

Les chutes

**Evaluer le risque, adapter la prévention,
prendre en charge et déclarer les chutes
des patients adultes à l'AP-HP**

Direction des soins et des activités
paramédicales de l'AP-HP

Janvier 2017

SOMMAIRE

1	<i>Préambule</i>	3
2	<i>Définitions</i>	4
3	<i>Glossaire</i>	6
4	<i>Les 10 préconisations institutionnelles</i>	7
5	<i>Introduction</i>	9
	5.1 Thème et objectifs des préconisations	9
	5.2 Cibles concernées :	11
	5.3 Professionnels concernés	11
	5.4 Limites des préconisations :	12
	5.5 Méthode de travail :	12
6	<i>Préconisations</i>	12
	6.1 Identification, évaluation et diagnostic du risque de chute	13
	6.1.1 Les causes ou les facteurs de risque de chute au regard de la littérature.....	13
	6.1.2 Les conséquences des chutes	15
	6.1.3 Les chutes à l'AP-HP.....	17
	6.1.4 Identification des facteurs de risque des chutes	20
	6.2 Actions à mettre en œuvre pour le patient à risque de chute ou de récurrence de chute...	25
	6.2.1 Actions à mettre en œuvre dès l'hospitalisation ou l'hébergement.....	25
	6.2.2 Formation, éducation et information des usagers et aidants	26
	6.2.3 Le rôle de chaque professionnel paramédical, du psychologue et de l'assistante sociale dans les prises en charge spécifiques	29
	6.3 Actions à mettre en œuvre lors de la chute	31
	6.3.1 Prise en charge immédiate du patient chuteur.....	31
	6.3.2 Le constat de chute : la déclaration.....	31
	6.4 Conduite à tenir après le constat de chute	35
7	<i>Retours d'expérience</i>	37
	7.1 Analyse des événements indésirables	37
	7.1.1 Analyse et CREX/RMM	37
	7.1.2 Le soutien du GDR et du CGRAS	37
	7.1.3 Les formations	37
	7.1.4 En cas d'événement indésirable grave	37
	7.2 Suivre et diffuser les recommandations	38
8	<i>Formation et communication aux professionnels de santé</i>	38
	8.1 Bilan des formations APHP	38
	8.2 Formation des professionnels sur les chutes	39
	8.3 Formation aux gestes et postures des professionnels	39
	8.4 Affiches	40
9	<i>Bibliographie</i>	62
10	<i>En savoir plus</i>	65
11	<i>Participants</i>	67

1 Préambule

Les chutes à l'hôpital, sont plus ou moins fréquentes en fonction de la fragilité du patient, de sa pathologie. L'impact de celles-ci peut être plus ou moins grave, aucune chute n'est bénigne et inéluctable.

Au regard de cela, un groupe de travail pluri professionnel et médico-soignant a été chargé par la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) de l'AP-HP, en collaboration avec la Direction de l'organisation médicale et des liens avec les universités (DOMU) de rédiger des préconisations à l'attention des professionnels de santé et de l'institution. L'objectif principal est de réduire le nombre de chutes et notamment celles identifiées dans OSIRIS de gravité 3 à 5 et de favoriser la mobilité des patients.

Le groupe de travail a, dans le cadre de l'analyse de la littérature et de la prise en compte des pratiques des professionnels, identifié 10 préconisations :

- 5 préconisations centrées sur le patient, concernent les risques ou les conséquences de chute,
- 5 préconisations concernent les services cliniques et la qualité de la traçabilité en lien avec les chutes des patients.

Ce document doit permettre aux professionnels d'identifier les raisons pour lesquelles chaque préconisation a été retenue par le groupe de travail et d'en assurer la mise en œuvre.

La littérature trouvée et analysée porte essentiellement sur les chutes des personnes âgées. Le groupe de travail a posé comme postulat que la majorité des éléments existant permettant d'évaluer le risque de chute, de le prévenir et/ou de prendre en charge les conséquences des chutes peut être appliqué à l'ensemble des patients.

Le groupe de travail, recommande aux professionnels médico-soignants des unités de soins que soient définis de façon collégiale :

- le profil des patients concernés par la mise en œuvre de ces préconisations
- les outils à utiliser pour cette population cible
- les actions à mettre en œuvre au regard d'une part de la durée d'hospitalisation du patient et d'autre part des ressources professionnelles disponibles, notamment en rééducateurs.

Pour en faciliter la mise en œuvre au niveau des unités de soins, les éléments essentiels de ce document ont été rédigés au niveau d'un document synthétique de 4 pages.

Ces préconisations viennent compléter la campagne de l'ARS d'Ile de France intitulée « PARE A CHUTE » dont l'objectif principal est d'éviter les chutes graves et favoriser la mobilité. Dans le cadre de cette campagne, l'ARS met à disposition des établissements de santé et des professionnels divers outils consultables et téléchargeables sur son site internet, rubrique « Programme EPOD¹ », « Campagne régionale, Pare à chute, maîtriser le risque »² sous rubrique « les projets ».

¹ Programme d'appui à l'efficacité des Pratiques, des Organisations et de la Dépense en santé

² <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Pare-a-Chute-maitriser-le-ris.187666.0.html>

2 Définitions

1° Aidant

Dans ce document le terme aidant recouvre aussi bien l'aidant familial ou naturel que l'aidant professionnel.

"L'**aidant familial ou naturel** est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne" [1]

L'**aidant professionnel** peut être un auxiliaire de vie, un aide à domicile, un assistant de vie, une aide-ménagère, un garde à domicile. Il a une connaissance de la personne malade et a un rôle dans sa vie sociale. Souvent, il intervient plusieurs heures par jour chez l'aidé pendant parfois plusieurs années. L'aidant professionnel est formé, voire diplômé (ce qui est de plus en plus le cas).

2° Chute

La chute est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (2012) comme « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou tout autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment ». Il existe plusieurs types de chutes [2]. Selon leur origine causale, MORSE [3] (1996) distingue :

- les chutes accidentelles, représentant 14% des cas, sont celles survenant pendant le sommeil, en trébuchant ou à la suite d'un quelconque incident
- les chutes physiologiques prévisibles, représentant 78% des cas, sont celles attribuées à des facteurs physiologiques qui surviennent chez des bénéficiaires reconnus comme à haut risques
- les chutes physiologiques imprévisibles, représentant une proportion de 8%, sont également attribuables à des facteurs physiologiques mais que l'on ne peut prévoir avant qu'un premier incident apparaisse.

Du point de vue de leurs formes, on distingue : les chutes d'un lit, les chutes d'un fauteuil, les chutes pendant la marche, pendant la station debout ou se produisant pendant un transfert [4], [5].

3° Caractère répétitif des chutes

Le caractère répétitif des chutes est défini à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois.

4° Contention physique passive [5]

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

5° Déambulation

D'un point de vue scientifique [6], la déambulation est définie selon quatre domaines : l'espace, le temps, la locomotion et l'élément déclencheur de l'action. La déambulation est un comportement moteur lié à la démence (la personne est temporellement et/ou spatialement désorientée) avec un caractère répétitif, qui se manifeste par des phénomènes «de rodage» et/ou «aléatoire» et/ou «de stimulation» et qui peut être associé à la fugue ou à des tentatives de fugue et/ou au fait de se perdre :

- rodage : représente un déplacement sur un trajet sinueux qui peut soit amener au point de départ soit inclure de brefs arrêts qui amènent le patient à changer de direction
- aléatoire : déplacement aléatoire le long d'un chemin présentant multiples directions et donc certaines hésitations
- stimulation : va et vient entre deux points
- direct : déplacement sur un chemin simple ne présentant pas d'hésitation.

6° Evénement indésirable grave (EIG)

Définition du décret relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (projet de décret)

« Un évènement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un évènement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent ».

Par exemples : perte permanente d'une fonction ne résultant ni de l'évolution naturelle de la maladie, ni du terrain du patient au décours d'un acte de soins ; hospitalisation en réanimation et/ou ré-intervention non programmée(s) ; erreur de patient, erreur de côté, ...

Définition de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [8] :

« Événement défavorable pour le patient, ayant un caractère certain de gravité (à l'origine d'un séjour hospitalier ou de sa prolongation, d'une incapacité ou d'un risque vital) et associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ».

L'AP-HP a pris comme définition des EIG : un évènement inattendu dont les conséquences pour le patient ont un caractère certain de gravité : hospitalisation en réanimation, intervention chirurgicale, risque vital, séquelles graves et à fortiori décès. Cet évènement est en lien avec des actes de prévention, de diagnostic ou de traitement.

7° Gestionnaire d'événement (GE)

Le(s) GE est (sont) choisi(s) localement comme étant le(s) personne(s) au sein du site/GH les plus à même de traiter le type d'événement concerné (un « expert »). Ils réalisent un bilan des événements signalés dans OSIRIS et identifient les actions d'amélioration. Chaque type de fiche d'OSIRIS a son (ou ses) GE : erreur médicamenteuse, chute...par site/GH.

8° Prévention

Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) :

La prévention désigne les « Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé :

- **prévention primaire** : actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas
- **prévention secondaire** : actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes
- **prévention tertiaire** : actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de réhabilitation.

9° Usager

Le Collectif inter associatif sur la santé (CISS) définit l'usager comme «Les usagers du système de santé représentent donc, potentiellement, l'ensemble des personnes vivant en France sous l'angle spécifique de leur rapport au système de santé, en tant qu'utilisateurs, mais également contributeurs de son financement ou encore - dans l'idéal - de son organisation ».

3 Glossaire

AS	Aide-soignant(e)
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CGRAS	Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COVIRIS	COordination des Vigilances et Risques Sanitaires
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
DOMU	Direction de l'Organisation Médicale et des liens avec les Universités
DSAP	Direction des Soins et des Activités Paramédicales
EIG	Evénement indésirable grave
GDR	Gestionnaire De Risques
GH	Groupe Hospitalier
HAD	Hospitalisation A Domicile
IDE	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OSIRIS	Organisation du Système d'Information des RISques
PAQSS	Programmes d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins
QEREC	Questionnaire d'Evaluation des Risques Environnementaux des Chutes
QSS&CAPCU	Qualité et Sécurité des Soins et des Conditions d'Accueil et de Prise en Charge des Usagers
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
SLD	Soins de Longue Durée
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TUG	Time Up and Go

4 Les 10 préconisations institutionnelles

Cinq préconisations (préconisation 1, 3, 4, 7 et 8) concernent les risques ou les conséquences de chute d'un patient

Cinq préconisations (préconisation 2, 5, 6, 9 et 10) concernent les services cliniques et la qualité de la traçabilité.

Préconisation 1 : Partage de l'information sur le risque de chute du patient, entre tous les professionnels intervenant tout au long de son parcours de soins

- Le risque de chute d'un patient doit être connu par l'ensemble des professionnels (médico-soignant, brancardier, etc) et des services (unité de soins, radiologie, bloc opératoire) participant au parcours de soins du patient
- Le service en charge du patient communique aux autres services l'information sur le risque de chute du patient

Préconisation 2 : Tous les services de soins autoévaluent le risque de chute lié à l'environnement de chaque unité en utilisant l'outil QEREC (Questionnaire d'Evaluation des Risques Environnementaux des Chutes)

- Cette évaluation est réalisée au moins une fois par an et plus dans certains cas
- Les résultats de cette évaluation doivent permettre de définir un plan d'action à court, moyen et long terme.
- Le plan d'actions est à mettre en lien avec le plan de maîtrise des risques du service/pôle/GH
- La mise en œuvre du plan d'actions est suivie

Préconisation 3 : Evaluation du risque de chute pour tout patient hospitalisé de 75 ans et plus, et, tout patient hospitalisé à risque de chute du fait des pathologies traitées. Cette évaluation est tracée dans le dossier patient

- L'évaluation du risque de chute s'appuie sur le recueil infirmier initial réalisé au cours des 48 premières heures, sur le jugement clinique des professionnels et est complétée, si besoin, par l'utilisation d'outils validés
- Les outils retenus par l'équipe médico-soignante sont adaptés à la population prise en charge dans le service et sont connus de l'ensemble des professionnels participant à cette prise en charge.
- Le résultat de cette évaluation est tracé dans le dossier patient
- Le risque de chute sera réévalué au cours de la prise en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient

Préconisation 4 : Tout patient identifié à risque de chute ou ayant « chuté » bénéficie d'une prise en charge adaptée en fonction du niveau de gravité

4.1 Un patient dont le risque de chute ou la chute est qualifiée de « gravité sans conséquence apparente », niveau de gravité de 1 à 2 (OSIRIS), bénéficie d'actions d'information

Ces actions négociées avec le patient et l'entourage sont tracées dans le dossier patient et portent sur :

- Les risques liés à son environnement
- Les risques liés à sa tenue, son chaussage, sa vue, l'utilisation d'aide à la marche
- La nécessité d'avoir une activité physique adaptée
- La nécessité d'avoir un bon état nutritionnel

4.2 Un patient ayant fait une chute de gravité qualifiée de « grave », niveau de gravité de 3 à 5 (OSIRIS) bénéficie d'un plan d'actions personnalisé

- Les actions mises en œuvre sont négociées avec le patient et l'entourage et sont en lien avec l'évaluation des causes et des conséquences de la chute
- Les actions souvent multi professionnelles, doivent être coordonnées et impliquent fortement les métiers de la rééducation dont les ergothérapeutes et les psychomotriciens
- Les actions paramédicales à mettre en œuvre sont planifiées dans le plan de soins personnalisé du patient (notamment dans les domaines suivants : surveillance, enseignement, communication, mobilisation et prévention)
- Des actions d'éducation sont mises en œuvre dès que les capacités cognitives et physiques du patient le permettent
- Les actions mises en œuvre sont évaluées et réévaluées à des fins de réajustement éventuel
- Les actions mises en œuvre ainsi que l'évaluation de leur efficacité sont tracées dans le dossier patient

Préconisation 5 : Toute chute fait l'objet d'un constat médical réalisé par le médecin de l'unité ou le médecin de garde et tracé dans le dossier patient

- Le constat médical précise l'heure de la chute et la (les) constatation(s) réalisée(s) lors de l'examen clinique du patient après sa chute ainsi que la(les) décision(s) médicale(s) prise(s) : radiographie, scanner, IRM, traitement, transfert ou absence de prescription
- La déclaration informatique faite dans OSIRIS par le professionnel ayant constaté la chute, peut, après avoir été imprimée, être utilisée par le médecin pour rédiger son constat de chute
- Le constat est archivé dans le dossier patient

Préconisation 6 : Toutes les chutes sont déclarées obligatoirement dans OSIRIS

- Tout professionnel, témoin d'une chute, ou informé par un tiers témoin de la chute, doit la déclarer dans OSIRIS
- Le déclarant doit renseigner l'ensemble des rubriques de la fiche de déclaration
- Le déclarant s'appuie sur la grille de gravité d'OSIRIS pour classer la chute dans le niveau de gravité adapté
- Le gestionnaire de risques ou le gestionnaire d'événement peuvent, au regard de nouveaux éléments, requalifier le niveau de gravité de la chute

Préconisation 7 : La famille et/ou la personne de confiance sont informées des chutes

- La famille et/ou la personne de confiance sont informées de la chute par l'équipe médico-soignante sauf avis contraire émis par le patient
- Dans le cas de patient « multichuteur », l'équipe médico-soignante définit avec la famille et/ou la personne de confiance le type de chute pour lesquelles elle doit être impérativement informée
- Les éléments de la prise en charge et l'information communiquée à la famille et/ou la personne de confiance sont tracés dans le dossier patient.

Préconisation 8 : Chaque chute qualifiée de « grave », niveau de gravité de 3 à 5 (OSIRIS), donne lieu à l'évaluation des causes et des conséquences

- Cette évaluation devra investiguer l'ensemble des facteurs intrinsèques et extrinsèques potentiellement à l'origine de la chute
- L'évaluation des conséquences portera également sur l'impact psychologique de la chute
- Les résultats de ces évaluations seront tracés dans le dossier de soin

Préconisation 9 : Le bilan et l'analyse des chutes déclarées permettent d'ajuster le plan de maîtrise des chutes

- Des CREX transversaux (Pôle/site/GH) multidisciplinaires sont mis en place.
- Les événements les plus graves et ceux définis comme significatifs par le service/pôle (spécificité, fréquence, contexte, ..) font l'objet d'une analyse approfondie, les autres sont répertoriés dans le bilan statistique
- Les enseignements et recommandations issus des analyses et bilans sont intégrés dans le plan de maîtrise des chutes du site/GH et diffusés aux services

Préconisation 10 : Des actions de formation des professionnels sont mises en œuvre au niveau des services/pôles/sites/GH

Elles portent sur :

- La connaissance des chutes et de leurs conséquences
- La connaissance des actions à mettre en œuvre selon les éléments à l'origine des chutes et selon les conséquences
- La prévention des troubles musculo-squelettiques en cas de relevé du patient, et la bonne utilisation des aides techniques
- Les formations donneront lieu à un enregistrement sur le logiciel institutionnel HR Access et à une évaluation

5 Introduction

5.1 Thème et objectifs des préconisations

➤ Thème des préconisations

Depuis 2004, les chutes sont considérées comme un problème de santé publique. La gravité des conséquences des chutes chez les personnes âgées a conduit, au niveau national, à mettre en place des plans de prévention. En effet, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait fixé comme objectif de réduire de 25% le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus à l'horizon de 2009.

La proportion de personnes qui font des chutes augmente avec l'âge [8, 9,10,11,12]. On estime qu'un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans font au moins une chute chaque année. Le taux de chutes est environ deux fois plus élevé chez la femme que chez l'homme (Prudham et Evans, 1981 ; Blake et coll., 1988). Cependant, le sex-ratio diminue avec l'âge et devient proche de 1 à partir de 85 ans. Tableau 1 : le taux spécifique de mortalité par chute accidentelle pour 100 000 habitants (données de l'institut de veille sanitaire (InVS)) [13].

