



**Filière de formation des Médecins
inspecteurs de santé publique**

Promotion : 2010 – 2011

Date du Jury : Septembre 2011

**La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le
département de l'Ain**

Aurélie Fourcade

Remerciements

-A Catherine Hamel pour avoir accepté d'être ma maître de stage, et m'avoir soutenue tout au long de ce travail. Je te remercie pour ta gentillesse, ta disponibilité et les échanges que nous avons partagés durant cette année.

-A Denis, Angélique, Jocelyne et Stéphane de la délégation territoriale de l'Ain pour m'avoir chaleureusement accueillie dans le service et aidée dans mes recherches.

-A Nadine, pour sa générosité et sa bonne humeur au quotidien.

-A François Petitjean, Marie-Elisabeth Cosson, Karine Chauvin et Jean-Pierre Epailard de l'EHESP pour m'avoir encadrée tout au long de ce travail et m'avoir donné de précieux conseils.

-A mes collègues de promotion pour tous les bons moments passés ensemble.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1. DEFINITION ET CONTEXTE DES CHUTES DES PERSONNES AGEES	4
1.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE DES CHUTES	4
1.1.1. DEFINITIONS DES CHUTES	4
1.1.2. EPIDEMIOLOGIE DES CHUTES	4
1.2. LA PREVENTION DES CHUTES	6
1.3. LES EHPAD	7
1.3.1. LES DONNEES NATIONALES SUR LES EHPAD	7
1.3.2. LES EHPAD DE L'AIN	8
2. METHODOLOGIE	10
2.1. LA METHODOLOGIE DE TRAVAIL RETENUE	10
2.2. L'ENQUETE SUR LES APPELS DES EHPAD AU SAMU EN 2010	10
2.3. L'ENQUETE SUR LA PREVENTION DES CHUTES EN EHPAD	11
2.4. L'ANALYSE DES CONVENTIONS TRIPARTITES ET DES RAPPORTS D'ACTIVITE MEDICALE	11
2.5. L'ANALYSE DES SIGNALEMENTS ET DES PLAINTES	13
3. LES RESULTATS DES ENQUETES SUR LES CHUTES EN EHPAD DANS L'AIN	14
3.1. UN NOMBRE IMPORTANT D'APPELS AU SAMU POUR CHUTES	14
3.2. UN NOMBRE DE CHUTES DECLARE TRES VARIABLE EN FONCTION DES EHPAD	14
3.3. PEU D'ELEMENTS SUR LES CHUTES DANS LES CONVENTIONS TRIPARTITES ET LES RAPPORTS D'ACTIVITE MEDICALE	16
3.4. QUELQUES PLAINTES ET SIGNALEMENTS FAISANT ETAT DE CHUTES	18
4. DISCUSSION DES RESULTATS ET PRECONISATIONS	20
4.1. DISCUSSION DES RESULTATS	20
4.2. LES PRECONISATIONS ET LA PLACE DU MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE	26
4.2.1. LES PRECONISATIONS POUR LES EHPAD DE L'AIN	26
4.2.2. LES PRECONISATIONS POUR L'ARS	27
4.2.3. LES PRECONISATIONS POUR LES DECIDEURS AU NIVEAU NATIONAL	28

5. L'ANALYSE REFLEXIVE -----	29
5.1. LA PERTINENCE DE LA METHODE DE TRAVAIL -----	29
5.2. LES DIFFICULTES RENCONTREES -----	30
5.3. LES COMPETENCES MOBILISEES -----	31
5.4. LES INTERETS SUSCITES -----	31
5.5. LA PLACE DU MEDECIN INSPECTEUR DANS LA PROBLEMATIQUE DES CHUTES EN EHPAD	32
 CONCLUSION-----	 33
 BIBLIOGRAPHIE -----	 34
 LISTE DES ANNEXES -----	 I

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CIRE : Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DT : Délégation Territoriale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAS : Haute Autorité de Santé

Inpes : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

Mobiquat : Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des soins

PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

Introduction

Les chutes accidentelles des personnes âgées sont responsables d'une morbi-mortalité importante dans une population française où les personnes âgées de 60 ans et plus sont de plus en plus nombreuses. Ces dernières représentaient en effet 22,4 % de la population française métropolitaine en 2009 alors qu'elles n'étaient que 17 % en 1960 et qu'elles seront 31 % en 2030^{1,2,3}. La population Française vieillit, comme celles des pays voisins, conséquence de l'allongement important et régulier de la durée de la vie. En 2007, l'espérance de vie à la naissance est de 77,4 ans pour les hommes et de 84,4 ans pour les femmes en France et de 77,7 pour les hommes et de 85,0 pour les femmes dans l'Ain⁴. Aussi, près de 500 000 personnes en France vivent en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), dont 5 600 dans l'Ain^{5,6}. Dans ce contexte, la fréquence des chutes chez la personne âgée, leur gravité éventuelle et les coûts induits ont conduit à plusieurs engagements nationaux et régionaux pour prévenir ces chutes. La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004⁷ a défini des objectifs nationaux de santé publique exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Elle a notamment fixé comme résultat à atteindre à un horizon quinquennal une diminution de 25 % du nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année. Le plan national Bien Vieillir 2007-2009⁸ a pour ambition de favoriser un vieillissement réussi, tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. L'axe 4 comporte une mesure spécifique sur la prévention des chutes au domicile des personnes âgées, les accidents de la vie courante et le travail sur l'équilibre, confiée à l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes). La

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2010. [Page visitée le 15 mars 2011]. Disponible sur Internet :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02107

² Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de la population au 1er janvier par région (1990-2010), département (1990-2009), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge). [Page visitée le 25 mars 2011]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop?

⁴ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique et situation démographique. 2008. [Page visitée le 25 mars 2011]. Disponible sur Internet :

http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_decès/esperance_vie/

⁵ Julie Prévot. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). N° 689, mai 2009.

⁶ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Enquête EHPA 2007 : principaux résultats départementaux. [Page consultée le 12 Avril 2011]. Disponible sur Internet :

http://alertes38.org/IMG/pdf/L_offre_d_hebergement_pour_PA_LettreDRASS_annexe.pdf

⁷ Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction Générale de la Santé, Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de Santé Publique. Juillet 2005, 554 pages.

⁸ Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009.

réduction des chutes des personnes âgées répond à un double objectif, celui de maintenir l'ensemble de la population âgée en bonne santé mais également de prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation. Des orientations ont également été prises au niveau régional en faveur de la prévention des chutes. Le plan régional de santé publique (PRSP) 2006-2010 de la région Rhône-Alpes⁹ avait dans ses priorités de développer des actions de sensibilisation et de prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile et en institution.

Aussi, la chute d'une personne âgée à domicile est souvent un signal d'alarme pour la famille qui estime que la personne âgée ne peut plus rester seule à son domicile : la chute est donc souvent l'événement déclencheur d'une entrée en institution¹⁰. Le risque de chutes reste important en EHPAD, mais la prise en charge dont bénéficient les résidents dans ces structures doit permettre d'assurer une réelle prévention de la survenue des chutes. La prévention des chutes consiste à repérer le risque de chute, réduire le nombre de chutes ainsi que leurs récurrences et diminuer la gravité et les conséquences des chutes.

J'ai effectué mon stage de médecin inspecteur au sein de la Délégation territoriale (DT) de l'Ain de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes. Deux médecins, un médecin inspecteur et un médecin conseil, sont actuellement en poste à la DT. Mon maître de stage, médecin inspecteur, est référent médical dans les services « Offre ambulatoire » et « Handicap » en ce qui concerne le pôle « Offre de santé territorialisée » et dans le service « Prévention et promotion de la santé » pour le pôle « Prévention et gestion des risques ». Le médecin conseil est référent médical dans les services « Grand âge » et « Offre de soins » au sein du pôle « Offre de santé territorialisée ».

Dans le cadre de cette politique nationale et régionale en faveur de la prévention des chutes, plusieurs éléments ont conduit à s'interroger au sein de la DT sur les mesures mises en place par les EHPAD de l'Ain au sein de leurs établissements. Tout d'abord, la délégation territoriale a été alertée par le travail d'une précédente stagiaire sur les appels des EHPAD du département au SAMU qui a mis en évidence un nombre relativement élevé d'appels ayant pour motif la chute d'un résident. De plus, les personnes âgées admises pour chutes aux urgences attendent souvent plusieurs heures¹¹ pour obtenir une radiographie et cette attente peut rapidement être source de désorientation pour les personnes âgées. Par

⁹ Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Rhône-Alpes .Plan régional de santé publique Rhône-Alpes 2006-2010. Priorités de santé publique. Lyon, septembre 2006.

¹⁰ Tinetti ME, Williams CS. Falls injuries due to falls and risk of admission to a nursing home. New England Journal of Medicine. 1997; 337(18): 1279-84.

¹¹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). Réduire le temps de passage aux urgences. Recueil de bonnes pratiques organisationnelles. 2005.

ailleurs, la thématique des chutes a été identifiée par les acteurs de la filière gériatrique de l'Ain comme thématique de travail prioritaire pour l'année 2011. Enfin, des plaintes déposées par des familles à l'encontre d'un EHPAD ainsi que des signalements relatant des chutes ont conduit à effectuer une inspection inopinée dans cet établissement de l'Ain. Ces différents points ont amené le médecin inspecteur et le médecin conseil référent du service Grand Age à la délégation à s'interroger sur la prévention des chutes dans les EHPAD. La commande qui m'a été passée en tant que médecin inspecteur stagiaire était donc de mettre en évidence la situation dans les EHPAD par rapport à la prévention des chutes et de formuler des préconisations. Les questions auxquelles je devais répondre étaient donc les suivantes : les EHPAD sont-ils sensibilisés à la problématique des chutes ? Ont-ils mis en place au sein de leur établissement une politique de prévention des chutes ? Suivent-ils les recommandations de bonnes pratiques en termes de prévention des chutes ? Recensent-ils les chutes ? Combien de chutes ont lieu en EHPAD ? Ont-ils mis en place des protocoles chutes ?

