



EIAS, EIGS associés à des chutes



Dr Yên-Lan Nguyen, Marie-Claire Jouan
Direction Qualité Partenariat Patient

1

19 Juin 2024



Chutes: problème de santé publique à l'échelle mondiale



- 2^{ème} cause de décès accidentels/par traumatisme involontaire
- 37,3 millions de chutes justifient des soins médicaux
 - 684 000 chutes mortelles
- 38 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdues (concernent les enfants dans 40% des cas)
- Coût associé important



Epidémiologie des chutes des personnes âgées en France

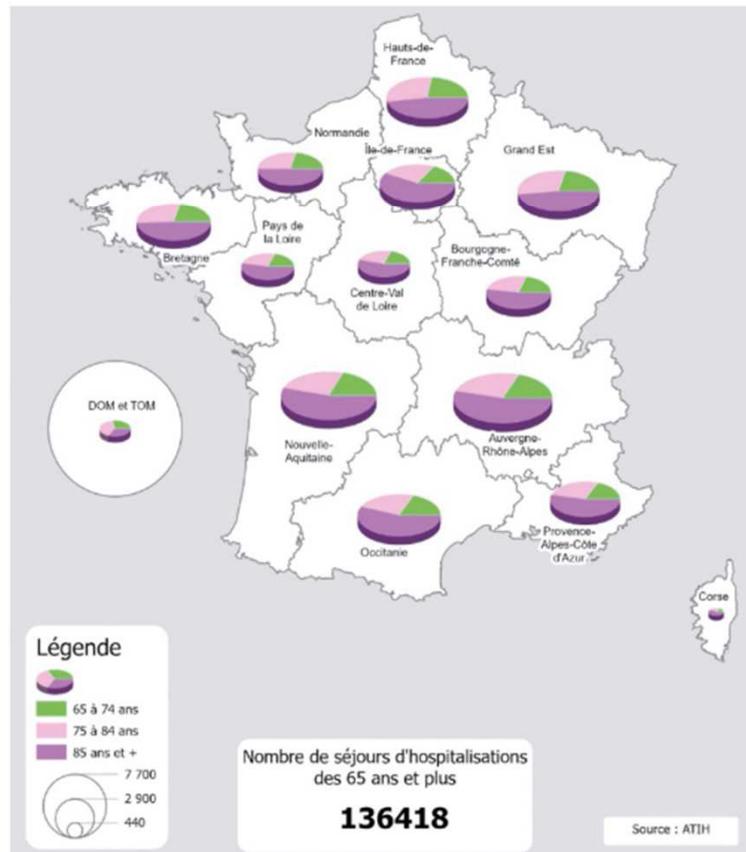


- Chutes et motif de passage au SAU pour accidents:
 - 71% chez personnes de 65 à 69ans
 - 78% chez personnes de 70 à 74ans
 - 85% chez personnes de 80 à 84ans
 - 93% chez personnes de 85 à 89ans
 - 95% chez personnes de 90ans et plus
- 9 fractures du col fémoral sur 10 surviennent post chute
- Fractures surviennent 3x plus chez les femmes
- Facteurs de risques:
 - Socioéconomiques: pauvreté, conditions de vie etc...
 - Environnementaux: organisation de l'espace
 - Biologiques: morbidité, détérioration cognitive
 - Comportementaux: manque d'exercice
 - Iatrogénie médicamenteuse



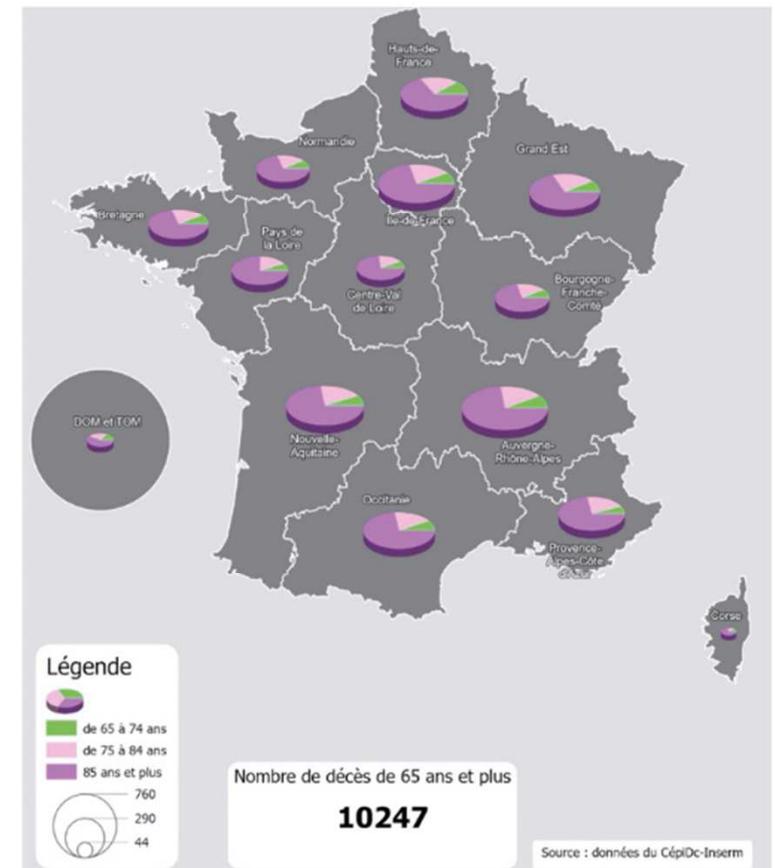
Epidémiologie chutes hospitalières

RÉPARTITION DES SÉJOURS D'HOSPITALISATIONS POUR CHUTES DES PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 65 ANS EN FRANCE EN 2020