Tranches d'âge (H+F)	Taux pour 100 000 2004 INVS	Taux pour 100 000 2007 INVS	Taux pour 100 000 2010 INVS
45-64 ans	4.75	5.01	4.62
65- 74 ans	15.79	13.63	13.31
75- 84 ans	71.74	64.09	62.15
85 ans et plus	443.44	367.66	350.60

« Deux fois sur trois, ces chutes surviennent au domicile. Même en l'absence de traumatisme immédiat, l'incapacité à se relever est de mauvais pronostic, puisque les complications métaboliques liées à un séjour au sol prolongé au-delà d'une heure multiplient par cinq la mortalité dans les 6 mois »

Les récurrences de chute sont fréquentes puisque près de 50 % des personnes qui font des chutes tombent deux fois ou plus par an [14].

On estime que la moitié des chuteurs font des chutes répétées, ce qui représente environ 15 % des personnes de 65 ans et plus et 25 % des plus de 80 ans [15]. Les chutes répétées sont associées à une augmentation de morbi-mortalité liée aux conséquences traumatiques et à la dépendance qui en découlent, et sont à l'origine d'un coût financier substantiel dû à leur prise en charge médico-sociale (Stalenhoef, Diederiks et al. 1999 ; Greene, Cunningham et al. 2001 ; Davison, Bond et al. 2005).

De multiples facteurs (polyopathologies, traitements, grand âge, ..) liés au vieillissement de la population, contribuent également à augmenter le nombre de chutes.

La HAS [27] estime qu'environ 1/3 des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des personnes âgées de plus de 80 ans vivant à domicile, chutent au moins une fois dans l'année, la moitié de ces personnes font des chutes répétées.

Le milieu hospitalier et les institutions gériatriques ne sont pas plus protecteurs. Les chutes y sont fréquentes, voire plus fréquentes qu'au domicile [16,17,18]. Leur fréquence en fonction du type d'hospitalisation et du patient, est évaluée entre 3 et 13 [19] et entre 1,4 et 17,9 [20] pour 100 000 lits selon les études.

Les facteurs directement responsables ou favorisant la chute sont multiples et ont fait l'objet de nombreux travaux. Ils sont généralement déclinés d'une part, en facteurs précipitants intrinsèques (troubles de l'équilibre, de la marche et comportementaux, facteurs médicaux et iatrogènes) et extrinsèques (habitat et environnement urbain) et d'autre part, en facteurs prédisposants (conséquences du vieillissement ou en lien avec des pathologies chroniques) [19, 21, 22, 23, 24].

La chute est un Événement Indésirable (EI) fréquent présentant parfois des conséquences graves pour le patient pouvant être majorées par son état et/ou son âge. A l'AP-HP cet EI est suivi et analysé par les professionnels gestionnaires de risques/gestionnaires d'évènements des groupes hospitaliers. Le bilan des EI Osiris (Organisation du système d'information des risques) intègre les données sur les chutes.

A l'APHP les chutes représentent le premier événement indésirable de la catégorie B (catégorie en lien avec l'organisation des soins et relation avec le patient) déclaré par les professionnels. Cette déclaration est effectuée dans le logiciel OSIRIS. Ces déclarations augmentent d'une année à l'autre, 13182 chutes ont été déclarées à l'AP-HP en 2014, soit 5% de plus qu'en 2013, et représentent 23% des signalements d'événement indésirables en 2014.

Tous les secteurs sont concernés. En 2013, 67% des chutes déclarées surviennent en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 33% en soins de suite et de réadaptation (SSR), soins de longue durée (SLD) et 0.17% en hospitalisation à domicile (HAD).

La chute et ses conséquences peuvent avoir une traduction juridique : doléances, réclamations, ou plaintes, entraînant parfois la responsabilité de l'établissement de santé. L'analyse des conséquences de la chute peut montrer un préjudice donnant lieu à compensation financière en lien avec les souffrances physiques, morales, économiques subies par la victime.

Au regard de ce constat et en cohérence avec le Plan stratégique de l'AP-HP 2015-2019 - qui priorise notamment la mise en œuvre d'actions visant à développer la qualité, la gestion des risques et la prévention des événements indésirables évitables liés aux soins - la Direction des Soins et des Activités Paramédicales (DSAP) a souhaité engager des travaux sur la problématique des chutes. En coopération avec le département qualité et gestion des risques de la Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités (DOMU), la DSAP a mis en place un groupe de travail pluriprofessionnel et multi-sites qui a rédigé ces préconisations.

➤ Objectifs des préconisations

Les objectifs de ces préconisations sont :

- éviter les chutes, identifiées dans OSIRIS de gravité 3 à 5, des patients adultes hospitalisés en établissement de santé (MCO, SSR, USLD, PSY, et EHPAD) et ce quel que soit leur âge,
- identifier les risques liés au patient (physiologiques, psychologiques, cliniques et traitements) et/ou à son environnement,
- choisir des stratégies adaptées (soins : prévention et prise en charge, organisations, ergonomie, locaux),

- réduire les complications liées aux chutes ; ou diminuer l'incidence des chutes dont notamment leurs conséquences physiques et psychologiques sur les patients et résidents,
- identifier les outils de la gestion des risques à mettre en œuvre pour réduire le nombre de chutes,
- travailler sur l'amélioration des items présents dans la fiche « chute » OSIRIS.

En lien avec ces objectifs, les préconisations répondent aux questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs de risque de chute en établissement de santé hors HAD ?
2. Peut-on identifier les patients à risque de chute ? Avec quels outils ?
3. Quels sont les moyens à mobiliser pour éviter, limiter le risque de chute ?
4. Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour éviter, limiter les complications des chutes ?
5. Quelles sont les actions à réaliser lors d'une chute ?
6. Peut-on graduer la gravité de la chute (avec ou sans inclusion de complication) et définir les actions spécifiques à mettre en œuvre par niveau de gravité ?
7. Quelle démarche l'équipe médico-soignante doit-elle initier pour réduire et/ou éviter les chutes dans un service/pôle/site/GH ?

5.2 Cibles concernées :

- **Population** : Après de multiples échanges au sujet de l'âge des patients cibles, le groupe de travail a choisi de retenir comme critère « le patient adulte ». La particularité du patient pédiatrique fera l'objet de préconisations spécifiques qui pourront être déterminées dans un second temps par un groupe constitué de professionnels exerçant dans ce secteur.
- **Types de prises en charge** : MCO, HDJ, SSR, SLD, EHPAD et PSY.
- **Secteurs** : les services de soins, les plateaux médico-techniques et de rééducation ainsi que les circulations dans les bâtiments.

5.3 Professionnels concernés

Ces préconisations s'adressent à tous professionnels participant à la prise en charge des patients et aux professionnels témoins de la chute : personnel médical (médecin, sage-femme, pharmacien), cadre de santé, infirmier, aide-soignant, maître de maison, personnel médico-technique, rééducateur, psychologue, assistante sociale, étudiant, y compris les équipes de transport patient, personnel d'entretien, personnel technique et administratif.

5.4 Limites des préconisations :

Ces préconisations ne traiteront pas :

- de la gestion des chutes en HAD en raison de la spécificité de cette structure. Celle-ci a développé des outils spécifiques dans le cadre de la prévention et de la prise en charge des chutes,
- de la contention dite passive des patients car ce sujet est complexe et doit être traité comme un sujet à part entière,
- des chutes de professionnels,
- des chutes des enfants,
- des chutes survenant dans les espaces desservant les bâtiments et les espaces verts.

5.5 Méthode de travail :

Le comité de pilotage a défini le périmètre et les questions auxquelles doivent répondre ces préconisations.

Le groupe de travail est composé de membres du comité de pilotage, de professionnels médicaux et paramédicaux ayant pour la plupart mené une réflexion et/ou travaux sur le sujet, de gestionnaires de risques/événements et de représentants des usagers.

Le groupe de travail a rédigé ces préconisations à partir de l'analyse de la littérature scientifique, de la littérature grise de ses membres, complétées par un état des lieux des travaux réalisés au sein de l'AP-HP (Evaluation des pratiques professionnelles, programme d'éducation thérapeutique, audits, recommandations, comité de retour d'expérience (CREX)).

Ces préconisations ont été soumises à un groupe de lecture pluri professionnel dont la mission a été de porter un jugement sur la pertinence, la compréhension et l'utilité de celles-ci. Les remarques de ces lecteurs ont été prises en compte par le groupe de travail et intégrées dans les préconisations finales faisant l'objet de ce document.

La recherche bibliographique a été réalisée sur la période 1990 – 2014. Elle a porté sur la littérature française et anglo-saxonne et s'est appuyée sur différents supports : publications scientifiques, articles, revues.

Les mots clés utilisés sont les suivants : chute du patient [falls of patients], chutes [Falls], score de risque de chute [Fall-risk], prévention [assessment tool], événements indésirables graves associés aux soins, événements indésirables.

6 Préconisations

Ces préconisations répondent à l'orientation 3 du projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP « s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens ». Elles sont en lien direct avec les objectifs de la cellule qualité et sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS&CAPCU), de la coordination des vigilances et risques sanitaires (COVIRIS) et des programmes d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

L'ensemble des paramédicaux, aux côtés des médecins, est partie prenante de la qualité/sécurité des soins et de la prévention des risques liés aux soins.

6.1 Identification, évaluation et diagnostic du risque de chute

6.1.1 Les causes ou les facteurs de risque de chute au regard de la littérature

Les chutes [25] résultent d'interactions complexes entre l'état de santé d'un individu, son comportement et l'environnement. La ou les causes d'une chute sont le plus souvent multifactorielles.

La littérature scientifique médicale [26, 27] classe souvent ces causes en deux grandes familles :

- **facteurs prédisposants** ou facteurs de risque liés aux pathologies chroniques et/ou aux conséquences du vieillissement.
- **facteurs précipitants ou déclencheurs de la chute** :
 - *facteurs intrinsèques* ou personnels : correspondent à une pathologie aiguë ou l'expression d'un symptôme pouvant être lié ou non à un traitement ;
 - *facteurs extrinsèques* ou environnementaux.

Dans certains articles la présentation de la classification est simplifiée et se résume à la notion de facteurs intrinsèques et extrinsèques.

6.1.1.1 La littérature médicale – Classification des facteurs de risque

6.1.1.1.1 Facteurs prédisposants ou favorisants

Ces facteurs sont à mettre en lien avec le vieillissement et/ou les pathologies chroniques associées. Ils peuvent avoir une incidence sur l'équilibre et/ou la marche de la personne et/ou la mobilité et/ou la force musculaire, et favorisent de fait le risque de chute.

Cinq groupes sont différenciés :

- les affections neurologiques : centrales (accident vasculaire cérébral, myélopathie, maladie de Parkinson, sclérose en plaque, chorée de Huntington, épilepsie) et périphériques (canal lombaire étroit, polyneuropathie),
- les troubles cognitifs et démences,
- les affections neuromusculaires (myasthénie, ...),
- les affections ostéo-articulaires (pseudopolyarthrite, rachis : arthrose cervicale... ; membres inférieurs : hallus valgus, coxarthrose, gonarthrose, ...),
- les autres affections :
 - sensorielles : visuelle (cataracte, glaucome chronique, DMLA), ORL vertiges (affections de l'oreille interne),
 - insuffisance cardiaque ou pulmonaire, hypotension,
 - dénutrition protéino-énergétique,
 - diminution de la vigilance liée à l'usage de psychotrope (peut-être également un facteur précipitant),

- urinaire : incontinence urinaire, infection urinaire, affection prostatique entraînant des troubles mictionnels et/ou des levers nocturnes fréquents,
- métabolique : diabète, hyperthyroïdie ; hypo et hyperkaliémie, hypoglycémie,
- handicaps multiples.

6.1.1.1.2 Facteurs précipitants (circonstances)

Ces facteurs correspondent aux éléments déclencheurs de la chute. Ils peuvent être multiples et associés entre eux. Il est noté [28] que 50% des chutes chez les personnes âgées sont déclenchées par des malaises liés à une maladie, ou à la prise de médication altérant la vigilance, avec un impact de la déambulation [29, 30, 31]. La plupart des articles scientifiques étudiés identifient deux grands groupes de précipitants: les intrinsèques et les extrinsèques.

- Les facteurs précipitants intrinsèques :
 - iatrogénie médicamenteuse : Type de médicament (neuroleptiques, anti-dépresseurs, benzodiazépines, antipsychotiques, sédatifs et hypnotiques, L-dopa, antalgiques centraux, etc) et/ou la prise de plus de 3 médicaments [32, 33, 34, 35] chez la personne âgée, un changement récent de traitement ou de dosage constituent un risque supplémentaire ;
 - cardiaques (troubles du rythme paroxystique supraventriculaires et ventriculaires, troubles de la conduction, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, ..) ;
 - vasculaires (hypotension orthostatique, malaise vaso-vagal, ..) ;
 - neurologiques (Accident vasculaire cérébral (AVC), état confusionnel, épilepsie, hématome sous dural (peut en effet être une cause de récurrence de chute mais est plus une conséquence de chute), ...) ;
 - le nombre de maladies chroniques ;
 - les maladies cardiovasculaires, la bronchite chronique obstructive, l'arthrose et la dépression.
- Les facteurs précipitants extrinsèques ou facteurs favorisants :
 - environnementaux (habillement, chaussage, mobilier, obstacles au sol, conditions locales dangereuses ou inadaptées) ;
 - comportementaux [36] (phobie de la chute, consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition et prise de risque).

Chaque personne prise en charge à l'hôpital est fragilisée en raison de sa pathologie, de sa situation physiologique particulière et d'un environnement étranger. Les professionnels, et tout particulièrement les infirmiers et aides-soignants, devront être attentifs à l'identification du risque de chute dès l'accueil du patient.

6.1.1.2 NANDA – Classification des facteurs de risque

La NANDA [37] a créé en 2000 le diagnostic infirmier de « Risque de chute » dont la définition est : « prédisposition accrue aux chutes pouvant causer des blessures ».

Elle différencie 6 classes de facteurs de risques liés à :

- l'âge adulte : antécédent de chute, personne vivant seule, utilisation d'aide technique à la marche ;
- la physiologie : état post-opératoire, insomnie, maladie vasculaire, trouble de l'équilibre ;
- le cognitif : confusion, démence ;
- les médicaments : anxiolytique, antihypertenseur, diurétique, ;
- l'environnement : tapis, pièce non familière et faiblement éclairée, ... ;
- l'enfance : cet item ne sera pas traité car exclu du périmètre de ces préconisations.

6.1.2 Les conséquences des chutes

Les publications analysées portent essentiellement sur les conséquences des chutes chez la personne âgée ou chez les patients ayant eu un AVC [38].

Environ la moitié des patients âgés « chuteurs » tombe de manière répétée [39]. Environ 20% des chutes nécessitent une attention médicale, et une chute sur dix s'accompagne d'un traumatisme sévère [40]. Les chutes ont des conséquences immédiates et à plus ou moins long terme sur la morbi-mortalité du patient.

Les conséquences sont nombreuses et plus importantes en cas de chutes répétées [41]. Il est à noter que la proportion de chutes avec blessures varie de 8% à 69% selon les études, mais ces blessures sont le plus souvent mineures : ecchymoses, contusions, dermabrasions [42].

En dehors des conséquences physiques, c'est l'ensemble du retentissement humain et socio-économique des chutes qui doit conduire les professionnels de santé vers une démarche de prévention systématique chez le sujet âgé et identifié à risque.

6.1.2.1 Traumatisme physique

- Fractures : une publication [43] Suisse montre que les chutes avec fractures représentent 5% des patients qui chutent à domicile, versus 10% lorsque la chute intervient à l'hôpital. Une étude canadienne de 2003 (Luxton et Riglin) précise que près de la moitié des « aînés³ » qui se fracturent la hanche en tombant, ne seront plus jamais capables de marcher de façon autonome, et un sur cinq décède dans les six mois qui suivent la chute. Le risque de fracture est à mettre en lien avec le risque de chute associé à l'existence d'une fragilité osseuse (ostéoporose).
- Entorses, luxations,
- Plaies, dermabrasion,

³ Personne de 65 ans et plus

- Blessure à la tête avec +/- des lésions cérébrales (hématome sur dural, dont les signes ne sont pas toujours immédiats après la chute).

6.1.2.2 Conséquences métaboliques

- Rhabdomyolyse consécutive à la chute.
- Déshydratation, hypothermie.
- Complications de l'immobilité et du décubitus :
 - escarres
 - thrombophlébites
 - embolies pulmonaires
 - infections broncho-pulmonaires, etc.

6.1.2.3 Traumatisme psychologique et/ou social

Les chutes occasionnent des séquelles psychologiques. L'impact de la chute peut être majeur et se traduit par : la peur de retomber (40% des patients ayant chuté), l'anxiété (20% des patients ayant chuté), la perte de confiance en soi et l'angoisse [44]. Ce sentiment est amplifié à l'hôpital. Ce traumatisme augmente après chaque chute, le patient est pris dans une spirale d'aggravation et de perte d'autonomie qui peuvent conduire à son institutionnalisation.

La chute a un impact [45] à la fois sur l'état psychologique du patient et celui de son entourage. Cela s'exprime par :

- le développement d'une phobie du chuteur : majore le risque de chute et induit des restrictions d'activités, ce dès la première chute [46,47] :
 - génère ou aggrave les troubles à la marche et les troubles posturaux
 - entraîne une perte d'autonomie et une diminution de l'engagement de la personne dans les activités de la vie quotidienne
- le stress de l'entourage et/ou des aidants : contrôle, voire réduit les activités du patient dans un but protecteur
- un manque de confiance du chuteur et de son entourage vis-à-vis de la prise en charge [48,49].

Tous ces éléments peuvent conduire à l'apparition d'un syndrome post-chute [Annexe 1] qui nécessite l'intervention rapide d'une équipe compétente pluri-disciplinaire (médecin, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, infirmier).

Dans l'étude nationale 2010 « Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes : évaluation des personnes accueillies dans les centres de prévention AGIRC-ARRCO » 21% des personnes déclarent que la chute « a changé leur vie ».

6.1.2.4 Décès

Le taux de mortalité associé aux chutes augmente rapidement avec l'avancée en âge dans les deux sexes [51].

Les fractures de hanche sont les plus graves : la surmortalité à 12 mois est de 10 à 20% pour la femme et au-delà pour l'homme [51]. Les fractures du poignet n'entraînent pas de surmortalité [51].

