

La politique de prévention des chutes à St Hélier

Hélène Poulain
Dr Gallien
Dr Nicolas

Kap Ouest 2015

Pôle de Médecine Physique et Réadaptation Saint Hélier
54, rue Saint Hélier
35000 Rennes

Les chutes

- Fiches d'événement indésirable la plus fréquente
- 9000 décès de personnes de plus de 65 ans en France par an
- Fracture
- Impact psychologique de la chute
- Le syndrome post chute



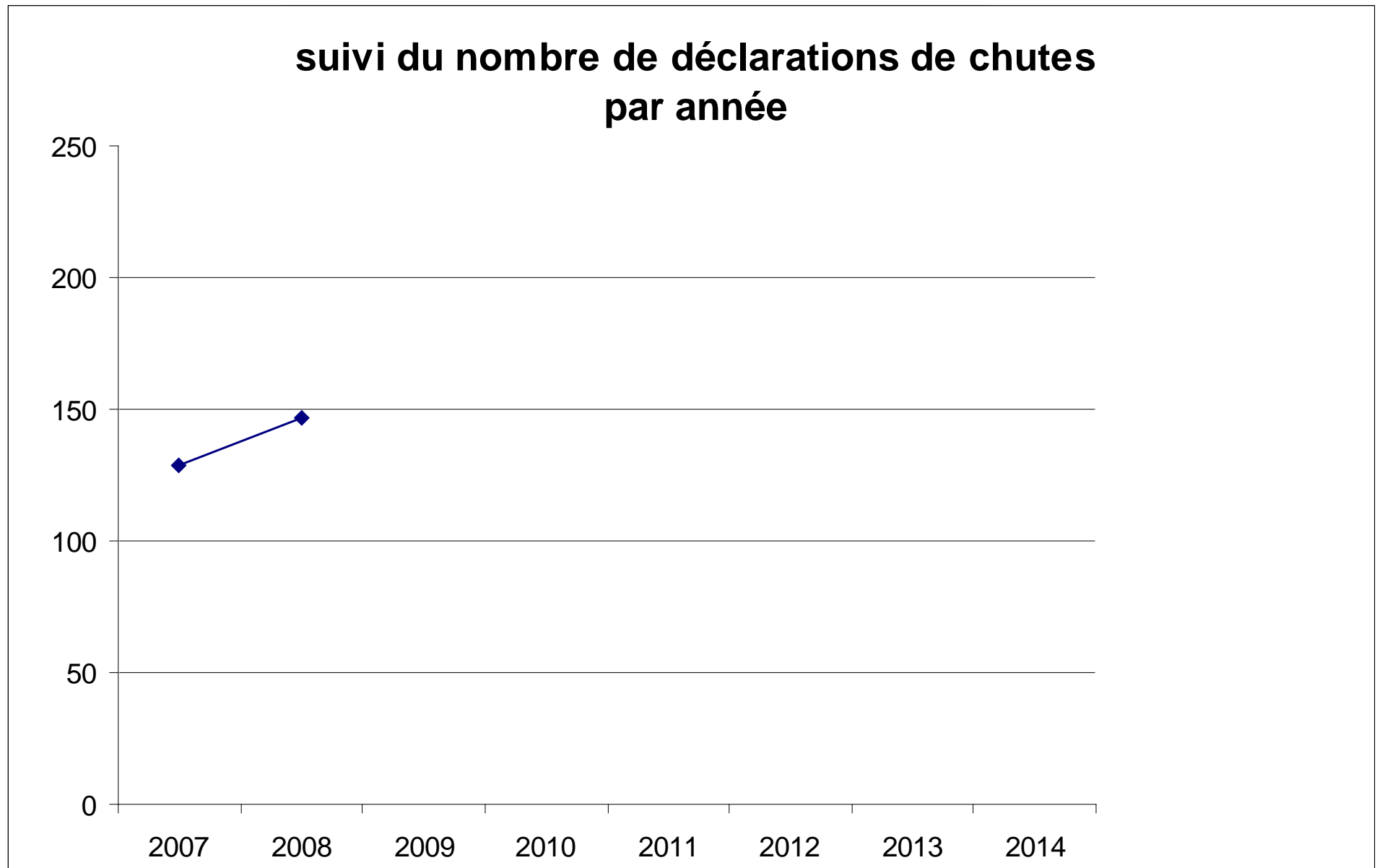
Mise en place d'une commission spécifique dépendant de la CME depuis 2007 pour essayer de répondre à ce problème dans le cadre de la démarche qualité

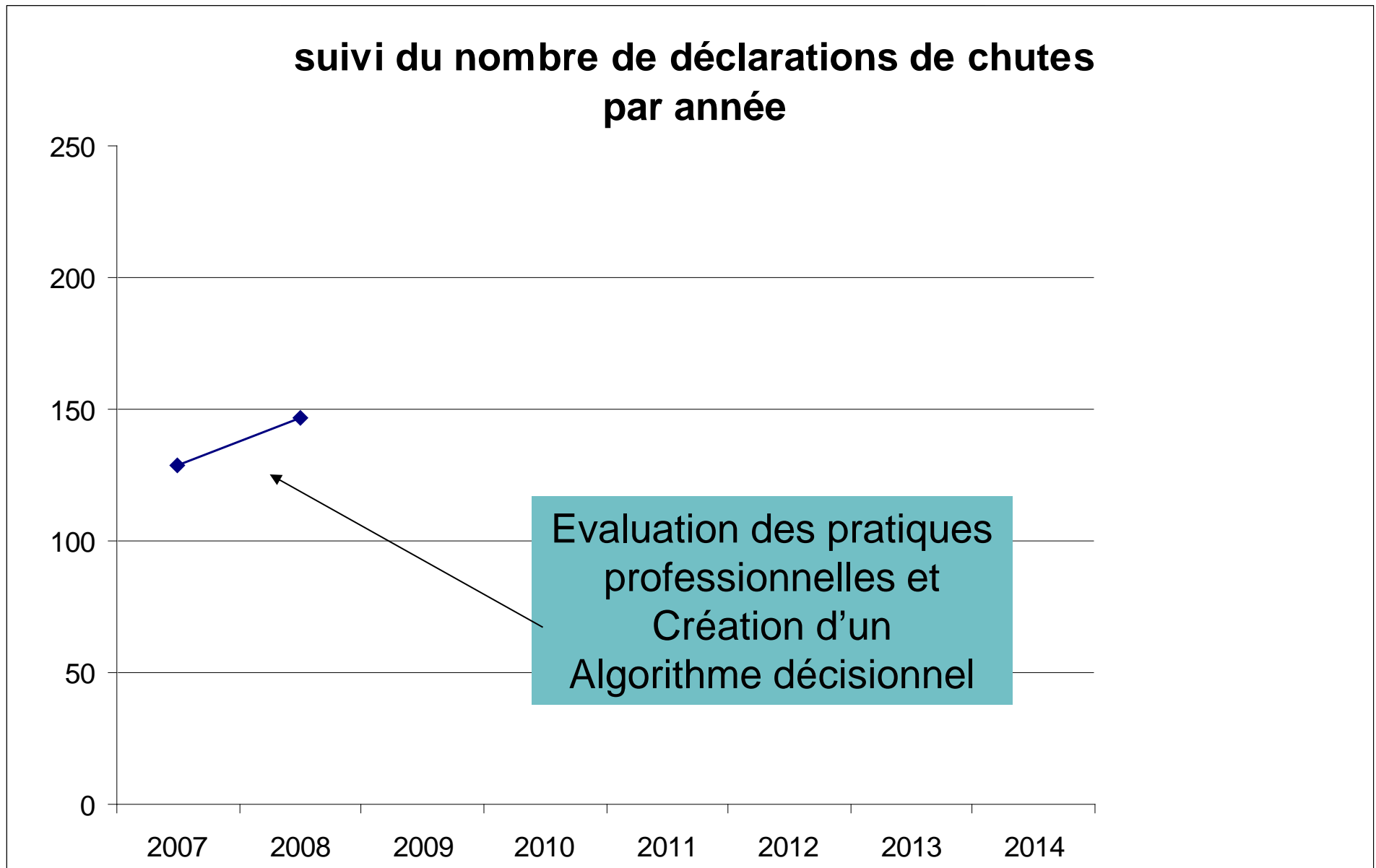
Les missions du groupe chute

- Équipe pluridisciplinaire: Médecins, infirmières, aides soignants, ergothérapeutes et kinésithérapeutes
 - Analyse mensuelle des déclarations de chute
 - Qualitative
 - Quantitative
 - Réflexion sur les plans de prévention
 - Mise en place d'actions de prévention
 - Relai auprès des équipes sur les conseils de prévention



suivi du nombre de déclarations de chutes par année





Repérer les patients à risque et agir

- En 2007, 1^{ère} étude ayant pour objectif la création d'un algorithme décisionnel
- analyse des circonstances de chute et des facteurs de risque :
 - Analyse de la littérature
 - Analyse des dossiers de 105 patients pendant 2 mois:
 - Caractéristiques de la population
 - Circonstances des chutes

