

PARTAGER

# Transmissions

La revue de la Direction des Soins  
et des Activités Paramédicales

Numéro 57 / Août 2017

## Dossier

### Les chutes

C'est l'affaire de tous

## Zoom

Les chutes : un risque identifié  
comme prioritaire en gériatrie



# Sommaire

## Éditorial

Françoise Zantman Directrice de la Direction des soins et des activités paramédicales	3
------------------------------------------------------------------------------------------	---

<b>Dossier « Les chutes : c'est l'affaire de tous »</b>	4-6
Les dix préconisations du groupe de travail	5
Un événement indésirable à déclarer	6

<b>Recherche paramédicale</b>	7
Comment agir sur la restriction de mobilité liée à la phobie de la chute chez la personne âgée ?	

<b>Zoom</b>	8-9
Les chutes : un risque identifié comme prioritaire en gériatrie Chaussures et vêtements des conseils pour réduire le risque de chute	

<b>Commission centrale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CCSIRMT)</b>	10
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<b>Actualités</b>	11
-------------------	----

<b>Agenda</b>	12
---------------	----

# Éditorial



**Françoise Zantman,**  
Directrice de la Direction des soins  
et des activités paramédicales (DSAP)

**« Évaluer le risque,  
adapter les préventions,  
prendre en charge  
et déclarer les chutes  
des patients à l'AP-HP sont  
des enjeux forts  
pour notre institution. »**

*Transmissions* consacre un numéro spécifique sur le sujet des chutes à l'hôpital. Événement fréquent qui peut avoir de graves conséquences sur le patient selon son état de santé.

En 2016, 13 231 chutes ont été déclarées dans OSIRIS, soit 47 % des événements indésirables (EI) de catégorie B (événement lié à l'organisation des soins et des relations avec le patient) et 22 % du total des événements indésirables signalés.

Une démarche commune entre la Direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) de l'AP-HP et la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) s'est mise en place afin de proposer des préconisations pour aider les professionnels dans leur exercice quotidien.

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 & conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU), de la Coordination des vigilances et des risques sanitaires (COVIRIS) et des Programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) des groupes hospitaliers de l'AP-HP.

Évaluer le risque, adapter les préventions, prendre en charge et déclarer les chutes des patients adultes et enfants à l'AP-HP sont des enjeux forts pour notre institution. Éviter, en amont, la survenue d'événements indésirables graves (EIG) et développer la culture du risque chez les paramédicaux est un axe de travail prioritaire porté par la DSAP de l'AP-HP qui se traduit pour l'instant par des préconisations à intégrer dans les prises en charge des patients adultes.

La problématique des chutes mérite d'être investiguée par des recherches paramédicales dans les domaines qui touchent la prévention, l'évaluation, la réduction des complications et l'élaboration d'outils spécifiques à destination des professionnels et des patients.

Les directions des soins des groupes hospitaliers sont des relais essentiels pour la mise en œuvre des plans d'action proposés dans le guide sur les chutes, ainsi que sa déclinaison opérationnelle sous forme de fiches.

Je vous souhaite bonne lecture de ces travaux.

Françoise Zantman



# Les chutes, c'est l'affaire de tous

**Chantal Cadoz-Hernandez**, cadre paramédical de pôle, Hôpitaux universitaires Paris-Sud  
**Richard Agnetti**, cadre supérieur de santé, DSAP, AP-HP

**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 ni bénigne ni inéluctable.**

Agir sur des chutes apporte un bénéfice à tous : pour le patient en termes de bientraitance et de réduction des conséquences ; pour les soignants dans l'affirmation de leur engagement dans la qualité et sécurité des soins ; pour la collectivité en raison de l'impact économique par l'allongement de la durée moyenne de séjour et la prise en charge des impacts des dépendances induites.

L'étude de cette thématique par un comité de pilotage pluriprofessionnel et médico soignant, initié par la DSAP, en collaboration avec la DOMU a permis de fixer au groupe de travail les objectifs à traiter dans le cadre d'élaboration de préconisations institutionnelles :

- éviter les chutes des patients adultes hospitalisés à l'AP-HP,
- identifier les risques liés au patient et/ou à son environnement,
- décliner des stratégies adaptées,
- réduire les complications liées aux chutes ou diminuer l'incidence des chutes ainsi que leurs conséquences physiques et psychologiques sur les patients,
- 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 OSIRIS,
- définir les éléments à prendre en compte dans le dossier de soins.