Le décès est rarement imputable à la fracture elle-même, mais peut-être lié à la décompensation d'une ou plusieurs maladies existantes avant la chute (maladie cardio-vasculaire, maladie pulmonaire, ..) plus ou moins associée à une mobilisation réduite.

Il est à noter que le taux de mortalité à six mois, après une fracture du col fémoral, est multiplié par un facteur de trois à cinq chez les sujets ayant des troubles cognitifs [52, 53].

6.1.2.5 Coût financier

La littérature à ce sujet est pauvre. Les seuls éléments retrouvés portent sur des études anciennes majoritairement anglo-saxonnes réalisées entre 1993 et 1997.

En 1995, le coût global des chutes des personnes âgées en France a été estimé à 1.07 milliard d'euros. Ce chiffre nécessiterait une réévaluation [50] notamment au regard de l'évolution de la démographie.

Entre 2006 et 2012, pour les dossiers où la responsabilité hospitalière de l'AP-HP était engagée, on peut relever que les indemnités versées aux patients et aux organismes sociaux sont hétérogènes, selon la gravité des conséquences de la chute : de 1 500 à 14 000 euros. Seul un dossier de 70 000€ d'indemnisation concerne une chute fautive doublée d'un retard de diagnostic.

6.1.3 Les chutes à l'AP-HP

Les chutes sont des événements indésirables qui donnent lieu à l'AP-HP à une déclaration par les professionnels dans Osiris. Elles peuvent également se concrétiser par une doléance, voire une plainte et/ou une demande indemnitaire, portée par le patient/entourage au niveau de la Direction des Affaires Juridiques (DAJ) ou de la direction des relations avec les usagers des GH.

En 2015, dans OSIRIS 13 025 chutes ont été déclarées dans la catégorie B « événement lié à l'organisation des soins et les relations avec le patient », soit 49% des événements indésirables de cette catégorie.

Evolution des signalements OSIRIS sur la période 2011 – 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de Chutes	10 663	11 675	12 514 (+7%)	13 182 (+5%)	13025 (-1.2%)
% des EI de catégorie B	51%	48%	48%	47%	49%
% du total des EI signalés	25%	24%	23%	23%	23%

Les chutes sont généralement évaluées comme peu graves par le déclarant ou le gestionnaire de risques. En 2015 les chutes graves (gravité 4 ou 5) représentent 1% des signalements.

Gravité chutes 2015	Nombre	%
1	5 127	39%
2	2 425	19%
3	554	4%
4	96	1%
5	13	0.09%
Non renseigné	4 810	37%
Total	13 025	100%

Il est à noter qu'actuellement le critère « niveau de gravité » est renseigné pour seulement 37% des déclarations de chutes.

Les niveaux de gravité explicités dans ce document correspondent aux niveaux génériques de gravité « Patients » de la nouvelle grille de gravité OSIRIS.

Niveau de gravité	Critères en lien avec le patient qui a chuté
Niveau 1 : « insignifiante »	<ul style="list-style-type: none"> • Il n'exprime pas de douleur ou de plainte • Il ne présente pas de blessure et/ou de plaie apparente • Il ne présente pas de trouble de la conscience
Niveau 2 : « mineure »	<ul style="list-style-type: none"> • Il exprime une douleur • et/ou présence d'une abrasion cutanée • Il ne présente pas de trouble de la conscience
Niveau 3 : « modérée »	<ul style="list-style-type: none"> • Il exprime une douleur • Il est porteur d'une plaie et/ou d'un hématome • Il ne présente pas de trouble de la conscience
Niveau 4 : « majeure »	<ul style="list-style-type: none"> • Il exprime une douleur • Il présente une blessure sévère et/ou une suspicion de fracture • Et/ou est confus • Et/ou des troubles de la conscience
Niveau 5 : « catastrophique »	<ul style="list-style-type: none"> • il est inconscient et nécessite un transfert : réanimation, service spécialisé, bloc opératoire par exemple • ou décès immédiat

L'analyse des chutes à l'AP-HP permet également d'identifier les lieux de survenue des chutes.

Celles-ci ont principalement lieu dans la chambre, mais également dans les salles de bain et circulations, ainsi que dans les espaces de vie (salle à manger...).

Lieux	Nb de chutes (2015)	%
Chambre	9 742	75%
Toilettes /douche	1 241	10%
Circulations	849	7%
Salle à manger-TV - salle de jeux...	622	5%
Parking, cour, jardin	103	1%
Consultation, radio, salle d'examen	58	0%
Autres	410	3%
Total	13 025	100%

Les informations concernant le nombre de chutes en lien avec l'âge des patients et/ou le moment de la chute (jour/nuit) ne sont pas disponibles.

75 événements indésirables graves (EIG) ont été déclarés à l'ARS en 2015, dont 7 chutes.

Le bilan de la responsabilité médicale réalisé par la DAJ en 2013 sur la période 2006-2012 porte sur 36 dossiers et apporte des informations complémentaires au sujet des services cliniques concernés et des lieux de chutes.

Les services concernés sont pour : 61% les services spécialisés [22 dossiers], 14% la radiologie [5 dossiers], 14% le SAU [5 dossiers] et 11% les services gériatriques (SLD, SSR ou UGA) [4 dossiers].

Les lieux des chutes :

- 25% à l'occasion d'un acte de soins réalisé lors d'un examen radiologique (table d'examen) [9 dossiers]. Il est à rappeler d'ailleurs l'importance que les services prestataires (radio, brancardage, bloc, ..) soient informés par les équipes cliniques du degré d'autonomie du patient et de son risque de chute,
- 19% du lit [7 dossiers],
- 16,5% aux toilettes [6 dossiers],
- 16,5% lors d'un transfert par brancard [6 dossiers],
- 11% dans la douche [4 dossiers],
- 6% au bloc opératoire [2 dossiers],
- 6% lors de la sortie du service clinique [2 dossiers].

L'analyse juridique de ces dossiers sur la typologie des dysfonctionnements considérés comme fautifs retient trois critères :

- le manque d'aide adaptée sur le plan humain apportée aux patients,
- le manque d'aide aux patients sur le plan matériel ainsi que la défaillance du matériel ou de son entretien,
- l'organisation et le fonctionnement du service clinique incluant parfois le défaut de surveillance.

L'ensemble de ces éléments met en lumière la nécessité que tout professionnel, participant à la prise en charge du patient sur l'ensemble de son parcours de soins, soit informé du risque de chute d'un patient. L'analyse de la littérature n'a pas pu identifier de bonnes pratiques en matière de transmission de l'information. Toutefois le groupe de travail préconise que le risque de chute du patient soit :

- tracé dans le dossier du patient et identifié au niveau de la rubrique des risques,
- tracé sur le bon de transport et accompagné d'une information orale,
- tracé sur le bon d'examen.

Le port d'un bracelet « patient à risque de chute » n'a pas été retenu pour l'instant par le groupe de travail comme une proposition pertinente au regard de l'état de la réflexion sur le port de bracelet signalant des risques en plus du bracelet d'identitovigilance.

Préconisation 1 : Partage de l'information sur le risque de chute du patient, entre tous les professionnels intervenant tout au long de son parcours de soins

- Le risque de chute d'un patient doit être connu par l'ensemble des professionnels (médico-soignant, brancardier, etc) et des services cliniques (unité de soins, radiologie, bloc opératoire) participant au parcours de soins du patient
- Le service clinique en charge du patient communique aux autres services l'information sur le risque de chute du patient

6.1.4 Identification des facteurs de risque des chutes

6.1.4.1 Facteurs de risque environnementaux

Le premier niveau concerne l'identification des facteurs environnementaux de risque de chute du patient [facteur extrinsèque environnemental] à l'hôpital et/ou au domicile en préparation de sa sortie.

Le second niveau porte sur la classification de ces facteurs permettant de distinguer ceux pour lesquels une action immédiate est possible (par exemple suppression d'un matériel ne servant à rien) de ceux pour lesquels une action programmée (par exemple demande d'intervention des services techniques pour des problèmes d'éclairage ou plan de travaux) est nécessaire.

En l'absence de grille d'audit validée pour réaliser ce diagnostic environnemental, le groupe de travail propose : un « Questionnaire d'Evaluation des Risques Environnementaux des Chutes QEREC » avec son guide méthodologique à destination des professionnels des secteurs de soins : consultations, hospitalisations, plateaux médico-techniques et de rééducation, urgences [Annexe 2].

Ces grilles ont été réalisées à partir d'un document élaboré par les professionnels du Pôle des Maladies du Système Nerveux de la Pitié Salpêtrière puis testées et modifiées par le groupe de travail.

Le groupe de travail préconise l'utilisation de cette grille tous les ans, et systématiquement dans certaines circonstances : pendant et après des travaux, réouverture de service, en cas de chutes répétées.

Cet outil permet d'auditer les circulations générales d'un secteur et les chambres d'hospitalisation. Il permet également d'identifier et de tracer le plan d'actions à mettre en œuvre.

L'audit a été réalisée dans quatre établissements de l'AP-HP et la grille a été testée dans quatre types de prises en charge : SSR, SLD, MCO (unité de soins et radiothérapie) et psychiatrie, soit 145 chambres et 7 services. La durée moyenne de passation de la grille d'audit a été estimée à 30 minutes pour dix chambres et 15 minutes pour les circulations générales. Cette étude a permis aux professionnels d'enrichir la grille d'évaluation par l'adjonction de deux colonnes permettant de noter les actions correctives à apporter et leurs exécutions ou suivis.

Cette grille devient donc un outil complet permettant l'audit, l'élaboration du plan d'action et son suivi.

Préconisation 2 : Tous les services cliniques autoévaluent le risque de chute lié à l'environnement leurs unités en utilisant l'outil QEREC

- Cette évaluation est réalisée au moins une fois par an et plus dans certains cas
- Les résultats de cette évaluation doivent permettre de définir un plan d'actions à court, moyen et long terme
- Le plan d'actions est à mettre en lien avec le plan de maîtrise des risques du service/pôle/GH
- La mise en œuvre du plan d'actions est suivie

6.1.4.2 Facteurs de risques liés au patient

Les facteurs de risques liés au patient (intrinsèques et extrinsèques comportementaux) majorent le risque de chute et/ou des complications post chute.

Ils doivent être repérés lors de la consultation initiale et/ou lors du recueil de données établi par les professionnels (médecins, IDE, AS) au cours des premières 24 heures suivant l'admission.

La consultation est un moment privilégié pour recueillir ces informations auprès du patient et/ou de l'entourage.

L'analyse de ces données détermine le niveau de risque de chute du patient et permet de définir les stratégies thérapeutiques, éducatives et/ou préventives, à mettre en œuvre.

Un outil élaboré par un GH a été proposé au groupe de travail qui l'a testé et l'a enrichi [Annexe 3]. Le groupe de travail a finalement décidé de ne pas le retenir comme outil d'évaluation du risque de chute en raison :

- de l'absence de score permettant de classer de façon reproductible le risque de chute ;
- de sa non validation sur un plan scientifique.

Ce document pourra être utilisé comme support au recueil de données initial pratiqué par les paramédicaux.

Le groupe propose d'utiliser des outils validés au niveau national et international.

Deux types d'outils ont été identifiés dans la littérature pour analyser le risque de chute :

- outils évaluant le risque de chute ;
- outils évaluant l'équilibre du patient à utiliser dans un second temps.

Ces deux types d'outils sont parfois utilisés conjointement.

L'analyse de la littérature insiste également sur le fait que l'utilisation des échelles ne peut se substituer au jugement clinique des infirmiers [54, 55], des rééducateurs et des médecins.

6.1.4.2.1 Les domaines à investiguer lors du recueil de données

A l'accueil du patient, les professionnels de santé repèrent la présence de facteurs prédisposants aux chutes : âge/sexe, état fonctionnel, condition médicale, chutes antérieures, mobilité, médicaments, troubles sensoriels, perception du patient sur ses capacités.

Liste des facteurs prédisposant :

<p><u>Age/sexe :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age supérieur ou égal à 80 ans (femme et homme) • Sexe : Femme si < à 80 ans. <p><u>Etat fonctionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités de la vie quotidienne et mobilités réduites. <p><u>Chute au cours de l'année.</u></p> <p><u>Etat médical :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer ; • Parkinson, Démence, syndrome neurologique ; • Dépression, Mini-Mental State Examination (MMS) ou Test de Folstein diminué ; • Diabète ; • AVC ; • Arthrite ; • Ostéoporose ; • Hypotension ortho-statique ; • Incontinence, notamment urinaire ; • Dénutrition ; • Antécédent de fracture traumatique ; • Anomalie des pieds (déformation des orteils, durillons) ; • Trouble du sommeil. 	<p><u>Mobilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles de la marche ou de l'équilibre (besoin d'aide technique pour marcher : canne, déambulateur) ; • Troubles de la kinesthésie ; • Difficulté à se lever d'une chaise due aux problèmes de tonus musculaire. <p><u>Troubles sensoriels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles visuels : cataracte, DMLA, glaucome, rétinopathie diabétique, etc ; • Troubles auditifs. <p><u>Médication :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Polymédication > 3 • Psychotropes ; • Hypotenseurs ; • Médicaments cardiovasculaires ; • Antalgiques opiacés ; • Anticoagulants ; • Insuline ou antidiabétiques oraux. <p><u>Perception du patient sur ses capacités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peur de chuter ; • Surestimation des capacités physiques et de l'équilibre ; • Sous-estimation de la perte d'acuité visuelle.
---	--

Dans le cas d'identification d'un patient à risque de chute ou ayant déjà chuté, des actions seront mises en œuvre, d'une part lors de l'hospitalisation pour éviter une chute, et d'autre part à son domicile pour préparer son retour.

Selon les travaux de l'ARS⁴ dans le cadre de la campagne « Pare à chute », il est défini :

- **Le patient à risque de chute** : si 1 des facteurs suivants :
 - chute dans l'année
 - et/ou pathologie à risque de chute
 - et/ou TUG > 20 secondes
- **le patient à risque de chute grave** :
 - si 3 facteurs de risques individuels (facteurs prédisposant)
 - et /ou 1 facteur de risque de blessure (augmentation de la fréquence des chutes, ostéoporose et fragilité osseuse, prise d'anticoagulant, incapacité à se lever seul, isolement social et familial, antécédents de fractures)

6.1.4.2.2 Outils évaluant le risque de chute

« Une méta-analyse réalisée par Haines et al.(2007) portant sur 35 études scientifiques, montre que seules deux échelles de mesure sont valides scientifiquement dans la prédiction du risque de chute : l'échelle de STRATIFY et l'échelle de Morse ». [Annexe 4]

- **L'échelle de STRATIFY [56]** : (St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients) est utilisée pour identifier les facteurs de risque de chute.

Le score « STRATIFY » permet de repérer les sujets à fort risque de chute dans les établissements hospitaliers. Cet outil étudie cinq critères :

- antécédents de chute
- degré d'agitation
- acuité visuelle
- besoins urinaires
- mobilité.

L'évaluation est faite par le personnel soignant. La capacité du test à prédire une chute dans la semaine suivante est forte si la valeur du score est supérieure ou égale à 2 (sur 5).

Sensibilité : 92-93 %, spécificité 68-88 %.

Temps de passation : 4 mn.

- **L'échelle de MORSE [57]**

Cette échelle est fiable pour évaluer les facteurs de risque de chute d'un individu lors de son admission, après antécédent d'une chute et/ou suite à un changement de son état de santé, et/ou suite à son transfert dans un nouvel environnement.

⁴ <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Pare-a-Chute-maitriser-le-ris.187666.0.html>

Cet outil étudie six critères :

- antécédents de chute
- diagnostic secondaire
- aide à la marche
- équipement
- démarche/transfert du patient
- état mental.

Sensibilité : 72-83 %, spécificité : 29-83 %.

Temps de passation : 2-3 mn.

6.1.4.2.3 Outils d'évaluation de l'équilibre [58]

Ces outils sont essentiellement utilisés par les rééducateurs pour préciser les objectifs et/ou évaluer les résultats des programmes mis en œuvre. Ils permettent d'évaluer la marche, l'équilibre, la force musculaire. [Annexe 5]

- **Test "TIMED UP AND GO" ou TUG**
 - Particulièrement utilisé chez les sujets âgés fragiles pour le suivi de la rééducation
 - Test simple, qui évalue l'équilibre et la marche du patient
 - Il consiste à mesurer le temps dont un patient a besoin pour se lever d'une chaise, parcourir 3 mètres et revenir s'asseoir
 - Résultat anormal si la personne réussit le test en plus de 12 à 14 secondes
 - Sensibilité : 87%, spécificité : 87%.
- **Test de TINETTI,**
 - De nombreuses versions différentes du test sont utilisées. La version sur 28 points est recommandée par le Corpus de gériatrie
 - Temps de passation : 5 minutes
 - Outil pédagogique de grande qualité permettant d'évaluer avec une précision sémiologique les anomalies de l'équilibre et de la marche
- **Test d'équilibre en APPUI UNIPODAL,**
 - Test évaluant la capacité de la personne à rester en appui sur un seul pied en position debout, le membre d'appui en extension, l'autre jambe en légère flexion du genou, les muscles relâchés pendant 5 secondes
 - Résultat anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes
 - Sensibilité : 37 %, spécificité : 76 %.

- **Echelle d'équilibre de BERG**
 - Comporte 14 items qui explorent l'équilibre au cours de plusieurs tâches fonctionnelles
 - Cotation à 5 niveaux (0 à 4) déterminés selon la qualité du mouvement et de la posture et, le temps pris pour la réalisation de la tâche
 - Concernant le risque de chute, la valeur seuil a été définie à 45 pour une cotation maximale du score de 56
 - Si la spécificité de cette valeur pour prédire le risque de chute est excellente, sa sensibilité reste médiocre, ce qui limite l'intérêt du test dans le dépistage des patients à risque de chute.

- **Test DOUBLE TÂCHE ou WALKING AND TALKING [59]**
 - Test reposant sur le principe que, des sujets présentant un risque de chute, ont des difficultés lors de la marche à instaurer une conversation. L'attention qui leur est nécessaire pour poursuivre la conversation leur impose l'arrêt de la marche.