Source : PMSI France entière 2020, d'après ATIH

NOMBRE DE DÉCÈS PAR CHUTE ACCIDENTELLE PAR RÉGION ET PAR CLASSE D'ÂGE EN FRANCE EN 2016



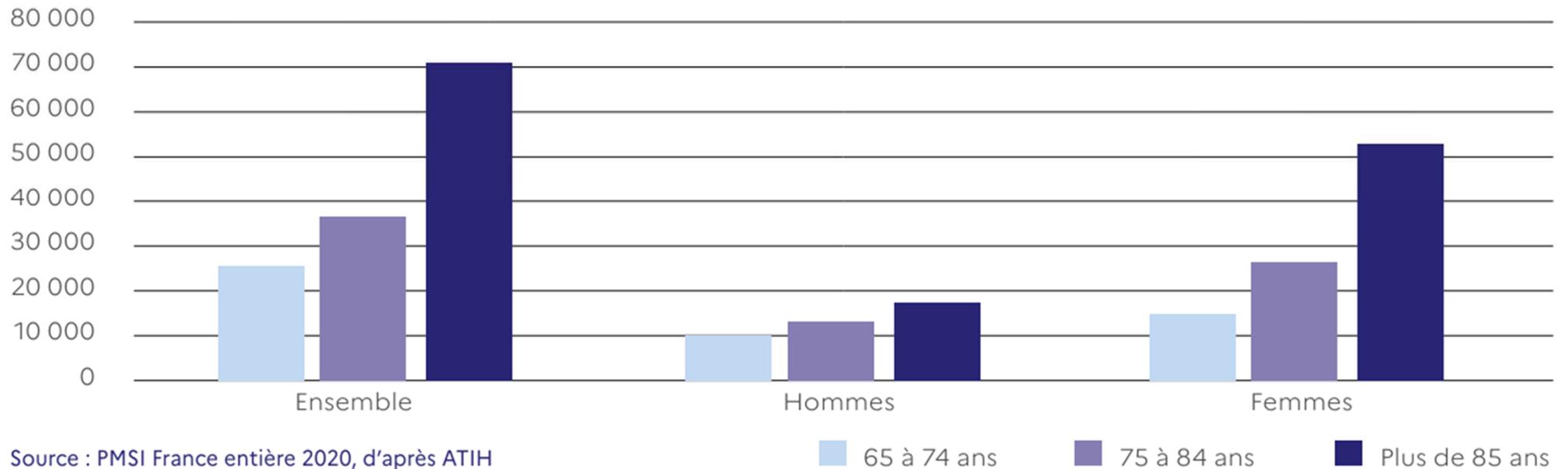
Source : CépiDC, France entière 2016, dernière année disponible



