

PREVENTION DES CHUTES DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION

EVALUATION DES PRATIQUES : UNE EXPERIENCE (2011-2016)

Par : P.MONTALTI Kinésithérapeute, D.U kinésithérapie et réhabilitation
gériatriques

CH LANGOGNE 48300

Introduction

Le Centre Hospitalier de Langogne est un établissement public de 140 lits, comportant 23 lits de médecine, 30 lits d'USLD et 87 lits d'EHPAD (dont 16 pour l'unité d'accueil Alzheimer) et un PASA . La moyenne d'âge des personnes accueillies est d'environ 86 ans (il s'agit donc d'une population fragile, à fort risque de chute).Des consultations spécialisées (cardiologie, gynécologie, orthopédie, sage-femme, í) sont organisées.

C'est un établissement de proximité en milieu rural, situé sur la Communauté de Communes du Haut-Allier (CCHA-Lozère). Celle-ci compte 4501 habitants, 26 % de ceux-ci ayant 65 ans et plus (INSEE 2013). Il s'agit donc d'un habitat clairsemé.

La CCHA comporte une Maison de Santé : 4 médecins traitants , 3 kinésithérapeutes , 1 ostéopathe , 2 orthophonistes . 1 psychologue , 1 diététicienne, 1 sage-femme interviennent, un Centre de Soins A Domicile (IDE, AS), diverses structures d'aide à domicile, etc.

Ce sont les médecins traitants qui interviennent au Centre Hospitalier .

Le travail présenté a débuté en 2011 au sein du Centre Hospitalier. Parallèlement, ne expérience de prévention des chutes à domicile a été tentée en 2015 et 2016, dans le cadre du Contrat Local de Santé, dans un partenariat entre l'Hôpital et le Centre de Soins à Domicile. Une quinzaine de personnes âgées isolées ont suivi ce cursus au titre de la prévention primaire des chutes.

Nous choisissons comme définition de la chute celle de la HAS (2009) : « **fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur à la position de départ.** »

La stratégie adoptée dans l'abord de la prévention des chutes en institution a été la suivante:

A. Justification de la démarche :

1. épidémiologie des chutes en France : morbidité, mortalité, sociologie
2. typologie : la population du bassin de recrutement de l'établissement, les patients/résidents (notion de fragilité), structure de l'hôpital, les équipes soignantes

B. Moyens de 1ère intention :

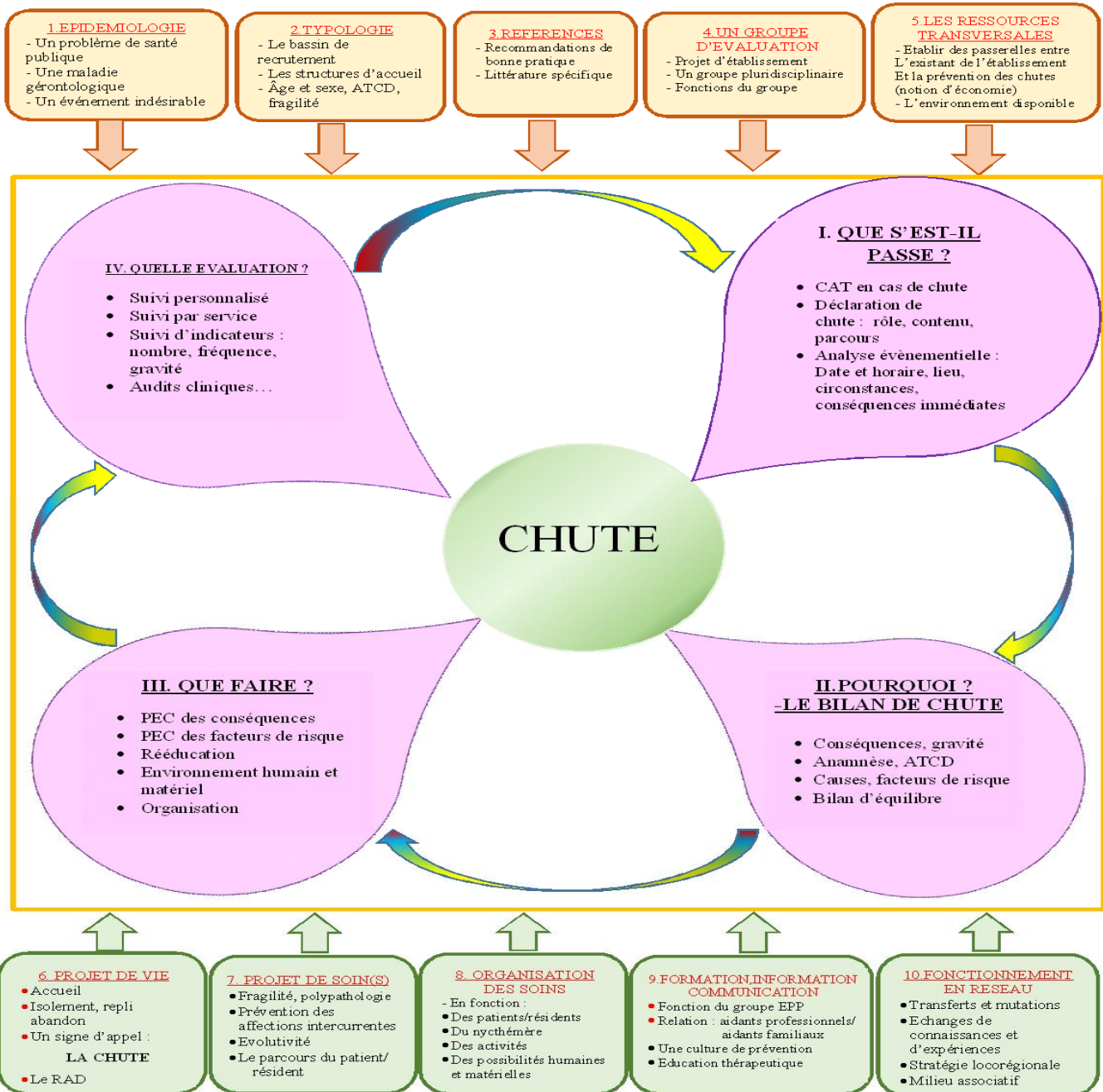
3. Références : recommandations HAS et autres , bibliographie générale , expériences ciblées
4. un groupe pluridisciplinaire d'évaluation : médecin(s), IDE , Kiné , Diététicienne , AS
5. Les ressources transversales (l'existant de l'établissement , qui peut participer de la prévention): CLIN , CLAN , CLUD , Pharmacie, Rééducation, Services techniques, formation en manutention, formation « Humanitude », etc...