Il convient de choisir l'outil le plus adapté à la situation clinique du patient ou du service de soins en fonction de l'objectif thérapeutique recherché. En effet, certains auteurs hésitent à recommander l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation des risques de chute, puisqu'il a été démontré que leur capacité à discriminer les chuteurs avérés des non chuteurs avérés pouvait être limitée. Pour être utile l'American Directors Associations (AMDA 2011) préconise que l'évaluation des risques devrait être considérée comme cycle perpétuel d'évaluation, d'intervention et d'ajustement.

Au regard de cela, le groupe de travail ne préconise pas d'échelle spécifique mais insiste sur la nécessité d'évaluer, lors du recueil initial, les domaines étant identifiés comme éléments à l'origine de la chute ou favorisant le risque de chute.

Préconisation 3 : Evaluation du risque de chute pour tout patient hospitalisé de 75 ans et plus, et, tout patient hospitalisé à risque de chute du fait des pathologies traitées. Cette évaluation est tracée dans le dossier patient.

- L'évaluation du risque de chute s'appuie sur le recueil infirmier initial réalisé au cours des 48 premières heures, sur le jugement clinique des professionnels et est complété, si besoin, par l'utilisation d'outils validés.
- Les outils retenus par l'équipe médico-soignante sont adaptés à la population prise en charge dans le service et sont connus de l'ensemble des professionnels participant à cette prise en charge.
- Le résultat de cette évaluation est tracé dans le dossier patient.
- Le risque de chute sera réévalué au cours de la PEC en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

6.2 Actions à mettre en œuvre pour le patient à risque de chute ou de récurrence de chute

6.2.1 Actions à mettre en œuvre dès l'hospitalisation ou l'hébergement

Les actions s'intéressent simultanément au patient et à son environnement immédiat

L'analyse de la littérature n'a pas permis d'identifier des actions spécifiques selon que le patient ait déjà chuté ou non, hormis l'incidence du port de protecteur de hanche sur la diminution du nombre de fractures chez les « chuteurs » [60, 61]. Les actions à mettre en œuvre s'appuieront sur les facteurs de risques spécifiques identifiés lors du recueil de données.

Actions préventives et /ou curatives à mener vis-à-vis des patients

Facteurs de risques identifiés	Exemples d'actions médico soignantes à mettre en œuvre [62]
Antécédent de chute	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître la fréquence et les circonstances des chutes antérieures - Adapter les interventions en conséquence (environnement, traitement) - Rechercher des causes potentielles : cardiaque et/ou neurologique
Utilisation des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Connaître les médicaments prescrits et/ou les traitements complémentaires non prescrits - Réviser, si nécessaire, la prescription médicamenteuse - Contrôler la bonne prise des médicaments par le patient (dosage, horaire, posologie) - Eduquer le patient à sa prise de médicaments
Dénutrition / déshydratation	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer le risque de dénutrition - Identifier ses causes - Améliorer et maintenir un état nutritionnel et une hydratation optimaux - Prescrire et programmer une consultation nutrition/diététique
Ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer la consommation de calcium en lien avec les besoins, doser la vitamine D, et si nécessaire proposer des mesures compensatoires. - Signaler les personnes à risque d'ostéoporose pour qu'elles soient diagnostiquées et traitées
Hypotension orthostatique	<ul style="list-style-type: none"> - Référer au médecin pour ajustement du traitement - Proposer des alternatives non pharmacologiques (bas de compression veineuse, technique du lever, etc) - Respecter la prescription obligatoire du premier lever de l'opéré - Réduire le temps d'alitement au profit de la station assise et/ou debout
Troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> - Référer au médecin pour évaluation - Adapter en conséquence les interventions sur les autres facteurs de risque de chute. - Porter une attention particulière à l'observance médicamenteuse - Limiter la prescription de psychotropes
Troubles de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les causes (y compris les déficits sensoriels multiples) - Proposer au patient des moyens susceptibles d'améliorer l'équilibre ou de compenser ses déficits - Définir et mettre en place un programme d'exercice adapté (marche et équilibre) - Entretenir les prothèses (lunettes, lentilles, appareil auditif) et contrôler le bon fonctionnement et leur efficacité - Prescrire et programmer une consultation ORL
Troubles de la marche	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les causes probables, modifiables ou non en évaluant la force musculaire, l'amplitude articulaire et la marche - Proposer à la personne des aides techniques ou mécaniques adaptées - Programmer des séances de rééducation pour le patient - Prescrire et programmer une consultation pédicure-podologie

Facteurs de risques identifiés	Exemples d'actions médico soignantes à mettre en œuvre [62]
Troubles visuels	<ul style="list-style-type: none"> - Informer le patient/entourage de la détection de troubles visuels et du risque de chute associé - Adapter les environnements du patient en fonction du déficit constaté - Entretien des prothèses (lunettes, lentilles) et contrôler le bon fonctionnement et leur efficacité - Prescrire et programmer une consultation OPH
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Sécuriser l'environnement du patient <ul style="list-style-type: none"> o Baisser le lit au plus bas (afin de faciliter les transferts et permettre au patient de se reposer lorsqu'il en éprouve le besoin) o Positionner le fauteuil et les cale-pieds de façon adaptée (à l'arrêt proposer au patient l'appui des pieds correctement posés au sol et mettre le fauteuil en position suffisamment basse. Mettre les cale-pieds uniquement pour les déplacements) o Mettre à disposition un système d'appel o Dégager les circulations dans la chambre et la salle de bain o Regrouper les fils/câbles et les positionner hors du passage o Repérer les sols mouillés et informer le patient o Retirer tous tapis de sols o Bloquer les roues des mobiliers mobiles o Vérifier que l'éclairage est suffisant dans la chambre ainsi que dans la salle de bain o Installer si nécessaire un accessoire d'aide au lever - Eduquer le patient afin qu'il soit capable d'adapter son environnement pour qu'il soit sécuritaire
Tenue	<ul style="list-style-type: none"> - Informer et former le patient aux comportements à adopter : <ul style="list-style-type: none"> o Chaussures bien ajustées et bien attachées et dont la semelle est antidérapante o Chaussettes à picots o Habillement : vêtements adaptés à sa taille (ni trop longs, ni trop étroits)

6.2.2 Formation, éducation et information des usagers et aidants

6.2.2.1 Education du patient

Une étude Australienne [64] randomisée contrôlée, a évalué l'effet préventif sur les chutes d'un programme d'éducation des patients associé à une formation des équipes directement concernées auprès de 3.606 patients âgés (81 ans en moyenne), non déments, inclus dans huit services de rééducation.

Ce programme consistait en des séances individualisées d'éducation thérapeutique, conduites par un kinésithérapeute, avec des informations sur l'importance de prévenir les chutes, l'établissement d'un plan d'action personnalisé pour éviter certains facteurs de risque de chute et stimuler la mobilité. En parallèle, le personnel hospitalier était informé de ce plan, avec un point régulier sur les objectifs atteints et les difficultés rencontrées, les obstacles présents dans le service.

Après un an de suivi, le taux des chutes dans les huit services était de 7,8 pour 1.000 patients-journées avec le programme d'éducation, contre 13,8 pour 1.000 dans le groupe contrôle, soit une réduction ajustée du risque de 40%. Le taux des chutes avec blessures associées était respectivement de 2,6 et 4,75 pour 1.000, soit une réduction du risque de 35%.

Le bénéfice du programme sur la fréquence des chutes ne s'est pas traduit par une réduction de la durée du séjour, qui était de 11 jours contre 10 jours dans le groupe contrôle.

Dans le cadre de l'analyse de la littérature, le groupe de travail a identifié les travaux de la SOFMER et SFNV Australienne publiés en mars 2011 sur « *Prévention des chutes : éléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC* ».

Les programmes ou séances d'éducation associent également les aidants naturels, et si cela est nécessaire ils associent les aidants professionnels.

De nouvelles études viennent de montrer l'intérêt de l'activité physique chez les personnes âgées pour la santé en général et en particulier pour lutter contre les chutes et leurs conséquences délétères.

L'étude Ossebo⁵ (2015) a montré qu'un programme d'exercices physiques travaillant sur l'équilibre et le renforcement musculaire permettait de diminuer d'un cinquième le risque de blessure suite à une chute, chez les femmes de plus de 75 ans.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) d'octobre 2015 ⁶ portant sur l'activité physique ou sportive évoque l'intérêt, à tous les âges et en particulier après 50 ans, d'une activité physique. « Les bénéfices de l'activité physique ou sportive » qui concernent tous les appareils et systèmes du corps humain, permettent un 'vieillesse réussi' mais surtout, et c'est tout l'enjeu des politiques actuelles de santé publique, permettraient de lutter contre la « fragilité », de maintenir l'autonomie et de prévenir la dépendance » indiquent les auteurs, qui énumèrent les bénéfices cardiovasculaires, neurocognitifs, mais aussi ostéo-articulaires, l'immunité et même l'espérance de vie. Ils présentent aussi les risques existant à redémarrer une activité physique trop intense après avoir longtemps arrêté.

Les recommandations du BEH pour l'adulte de plus de 50 ans sont : « une activité physique de type aérobie (endurance) d'intensité modérée pendant une durée minimale de 30 minutes au moins 5 fois par semaine, avec possible fractionnement ; les activités de la vie quotidienne de moins de 10 minutes ne sont pas comptabilisées ; ou une activité physique de type aérobie d'intensité élevée pendant une durée minimale de 20 minutes au moins 3 fois par semaine.

Il est par ailleurs recommandé de diversifier les activités physiques. Des combinaisons de ces deux types d'activité sont possibles.

On doit y associer des exercices de renforcement musculaire (contre résistance), au minimum 2 jours non consécutifs par semaine, des exercices d'assouplissement et des exercices d'équilibre. »

L'OMS, en 2010, a également mis en avant le bénéfice sur le plan de la santé, de tout programme qui permet d'augmenter, pour la personne âgée, la durée de l'activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois fois par semaine.

⁵ El-Khoury F et coll. : Effectiveness of two year balance training program on prevention of fall induced injuries in at risk women aged 75-85 living in community: Ossébo randomized controlled trial. BMJ 2015; 351: h3830

⁶ www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/pdf/2015_30-31.pdf

Lorsque des personnes âgées ou non, ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient toutefois être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

6.2.2.2 Contenu pédagogique attendu

Celui-ci portera à la fois sur les éléments de prévention de récurrences de chute ainsi que la réduction des impacts liés aux chutes.

Les programmes ou séances d'éducation devront permettre au patient de développer les compétences suivantes :

- connaître les activités à risque à l'hôpital comme chez soi ou dans la vie quotidienne
- acquérir les connaissances sur les mécanismes à l'origine de sa chute
- savoir se relever seul en cas de chute (associé à des exercices physiques)
- savoir utiliser les aides techniques proposées dans le cadre de son handicap ou la réduction de sa mobilité
- savoir adapter son domicile pour le rendre plus sécuritaire (retrait des tapis, barre d'appui, tapis antidérapant douche ...)
- savoir se chausser et s'habiller de façon adaptée en fonction des situations (pantoufles adaptées ; chaussures de ville adaptées, vêtements ni trop longs ni trop larges)
- connaître ses capacités physiques pour réaliser des activités de la vie quotidienne et/ou physiques sécuritaires
- savoir adapter son alimentation en cas de perte d'appétit pour maintenir un bon état nutritionnel (lutte contre la dénutrition, la sarcopénie et l'ostéoporose).

6.2.2.3 Information

En dehors d'actions d'éducation incluses ou non dans un programme d'éducation thérapeutique, le patient et/ou son entourage doivent bénéficier au moins d'actions d'information portant sur le risque de chute, sur les attitudes à risques, sur les moyens à mettre en œuvre pour prévenir la chute.

Pour rappel, la jurisprudence accorde beaucoup d'importance à l'âge, la santé générale du patient et sa vulnérabilité. Les juges sont de plus en plus attentifs à ce qu'une information claire et appropriée soit délivrée au patient en lien avec son autonomie « ce que je peux et ce que je ne peux pas faire » et notamment sur les gestes qu'il peut faire ou non (avec prise de risque).

L'information à délivrer au cours de l'hospitalisation à la famille, à la personne de confiance et aux aidants pour prévenir des chutes devra porter sur les points suivants :

- **Nécessité de faire appel à un soignant pour :**
 - Enlever ou remettre les moyens de contention du patient
 - Enlever ou remettre les moyens de protection
 - Lever et/ou recoucher le patient
 - Accompagner le patient aux toilettes
- **Nécessité d'apporter des tenues adaptées :**
 - Chaussures fermées sans talon, type basket avec velcro
 - Vêtements pratiques, non serrés, avec fermetures et ouvertures faciles

6.2.3 Le rôle de chaque professionnel paramédical, du psychologue et de l'assistante sociale dans les prises en charge spécifiques

Les chutes nécessitent la prise en charge du patient en amont et/ou a posteriori par une équipe pluri professionnelle qui pourra mener des actions au regard des besoins identifiés et de l'expertise spécifique à chaque professionnel. Ce chapitre ne présente que les actions ou les activités réalisées par les paramédicaux, les psychologues et les assistantes sociales.

6.2.3.1 Le pédicure-podologue

- Examen podologique avec recherche de troubles morphostatiques du pied,
- Soins de pédicurie,
- Adaptation du chaussage,
- Réalisation de semelles,
- Conseils pour le chaussage,

6.2.3.2 L'ergothérapeute

- Adaptation de l'environnement,
- Travail des transferts en situation écologique,
- Bilan des aides techniques,
- Adaptation éventuelle et apprentissage au maniement du fauteuil roulant,
- Formation, information des patients/aidants.

6.2.3.3 Le masseur-kinésithérapeute

- Entretien de la mobilité articulaire par mobilisation active et/ou passive de tous les membres,
- Travail musculaire des membres inférieurs et supérieurs (préhension de la main), et de l'équilibre du tronc pour réaliser un transfert en toute sécurité,
- Bilan des aides techniques,
- Apprentissage du relevé du sol,
- Apprentissage des réactions de protection,
- Travail sur la coordination posture-mouvement, les réactions d'équilibration et les transferts,
- Développement de l'endurance, de la force musculaire,
- Travail de la marche en double tâche et en situation écologique.

6.2.3.4 Le psychomotricien

- Traitement des troubles psychomoteurs dont l'origine peut être physique ou psychique,
- Travail sur la peur de la chute et sur la perte d'autonomie,
- Travail sur le schéma corporel, le tonus musculaire, la perception du corps dans le temps et dans l'espace,
- Apprentissage relevé du sol.

6.2.3.5 Le psychologue

- Travail sur l'angoisse de la chute et sur la perte d'autonomie,
- Travail sur l'inactivité ou l'hyperactivité,
- Accompagnement des affects dépressifs.

6.2.3.6 Le diététicien

- Amélioration du statut nutritionnel et de l'hydratation par adaptation de l'alimentation au regard des problèmes nutritionnels identifiés,
- Transmission des informations nécessaires au binôme IDE/AS pour mise en œuvre.

6.2.3.7 L'infirmier (IDE)

- Evaluation du risque de chute et de récurrence,
- Coordination de la mise en place des actions de prévention et/ou de prise en charge des complications liées à la chute,
- Communication des éléments nécessaires à l'équipe médicale permettant la prescription de l'intervention des professionnels de la rééducation et/ou du psychologue ou de consultations spécialisées ORL , OPH,
- Aide à la mobilité,
- Information et formation du patient/entourage.

6.2.3.8 L'aide-soignant

Les activités de l'aide-soignant déclinées ci-dessous sont réalisées par délégation et sous le contrôle de l'IDE :

- aide à la marche et aux activités de soins de base,
- actions d'adaptation de l'environnement (hauteur de lit, encombrement de la chambre, etc),
- mobilisation spécifique du patient (lève malade, transfert, installation au fauteuil, etc),
- aide au repas et surveillance de la consommation alimentaire et hydrique,
- traçabilité des ingestas si prescrit,
- stimulation de la mobilité dans les actes de la vie quotidienne (exemple : favoriser la toilette debout dans la salle de bain etc...) Il est possible de demander la coopération de l'ergothérapeute lors de la première toilette afin d'estimer les capacités de la personne à l'effectuer.

6.2.3.9 L'assistante sociale

Dans les services de soins où il n'y a pas d'ergothérapeute, elle s'occupera du :

- retour à domicile,
- mise en place d'une téléalarme.

Préconisation 4 : Tout patient identifié à risque de chute ou ayant « chuté » bénéficie d'une prise en charge adaptée en fonction du niveau de gravité.