Répartition des séjours hospitaliers pour chutes



RÉPARTITION DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR CHUTES DES PERSONNES DES PLUS DE 65 ANS

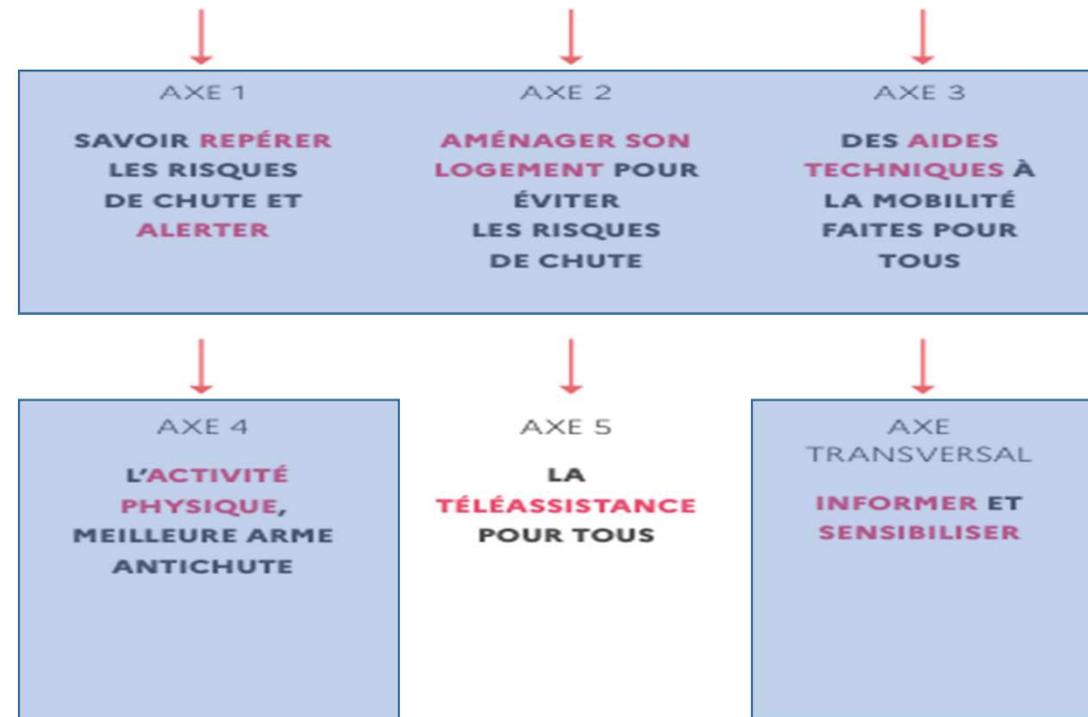


Source : PMSI France entière 2020, d'après ATIH



Politique de santé publique: Plan antichute


MINISTÈRE
CHARGÉ
DE L'AUTONOMIE
*Liberté
Égalité
Fraternité*

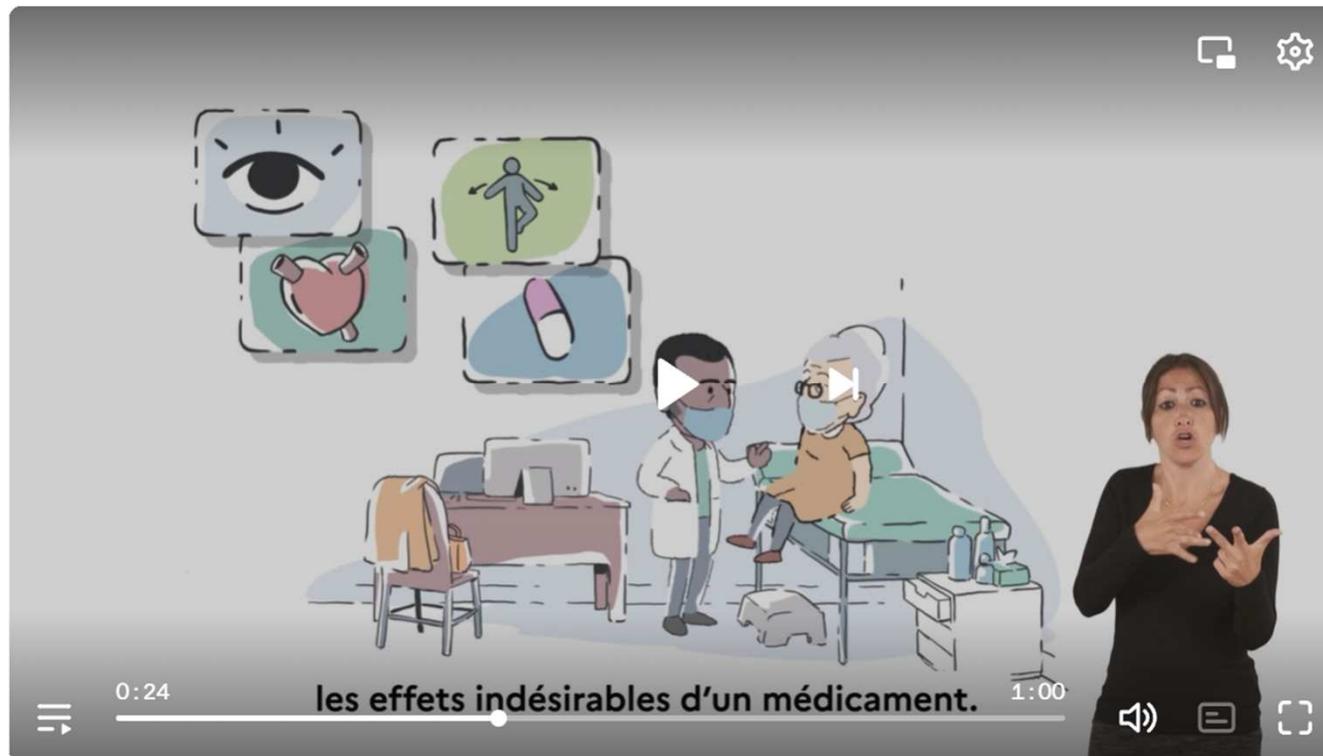




Informer et sensibiliser



- <https://www.dailymotion.com/video/k34xbuzesNZps7yfLJF>





Informer et sensibiliser

BOUGER
EN TOUTE
SÉRÉNITÉ
Prévenir les chutes dans la vie quotidienne

POUR BIEN VIEILLIR

Les caisses de retraite et Santé publique France vous aident à bien vivre votre âge.

Assurance Retraite | agric-arico | CNRACL | Santé publique France

PRÉVENIR LES CHUTES EN 18 POINTS

MISER SUR LA SÉCURITÉ

1. Acquérir des **stratégies sécuritaires** dans les gestes de la vie quotidienne.
2. Limiter la consommation de **boissons alcoolisées**.
3. Porter des **chaussures adaptées**.
4. Savoir gérer son **traitement** au quotidien.
5. **Être capable** de se relever seul(e) et d'alerter en cas de chute.

SE PRENDRE EN CHARGE

6. Connaître ses **maladies** (diabète, cholestérol, maladies cardio-vasculaires...) et savoir reconnaître les troubles qu'elles peuvent susciter.
7. Reconnaître les **facteurs de risque** de chutes et, parmi eux, ceux qui sont modifiables.
8. Pratiquer une **activité physique** adaptée et régulière.
9. Travailler son **équilibre** tous les jours.
10. **Aménager le domicile** pour limiter les risques de chute.
11. Intégrer les **aides techniques** dans ses habitudes de vie.
12. Veiller à une **alimentation bien équilibrée** et consommer suffisamment de produits lactés.
13. Savoir à qui et où s'adresser pour bien soigner **ses pieds**.
14. Connaître le rôle des **médicaments** et adopter un comportement sécuritaire vis-à-vis de la prise des médicaments.
15. Faire vérifier la **vue** une fois par an.

S'ENTOURER

16. Reprendre **confiance** en soi dans ses activités quotidiennes.
17. Identifier les **ressources** et faire appel à son réseau de proximité en cas de nécessité.
18. **Savoir alerter** et s'installer confortablement en attendant les secours en cas d'impossibilité de se relever du sol.

Extraits de : Haute Autorité de santé. Cadre référentiel ETP Paerpa. Prévention des chutes. Saint-Denis : HAS, sept. 2014, p. 2. www.has-sante.fr



Moyens mis en œuvre à l'AP-HP en 2017

SOIGNER

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

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.

Préconisation 2 : Tous les services de soins autoévaluent le risque de chute lié à l'environnement de chaque unité en utilisant l'outil QEREC.

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.

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 qualifié de « gravité sans conséquence apparente », niveau de gravité de 1 à 2 (OSIRIS), bénéficie d'actions d'information.

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.

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.

Préconisation 6 : Toutes les chutes sont déclarées obligatoirement dans OSIRIS.

