

Chute grave en structure médico-sociale médicalisée

Guide d'aide à l'analyse approfondie des causes

Contexte

La Haute Autorité de Santé, dans son cinquième bilan annuel sur les Evènements Indésirables Graves associés aux Soins (EIGS) publié en novembre 2022, précise que les EIGS en lien avec une chute font partie des 3 thématiques les plus fréquemment déclarées, avec les conduites suicidaires et les erreurs médicamenteuses. Des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant le risque de chute sont proposées par la HAS.

En Ile de France, l'Agence Régionale de Santé, s'est donnée comme objectif de réduire les chutes graves et d'améliorer les pratiques de prévention. Elle a lancé la campagne « Pare à Chute » en 2016 et 2017 qui se poursuit par la mise en ligne d'une formation sous forme de MOOC (*Massive Open Online Course*) intitulé « Chute : Eviter les chutes graves chez les personnes âgées » en libre accès sur le site de l'ARS Île de France¹.

Un plan d'actions triennal de lutte contre les chutes a été lancé au niveau national en février 2022², avec pour objectif de réduire de 20% les chutes mortelles ou invalidantes des plus de 65 ans en 3 ans.

Dans ce contexte, l'ARS Île de France a missionné la STARAQS³ pour rédiger un guide d'analyse des chutes graves s'appuyant sur les accompagnements réalisés auprès des établissements de santé et des structures médico-sociales et l'expérience des professionnels de terrain.

Pour rappel, en fonction des circonstances et de la gravité, la chute doit faire l'objet d'une déclaration à l'ARS, via le formulaire de déclaration ou le portail national de signalement des événements sanitaires indésirables.

Objectifs

Ce document a pour objectif d'aider les professionnels à réaliser, en autonomie, une analyse approfondie des causes.

Il a pour vocation d'être complété en équipe pluridisciplinaire. En amont de l'analyse, nous vous conseillons de :

- Recueillir les éléments d'information auprès des professionnels et dans le dossier de la personne
- Recueillir le témoignage de la personne sur sa chute
- Etablir la chronologie de la prise en charge de la personne avant et après la chute.

Les thématiques abordées sont les suivantes :

- La démarche de prévention et de gestion des chutes par la structure,
- L'évaluation du risque de chute de la personne à l'admission et durant le séjour,
- L'analyse des circonstances de la chute,
- Les mesures immédiates mises en œuvre et à distance de la chute.

L'analyse de chaque thématique vous permettra d'identifier les principales problématiques qui donneront lieu à des actions d'amélioration en termes de prévention et de prise en charge. Le plan d'actions devra comprendre la désignation d'un pilote par actions et les échéances.

En cas d'une déclaration sur le portail national, ce document a également pour but de contribuer à une meilleure qualité de renseignement de l'analyse des causes et du plan d'actions du volet 2.

Ce document a été rédigé par la STARAQS et a bénéficié de l'expertise d'un groupe de relecture.

¹ MOOC « Chute éviter les chutes graves chez les personnes âgées ». ARS Ile-de-France ; 2022.

² CIRCULAIRE N° SGMCAS/CNSA/2022/21 du 9 février 2022 relative au lancement et à la mise en œuvre du plan triennal antichute des personnes âgées

³ STARAQS : Structure Régionale d'Appui à la Qualité des Soins et la Sécurité des patients www.starags.com