Nous allons dans une première partie traiter des éléments de définition et de contexte sur les chutes des personnes âgées. La méthode utilisée pour répondre aux questions que nous nous posons est décrite dans la deuxième partie, avec les différentes enquêtes et analyses menées. Nous verrons ensuite dans la troisième partie les résultats obtenus de ces différentes enquêtes. La quatrième partie va nous permettre de discuter les résultats et formuler des préconisations. Nous terminerons par une analyse réflexive du travail mené dans la dernière partie et nous dégagerons également le rôle du médecin inspecteur dans la problématique des chutes en EHPAD.

1. Définition et contexte des chutes des personnes âgées

Dans cette première partie, nous allons tout d'abord définir les chutes accidentelles et donner quelques éléments d'épidémiologie sur les chutes. Nous présenterons ensuite les grands principes de la prévention des chutes. Enfin, nous décrirons succinctement l'organisation et le fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et ferons un état des lieux des structures présentes sur le département de l'Ain.

1.1. Définition et épidémiologie des chutes

1.1.1. Définitions des chutes

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS)^{12,13}, la chute accidentelle se définit chez la personne âgée comme le fait de tomber de manière inopinée non contrôlée par la volonté, au sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ. La HAS précise également, dans ses recommandations, que le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins 2 chutes sur une période de 12 mois.

1.1.2. Epidémiologie des chutes

La HAS¹⁴ estime qu'environ un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans et 50 % des personnes âgées de plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois dans l'année et que la moitié de ces personnes font des chutes répétées. Le nombre de chutes par personne âgée est plus élevé en établissements qu'à domicile. Dans son article de 2006, L. Rubenstein¹⁵ indique que les taux de chute les plus élevés concernent les personnes de plus de 75 ans vivant en long séjour ou en institution médicalisée et sont compris entre 0,6 et 3,6 chutes par personne et par année (moyenne calculée à 1,7) alors qu'ils sont de 0,3 à 1,6 chez les personnes âgées vivant à domicile. Concernant les activités associées à la survenue des chutes, quelle que soit la catégorie de personnes âgées considérées et leur lieu de vie, la chute survient essentiellement au cours d'activités simples de la vie quotidienne qui engagent un déplacement du corps. Pour les personnes institutionnalisées,

¹² Haute Autorité de Santé – Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis, Avril 2009.

¹³ Haute Autorité de Santé - Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes chez la personne âgée. Argumentaire. Saint-Denis, Novembre 2005.

¹⁴ Cf. référence 12.

¹⁵ Rubenstein L. Z.. Falls in older people : epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. Age ageing, 2006 ; 35 Suppl 2: ii37-ii41.

les chutes surviennent également fréquemment lors des transferts d'une chaise ou du lit à une position debout ou inversement^{16,17}.

Le mécanisme de la chute est le plus souvent complexe chez la personne âgée en raison de son caractère poly factoriel qui est retrouvé dans 60 % des cas¹⁸. Selon les dernières recommandations de la HAS de 2009¹⁹, les facteurs explicatifs de la chute sont dénommés « facteurs de risque » dans la mesure où ils augmentent la probabilité de survenue de la chute. Ces facteurs peuvent être intrinsèques (qui reflètent l'état de santé de la personne), comportementaux (qui dépendent de l'activité physique de la personne au moment de la chute) ou environnementaux (qui correspondent aux caractéristiques du lieu de chute). Au-delà de ce concept de facteurs de risque, l'évaluation du mécanisme de la chute peut faire intervenir une notion complémentaire qui est celle des facteurs prédisposants et précipitants. Les facteurs prédisposants correspondent en pratique au cumul de facteurs de risque intrinsèques, présents chez un individu et qui prédisposent à la survenue d'une chute en raison du déséquilibre postural qu'ils entraînent. Les facteurs précipitants sont, à l'inverse, des facteurs intervenant ponctuellement dans le mécanisme de la chute.

Les chutes peuvent entraîner des conséquences graves en termes de morbidité, traumatismes et syndromes post-chute notamment, et également entraîner des décès. Les chutes entraînent des fractures dans environ 5 % des cas, et un recours aux soins dans environ 10 % des cas²⁰. La fracture de l'extrémité supérieure du fémur, qui représente l'une des conséquences les plus graves des chutes, survient dans moins de 1 % des cas. Le syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice est une complication fonctionnelle aiguë grave des chutes, véritable urgence gériatrique. Cette désadaptation par réduction spontanée de l'activité, diminution des capacités fonctionnelles, troubles posturaux et de la marche, augmente le risque de nouvelle chute. Selon plusieurs études américaines^{21,22}, de 30 à 60 % des personnes âgées interrogées après la chute déclarent avoir peur de retomber, de plus, 16 à 26 % d'entre elles déclarent avoir restreint leurs activités habituelles

¹⁶ Nicolas L., Couturier P., Rabenasolo S., Civalleri C., Franco A. Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite : à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes, sur 10 mois. *La revue de Gériatrie*. 1999 ; 24(4) : 263-70.

¹⁷ Jeandel C., Samson M. Prévention secondaire des chutes en institution. Une enquête nationale. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2003 ; 93 : 128-136.

¹⁸ Rubenstein L. Z.. Falls in older people : epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. *Age ageing*, 2006 ; 35 Suppl 2: ii37-ii41.

¹⁹ Haute Autorité de Santé – Société Française de Gériatrie et de Gérontologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis, Avril 2009.

²⁰ Dargent-Molina P., Bréart G. Epidemiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1995 ; 43 : 2-83.

²¹ Dargent-Molina P., Bréart G. Epidemiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1995 ; 43 : 2-83.

²² Vellas BJ., Wayne SJ., Romero LJ., Baumgartner RN., Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*, 1997 ; 26 : 189-93.

à cause de cette peur²³. En France métropolitaine en 2004^{24,25}, 4 385 personnes de plus de 65 ans sont décédées d'une chute accidentelle.

1.2. La prévention des chutes

Les recommandations de la HAS

La HAS, dans ses recommandations pour la pratique clinique²⁶, insiste sur le fait que les conséquences des chutes en termes de morbidité et mortalité justifient une démarche de prévention systématique. La prévention primaire repose sur le repérage du risque. Il est recommandé de demander à toute personne âgée, quel que soit le motif de la consultation si elle est tombée durant l'année précédente. L'examen clinique et l'interrogatoire permettent ensuite de mettre en évidence les différents facteurs de risque éventuels, intrinsèques et extrinsèques. L'examen clinique doit être complété par des tests simples validés de repérage à titre systématique pour confirmer l'absence de risque de chute et en cas de chute signalée ou de présence de facteurs de risque (timed up and go test, test unipodal, poussée sternale, walking and talking test). Si ces tests sont positifs, une évaluation multifactorielle et interdisciplinaire est nécessaire dans le cadre d'une stratégie progressive personnalisée. En présence de facteurs de risque de chute ou d'antécédents de chutes, un programme personnalisé de rééducation - réadaptation destiné à améliorer les capacités physiques et renforcer l'autonomie doit être proposé. Ce programme doit au minimum associer les éléments suivants : rééducation de la force musculaire des muscles porteurs, rééducation de l'équilibre et de la marche, apprentissage de l'usage approprié des matériels d'assistance (cannes, déambulateurs, etc.), aménagement des dangers du domicile, correction des troubles visuels éventuels, « toilettage » des ordonnances médicamenteuses, notamment en ce qui concerne les psychotropes. Des situations particulières peuvent en outre nécessiter des mesures spécifiques supplémentaires (risque élevé de fractures de hanche, carence en vitamine D, etc.).

²³ Dargent-Molina P., Bréart G. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1995 ; 43 : 2-83.

²⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010.

²⁵ Ermanet C., Thélot B., Jouglé E., Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, octobre 2007 ; n°37-38.

²⁶ Haute Autorité de Santé - Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes chez la personne âgée. Argumentaire. Novembre 2005.

La prévention des chutes en EHPAD

Le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD de 2007²⁷, élaboré par la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Action Sociale et la Société Française de Gériatrie et Gériatrie, comporte une fiche sur la prévention des chutes. Il est notamment recommandé aux établissements de mettre en place des actions pour diminuer le risque de chutes : sensibiliser le personnel au problème des chutes, aménager les locaux afin de minimiser les facteurs de risque environnementaux, repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute), pour tous les individus à risque identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables, éviter le déconditionnement physique, inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique), réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche, faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche, prévenir la dénutrition, prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche. Par ailleurs, toute chute doit être signalée (fiche de déclaration de chutes) et donner lieu à une évaluation médicale à la recherche des facteurs de risque de rechute. L'usage des contentions physiques doit être limité et codifié²⁸, les contentions entraînant un déconditionnement physique et souvent une confusion mentale à l'origine d'un risque plus élevé de chute.

1.3. Les EHPAD

1.3.1. Les données nationales sur les EHPAD

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement qui proposent à leurs résidents un encadrement médical et des activités adaptées pour des séjours longs ou temporaires (certains offrent la possibilité d'un accueil de jour). Ces EHPAD ont signé des conventions tripartites de 5 ans avec leur conseil général et l'assurance maladie (réforme de la tarification, article L313-12 du Code de l'action sociale et des familles (CASF)) et se sont donc engagés sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Ils accueillent des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus.

²⁷ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

²⁸ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Evaluation des pratiques professionnelles des établissements de santé. Octobre 2000.

L'enquête sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES²⁹ recense en France en 2007 près de 6 900 EHPAD qui offrent environ 515 000 places. Le nombre de places en EHPAD s'est fortement accru depuis la dernière enquête EHPA en 2003 (17 % de plus). En moyenne, le nombre de places en EHPAD pour la France entière s'établit à 95 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus. En moyenne sur l'ensemble des EHPAD, le GIR moyen pondéré (GMP)³⁰ s'élève à 663 fin 2007 (proche du nombre de points attribués à un GIR 3). 85 % des résidents des EHPAD sont de GIR 1 à 4. Les personnels des EHPAD sont de différents types : personnel soignant, de direction, éducatif, social, d'animation, agent de service, etc. Les personnels soignants (aide soignant et infirmier) et médical représentent en moyenne 44 % de l'ensemble des personnels employés dans ces structures. Le taux d'encadrement global, défini comme le nombre d'emplois en équivalent temps plein (ETP) (toutes fonctions confondues) pour 100 places, s'élève en moyenne à 57 ETP pour 100 places en EHPAD.

