - ce n'est ni tribunal ni un jugement
 - l'objectif est de comprendre la séquence des événements ayant conduit à la chute grave
 - le but est d'identifier des solutions de sécurité pour éviter une telle chute ou minimiser ses conséquences
 - la recherche des causes est réalisée par une analyse des systèmes
 - l'écoute de chacun des participants est importante
 - cette chute peut se passer ailleurs (revue de la littérature)
- Règles de confidentialité :
 - anonymisation
 - synthèse archivée auprès du responsable de la gestion des risques ou responsable qualité
- Buts de l'analyse :
 - identification des défaillances systémiques

- propositions de mesures correctives = solutions de prévention, de récupération, ou d'atténuation

C. Analyse (cf. « Support d'analyse d'une chute »)

1. Données concernant le patient et l'évaluation du risque de chute

Elles permettent de préciser l'état antérieur du patient, la complexité ou non de sa prise en charge. Cela aide pour identifier les facteurs contributifs liés au patient et estimer l'évitabilité de la chute.

2. Données concernant la chute

Le rappel chronologique des faits lors de cette réunion prend en compte tous les points de vue et permet une vision factuelle et non émotionnelle des faits.

Cela aide à identifier les problèmes à toutes les étapes de la prise en charge, y compris dans les mesures barrières de prévention, de récupération ou d'atténuation.

Il est intéressant, si l'on retrouve plusieurs problèmes du même type, de les regrouper pour l'analyse (exemple : communication entre professionnels lors d'un transfert).

3. Analyse des causes

Elle passe par la recherche :

- de la cause immédiate de la chute,
- de la recherche en profondeur des causes (facteurs contributifs) à l'origine des problèmes identifiés lors de la prise en charge, pour chaque problème (ou type de problèmes) rencontré(s). Il est possible alors, pour différents problèmes ou types de problèmes, de retrouver les mêmes causes profondes, ce qui permet de hiérarchiser aussi les causes (cf. infra).

4. Hiérarchie des causes et mesures correctives et préventives

Cette hiérarchie est importante pour prioriser les mesures correctives et préventives, et avoir un plan d'actions pour réduire le risque de survenue d'une telle chute.

Il est souhaitable de prendre en compte les facteurs contributifs qui, dans l'analyse de causes :

- sont identifiés le plus fréquemment,
- ou sont considérés comme très importants dans la genèse de la chute grave.

Pour les mesures correctives, il est souhaitable de se poser la question de leur efficacité, et éviter qu'elles ne reposent que sur les individus, avec les facteurs humains que cela comporte. Les Canadiens proposent une hiérarchie des solutions recommandées (en annexe du support d'analyse).

5. Estimation de l'évitabilité

Elle est la résultante de la prise en compte de l'état antérieur du patient et de la conformité de sa prise en charge.

Quel que soit l'état antérieur, une prise en charge non conforme est en faveur d'une évitabilité importante, à nuancer cependant avec la nature de la prise en charge (urgence, complexité) et les facteurs de risque non modifiables du patient/résident.

C'est une estimation subjective collective, réalisée de manière visuelle sur le trait.

6. Divers

Chercher avec l'équipe ce qui a été bien réalisé permet d'apaiser des professionnels souvent en grande tension lors de la survenue d'une chute grave (« seconde victime »). Par exemple, faire souligner par l'équipe une mesure barrière qui a bien fonctionné : alerte rapide lors d'une ronde régulière nocturne ayant permis une prise en charge précoce de la fracture, ou bien l'absence de fracture en cas du port de protecteurs de hanche chez un patient/résident à risque fracturaire.

Dans « commentaires », laisser à chacun des participants un espace de parole ouvert de conclusion, permet de garder l'essentiel à chaud de la réunion.

D. Synthèse anonymisée de l'analyse (cf. exemple de fiche en annexe 3)

Sa rédaction est réalisée et conservée par le responsable qualité/gestionnaire de risque, en association avec un cadre médical et paramédical.

Référentiels

Documents des autres Cellules Régionales d'Appui (CRA) :

- CRAGE d'Aquitaine, CCECQA, « Fiche d'analyse des causes d'un événement indésirable grave »
- CRA GRC de Franche Comté, « Guide d'analyse », V 18.05.09.
- CRA GRC Rhône Alpes, documents de formation

MeaH, « Améliorer la sécurité des organisations de soins », février 2008.