C. Les grands axes de la prévention

6. un projet de vie : animation, prévention de l'isolement, environnement, etc..
7. un projet de soins tenant compte de la prévention
 8. organisation des soins ; rôle de l'encadrement et des structures institutionnelles
 9. Un projet formation, information, communication
 10. Un fonctionnement en réseau.

- D. Un cò ur d'ouvrage : en institution, la prévention secondaire nous semble fondamentale, avec le questionnement : que s'est-il passé, pourquoi, que faire, comment l'évaluer ?

STRATEGIE DE PREVENTION DES CHUTES DE LA PERSONNE AGEE EN MILIEU INSTITUTIONNEL



MODALITES D'EVALUATION , CAHIER DES CHARGES DU SUIVI D'INDICATEURS

I. Objectifs :

- 1. Définir des Indicateurs pertinents de Pratique Clinique de prévention des chutes de la personne âgée en institution.
- 2. Par le biais de la procédure définissant les règles de recueil, de traitement et de suivi de l'information « chute», établir les modalités d'un suivi d'indicateurs.
- 3. Mettre en place un journal de suivi d'indicateurs à destination des différents acteurs.
- 4. Le but de la prévention étant d'assurer la sécurité de la personne, en respectant sa dignité et sa liberté.
- 5. Participer à la promotion d'un vieillissement sans handicap.

II. Recueil de l'information :

Il se fait à partir de la fiche de déclaration de chute, renseignée par le soignant qui constate la chute, et par l'examen du dossier du patient.

La déclaration de chute est indexée à une **Conduite à tenir en cas de chute**. Elle doit refléter la prise en charge en urgence d'une personne accidentée .

La fiche de déclaration de chute doit être :

- Aisée à remplir
- Aisée à comprendre par les soignants qui vont la renseigner
- Susceptible d'être remplie en moins de 3 minutes

Son rôle est :

- A.** Objectiver un fait, une situation: **LA CHUTE**
- B.** Servir de signal d'alerte
- C.** Par sa pertinence, permettre de répondre à la question: **Que s'est-il passé?**
- D.** Permettre une action ciblée rapide
- E.** Permettre une étude statistique de la problématique
- F.** Contribuer à l'information, la sensibilisation, des aidants professionnels

Son contenu :

Les fiches de déclaration de chute des dossiers informatisés sont souvent complexes, comportant plusieurs pages, et nécessitent souvent une certaine adaptation. Par contre, elles représentent un gain de temps dans la transmission de l'information, et sont inscrites directement dans le dossier patient.

Cette fiche comprend obligatoirement :

- Identité des personnes déclarantes
- Date et horaire de la chute.
- Lieu de la chute.
- Circonstances de la chute, environnement
- Conséquences apparentes de la chute : sans conséquence, douleur , traumatismes
- les moyens immédiats mis en œuvre : prise des constantes, appel du médecin, manutention, etc.

Parcours de l'information :

L'information suit le parcours défini par une procédure reconnue et publiée .Ce parcours doit permettre de traiter l'information en temps réel, comme en temps différé.

Contrôle des déclarations :

- Indicateur de nombre : le nombre de chutes ne doit pas dépasser la limite inférieure de variabilité sur le graphe (voir ci-dessous)
- Contrôle conjoint déclaration de chutes / journal de bord du patient
- Éléments recueillis lors des réunions d'équipes
- Éléments recueillis auprès des patients.

FICHE DE DECLARATION DE CHUTE

Noms des déclarants _____ Service _____ Date et heure de la Chute _____

Lieu de la chute _____ Accompagnement lors de la chute _____ Appel préalable _____

Oui Non
 Oui Non

Circonstances de la chute _____ Obstacle _____ Sol _____ Eclairage _____

T T

Informations immédiates sur le Patient

Nécessitant l'appel de l'IDE

Oui
 Non

Paramètres

T

Constantes prises

Glycémie

Saturation

Tension

Pouls

Lunettes

Signes neurologiques

T

Chaussures

Aide Technique lors déplacements

Conséquences immédiates de la chute

Perte de connaissance

Oui Non

Douleur

Généralisée Localisée

Comportement immédiat du chuteur

T

Tête et dos

T

Membres supérieurs - Thorax

T

Membres inférieurs - Bassins

T

Traumatismes physiques

Suspicion de fracture

Oui Non

Plaie(s)

Oui Non

Hématome(s)/Contusion(s)