Echelles réalisées dans le dossier du patient le jour de l'entrée

TRANS	CIBLE 1	CIBLE 2	CIBLE 3	CIBLE 4	CIBLE 5	CIBLE 6	CIBLE 7	CIBLE 8	CIBLE 9	RENDEZ-VOUS	STAFFS	CONTENTION ET CHUTE	
EVALUATION INITIALE DU RISQUE DE CHUTE					Oui								
MARCHANT	1 Non	APPLI UNIPODAL SUP À 5 SEC		0 NA	TEST DES 2 TACHES		0 NA	TROUBLES FONC SUP (CONFUSION, HÉMINÉGLIGENCE)		2 Oui			
SYNDROME DÉPRESSIF	1 Oui	TRAITEMENT PSYCHOTROPE		1 Oui	SCORE RISQUE CHUTE		5						
RISQUE MAJEUR : CONTENTION A ENVISAGER (SCORE DE 4 À 5)													
KINÉ, ERGO			KINÉ, IDE, AS, ERGO			KINÉ			IDE		MÉDECIN, IDE, KINÉ, ERGO		AS
ADAPTATION DU MATÉRIEL (FR, CANNE, DÉAMBULATEUR)			EDUCATION SUR LES GESTES ET SUPERVISION ACCRUE LORS DE TOUS LES DÉPLACEMENTS			AFFICHAGE DES CONSIGNES DANS LA CHAMBRE ET ÉVALUATION DE L'ÉQUILIBRE			ADAPTATION DU LIT		REFLEXION SUR LES MOYENS DE CONTENTION (TYPE, DURÉE, RÉÉVALUATION)		QUE : ET QUE LA P COM PRÉ
COMMENTAIRE													
B <i>I</i> <u>U</u> ABC [Liste à puces] A ab [Liste à puces] FAMILLE DE POLICE TAILLE DE LA POLICE STYLES													

Analyse par score

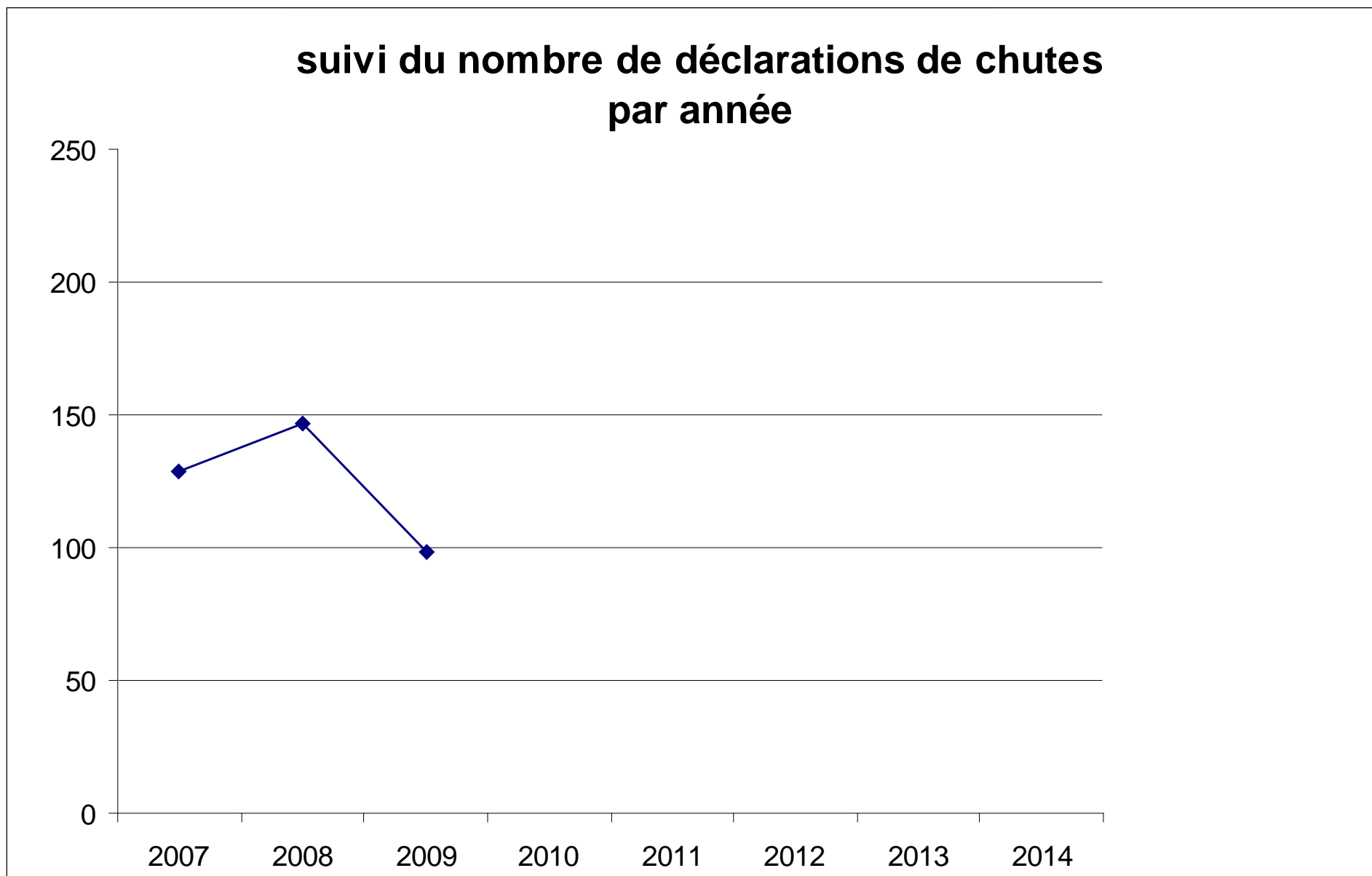
- Score entre 0 et 2:
 - 47 patients 1 chute (0,6%)
- Score entre 3 à 4:
 - 35 patients 13 chutes (37%)
- Score entre 5 et 7:
 - 23 patients 13 chutes (57%), dont les
5 récidivistes

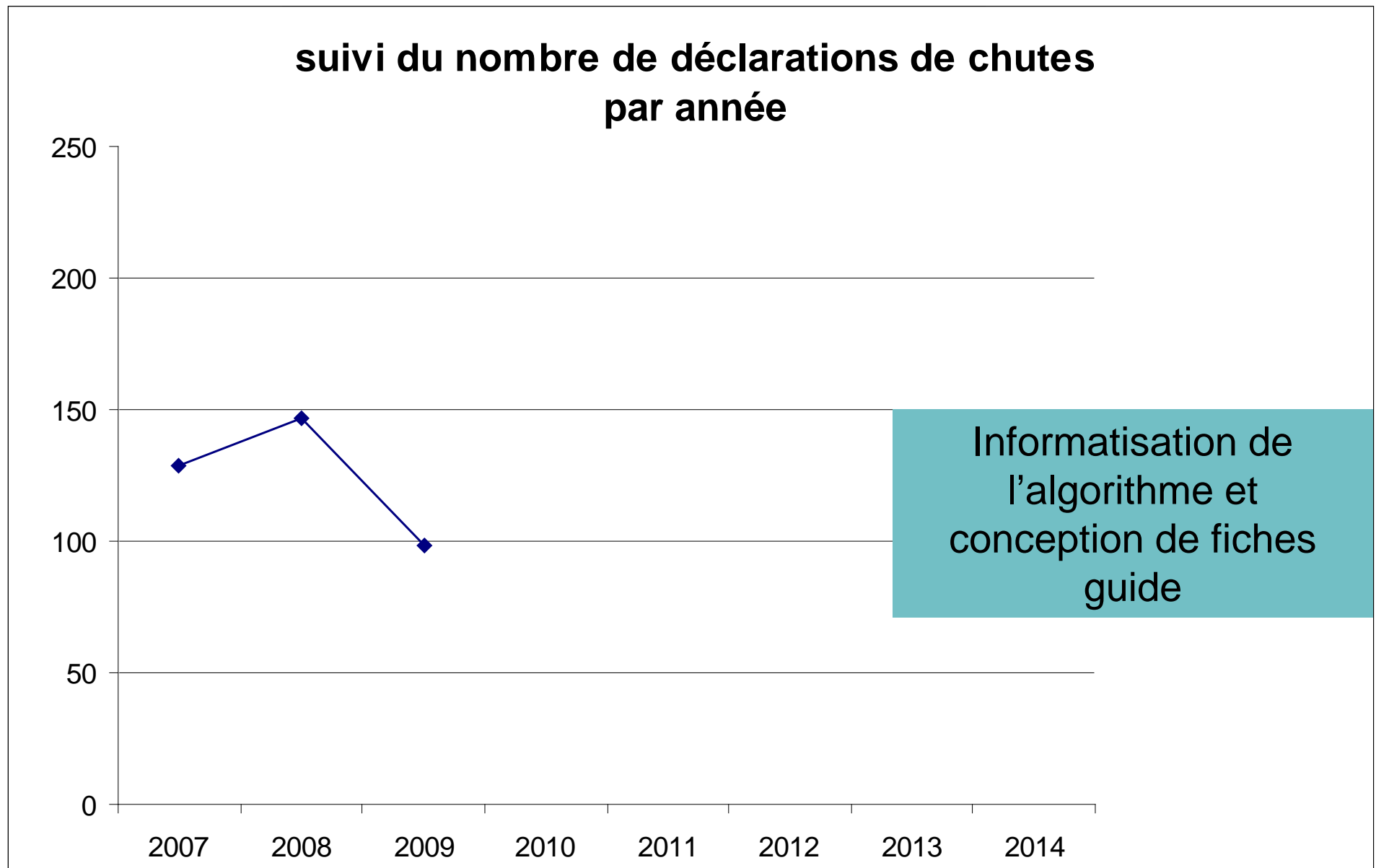
Entrée du patient en Hospitalisation Complète