4.1 Un patient à risque de chute ou dont la chute est qualifiée de « gravité sans conséquence apparente », niveau de gravité de 1 à 2 (OSIRIS), bénéficie au moins d'actions d'information

Ces actions négociées avec le patient et l'entourage sont tracées dans le dossier patient et portent sur :

- les risques liés à son environnement
- les risques liés à sa vue, sa tenue, son chaussage, l'utilisation d'aide à la marche
- la nécessité d'avoir une activité physique adaptée
- la nécessité d'avoir un bon état nutritionnel

4.2 Un patient ayant fait une chute qualifiée de « grave », niveau de gravité de 3 à 5 (OSIRIS), bénéficie d'un plan d'actions personnalisé

- Les actions mises en œuvre sont négociées avec le patient et l'entourage et sont en lien avec l'évaluation des causes et des conséquences de la chute
- Les actions souvent multi professionnelles, doivent être coordonnées et impliquent fortement les métiers de la rééducation dont notamment les ergothérapeutes et les psychomotriciens
- Les actions paramédicales à mettre en œuvre sont planifiées dans le plan de soins personnalisé du patient (notamment dans les domaines suivants : surveillance, enseignement, communication, mobilisation et prévention)
- Des actions d'éducation sont mises en œuvre dès que les capacités cognitives et physiques du patient le permettent
- Les actions mises en œuvre sont évaluées et réévaluées à des fins de réajustement éventuel
- Les actions mises en œuvre ainsi que l'évaluation de leur efficacité sont tracées dans le dossier patient

6.3 Actions à mettre en œuvre lors de la chute

Ces actions porteront d'une part sur la prise en charge du patient et d'autre part sur la déclaration de la chute. (figure 1)

6.3.1 Prise en charge immédiate du patient chuteur

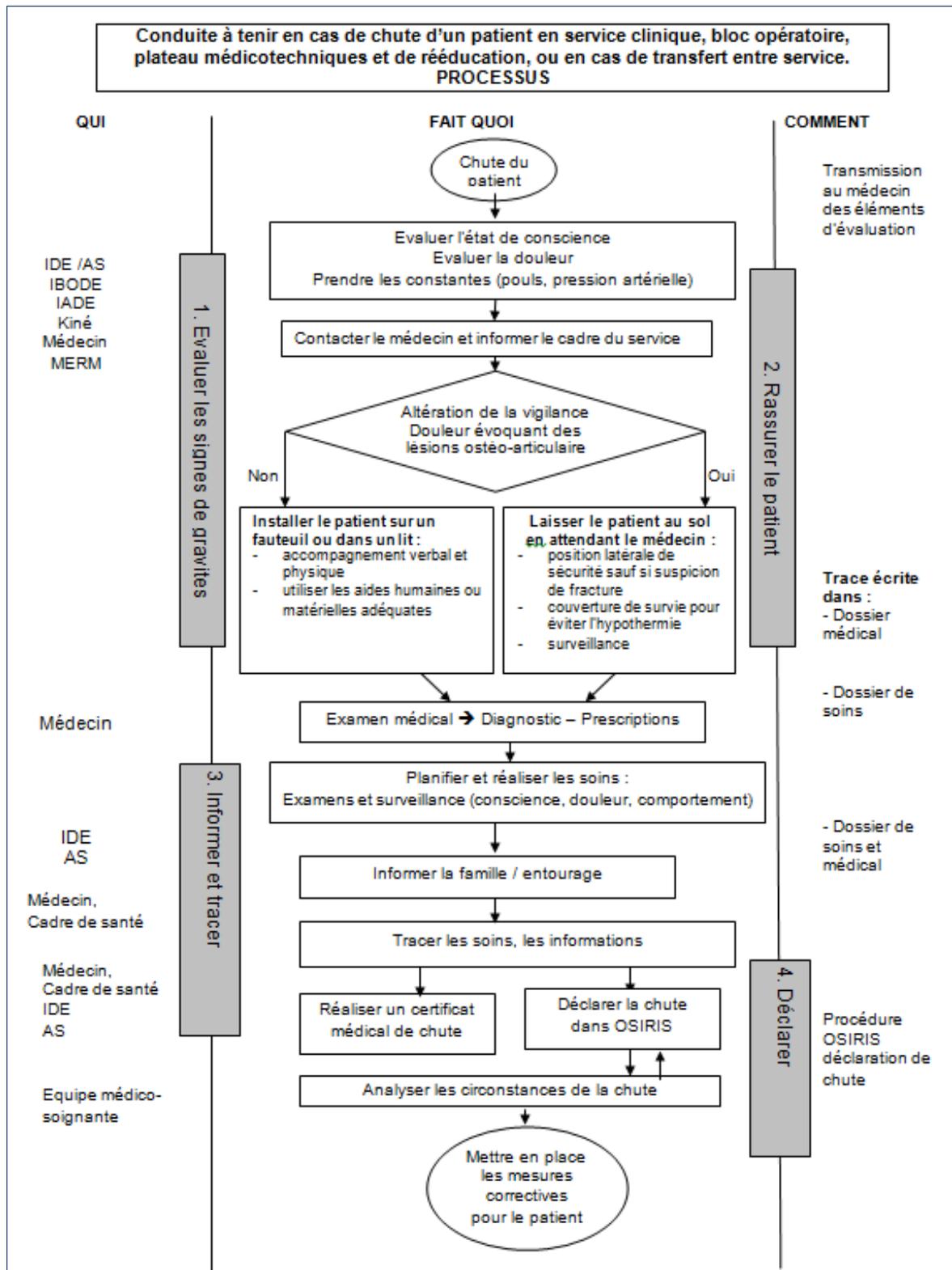
La première phase d'intervention consiste à rassurer, reconforter le patient et à évaluer sa réactivité verbale et physique ainsi que le contrôle des différentes constantes. Le médecin **est prévenu** de la chute et si nécessaire des examens complémentaires et des soins seront réalisés suite à leur prescription.

Dans un second temps la recherche de la présence ou non de témoin est un élément important pour déterminer avec celui-ci et/ou avec le patient les circonstances réelles de la chute.

6.3.2 Le constat de chute : la déclaration

La chute du patient s'accompagne d'une part d'un constat médical et d'autre part d'une déclaration dans OSIRIS car la chute est considérée comme un événement indésirable associé aux soins.

Figure 1 : Ce document a été réalisé à partir de travaux initiés par les professionnels des hôpitaux universitaires de l'Est Parisien



Légende :

IDE : Infirmier(e)

AS : Aide-soignant(e)

MERM : Manipulateur en électroradiologie médicale

6.3.2.1 Constat médical de chute

Une chute, dans la mesure où elle implique la prise en charge par l'établissement et qu'elle peut avoir un effet sur les soins à suivre, doit être précisément décrite, dans ses circonstances et ses conséquences, dans le dossier du patient.

Pour rappel :

Le **certificat médical** est un document strictement médical qui consigne et certifie, en termes techniques, les constatations médicales du médecin après examen du patient. Il sera remis au patient ou à un tiers pour en attester.

Le **constat médical** est la transcription par le médecin, dans le dossier patient, de ce qu'il constate à l'examen du patient et des circonstances de l'évènement.

Préconisation 5 : Toute chute fait l'objet d'un constat médical réalisé par le médecin de l'unité ou le médecin de garde tracé dans le dossier patient.

- Le constat médical précise : l'heure de la chute ainsi que la durée du temps passé au sol par le patient, les constatations réalisées lors de l'examen clinique du patient après sa chute ainsi que la(les) décision(s) médicale(s) prise(s) : radiographie, scanner, IRM, traitement, transfert ou absence de prescription.
- La déclaration informatique faite dans OSIRIS par le professionnel ayant constaté la chute, peut, après avoir été imprimée, être utilisée par le médecin pour rédiger son constat de chute.
- Le constat est archivé dans le dossier patient.

6.3.2.2 OSIRIS

La version actuelle d'OSIRIS du volet chute est le résultat des réflexions menées par le groupe de travail des présentes préconisations. Celui-ci souhaitait faire évoluer OSIRIS afin qu'il soit plus ergonomique par rapport à la déclaration des chutes et notamment pour la partie qualification du niveau de gravité. Les demandes d'évolution ont été soumises à un groupe restreint de gestionnaires de risques.

Qui déclare ? Tout professionnel peut déclarer un évènement indésirable dont la chute.

Que déclarer ? Après la sélection de l'évènement « Chute de patient »

La déclaration comprend 11 rubriques

1. Information concernant « le signalant »
2. Information relative à « la personne concernée »
3. Données en lien avec l'heure et lieu de la chute : « Où et quand cela est-il arrivé ? »
4. Actions immédiates engagées lors de la chute : « la chute du patient »
5. « Circonstance de la chute »
6. « L'autonomie du patient »
7. « Les facteurs de risques » : ceux-ci comprennent les risques liés au patient et ceux liés à son environnement
8. « Description des faits »
9. « Les circonstances immédiates »
10. « L'évaluation de la gravité de la chute »
11. « Les actions correctives engagées par le service »

Quels sont les niveaux de gravité ? Le niveau de gravité (page 19 de ce document) est sélectionné par le déclarant au regard des éléments cliniques constatés et de l'expression ou non du patient. Seuls sont pris en compte les éléments visibles dans l'immédiateté de la chute (hors examen complémentaire) ;

Ce niveau de gravité n'est pas figé, il peut être modifié par le gestionnaire de risques au regard de l'évolution de l'état du patient.

Que devient la déclaration ?

Au niveau du GH : Le gestionnaire d'événement analyse la déclaration. Il rencontre les équipes pour recueillir des informations complémentaires en lien avec la chute. Une qualification du niveau de gravité de l'événement indésirable est ensuite faite, pouvant être revue en fonction d'éléments complémentaires recueillis et de l'évolution de l'état de santé du patient.

Ces déclarations pourront dans certains cas être utilisées par les gestionnaires de risques et/ou les gestionnaires d'événements et/ou les référents qualité de pôles dans le cas des retours d'expériences.

Au niveau de la direction générale : Les chutes classées de niveau de gravité 4 ou 5 par les gestionnaires de risques ou d'événements doivent dans certains cas (cf. Page 6 la définition de l'EIG APHP) donner lieu à déclaration au Siège de l'APHP et à l'ARS.

Le signalement de ces événements suit les préconisations du groupe EIG-CME (cf. Lien avec le document intranet : http://cme;aphp.fr/qss_usagers/preco_gt_eig_012914). Le cadre de santé et le chef de service sont les relais pour la déclaration de ces EIG vers la direction du Groupe Hospitalier et le Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS) pour la déclaration.

Préconisation 6 : Toutes les chutes sont déclarées obligatoirement dans OSIRIS

- Tout professionnel, témoin d'une chute, ou informé par un tiers témoin de la chute, doit la déclarer dans OSIRIS
- Le déclarant doit renseigner l'ensemble des rubriques de la fiche de la déclaration
- Le déclarant s'appuie sur la grille de gravité d'OSIRIS pour classer la chute dans le niveau de gravité adapté
- Le gestionnaire de risques ou d'événements, s'assure que le niveau de gravité de la chute est renseigné et le requalifie si nécessaire

6.3.2.3 L'information délivrée à la famille et/ou à la personne de confiance

Concernant l'information à communiquer aux familles et/ou à la personne de confiance, la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP précise « le secret médical s'oppose à ce que des informations sur l'état de santé du patient soient délivrées à des tiers (proches, personne de confiance) sans l'accord, au préalable, du patient. Toutefois, au cas par cas et si le patient donne son accord, **il est préférable d'informer la famille et/ou la personne de confiance des circonstances et des raisons de cette chute** ce notamment dans le cadre de l'information due aux familles ».

Le groupe de travail s'est interrogé sur la nécessité ou non de prévenir la famille et/ou la personne de confiance à chaque chute du patient, notamment dans le cas de chutes fréquentes et de niveau de gravité qualifié à 1. Aucun consensus n'a pu être établi. Il ressort que l'attitude à avoir doit être définie au cas par cas après échange avec la famille et/ou la personne de confiance. Cette décision doit être connue de tous et tracée dans le dossier du patient.

Préconisation 7 : La famille et/ou la personne de confiance sont informées des chutes si accord du patient.

- La famille et/ou la personne de confiance sont informées de la chute par l'équipe médico-soignante dès lors que le patient a donné son accord
- Dans le cas de patient « multichuteur », l'équipe médico-soignante définit avec la famille et/ou la personne de confiance le type de chute pour lesquelles elle doit être impérativement informée
- L'information communiquée à la famille et/ou la personne de confiance est tracée dans le dossier patient.

6.4 Conduite à tenir après le constat de chute

Les actions mises en œuvre après une chute sont très proches de celles mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge d'un patient à risque de chute.

La question peut être posée de savoir si les professionnels maîtrisent suffisamment le sujet des chutes.

L'objectif de diminuer le risque de récurrence de chute d'un patient identifié comme chuteur est dépendant d'une part de l'analyse de la cause du premier événement et d'autre part de l'évaluation à posteriori de la chute dans les six domaines suivants :

- histoire de la chute,
- examen physique,
- évaluation des fonctions cognitives,
- contexte environnemental,
- histoire médicale passée et présente,
- état psychologique.

La connaissance de l'état psychologique du patient est importante pour mieux comprendre les mécanismes de la chute et définir les actions adaptées à mettre en œuvre. Il est nécessaire d'avoir, si possible, un entretien avec le patient pour lui permettre de raconter le contexte de survenue de la chute, lui faire exprimer si possible l'état psychologique dans lequel il était avant et après la chute. Pour ce dernier point, il est souvent nécessaire de faire appel à un professionnel spécialisé (psychologue, psychomotricien).

Le recueil de ces informations permet d'identifier s'il existe dans la chute une dimension psychologique [63]. Pour Cerisier (1989) il existe cinq types de chutes ayant une dimension psychologique :

- La « chute suicide » : le patient ne souhaite plus vivre,
- La « chute stress » : provient du sentiment d'angoisse et de la désorganisation spatio-temporelle,
- La « chute appel » : sorte de chantage affectif avec recherche consciente ou inconsciente de bénéfice secondaire. La rupture sociale et/ou affective est souvent présente,
- La « chute refus » : dans un contexte d'inacceptation de la diminution de ses capacités physiques et/ou fonctionnelles et d'un surinvestissement de ses possibilités,
- La « chute symbole ou chute symptôme » : oblitération d'une souffrance morale confuse au profit de la souffrance physique.

La chute est alors l'expression non verbale de certaines situations, de difficultés, de souffrances psychologiques.

Prévention secondaire :

Cette prévention a pour objectif d'éviter que le patient ne rechute à nouveau.

Le bilan des facteurs de risque permet de dépister les patients à haut risque de rechute et d'instaurer un programme de prise en charge multi-professionnelle au bénéfice du patient. Ce programme peut comporter les actions suivantes :

- déterminer un programme d'exercice adapté au patient,
- réévaluer son traitement médicamenteux,
- préconiser l'utilisation d'aide technique à la marche,
- prendre en charge les comorbidités médicales associées aux chutes (trouble du rythme cardiaque par exemple), les troubles psychologiques.

L'utilisation de la contention physique « dite passive » chez les patients à risque de chute n'a pas montré son incidence sur la diminution de leur nombre. Elle semble même parfois augmenter la gravité des blessures consécutives à la chute quand elle survient malgré la contention [65. 66]

Prévention tertiaire :

Elle a pour objectif de réduire les conséquences négatives des rechutes du patient, telles que les fractures, l'immobilisation prolongée au sol. Son objectif principal sera donc d'anticiper et/ou de diminuer les risques liés aux chutes.

Les interventions proposées sont :

- La supplémentation en calcium et/ou en vitamine D chez les personnes âgées,
- Les protecteurs de hanche bien qu'aujourd'hui objet de controverse⁷,
- La vidéo vigilance en unité spécialisée [permet d'analyser à posteriori la cinétique de la chute],
- Les systèmes d'alarmes, notamment dans le cadre du retour à domicile,
- L'identification du risque de chute : logo, bracelet (non retenu par le groupe de travail),
- L'apprentissage de technique permettant au patient de se relever seul du sol.

Préconisation 8 : Chaque chute qualifiée de « grave », niveau de gravité de 3 à 5 (OSIRIS), donne lieu à l'évaluation immédiate des causes et des conséquences

- Cette évaluation, médico-soignante et pluri-professionnelle, doit investiguer l'ensemble des facteurs intrinsèques et extrinsèques potentiellement à l'origine de la chute
- L'évaluation des conséquences portera également sur l'impact psychologique de la chute
- Les résultats de ces évaluations seront tracés dans le dossier patient.

⁷ Selon une revue récente de Cochrane (Santesso, 2014), les protecteurs de hanche diminuent le risque de fractures de la hanche chez les usagers hébergés en soins de longue durée, mais peuvent augmenter le risque de fractures du bassin. Ils ne protégeraient pas les personnes âgées vivant à domicile

7 Retours d'expérience

L'analyse de la littérature a permis d'identifier que l'analyse pluri professionnelle des événements indésirables graves permettait, à posteriori, d'en réduire l'apparition et/ou les conséquences.

7.1 Analyse des événements indésirables

7.1.1 Analyse et CREX/RMM

Les analyses systémiques des chutes sont à privilégier pour les chutes de gravité 4 et 5 (cf. chapitre 5.3.3.2), et les chutes jugées « significatives » par les établissements du fait de leur récurrence ou de leur caractère spécifique au secteur considéré.

Celles-ci peuvent être menées lors d'un Comité de retour d'expérience (CREX) ou d'une Revue de mortalité morbidité (RMM) qui doit être pluridisciplinaire et pluri professionnelle, et le plus transversal possible (pôle, site, voire GH) afin d'assurer la plus grande diffusion des enseignements et des recommandations qui y sont définis.

7.1.2 Le soutien du GDR et du CGRAS

Le Coordonnateur de la gestion des risques (CGRAS) et le(s) Gestionnaire(s) de Risques (GDR) du groupe hospitalier (GH) sont les personnes ressources pour ces démarches. Les professionnels ne doivent pas hésiter à les contacter.

Si le pôle est doté d'un cadre référent qualité et gestion des risques, c'est celui-ci qui coordonnera l'analyse des chutes du pôle et assurera un retour vers le CGRAS, le GDR du GH et la Direction des soins et des activités paramédicales du GH.

7.1.3 Les formations

Sur le site intranet de l'APHP la liste des formations « gestion des risques » est disponible :

- Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM),
- CREX,
- Analyse des accidents médicaux.

Il est primordial de s'assurer de la formation des équipes et de maintenir un rythme régulier du suivi de ces formations par les professionnels. Le site intranet de l'AP-HP, à la rubrique « Risques et sécurités des patients »⁸, sous rubrique « Formation » présente l'ensemble des formations proposées sur ce sujet par le département développement professionnel continu médical.

7.1.4 En cas d'événement indésirable grave

Selon la définition du groupe EIG ⁹ de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de l'APHP, il « s'agit d'un événement inattendu, au regard de la prise en charge et dont les conséquences pour le patient ont un caractère certain de gravité : hospitalisation en réanimation, intervention chirurgicale, risque vital, séquelles graves et à fortiori décès. Cet événement est en lien avec les actes de prévention, de diagnostic ou de traitement ».

Il convient de s'assurer :

- De la prise en charge immédiate du patient (cf. chapitre 3.3.1 Prise en charge du patient chuteur).

⁸ <http://portail-cms.aphp.fr/gestion-risques/?page=public>

⁹ http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/preconisations_gt_cme_sur_les_eig-janv2014.pdf

- De la mise en œuvre des mesures conservatoires éventuelles (Cf. Mémento de l'administrateur de garde ¹⁰ .
- De l'information du (des) patient(s) et/ou de son entourage : 2 guides sont à la disposition des professionnels :
 - Guide AP-HP 2009 : « Évènement indésirable : parlons-en »
 - Guide HAS 2011 : « Annonce d'un dommage associé aux soins » ¹¹
- De la transmission de l'information dans le dossier patient et au Gestionnaire de Risques.