Les EHPAD sont des structures de nature très hétérogène. Ils peuvent dépendre du secteur privé ou public. Les EHPAD publics sont autonomes ou appartiennent et sont gérées par des structures publiques de statuts hospitaliers ou centres communaux d'action sociale (CCAS). Les EHPAD privés appartiennent et peuvent être gérées par des groupes privés spécialisés, des groupes hôteliers, des associations loi 1901, etc. Il existe deux catégories d'EHPAD dans le secteur privé : ceux qui sont habilités par le Département pour accueillir des bénéficiaires au titre de l'aide sociale et des EHPAD privés non habilités. Dans ces derniers établissements, les résidents dont les ressources sont insuffisantes ne peuvent bénéficier d'une prise en charge au titre de l'aide sociale.

1.3.2. Les EHPAD de l'Ain

Selon la statistique des établissements de l'ARS Rhône-Alpes³¹, le département de l'Ain compte, au 1^{er} Janvier 2010, 65 EHPAD qui offrent 5 476 places d'hébergement. Le taux d'équipement en lits d'EHPAD est plus élevé dans l'Ain qu'en France Métropolitaine : il est

²⁹ Julie Prévot. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). N° 689, mai 2009.

³⁰ La grille AGGIR classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne. Ces six niveaux, les Groupes iso-ressources (GIR), permettant de classer les personnes des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes, voire non dépendantes (GIR 6). À chaque niveau de GIR correspond un certain nombre de points (GIR 1: 1000, GIR 2: 840, GIR 3: 660, GIR 4: 420, GIR 5: 250 et GIR 6: 70). Le GMP, indicateur du niveau moyen de dépendance des résidents des EHPA pour un établissement, est égal au total des points GIR de ses résidents rapporté au nombre total de ses résidents. Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé; il atteindrait 1 000 dans un établissement où tous les résidents seraient en GIR 1.

³¹ Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, Direction de la stratégie et des projets. Mémento STATISS 2010. Statistiques et indicateurs, santé et médico-social. Février 2011. [Page visitée le 12 avril 2011]. Disponible sur Internet : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/DSPRO_20110405_mementoSTATISS_definitif.pdf

de 141 pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus dans l'Ain alors qu'il est de 101 en France Métropolitaine. Sur les 65 EHPAD du département, 30 établissements (soit 46 % d'entre eux) sont des établissements publics et 35 (soit 54 %) sont des établissements privés. Sur les 30 EHPAD publics, 20 sont autonomes et 10 sont annexés à un hôpital. Sur les 35 établissements privés, 15 sont habilités à l'aide sociale et 20 ne sont pas habilités à l'aide sociale. En moyenne sur l'ensemble des EHPAD du département, le GMP s'élève à 723. Le taux d'encadrement global moyen est de 61 ETP pour 100 places en EHPAD dans l'Ain. Le département de l'Ain est donc bien équipé en lits d'EHPAD, les résidents sont aussi plus dépendants que la moyenne nationale mais ils bénéficient d'un taux d'encadrement plus élevé que la moyenne nationale.

2. Méthodologie

Nous allons exposer dans cette partie la méthode choisie pour mener à bien ce travail pour présenter ensuite les différentes enquêtes et analyses qui ont été conduites ainsi que leurs objectifs.

2.1. La méthodologie de travail retenue

J'ai tout d'abord réalisé une revue de la littérature sur la problématique des chutes des personnes âgées et plus particulièrement sur les chutes en EHPAD (par l'intermédiaire de la banque de données en santé publique et de sites internet (Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM), HAS, Ministère de la Santé, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), Legifrance, Inpes, Mobilisation pour l'amélioration de la qualité des soins (Mobiquat), etc.). Cette analyse de la littérature m'a notamment permis d'obtenir des données sur l'épidémiologie des chutes, la prévention des chutes, ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des EHPAD. Dans le but de confirmer mon diagnostic et pour m'aider à formuler des préconisations, j'ai effectué des entretiens (face à face et téléphonique) avec différentes personnes ressources : une cadre de santé d'un EHPAD, un médecin coordonnateur d'EHPAD et un gériatre responsable d'une consultation chute à l'hôpital.

Pour répondre aux différentes questions posées, j'ai choisi de réaliser un travail à plusieurs portes d'entrée regroupant plusieurs enquêtes et analyses afin d'obtenir une vision globale de la prévention des chutes en EHPAD dans l'Ain. J'ai donc effectué une enquête sur les appels des EHPAD au SAMU en 2010, une enquête sur la prévention des chutes en EHPAD, une analyse des rapports d'activité et des conventions tripartites de ces établissements, et une analyse des signalements et des plaintes concernant les EHPAD reçus à la DT.

2.2. L'enquête sur les appels des EHPAD au SAMU en 2010

J'ai travaillé avec le SAMU de l'Ain pour obtenir une extraction de la base de données du SAMU. En effet, les appels passés au SAMU sont enregistrés dans un logiciel informatique par les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) lorsqu'ils répondent à l'appel. Diverses informations sont alors retranscrites, comme le motif et le lieu de l'appel, l'âge et le sexe de la personne concernée, etc. L'objectif principal de cette enquête auprès du SAMU était d'estimer, en 2010, le nombre d'appels provenant des EHPAD ayant pour

motif la chute d'un résident et d'estimer la proportion de ces appels parmi tous les appels. Le SAMU nous a donc fourni un tableau Excel recensant tous les appels provenant des EHPAD en 2010. La base de données ainsi obtenue a été retravaillée pour être exploitable (suppression des doublons, transformation du format « texte » de l'âge et de la date en format nombre). L'analyse détaillée des résultats a donc été effectuée sur 3 419 appels d'EHPAD en 2010.

2.3. L'enquête sur la prévention des chutes en EHPAD

Pour connaître les mesures mises en place par les EHPAD en termes de prévention des chutes, j'ai conçu un questionnaire à destination de ces établissements à l'aide du guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD³². Les objectifs de cette enquête étaient notamment de savoir si les établissements recensaient les chutes, s'ils avaient mis en place une politique de prévention des chutes au sein de leur structure, et, pour faire le lien avec la première enquête, s'ils disposaient d'une procédure d'appel au SAMU.

Le questionnaire³³ a été testé lors d'un entretien avec la cadre de santé d'un EHPAD de Bourg-en-Bresse. Il a ensuite été envoyé le 10 février 2011 par mail à tous les établissements (65) du département à partir d'une boîte mail fonctionnelle « Grand âge » de la DT. Une copie du mail envoyé est présentée en annexe³⁴. La date limite de retour des questionnaires complétés était prévue le 25 février 2011. Un message mail de rappel a été envoyé à tous les établissements le 22 février. Une relance téléphonique a été réalisée le 2 mars pour les établissements qui n'avaient pas retourné le questionnaire rempli.

2.4. L'analyse des conventions tripartites et des rapports d'activité médicale

Les conventions tripartites

Les établissements entrant dans le champ d'application des EHPAD doivent signer une convention pluriannuelle tripartite dont les 3 signataires sont le représentant légal de la structure, le Président du Conseil Général et le Directeur général de l'ARS (Article L313-12 du CASF). La convention est fixée pour une durée de 5 ans à partir de sa date d'effet. Cette convention doit définir les conditions de fonctionnement de l'établissement et définir les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation. L'arrêté du 26

³² Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

³³ Cf. Annexe 1 : le questionnaire envoyé aux EHPAD.

³⁴ Cf. Annexe 2 : le mail envoyé aux EHPAD.

Avril 1999³⁵, modifié et complété par l'arrêté du 13 août 2004³⁶, fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle. Un des objectifs de ce cahier des charges est de détailler les principales recommandations visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents. Dans le cadre de la négociation de la convention ou de son renouvellement, l'établissement doit définir les objectifs à mettre en œuvre. Un auto-diagnostic doit également être réalisé permettant à l'établissement de se positionner en termes de points forts et points faibles par rapport aux recommandations définies dans le cahier des charges.

L'outil d'auto-évaluation Angelique³⁷, élaboré par le ministère, a pour objectif d'aider les établissements à établir leur bilan initial, afin de leur permettre de dégager leurs points forts et leurs points faibles, et de préciser les améliorations en matière de qualité qu'ils considèrent comme prioritaires pour leur projet de convention. Il est demandé aux EHPAD de l'Ain d'insérer la synthèse de l'auto-évaluation Angelique en annexe dans leur convention tripartite.

Dans le but de savoir si la problématique des chutes est prise en compte dans les priorités de l'établissement, j'ai recherché dans les conventions tripartites des EHPAD si la problématique des chutes était abordée, si des objectifs avaient été définis par rapport aux chutes et s'il existait des critères d'évaluation de l'établissement concernant les chutes.

Les rapports annuels d'activité médicale

Les EHPAD ont l'obligation de se doter d'un médecin coordonnateur dans un délai de 6 mois à compter de la signature de la convention tripartite (Article 313-12 du CASF). Le médecin coordonnateur rédige le projet général de soins s'intégrant dans le projet d'établissement, avec le concours de l'équipe soignante. Ses missions sont fixées par décret^{38,39}. Entre autre, il veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, il identifie les risques éventuels

³⁵ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales. Journal Officiel n°98 du 27 avril 1999 page 6256.

³⁶ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales. Journal Officiel n°210 du 9 septembre 2004 page 15865.

³⁷ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité MARTHE – ENSP. Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. Outil d'auto-évaluation. [Page visitée le 26 mai 2011]. Disponible sur Internet : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces.770/personnes-agees.776/dossiers.758/-accueil-en-ehpad.1136/ameliorer-la-qualite-en-ehpad-l.8052.html>

³⁸ Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel n°123 du 28 mai 2005 page 9363.