1. La démarche de prévention et de prise en charge des chutes de la structure

1.1 La démarche qualité et gestion des risques	Réponse
Un dispositif de déclaration et de traitement des Evénements Indésirables est-il en place ?	
Un dispositif de recueil et de traitement des réclamations et des plaintes est-il en place ?	
Une politique de prévention des chutes est-elle inscrite dans le projet d'établissement ou le projet de soins ?	
La politique de prévention des chutes prend-elle en compte la prévention de la dénutrition et de la iatrogénie médicamenteuse ?	
Un référent chute a-t-il été identifié dans la structure ? Ses missions sont-elles définies ?	
Un dispositif de déclaration des chutes est-il en place ?	
Existe-t-il une instance qui analyse les chutes ?	
Des partenariats sont-ils mis en place ? (kinésithérapeute libéral, service d'urgence, équipe mobile...)	
Une réflexion bénéfice-risques est-elle menée sur la contention et son impact sur la liberté d'aller et venir ?	
1.2 Les protocoles	
Un protocole de prévention et de prise en charge des chutes est-il formalisé ? (évaluation du risque de chute, mesures immédiates, déclaration, information des proches...)	
Un protocole de gestion de l'urgence est-il formalisé ?	
Une conduite à tenir en cas de traumatisme crânien est-elle formalisée ?	
Un protocole de mise en place et d'évaluation d'une contention est-il formalisé ?	
Chaque protocole est-il connu et accessible ?	
1.3 La formation des professionnels	
Des actions de sensibilisation et de formation sur la prévention et la prise en charge des chutes sont-elles réalisées ?	
Des formations sur l'utilisation du matériel sont-elles réalisées ? (ex : fauteuil roulant, lève-personne, verticalisateur, matériel et dispositifs médicaux...)	
Des formations sur la prise en charge de l'urgence sont-elles réalisées ?	
1.4 L'environnement et les équipements	
Les facteurs environnementaux augmentant le risque de chute ont-ils été identifiés ? (éclairage, sol, escaliers, aménagement, équipements...)	
Existe-t-il une politique d'achat de matériel /chaussage adapté au public accueilli ?	
Le matériel de transfert et les aides techniques sont-ils régulièrement entretenus et contrôlés ?	
1.5 Les ressources humaines	
Des postes d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, podologue...) existent-ils ? Sont-ils pourvus ? Si non, des alternatives sont-elles envisagées ?	
Un poste médical existe-t-il ? Est-il pourvu ?	
Actions à mettre en place	

2. L'évaluation du risque de chute de la personne

2.1 L'évaluation du risque de chute à l'admission	Réponse
Une évaluation du risque de chute a-t-elle été réalisée à l'admission ?	
Une grille d'évaluation a-t-elle été utilisée, si oui laquelle ?	
Un bilan fonctionnel a-t-il été réalisé ? Par qui ?	
La personne et ses proches ont-ils été sollicités quant à la notion de chute ou de risque de chute ?	
Des antécédents de chutes, avec ou sans traumatismes, ont-ils été identifiés ?	
Si la personne a été identifiée à risque de chute, ce risque était-il tracé dans le dossier de la personne ?	
Cette évaluation a-t-elle permis d'identifier des mesures de prévention ? Si oui, lesquelles ?	
La transmission des mesures de prévention a-t-elle été effective auprès des professionnels ?	
Si la personne et/ou les proches n'ont pas été associés à la réflexion bénéfique/risque et aux mesures définies, sont-ils au minimum informés du risque de chute et des mesures de prévention associées (matériel mis en place, contention ...) ?	
2.2 L'évaluation du risque durant le séjour	
La réévaluation du risque de chute a-t-elle été réalisée et tracée, au minimum annuellement et lors de chaque changement notable de l'état de santé ?	
L'évaluation a-t-elle permis d'initier ou d'adapter les mesures de prévention en équipe pluridisciplinaire ? Si oui lesquelles ? Sont-elles tracées ?	
La transmission des mesures de prévention a-t-elle été effective auprès des professionnels ?	
La personne et/ou les proches ont-ils été informés régulièrement de l'évolution du risque de chute et des mesures de prévention associées ?	
Le projet personnalisé prend-il en compte le risque de chute ?	
En cas de chutes répétées, une recherche et/ou une analyse des facteurs favorisants a-t-elle été menée lors d'une chute précédente ?	
Actions à mettre en place	