Institut canadien pour la sécurité des patients, (2008), « Guide canadien de l'analyse des causes souches à l'usage des francophones du Canada et adapté pour le Québec ».

« Revue de mortalité et de morbidité, Guide méthodologique », HAS, juin 2009.

VINCENT C, TAYLOR-ADAMS SE, CHAPMAN EJ, et al. (2000), How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol, *BMJ* ; 320:777-781

VINCENT C, STANHOPE N and TAYLOR-ADAMS S. (2000), Developing a systematic method of analysis serious incidents in mental health, *Journal of Mental Health*; 9(1), p 89 - 103

STANHOPE N, VINCENT C, TAYLOR-ADAMS SE ,et al.(1997), *Br J Obstet Gynaecol* ; 104 : 1225-1232

Manuels des enquêteurs, ENEIS 2.

TAYLOR-ADAMS S and VINCENT C, (2004), Systemic analysis of clinical incidents : the London protocol, *Clin Risk*, 10(6), 211-220.

HAS, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, mars 2012 :

- 8 pages http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/2ebatsynthese_gdr-220312.pdf
- 220 pages Des concepts à la pratique http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Reference HAS sur ALARM http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620502/fr/reperes-alarm-dans-les-revues-de-mortalite-et-de-morbidite

HAS, Quand Alarm devient Alarme http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620226/fr/reperes-quand-alarm-devient-alarme

[Vincent C, Amalberti R. Safer Healthcare. Strategies for the real world. Springer Open, 2016.](#)

Annexe 1

Exemple de « Charte d'incitation au signalement interne »

Date

Ref. :

Objet : Charte « Retour d'expériences/sécurité »

La sécurité de nos activités doit être la préoccupation première et permanente d'un établissement de soins.

Le développement d'un établissement sûr, inspirant confiance à ses patients, se fonde sur l'expérience tirée, jour après jour, intervention après intervention, des événements pouvant affecter la sécurité de ses interventions.

Le souci de l'établissement est d'améliorer la visibilité de ceux-ci afin d'entretenir la conscience des risques liés à notre activité et d'apporter les mesures correctrices lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité de chaque agent de communiquer spontanément et sans délai toute information sur des événements de cette nature. Un manquement à cette règle peut compromettre l'ensemble de la démarche de prévention conduite par l'établissement.

Pour favoriser ce retour d'expériences, je m'engage à ce que l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement.

Toutefois, ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré ou répété aux règles de sécurité.

J'insiste pour que chaque agent, quelle que soit sa fonction dans l'établissement, s'implique dans cette logique qui contribue à notre recherche permanente du plus haut niveau de sécurité de notre activité.

Le Directeur Général de l'Etablissement

Annexe 2

Document d'entretien individuel

Fonction :

Service :

Horaires :

Rappel chronologique des faits

| Date et heure | Faits | Problème rencontré |
|---------------|-------|--------------------|
| | | |

1. Avec le recul, pensez-vous que quelque chose aurait pu être fait différemment ?
2. Vu ce cas, pensez-vous que des améliorations pourraient être apportées dans le service ? Si oui, lesquelles ?
3. Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 3

Exemple de fiche de synthèse d'analyse d'une chute grave

| |
|---|
| Conséquences pour le patient : |
| Défaillance(s) immédiate(s) : |
| Défaillances des mesures barrières : |
| Défaillances profondes : |
| Plan d'actions : |

MOTS CLES :

Annexe 7b. Guide d'analyse, support de réunion

Date : _____ Heure de début : _____

Animateur : _____ Heure de fin : _____

Secrétaire : _____

Professionnels présents à la réunion d'analyse

| NOM | FONCTION | SERVICE |
|-----|----------|---------|
| | | |
| | | |

A. Données concernant le patient ou le résident

- Age : _____ Sexe : _____
- Motif d'entrée dans la structure : _____
- Identification et caractérisation du risque de chute (cf. feuille de la campagne) :
Facteur(s) de risque de chute : oui non
(Antécédent de chute dans l'année, Pathologie à risque de chute, TUG supérieur à 20 secondes)
Facteur(s) de risque de chute grave : oui non
(Facteurs de risques de blessures ou risque élevé de chute)
- Traitement(s) en cours
- GIR (si disponible)