Sur la base de l'analyse des travaux déjà engagée par certaines directions de soins de GH et l'analyse de la littérature scientifique, le groupe de travail a retenu dix préconisations.

Celles-ci ont été publiées dans deux documents :

un livret présente les éléments de l'analyse bibliographique qui ont permis de rédiger les préconisations et propose différents outils ;

un document synthétique, plus opérationnel, reprend les éléments essentiels de la prise en charge des chutes. Ces deux documents sont consultables sur le site intranet de la DSAP : <http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>, rubrique exercice professionnel.

Dans la continuité de ce travail, les échelles d'évaluation du risque de chute « MORSE » et « STRATIFY » ont été paramétrées et incluses au dossier ORBIS-Patient.

La mise en œuvre de ces préconisations, transmises aux GH, fera l'objet d'un suivi par le recueil des trois indicateurs suivants : le GH a lancé une démarche sur les chutes ; les chutes déclarées dans OSIRIS font l'objet d'une évaluation de leur gravité ; le nombre de services ayant réalisé une évaluation du risque de chute lié à l'environnement.

Parallèlement, l'Agence régionale de Santé d'Île-de-France a lancé une campagne de mobilisation sur les chutes « PARE À CHUTE » et a associé l'AP-HP à son comité de pilotage « chutes ».

**Ces préconisations se déclinent en deux grandes thématiques « risques, conséquences des chutes » et « organisation dans les unités de soins, qualité de la traçabilité ».**

## Préconisation 1

Partage de l'information sur le risque de chute du patient, entre tous les professionnels intervenant dans son parcours de soins.

- Le risque de chute d'un patient doit être connu par l'ensemble des professionnels des services 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 QUEREC.

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



## Les dix préconisations du groupe de travail

### Préconisation 3

Évaluation 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.

- Elle s'appuie sur le recueil infirmier initial réalisé au cours des 48 premières heures, sur le jugement clinique des professionnels. Elle 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.
- Le résultat de l'évaluation est tracé dans le dossier patient.
- Le risque de chute est réévalué au cours de la prise en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé.

### 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. Les actions proposées sont négociées avec le patient et/ou l'entourage, elles sont tracées dans le dossier patient ainsi que l'évaluation de leur efficacité.

4.1 Un patient à risque de chute ou ayant eu une chute qualifiée de « gravité sans conséquence apparente », niveau de gravité de 1 à 2 (OSIRIS), bénéficie d'actions d'information qui portent sur :

- les risques liés à son environnement, à sa tenue, son chaussage, sa vue, l'utilisation d'aide à la marche,
- la nécessité d'avoir une activité physique adaptée et 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 en lien avec l'évaluation des causes et des conséquences de la chute,
- les actions souvent multiprofessionnelles doivent être coordonnées et impliquent fortement les métiers de la rééducation notamment les ergothérapeutes et les psychomotriciens,
- les actions paramédicales à mettre en œuvre sont planifiées dans le plan de soins personnalisé du patient,
- 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.

### 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).
- La déclaration faite dans OSIRIS par le professionnel ayant constaté la chute peut 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, la déclare dans OSIRIS et renseigne l'ensemble des rubriques de la fiche de déclaration, il s'appuie sur la grille de gravité d'OSIRIS pour classer la chute dans le niveau adapté.
- Le gestionnaire de risques ou le gestionnaire d'événement peut, au regard de nouveaux éléments, requalifier le niveau de gravité.

### Préconisation 7

La famille et/ou la personne de confiance sont informées par l'équipe médico-soignante sauf avis contraire émis par le patient.

- Dans le cas de patient « multichuteur », l'équipe définie avec la

famille et/ou la personne de confiance le type de chute pour laquelle elle doit être impérativement informée.

- Les éléments de la prise en charge et l'information communiquée 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 investigue les facteurs intrinsèques et extrinsèques potentiellement à l'origine de la chute.
- L'évaluation des conséquences porte également sur l'impact psychologique.
- Les résultats de ces évaluations sont tracés dans le dossier de soins.

## Préconisation 9

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

- Des comités de retour d'expérience (CREX) transversaux multidisciplinaires sont mis en place.
- Les événements les plus graves et ceux définis comme significatifs par le service/pôle 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 et 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.