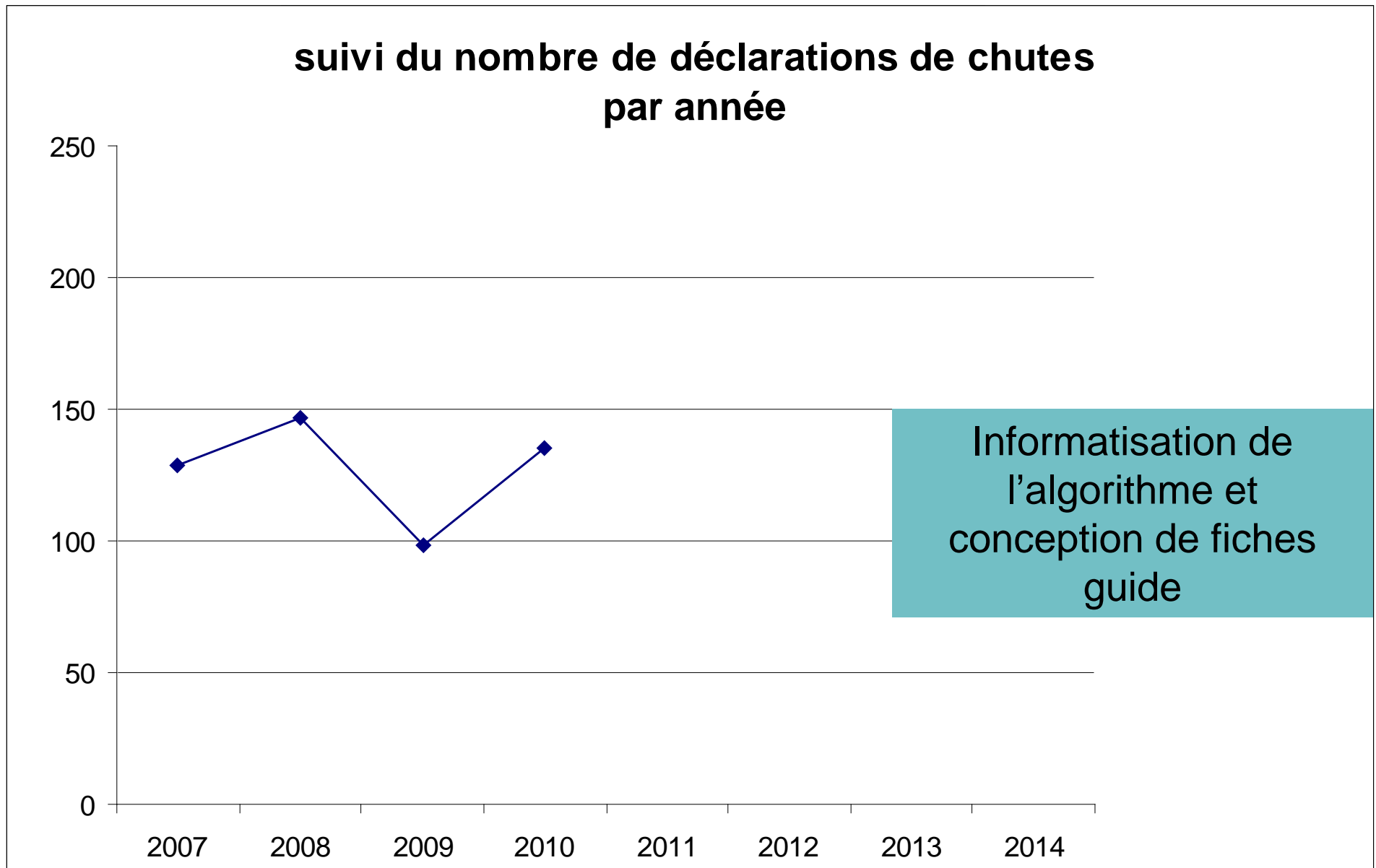
Evaluation des facteurs de risque de chute

Score de 0 à 2 Pas de risque		Score de 3 Risque important de chute		Score de 4 à 5 Risque majeur		Score à 6 Contention	
Donner les conseils de base de prévention au personnel et au patient	IDE Kiné Ergo	Adaptation du matériel (FR, canne, déambulateur)	Kiné Ergo	Adaptation du matériel d'aide (FR, canne, déambulateur)	Kiné Ergo	Réévaluation des moyens de contention (toutes les semaines)	Méd IDE Kiné Ergo
Réévaluation du patient	Méd	Education sur les gestes et affichage des consignes dans la chambre au besoin	Kiné Ergo IDE AS	Education sur les gestes et affichage des consignes de prévention dans la chambre (+/- personnalisées)	Kiné Ergo IDE AS IDE		
		Supervision accrue lors de tous les déplacements et transferts du patient	Kiné IDE	Supervision accrue lors de tous les déplacements et transferts du patient	Kiné IDE		
		Vérifier les facteurs iatrogènes	Méd	Adaptation du lit	IDE		
				Réflexion sur les moyens de contention (type, durée, réévaluation)	Méd IDE Kiné Ergo		