B. Données concernant la chute

1. Description

Date de survenue : _____
 Heure estimée : _____
 Lieu de survenue : _____
 Temps estimé de maintien au sol _____
 Conséquence(s) : _____

2. Rappel chronologique des faits et identification des problèmes :

| Date et heure | Faits | Problème rencontré* | Mesures et barrières défaillantes |
|---------------|-------|---------------------|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |

* Il est souhaitable de regrouper les problèmes rencontrés par type de problèmes (1 à 3 types de problèmes au maximum)

C. Analyse des causes

1. Recherche de la cause immédiate de la chute : (préciser)

2. Identification des facteurs contributifs pour chaque problème rencontré

2.1. Patient : Y-a-t-il des facteurs liés au patient qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : état de santé (gravité, complexité, urgence), expression ou communication difficile, personnalité, facteurs sociaux, etc...

2.2. Information : Y-a-t-il des facteurs liés à la gestion de l'information donnée au patient ou son entourage, qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : insuffisance d'échange entre professionnels de santé et le patient, ou son entourage, etc...

2.3. Procédures : Y-a-t-il des facteurs liés aux procédures à effectuer qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : protocoles inexistant, de mauvaise qualité, indisponibles, non suivis, actes complémentaires non réalisés, données nécessaires indisponibles, de mauvaise qualité, etc...

2.4. Individus : Y-a-t-il des facteurs liés aux individus qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : défaut de compétence (théoriques/techniques), manque d'expérience, défaut d'aptitude au poste, défaut de qualification, mauvaise disposition physique et mentale (fatigue, maladie, stress, motivation), etc...

2.5. Equipe : Y-a-t-il des facteurs liés à l'équipe qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : qualité de l'encadrement médical et ou paramédical, supervision, défaut de communication orale, défaut de communication écrite, manque de recherche d'aide, d'avis, dynamique de l'équipe (entente, ambiance, confiance, leadership), mauvaise composition de l'équipe, disponibilité de l'équipe, défaut d'intégration des nouveaux arrivants, etc...

2.6. Environnement : Y-a-t-il des facteurs liés à l'environnement de travail qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : charge de travail trop élevée, horaires particuliers (nuit, week-end, vacances, etc...), mode de relève, transmissions, adéquation du lieu ou du matériel, disponibilité du lieu ou du matériel, défaut de formation au matériel, limitation d'accès, qualité de l'entretien, qualité des échanges hiérarchiques, conditions de travail inadéquates (ergonomie, interruptions, passage), etc...

2.7. Organisation : Y-a-t-il des facteurs liés à l'organisation qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : soins ne relevant pas du champ d'activité du service, changement d'organisation interne, défaut de coordination dans le service, défaut de coordination entre les services, mauvaise définition des responsabilités et des tâches, gestion du personnel (nombre, compétence), procédure de sortie inadéquate, contraintes et ressources financières, politique de soins et priorités, moyens en locaux, matériel, formation, relation entre niveaux hiérarchiques , etc...

2.8. Institutionnel : Y-a-t-il des facteurs liés au contexte institutionnel qui auraient favorisé le problème ?

Exemples : ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (matériel, offre de soins, transferts), absence de culture de sécurité de gestion des risques au sein du service et/ou au sein de l'établissement, etc...

3. Evaluation de la causalité (recherche des causes latentes) :

Premier problème(ou type de problèmes) rencontré(s) identifié(s)

| Facteurs | Facteurs contributifs identifiés | Importance ¹⁰ |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <i>Patient</i> | | |
| <i>Information</i> | | |
| <i>Procédures</i> | | |
| <i>Individus</i> | | |
| <i>Equipe</i> | | |
| <i>Environnement</i> | | |
| <i>Organisation</i> | | |
| <i>Institutionnel</i> | | |

¹⁰ Estimation de l'importance du lien entre le facteur identifié et la survenue de la chute : se demander : « Si ce facteur avait été éliminé ou corrigé, cela aurait-il pu empêcher le résultat que l'on connaît ? »

Deuxième problème(ou type de problèmes) rencontré(s) identifié(s)

| Facteurs | Facteurs contributifs identifiés | Importance ¹¹ |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <i>Patient</i> | | |
| <i>Information</i> | | |
| <i>Procédures</i> | | |
| <i>Individus</i> | | |
| <i>Equipe</i> | | |
| <i>Environnement</i> | | |
| <i>Organisation</i> | | |
| <i>Institutionnel</i> | | |