Oui Non

Tête et dos

T

Membres supérieurs - Thorax

T

Membres inférieurs - Bassins

T

III. Les indicateurs : définitions . Cartes de suivi

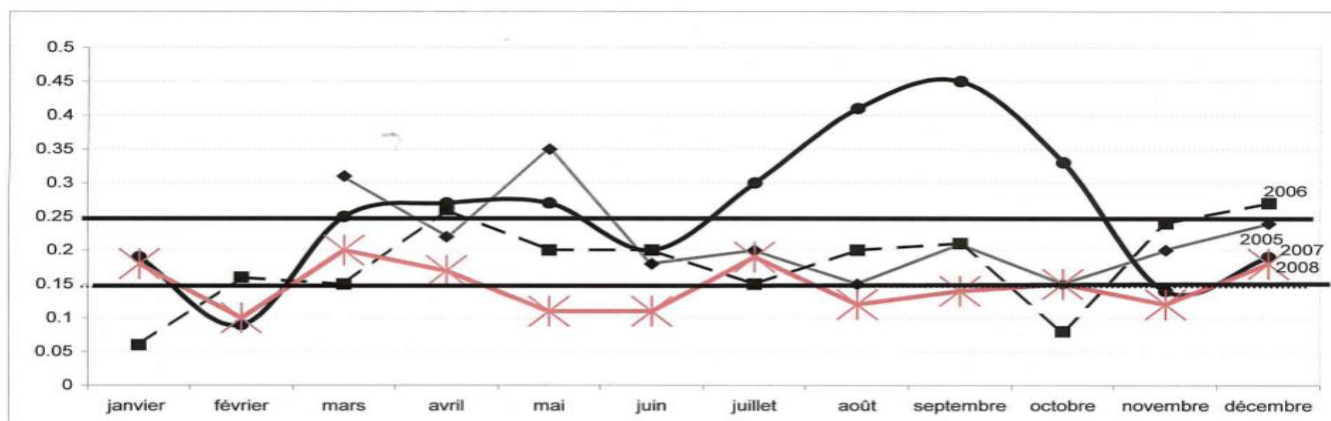
Au nombre de **3**, ces Indicateurs correspondent à **3** modalités d'abord de l'événement indésirable « chute ». Ils participent de la qualité des soins et de la sécurité du patient.

Certains autres indicateurs peuvent les compléter.

- **Il est mis en place 1 carte graphique par indicateur et par année. (Pour des raisons de commodité et de lisibilité nous présentons ces graphiques sur deux à trois années sur les six de l'étude)**
- Il s'agit d'un graphique de type chronologique : un pointage est effectué tous les mois.
- Pour les indicateurs de nombre et de fréquence :
Le niveau de référence, les limites de variabilité sont fixés pour chaque indicateur en fonction des données statistiques recueillies dans l'établissement pour l'année 2010, comparées aux données recueillies sur 4 ans (2005 à 2008) dans un établissement similaire (Hôpital Local de Vernoux ó 07)

INDICATEUR DE NOMBRE - Carte de suivi d'indicateur
Ensemble de l'établissement - 2005, 2006, 2007 , 2008

Vernoux ó en ó Vivarais : Hôpital local



Nombre de chutes / nombre de patients - résidents / mois

1. Indicateur de nombre :

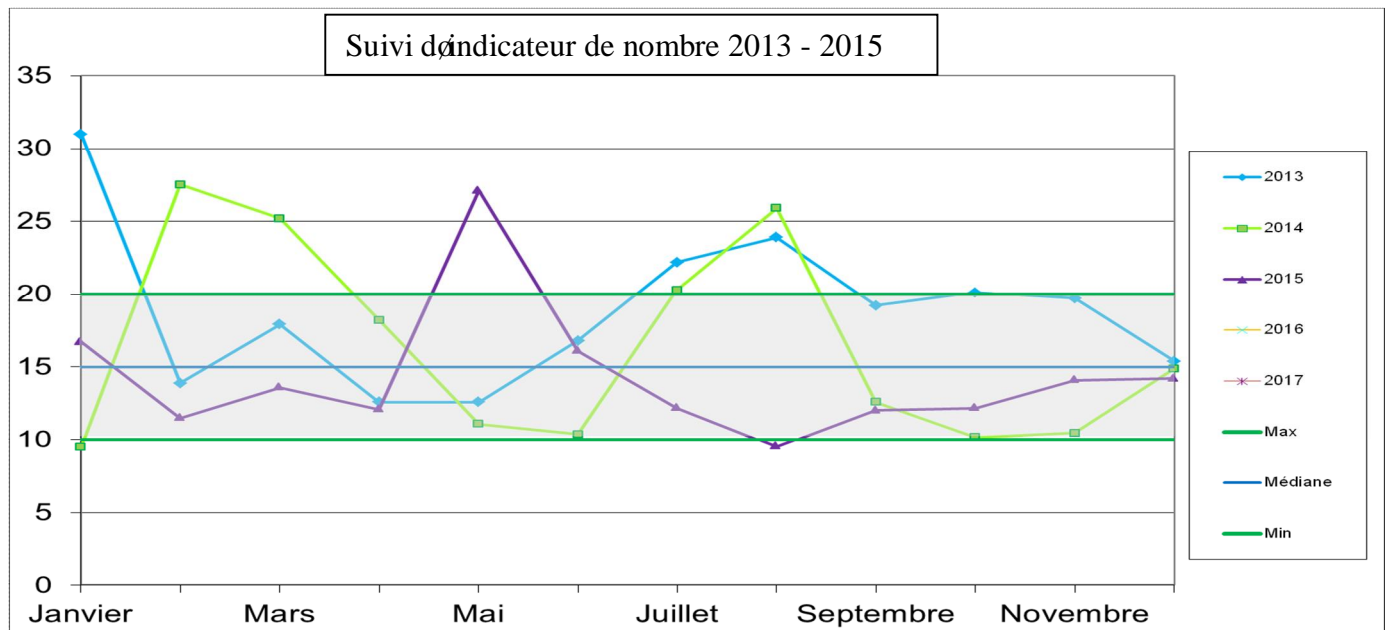
1.1. Un indicateur général de nombre

Cet indicateur représente la chute en tant qu'événement indésirable; c'est la problématique générale d'un service, d'un établissement accueillant des personnes âgées.