³⁹ Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel n°87 du 13 avril 2007 page 6782.

pour la santé publique et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques. De plus, il établit un rapport annuel d'activité médicale retraçant notamment les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents.

Il m'a semblé intéressant dans ce contexte d'examiner les rapports d'activité médicale des EHPAD pour savoir si la problématique des chutes était prise en compte dans le projet général de soins, était identifiée comme risque pour la santé publique et si le médecin coordonnateur avait mis en place des mesures de prévention des chutes.

2.5. L'analyse des signalements et des plaintes

Les EHPAD, comme les autres établissements médico-sociaux, doivent signaler à l'ARS les événements menaçant ou compromettant la santé, la sécurité ou le bien-être d'un ou plusieurs résidents⁴⁰.

La délégation territoriale a reçu ces derniers mois plusieurs plaintes de familles qui rapportent des chutes de leurs parents en maison de retraite mais aussi des signalements de la part des EHPAD d'évènements graves faisant état de chutes. Certains faits ont d'ailleurs conduit à une inspection inopinée dans un des EHPAD concernés. J'ai donc décidé d'examiner les signalements et plaintes reçus à la délégation en 2010 et faisant état de chutes. L'objectif était de connaître le nombre de plaintes et de signalements faisant état de chutes que la DT a reçu en 2010 et quelle part ces éléments représentaient sur l'ensemble des plaintes et des signalements reçus en 2010.

⁴⁰ Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

3. Les résultats des enquêtes sur les chutes en EHPAD dans l'Ain

Nous allons présenter dans cette partie les principaux résultats des enquêtes réalisées. Les tableaux présentant les résultats les plus importants sont situés en annexe.

3.1. Un nombre important d'appels au SAMU pour chutes

Le motif de l'appel fait partie des informations recueillies par le PARM lors de l'appel. Le nombre d'appels ayant pour motif la chute a été retrouvé en cherchant les termes « chut* », « tomb* » et/ou « glis* » dans le texte précisant le motif de chaque appel. Selon ces données, 838 appels d'EHPAD ayant pour motif la chute d'un résident ont été émis au SAMU en 2010, ce qui correspond à 25 % des 3 419 appels au SAMU.

Les données du SAMU permettent également d'obtenir un certain nombre d'informations concernant les personnes qui font l'objet d'un appel au SAMU et certaines caractéristiques de l'appel. Ainsi, il est possible de connaître l'âge et le sexe des résidents chuteurs. Les appels concernent des femmes dans 64 % des cas, et des hommes dans 30 % des cas (pour 6 % des appels, le sexe des résidents n'est pas précisé). L'âge moyen est de 86,2 ans : il est plus élevé chez les femmes (87,7 ans) que chez les hommes (83,1 ans). La plupart des appels ont lieu aux heures d'activité de la journée, mais nous constatons aussi un pic d'appels en début de soirée (vers 19h-21h) et le week-end (samedi et dimanche). Le mois de l'année ne semble pas avoir d'influence sur la fréquence des appels. Sur les 838 appels ayant pour motif la chute, 620 (74 %) ont conduit à une prise en charge en urgence : envoi d'ambulances, de pompiers ou de SMUR principalement. Les tableaux présentant les résultats de cette enquête sont présentés en annexe⁴¹.

3.2. Un nombre de chutes déclaré très variable en fonction des EHPAD

Lors de l'exploitation des questionnaires le 16 mars, 55 questionnaires ont été reçus, ce qui correspond à un taux de réponses de 85 %. Le taux de réponses varie de 70 % à 100 % suivant le type d'établissement. Les tableaux présentant les résultats de cette enquête sont présentés en annexe⁴². Le taux de réponses (85 %) est très satisfaisant, les résultats de cette enquête sont donc relativement bien représentatifs de tous les établissements de l'Ain. Néanmoins, il convient de rappeler que les résultats sont malgré tout déclaratifs, et qu'ils contiennent probablement des biais de déclaration.

⁴¹ Cf. Annexe 3 : les graphiques de l'analyse des données du SAMU.

⁴² Cf. Annexe 4 : les tableaux de l'analyse des questionnaires envoyés aux EHPAD.

Le recensement des chutes et le nombre de chutes déclarées

49 établissements (89 % des établissements répondants) déclarent recenser les chutes. Les établissements qui procèdent au recensement des chutes déclarent tous recueillir certaines informations complémentaires : les circonstances de la chute, les caractéristiques de la personne et les conséquences de la chute, mais peu d'établissements procèdent à une évaluation médicale post-chute (43 %). Les catégories de professionnels les plus souvent amenés à remplir la fiche de déclaration de chute sont les infirmières et les aides soignants ; les aides médico-psychologiques, les agents de service et les médecins remplissent également ce recueil, ainsi que toute personne qui a constaté la chute.

Sur les 49 établissements qui déclarent recenser les chutes, 7 établissements n'ont malgré tout pas indiqué dans le questionnaire le nombre de chutes recensées en 2010 (mise en place du recensement en 2011, réponses données sur 2011 et non sur 2010, etc.). Au total, 8 982 chutes ont été recensées dans les 42 établissements qui ont indiqué le nombre de chutes sur l'année 2010. Ces 42 établissements possèdent au total 3 686 places d'hébergement, le nombre moyen de chutes par place d'hébergement en 2010 est donc de 2,44. Le nombre de chutes par place d'hébergement le plus faible est de 0,16 et le nombre le plus élevé est de 6,81. Des différences dans le nombre de chutes recensées sont constatées en fonction du type d'EHPAD : le nombre moyen de chutes par place d'hébergement est de 2,81 dans les établissements publics alors qu'il est de 2,00 dans les établissements privés. 9 établissements privés (36 % des établissements privés) ont un nombre de chutes inférieur à 1 par place d'hébergement contre seulement 3 établissements publics (18 % des établissements publics). A l'inverse, 8 établissements publics (47 % des établissements publics) ont un nombre de chutes supérieur à 3 par place d'hébergement contre seulement 5 établissements privés (20 % des établissements privés). Le nombre de chutes par place d'hébergement ne semble pas être influencé par la taille de la structure.

La prévention des chutes

Le questionnaire permet de rendre compte des actions mises en place en 2010 par les établissements en termes de prévention des chutes. Les actions de prévention listées dans le questionnaire sont les actions recommandées par le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD⁴³ en termes de prévention des chutes.

⁴³ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

Certaines actions ont été mises en place par la très grande majorité des établissements interrogés en 2010, comme réduire le temps d'alitement (96 % des établissements), faire adopter aux soignants des bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche (93 %) et prévenir la dénutrition (91 %). D'autres actions ont été mises en place par la plupart des établissements comme repérer les sujets les plus à risque (85 %), prescrire aux individus à haut risque des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute (85 %), inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (80 %), sensibiliser le personnel au problème (78 %), identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux pour tous les individus à risque et corriger ceux qui sont modifiables (69 %). D'autres actions sont mises en place par environ la moitié des établissements, il s'agit de l'aménagement des locaux (56 %) et l'éducation des patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter (45 %).

Les protocoles chutes

Seuls 42 % des établissements interrogés ont déclaré avoir un protocole de prise en charge des chutes. Plus de la moitié des EHPAD (58 % des répondants) n'ont donc pas de protocole. Et seuls 40 % des établissements ont déclaré avoir établi des consignes d'appel au SAMU.

Une analyse régulière des situations de chute dans l'établissement est utile et recommandée dans le but de mieux prévenir et prendre en charge les chutes. Il a donc été demandé aux établissements s'ils procèdent régulièrement à une telle analyse. 62 % des établissements interrogés ont déclaré analyser régulièrement les situations de chutes.

3.3. Peu d'éléments sur les chutes dans les conventions tripartites et les rapports d'activité médicale

Les recommandations du cahier des charges de la convention tripartite^{44,45} visant à garantir et à améliorer la qualité des prises en charge des résidents sont structurées autour de 5 thématiques : la qualité de vie des résidents, le rafraichissement des locaux, la qualité des relations avec les résidents et leurs proches, la qualité des personnels, et l'inscription de l'établissement dans un réseau gériatrique comportant des soins coordonnés. Ces

⁴⁴ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales. Journal Officiel n°98 du 27 avril 1999 page 6256.

⁴⁵ Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales. Journal Officiel n°210 du 9 septembre 2004 page 15865.

recommandations ne traitent pas à proprement parler de la thématique des chutes, mais dans le paragraphe sur la qualité de vie des résidents il est précisé que l'espace doit « être un lieu adapté à la prise en charge de la dépendance, conciliant liberté et sécurité » et qu'« une attention particulière sera portée à la prévention des accidents (obstacles créés par des éléments mobiliers mal installés ou du matériel de service tels que chariot, etc.) ». Le cahier des charges de la convention propose également des indicateurs au regard de la qualité des prises en charge. Notamment, il propose des indicateurs pour 5 axes spécifiques liés à l'état de santé des résidents : la détérioration intellectuelle, l'incontinence, la prévention et le traitement de la douleur, les escarres et la fin de vie. Il n'a pas été proposé d'indicateur sur la problématique des chutes.

L'outil d'évaluation Angélique⁴⁶ comprend des indicateurs qualitatifs regroupés en 4 parties : les attentes et la satisfaction des résidents et familles, les réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins, l'établissement et son environnement, la démarche qualité. En tout, 147 indicateurs sont proposés. Certains de ces indicateurs concernent directement la problématique des chutes des résidents : « Existe-t-il des systèmes d'aide à la prévention des chutes dans les espaces de circulation ? » (Q58), « La nature des sols et leur entretien prennent-ils en compte la prévention des chutes ? » (Q59), « Les chutes font-elles l'objet d'une politique de prévention formalisée ? d'un signalement écrit systématique ? d'une analyse des causes ? d'un protocole (médicamenteux et non médicamenteux de prise en charge clairement défini ? Ce protocole inclut-il un suivi des personnes ayant eu des fractures secondaires à une chute ? » (Q87), « Existe-t-il un plan d'action destiné à la prévention des accidents ? » (Q128). D'autres indicateurs rentrent dans le cadre de la problématique des chutes de manière plus indirecte : « Les espaces de circulation internes et externes disposent-ils d'un éclairage naturel et/ou artificiel adapté ? » (Q57), « Existe-t-il une signalétique des espaces adaptée aux résidents ? » (Q60).