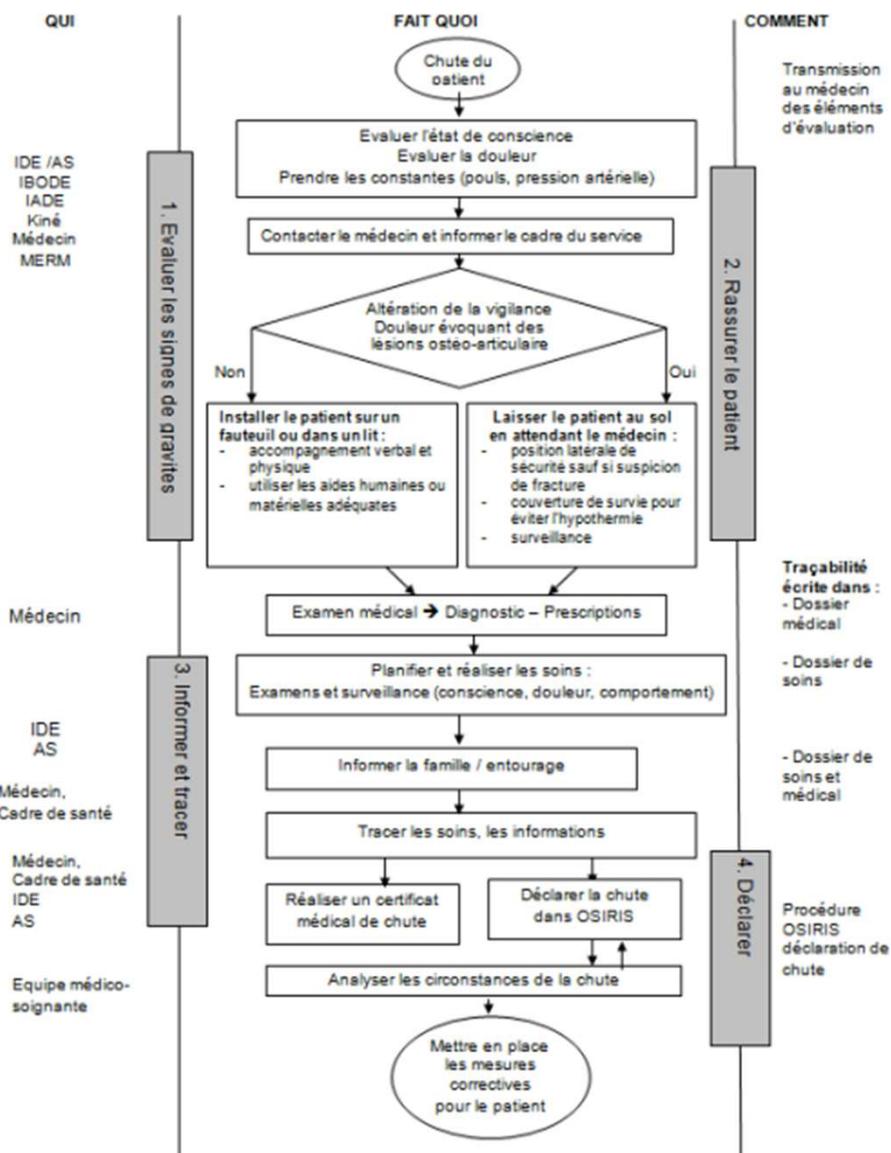
Préconisation 7 : La famille et/ou la personne de confiance sont informées des chutes si accord du patient en capacité de communiquer.

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.

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

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

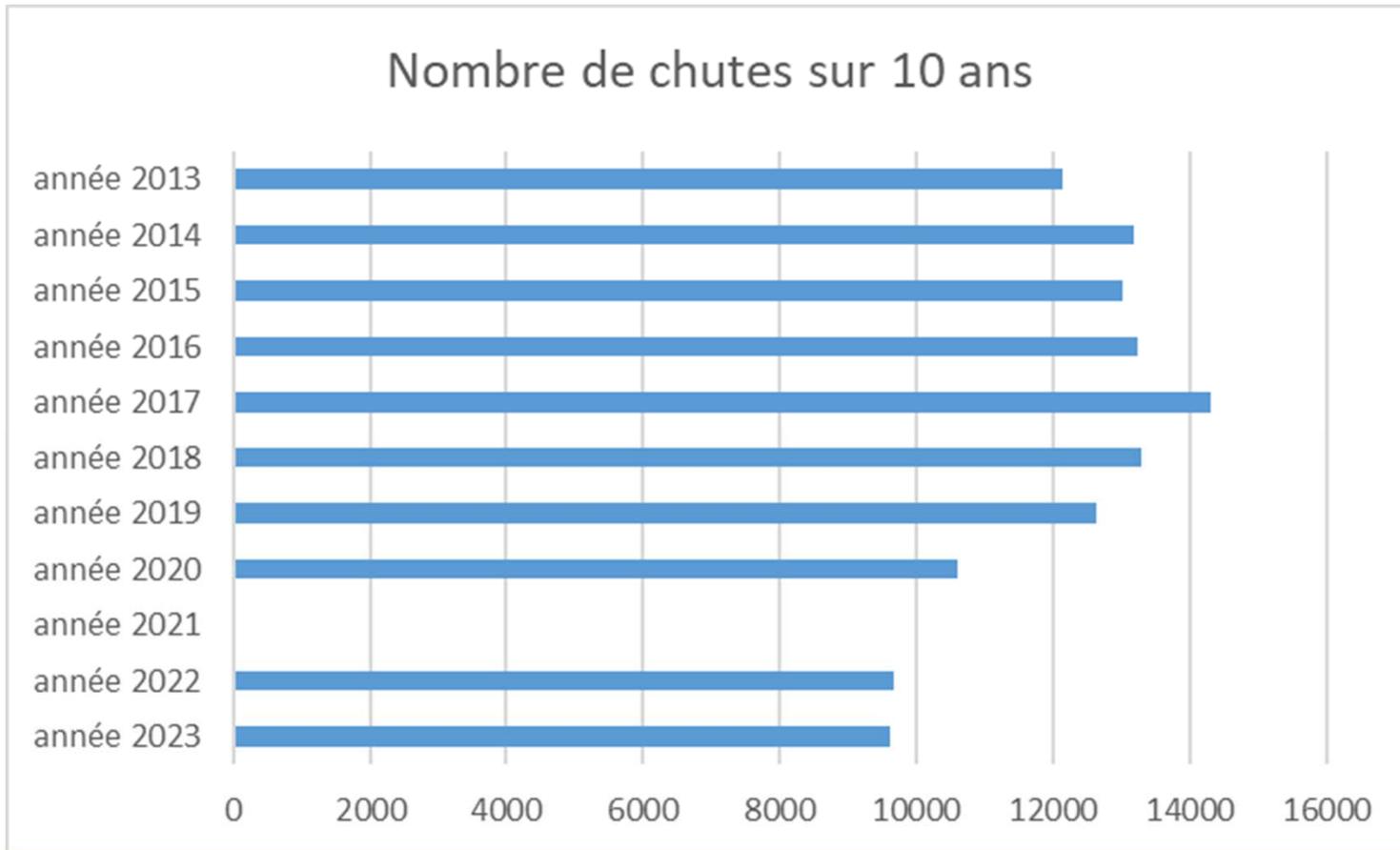
Conduite à tenir en cas de chute d'un patient en service clinique, bloc opératoire, plateau médicotechniques et de rééducation, ou en cas de transfert entre service.
PROCESSUS