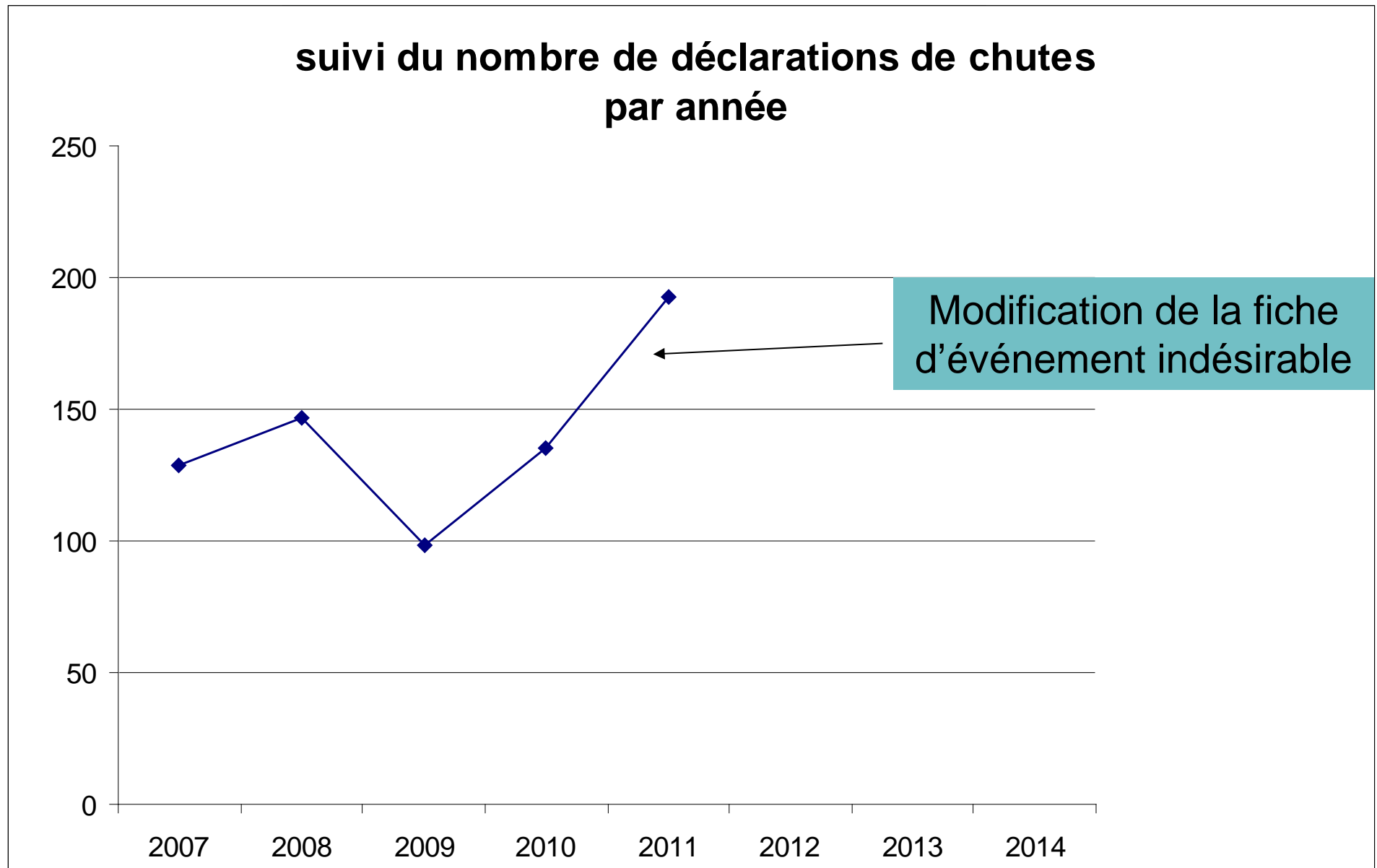
suivi du nombre de déclarations de chutes par année