**Gaëlle Le Gallais**, chargée de mission gestion des risques

**Dr Christine Mangin**, responsable de la gestion des risques associés aux soins - DOMU

# Les chutes, un événement indésirable à déclarer

Les chutes de patients représentent chaque année la première cause de signalement d'événement indésirable sur l'AP-HP (OSIRIS) : 22 % du total des signalements en 2016, soit 13 231 chutes. Cela représente 1 chute signalée toutes les 40 minutes. Ces signalements sont utiles à la définition d'actions pour la prévention et la diminution des conséquences des chutes.

Pour améliorer la pertinence des informations recueillies, la fiche de signalement « Chutes » d'OSIRIS a été modifiée et complétée avec l'aide du groupe de travail « Bonnes pratiques d'évaluation et de prévention des chutes » de la DSAP-DOMU. Ainsi, les circonstances de la chute comme son contexte peuvent être précisés, tant sur le lieu de survenue que pour les éléments en lien avec le patient lui-même et l'existence d'une identification du risque est recherchée. Ces données peuvent faire l'objet d'analyses permettant d'identifier d'éventuels facteurs récurrents (voir tableau ci-dessous).

Parmi ces chutes, 1 % ont des conséquences graves (155) et 22 d'entre elles ont fait l'objet de déclarations à l'Agence régionale de Santé, en tant qu' « Événements Indésirables Graves associés aux soins » (EIGs).

Ces EIGs font l'objet d'analyses approfondies et d'actions d'amélioration, en cohérence avec la politique et la Charte d'engagement de l'AP-HP<sup>(1)</sup> : « *La responsabilité de l'Institution est de mettre en place un environnement favorable au signalement des événements indésirables associés aux soins, à la réalisation d'analyses systémiques, au retour d'expérience* ». C'est ainsi que l'Institution peut « *tirer les leçons de ses erreurs* ».

<sup>1</sup> Charte « Événements indésirables associés aux soins – L'engagement de l'AP-HP. ». M. Hirsch - DG / Pr L. Capron - PCME - 13 janvier 2014.

## Bilan OSIRIS 2016 réalisé à partir des éléments déclarés



Lieux communs	Nb EL
Couloir, escalier, galerie, passerelle	925
Salle à manger, salle TV, salle de jeu	646
Parking, cour, jardin	125
Salle d'attente, hall, caisse, accueil	15

Lieux de soins	Nb EL
Chambre	10,107
Toilettes, douches destinées au patient	982
Consultations, radio, salle d'examen	55
Salle d'opération, salle de réveil	21

## OSIRIS

Le logiciel OSIRIS\* permet de signaler les événements indésirables, quelle qu'en soit la gravité. Il est accessible depuis la page d'accueil de l'intranet. Chaque hôpital peut avoir connaissance de ses événements et mettre en place, si besoin, des actions correctives.

\* OSIRIS : Organisation du Système d'Information des Risques

# Comment agir sur la restriction de mobilité liée à la phobie de la chute chez la personne âgée ?



**Émilie Guitard,**  
masseuse kinésithérapeute  
Hôpital Bretonneau

La peur de la chute affecte un nombre important de personnes âgées avec une prévalence supérieure à 20 %. De nombreux travaux rendent compte de son impact délétère : diminution de la mobilité, déclin prématûr des capacités physiques, baisse de la qualité de vie et altération du sentiment de maîtrise personnelle.

La peur de tomber va entraîner chez la personne âgée un phénomène d'évitement, elle va diminuer ses déplacements pour éviter les situations lui semblant à risque de chute. Elle développe une phobie de la chute.

Dans ce cadre, les thérapies cognitives comportementales et émotionnelles (TCCE) sont recommandées comme psychothérapie de première intention du fait de leur efficacité, et ce, chez les personnes âgées. Elles diminuent ainsi significativement la peur de tomber. Une autre alternative repose sur des interventions de réadaptation sensori-motrice et d'adaptations ou d'aménagements de l'environnement, en combinaison ou isolément.

En l'absence de comparaison directe, aucune de ces deux approches ne peut être considérée comme supérieure vis-à-vis de la peur de tomber. Par ailleurs, leur impact sur la reprise d'activité reste peu documenté en l'absence d'outil d'évaluation approprié.