Niveau de gravité	Critères en lien avec le patient qui a chuté
Niveau 1	<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	<ul style="list-style-type: none"> Il exprime une douleur et/ou il présente une abrasion cutanée Il ne présente pas de trouble de la conscience
Niveau 3	<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	<ul style="list-style-type: none"> Il exprime une douleur Il présente une blessure sévère et/ou une suspicion de fracture, Et/ou il est confus, et/ou il a des troubles de la conscience
Niveau 5	<ul style="list-style-type: none"> Il est inconscient et nécessite un transfert : réanimation, service spécialisé, bloc opératoire ou décès immédiat



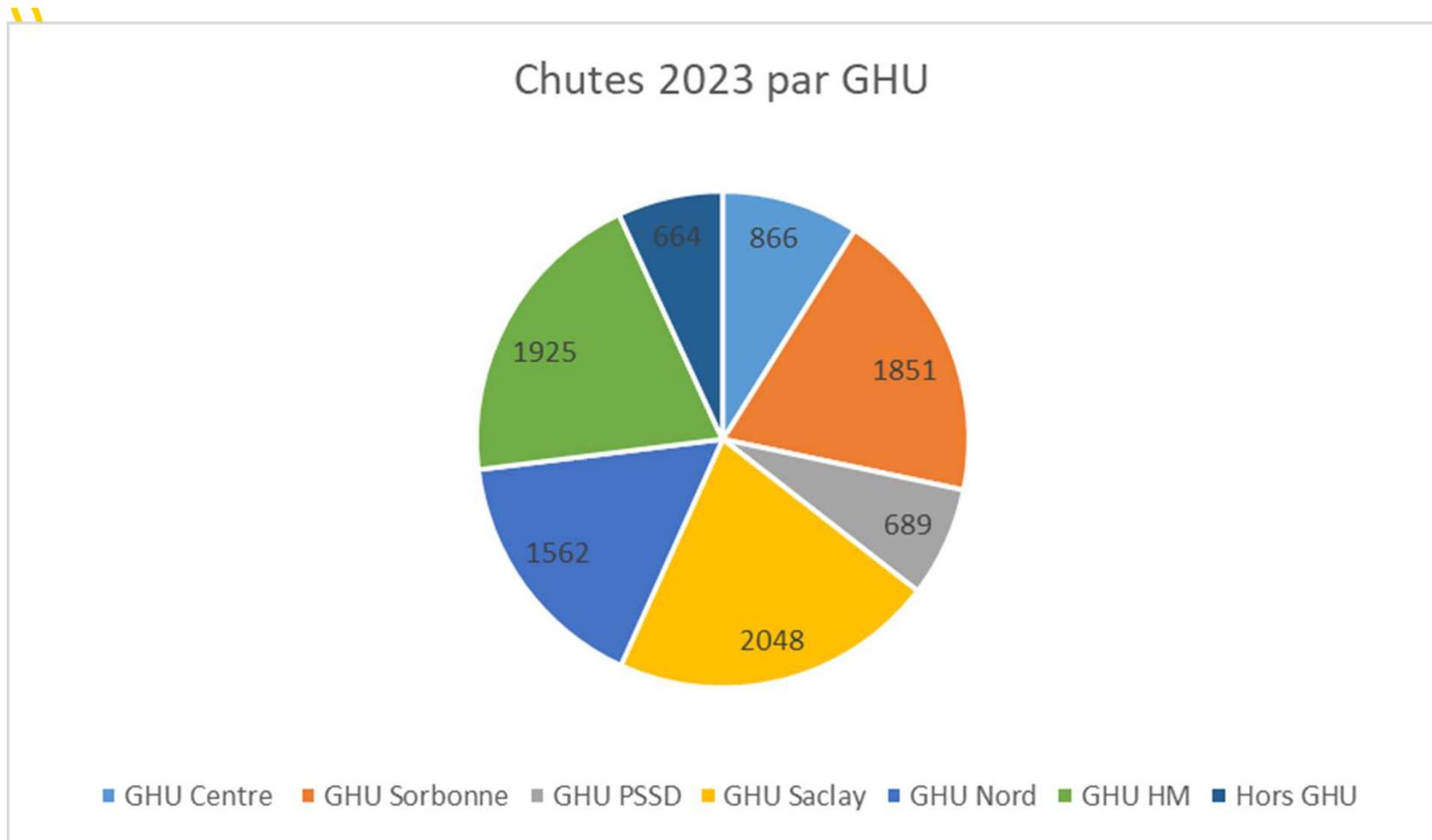
Evolution des signalements « chutes » sur OSIRIS depuis 10ans



2021 : données erronées et OSIRIS 2 dysfonctionnel.