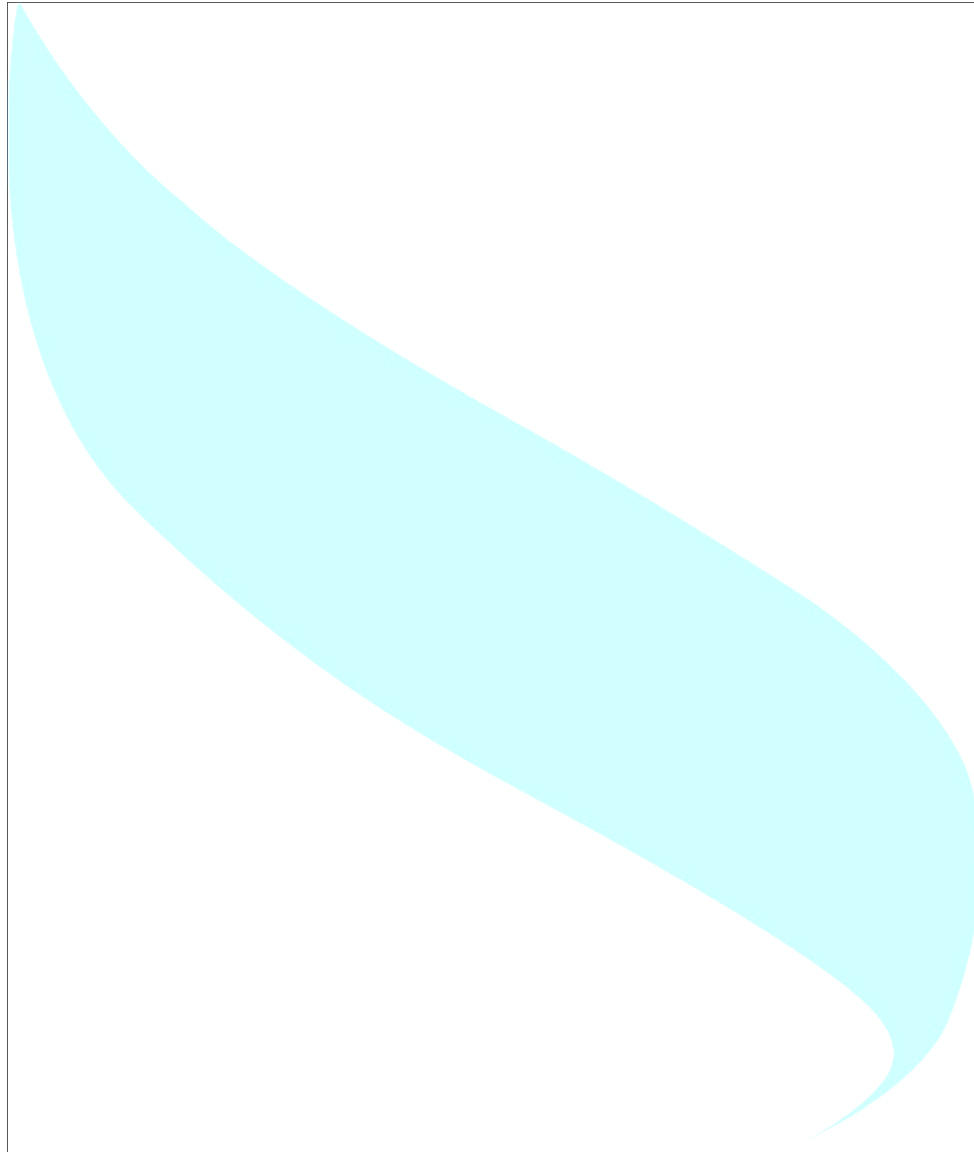






suivi du nombre de déclarations de chutes par année

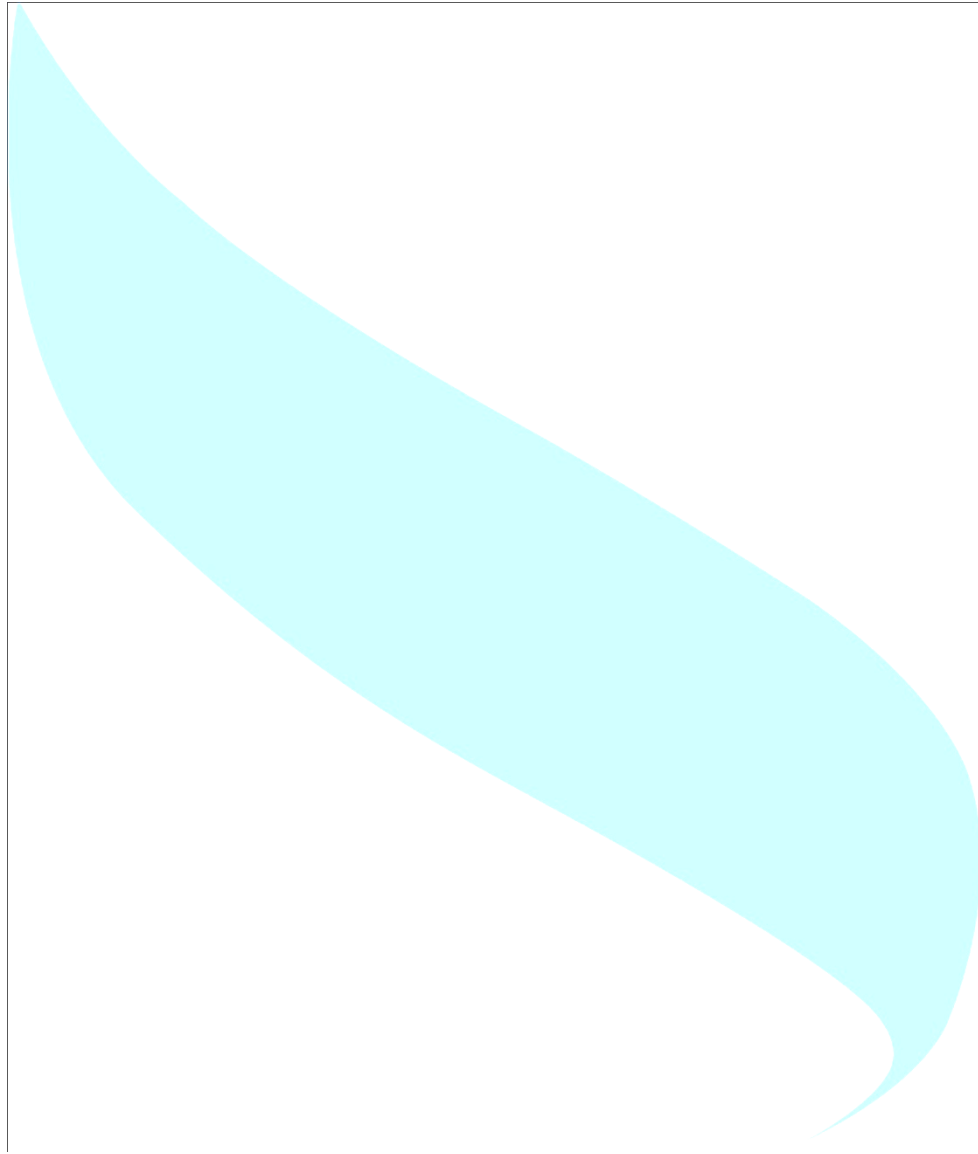


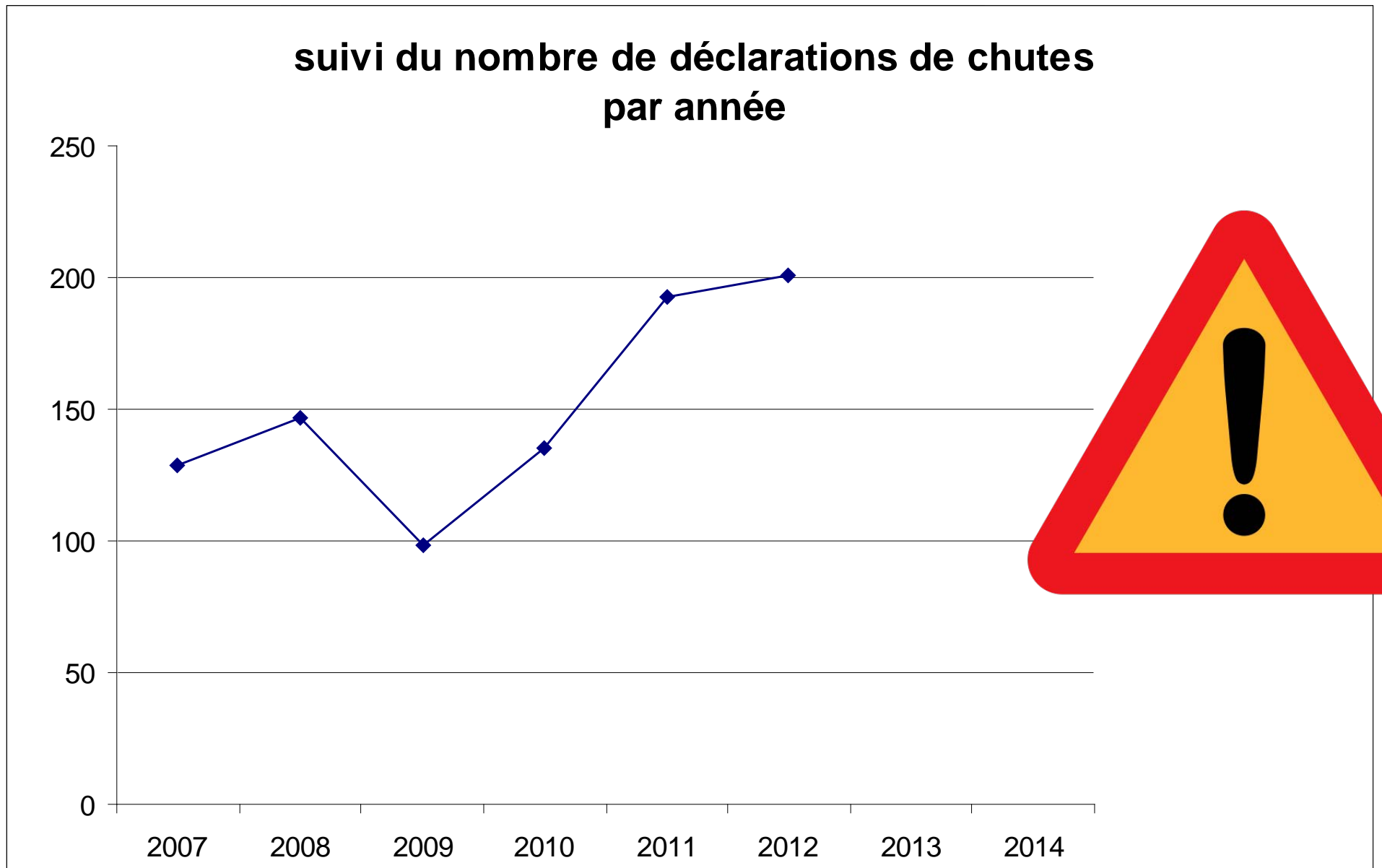


Analyse des chutes

- Construction d'une fiche d'événement indésirable analysable à posteriori

Nom/Prénom du patient :	<input type="text"/>		
IPP du patient :	<input type="text"/>		
Le patient était-il seul lors de la chute ? :	Oui Non <input type="radio"/> <input type="radio"/>		<input type="checkbox"/> Adaptation au lit <input type="checkbox"/> Affichage des consignes <input type="checkbox"/> Contentions <input type="checkbox"/> Education sur les gestes <input type="checkbox"/> Supervision accrue lors des déplacements
Mobilité du patient :	<input type="radio"/> Marchant <input type="radio"/> En fauteuil		Les préconisations ont-elles été prises ? :
Evaluation du risque de chute lors de l'entrée :	Oui Non <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Conséquence de la chute : <input type="radio"/> Pas de blessure (aucune douleurs/plaintes / pas de blessures visibles) <input type="radio"/> Blessure légère (Blessure ne nécessitant pas de traitement médical comme bleus, petite écorchure...) <input type="radio"/> Blessure moyenne (Blessure entraînant un soin médical comme radio, point de suture, exécution d'un CT...) <input type="radio"/> Blessure grave (Blessure sérieuse qui influence le rétablissement du patient comme fracture, plaies importantes...)
Type de chute :	<input type="radio"/> Chute du fauteuil <input type="radio"/> Chute du lit <input type="radio"/> Perte d'équilibre contrôlée/accompagnée <input type="radio"/> Transferts		Le sol lors de la chute : <input type="radio"/> Humide/mouillé <input type="radio"/> Sec <input type="radio"/> Autre <input type="text"/>