J'ai examiné les conventions tripartites des EHPAD qui étaient à ma disposition au service Grand âge de la DT, soit 62 conventions sur 65 (soit 95 % des conventions, 3 conventions n'étaient à ce moment là pas disponibles dans le service Grand âge). Je n'ai identifié aucun élément sur la problématique des chutes dans 27 conventions (soit 44 % des conventions). Dans les autres conventions (35 soit 56 % des conventions), la problématique des chutes est abordée : soit en termes d'objectifs à atteindre (ex : objectif de politique de prévention des

⁴⁶ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité MARTHE – ENSP. Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. Outil d'auto-évaluation. [Page visitée le 26 mai 2011]. Disponible sur Internet : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/dossiers,758/l-accueil-en-ehpad,1136/ameliorer-la-qualite-en-ehpad-l,8052.html>

chutes, objectif de mise en place de protocole sur les chutes, etc.), soit en termes de points forts (ex : mise en place de fiche de recueil des chutes, mise en place de protocole de prévention des chutes, etc.) ou points faibles de l'établissement (ex : pas d'analyse des situations de chutes, locaux pas adaptés, etc.).

Les EHPAD de l'Ain envoient chaque année à la délégation territoriale leurs comptes administratifs. La plupart du temps, ils envoient conjointement leur rapport d'activité médicale. J'ai analysé les rapports d'activité médicale envoyés par les établissements en même temps que leurs comptes administratifs 2009 (les comptes administratifs 2010 n'ayant pas été tous reçus lors de mon enquête). Je n'ai pu examiner que 53 rapports d'activité médicale à la DT pour les 65 EHPAD du département. En effet, une partie des établissements (12 soit 18 % des EHPAD) n'ont pas envoyé leur rapport. Le contenu des rapports que j'ai examinés est très différent d'un établissement à un autre : d'une simple présentation générale des résidents accueillis à un descriptif très détaillé de l'activité médicale. Sur les 53 rapports observés, 39 n'abordent pas la problématique des chutes (soit 74 % des rapports). Les rapports (14 soit 26 % des rapports) qui traitent des chutes des résidents abordent la question également de façon différente : certains décrivent simplement les actions mises en œuvre pour prévenir les chutes ou les prendre en charge, alors que d'autres procèdent aussi à des analyses statistiques détaillées sur les chutes qui ont eu lieu dans leur établissement sur l'année.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que les rapports d'activité médicale des EHPAD ne font pas l'objet d'exploitation par la DT de l'Ain.

3.4. Quelques plaintes et signalements faisant état de chutes

En 2010, 48 plaintes et signalements concernant des EHPAD ont été adressés à la délégation territoriale. 2 plaintes et 2 signalements faisaient alors, entre autre, état de chutes de résidents, ce qui a conduit la délégation territoriale à mener 2 inspections inopinées dans les EHPAD concernés. Un signalement a été effectué par un EHPAD pour non respect par une aide soignante d'une procédure d'urgence après une chute. En effet, une aide soignante se retrouvant seule la nuit n'avait pas jugé nécessaire d'appeler les secours après une chute d'une résidente. Or cette chute a entraîné une fracture du col du fémur que l'aide soignante n'a pas soupçonné. La résidente s'est plainte de douleurs toute la nuit, et c'est lors de la relève du matin, avec l'arrivée de l'équipe de jour, que l'infirmière a appelé le SAMU. L'aide soignante en question a été licenciée suite à cet évènement grave. Le deuxième signalement évoque un défaut de soins et des violences psychologiques et physiques de la part d'un agent qui ont entraîné des chutes. Ce signalement a conduit à une inspection. Une

plainte de la famille d'une résidente d'un EHPAD fait état de défaut de soins et de chute non prise en charge la nuit. La résidente serait effectivement tombée et restée allongée sur le sol toute la nuit. Cette plainte et d'autres éléments de l'EHPAD concerné ont conduit à une inspection qui est en cours actuellement. La deuxième plainte concerne une aide-soignante d'un EHPAD qui déplore un défaut de soins dans l'établissement où elle travaille et des négligences graves qui ont entraîné des chutes des résidents.

Ces éléments nous montrent que plusieurs plaintes et signalements reçus en 2010 à la DT font état de chutes des résidents. Certaines chutes graves sont d'ailleurs liées à des défauts de prise en charge la nuit.

4. Discussion des résultats et préconisations

Dans cette partie, nous allons discuter les résultats des enquêtes sur les chutes en EHPAD présentés dans la partie précédente. Les enquêtes réalisées auprès des EHPAD ont permis de mettre en évidence certains points importants concernant la problématique des chutes des personnes âgées. A partir de ces éléments, nous formulerons des préconisations visant à améliorer la prévention des chutes en EHPAD.

4.1. Discussion des résultats

Les chutes représentent en EHPAD un motif fréquent d'appel au SAMU

L'enquête réalisée avec le SAMU de l'Ain nous a permis d'estimer à 25 % le pourcentage des appels des EHPAD au SAMU en 2010 ayant pour motif la chute d'un résident, ce qui représente une grande part des appels au SAMU. Ce chiffre est évidemment à prendre en compte avec prudence car des erreurs ont pu se produire à plusieurs niveaux dans cette enquête : des erreurs dans la base du SAMU concernant le motif et la provenance de l'appel puisque le motif est noté dans l'urgence par le PARM qui répond à l'appel, des erreurs dans la recherche du motif « chute » quand le motif a été recherché dans la base de données Excel. Cependant, ce résultat a été présenté au gériatre de l'hôpital qui réalise des consultations « chutes » dans son service et ce résultat lui a paru tout à fait envisageable. Comme précisé en introduction, la prévention des chutes des personnes âgées constituaient une priorité du PRSP 2006-2010 de la région Rhône-Alpes. Aussi, la cellule interrégionale d'épidémiologie Rhône-Alpes (Cire) travaille sur un projet d'étude sur le recours aux urgences des personnes âgées pour chute ou démence-désorientation en 2010. Ce projet complètera le travail réalisé avec le SAMU de l'Ain puisqu'il permettra d'estimer le nombre de recours aux urgences pour chutes sur toute la région en 2010.

Un certain nombre d'appels au SAMU pour chutes ont lieu en début de soirée et le week-end

La revue de la littérature nous a montré que les chutes avaient lieu aux heures d'activité de la journée, quand les résidents se déplacent, mais aussi lors des transferts d'une chaise ou d'un lit à une position debout ou inversement. Nous retrouvons dans les résultats de notre enquête ces horaires d'appels au SAMU, et l'enquête nous révèle de plus que les appels sont fréquents également en début de soirée (vers 19h-21h) et le week-end. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ces appels sont liés à l'absence ou à la non disponibilité de personnel infirmier ou médical dans les EHPAD à ces moments là. En effet, ce sont

uniquement des aides soignants ou des veilleurs qui sont présents le soir dans certains EHPAD, et les médecins sont plus difficilement joignables le week-end. Après une chute d'un résident, les personnels présents le soir et le week-end sont souvent amenés à appeler le SAMU puisqu'ils sont seuls ou qu'ils ne peuvent solliciter l'avis d'un infirmier ou d'un médecin concernant les conséquences sur l'état de santé de la personne qui a chuté. Certains établissements ont d'ailleurs mis en place des protocoles chutes et des protocoles d'appel au SAMU qui imposent au personnel ayant constaté la chute et en l'absence d'infirmier dans la structure d'appeler le SAMU soit de manière systématique, soit en présence de facteurs de risques. Le risque est qu'un veilleur n'appelle pas des secours après une chute d'un résident qui nécessiterait pourtant une prise en charge médicale. L'analyse des plaintes et signalements illustrent bien ce phénomène, ainsi que mes entretiens qui ont également fait ressortir ce point. Nous percevons ici l'importance de mettre en place au sein des établissements des protocoles chutes et des protocoles d'appel au SAMU, or d'après notre enquête seulement 42 % des EHPAD qui ont répondu ont élaboré un protocole de prise en charge des chutes et 40 % un protocole d'appel au SAMU.

La grande majorité des EHPAD déclarent recenser les chutes mais tous ne procèdent pas à une analyse des situations de chutes

La plupart des établissements (89 % des établissements ayant répondu) recensent les chutes comme le recommande le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD⁴⁷. Cependant, cela signifie tout de même que 11 % des EHPAD ayant répondu à l'enquête ne recensent pas les chutes, donc que ces établissements sont insuffisamment sensibilisés à la problématique des chutes. La plupart des EHPAD ont élaboré des fiches de déclaration de chutes qui sont complétées le plus souvent par la personne qui a constaté la chute. Certains établissements ont également un logiciel informatique permettant de remplir ces fiches directement sur ordinateur dans le dossier du patient. Dans certains établissements, la chute d'un résident fait l'objet d'un appel au médecin traitant et à la famille pour information. Par la suite, ces fiches de déclaration de chutes sont présentées au médecin traitant du résident qui a chuté quand le médecin rend visite à son patient dans l'établissement. Nos enquêtes n'explorent pas la conduite du médecin traitant lorsqu'il prend connaissance des éventuelles chutes de son patient : procède-t-il à un bilan des facteurs de risque de chutes ? Évalue-t-il le risque de récurrence ? Par ailleurs, si la grande majorité des EHPAD suivent les recommandations sur le recensement des chutes, ils sont malgré tout moins nombreux à

⁴⁷ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

analyser les situations de chutes (62 %). Or, l'analyse de ces situations de chutes permet de se rendre compte globalement des circonstances des chutes des résidents, et peut orienter l'établissement vers des actions prioritaires pour diminuer le risque de chutes.