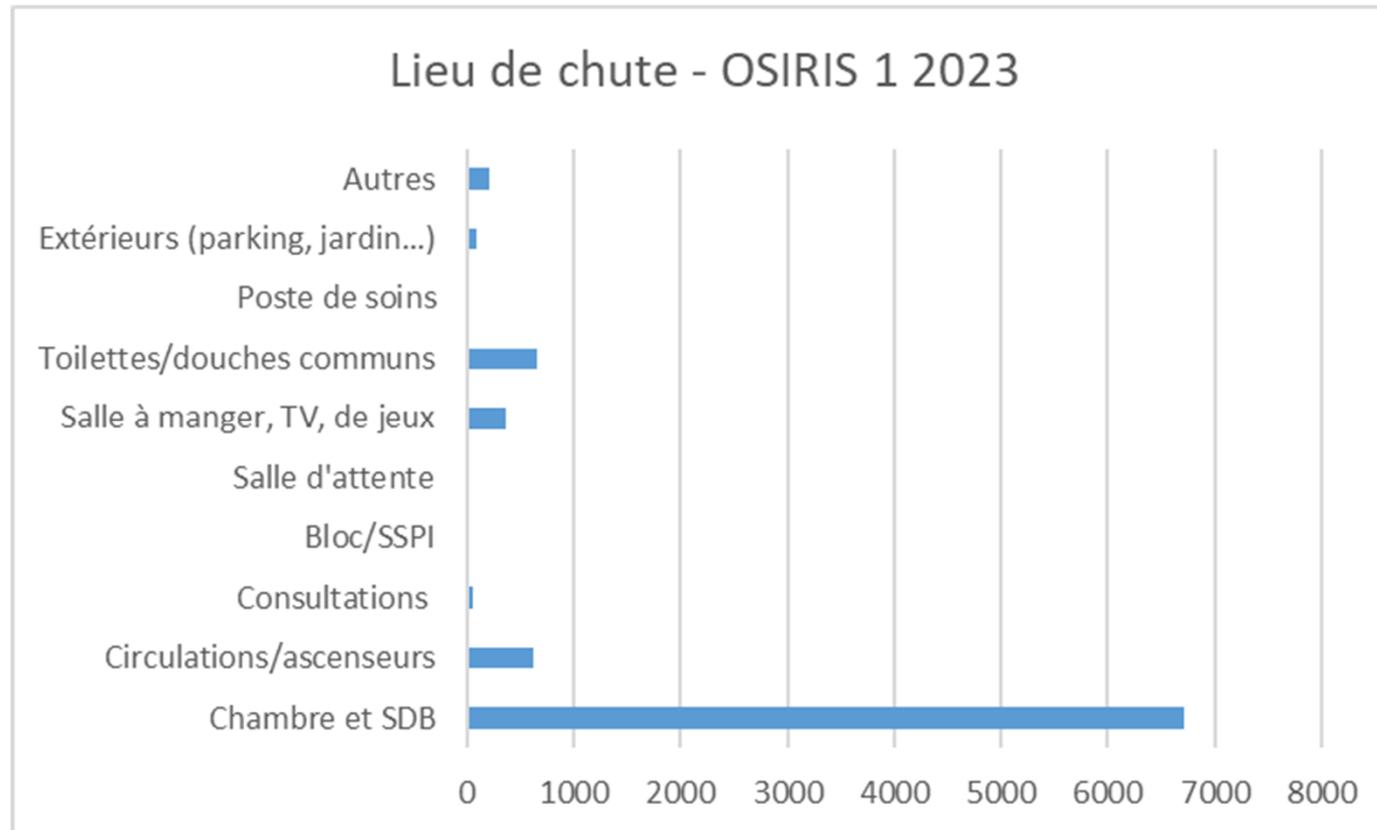


Signalements de chutes sur OSIRIS en 2023 (N=9605; 18%)





Lieux des chutes signalées sur OSIRIS en 2023

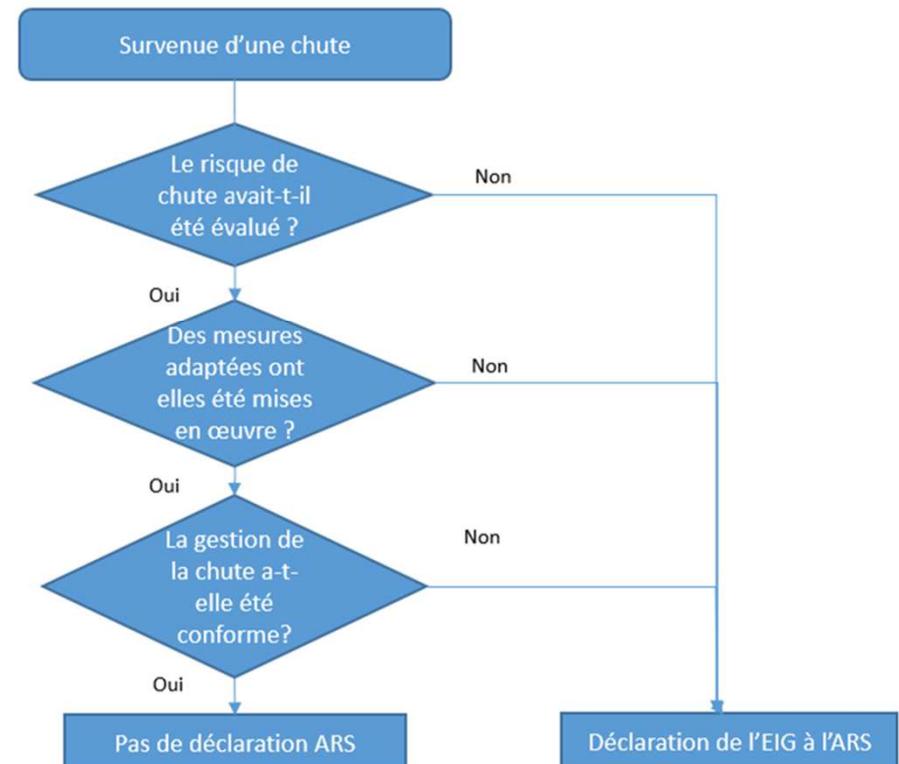




Qualification des chutes en EIGS?