Troisième problème(ou type de problèmes) rencontré(s) identifié(s)

| Facteurs | Facteurs contributifs identifiés | Importance ¹² |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <i>Patient</i> | | |
| <i>Information</i> | | |
| <i>Procédures</i> | | |
| <i>Individus</i> | | |
| <i>Equipe</i> | | |
| <i>Environnement</i> | | |
| <i>Organisation</i> | | |
| <i>Institutionnel</i> | | |

4. Y-a-t-il eu des événements précurseurs à cette chute ?

5. Qu'est ce qui, le jour de la chute, n'était pas comme d'habitude ?

6. Les mesures barrières concernant cette chute :

- Lesquelles ont été efficaces ?
- Lesquelles n'ont pas fonctionné ?

D. Hiérarchie des causes et mesures correctives et préventives

| Causes | Propositions de mesures correctives | Suivi |
|--------|-------------------------------------|---|
| | | <i>Responsable :</i> <i>Echéance :</i> <i>Communication ?</i> |
| | | <i>Responsable :</i> <i>Echéance :</i> <i>Communication ?</i> |

¹¹ Estimation de l'importance du lien entre le facteur identifié et la survenue de l'EIG : se demander : « Si ce facteur avait été éliminé ou corrigé, cela aurait-il pu empêcher le résultat que l'on connaît ? »

¹² Estimation de l'importance du lien entre le facteur identifié et la survenue de l'EIG : se demander : « Si ce facteur avait été éliminé ou corrigé, cela aurait-il pu empêcher le résultat que l'on connaît ? »

Annexe 1

« La hiérarchie des solutions recommandées ¹⁵ »

Solutions très efficaces :

- Modifications architecturales ou physiques du bâtiment
- Possibilité d'une période d'essai avant l'achat d'un nouvel équipement
- Fonctions forcées (exemple issu du soin : branchement des gaz médicaux sur les prises murales, exemple non issu du soin : retrait de la carte bancaire obligatoire pour obtenir les billets)
- Simplification des processus et retrait des étapes inutiles
- Standardisation des équipements, des procédures et des plans de soins
- **Engagement réel de la direction** et soutien en faveur de la sécurité des patients

Solutions moyennement efficaces :

- Augmentation des ressources ou diminution de la charge de travail
- Augmentation de la performance ou modifications de logiciels
- Elimination ou réduction des distractions
- Rappels ou listes de vérification
- Elimination des médicaments qui ont des noms qui se ressemblent ou qui sonnent pareil
- Confirmation d'ordonnance
- Amélioration de la documentation ou des communications
- Elimination des objets inutiles

Solutions faiblement efficaces :

- Double vérification
- Alerte, affiches et étiquettes
- Nouvelle procédure ou note de service ou politique
- Formation
- Analyse ou études supplémentaires

Annexe 2

Fiche de dépistage et caractérisation du risque de chute

Voir l'annexe 1.

¹⁵ D'après le « Guide Canadien de l'analyse des causes souches à l'usage des francophones du Canada et adapté pour le Québec », décembre 2008, p 36.

Annexe 8. Questionnaire individuel d'évaluation de la campagne

| Votre avis sur | ++ | + | - | -- | NSP | Commentaires, Propositions |
|---|----|---|---|----|-----|---|
| Le lien non personnalisé d'accès à la charte | | | | | | <i>(très satisfaisant ++, satisfaisant +, pas satisfaisant -, pas du tout satisfaisant --)</i> |
| L'audit institutionnel | | | | | | |
| L'audit de prise en charge | | | | | | |
| La dissociation entre l'institution et le domicile | | | | | | |
| Le lien personnalisé d'accès à la plateforme | | | | | | |
| Les compteurs 1-1 et 1-2 | | | | | | |
| Le compteur 2 | | | | | | |
| Le compteur 3 | | | | | | |
| Les pages internet dédiées de l'ARS | | | | | | |
| Les documents partagés par les établissements | | | | | | |
| Le film de l'Hôpital de Brie Comte Robert | | | | | | |
| Les documents ARS (relus par le groupe de travail) | | | | | | |
| Les outils de communication (affiche, stylos) | | | | | | |
| Le widget | | | | | | |
| L'outil médico-économique | | | | | | |
| La structuration du plan d'actions | | | | | | |
| L'utilité du PUC | | | | | | |
| Les 3 questions avant de sortir de la chambre | | | | | | |
| Les témoignages d'établissement | | | | | | |
| La séquence « Belles histoires » | | | | | | |
| Les ateliers lors des réunions départementales | | | | | | |
| Les témoignages des professionnels du mouvement | | | | | | |
| Les synthèses des réunions départementales | | | | | | |
| L'accompagnement tout au long de la campagne | | | | | | |
| La disponibilité de l'équipe projet | | | | | | |
| Appréciation globale du projet | | | | | | |
| Points forts du projet : | | | | | | Points faibles du projet : |
| Auriez-vous des propositions pour poursuivre la dynamique sur la thématique chute ? | | | | | | |
| Quel est le principal enseignement que vous tirez de la campagne « Pare à chute » ? | | | | | | Participeriez-vous à une prochaine campagne ? Oui Non Ne sait pas Sur quel thème ? |