Le nombre de chutes par place d'hébergement est-il un indicateur pertinent ?

Le questionnaire envoyé aux EHPAD nous a permis de recueillir le nombre de chutes déclaré en 2010 dans chaque établissement ayant répondu à l'enquête. Pour pouvoir comparer ce nombre de chutes entre établissements, ce nombre de chutes a été rapporté au nombre de places d'hébergement de la structure en question. Le nombre de chutes par place d'hébergement en 2010 est estimé à 2,44 en moyenne sur tous les EHPAD. Or, L. Rubinstein⁴⁸ dans son article de 2006 estime que le nombre de chutes en institution médicalisée par personne par année est compris entre 0,6 et 3,6 (moyenne à 1,7). Notre résultat est donc cohérent avec les données de cet article. Cependant, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de cet indicateur. Nous savons que dans les EHPAD, seul un petit nombre de sujets chuteurs récidivistes (> 1 chute dans l'année) cumulent à eux seuls la majorité des chutes qui ont eu lieu dans l'établissement^{49,50}. Or, notre indicateur ne fait pas ressortir cet aspect là, en nous donnant seulement une idée globale du nombre de chutes. L'indicateur qui montrerait l'aspect récidiviste des patients qui ont chuté est le pourcentage de patients chuteurs, récidivistes ou non, mais il n'était pas possible dans cette enquête d'obtenir ce résultat. De plus, ce nombre de chutes par place d'hébergement est fonction du niveau de recensement des chutes dans l'établissement. Le nombre de chutes par place d'hébergement en 2010 est très variable d'un EHPAD à un autre (de 0,16 à 6,81). Cela peut laisser penser qu'il existe très probablement des différences en termes de recensement des chutes d'un EHPAD à un autre. Il est fort probable que, par exemple, l'établissement qui ne déclare que 31 chutes dans l'année pour 190 places d'hébergement (soit un nombre de chutes par place d'hébergement de 0,16) ne recueille pas toutes les chutes de ses résidents étant donné le nombre de chutes déclaré extrêmement faible; il se peut que cet établissement soit au tout début de la mise en place du dispositif de recensement des chutes au sein de sa structure et que le recensement des chutes va s'améliorer au fil du temps. Cet indicateur de nombre de chutes par place d'hébergement est donc fonction de ce qui est recueilli en termes de chutes et du niveau de recueil des établissements. L'enquête réalisée

⁴⁸ Rubenstein L. Z.. Falls in older people : epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. Age ageing, 2006 ; 35 Suppl 2: ii37-ii41.

⁴⁹ Nicolas L., Couturier P., Rabenasolo S., Civalleri C., Franco A. Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite : à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes, sur 10 mois. La revue de Gériatrie. 1999 ; 24(4) : 263-70.

⁵⁰ Jeandel C., Samson M. Prévention secondaire des chutes en institution. Une enquête nationale. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2003 ; 93 : 128-136.

après des EHPAD nous permet de constater que globalement les établissements publics ont un nombre moyen de chutes par place d'hébergement plus élevé que les établissements privés (2,8 contre 2,0). Nous pouvons donc nous poser la question suivante : est-ce que les résidents des établissements privés chutent effectivement moins souvent, ou est-ce que le recueil des chutes dans les établissements publics est plus exhaustif ? Il semble vraisemblable que le recueil soit effectivement plus exhaustif dans les EHPAD publics, d'autant plus que dans ces établissements, la démarche de prévention des chutes est peut-être plus ancienne que dans les EHPAD privés. Ce nombre de chutes par place d'hébergement peut également être lié à d'autres facteurs comme l'âge des résidents accueillis, leur niveau de dépendance ou bien le niveau d'encadrement de l'établissement (ETP en personnel). Effectivement, les patients récidivistes, qui chutent fréquemment, sont plus dépendants et plus âgés que les autres sujets chuteurs. Les patients plus autonomes et moins âgés chutent lors de leurs déplacements et moins fréquemment⁵¹. Il se peut que les résidents accueillis dans les EHPAD publics soient plus âgés ou plus dépendants que les résidents des structures privées. Pour pouvoir comparer le niveau de dépendance, nous pouvons calculer un GMP moyen pour les structures privées de l'Ain et un GMP moyen pour les structures publiques de l'Ain. Nous obtenons alors le résultat suivant : le GMP moyen est de 741 pour les EHPAD publics et de 705 pour les EHPAD privés. Ce résultat indique donc que les résidents accueillis dans les EHPAD publics sont légèrement plus dépendants que ceux des structures privées, mais cela n'explique peut-être pas que le nombre de chutes par place d'hébergement soit si différent entre les 2 types d'établissement. Nous pouvons également comparer le niveau d'encadrement des établissements publics et privés en comparant le nombre d'ETP pour 100 places d'hébergement dans chaque type d'établissement. Le taux d'encadrement dans les EHPAD publics est de 64 ETP pour 100 places d'hébergement, alors qu'il est de 58 ETP dans les EHPAD privés. Les résidents des EHPAD publics bénéficient donc d'un meilleur encadrement que ceux des EHPAD privés. Ce taux d'encadrement ne peut donc pas non plus expliquer que le nombre de chutes par place d'hébergement soit plus élevé dans les EHPAD publics.

La convention tripartite et le rapport annuel d'activité médicale permettent d'apprécier la politique de prévention des chutes de l'établissement

La signature de la convention tripartite, mise en place par la réforme de la tarification, impose aux EHPAD de procéder à une auto-évaluation. Bien que les recommandations du

⁵¹ Jeandel C., Samson M. Prévention secondaire des chutes en institution. Une enquête nationale. La revue francophone de gériatrie et de gérontologie. 2003 ; 93 : 128-136.

cahier des charges de la convention ne propose pas d'indicateur sur la prévention des chutes, l'outil d'auto-évaluation Angélique élaboré par le ministère comporte plusieurs items sur la problématique des chutes. La convention tripartite constitue un moyen d'améliorer la prise en charge des résidents en EHPAD et donc également d'impulser une politique de lutte contre les chutes des personnes âgées dans ces établissements. Néanmoins, l'analyse des conventions tripartites montre qu'un nombre relativement élevé d'EHPAD (44 %) n'ont pas abordé la problématique des chutes dans leur convention. Certaines prises en charge, comme la douleur, les troubles cognitifs ou encore les soins palliatifs, sont systématiquement prises en compte dans les conventions tripartites, mais cela n'est pas encore le cas pour la problématique des chutes. Cela peut probablement être expliqué par plusieurs raisons. Les EHPAD ne sont soumis à aucune obligation concernant la lutte contre les chutes, les seuls textes encadrant les chutes en EHPAD sont des recommandations. La problématique des chutes est, de plus, complexe, nécessite une vision globale et est parfois intégrée dans d'autres prises en charge : par exemple la dénutrition, les médicaments, l'aménagement des locaux, la prévention des accidents au sens large. En cela, la problématique des chutes nécessite une réelle coordination et le rôle du médecin coordonnateur apparaît ici fondamental.

Le médecin coordonnateur a un rôle majeur dans la prévention des chutes en EHPAD

Il est devenu une obligation pour les EHPAD de se doter d'un médecin coordonnateur dans un délai de 6 mois à compter de la signature de la convention tripartite (article 313-12 du CASF). Cependant, certains établissements n'ont pas de médecin coordonnateur, notamment pour des raisons de difficultés de recrutement de ces médecins dans les EHPAD. Dans l'Ain, le nombre d'EHPAD qui n'ont pas de médecin coordonnateur est estimé à environ 20 %. Il aurait été d'ailleurs intéressant d'interroger les EHPAD par l'intermédiaire du questionnaire sur la présence ou non d'un médecin coordonnateur dans l'établissement. Le médecin coordonnateur a pour mission de rédiger le projet de soins et il établit chaque année un rapport d'activité médicale dans lequel notamment il décrit les modalités de prise en charge des soins. Nous avons constaté dans notre analyse des rapports d'activité qu'un certain nombre de rapports manquaient, ceci peut donc être expliqué en partie par l'absence de médecins coordonnateurs dans les EHPAD. Nous avons également remarqué que le contenu du rapport d'activité médicale était très variable d'un établissement à un autre. Cela montre probablement que l'implication du médecin coordonnateur dans le projet institutionnel est également très variable d'un EHPAD à un autre. Le médecin coordonnateur est la personne privilégiée au sein de l'établissement qui va pouvoir impulser une véritable politique de prévention des chutes. Il peut élaborer avec l'équipe soignante les protocoles

chutes et sensibiliser le personnel à la prévention des chutes. Il peut également sensibiliser la direction de l'établissement sur la problématique des chutes et la solliciter pour mettre en place un certain nombre d'actions de prévention comme par exemple des aménagements de locaux qui peuvent être vétustes, non adaptés aux personnes âgées, qui peuvent favoriser les chutes et entraîner des conséquences graves sur l'état de santé des résidents. Notre enquête nous a d'ailleurs montré que seulement 56 % des EHPAD de l'Ain ont procédé à des aménagements des locaux en 2010. Le médecin coordonnateur effectue également la visite médicale de pré admission. Lors de cette visite, il peut faire un bilan des facteurs de risque de chutes de la personne et proposer en fonction des besoins un programme de prévention personnalisé à chaque résident. Il travaille en lien avec les différents intervenants de l'EHPAD (médecins, kiné, etc.), il coordonne la prise en charge du résident pour la rendre plus efficace. Concernant les chutes, il peut donc agir collectivement sur la prévention des chutes, par la mise en place de protocoles par exemple, mais également individuellement en repérant des facteurs de risque à la visite de pré admission. Néanmoins, cette implication dans la prévention des chutes est fortement dépendante du médecin coordonnateur de l'établissement, comme nous l'avons constaté dans les rapports d'activité médicale. La formation des médecins coordonnateurs est le moment privilégié pour sensibiliser les futurs médecins des EHPAD à cette problématique au travers de formations spécifiques sur les chutes.