3. L'analyse des circonstances au moment de la chute

3.1 La recherche des facteurs liés à la personne	Réponse
Le recueil du récit de la personne est-il pris en compte dans l'analyse de la chute ?	
La personne présente-t-elle une ou des pathologies chroniques favorisant le risque de chute ?	
Des événements de vie significatifs sont-ils survenus les semaines ou les jours précédant la chute ? Isolement, événement personnel ou familial, admission/changement de structure, d'unité, etc.	
La personne était-elle dans une situation présentant un risque élevé de chute ? Levée de contention, retour d'hospitalisation, premier lever après une fracture, etc.	
Des éléments somatiques récents pouvant majorer le risque de chute ont-ils été identifiés ? Altération de l'état général, épisode aigu, contexte infectieux, dépression, dénutrition, baisse de l'acuité visuelle, changement de traitement, etc.	
En cas de modification récente du comportement, une recherche des facteurs favorisants a-t-elle été menée ?	

La iatrogénie médicamenteuse a-t-elle pu favoriser la chute ? Un traitement majorant le risque de chute était-il prescrit au moment de la chute (neuroleptique, sédatif, hypotenseur, etc.). Si ce traitement était prescrit en “si besoin”, a-t-il été administré le jour de la chute ?	
Le chaussage était-il adapté au moment de la chute ? Si non, pourquoi ?	
La personne avait-elle au moment de la chute ses lunettes, ses prothèses auditives ? Si non pourquoi ?	
Les aides techniques au déplacement/transfert étaient-elles utilisées au moment de la chute ? Si non, pourquoi ?	
La personne avait-elle ses mesures de protection au moment de la chute (ex : casque, protecteur de hanche) ? Si non pourquoi ?	
La personne portait elle un dispositif d’alerte (bracelet/collier appel malade...) ?	
3.2 La recherche des facteurs liés à l’environnement	
Le lieu où la personne a chuté présentait-il un risque de chute ? (Sol glissant ou irrégulier, éclairage insuffisant, escalier ou marche, obstacle au sol, obstacle au déplacement d’un fauteuil roulant, etc.)	
Le mobilier a-t-il joué un rôle dans la chute ? (adaptable non bloqué, bascule suite à l’appui de la personne ...)	
Le lit était-il à une hauteur adaptée aux besoins de la personne ? Un tapis amortisseur de chute était-il présent ?	
L’utilisation du fauteuil roulant était-elle conforme lors du transfert, de l’installation, des déplacements ?	
L’utilisation du matériel d’aide au transfert était-elle conforme ? Le personnel avait-il été formé à cette utilisation ?	
Des mesures de contention étaient-elles en place (barrières, ceinture, etc.) ? Etaient-elles prescrites ? Conformément à la prescription médicale ?	
3.3 La surveillance de la personne et l’adaptation de la prise en charge	
La surveillance programmée en fonction du risque de chute a-t-elle été respectée et tracée ?	
L’organisation des soins permettait-elle d’assurer la surveillance programmée ?	
3.4 Le personnel présent au moment de la chute	
Le personnel présent le jour de la chute était-il adapté en effectif et en compétence ?	
Le personnel ayant pris en charge la personne avant la chute était-il diplômé, titulaire ? Connaissait-il la personne et ses spécificités de prise en charge ? A-t-il tracé les soins réalisés ?	
Le personnel ayant pris en charge la personne au décours de la chute était-il diplômé, titulaire ? Sa formation aux gestes d’urgence était-elle à jour ? Connaissait-il les protocoles en place (prise en charge d’une chute, circuit d’alerte) ?	
Actions à mettre en place	

4. Les mesures immédiates mises en œuvre et à distance de la chute

4.1 La prise en charge de l’urgence	Réponse
Les premiers gestes réalisés étaient-ils adaptés au niveau de gravité de la chute ?	
L’alerte était-elle adaptée à la gravité de la situation ? (Déclenchement des circuits d’alerte interne et externe sans délai)	
En cas de facteur lié à l’environnement, des mesures immédiates ont-elles été mises en place sans délai pour la sécurité des autres personnes ?	