L'objectif du suivi est de diminuer le nombre global de chutes, donc limiter la perte d'autonomie liée à ces chutes, ainsi que la probabilité de fracture.

Il se définit comme :

$$\frac{\text{Nombre total de chutes dans la structure} \times 100}{\text{Nombre total de résidents sur la période (mois, année, í)}}$$

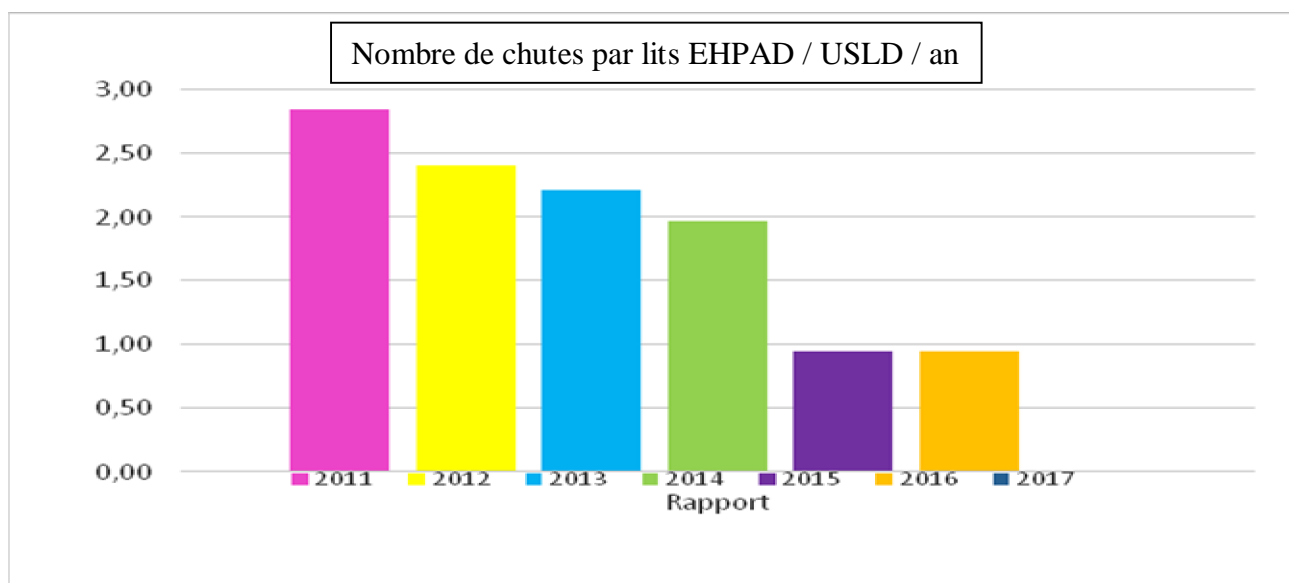


Commentaire : un déplacement du graphique vers la limite inférieure de variabilité .

1.2 Incidence des chutes / lits EHPAD - USLD /an

Certains auteurs utilisent cet indicateur, qui se définira alors comme :

$$\frac{\text{Nombre de chutes par an}}{\text{Nombre de lits EHPAD / USLD}}$$



Commentaire :

Cet indicateur est très général ; en particulier, il ne tient pas compte du taux d'occupation des lits. Il est par contre parfaitement lisible par tous.

2. Indicateur de fréquence :

C'est la problématique des chutes répétées.

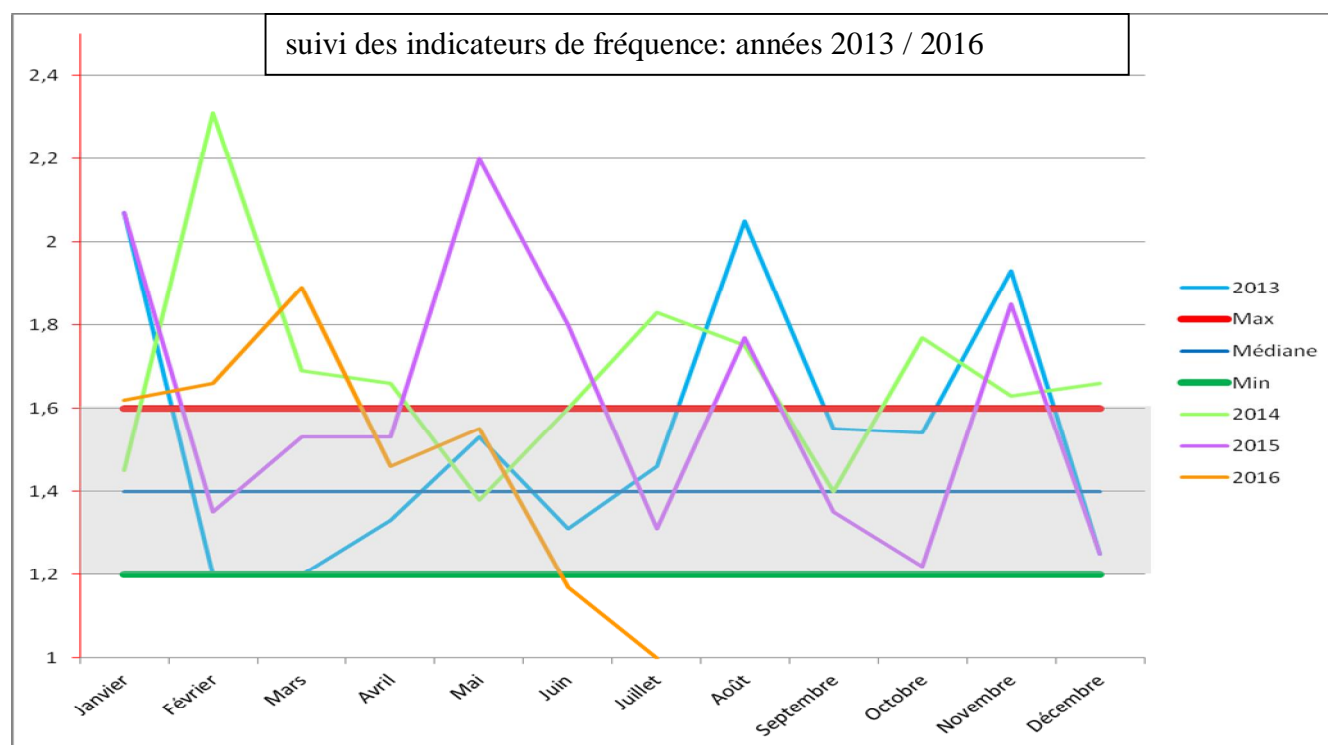
C'est un indicateur de REACTIVITE du médecin et de l'équipe soignante à la multiplication des chutes d'un résident.