Certaines chutes des résidents peuvent conduire à des situations graves

Deux plaintes et deux signalements ont été reçus à la délégation en 2010 (soit 8 % de la totalité des plaintes et signalements) suite à des événements graves et faisaient état de chutes. Certaines chutes sont liées à des défauts de prise en charge la nuit. Effectivement, nous avons constaté qu'il était nécessaire de mettre en place des protocoles de prise en charge des chutes et d'appels au SAMU pour expliquer aux agents seuls la nuit la conduite à tenir en cas de chute d'un résident. Il est nécessaire aussi d'informer le personnel et de les sensibiliser à la problématique des chutes pour que les protocoles soient appropriés par tous. Ces plaintes et signalements liés à des chutes peuvent aboutir à des inspections de la part de l'ARS et du Conseil Général. Lors de ces inspections, une attention particulière doit être portée sur la prévention des chutes. Le guide d'inspection de la Direction Générale de l'action sociale de 2002⁵² n'identifie pas la problématique des chutes dans un item à part comme par exemple l'item sur la douleur ou la fin de vie, mais il traite des chutes dans le

⁵² Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Direction Générale de l'action sociale. Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Juillet 2002.

chapitre « accessibilité, hygiène et sécurité », dans la partie sur la sécurité/autonomie (« La conception et l'aménagement des locaux permettent-ils de prévenir les chutes ? ») et dans la partie sur la sécurité des locaux (« Existe-il un plan de prévention des accidents ? Les dispositifs de sécurité ouverture/fermeture des portes sont-ils conformes aux normes et recommandations ? Les dispositifs d'appel sont-ils adaptés ? ») et dans le chapitre « cadre institutionnel » dans la partie sur le projet de prise en charge (Existe-t-il des protocoles concernant les soins et l'accompagnement, notamment les chutes, les contentions ?). Le fait que les informations sur les chutes ne soient pas rassemblées dans un même item ne favorise pas une vue d'ensemble sur la politique de prévention des chutes de l'établissement.

4.2. Les préconisations et la place du médecin inspecteur de santé publique

Les préconisations qui suivent visent à améliorer la prévention des chutes en EHPAD. Elles sont issues directement des résultats des différentes enquêtes menées. Elles s'adressent aux EHPAD, aux ARS et aux décideurs au niveau national.

4.2.1. Les préconisations pour les EHPAD de l'Ain

Prendre conscience de l'importance du problème des chutes et de la nécessité de mettre en place une politique de prévention

Tous les EHPAD doivent prendre conscience de l'importance du problème des chutes et développer une réelle politique de prévention des chutes au sein de leur établissement. Cette politique de lutte contre les chutes au sein des EHPAD nécessite une vision globale de la problématique, tous les personnels de l'établissement doivent être sensibilisés aux chutes et le médecin coordonnateur des EHPAD a un rôle important à jouer dans la mise en place et le suivi de cette politique de réduction des chutes. La convention tripartite doit faire apparaître les objectifs à atteindre et un bilan des actions menées.

Suivre les recommandations de bonnes pratiques des soins en EHPAD concernant les chutes

Le guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD⁵³ recommande un certain nombre de pratiques concernant la prévention des chutes : recensement des chutes avec analyse

⁵³ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

régulière des situations de chutes et recherche des facteurs de risque de rechutes, mise en place d'un protocole chutes, mise en place d'actions de prévention au sein de l'établissement⁵⁴. Or, nous avons pu constater que ces recommandations n'étaient pas toutes suivies dans les établissements et il convient de rappeler aux EHPAD ces bonnes pratiques. D'autres recommandations de bonnes pratiques, comme celles sur la contention physique des personnes âgées par exemple, peuvent rentrer dans le cadre de la prévention des chutes et doivent également être connues et appliquées par les EHPAD. Les EHPAD peuvent aussi s'appuyer sur d'autres professionnels pour les aider dans leur démarche de prévention des chutes : les centres locaux d'information et de coordination gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, la consultation chute de l'hôpital, les organismes de prévention (par exemple Sielbleu), etc.

Elaborer des protocoles d'appels au SAMU

L'enquête réalisée avec le SAMU nous a montré également qu'il était nécessaire d'élaborer des protocoles de prise en charge des chutes et d'appel au SAMU pour orienter les personnels des EHPAD sur la conduite à tenir après une chute d'un résident lorsqu'ils se retrouvent seuls sans avis médical ou infirmier.

4.2.2. Les préconisations pour l'ARS

Sensibiliser les EHPAD à la prévention des chutes

Dans le but d'impulser une politique de réduction des chutes dans les EHPAD, l'ARS doit sensibiliser les EHPAD aux problèmes des chutes, leur apporter de l'information et des conseils sur les prises en charges. Ce travail de sensibilisation peut se faire sur le terrain lors d'échanges entre l'ARS et les établissements ou de visites dans les EHPAD, mais aussi par des campagnes d'informations ou de communication de l'ARS aux EHPAD. Lors des inspections, l'ARS peut également apprécier la politique de prévention des chutes au travers de la mise en place de protocoles, d'aménagements des locaux, etc.

⁵⁴ Sensibiliser le personnel au problème des chutes, aménager les locaux afin de minimiser les facteurs de risque environnementaux, repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute), pour tous les individus à risque, identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables, éviter le déconditionnement physique et inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique), réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche, faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche, prévenir la dénutrition, prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche.

Solliciter les EHPAD pour obtenir les rapports d'activité médicale

Nous avons pu constater que certains EHPAD n'envoyaient pas leur rapport d'activité médicale, et que le contenu de ces rapports étaient très variables d'un établissement à l'autre. L'ARS doit solliciter davantage les EHPAD pour qu'ils transmettent leur rapport d'activité médicale et pour que le contenu du rapport décrive les modalités de prise en charge des soins. Cette sollicitation peut permettre d'impulser une dynamique d'amélioration de la prise en charge des soins dans l'établissement et par conséquent de la prévention des chutes. Il serait également intéressant que l'ARS se donne les moyens d'exploiter ces rapports afin de mieux connaître et suivre la prise en charge des soins en EHPAD.

4.2.3. Les préconisations pour les décideurs au niveau national

Imposer aux EHPAD une politique de réduction des chutes au sein de leur établissement

Actuellement, les EHPAD ne sont pas tenus à des contraintes concernant la prévention des chutes. De fait, nous avons pu constater que la prise en compte de la prévention des chutes au sein des établissements était très variable. Il serait donc approprié d'imposer des mesures de prévention des chutes aux établissements en demandant par exemple aux EHPAD qu'ils procèdent au recensement des chutes, qu'ils élaborent des protocoles, etc. Ces éléments pourraient apparaître dans la convention tripartite.

Mieux identifier la problématique des chutes

La problématique des chutes est un problème de santé publique important en EHPAD. Pourtant elle est globalement mal identifiée : pas d'item spécifique dans la grille d'inspection nationale, pas de recommandation sur les chutes dans le cahier des charges national de la convention tripartite, des items sur les chutes éparpillés dans l'outil d'auto-évaluation Angélique, etc. Or, il est nécessaire, pour que la problématique des chutes soit appropriée par tous, de la situer à part pour qu'elle soit plus visible, et non éclatée au sein d'autres prises en charge.

5. L'analyse réflexive

L'analyse réflexive permet un questionnement sur l'activité menée. Dans cette partie seront étudiés la pertinence de la méthode de travail, les difficultés rencontrées, les compétences mobilisées au cours de ce travail et les intérêts suscités par la réalisation de ce mémoire. Nous verrons pour terminer la place du médecin inspecteur dans la problématique des chutes en EHPAD.

5.1. La pertinence de la méthode de travail

La méthode de travail choisie, qui combine plusieurs enquêtes et analyses à plusieurs portes d'entrée, a permis de recueillir un certain nombre d'informations sur la problématique des chutes en EHPAD. De plus, nous avons pu constater à plusieurs reprises, que les informations obtenues se recoupaient d'une enquête à l'autre. Néanmoins, ce travail n'est pas exhaustif et il n'explore probablement pas toute la thématique de la prévention des chutes en EHPAD. Ce travail aurait pu être complété par exemple par un questionnaire auprès des médecins coordonnateurs afin d'obtenir leur vision des chutes en EHPAD, de connaître plus précisément les actions qu'ils ont mis en place en termes de prévention et les difficultés qu'ils rencontrent. L'enquête sur les appels au SAMU avait été initiée par une stagiaire et a permis d'alerter sur la problématique des chutes en EHPAD. Même si elle n'apporte pas directement d'éléments sur la prévention, elle permet de se rendre compte de l'importance du problème des chutes et soulève des points importants comme les horaires d'appels notamment, qui ressortent dans les autres enquêtes et analyses. Globalement, ce travail a rempli ses objectifs puisqu'il a apporté des réponses aux questions posées lors de la commande.

Le questionnaire que j'ai élaboré pour l'enquête auprès des EHPAD a été construit en se référant aux recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD⁵⁵. Il permet d'obtenir des données sur la politique de prévention des chutes des établissements. Cependant, lors de l'exploitation des questionnaires et en travaillant sur les autres enquêtes, je me suis rendue compte qu'il aurait été intéressant de compléter ce questionnaire par d'autres questions, comme par exemple demander aux EHPAD des caractéristiques sur leurs résidents (âge, niveau de dépendance, etc.), ou des informations sur l'utilisation des contentions dans l'établissement, etc. Néanmoins, le questionnaire ainsi conçu est déjà

⁵⁵ Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

relativement long⁵⁶ et l'ajout de questions supplémentaires aurait alourdi le questionnaire. Le taux de réponses obtenu à cette enquête, 85 %, est très satisfaisant. Nous aurions probablement obtenu un taux de réponses plus faible avec un questionnaire plus long. Ce taux de réponses est d'autant plus satisfaisant que les établissements n'avaient pas été informés au préalable de la réalisation de cette enquête. Par ailleurs, le questionnaire a été testé dans un seul établissement avant son envoi aux EHPAD alors qu'il aurait été préférable de le faire passer dans différents établissements ainsi qu'auprès d'experts de la thématique des chutes. Les contraintes de temps, cependant compensées par l'avis très favorable émis par la cadre de santé (qui a testé le questionnaire) ont conduit à l'envoi du questionnaire sans réaliser de test dans un autre EHPAD.