Chutes – Que déclarer à l'ARS?



Points de vigilance :

Un médicament est-il en lien avec la survenue de la chute ou aggrave les conséquences de la chute?

Si oui : Pharmacovigilance

Un matériel médical est-il en lien avec la chute?

Si oui : Matériorvigilance





EIGS catégorisés chutes déclarés depuis 2019



	2019	2020	2021	2022	2023
EIGS déclarés N	12	6	4	6	14
Age moyen	73	78	74	74	81
Femmes %	38	33	50	50	50
Pharmacovigilance %	17	33	0	0	29
Matérovigilance %	8,5	0	25	17	14
Demandes indemnitaires %	2	33	0	0	36
Décès %	25	83	75	100	29



Dépistage du risque de chute



- Evaluation clinique initiale
 - Test get up and go
 - Test de l'appui unipodal
 - Scores cliniques
- Information des patients de ce risque et des mesures préventives à adopter
- Ré-évaluation en fonction de l'état clinique (ex: anémie, hydratation, polymédication, situation de handicap, dispositifs invasifs)



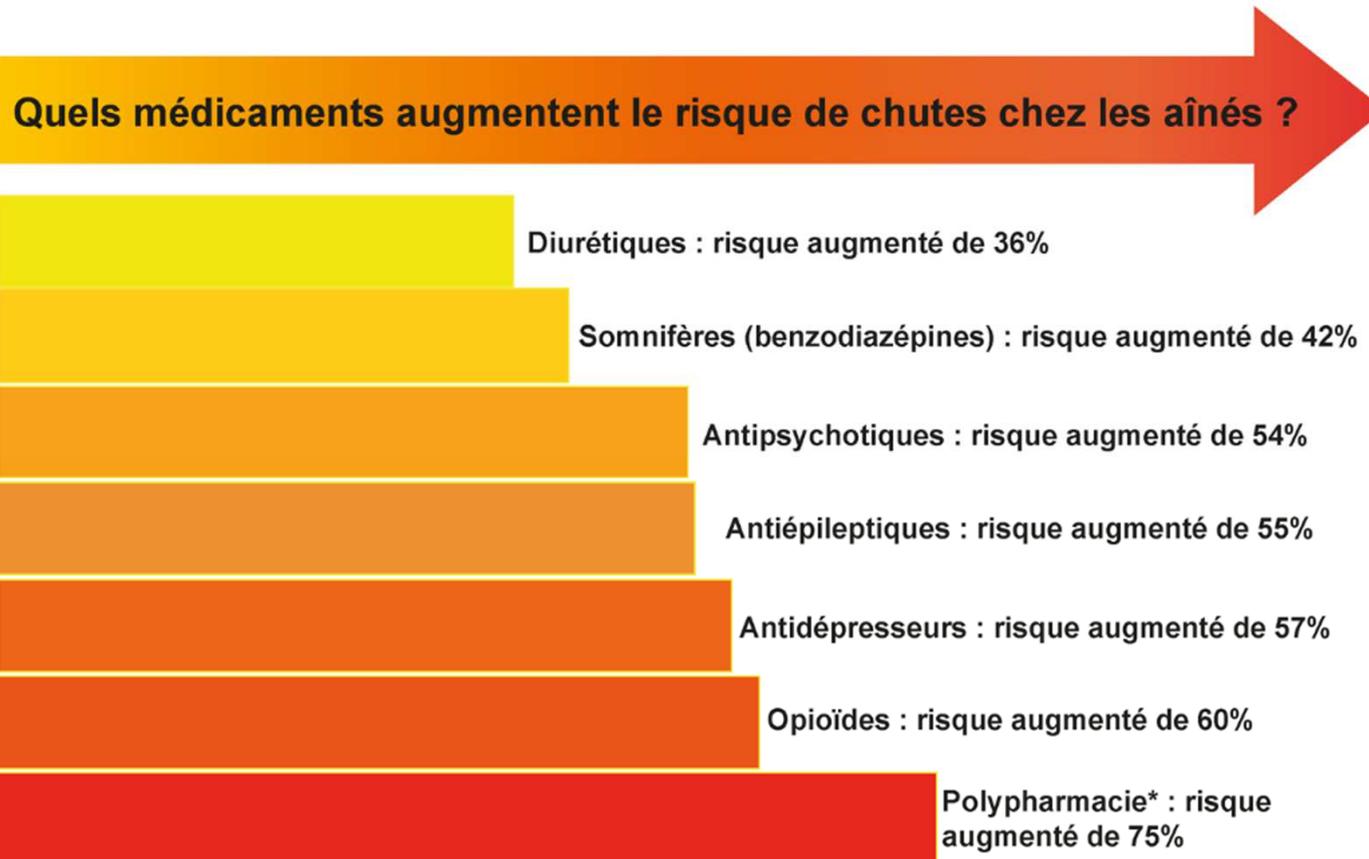
Mesures de prévention



- Gestion protocolisée des patients agités
- Prescriptions de contentions physiques/chimiques
- Prescription des précautions éventuelles à prendre (ex: premier lever avec l'aide d'un soignant, marche avec kiné)
- Prise en compte du risque médicamenteux (sédatif, hypotension orthostatique)
- Transmission du risque de chute lors des transferts pour examens complémentaires (ex: imagerie)