Annexe 9. Bilan institutionnel de la campagne

A remplir avec le groupe pluri-professionnel dédié aux chutes

Etape 1 : Réalisation des étapes du projet (OUI/NON)

1. Mise en place (ou relance) d'un groupe pluridisciplinaire et pluri-professionnel dédié (*oui/non*)
2. Réalisation du diagnostic initial (*oui/non*)
3. Elaboration d'un plan d'actions (*oui/non*)
4. Mise en œuvre du plan d'actions (*oui/non*)
5. Participation de votre établissement aux réunions départementales du projet :
 - Lancement (*oui/non*)
 - Diagnostic (*oui/non*)
 - Plan d'actions (*oui/non*)
 - Suivi 1 du plan d'actions (*oui/non*)
 - Suivi 2 du plan d'actions (*oui/non*)
 - Clôture (*oui/non*)
6. Renseignement des compteurs :
 - Compteur 1-1 (*oui/non*)
 - Compteur 1-2 (*oui/non*)
 - Compteur 2 (*oui/non*)
 - Compteur 2 (*oui/non*)
7. Réalisation des audits de fin de projet (*oui/non/en cours*)
8. Communication dans les instances entre professionnels :
 - Sanitaires : CME, Commission de soins infirmiers de rééducations et médico-techniques (*oui/non*)
 - Médico-social : Commission gériatrique (*oui/non*)
9. Communication dans les instances avec les représentants des usagers : CDU ou CVS (*oui/non*)
10. Installation du Widget par le webmaster :
 - Sur intranet (*oui/non*)
 - Sur internet (*oui/non*)
11. Réalisation d'une analyse systémique d'une chute grave lors de la campagne (*oui/non*)
 - Si oui
 - Cette analyse aurait eu lieu sans la campagne (RMM, CREX intégrés dans l'institution)
 - Cette analyse a été initiée par la participation à la campagne
 - Réalisation de l'analyse systémique avec l'aide du support proposé pendant la campagne ?
12. Réalisation d'une analyse médico-économique d'une chute grave ? (*oui/non*)
 - Si oui, quel a été le coût estimé ?

Etape 2 : Bilan de la campagne :

1. De quoi êtes-vous fiers?
2. Que feriez-vous différemment ?
3. Qu'est-ce qui vous a paru difficile?
4. Comment allez-vous maintenir la dynamique ?
5. Comment souhaitez-vous déployer la démarche aux autres services ?

Etape 3 : Bilan de la mise en œuvre du plan d'actions

1. Citez 3 actions que vous avez réalisées (ou en cours), qui vous paraissent avoir le plus d'impact sur les chutes graves
 - 1.
 - 2.
 - 3.
2. Avez-vous au sein de votre structure une charte d'incitation au signalement interne signée par le directeur général ? *(oui/non)*
3. Avez-vous réalisé une ou plusieurs EPP en lien avec la campagne ? *(oui/non)*
Si oui, préciser l'intitulé :
4. D'après votre groupe, la campagne a-t-elle induit un(des) changement(s) dans les pratiques ? *(oui/non)*
Si oui, lequel ou lesquels ?
5. Le risque de chute grave lié à la contention est-il connu des professionnels engagés ?
(oui/non)
6. Pensez-vous que cette campagne ait entraîné un changement sur l'usage de la contention ?
(oui/non)
Si oui, lequel ?
Si non, quelle(s) explication(s) ou hypothèse(s) le groupe peut-il trouver ?
7. Quelles seraient vos propositions pour une campagne régionale « Pare à Chute 2 » vers 2019-2020 ?
 - o Durée ?
 - o Actions ? Quel focus ?
 - mise en œuvre du PUC ?
 - une action du PUC ? et dans ce cas laquelle ?
 - prévention des blessures ?
 - Autres ... ?
 - o Modalités ? Animation de réunions départementales ? Enquête régionale ?