Analyse des chutes 2012

201 déclarations de chute

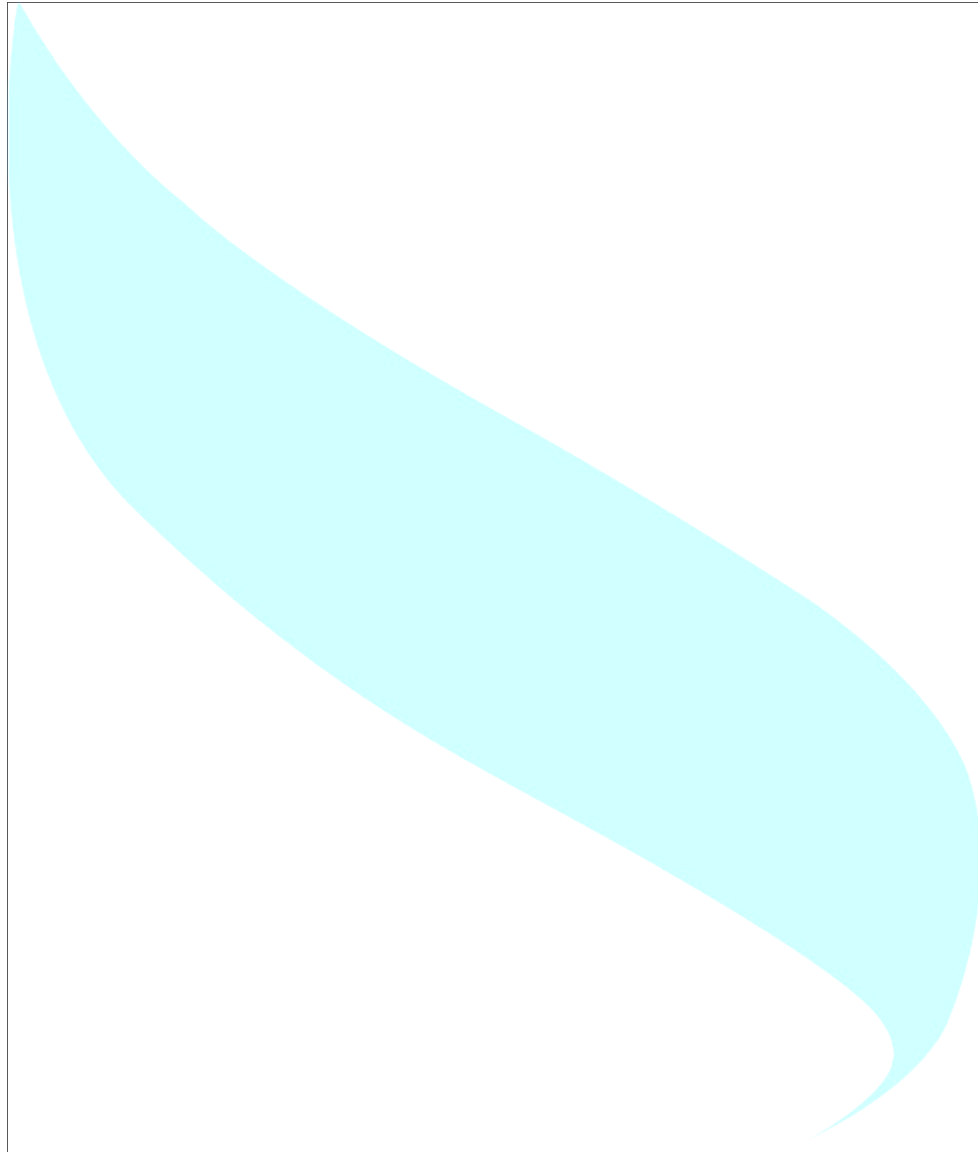
- 65 % des chutes sont dans le **premier mois d'hospitalisation.**
- 71% des patients sont **seuls** lors de la chute.
- 66% des patients sont **en fauteuil.**
 - 82% des patients chuteurs en fauteuil sont seuls lors de leur chute
- 60% des chutes sont dans les services de soin
- 60% se réalisent lors **d'un transfert** ou d'une **chute de fauteuil**
- Pas de corrélation avec l'âge

Analyse des chutes 2012

- 94 patients chuteurs (4% des patients)
 - Dont 11 patients ont chutés plus de 3 fois dans leur séjour
 - Dont 51 patients n'ont chuté qu'une seule fois
- 44 patients des 94 patients étaient hospitalisés suite à un AVC (9.3 % des patients ayant un AVC)
 - 50% de ces patients ont chuté le premier mois

Analyse des chutes 2012

- Les conséquences de la chute:
 - 91 % n'ont pas eu de blessure ou des blessures légères
 - 1.5% de chutes graves



PERENNOU 2005 « incidence, circonstances et conséquences des chutes chez les patients en rééducation après un premier accident vasculaire cérébral »

- 217 patients admis après un AVC
 - 43 chutes
 - 34 patients « chuteurs »
 - 17 patients ont chuté dans les 3 premières semaines de leur admission
- Profil des chuteurs: position bipodale possible sous surveillance pour 50%
- Circonstance: essai d'un transfert sans surveillance
- Conséquence grave pour 4 patients

FOUCAULT 2005 « Facteurs prédictifs de la chute chez l'hémiplégique vasculaire en centre de médecine physique »

- 44 patients admis après un AVC
 - 20 patients « chuteurs »
 - En moyenne 25 jours après leur admission
- Profil des chuteurs: atteinte plus importante (MIF, équilibre, négligence spatiale, spasticité et sensibilité)
- Circonstance: essai d'un transfert sans surveillance
- Conséquence grave pour 1 patient

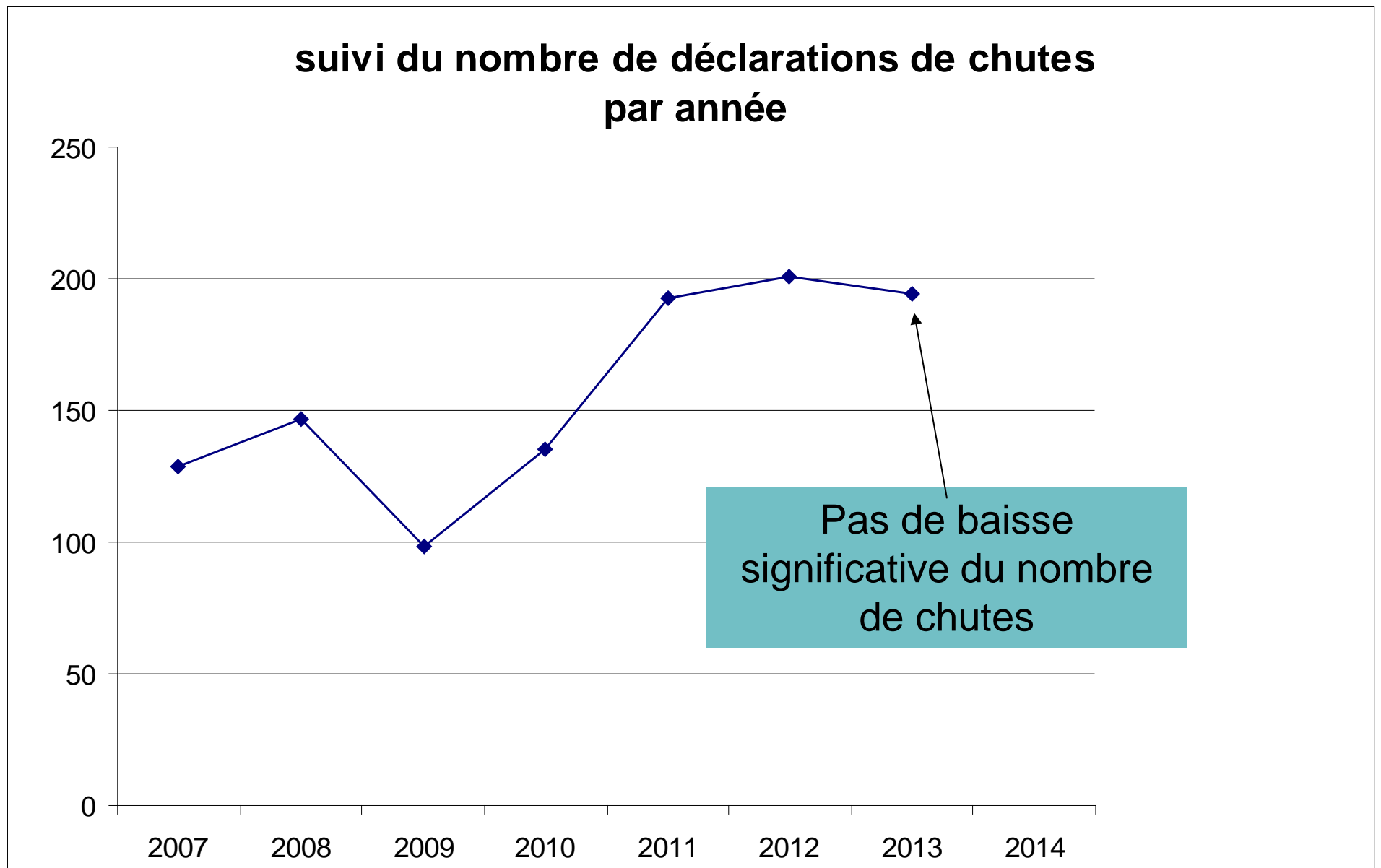
AIZEN 2005 « *Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients* »