4.2 Les mesures de surveillance et d'adaptation de la prise en charge	
Les modalités de surveillance au décours de la chute ont-elles été appliquées au regard d'une prescription médicale ou d'un protocole ?	
Des actions de prévention et/ou de correction ont-elles été communiquées sans délai aux professionnels pour éviter la survenue d'un nouvel événement ?	
4.3 Le débriefing avec l'équipe	
Un débriefing a-t-il été rapidement réalisé sur la gestion de la situation ?	
Ce débriefing a-t-il permis d'établir la chronologie de l'événement, les circonstances de la chute, d'identifier la cause principale et de définir les mesures immédiates ?	
4.4 L'information et le soutien de la personne et de ses proches	
Une information à la personne et/ou ses proches a-t-elle été réalisée ?	
L'annonce d'un dommage lié aux soins a-t-il été réalisé ?	
Des actions de soutien auprès de la personne et/ou de ses proches ont-elles été mises en place ?	
4.5 Le soutien aux équipes	
Des actions de soutien aux professionnels ont-elles été mises en place immédiatement le cas échéant ?	
Un accompagnement et/ou un soutien psychologique ont-ils été proposés aux professionnels de l'équipe avec des ressources internes ou externes ?	
Un retour à l'ensemble des professionnels a-t-il été réalisé ?	
4.6 Les aspects médico-légaux	
Une déclaration de chute a-t-elle été effectuée en interne ?	
Si la gravité de la chute le justifie (mise en jeu du pronostic vital, déficit fonctionnel avéré ou probable, décès) une déclaration a-t-elle été effectuée sur le portail national de signalement ? Une analyse approfondie des causes et un plan d'actions ont-ils été programmés ?	
Si un risque de plainte était identifié, le dispositif de gestion de cette plainte a-t-il été activé ?	
Si un risque médiatique était identifié, un dispositif de gestion /communication de crise a-t-il été mis en place ?	
Actions à mettre en place	

REMERCIEMENTS

- * ADEF Résidences Direction de la Politique de Santé et des Soins : Dr D'ARAILH, Dr HOLLE, Mme BLANCHETEAU
- * Association Monsieur Vincent : Mme MOUACI, directrice métier et qualité
- * EHPAD KORIAN Bel Air : Dr DEMANTKE, médecin coordonnateur
- * EHPAD Léopold BELLAN Bois Colombes Fondation LÉOPOLD BELLAN : Mr CHAPPE, IDEC – Dr WATELET, médecin coordonnateur
- * Maison Saint Jean de Malte, Ordre de Malte France : Mme LEKHAL, ergothérapeute
- * MAS Les Jours Heureux Epinay sur Orge : Mme MICHAILLE, ergothérapeute - Mme ROYNARD, psychomotricienne
- * Résidence Harmonie LNA Santé : Dr GILBERT, médecin coordonnateur - Mme RODRIGUES, psychomotricienne
- * Résidence l'Ermitage Longjumeau Groupe Colisée : : Dr RAZAFINDRAINIBE, médecin coordonnateur - Mme RODIN, psychologue - Mme LANOE, psychomotricienne - Mme GERMANY, IDEC - Mme LUABEYA, apprentie de direction
- * ARS Île-de-France : Dr MARTINOWSKY, conseiller médical
- * ARS Île-de-France Département Réclamations, Évènements Indésirables et Vigilances : Dr Isabelle NICOLET, Mme DUBIEZ, Mme GOMES MARTINS, Mme KHACHOU, Mr KHITER, Mme LE NEILLON, Mme RICHARD-LAURENT,
- * Conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Île-de-France : Mr SERRE, président - Mme MARTINEAU, secrétaire générale