Annexe 10. Tutoriel de prescription du dosage de vitamine D

Introduction

Dans le cadre de la campagne « Pare à Chute », il est apparu important de répondre à la demande des prescripteurs d'une aide pour optimiser la pertinence de leur prescription de dosage de la vitamine D.

Indications du dosage de Vitamine D (25 OH D3)

1. **Chutes à répétition (i.e. plus de deux chutes dans l'année)**
2. **Ostéoporose** (avérée ou patients âgés à risque d'ostéoporose secondaire : corticoïdes par exemple pour maladie inflammatoire type PPR, Maladie de Horton...)
3. Lithiase rénale
4. Malabsorption
5. Insuffisance rénale chronique
6. Anomalie du bilan phosphocalcique
7. Douleurs diffuses sans explication

Pourquoi doser la vitamine D lors d'une supplémentation ?

Pour personnaliser la supplémentation chez le sujet carencé, afin d'atteindre **la cible de 30 ng/ml à 40 ng/ml**.

Quand doser la vitamine D ?

Après 6 mois de supplémentation sans dosage, pour adapter la posologie, dans les indications citées plus haut.

Du fait du caractère très lipophile de la Vit D, il est préférable de prélever les patients à jeun.

Libellé optimal

« Dosage de la 25 OH D pour chutes à répétition, remboursé selon les recommandations de la Haute Autorité de santé »

Coût total du traitement :

- **Le dosage coûte environ 11 euros, remboursés par la sécurité sociale, selon les recommandations de la HAS [1] si c'est pour un chuteur à répétition.**
- Pour les indications « ostéoporose » et « malabsorption », le dosage est également remboursé sous l'indication « suspicion d'ostéomalacie » (l'ostéomalacie est une complication possible des situations de malabsorption et le bilan biologique qui doit être pratiqué devant une ostéoporose, ou plus précisément une « fragilité osseuse » définie par une densité minérale osseuse basse et/ou une (ou des) fracture(s) basse énergie a pour but d'éliminer/détecter une cause secondaire. L'ostéomalacie est une des nombreuses causes secondaires de fragilité osseuse [2]).
- Le dosage de la 25OHD est recommandé par les guidelines internationaux (les K-DIGO) sur la prise en charge des anomalies minérales et osseuses de l'insuffisance rénale chronique [3] et par le guide « parcours de soin dans la maladie rénale chronique » publié par l'HAS [4]. **Il est important de noter sur votre ordonnance** de prescription du dosage de vitamine D dans les cas cités ci-dessus qu'il s'agit d'un **acte remboursé selon l'HAS** car certains laboratoires de biologie peuvent facturer un dépassement si le dosage ne rentre pas dans ce cadre.

1- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356838/fr/utilite-clinique-du-dosage-de-la-vitamine-d-rapport-d-evaluation

2- Watts N, Adler R, Bilezikian J et al. Osteoporosis in men: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97: 1802-1822

3- KDIGO C-M, Work Group KDIGO Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone disorder (CKD-MBD). *Kidney Int.* 2009;76(Suppl 113):S1-130.

4- Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins Maladie Rénale Chronique de l'adulte. Février 2012-56 pages.

Annexe 11. Tutoriel de prescription de vitamine D

Introduction

Dans le cadre de la campagne « Pare à Chute », il est apparu important de répondre à la demande des prescripteurs d'une aide à la prescription de la vitamine D.