L'étude PACTE, retenue dans le cadre du Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP 2014) a commencé en novembre 2015. Celle-ci a comme objectif principal d'évaluer l'efficacité des deux interventions chez le sujet âgé, de 70 ans et plus, atteint de phobie de la chute et vivant hors institution. Cette recherche en soins courants est mono centrique, randomisée et contrôlée selon deux groupes parallèles en ouvert : TCCE et réadaptation sensori-motrice avec aménagement de l'environnement versus réadaptation sensori-motrice avec aménagement de l'environnement. Chaque prise en charge dure deux mois. Le critère de jugement principal consiste en la mesure de l'aire de mobilité du sujet au cours du mois précédent l'évaluation par le questionnaire Life-Space Assessment-Français (LSA-F) à trois mois de la prise en charge. L'étude se déroule dans les hôpitaux de jour du secteur ambulatoire de l'hôpital Bretonneau. Quarante-huit patients doivent être inclus sur une période de 26 mois (durée totale de la recherche 34 mois).

Les résultats de cette démarche innovante devraient contribuer à préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes agées.



## Zoom

# Les chutes : un risque identifié comme prioritaire en gériatrie



L'hôpital Émile-Roux a réactivé et transformé son groupe « chute » par la création d'un comité de retour d'expérience (CREX) qui analyse et traite les signalements liés aux chutes. Depuis 2013, le CREX est structuré autour d'un comité de pilotage (COPIL) et d'un groupe pluriprofessionnel qui associent la chargée des relations avec les usagers et les associations ainsi que le représentant des usagers.

Le COPIL composé de médecin, de membres des directions de soins et des Usagers – Risques – Qualité, assure, lors de réunions mensuelles, le suivi des événements indésirables et des actions inscrites dans le plan d'action qualité et sécurité des soins du Pôle gériatrie 94. Le groupe pluriprofessionnel (médecins, psychiatre, cadres de santé, pharmacien, métiers de la rééducation et professionnels de la mobilité) participe à l'analyse des déclarations de chute. Selon les problématiques traitées, d'autres professionnels sont invités (ex. : service transport interne).

Le CREX incite les équipes de soins au signalement et à l'évaluation des chutes graves à l'aide d'une grille d'analyse créée par le site. Il émet des recommandations (chute, contention, nutrition, médicament) en s'appuyant notamment sur la



réglementation. Il recherche et propose des équipements pour sécuriser l'environnement du patient : lit Alzheimer, matelas de sol, matériel de protection, fauteuils adaptés, etc. Le groupe communique régulièrement vers les professionnels et les usagers dans le cadre de réunions (bureau de pôle, comités, réunions cadres), et d'instances au travers d'affiches, e-mails, revues, intranet, et lors d'événements institutionnels et nationaux sous la forme de stands.

**Le CREX évalue ses actions** via les démarches d'évaluations de pratique professionnelle et le suivi d'indicateurs tels que : taux de déclarations de chutes et de chutes graves pour 1 000 jours, nombre de chutes graves sur nombre total de chutes signalées.

En cohérence avec ce risque prioritaire, le CREX a appuyé l'engagement du pôle dans la campagne de l'ARS « Pare à chute ». Les résultats obtenus dans le cadre de celle-ci ont permis au CREX de prioriser ses objectifs : améliorer le dépistage du risque dès l'admission, rechercher les facteurs de risque de chute grave, diminuer le nombre de patients dénutris, favoriser la mobilité et organiser un dispositif de formation.

### Brigitte Silvera

Cadre supérieure de santé, direction des soins, hôpital Émile-Roux





## Chaussures et vêtements des conseils pour réduire le risque de chute

**Stéphanie Joyeux  
et le groupe « chute »**  
Cadre expert en soins,  
hôpital Sainte Périne -  
GH HUPIFO -

À l'hôpital Sainte Périne, Rossini, Chardon-Lagache en février 2016, un groupe pluridisciplinaire (médecins, cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens) s'est mobilisé autour des chutes. L'analyse des déclarations dans OSIRIS entre 2013 et 2015 a mis en exergue un chaussage inadapté dans 33 % des événements précipitants.