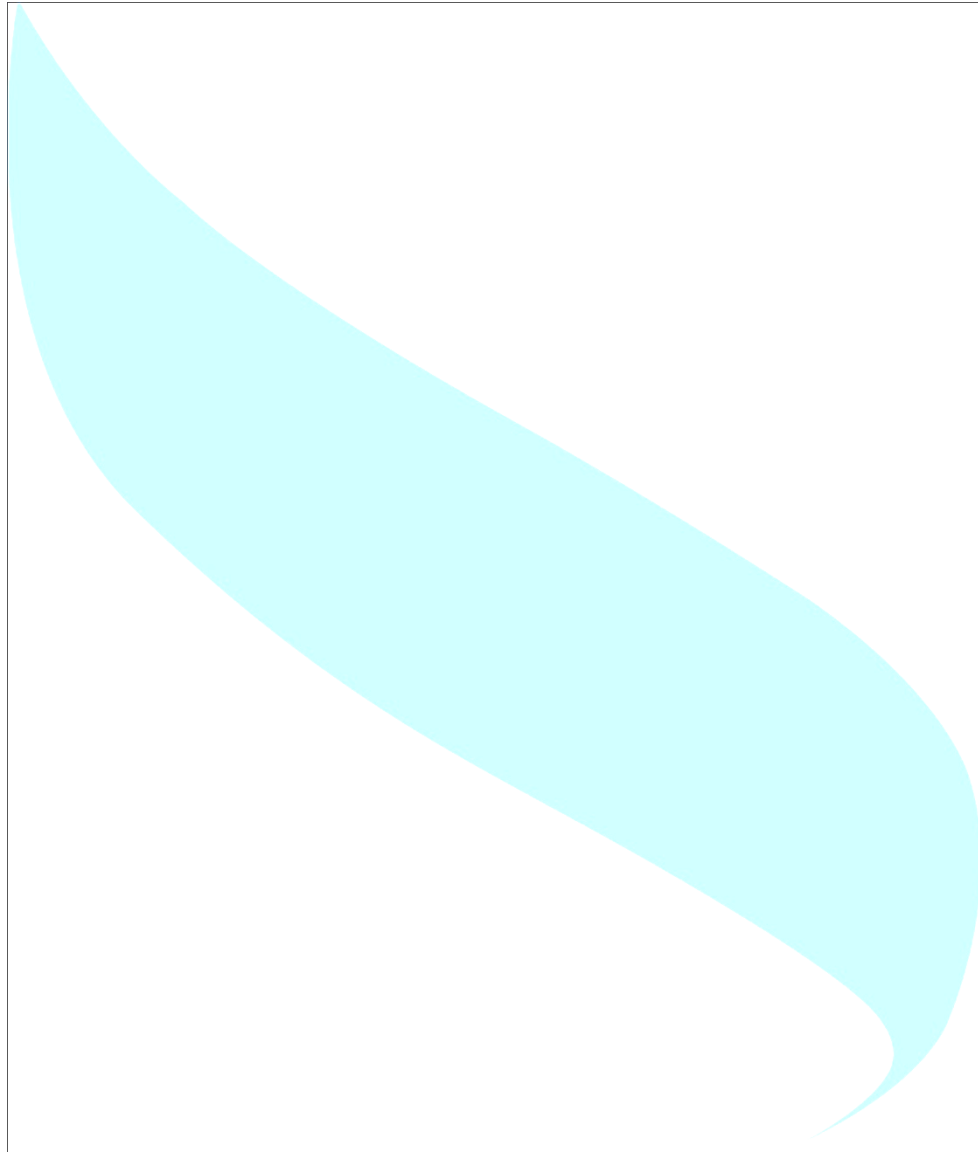
- Etude sur 6 mois
- population gériatrique de rééducation d'âge moyen de 73 ans
- 100 chutes pour 582 entrées
- 84 chuteurs 69 une fois, 14 deux, 1 trois
- Pour les AVC 15.6% de chutes

Axes d'amélioration 2013

Faire prendre conscience aux patients de son risque de chute dès l'entrée

- Questionnaire à l'entrée du patient :
 - Etes-vous à risque ? oui/non
 - Quelle situation est pour vous la plus propice à une chute ?
 - Comment pouvez-vous prévenir la chute ?
- information des consignes de prévention aux patients et à l'équipe soignante:
 - Aides techniques
 - Coté du transfert
 - Capacité de ramasser un objet au sol...
- Affichage des consignes de prévention dans la chambre





Analyse des résultats 2013

- Peu de modification des chiffres sur la mobilité des patients
- Les circonstances des chutes ont un peu évolué:
 - Moins de chute de transfert
 - Les chutes « seuls » ont toujours un taux élevé.
- Difficulté de mise en place du questionnaire :
 - Changement de positionnement du soignant
- Efficacité du questionnaire à évaluer

Axes 2014

- Evaluation de l'efficacité du questionnaire d'entrée:
 - Etes-vous à risque ? oui/non
 - Quelle situation est pour vous la plus propice à une chute ?
 - Comment pouvez-vous prévenir la chute ?
- Comparaison du taux de chutes entre deux services similaires: un avec le questionnaire l'autre sans



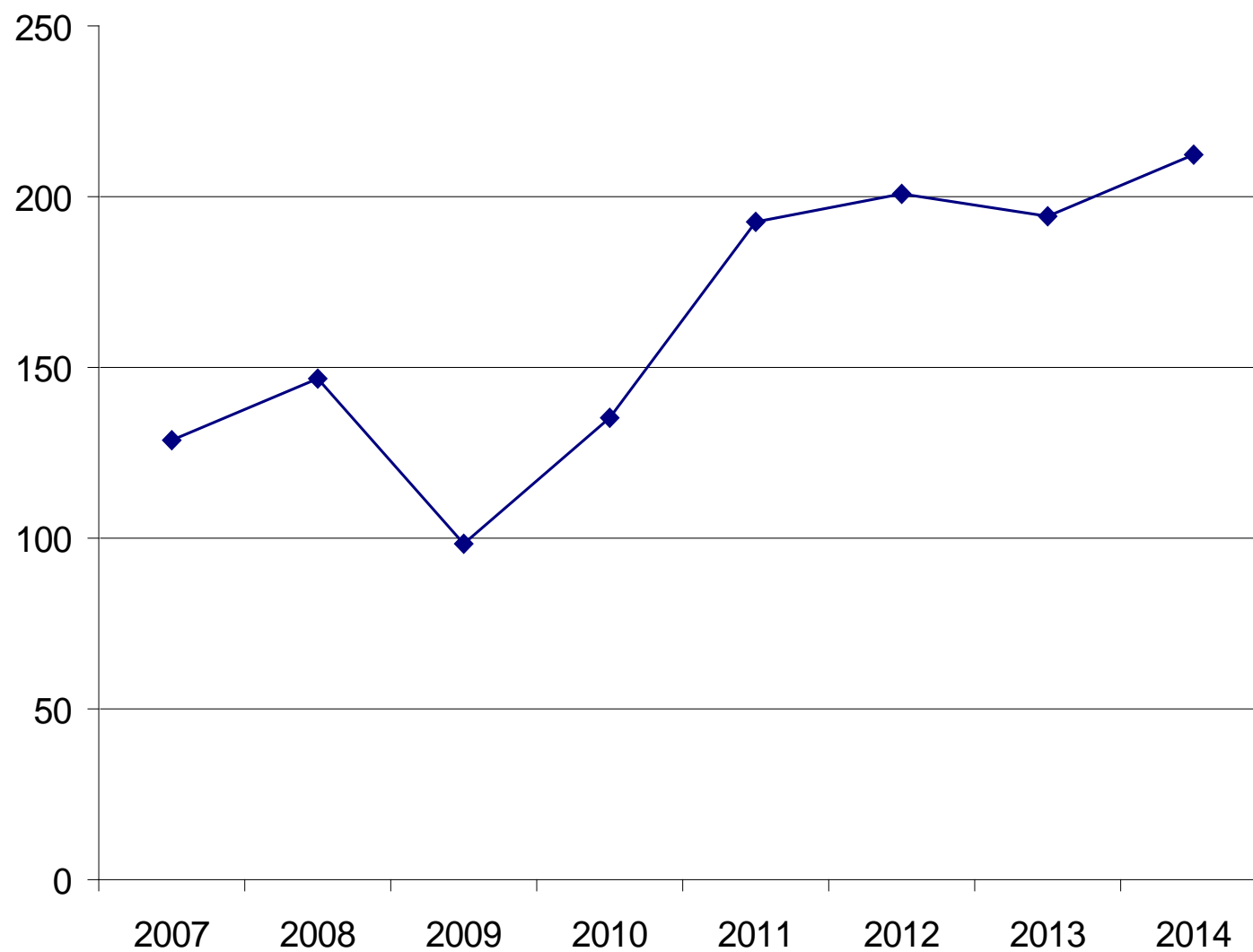
Résultat de l'étude suite à la mise en place d'un questionnaire de sensibilisation