Les certitudes scientifiques sur la vitamine D

- Elle réduit de 20% les chutes chez les personnes âgées de plus de 70 ans à la posologie de 800-1000 UI/J [1].
- Les dernières études scientifiques suggèrent que la posologie optimale pour réduire les chutes consisterait en des doses journalières de 1000 UI/j (par exemple en capsules molles) mais ce conditionnement n'existe pas actuellement.
- Par ailleurs il serait illusoire d'atteindre la cible de 30-40 ng/ml avec 800 à 1000 UI/j sans combler le déficit initial par un traitement d'attaque ; **d'où le choix d'un traitement biphasique si insuffisance ou carence, le 1^{er} temps visant à remonter à la dose cible de 30-40 ng/ml puis une phase de maintien.**

Pour les doses espacées, le plus efficace pour stabiliser la concentration de 25OH-vitamine D semble être des **doses mensuelles** [2] (et non tous les deux ou 3 mois [3]). Des doses plus faibles que dans les conditionnements actuels devraient être privilégiées [4] : une dose de **25 000 à 50 000 UI/mois**, à adapter ensuite en fonction du résultat du dosage serait idéale.

En pratique, avec les conditionnements disponibles actuels, quelle posologie préférer ?

Les fortes doses espacées étant moins efficaces pour réduire les chutes, il est proposé de prescrire la plus petite des « fortes » doses disponibles en France, soit **80 000 UI par mois**

Chez qui ?

- Tous les sujets de plus de 70 ans à titre systématique (sans dosage de la vitamine D)
- Les chuteurs à répétition (avec un dosage à 6 mois).

Poids

Prudence chez la personne obèse, la vitamine D est captée par le tissu adipeux. Il sera souvent nécessaire d'augmenter la dose [5].

Modalités de surveillance :

- **Un dosage à 6 mois de traitement sans dosage préalable, chez le patient chuteur à répétition**, pour adapter la posologie en modulant l'espacement de la dose si on utilise des prises espacées, ou en augmentant la dose lorsque des formes pharmaceutiques adaptées à la prise journalière seront disponibles.
- **Rappel** : penser prévention des chutes c'est bien, mais c'est aussi militer « prévention fracturaire » et mesurer régulièrement ses patients. La vitamine D est insuffisante pour la prévention fracturaire : sa prescription ne doit pas occulter l'intérêt de la recherche des facteurs de risque d'ostéoporose et des traitements de fond anti-ostéoporotiques qui restent indispensables en cas d'ostéoporose constituée, fracturaire ou non.

Principales références bibliographiques récentes

- 1- Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B, Staehelin HB et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 339: b3692
- 2- Ish-Shalom S, Segal E, Salganik T, Raz B, Bromberg IL, Vieth R. Comparison of daily, weekly, and monthly vitamin D3 in ethanol dosing protocols for two months in elderly hip fracture patients. *J Clin Endocrinol metab* 2008; 93: 3430-3435
- 3- Välimäki VV, Löyttyniemi E, Pekkarinen T, Välimäki M. *Clin Endocrinol (Oxford)* 2016. doi: 10.1111/cen.13014.
- 4- Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B, Orav E, Stähelin H, meyer O, Theiler R, et al. Monthly high-dose vitamin D treatment for the prevention of functional decline: a randomized clinical trial. *JAMA Int Med*. Doi:10.1001/jamainternmed.2015.7148
- 5- King RJ, Chandrayaj D, Abbas A, Orme SM, Barth JH. High-dose oral colecalciferol loading in obesity: impact of body mass index and its utility prior to bariatric surgery to treat vitamin D deficiency. *Clin Obes*. 2017 Feb 1. doi: 10.1111/cob.12176

Annexe 12a. Tutoriel de prescription de la rééducation de la marche

Introduction

Cette prescription, au sein d'un EHPAD, doit s'intégrer plus largement dans une **politique globale** d'aide à la mobilité, de restauration ou de maintien de la fonction locomotrice et de formation des professionnels de santé par les professionnels du mouvement.

Dans le cadre de la campagne « Pare à Chute », il est apparu important répondre à la demande des prescripteurs d'une aide pour optimiser la pertinence de leur prescription de la rééducation de la marche **des patients chuteurs ou à risque élevé de chute.**

En effet, la ressource de kinésithérapie étant limitée, il est important de la solliciter à bon escient et sur une durée limitée, sur ce type de patients ou résidents, sous la forme d'un «**traitement d'attaque** ».

Indication de la rééducation de la marche : patients/résidents chuteurs ou à risque élevé de chute.