La charte d'engagement de l'AP-HP ¹² (2014) sur la gestion des événements indésirables associés aux soins rappelle et confirme la volonté de l'institution d'apprendre de ses erreurs pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Elle encourage l'ensemble des personnels à les signaler, sans crainte de sanction et garantit, dans ces circonstances, son soutien et son appui aux patients et aux professionnels.

Dans le cas des EIG de niveau 4 ou 5 : une analyse systémique ou une RMM est indispensable. Dans ce cas il est possible de solliciter le soutien du Siège.

7.2 Suivre et diffuser les recommandations

Les recommandations produites par ces groupes de travail seront conservées et seront diffusées via les directions qualité et gestion des risques, et les directions des soins des sites/GH.

Préconisation 9 : Le bilan et l'analyse des chutes déclarées permettent d'ajuster le plan de maîtrise des chutes

- Des CREX transversaux (Pôle/site/GH) multidisciplinaires ou des RMM sont mis en place et font l'objet de comptes rendus.
- Les événements les plus graves et ceux définis comme significatifs par le service/pôle (spécificité, fréquence, contexte, ..) font l'objet d'une analyse approfondie, les autres sont répertoriés dans le bilan statistique.
- Les enseignements et recommandations issus des analyses et bilans sont intégrés dans le plan de maîtrise des chutes du site/GH et diffusés aux services.

8 Formation et communication aux professionnels de santé

Un programme de formation des professionnels permet d'une part de réduire la fréquence des chutes (en particulier celles qui engendrent des blessures) et leurs complications et d'autre part de réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS), les blessures des personnels liées au lever du patient lorsque celui-ci est au sol.

8.1 Bilan des formations APHP

Bilan de la formation continue relative aux chutes, années 2013 et 2014.

¹⁰ http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Memento_de_l_administrateur_de_garde_Septembre_2015_-_Version_Web_-_Fiches_de_situation-2.pdf

¹¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/annonce_dommage_associe_aux_soins_guide.pdf

¹² <http://portail-cms.aphp.fr/gestion-risques/?page=public> – sous rubrique Évènement indésirable, parlons-en/ Déclaration des EIG, l'engagement de l'AP-HP

- Absence de formation organisée au niveau institutionnel
- Existence de formation au niveau de 4 GH et 1 site hors GH :
 - ces formations touchent essentiellement des sites SSR et SLD à l'exception d'une seule formation pour un site MCO
 - nombre de formations : 9
 - Thèmes :
 - prévention des chutes des personnes âgées [3]
 - prévention des chutes [1]
 - chutes et troubles de l'équilibre [1]
 - l'équilibre et la marche [1]
 - chutes [1]
 - chutes et séniors [1]
 - handicap sensoriel, rééducation, troubles de l'équilibre [1]
 - Nombre de professionnels formés : 71
 - Catégorie : Aides-soignants (65%), Infirmiers (28%), Kinésithérapeutes (4%), Aides médico psychologique (1%), Cadres de santé paramédical (1%) et Ergothérapeutes (1%)

Pour 2015, une seule formation au niveau d'un établissement est référencée sur le site intranet « Offre de formation APHP 2015 » et concerne un site MCO. Le thème est « Amélioration de la prise en charge des patients à risque de chute ».

Actuellement des sites proposent des formations en interne dont le recensement ne peut se faire en totalité car ces dernières ne donnent pas lieu à un enregistrement sur HR access.

8.2 Formation des professionnels sur les chutes

L'analyse des contenus de formations proposées à l'AP-HP et l'analyse de la littérature existante sur le sujet ont permis d'identifier les compétences à acquérir par les participants dans le cadre de ces formations :

- comprendre le mécanisme de chute de la personne et ses conséquences,
- connaître les facteurs de risque de chute intrinsèques et extrinsèques,
- évaluer les facteurs de chute et dépister les personnes à risque,
- adopter des mesures préventives et éviter les récives,
- gérer l'après-chute afin d'éviter le traumatisme,
- connaître les interventions préventives : prévention secondaire et tertiaire,
- utiliser les matériels nécessaires dans la prévention des chutes ou de leur récive,
- connaître le rôle de chaque acteur dans la prévention et la prise en charge,
- connaître le vécu de la chute par la personne : conséquences immédiates et syndrome de l'après-chute.

8.3 Formation aux gestes et postures des professionnels

Afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques, il est essentiel que tous les professionnels soient formés et notamment à la bonne utilisation des aides techniques.

L'ARS coordonne depuis 2012 la prévention des troubles musculo-squelettiques des professionnels via le dispositif des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT). Ce projet « Prévenir les troubles musculo squelettiques » est intégré dans la démarche « Ensemble pour la santé » menée conjointement par l'ARS avec des établissements de santé. Les objectifs sont :

- Développer la gestion stratégique des ressources humaines,
- Améliorer la qualité de vie au travail.

Cet engagement se concrétise par l'attribution de subventions aux établissements de santé selon certains critères : sensibilisation du directeur de l'établissement aux TMS, avoir un référent « prévention TMS ». Cette subvention est destinée à l'achat de :

- Tapis de rehaussement,
- Matelas de transfert sur coussin d'air,
- Chariots et Rolls,
- Lève malade avec berceau motorisé,
- Verticalisation et harnais.

Vingt-sept hôpitaux de l'AP-HP ont déjà bénéficié de cette subvention.

Parallèlement à cela, certains établissements de l'AP-HP, ont mis en place des formations ciblées sur le relevé d'un patient au sol dans une approche ergonomique et sécuritaire .

Préconisation 10 : Des actions de formation des professionnels sont mises en œuvre au niveau des service/pôles/site/GH

Elles portent sur :

- La connaissance des chutes et leurs conséquences.
- La connaissance des actions à mettre en œuvre selon les éléments à l'origine des chutes et selon les conséquences.
- La prévention des troubles musculo-squelettiques en cas de relevé du patient, et, la bonne utilisation des aides techniques.

Les formations donneront lieu à un enregistrement sur le logiciel institutionnel HR Access et à une évaluation.

8.4 Affiches

Plusieurs établissements de l'AP-HP ont développé des outils d'information et de communications sur les chutes. Ces outils ont pour objectif de sensibiliser les patients, les proches et les professionnels à la problématique des chutes. [Annexe 6]

Annexes

Annexe 1 : Syndrome post chute

Annexe 2 : Questionnaire d'Evaluation des Risques Environnementaux des Chutes (QEREC)

Annexe 3 : Fiche d'évaluation du patient

Annexe 4 : Echelles validées d'évaluation du risque de chute

Annexe 5 : Outils pour l'évaluation de l'équilibre

Annexe 6 : Exemples d'outils d'information développés par certains établissements de l'APHP

Annexe 1 : Syndrome post chute

Extrait de « La peur de chuter et le " syndrome post-chute " de la personne âgée »

Fear of falling in older people

Y.-P. Nkodo Mekongo^{1, 2}, S. De Breucker², N. Delvaux¹ et T. Pepersack²

(1) Service de Psychologie Clinique, (2) Clinique de Gériatrie, Hôpital Erasme

Revue médicale de Bruxelles 2007 ; 28 : 27-31

Il n'est pas inutile de rappeler qu'il existe d'autres formes de troubles de la marche, notamment d'origine neurologique (déficit moteur central ou périphérique, ataxie sensorielle ou cérébelleuse, syndrome parkinsonien, astasie-abasie) et douloureuse (lombosciatique ou arthrose de hanche ou du genou).

Le fait d'être tombé peut entraîner l'angoisse de la prochaine chute, aggravée par le sentiment de devenir de plus en plus dépendant. Cette crainte peut se compliquer d'un syndrome post-chute caractérisé par une tendance à s'agripper et une crainte de marcher sans aide.

Définition du syndrome post-chute

Apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée, d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et si besoin le bilan radiologique, ne décèlent pas de cause neurologique, mécanique ou de complication traumatique.

Plus généralement, on entend par syndrome post-chute un ensemble de troubles psychologiques, de la marche et de l'équilibre observés après une chute. Tout se passe comme s'il se produisait une sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche. L'appréhension amplifie le risque.

Sémiologie clinique

L'événement traumatique que représente la chute est intervenu dans des conditions d'intensité, de brutalité, et de surprise pour le chuteur, qui sont telles que l'organisme n'a pas été préparé à anticiper l'événement ; d'où la sidération des moyens de défense habituels (anxiété normale), ouvrant la voie au " syndrome post-chute ", associant une phase aiguë et une forme vieillie ou chronique.

Phase aiguë : Se caractérise par l'apparition d'une détresse émotionnelle, et l'installation progressive d'une astasie (incapacité à la station debout), interférant avec toute expérience de renouvellement de la marche.

On y observe la peur, l'anxiété, la perte des initiatives, le refus de mobilisation, et une tendance rétropropulsive avec flexion des genoux lors du lever du fauteuil aidé par l'examineur.

Forme chronique : La détresse émotionnelle observée préalablement évolue en quelque sorte vers un tableau dépressif, avec retrait de la libido, des objets de la réalité, antérieurement investis.

On en arrive ici, au syndrome de régression psychomotrice, qui associe des troubles posturaux statiques et dynamiques à une composante psycho comportementale, réalisant un tableau bien particulier :

- En position assise : le patient a une attitude rigide, buste en arrière, le bassin en antépulsion. Le maintien au fauteuil est difficile, le patient glisse et devra être maintenu.
- La marche : elle est rendue impossible par une forte rétropropulsion et une astasie-abasie (incapacité à réaliser la station debout et la marche). Le patient ne peut se pencher en avant ; il a une phobie du vide et attire le soignant dans sa tendance à la chute (" planche à voile ") ; il tremble de tous ses membres lorsqu'on le lève ; il existe une hypertonie réactionnelle à la mobilisation passive, et une disparition des réactions normales d'équilibration à la poussée. Il s'installe également un ralentissement idéatoire, une diminution de la capacité d'initiative, des troubles de la mémoire, et une recherche de la dépendance (clinophilie, demande de couches, incapacité de manger seul, langage enfantin, etc.).

Pronostic

L'évolution est réversible si le syndrome post chute est pris en charge précocement. En l'absence de prise en charge rapide, spécifique et multidisciplinaire de cette véritable urgence gériatrique, l'évolution se fera inexorablement vers l'état grabataire irréversible. Les facteurs pronostics défavorables sont l'incapacité à se relever du sol, un temps de plus d'une heure à se relever ou des antécédents de chute.

Annexe 2 : Questionnaire d'Évaluation des Risques Environnementaux des Chutes (QEREC)

METHODOLOGIE POUR LA REALISATION DANS LES SERVICES CLINIQUES DE L'ÉVALUATION DU QUESTIONNAIRE QEREC

1. Objectifs

Ce questionnaire d'évaluation de l'environnement permet de réaliser un état des lieux des éléments pouvant favoriser le risque de chute.

2. Les moyens

2.1 Présentation de la grille

Elle se compose de 4 parties

1. L'identification du service et de l'unité, la date de l'observation et l'identification des auditeurs
2. L'évaluation des aires de circulation et locaux communs
3. L'évaluation des chambres
4. Une case commentaires

Cette grille pourra être utilisée pour une évaluation complète ou partielle selon les besoins

2.2. Auditeurs

Un binôme auditeurs est souhaitable pour la réalisation de cette évaluation, en privilégiant la présence des personnels du terrain

- Cadre + aide-soignant et/ou IDE +/- représentant des services techniques
- Responsable logistique + aide-soignant et/ou IDE +/- représentant des services techniques

Selon les possibilités du service un audit croisé pourra être réalisé.

3. Rythme de réalisation du questionnaire

A partir de l'état des lieux initial décidé par le service et selon les actions qui en découlent ce questionnaire pourra être réalisé soit

- Soit annuellement
- Soit après des travaux

En cas de chutes répétées dans le service, il est souhaitable d'utiliser ce questionnaire

4. Les actions

Les actions préconisées lors du remplissage de la grille feront l'objet d'un traitement différent selon leurs types

On note deux types d'actions :

1 /Actions rapides :

- Vigilance quotidienne qui nécessite un rappel de bonne conduite aux équipes
- Action avec un prestataire qui nécessite, la rencontre avec ce dernier ou une action rapide du service des travaux et/ou de l'hygiène

2 / Actions à long terme : plan de travaux du service voire du GH

Dans tous les cas, afin d'avoir un suivi correctement fait, une échéance est souhaitable ainsi que la validation de la réalisation ou de la non réalisation

Le suivi des actions préconisées dans la grille sera réalisé par le cadre de l'unité et/ou le responsable logistique s'il existe.

5. Indicateurs

1. Le taux annuel d'actions prévues
2. Le taux annuel d'actions réalisées
3. L'évolution du nombre de chute

Questionnaire d'Évaluation des Risques Environnementaux de Chutes (QEREC)

Questionnaire d'évaluation du "....."

Service:
Unité:
Date de la visite:
Binôme d'évaluation (Nom,Prénom,Fonction):
Nb de lits visités

Ce questionnaire est refaire après des travaux ou de la maintenance et en cas de chutes répétées dans le service

* Entouré la mention utile

Questions	Réponse oui/non/NA	vigilance quotidienne	action avec un prestataire	plan travaux service ou GH	échéance	Réalisé Oui/Non
AIRES DE CIRCULATION / LOCAUX COMMUNS						
Portes ,escaliers						
Portes trop lourdes ou groom mal réglé (si besoin réglage du ferme porte)						
Escaliers extérieurs (largeur minimale 1,20m, 2 mains courantes à 70cm et 1m)						
Rampe (pente de 4% et 2 mains courantes 50cm et 70cm)						
État des sols :						
Sol glissant/ suite au ménage/cire/revêtement lisse/résidus *						
Sol endommagé						
Escaliers: cirés, marches inégales (hauteur marche 17cm maximum et profondeur 28 cm minimum) *						
Présence de plan incliné (pente de 4% et 2 mains courantes 50cm et 70cm)						
Barre de seuil						
Revêtement freinant la marche						

Questions	Réponse oui/non/NA	vigilance quotidienne	action avec un prestataire	plan travaux service ou GH	échéance	Réalisé Oui/Non
Etat de l'éclairage :						
Interrupteurs inaccessibles (hauteur en 75 et 80 cm)						
Interrupteurs défectueux						
Lampes ou veilleuses défectueuses*						
Eclairage insuffisant ou éblouissant*						
Temporisation de la minuterie						
Encombrement de l'espace par des :						
Fils électriques au sol						
Chariots						
Lève malade						
Lits et/ou brancards						
Pied à perfusion						
Aides à la marche déambulateur, cannes ,...						
Fauteuils électrique ou manuel						
Mobilier						
Objets						
Barres d'appui mural et rampe						
Inexistantes						
Descellées (préciser le lieu)						
Mal positionnées (ex : hauteur trop haute, etc....)						
Brancards / lits défectueux / fauteuils défectueux						
Barrières						
Freins						
Roues						
Tiges dessoudées						
SANITAIRES COMMUNS						
Sol glissant/ suite au ménage/cire/revêtement lisse/résidus *						
Siège WC trop bas (hauteur préconisée 50cm)						
Absence de barre d'appui						
Rehausseur non disponible						
Rehausseur instable ou mal positionné						
Baignoire inadaptée						
Douchette inaccessible						
Dé nivelé/Marche de douche (trop haute)						
Fond de douche glissant						
Pas de barre de maintien ou d'appui dans la douche						
Siège douche inadapté ou mal positionné (pliant ou non à préciser) (hauteur préconisée 50cm)						
Siège douche absent						
Hauteur lavabo inadaptée (hauteur 70 cm bonde/sol)						
Dégagement de l'espace sous le lavabo						

Questions	Réponse oui/non/NA	vigilance quotidienne	action avec un prestataire	plan travaux service ou GH	échéance	Réalisé Oui/Non
CHAMBRES						
SANITAIRES CHAMBRES						
Sol glissant/ suite au ménage/cire/revêtement lisse/résidus *						
Siège WC trop bas (hauteur préconisée 50cm)						
Absence de barre d'appui						
Rehausseur non disponible						
Rehausseur instable ou mal positionné						
Baignoire inadaptée						
Douchette inaccessible						
Dé nivelé/Marche de douche (trop haute)						
Fond de douche glissant						
Pas de barre de maintien ou d'appui dans la douche						
Siège douche inadapté ou mal positionné (pliant ou non à préciser) (hauteur préconisée 50cm)						
Siège douche absent						
Hauteur lavabo inadaptée (hauteur 70cm bonde/sol)						
Dégagement de l'espace sous le lavabo						
Environnement						
Sol glissant/ suite au ménage/cire/revêtement lisse/résidus *						
Télécommandes de lit non fonctionnelle						
Lit accompagnant						
Lit non adapté						
Paravent mobile						
Fauteuil et/ou siège supplémentaire						
Objet divers au sol						
Linge sur le sol						
Mobilier						
Table adaptable						
Appareil de surveillance (tensionnètre, etc.)						
Chariots						
Lève malade						
Etat de l'éclairage :						
Interrupteurs inaccessibles (hauteur en 75 et 80 cm)						
Interrupteurs défectueux						
Lampes ou veilleuses défectueuses*						
Eclairage Insuffisant ou éblouissant						

Vos commentaires:

Annexe 3 : Exemple de fiche d'évaluation du patient

La recherche des facteurs de risque de chutes du patient est une étape essentielle dès son admission au sein du service.

Cette grille a pour objectifs :

- d'évaluer la présence ou non de facteurs prédisposant

- d'identifier les actions pouvant être mise en œuvre et d'adapter la surveillance en conséquence.