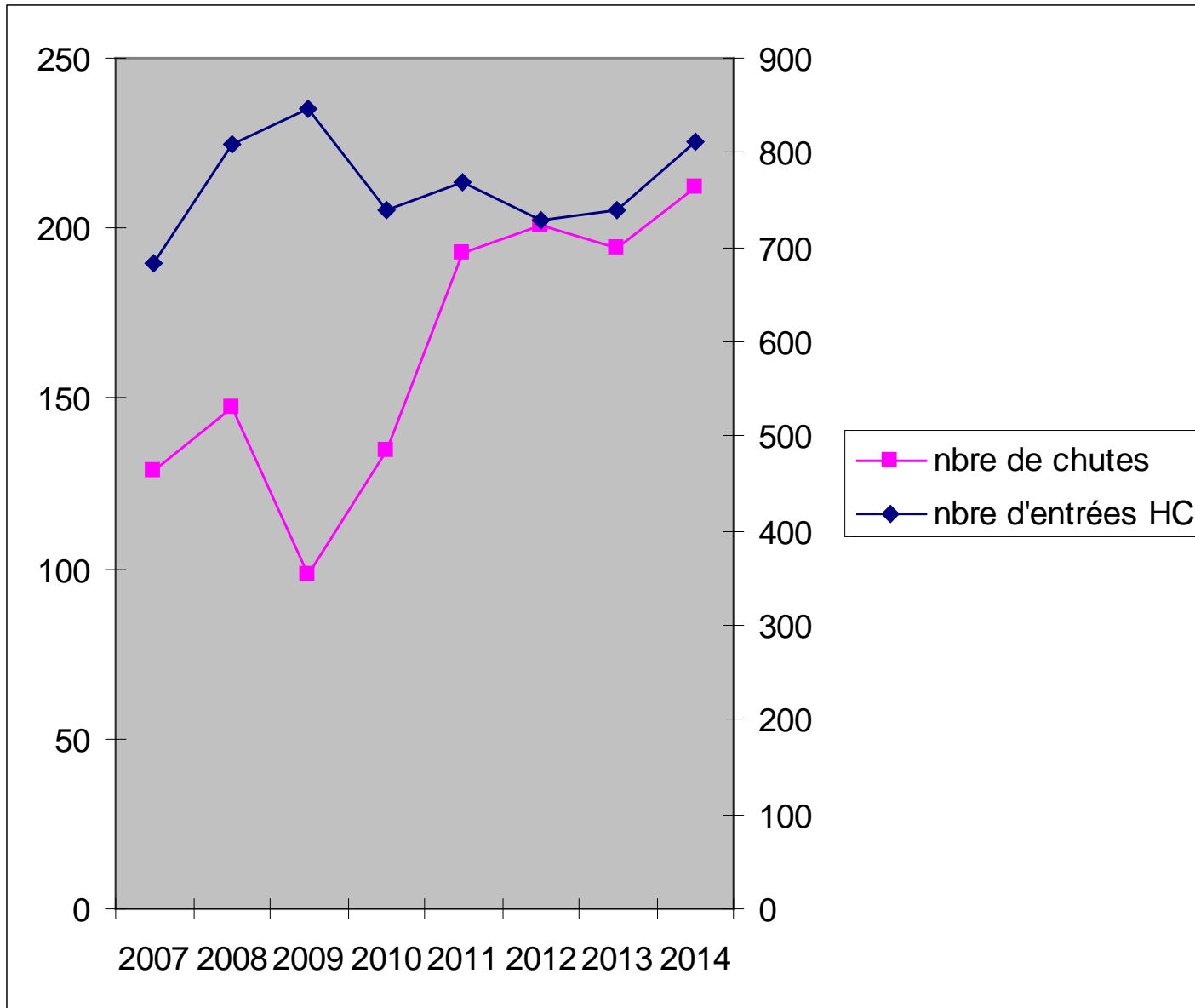
- A l'étage sans questionnaire
 - Nbre de chuteurs au 3^{ème} : 39 dont 26 le 1^{er} mois (74% des chuteurs)
 - Nbre d'entrées au 3^{ème} : 185
 - Le rapport est de $26/185 = 0.14$
- A l'étage avec questionnaire:
 - Nbre de chuteurs au 2^{ème} : 60 dont 31 le 1^{er} mois (51% des chuteurs)
 - Nbre d'entrées au 2^{ème} : 276
 - Le rapport est de $31/276 = 0.11$



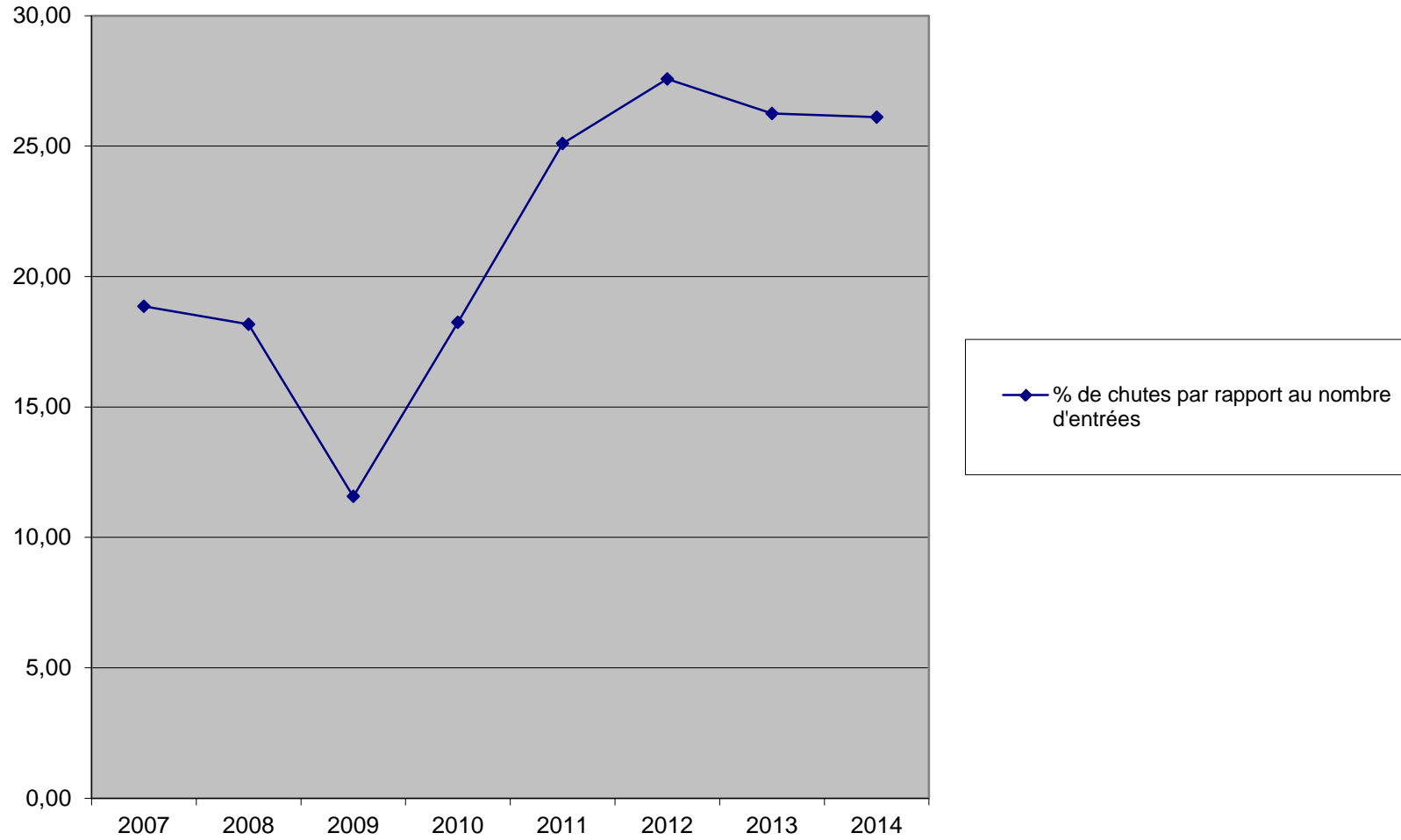
Quels indicateurs ?

suivi du nombre de déclarations de chutes par année





% de chutes par rapport au nombre d'entrées



Projet 2015

- Augmenter la prévention dès l'entrée du patient :
 - Mise en place du questionnaire à tous les services
 - Film de sensibilisation aux risques diffusé à l'entrée du patient
 - Courrier de sensibilisation
 - Mise en place d'une éducation thérapeutique du patient dès l'entrée

Conclusion

- Importance de la politique de prévention dans le cadre d'une démarche qualité incluant professionnels et usagers
- Précocité
- Place des programmes d'information et d'éducation thérapeutique sur les patients à risques
- Profil de chuteur :
 - patient en fauteuil ayant un AVC
 - Chute 1 fois dans le 1^{er} mois de l'hospitalisation
 - Cibler l'action de prévention