Il est particulièrement utile dans le cadre de l'analyse des risques encourus par les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives.

L'objectif est de diminuer la fréquence des chutes, donc de tendre vers $i = 1$, soit vers une seule chute par chuteur.

Il se définit comme :

$$\frac{\text{Nombre de chutes}}{\text{Nombre de chuteurs (mois, année)}}$$



Commentaire : La fréquence des chutes diminue sensiblement depuis 2015 ; nous serons peut-être amenés à baisser le niveau de référence si cette tendance se confirme dans les mois qui viennent.

3. Les indicateurs de gravité :

3.1. Les traumatismes physiques graves

Parmi les signes de gravité liés aux conséquences de la chute, nous ne considérons ici que les traumatismes physiques (donc sans prendre en compte les conséquences psychologiques et sociales, le syndrome post-chute, le syndrome de désadaptation psychomotrice, etc...).

Ces traumatismes physiques sont répertoriés comme suit :

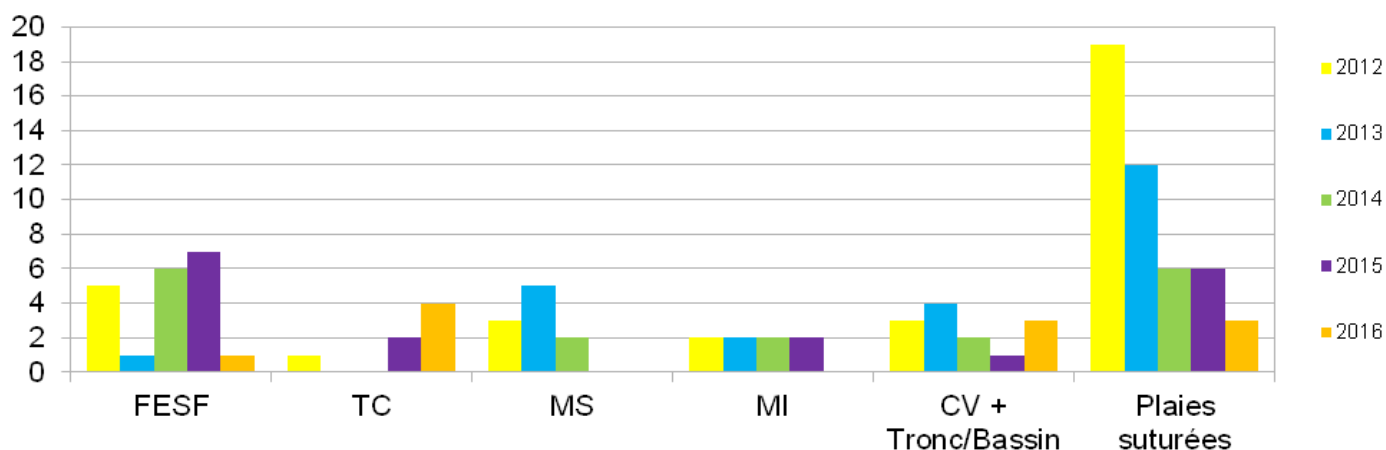
- FESF : fractures de l'extrémité supérieure du fémur (qui mettent en jeu le pronostic vital)

- TC : traumatismes crâniens ou de la face, avec ou sans perte de connaissance, avec ou sans plaie ouverte et qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital)
- Les traumatismes du Membre Supérieur (fractures, luxations, í)
- Les traumatismes du Membre Inférieur, hors FESF (fractures, entorses,...)
- Les traumatismes du thorax, de la colonne vertébrale et du bassin
- Les plaies nécessitant une suture, les hématomes profonds invalidants

Du fait du nombre relativement restreint de ces traumatismes, une prise en compte statistique ne serait pas représentative du phénomène.

Nous ne prenons donc en compte ici que les chiffres « bruts », en suivant le répertoire ci-dessus.

Indicateur de gravité des chutes



Commentaire : données recueillies jusqu'en juillet 2016. Sauf pour le dernier item, il n'y a pas de baisse significative de la gravité, malgré la diminution nette du nombre global de chutes.