Identification du service :

Etiquette Patient :

Date :

N° de l'évaluation :

Evaluateur :

Nom :	Prénom :	Fonction :	Signature :
-------	----------	------------	-------------

Patient communiquant : OUI NON

	Oui	Non	Ne sait pas
Age \geq à 80 ans			
Femme			
Le patient nécessite des aides techniques et /ou mécaniques Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :			
Antécédents de chute			

A / Le patient présente :

	Oui	Non	Ne sait pas	Actions possibles (Oui/non)	Actions mises en œuvre
Une peur de chuter				Oui	
Un diabète				Oui	
Une dénutrition : - IMC < 21 - Perte de poids \geq 5% en 1 mois ou \geq 10% en 6 mois				Oui	
Une hypotension orthostatique				Oui	
Des troubles sensitivomoteur				Oui	
Troubles de la marche et/ou de l'équilibre				Oui	
Anomalie des pieds (déformations des orteils et durillons)				Oui	
Faiblesse musculaire : - Capacité à se lever d'une chaise sans l'aide de ses mains				Oui	
Un antécédent de fractures				Non	
Des troubles sensoriels (vue, audition)				Oui	
Des troubles du sommeil				Oui	
Syndrome dépressif				Oui	
Des troubles cognitifs confusion, désorientation				Oui	
Une démence/parkinson				Oui	
Des séquelles d'accident vasculaire cérébral				Oui	
Un syndrome neurologique				Oui	

B / Médicaments :

	Oui	Non	Ne sait pas	Actions possibles (Oui/non)	Actions mises en œuvre
Poly médication > à 3 médicaments				Oui	
Prise d'antalgiques opiacés				Oui	
Prise de psychotropes				Oui	
Prise de médicaments cardio-vasculaires				Oui	
Anticoagulants				Oui	
Insuline ou Antidiabétique oraux				Oui	

D/ Nombre de chute durant l'hospitalisation* :

Bilan accessibilité du service réalisé : OUI NON

Actions à prévoir : OUI NON

Le patient est connu comme prenant des risques (se déplace sans canne, sans lumière, ...) : OUI NON

Patient informé du risque de chute : OUI NON

Entourage informé du risque de chute : OUI NON

**En cas de chutes répétées inattendues une réévaluation sera nécessaire*

Annexe 4 : Echelles validées d'évaluation du risque de chute

1. Echelle de STRATIFY

Détection du risque de chute (STRATIFY)

St.Thomas's Risk Assessment Tool In Falling elderly Inpatients

	Oui=1 Non=0
Patient est-il admis pour chute ou a t'il chuté depuis l'admission ?	
Le patient est-il agité ?	
Le patient a-t-il des troubles visuels qui affectent des activités de la vie quotidienne ?	
Le patient doit il fréquemment aller aux toilettes ?	
Le patient a-t-il un *score de transfert et de mobilité inférieur de 3 ou 4 ? Score de transfert.... + Score de mobilité....= Score Total..... Si total = 3 ou 4 (réponse Oui) =1 ⇒ Si total = 0,1, 2, 5, 6 (Réponse Non) =0 ⇒	
SCORE STRATIFY TOTAL =	

Si la réponse est oui= 1 point

Si le score est ≥ 2 , il y a risque de chute

*Score de transfert (déplacement)

Impossible	0
Besoin de l'aide de 1 ou 2 personnes	1
Aide verbale ou physique	2
Autonome	3

*Score de mobilité

Incapable de se mobiliser	0
Autonome avec l'aide d'une chaise roulante	1
Marche avec l'aide physique ou verbale de 1 personne	2
Autonome	3

2. Echelle de MORSE

ÉCHELLE DE CHUTES MORSE – FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES

Diagnostic primaire : _____

Diagnostic secondaire : _____

	Catégorie de l'échelle de chutes Morse	Encercler Oui Non	Score	Score du patient /de la patiente
1	Le patient/la patiente a des antécédents de chutes	Non	0	
		Oui	25	
2	Le patient/la patiente a un diagnostic secondaire	Non	0	
		Oui	15	
3	Le patient/la patiente utilise une aide à la marche • aucune/repos au lit/aide infirmière • béquilles/canne/déambulateur • se tient aux meubles	Oui	0	
		Oui	15	
		Oui	30	
4	Le patient/la patiente est branché à un dispositif médical	Non	0	
		Oui	20	
5	Démarche/Transfert du patient/de la patiente • normal /repos au lit/immobile • faible • restreint	Oui	0	
		Oui	10	
		Oui	20	
6	État psychologique du patient/de la patiente • Connaît ses propres capacités • Surestime ses capacités/oublie ses limites	Oui	0	
		Oui	15	
Total Patient Score/du patient/de la patient(e)				

Niveau de risque	Score de l'échelle de chutes Morse	Mesures
Aucun risque	0-24	Interventions universelles de prévention des chutes
Faible risque	25-50	Interventions de prévention des chutes
Risque élevé	≥51	Interventions de prévention des chutes – situations à risque élevé

GUIDE METHODOLOGIQUE

Question 1 : Antécédent de chutes

(Information obtenue lors de la visite du patient ou retrouvée dans le dossier patient)

- Non : Pas antécédent de chute
- Oui : une chute ou plus pendant le séjour à l'hôpital ou dans les derniers 30 jours avant l'évaluation (chute physiologique).

Question 2 : Diagnostic secondaire

(Information obtenue à partir du dossier patient)

- Non : aucun autre diagnostic médical autre que celui défini à l'admission
- Oui : un diagnostic médical, ou plus, que celui défini à l'admission

Question 3 : Aide à la marche

(Information obtenue lors de la visite du patient)

- Oui – score 0 : patient marche sans aide technique (même si assisté d'un/e infirmier/e), ou utilise un fauteuil roulant ou repos au lit.
- Oui – score 15 : patient utilise des béquilles, une canne ou un déambulateur
- Oui – score 30 : patient se tient sur les meubles

Question 4 : Dispositif médical (perfusion périphérique ou central, oxygène)

(Information obtenue lors de la visite du patient)

- Non : aucun dispositif n'est branché au patient
- Oui : si au moins un dispositif est branché au patient

Note : Un score de 20 est donné au patient même si le dispositif médical n'est pas branché au moment de l'évaluation.

Question 5 : Démarche/transfert du patient

(Information obtenue lors de la visite du patient)

- *Oui – score 0 : Le patient marche avec confiance, tête dressée, les bras se balancent librement de chaque côté du corps*
- *Oui – score 15 : le patient marche à petit pas, pieds qui traînent, posture penchée, capable de redresser la tête sans perdre l'équilibre, appuie partiel aux meubles ou à une personne pour se rassurer*
- *Oui – score 30 : difficulté à se lever, tête penchée et vision dirigée vers le plancher, mauvais équilibre, appuie aux meubles ou à une personne pour garder son équilibre, ne peut marcher sans assistance (équipement ou individu)*

Question 6 : Etat psychologique

(Information obtenue lors de la visite du patient, questionner le patient quant à ses capacités de mobilité)

- *Oui – score 0 : le patient connaît ses capacités de mobilité*
- *Oui – score 15 : la réponse du patient est irréaliste, le patient surestime et/ou oublie ses limites.*

Note : Si le patient est impulsif, lui donner un score de 15.

Annexe 5 : Outils pour l'évaluation de l'équilibre

Test Timed up and go (TUG)

Ce test clinique de locomotion et d'équilibre consiste à mesurer le transfert assis/debout, la marche sur 3 mètres et les changements de direction.

Matériel :

- une chaise avec accoudoirs
- un chronomètre
- un repère tracé au sol à 3 mètres de la chaise ou un cône au niveau de la ligne où le sujet doit tourner.

Modalités :

- le patient porte ses chaussures habituelles ;
- le patient utilise l'aide à la marche qu'il prend habituellement pour se déplacer à l'intérieur de chez lui ou dans l'établissement ;
- il est demandé au patient de se lever d'un fauteuil, de marcher sur une distance de 3 m de faire demi-tour et de revenir s'asseoir,
- un premier essai doit être fait pour familiariser le patient avec le test,
- le test est chronométré.

Interprétation du résultat :

- Valeur > à 12 secondes : le test est jugé positif (trouble de la mobilité, risque de chute) peut être utilisée pour la prescription de la rééducation et d'une aide technique à la marche.
- Une valeur > 30 secondes : signe un niveau de dépendance élevé.

Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées ci-dessous.

	Item/cotation	Résultat cotation
Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :	1. En équilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :	2. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	
	3. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	
	4. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	
	5. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	
	6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable	
	7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable	
	Le patient doit se retourner de 360° :	8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus

	9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	
Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :	10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ) 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	
	11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	
	12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	
	13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	
	14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	
	15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	
	16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	
	17. Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	
	18. Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	
19. Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche		
Le patient doit s'asseoir sur la chaise :	20. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	

Interprétation : calcul du score (maximum de 28 points)

Total inférieur < à 20 points : risque de chute très élevé

Total entre 20-23 points : risque de chute élevé

Total entre 24-27 points : risque de chute peu élevé, chercher une cause comme une inégalité de longueur des membres

Total > à 28 points : normal

Test unipodal

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant 5 secondes

	Oui	Non	Non réalisable
Pied droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Test de Berg

Échelle d'équilibre de Berg. Kinésithérapie, la revue 2004 (32-33) : 50-3 :

Instruction	Items - cotation	Résultat cotation
1. Transfert assis debout. <i>Levez-vous.</i> <i>Essayez de ne pas utiliser vos mains pour vous lever</i>	4 : capable de se lever sans les mains et se stabilise indépendamment 3 : capable de se lever indépendamment avec les mains 2 : capable de se lever avec les mains après plusieurs essais 1 : a besoin d'un minimum d'aide pour se lever ou se stabiliser 0 : a besoin d'une assistance modérée ou maximale pour se lever	
2. Station debout sans appui. <i>Restez debout sans vous tenir</i>	4 : capable de rester debout en sécurité 2 minutes 3 : capable de rester debout 2 minutes avec une supervision 2 : capable de rester debout 30 secondes sans se tenir 1 : a besoin de plusieurs essais pour rester debout 30 secondes sans se tenir 0 : incapable de rester debout 30 secondes sans assistance	
Si le sujet peut rester debout 2 minutes sans se tenir, attribuer le score maximum à l'item 3 et passer à l'item 4.		
3. Assis sans dossier mais les pieds en appui au sol ou sur un repose-pied. <i>Restez assis les bras croisés pendant 2 minutes</i>	4 : capable de rester assis en sûreté et sécurité pendant 2 minutes 3 : capable de rester assis en sûreté et sécurité pendant 2 minutes avec une supervision 2 : capable de rester assis 30 secondes 1 : capable de rester assis 10 secondes 0 : incapable de rester assis sans appuis 10 secondes	
4. Transfert debout assis. <i>Asseyez-vous</i>	4 : s'assoit en sécurité avec une aide minimale des mains 3 : contrôle la descente en utilisant les mains 2 : utilise l'arrière des jambes contre le fauteuil pour contrôler la descente 1 : s'assoit indépendamment mais a une descente incontrôlée 0 : a besoin d'une assistance pour s'asseoir	
5. Transfert d'un siège à un autre	4 : se transfère en sécurité avec une aide minimale des mains 3 : se transfère en sécurité mais a absolument besoin des mains 2 : se transfère mais avec des directives verbales et/ou une supervision 1 : a besoin d'une personne pour aider 0 : a besoin de 2 personnes pour assister ou superviser	
6. Station debout yeux fermés. <i>Fermez les yeux et restez debout yeux fermés</i> <i>10 secondes</i>	4 : capable de rester debout 10 secondes en sécurité 3 : capable de rester debout 10 secondes avec une supervision 2 : capable de rester debout 3 secondes 1 : incapable de garder les yeux fermés 3 secondes mais resté stable 0 : a besoin d'aide pour éviter les chutes	
7. Station debout avec les pieds joints. <i>Serrez vos pieds et restez debout sans bouger</i>	4 : capable de placer ses pieds joints indépendamment et reste debout 1 minute en sécurité 3 : capable de placer ses pieds joints indépendamment et reste debout 1 minute avec une supervision 2 : capable de placer ses pieds joints indépendamment et de tenir 30 secondes 1 : a besoin d'aide pour atteindre la position mais est capable de rester debout ainsi 15 secondes 0 : a besoin d'aide pour atteindre la position et est incapable de rester debout ainsi 15 secondes	
8. Station debout, atteindre vers l'avant, bras tendus. <i>Levez les bras à 90°. Étendez les doigts vers l'avant aussi loin que vous pouvez</i>	4 : peut aller vers l'avant en toute confiance > 25 cm 3 : peut aller vers l'avant > 12,5 cm en sécurité 2 : peut aller vers l'avant > 5 cm en sécurité 1 : peut aller vers l'avant mais avec une supervision 0 : perd l'équilibre quand essaye le mouvement ou a besoin d'un appui extérieur	
9. Ramassage d'un objet au sol. <i>Ramassez le chausson qui est placé devant vos pieds</i>	4 : capable de ramasser le chausson en sécurité et facilement 3 : capable de ramasser le chausson avec une supervision 2 : incapable de ramasser le chausson mais l'approche à 2-5 cm et garde un équilibre indépendant 1 : incapable de ramasser et a besoin de supervision lors de l'essai 0 : incapable d'essayer ou a besoin d'assistance pour éviter les pertes d'équilibre ou les chutes	
10. Debout, se tourner en regardant par-dessus son épaule droite et gauche. <i>Regardez derrière vous pardessus l'épaule gauche. Répétez à droite</i>	4 : regarde derrière des 2 côtés et déplace bien son poids 3 : regarde bien d'un côté et déplace moins bien son poids de l'autre 2 : tourne latéralement seulement mais garde l'équilibre 1 : a besoin de supervision lors de la rotation 0 : a besoin d'assistance pour éviter les pertes d'équilibre ou les chutes	
11. Tour complet (360°). <i>Faites un tour complet. De même dans l'autre direction</i>	4 : capable de tourner de 360° en sécurité en 4 secondes ou moins 3 : capable de tourner de 360° d'un côté seulement en 4 secondes ou moins 2 : capable de tourner de 360° en sécurité mais lentement 1 : a besoin d'une supervision rapprochée ou de directives verbales 0 : a besoin d'une assistance lors de la rotation	
12. Debout, placer alternativement un pied sur une marche ou sur un marche-pied. <i>Placez alternativement chacun de vos pieds sur la marche de ou sur le marche-pied. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait réalisé cela 4 fois</i>	4 : capable de rester debout indépendamment et en sécurité et complète les 8 marches en 20 secondes 3 : capable de rester debout indépendamment et complète les 8 marches en > 20 secondes 2 : capable de compléter 4 marches sans aide et avec une supervision 1 : capable de compléter > 2 marches avec une assistance minimale 0 : a besoin d'assistance pour éviter les chutes/incapable d'essayer	

Instruction	Items - cotation	Résultat cotation
13. Debout un pied devant l'autre. <i>Montrez au sujet. Placez un pied directement devant l'autre. Si vous sentez que vous ne pouvez pas le faire, essayez de placer votre talon plus loin que les orteils du pied opposé</i>	4 : capable de placer son pied directement devant l'autre (tandem) indépendamment et de tenir 30 secondes 3 : capable de placer son pied devant l'autre indépendamment et de tenir 30 secondes 2 : capable de réaliser un petit pas indépendamment et de tenir 30 secondes 1 : a besoin d'aide pour avancer le pied mais peut le maintenir 15 secondes 0 : perd l'équilibre lors de l'avancée du pas ou de la position debout	
14. Station unipodale. <i>Restez sur un pied aussi longtemps que vous pouvez tenir</i>	4 : capable de lever un pied indépendamment et de tenir > 10 secondes 3 : capable de lever un pied indépendamment et de tenir entre 5 et 10 secondes 2 : capable de lever un pied indépendamment et de tenir au moins 3 secondes 1 : essaye de lever le pied, incapable de tenir 3 secondes mais reste debout indépendamment 0 : incapable d'essayer ou a besoin d'assistance pour éviter les chutes	
Score total : maximum 56 points		

Un résultat de 45 sur 56 est défini comme la limite entre les sujets autonomes pour la marche sans aide mécanique et ceux qui nécessitent une évaluation de l'aide à la marche ou une supervision.
 Un score inférieur à 45 est donné comme prédictif de risques de chutes multiples.

Stop Walking When Talking

Le patient marche à sa cadence de confort, l'examineur marchant juste derrière lui. Au bout de 10 secondes de marche, l'examineur initie une conversation (sujets divers, parler de ses médicaments par exemple) tout en continuant de marcher ; le test est positif si le sujet s'arrête de marcher dans la seconde.
 L'examineur s'arrête à son tour.

Annexe 6 : Exemples d'outils d'information développés par certains établissements de l'APHP

Cette annexe n'a pas vocation à être exhaustive par rapport à l'ensemble des productions des établissements de l'AP-HP, ni de leur donner une valeur supérieure à d'autres outils qui ne sont pas présentés ici.

Affiches réalisées par le groupe hospitalier Pitié Salpêtrière à l'attention des patients



ATTENTION AUX**CHUTES**

Toilette

Assis

Fauteuil

Lit

Allongé

Confort

WC

Promenade

**Prenez appui sur des points solides !
Faites vous aider !**



Affiches réalisées par l'hôpital Bichat Claude Bernard à l'attention des professionnels et/ou des patients

FACILITEZ LES CIRCULATIONS



Des lieux de passage rangés évitent de faire tomber une personne en équilibre instable.

Les fils du téléphone et des appareils électriques sont disposés ou fixés le long du mur.



Un sol défectueux réclame un signallement.
Un sol mouillé nécessite un essuyage rapide.



CONTENTION = PRESCRIPTION



Une attente sur un brancard nécessite la mise en place des ridelles.

Des moyens de contention sont disponibles (ridelles, tablettes...)
Cette décision est prise en équipe.



Illustration: Sabine Duval / Illustration: Anny G. / Photo: G. / Photo: G.

UNE CHUTE = D'AUTRES CHUTES



N'oubliez pas qu'un patient qui a chuté, même sans gravité risque de retomber et de se faire plus mal.

Un lit en position basse réduit la gravité de la chute.



Signalez le risque de chute. Ce risque est noté dans le dossier.

Un médicament peut entraîner des effets secondaires: somnolence, hypotension... Donnez les consignes appropriées.



LA NUIT = PLUS DE RISQUES DE CHUTES



La nuit les chutes sont plus nombreuses, dues au manque d'éclairage!

La nuit, les envies impérieuses sont plus fréquentes. Un déplacement aux toilettes est proposé de façon systématique lors d'un passage du personnel.



AIDEZ-NOUS À PRÉVENIR LES CHUTES



N'enlevez pas les moyens de protection
de votre proche sans l'avis d'un soignant.