Objectifs de cette rééducation (à spécifier sur l'ordonnance) :

Agir sur la déficience :

1. Amélioration et entretien des amplitudes articulaires des membres inférieurs
2. Renforcement musculaire adapté contre résistance des membres inférieurs
3. Stimulation des afférences sensorielles
4. Amélioration de l'équilibre et de la posture pas des exercices de réajustement postural

Favoriser l'activité :

1. Rééducation du transfert assis-debout
2. Travail d'amélioration du schéma de la marche
3. Apprentissage du relevé du sol
4. Ajuster les aides techniques de marche si nécessaire

Professionnel concerné : le kinésithérapeute

Modalités : rééducation individuelle et éventuellement collective

Fréquence : au minimum 3 fois/semaine

Durée : 12 semaines

Commentaires : une séance de kinésithérapie de la marche une fois par semaine au long cours n'est pas efficace.

Annexe 12b. Tutoriel de prescription de l'entretien des acquis de la rééducation

Introduction

Cette prescription, au sein d'un EHPAD, doit s'intégrer plus largement dans une **politique globale** d'aide à la mobilité, de maintien de la fonction locomotrice dans tous les axes de la vie quotidienne et de formation des professionnels de santé par les professionnels du mouvement.

Dans le cadre de la campagne « Pare à Chute », il est apparu important répondre à la demande des prescripteurs d'une aide pour optimiser la pertinence de leur prescription pour favoriser la mobilité.

Indication : patients/résidents chuteurs ou à risque élevé de chute ayant eu la rééducation de la marche (tutoriel 1) pour le maintien des acquis, et la prévention des chutes et des blessures induites.

Objectifs de cette rééducation (à spécifier sur l'ordonnance) :

1. Entretien des capacités d'équilibration et de marche, et entretien du capital musculaire
2. Apprentissage aux auto-exercices

Professionnel concerné : l'enseignant d'activité physique adaptée

Modalités : séances collectives

Fréquence : au minimum 2 fois/semaines

Durée : indéterminée

Annexe 13. Communiqué de presse de l'ARS sur le MOOC

Prévention des chutes graves chez la personne âgée : formez-vous en ligne sur le site de l'ARS Île-de-France

4 septembre 2018

Comment éviter des chutes chez la personne âgée ? Comment prévenir les blessures liées à ces chutes ? Vous le saurez en suivant la formation proposée par l'ARS Île-de-France, en accès libre sur son site Internet.

Ces modules s'inscrivent dans la continuité de la campagne « Pare à Chute » pour le dépistage et la prévention du risque de chutes graves, déployée par l'ARS Île-de-France de 2016 à 2017. Ils sont un moyen de prolonger et d'étendre la démarche.

Au total, la formation se compose de 25 modules regroupés en deux grandes parties :

1. Chutes de la personne âgée : comprendre, prévenir et réagir

Cette première partie s'adresse :

- A tout professionnel de santé en relation avec les personnes âgées ;
- Aux aidants des personnes âgées ;
- Aux personnes âgées elles-mêmes.

2. Comment éviter les chutes graves : déployez le « Pare à chute » !

Cette deuxième partie s'adresse aux équipes professionnelles de structures sanitaires ou médico-sociales souhaitant initier la démarche « Pare à Chute », afin de les aider dans la conduite de projet d'amélioration des pratiques.

Les modules comportent une vidéo sous-titrée accompagnée de la transcription du texte (pour 24 d'entre eux), des liens utiles, des documents ou des outils relatifs au sujet du module.

Chaque module peut être suivi indépendamment des autres.

La campagne «Pare à Chute, maîtriser le risque»

Les chutes sont fréquentes et entraînent chaque année en France près de 9 000 décès chez les personnes de plus de 65 ans. La multiplicité des recommandations, des facteurs de risque, des acteurs et des préventions (primaire, secondaire, tertiaire) rendent le sujet complexe. La campagne «Pare à Chute, maîtriser le risque», s'est déroulée de février 2016 à avril 2017. Son objectif était d'éviter les chutes graves par la mise en œuvre de pratiques à fort impact. Plus de 300 structures sanitaires et médico-sociales ont bénéficié de l'accompagnement méthodologique de l'ARS. L'expérience développée à cette occasion permet de mettre à disposition les grilles d'audit et les outils de mise en œuvre des actions d'amélioration.

[Accéder aux modules de formation](#)

[En savoir plus sur la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque »](#)

Contact : ars-idf-communication@ars.sante.fr

Direction de la stratégie

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

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

iledefrance.ars.sante.fr