Pour prévenir les chutes, le groupe a décidé de créer, en priorité, un outil d'information dédié aux patients et à son entourage sur le port de chaussures et de vêtements adaptés. Celui-ci reprend les conseils pour un chaussage optimal de la personne âgée :



- 1 - Maintien du pied et de la cheville par le choix de chaussures hautes. Les chaussures ouvertes à l'arrière se perdent facilement en marchant et favorisent le déséquilibre.
- 2 - Chaussures stables avec des talons larges et plats et une hauteur ne dépassant pas 3 cm. Les semelles doivent être fines (épaisseur : 0,5 – 1 cm) pour bien sentir les reliefs du sol.
- 3 - Pointure adaptée pour un chaussage facile. On doit pouvoir passer un doigt entre le talon et la chaussure une fois que le pied est poussé vers l'avant. Elle ne doit être ni trop petite, ni trop grande.
- 4 - Confortable. Choisir ses chaussures en fin de journée, lorsque le pied est gonflé. Elles doivent être légères, souples et confortables dès le 1<sup>er</sup> essai. Préférez un modèle haut à l'avant, qui laisse la place aux orteils.
- 5 - Facile à fermer en ayant recours à des modèles avec scratchs (velcro) et/ou des élastiques plus simples d'utilisation. Un pied trop serré dans une chaussure peut entraîner frottements et compression notamment au niveau des orteils.

Il comprend également des conseils pour le choix de vêtements qui doivent être à la bonne taille et adaptés à la saison. En effet, si le pantalon est trop large ou trop long, il risque de tomber en marchant et d'entraîner la chute.

Les vêtements doivent être assez amples pour ne pas limiter les mouvements et faciles à manipuler pour préserver l'autonomie au maximum.

Cette plaquette que nous avons produite répond à l'action « éduquer le patient et son entourage » de la thématique chute du projet de soins 2015-2019 de l'AP-HP. Notre priorité est de favoriser l'autonomie du patient. Il est de notre rôle de l'éduquer, de le rassurer et de l'encourager à bouger.

# CCSIRMT

**Au cours de la dernière CCSIRMT de 2016, la présidente Françoise Zantman a souhaité identifier avec les membres de la commission les thématiques récurrentes qui appellent des compléments d'information ou de formation.**

À l'issue des échanges, douze thèmes de travail ont été recensés (Cf. tableau des 12 thèmes). La présidente s'est engagée à y répondre en chargeant la DSAP de faire un état des lieux portant, d'une part sur les productions institutionnelles existantes, et d'autre part, sur les outils à disposition.

Les membres, qui pour rappel sont issus des groupes hospitaliers (GH) et site hors GH, ont également exprimé leurs souhaits d'une harmonisation des procédures de soins dans le but de sécuriser la prise en charge des patients et l'encadrement des étudiants.

Lors de la commission du 9 mars 2017, pour chacune des thématiques de travail, les membres ont été informés sur les ressources institutionnelles existantes et disponibles. Les échanges ont mis en évidence une disparité entre les professionnels sur la connaissance de ces ressources existantes et la difficulté d'accéder aux informations afin de les diffuser aux professionnels de santé.

Ces échanges ont également permis d'identifier les sujets pour lesquels les membres de la commission souhaiteraient avoir des compléments d'information par les directions ou instances ressources :

► la Direction des affaires juridiques pour une présentation et débat sur les rituels religieux à l'hôpital en lien avec le décès, ainsi que sur la responsabilité individuelle et collective en lien avec le secret médical et les réseaux sociaux,

- la Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités pour un point d'actualité sur l'éducation thérapeutique à l'AP-HP et la mise en place des unités transversales d'éducation thérapeutique, ainsi que sur le rôle du Responsable du Système Management de la qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse (RSMQ),
- la Direction des ressources humaines pour un point d'avancement sur la démarche engagée sur les risques psychosociaux à l'hôpital, et sur le lien entre institution de formation et groupes hospitaliers,
- la Direction générale de l'organisation des soins pour le sujet de la reconnaissance des diplômes au travers d'une évolution statutaire,
- la commission médicale d'établissement de l'AP-HP pour la concordance des temps médicaux et paramédicaux,
- la DSAP pour une communication sur les modalités d'inscription à la diffusion des appels à projets en matière de recherche paramédicale afin que les membres de la commission puissent renforcer la communication en complément de celle assurée par les coordonnateurs de la recherche paramédicale.