Appelez-nous pour le recoucher ou le lever
si vous ne l'avez jamais fait.



Apportez-lui une tenue adaptée:
-des chaussures fermées sans talon,
type basket avec velcro
-des vêtements pratiques.

Ne partez pas sans lui avoir remis
les moyens de contention appropriés.



SOYEZ VIGILANTS VOUS N'ÊTES JAMAIS À L'ABRI D'UNE CHUTE



Prenez votre médicament pour dormir
et couchez vous rapidement.

N'hésitez pas à appeler
pour vous lever ou pour vous recoucher.



Respectez l'interdiction ponctuelle de vous lever
après un examen, une intervention:
c'est pour vous éviter de chuter.

Veillez à ce que votre matériel de soins
(pied à sérum, poche...) soit bien installé
avant de vous déplacer.



Utilisez la canne ou le déambulateur
que l'on vous a conseillé.



Ne faites pas de longues distances
sans vous reposer.



Profitez de la présence d'un soignant
dans votre chambre pour aller aux toilettes.



Affiches réalisées par l'hôpital Européen George Pompidou à l'attention des patients

Les chutes à l'hôpital

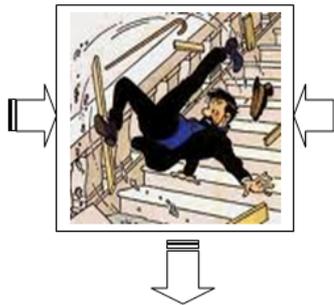
Les chutes à l'hôpital ne sont pas rares. Elles peuvent avoir des conséquences importantes. La prévention de ce risque est une des priorités de cet établissement. Cette plaquette reprend des informations importantes pour votre hospitalisation (ou celle d'un proche).

Facteurs liés à l'hôpital :

- Perte des repères, désorientation
- Sommeil perturbé, perte d'appétit
- Sols mouillés...

Facteurs liés aux soins :

- Dispositif médical (sondes, perfusion...)
- Nouveau traitement médicamenteux
- Acte chirurgical, anesthésie...
- Réduction de l'autonomie médicalement prescrite (contention, lit spécifique...)
- Délai de réponse à l'appel malade



Facteurs de risques liés au patient :

- Âge
- Douleurs
- Antécédents de chute ou de fracture
- Médicaments nombreux / spécifiques
- Troubles de l'humeur (dépression, agitation...)
- Déclin cognitif (démence, sénilité...)
- Troubles de la marche, de la coordination, de l'équilibre
- Troubles visuels
- Poly pathologies, dénutrition, autre...

- **Respectez les consignes qui vous sont données.**
- **Évitez de vous lever la nuit si vous n'êtes pas sûrs de vous. Veillez à pouvoir disposer facilement des : téléphone, sonnette, habits, chaussures, urinal, bassin...**
- **Déplacez-vous en allumant la lumière et en mettant vos lunettes si nécessaire pour pouvoir vérifier l'état des sols.**

N'hésitez pas à solliciter l'équipe soignante qui est là pour vous aider. Si vous avez peur de chuter ou ne vous sentez pas en confiance, parlez-en à l'infirmière ou au médecin. Une équipe spécialisée existe dans l'hôpital.

9 Bibliographie

1. Aidant familial, Le guide de référence - 4e édition, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, La Documentation française, 2013, 160 pages
2. ARSI n°64 - Soins infirmiers aux personnes âgées : réactions à l'utilisation de la couverture de sécurité dans la prévention des chutes, 78-95, – Mars 2001
3. MORSE JM – Preventing patients falls. New delhi, Sage Publications 1996
4. FRANCOEUR (L) et SOUCY (O) – La personne âgée en perte d'autonomie et exposée aux chutes. L'infirmière du Quebec, 5(5), 14-16, 1998
5. STRUMPF (NE) et EVANS (LK) – The ethical problems of prolonged physical restraint. Journal of Gerontological Nursing, 33 (6), 20-25, 1995
6. HAS – Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée – Oct 2000
7. Algase DL1, Moore DH, Vandeweerd C, Gavin-Dreschnack DJ. Mapping the maze of terms and definitions in dementia-related wandering. . Aging Ment Health. 2007 Nov;11(6):686-98.
8. DRESS n°17 – 2010 – Les événements indésirables associés aux soins – 18p
9. Campbell AJ, Reinken J, Allan BC et coll. Falls in old age : a study of frequency and related clinical factors. Age Ageing 1981, 10: 264-270.
10. Pudham D, Evans JG. Factors associated with falls in the elderly: a community falls. Age Ageing 1981, 10: 141-146.
11. Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ et coll. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. Age Ageing 1988, 17: 365-372.
12. Tinetti ME, Speechley M, Ginter Sf. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988, 319: 1701-1707.
13. Winner SJ, Morgen CA, Evans JG. Perimenopausal risk of falling and incidence of distal forearm fracture. Br Med J 1989, 298: 1486-1488.
14. Données InVS «Observer Surveiller Alerter» www.invs.sante.fr/dossiers_thematiques/maladies_chroniques_et_traumatismes
15. Prudham et Evans, 1981 ; Tinetti et coll., 1988 ; KIWG, 1987 ; Campbell et coll, 1989.
16. Oliver, Hopper et al. 2000; Robertson, Campbell et al. 2002; Chang, Morton et al. 2004)
17. Blain(H), Blain(A), Trechot (p) Jeandel (C). Rôle des médicaments dans les chutes des sujets âgés. Aspects épidémiologiques. Presse Médicale 2000, Vol 29, pp 673-680.
18. Steinweg (KK), The changing approach to falls in the elderly. Practical Therapeutics 1997, vol 56, pp 1815-1822.

19. Schwendimann (R), Buehler (H), De Gesst (S), Milisen (K). Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC health Services Research 2006, Vol 6, pp 69-75.
20. Oliver (D), Conelly (J.B), Victor (C.R), Shaw (F.E), Whitehead (A), Genc (Y), Vanoli (A), Martin (F.C), Gosney (MA). Strategie to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: Systematic review and meta-analyses. British Medical J.2007, Vol 334, pp 82-87.
21. Etude nationale 2010 des centres de prévention Agirc-Arrco. Préserver l'équilibre pour prévenir les chutes . Evaluation et perception des personnes accueillies dans les centres de prévention Agirc-Arrco. Juin 2011. 123 p
22. HAS-SFDRMG. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Nov 2005
23. SSMG – Recommandations des bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées. SSM-IRE 2000
24. MIF - Vieillesse – ECN 62 : troubles de l'équilibre, de la marche et du sujet âgé - s Année Universitaire 2006 – 2007
25. Trombetti A, Hars.M, Marcant.D, Rissoli.R, Ferrar.S. Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âg. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1318-24
26. HAS – Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées – outils d'évaluation des pratiques – Avril 2009
27. Corpus de gériatrie – Chapitre 4 Les chutes– Janvier 2000
28. Prévenir les chutes et conséquences chez les personnes âgées ; www.protect-chute.com conférence de presse du 12 mars 2008. P6.
29. Algase et al. (2001). The Algase wandering scale: Initial psychometrics of a new caregiver reporting tool. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 141-151
30. Suh et al. (2005). Mortality in Alzheimer's disease: a comparative prospective korean study in the community and nursing homes. International Journal of Geriatrics Psychiatry, 26-34
31. Kiely, Morris, Algase. (2000). Resident characteristics associated with wandering in nursing homes. International Journal of Geriatrics Psychiatry, 1013-1020
32. Monane M, Avorn J. Clin Geriatr Med 1996 ;12 :847-58
33. Cumming RG, et al. Drugs Aging 1998 ;12 :4-53
34. Myers AH, et al. Am J Epidemiol 1991 ;133 :1179-90
35. Campbell A, et al. J Gerontol 1989 ;44 :M112-17
36. DGSP. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant aux domiciles. Santé et services sociaux du Québec ; 2004. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca

37. Diagnostics infirmiers, interventions et résultats – classification infirmières et plans de soins 5ème édition - 2011 – Masson 761 pages
38. SOFMER. Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC. La prévention des chutes. 31 mars 2011. 34 pages
39. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-7
40. Andrea Trombetti, Mélanie Hars, Didier Marcant, René Rizzoli, Serge Ferrari . Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé. *Rev Med Suisse* 2009;1318-1324
41. SSMG – Recommandations des bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées. SSM-IRE 2000
42. Blum L, Korner-Bitensky N, 2008: Maeda et al 2009
43. O.Beauchet et al. Stops walking when talking » : 12 ans après. *Annales de gérontologie*, 2009, vol. 2, no. 1, p.13-16.
44. Prévenir les chutes et leurs conséquences chez les personnes âgées : 1er site européen d'information et de conseil www.protec-chute.com
45. SOFMER. Eléments pour l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique au patient après AVC. La prévention des chutes. 31 mars 2011. 34 pages
46. Watanabe Y. Fear of falling among stroke survivors after discharge from inpatients rehabilitation. *Int J Rehabil Res*. 2005;28:149-152.
47. Mackintosh SF, Hill KD, Dodd KJ, Goldie PA, Culham EG. Balance score and a history of falls in the 6 month following stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 2006;87 (12): 1583-9
48. Chu LW, Pei CK, Chiu A, Liu K, Chu MM, Wong S, Wong A. Risk factors for falls in hospitalized older medical patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54: M38-M43.
49. Oliver D, Hopper A, Seed P, Do hospital fall, prevention programs work ? A systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48; 1679-89.
50. Auvinet B, Berrut G, Touzard C, Moutel L, Collet N, Chaleil D, Barrey E. Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau. *Rev Med Ass Maladie* 2002 ;33,3 :183-191.
51. Sterling DA, O'connor JA, Bonadies J. Geriatric falls: injury severity is high and disproportionate to mechanism. *J Trauma* 2001; 50(1):106-9.
52. Shaw FE, Kenny RA. Can falls in patients with dementia be prevented ? *Age Ageing* 1998 ; 27 : 7-9
53. Lyons AR. Clinical outcomes and treatment of hip fractures. *Am J Med* 1997 ; 103(Suppl. 2A) : 51S-63S

54. Haines TP1, Hill K, Walsh W, Osborne R. Design-related bias in hospital fall risk screening tool predictive accuracy evaluations: systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007 Jun;62(6):664-72.
55. Voyer, Ph. et al. Risques de plaie de pression et de chute. Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique. *Perspective infirmière*, sept./oct. 2014, p. 27-32
56. Oliver, D., Britton, M., Martin, F.C. et Hopper, A. (1997). . Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315(7115), 1049-1053.
57. Morse, J. M., Morse, R., et Tylko, S. (1989). . Development of a scale to identify the fallprone patient .. *Canadian Journal on Aging*, 8, 366-377
58. HAS - Recommandations pour la pratique clinique Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile – Argumentaire - Avril 2005
59. Verlhac B, Dieudonné B, Vitale G, Forette B. Étude de la faisabilité d'un nouveau test prédictif du risque de chute du sujet très âgé présentant des troubles cognitifs : Le «stops walking when talking» *L' Année gériatrique* 2000, vol. 14, pp. 361-38.
60. Kaarnus P, Parkari J, Niemi S : prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N engl J Med* 2000; 343: 1506-13
61. Meyer G et al : Effect on hip fractures of increased use of hip protector in nursing homes : cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326:76
62. Programmes de prévention des chutes. Centre de santé et de services sociaux de la vieille –capitale, 2012
63. Cerisier M. Rapport personnes âgées, vieillissement et chutes. Paris : AVA, 1989
64. Hill AM, McPhail SM, Waldron N, Etherton-Beer C, Ingram K, Flicker L, Bulsara M, Haines TP. Fall rates in hospital rehabilitation units after individualised patient and staff education programmes : a pragmatic, stepped-wedge, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015 Jun 27;385(9987):2592-9.
65. Tinetti ME, Wen Liang L, Ginter SF. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116:369-74.
66. Capezuti E, Strumpf NE, Evans LK, Grisso JA, Maislin G. The relationship between physical restraint removal and falls and injuries among nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998 Jan;53(1):M47-52.

10 En savoir plus

Le groupe de travail conseille l'espace de la campagne PARE A CHUTE sur le site internet de l'ARS d'Ile de France : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Pare-a-Chute-maitriser-le-ris.187666.0.html>

11 Participants

Comité de pilotage

Agnetti Richard	Cadre supérieur de santé paramédical	Siège – DSAP
Cadoz-Hernandez Chantal	Cadre supérieur de santé paramédical	Siège – DSAP
Lerouge Hadjila	Directeur des soins	GH HUPS – site Bicêtre
Massiani Martine	Coordinatrice générale des soins	Siège -DSAP
Pibarot Marie-Laure	Médecin	Siège – DOMU
Szekely Carol	Praticien Hospitalier – Gériatre	GH HUPNVS – site Bretonneau

Groupe de travail

Agnetti Richard	Cadre supérieur de santé paramédical	Siège – DSAP
Andrisoanirainy Robson	Infirmier	GH Saint Louis Lariboisière Fernand Widal – Site Fernand Widal
Beaugrand Elisabeth	Cadre expert	GH Saint Louis Lariboisière Fernand Widal – Site Fernand Widal
Bourrelis Catherine	Cadre expert	HU Est Parisien – Site Tenon
Cadoz-Hernandez Chantal	Cadre supérieur de santé paramédical	Siège – DSAP
Chemardin Jacques	Pharmacien	Siège – DOMU
Collard Corine	Cadre Paramédical de Pôle	Hendaye
De Gubernatis Claudine	Cadre de santé paramédical – Kinésithérapeute	HU Paris Nord Val de Seine – Site Bretonneau
Devret Daniele	Représentante des usagers	HU Paris Sud – site Bicêtre
Dr Bloch Frederic	Médecin gériatre	Cochin
Dr Briot Karine	Médecin	HU Paris Centre – Site Cochin
Freytag Odile	Cadre expert	GH Pitié Salpêtrière – C Foix – site Pitié
Garramendia Elisabeth	Cadre Paramédical de Pôle	Hendaye
Gattolia Virginie	Cadre de santé paramédical - Infirmière	HU Paris Seine Saint Denis – site René Muret
Gaubert Dahan Marie Line	Médecin	HU Paris Nord Val de Seine – Site Bretonneau
Gay-para Olivier	Cadre de santé paramédical - Infirmière	San-Salvador
Gonfrier Fabienne	Cadre expert	HAD
Hamel Brigitte	Référente Qualité	HU Saint Louis Lariboisière Fernand Widal – Site Lariboisière GH HUPIFO – Site Sainte Perine
Joyeux Stephanie	Cadre expert	Hendaye
Labernadie Maryse	Coordonnateur générale des soins	Siège – DOMU
Le Gallais Gaelle	Gestionnaire de risques	HU Paris Sud – site Bicêtre
Lerouge Hadjila	Directeur des soins	HAD
Mac Elisabeth	Cadre de coordination	HU Paris Nord Val de Seine – Site Bretonneau
Peron Annaëlle	Ergothérapeute	

Suarez William	Cadre paramédical Qualité et gestion des risques, Pôle des maladies du système nerveux	GH Pitié Salpêtrière – C Foix – site Pitié
Szekely Carol	Médecin gériatre	HU Paris Nord Val de Seine – Site Bretonneau
WePierre Florence	Aide-soignante	HU Paris Seine Saint Denis – site René Muret – Site Jean Verdier
Zittel Nadia	Cadre de santé paramédical - Kinésithérapeute	San Salvador

Comité de lecture

Albany Caroline	Infirmière, membre de la CCSIRMT	HU Paris Nord Val de Seine – Site Bichat
Badoux Anne	Représentante des Usagers	HU Paris Centre – Site Cochin
Bayloq Gabrielle	Conseiller juridique	Siège - DAJ
Behar Frédéric	Gériatre et responsable de l'Unité Transversale de Nutrition	HU Henri Mondor – Site Dupuytren
Bourhis Sylvie	Cadre supérieur de santé paramédical infirmier	GH HU Saint Louis Lariboisière Fernand Widal – Site Lariboisière- Fernand Widal
Cotilleau Isabelle	Cadre expert en soins	HU Paris Centre – Site Cochin
David Jean-Philippe	Professeur des universités Praticien Hospitalier – Chef de service	HU Henri Mondor – Site Emile Roux
Guihaire Claudine	Cadre expert en soins	HU Paris Ouest
Heilbrunn Charlotte	Adjointe à la chef du département de la médiation et de la responsabilité hospitalière	Siège - DAJ
Le Voyer Anne-Claude	Adjoint au directeur de la direction des patients, des usagers et des associations	Siège - DPUA
Legrand Chantal	Cadre supérieur de santé paramédical, PhD.	Siège – DSAP
Lévy-Djebbour Samia	Médecin – Coordination efficience des pratiques	ARS Ile de France
Liétyard Françoise	Directeur d'hôpital	HU Est Parisien – Site Rothschild
Martinet Pascale	Ingénieur Travaux	Siège - DEFIP
Montastier Razije	Ingénieur Qualité	HU Necker Enfant Malade
Negre Isabelle	Praticien Hospitalier	HU Paris Sud – Site Bicêtre
Pradat Diehl Pascale	Professeur des universités Praticien Hospitalier – Chef de service	GH Pitié Salpêtrière – C Foix – site Pitié
Riquet Sonia	Aide-soignante, membre de la CCSIRMT	HU Paris Ouest – Site Corentin Celton
Rivière-Behar Brigitte	Cadre supérieur de santé paramédical Infirmier	HU Est Parisien – Site Tenon
Robain Gilberte	Professeur des universités Praticien Hospitalier – Chef de service	HU Est Parisien – Site Rothschild
Roth Philippe	Kinésithérapeute	GH HU Saint Louis Lariboisière Fernand Widal – Site Fernand Widal
Rousseau Jean-Marc	Infirmier, membre de la CCSIRMT	HU Paris Sud – Site Antoine Béclère

Tabel Ghislaine

Responsable pédagogique formation
continue

Centre de Formation Continue :
Management et Pratiques pour le
Personnels Hospitalier

Trivalle Christophe
Zamora Yolaine

Praticien Hospitalier – gériatre
Cadre de santé paramédical
ergothérapeute

HU Paris Sud – site Paul Brousse
GH Pitié Salpêtrière – C Foix – site
Pitié