3.2 . Taux d'hospitalisation suite à une chute, en EHPAD et/ou USLD

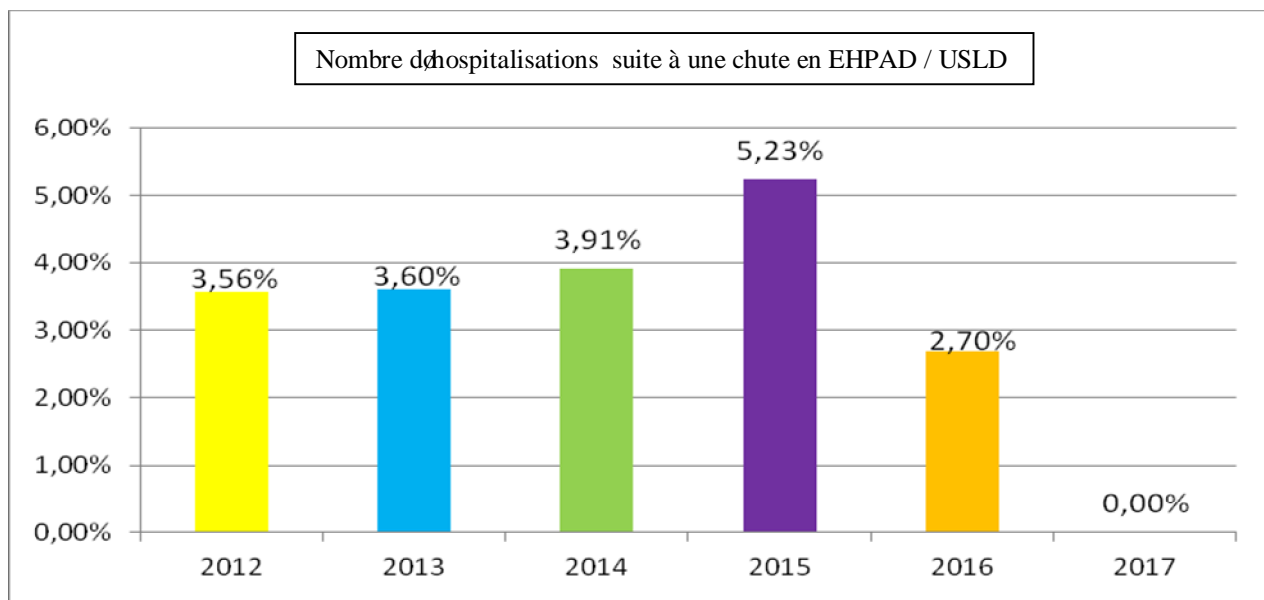
Ce taux se définit comme :

$$\frac{\text{Nombre d'hospitalisations aiguës suite à une chute} \times 100}{\text{Nombre global de chutes}}$$

Critères d'inclusion:

Par hospitalisation aiguë, nous entendons tout séjour (sur prescription du médecin traitant ou du médecin de garde, pour suspicion de fracture), en service d'orthopédie-traumatologie ou en service d'urgences, quel qu'en soit le résultat (qu'il y ait ou non fracture diagnostiquée)

C'est un indicateur de gravité, et de coût (financier et humain)



Commentaire :

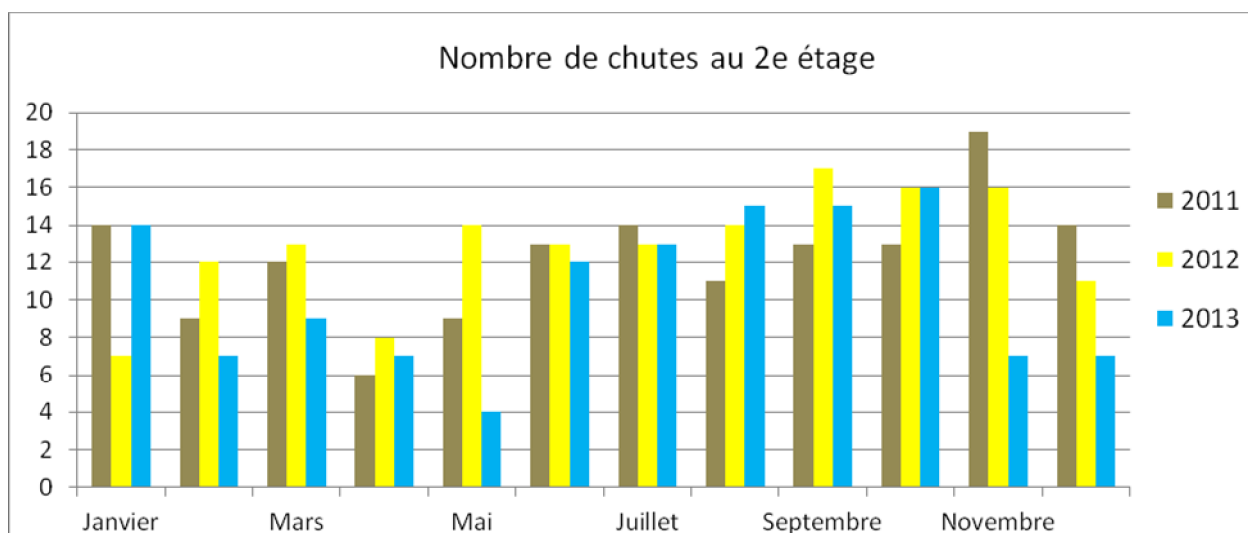
Le décompte 2016 s'arrête ici au 1^{er} juillet 2016.

On constate une croissance régulière du taux. En fait, ceci est dû à la baisse importante du nombre global de chutes, le nombre de chutes graves avec fracture restant constant (la gravité des chutes ne dépend donc pas ici du nombre de celles-ci, mais plutôt de facteurs tels que ostéoporose, dépendance, troubles cognitifs, etc..., une chute isolée pouvant entraîner une fracture).

IV . Evaluation du nombre de chutes par services

Il est intéressant, en termes de typologie des personnes accueillies ou d'organisation des soins, d'évaluer le nombre de chutes par service. On utilise alors les chiffres bruts mensuels.