Pour en savoir plus, consulter le site intranet de la DSAP, rubrique CCSIRMT

<http://portail-cms.aphp.fr/dcsirmt/?page=public>

## Tableau des 12 thématiques

- Décès à l'hôpital.
- Dispositifs centraux et périphériques : valves anti-reflux pour les médicaments à marge thérapeutique étroite, PICC-Line, cathéters à chambres implantables, cathéters centraux.
- Sécurisation du circuit du médicament.
- Brancardage.
- Recherche infirmière et paramédicale.
- Éducation thérapeutique et place des unités transversales d'éducation thérapeutique.
- Concordance des temps médicaux et paramédicaux en secteur d'hospitalisation et consultation.
- Responsabilité individuelle et collective pour les professionnels.
- Risques psycho-sociaux.
- Tenue professionnelle.
- Lien avec les instituts de formation (mutualisation des procédures de soins institutionnelles, etc.).
- Reconnaissance des diplômes (master, doctorat) dans les professions paramédicales.

# Actualités

## La campagne « Pare à Chute »

Les chutes, aussi bien en ville qu'en institution, entraînent chaque année en France près de 9 000 décès chez les personnes de plus de 65 ans. La campagne « Pare à Chute », proposée par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, a permis d'éviter une chute grave à plus de 36 000 patients à risque.

### Pourquoi l'ARS a-t-elle lancé cette campagne ?

L'ARS d'Île-de-France avait mené, en 2013-2014, une première campagne « Sauve ma peau, maîtriser le risque d'escarre » pour éviter les escarres graves. Faisant suite à la demande de ses participants, une démarche identique a été développée pour maîtriser le risque de chute.

**L'AP-HP a été acteur de cette campagne au travers de la participation de services dans certains établissements : Émile-Roux, Tenon, Saint-Antoine, Rothschild, Hospitalisation à domicile, Charles Foix, Pitié-Salpêtrière et des Hôpitaux universitaires Paris Ouest.**

**Cette participation a impacté positivement les pratiques des sites. Par exemple, à l'hôpital Rothschild (Françoise Legoff puis Dominique Faucou, cadres experts à la DSAP, Karine Lopez, cadre de santé référente chute et Sylvie Ventura, cadre rééducateur), la mise en place de l'audit en mars 2016, dans une unité de SSR, a permis de mettre en évidence des points à améliorer notamment la traçabilité des rééducateurs, la prescription des contentions et l'information aux familles.**

**À ce jour, grâce au suivi mensuel d'avril 2016 à février 2017 ainsi qu'au second audit d'avril 2017, le site constate, d'une part, une amélioration de l'item traçabilité des rééducateurs, et d'autre part, un impact positif sur l'implication des équipes paramédicales dans l'évaluation du risque à l'entrée et lors des synthèses intermédiaires, surtout, lorsqu'il y a eu une chute, et enfin, l'émergence d'une attention particulière des soignants sur le chaussage des patients.**



**Dr Samia Levy-Djebbour**

Agence régionale de santé d'Île-de-France  
- Département Appui à la transformation des organisations en santé -

Pôle performance et appui stratégique - Direction de la Stratégie

### Méthodologie

Après une phase pilote en 2015, la campagne « Pare à Chute, maîtriser le risque », est lancée en février 2016, pour un an <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque>. Son objectif est d'éviter les chutes graves par la mise en œuvre de pratiques à fort impact, institutionnelles et auprès du patient. L'ARS apporte une expertise méthodologique et d'accompagnement, l'expertise sur les chutes étant réservée aux sociétés savantes\* et à la Haute Autorité de Santé. Les établissements volontaires réalisent un diagnostic avec les outils fournis, élaborent et mettent en œuvre un plan d'actions, suivi chaque mois par des compteurs qu'ils alimentent, sur les chutes graves évitées, la prise en charge des patients, et la contention. Des réunions départementales régulières permettent un partage d'expérience entre des professionnels très divers et un échange de documents. En fin de projet, les équipes engagées sont valorisées par un certificat.

### Le constat

La thématique « chute » s'avère complexe par la multiplicité des recommandations, des facteurs de risque, des acteurs, issus du soin ou de la rééducation, et des préventions ( primaire, secondaire et tertiaire). Les idées reçues sont parfois tenaces : la chute considérée aussi inéluctable que l'âge ; la contention, parfois

identifiée comme l'unique moyen de prévention, en méconnaissant le risque de chute grave induit.

### Les principaux points positifs

L'engagement de la gouvernance des établissements par une charte, ainsi que le travail en équipe pluridisciplinaire représentent de bons leviers pour la mise en œuvre du plan d'actions. Les échanges, sans tabou ni jugement, lors des réunions départementales, favorisent le partage de documents (« boîte à outils » et film <https://www.youtube.com/watch?v=ZJDZJ1puhdk>), dynamisent la démarche et la prise de conscience de l'importance de tous (rééducateurs, soignants, entourage, patient) pour favoriser la mobilité, réduire la contention et les chutes graves.