Risque médicamenteux et chutes



*Dans cette analyse, la polypharmacie était généralement définie par la prise de 4 médicaments ou plus.
Sources: de Vries M et al. 2018, Seppala LJ et al. 2018, Seppala LJ et al. 2018



Autres prescriptions en cas de risque de chute



- Activité physique adaptée



Prescription de l'activité physique adaptée



› Article L1172-1

Version en vigueur depuis le 04 mars 2022

Modifié par LOI n°2022-296 du 2 mars 2022 - art. 2

Dans le cadre du parcours de soins des personnes atteintes d'une affection de longue durée ou d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, le médecin intervenant dans la prise en charge peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

Les activités physiques adaptées sont dispensées par des personnes qualifiées, dans des conditions prévues par décret. Un décret fixe la liste des maladies chroniques, des facteurs de risque et des situations de perte d'autonomie ouvrant droit à la prescription d'activités physiques adaptées.



Prescription de l'activité physique adaptée



Tableau 1. L'évaluation médicale minimale avant une prescription d'APA

L'évaluation médicale minimale avant une prescription d'APA comprend (cf. guide page 20) :

- un interrogatoire sur l'histoire médicale et les habitudes de vie, avec une estimation des niveaux habituels d'AP et de sédentarité selon les recommandations de l'OMS ;
- une estimation de l'état de motivation du patient pour un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire et pour la pratique d'une APA ;
- une évaluation du risque cardio-vasculaire du patient, selon les recommandations du guide ;
- une estimation des autres risques à la pratique d'une APA, avec précision des limitations et contre-indications éventuelles à celle-ci.

Tableau 2. La consultation médicale d'AP avant une prescription d'APA

En complément de l'évaluation médicale minimale, la consultation médicale d'AP avant une prescription d'APA comprend (cf. guide page 25) :

- un examen physique complet, en particulier cardio-vasculaire, respiratoire, cutané et de l'appareil locomoteur ;
- une évaluation des différentes composantes de la condition physique du patient, qui peut être effectuée par un professionnel de l'APA ;
- un entretien motivationnel à la recherche des freins et des leviers à la pratiques d'AP et à un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire ;
- une prescription éventuelle d'examens complémentaires et/ou d'avis spécialisé (selon les indications du guide) ;
- la programmation du suivi médical pour évaluer la progression, adapter la prescription, renforcer la motivation du patient et l'accompagner progressivement vers un mode de vie physiquement plus actif et moins sédentaire en toute autonomie et sécurité.



Autres prescriptions en cas de risque de chute



- Activité physique adaptée
- Prise en charge nutritionnelle/ sarcopénie
- Prise en soins de l'ostéoporose
- ± Consultation de
gériatrie/ophtalmologie/ORL/cardio/neuro...



Amélioration ergonomie





Livret à destination des patients/aidants

INFORMER

La prévention des chutes

Suivez le guide !



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PITIÉ SALPÊTRIÈRE
CHARLES FOIX

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

PSYCHOMOTRICIEN

- Prise en charge du corps et de ses capacités
- Anticipation des gestes et des actions
- Visualisation des trajets et des obstacles
- Consignes de sécurité



MÉDECIN

Quoi de neuf Docteur ?

- Adaptation du traitement médicamenteux pour éviter la chute
- Prescription de bas de contention



KINÉSITHÉRAPEUTE

- Renforcement musculaire
- Etirements
- Perception et contrôle de la verticalité
- Équilibre et contrôle postural
- Relevé du sol
- Aide technique



ERGOTHÉRAPEUTE

- Mise en situation pour récupérer de l'autonomie
- Fauteuils adaptés
- Visite à domicile
- Conseils en aménagement du domicile

A l'hôpital ...

... quelle prise en charge pour ne plus chuter ?



PÉDICURE - PODOLOGUE

- Conseils et soins des pieds
- Adaptation du chaussage



AIDE-SOIGNANT

Aide :

- Au lever / au coucher
- A la marche
- A la toilette et à l'habillage
- Aux WC
- A la prise alimentaire et à la surveillance des constantes
- A la mise des bas de contention et des chaussettes antidérapantes

DIÉTÉTICIEN - NUTRITIONNISTE

On mange quoi ?

- Evaluation nutritionnelle à partir des apports, du poids et de la biologie
- Sensibilisation et conseils à la nutrition
- Enrichissement des repas
- Compléments nutritionnels oraux



PROFESSEUR D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES

- Mobilisation du corps par des exercices individuels et collectifs adaptés
- Renforcement musculaire



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



Check-list routine des patients à risque de chutes



Quelle est la météo de mon corps ?



Je m'étire avant de me lever	
Je mets mes 5 sens en éveil	
Je mets en mouvement chaque partie de mon corps	<input type="checkbox"/> Jambes <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Respiration à chaque mouvement
Je respecte mon rythme	
J'anticipe l'action	
J'évite les mouvements brusques et rapides	



Formations: sénio-simulateur





Groupe de travail chutes 2024



Cheffe de projet: Marie-Claire Jouan

Pluri-disciplinarité avec 25 professionnels

- Médecins
- Cadres expert en soins
- Cadres rééducateurs, de santé
- Rééducateurs (kiné, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, APA)
- IDE
- Gestionnaires de risques



Perspectives du nouveau document chutes AP-HP



- Prendre en compte le risque de chute à tous les âges de la vie
- Intégrer les axes du plan anti-chutes
- Impliquer plus les patients et les proches dans les mesures de prévention à l'hôpital mais également en anticipant les besoins lors du retour à domicile
- Proposer des recommandations spécifiques aux prises en charge:
 - Gériatrie
 - Service d'accueil des urgences
 - Imagerie
 - Maternité/néonatalogie
 - Chirurgie
 - Hospitalisation à domicile
- Prescriptions médicales associées à la prévention du risque de chutes