Exemple : les chutes en ehpad 2ème étage



Commentaire : Ce graphique sert aux soignants à visualiser la progression de la prévention, et éventuellement pour l'organisation des soins.

V. Le suivi d'indicateurs :

-1. Objectifs :

1. Pour les indicateurs de nombre et de fréquence

De manière générale, tendre à la maîtrise statistique du processus décrit ci-dessus, c'est-à-dire tendre à réduire la variabilité des indicateurs en se recentrant sur le niveau de référence.

Introduire un questionnement sur les causes de franchissement des limites de variabilité fixées.

Promouvoir des actions ciblées afin de réduire une variabilité accrue.

Le franchissement de la limite inférieure de variabilité de l'indicateur de nombre indique soit un mauvais choix de celle-ci, soit un défaut de déclaration de chute.

2. Pour l'indicateur « traumatismes physiques graves » :

Diminuer le nombre de traumatismes physiques graves par la prise en compte individuelle des facteurs de risques intrinsèques.

3. Pour le taux d'hospitalisation Ehpad / Usld

Diminuer le coût humain et financier de la chute.

-2. Procédure de suivi :

➤ SUIVI QUOTIDIEN :

- Analyse des déclarations de chute
 - Recherche des signes de gravité de la chute
 - Recherche des causes de la chute
- } en équipe pluridisciplinaire

➤ SUIVI MENSUEL

→ Par le kinésithérapeute qui renseigne les différents indicateurs.

➤ SUIVI BIMESTRIEL:

- En réunion de groupe EPP :
- Analyse des cartes de suivi
 - Recherche des causes des écarts
 - Propositions d'action
 - Inscription dans le compte rendu de réunion

➤ SUIVI SEMESTRIEL

→ Affichage des cartes de suivi d'indicateurs avec un commentaire circonstancié, après consultation du groupe EPP, dans tous les services

➤ SUIVI ANNUEL :

- Un compte rendu annuel comportant :
- Analyse des cartes de suivi, comparaison avec les années précédentes
 - Recherche et analyse des causes des écarts
 - Propositions d'action.
 - Orientations annuelles

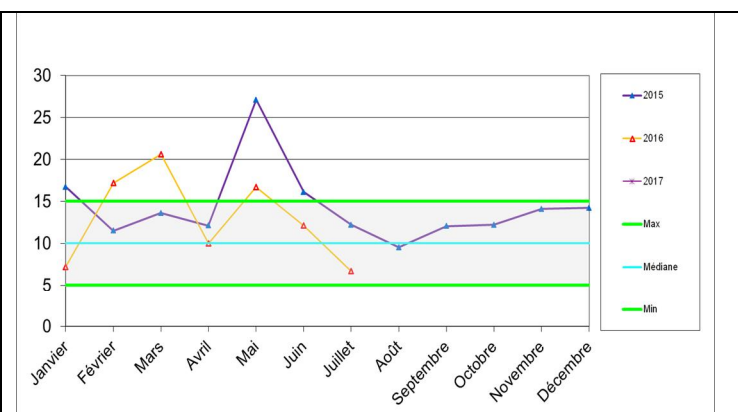
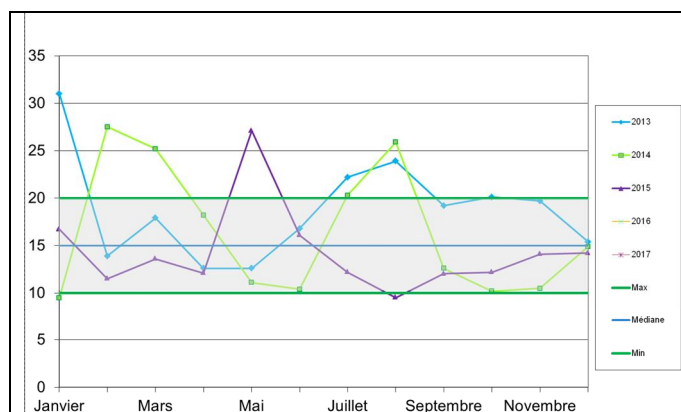
VI. Journal de suivi :

Le journal de suivi est constitué par :

- L'ensemble des cartes de suivi
- L'ensemble des comptes rendus de réunions bimensuelles
- Le compte-rendu annuel.

VII. Evolutivité du suivi d'indicateurs

- Il peut arriver que les critères définissant le suivi (niveau de référence) ne soient plus pertinents : ainsi une baisse significative et constante durant au moins 1 an du nombre de chutes nécessitera une baisse de ce niveau de référence afin que l'indicateur soit plus représentatif de l'évolution des pratiques.



Suivi d'indicateur de nombre : 2013 ó 2015

nouveau suivi d'indicateur de nombre : 2015 ó 2016 avec modification du niveau de référence et des limites de variabilité (en conservant le même écart-type)

Une modification similaire pourra se faire pour l'indicateur de fréquence, afin de tenir compte de la baisse (si confirmée) du nombre de chutes par chuteur.

Au total, rendre compte de l'évolution des pratiques de prévention des chutes et donc de l'émergence d'une « culture de prévention » dans l'établissement.

VIII Evaluations ciblées

Parallèlement au suivi d'indicateurs, des évaluations ciblées sont pratiquées. En voici quelques exemples :

1. Suivi des contentions physiques

Le risque de chute de la personne âgée en institution est bien souvent la cause de mise sous contention. Outre le problème éthique que cela pose, une évaluation régulière de ce phénomène doit être pratiquée.

Ici, nous faisons un audit clinique ciblé annuel.