### Résultats de participation

Trois cent quatre structures sanitaires et médico-sociales se sont engagées. Cent soixante ont finalisé le projet et reçu des certificats qui ont valorisé 214 équipes. À ce jour, 36 875 patients ou résidents à risque de chute grave n'en ont pas fait.

### Prochaine étape

Les résultats d'impacts seront analysés cet été et restitués lors de la réunion régionale du 26 septembre 2017, à l'Institut Pasteur, dont le matin sera consacré à « escarre » et l'après-midi à « chute ».

\*SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie), SOFMER (Société française de médecine physique et de réadaptation)



# Agenda

## Évènements

### DSAP

**Journée professionnelle :  
Exercice des métiers d'IADE  
et d'IBODE à l'AP-HP**

**Vendredi 8 décembre 2017  
de 8h30 à 17h30**

**Amphithéâtre Charcot –  
Pitié-Salpêtrière**

Modalité d'inscription :  
voir sur le programme qui sera communiqué  
en septembre-octobre.

### Information de dernière minute

L'appel à projets « Parcours de Soins »  
Fondation Recherche - MSD France est  
reconduit en 2018.  
Les modalités pratiques seront  
communiquées ultérieurement  
aux directeurs des soins et aux  
coordonnateurs paramédicaux de la  
recherche des GH et les informations  
seront également diffusées dans la  
newsletter électronique *Sept jours*  
à l'AP-HP.

Si vous avez déjà identifié un sujet de  
recherche en lien avec le « Parcours  
de Soins », rapprochez-vous du  
coordonnateur paramédical de la  
recherche de votre GH.

### Autres

**La Certification ISO 9001 à l'APHP**

**Jeudi 14 septembre 2017  
13h à 17h**

**Amphithéâtre Lapersonne,  
site de l'Hôtel-Dieu**

Renseignements et inscriptions :  
[viviane.kluvie@aphp.fr](mailto:viviane.kluvie@aphp.fr)

**Implication des patients dans  
les démarches de qualité-sécurité  
des soins**

**Lundi 25 septembre 2017  
8h30 à 17h00**

**Auditorium de l'Hôpital européen  
Georges-Pompidou**

Renseignements et inscriptions :  
<http://evenementiels.aphp.fr/implicationdespatientsdanslesdemarchesdamelioration/>

**Éducation thérapeutique  
7<sup>ème</sup> journée des soignants  
et des soignées de l'AP-HP**

**Mardi 14 novembre 2017  
8h30 à 17h30**

Pitié-Salpêtrière – amphithéâtre de la faculté  
de médecine de l'université Pierre et Marie Curie

Renseignements et inscriptions :  
voir sur le programme qui sera communiqué  
en septembre.

**Évaluation des pratiques  
professionnelles (EPP) : démarches  
d'analyse et d'amélioration des  
pratiques professionnelles**

**17 novembre 2017  
8h30 à 13h0**

**Hôtel Scipion**

Renseignements et inscriptions :  
[Kluvie.viviane.kluvie@aphp.fr](mailto:Kluvie.viviane.kluvie@aphp.fr)

### Abonnement

Si vous désirez vous abonner au magazine *Transmissions*, version papier  
ou version électronique, merci d'en faire la demande en précisant  
vos nom, prénom, service, hôpital ou adresse personnelle par e-mail à :

[agnes.vilain@aphp.fr](mailto:agnes.vilain@aphp.fr)

### Transmissions / Le magazine de la Direction des Soins et des Activités Paramédicales

- Directrice de la publication : Françoise Zantman • Chefs d'édition : Richard Agnetti, Chantal Legrand
- Secrétaire d'édition : Agnès Vilain
- Conception & réalisation à la Direction de la communication de l'AP-HP : Stéphanie Aguilar, Jean-Michel Forestier, Micheline Saint-Etienne
- Couverture : Service de rééducation polyvalente - Hôpital Bretonneau
- Photos : Patricia Simon, François Marin (AP-HP) • Impression : SMS
- Contact : direction centrale des soins - 01 40 27 34 85

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS



[www.aphp.fr](http://www.aphp.fr)