2. Lieu des chutes

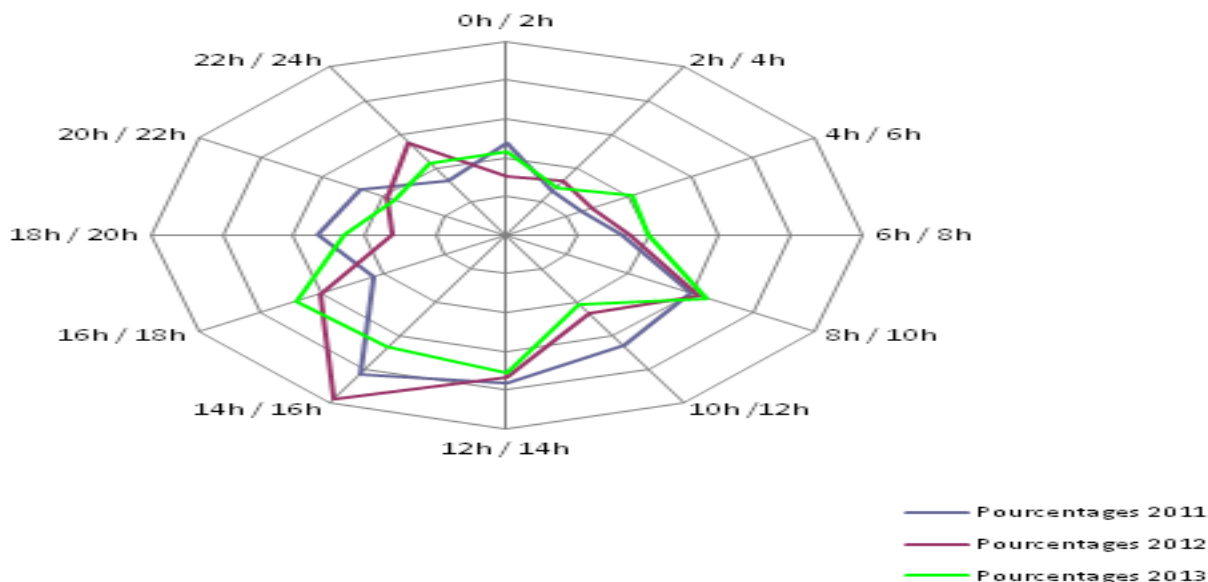
Une étude menée sur 6 mois en 2013 nous donnait 86 % de chutes en chambre .

Parmi celles-ci, 60 % avaient lieu entre 6h et 21h, ce qui posait un problème de projet de vie et d'organisation.

3. Suivi et analyse de l'horaire des chutes

L'horaire des chutes est un indicateur intéressant. On le trouve sur la fiche de déclaration de chute. La répétition d'horaires dans une même fourchette de 1 à 2 heures peut indiquer :

- un problème d'organisation des soins (comme dans le graphique ci-dessous)
- un problème mictionnel non résolu
- un problème de prise médicamenteuse
- etc..



4. Suivi nutritionnel

L'évaluation nutritionnelle dès l'accueil et un suivi approprié par la diététicienne sont fondamentaux. Ce travail est effectué dans le cadre du CLAN, la malnutrition protéino-énergétique étant un facteur de risque de chute.

5. Corrélation infection urinaire / chute de la personne âgée en institution

Une étude a été menée sur 4 ans en collaboration avec le CLIN. Pour les deux premières années (2012 / 2013), une corrélation avait été établie: durant la semaine précédant les ECBU, elle était de l'ordre de 20%. Suite aux actions menées (informations / formations) cette corrélation a été ramenée à 8% pour les années 2014 /2015.

En conclusion : La problématique des chutes est éminemment multifactorielle. Elle nécessite donc une évaluation multipolaire, dont le rendu est représenté par des indicateurs et leur suivi. Une prise en charge pluridisciplinaire au long cours permet d'instaurer une culture générale de la prévention, nécessaire afin que perdurent les actions mises en place.

Bibliographie :

- 1 La chute de la personne âgée .Sous la direction de J.-M. JACQUOT, D. STRUBEI, J. PELISSIER. Editions Masson. Paris, 1999.
- 2 Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée : ANAES 2000
- 3 Pour une stratégie de prévention des chutes en milieu rural : rôle de l'Hôpital Local. P.MONTALTI Mémoire de D.U de kinésithérapie et réhabilitation gériatriques CHU Saint Etienne 2001
- 4 Epidémiologie des chutes en institution gériatrique : A.BISMUTH-BARGAS, P.MONTALTI, et al. Entretiens de Bichat Expansion Scientifique Française 2003
- 5 Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile :HAS recommandations Avril 2005
- 6 Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile : INPES mai 2005
- 7 Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée : HAS recommandations Novembre 2005
- 8 Atelier suivi d'indicateurs : CEPPRAL (Coordination pour l'Évaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône Alpes) Lyon 2007
- 9 Les bonnes pratiques de soins en EHPAD : Direction générale de la santé : octobre 2007
- 10 Rôle de l'infirmière et du kinésithérapeute dans la préparation du retour à domicile d'un patient âgé hospitalisé pour les conséquences de chutes multiples. P. RUBENS ? P. MONTALTI. CEOR (Centre d'Évaluation, d'Orientation et de Réflexion / SSR) Valence (communication) 2009
- 11 Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées : HAS recommandations 2009
- 12 Prévention des chutes de la personne âgée en institution.P. MONTALTI. ARS, Mende (Communication) 2013
- 13 Rééducation en gériatrie. J. COHEN- F. MOUREY .Ed. Lavoisier-Médecine /Professions santé, kinésithérapie. Paris, 2014.
- 14 Prévention des chutes en EHPAD : Juliette PODVIN óDELEPLANQUE et al. Revue de gériatrie T40, n°6 Juin 2015
- 15 Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées : INSERM 2015