Par ailleurs, je regrette de n'avoir pu effectuer plus d'entretiens, notamment avec des personnels des EHPAD (directeurs, cadres de santé, équipe soignante, etc.). Les entretiens permettent de mieux se rendre compte de la situation telle qu'elle existe dans les établissements, permettent aussi de soulever les difficultés existantes et d'entrevoir des pistes d'amélioration. Les entretiens peuvent aussi explorer des points qui ne ressortiraient pas dans les autres enquêtes. Je n'ai pu réaliser d'autres entretiens par manque de temps mais j'aurais probablement dû prévoir les entretiens plus tôt dans mon planning de travail⁵⁷.

5.2. Les difficultés rencontrées

Tout d'abord, je n'ai pas eu l'occasion, dans mon exercice professionnel antérieur, de travailler sur le secteur des personnes âgées. Cela a donc été un grand enrichissement de travailler dans ce domaine, c'est aussi une des raisons qui m'ont fait choisir ce sujet de mémoire. De fait, la méconnaissance de la thématique a été la première difficulté que j'ai rencontrée au cours de ce travail. Outre le secteur des personnes âgées, je ne connaissais pas non plus le département de l'Ain avant de commencer mon stage, ce qui m'a conduit à effectuer tout d'abord des recherches sur la géographie du département, le nombre et la localisation des établissements présents sur le territoire.

Pour étudier l'organisation et le fonctionnement des EHPAD, j'ai réalisé un travail de recherche documentaire pour réunir les textes encadrant ces structures. Je me suis appuyée, pour réaliser mes recherches, sur les personnels de la DT de l'Ain en charge du secteur Grand Age. Malheureusement, le poste d'inspecteur responsable du service était vacant sur presque toute ma période de stage.

⁵⁶ Cf. Annexe 1 : le questionnaire envoyé aux EHPAD

⁵⁷ Cf. Annexe 5 : le planning de travail

Une autre difficulté rencontrée réside dans le fait que la période de stage est relativement courte pendant cette année de formation. Ce travail de mémoire nécessite une bonne gestion du temps en stage, et impose de se lancer dès le début du stage dans la problématique du mémoire. Aussi, les périodes de cours à Rennes m'ont permis de faire le point sur l'avancement du mémoire et de travailler à distance sur la revue de la littérature, l'exploitation des données des enquêtes, etc.⁵⁸

5.3. Les compétences mobilisées

Ce travail de mémoire a mobilisé un certain nombre de compétences professionnelles. Tout d'abord, la problématique des chutes des personnes âgées appelle des connaissances médicales et de santé publique. La réalisation du mémoire a mobilisé un certain nombre de compétences de l'ordre du savoir faire, comme la gestion du temps, la rigueur et l'esprit de synthèse. Le travail de recherche et d'enquêtes implique de rencontrer des personnes ressources et de recueillir de l'information ce qui entraîne la mobilisation de compétences comme la capacité d'écoute, la mobilisation des partenaires, le dynamisme.

Certaines compétences plus spécifiques du MISP sont également sollicitées comme le suivi de dispositifs ou d'actions pour gérer/prévenir un problème de santé publique (la prévention des chutes en EHPAD) et le diagnostic de l'état de santé d'une population (les chutes des personnes âgées).

5.4. Les intérêts suscités

Il a été très enrichissant pour moi de m'intéresser au secteur des personnes âgées que je n'avais pas encore abordé dans mon expérience professionnelle antérieure. Ce fut, comme précisé plus haut, une difficulté mais aussi un intérêt majeur. Ce mémoire m'a aussi permis de travailler avec le médecin conseil référent du service Grand Age et de mieux connaître de ce fait ses missions. Ce travail de mémoire, qui réunit plusieurs enquêtes, touchent plusieurs domaines qui sont communs à d'autres secteurs que les personnes âgées : plaintes, signalements, inspection, réglementation des établissements médico-sociaux, etc. Ceci m'a donc aussi donné l'occasion de rencontrer des personnes de services différents, de découvrir des procédures, des textes, etc. Enfin, ce mémoire m'a beaucoup fait travailler sur les textes juridiques.

⁵⁸ Cf. Annexe 5 : le planning de travail

5.5. La place du médecin inspecteur dans la problématique des chutes en EHPAD

Le médecin inspecteur, de par sa casquette de médecin, spécialiste en santé publique et agent de l'ARS tutelle des EHPAD, est l'interlocuteur privilégié de ces établissements au sein de l'ARS pour échanger sur la problématique des chutes. Il a pour missions de sensibiliser les EHPAD et d'apporter de l'information et des conseils afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents dans ces établissements. Il peut également mettre en place des groupes de travail sur les chutes, par exemple au sein de la filière gériatrique, pour qu'un travail s'effectue en commun avec les experts du domaine et les acteurs de différentes structures (hospitaliers, EHPAD, réseaux, etc.), afin de faire évoluer les pratiques, de les harmoniser et d'aboutir à des procédures communes validées par les experts. Lors des inspections, le MISP peut aussi apprécier la politique de réduction des chutes de l'établissement et donner des conseils ou élaborer des recommandations s'il le juge nécessaire.

Conclusion

Les différentes enquêtes menées sur les chutes en EHPAD dans l'Ain montrent que la plupart des établissements sont sensibilisés à la problématique des chutes : 89 % des établissements qui ont répondu à l'enquête déclarent recenser les chutes. Cependant, des efforts restent à faire sur la mise en place d'une véritable politique de prévention des chutes au sein des établissements : par exemple, 38 % des établissements déclarent ne pas procéder à une analyse régulière des situations de chutes. Le médecin coordonnateur a un rôle majeur dans la prévention des chutes au sein des EHPAD, tant sur le plan collectif par la mise en place d'un certain nombre d'actions comme l'élaboration de protocoles chutes que sur le plan individuel par l'évaluation des facteurs de risque de chutes par exemple.

Pour réduire les chutes des personnes âgées en EHPAD, les décideurs doivent prendre des mesures pour que la problématique des chutes devienne une des priorités dans la prise en charge des résidents de ces établissements. Par ailleurs, le gouvernement prévoit de mettre en place d'ici 2012 un site Internet visant à annoncer des indicateurs de qualité pour chaque EHPAD, il serait pertinent qu'un indicateur sur les chutes figure parmi ces indicateurs de qualité.

Bibliographie

Articles de périodiques

Dargent-Molina P., Bréart G. Epidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1995 ; 43 : 2-83.

Ermanel C., Thélot B., Jouglu E., Pavillon G. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, octobre 2007 ; n° 37-38.

Jeandel C., Samson M. Prévention secondaire des chutes en institution. Une enquête nationale. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 2003 ; 93 : 128-136.

Nicolas L., Couturier P., Rabenasolo S., Civalleri C., Franco A. Facteurs environnementaux de la chute en maison de retraite : à partir d'une étude prospective de l'incidence des chutes, sur 10 mois. *La revue de Gériatrie*. 1999 ; 24(4) : 263-70.

Prévo J. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Etudes et résultats, Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). N° 689, mai 2009.

Rubenstein L. Z.. Falls in older people : epidemiology, risk factors, and strategies for prevention. *Age ageing*, 2006 ; 35 Suppl 2: ii37-ii41.

Tinetti ME, Williams CS. Falls injuries due to falls and risk of admission to a nursing home. *New England Journal of Medicine*. 1997; 337(18): 1279-84.

Vellas BJ., Wayne SJ., Romero LJ., Baumgartner RN., Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*, 1997 ; 26 : 189-93.

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75 -535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales.

Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux instructions sociales et médico-sociales.

Circulaire N°DGCS/2A/2010/254 du 23 juillet 2010 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées et au développement de la bientraitance dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence de l'ARS.

Décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions et au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel n°123 du 28 mai 2005 page 9363.

Décret n°2007-547 du 11 avril 2007 relatif au temps d'exercice du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Journal Officiel n°87 du 13 avril 2007 page 6782.

Rapports et autres documents

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Evaluation des pratiques professionnelles des établissements de santé. Octobre 2000.

Direction générale de l'action sociale, Sous-direction des âges de la vie, Bureau de la protection des personnes. Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Juillet 2002.

Direction générale de la santé, Direction générale de l'action sociale, Société Française de gériatrie et de gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Octobre 2007, 115 pages.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2009-2010.

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Rhône-Alpes. Plan régional de santé publique Rhône-Alpes 2006-2010. Priorités de santé publique. Lyon, septembre 2006.

Haute Autorité de Santé - Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes chez la personne âgée. Argumentaire. Saint-Denis, Novembre 2005.

Haute Autorité de Santé – Société Française de Gériatrie et de Gériologie. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Saint-Denis, Avril 2009.

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités. Direction Générale de la Santé, Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 Aout 2004 relative à la politique de Santé Publique. Juillet 2005, 554 pages.

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité. Direction Générale de l'action sociale. Guide de repérage des risques de maltraitance et de violence dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Juillet 2002.

Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative. Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009.

Sites Internet

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, Direction de la stratégie et des projets. Mémento STATISS 2010. Statistiques et indicateurs, santé et médico-social. Février 2011. [page visitée le 12 avril 2011]. Disponible sur Internet :

http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/Etudes_Stat_Observation/Documents/DSPRO_20110405_mementoSTATISS_definitif.pdf

Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Enquête EHPA 2007 : principaux résultats départementaux. [Page consultée le 12 Avril 2011]. Disponible sur Internet

http://alertes38.org/IMG/pdf/L_offre_d_hebergement_pour_PA_LettreDRASS_annexe.pdf

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique 2010. [Page visitée le 15 mars 2011]. Disponible sur Internet :

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02107

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Bilan démographique et situation démographique. 2008. [Page visitée le 25 mars 2011]. Disponible sur Internet : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/france/mortalite_causes_deces/esperance_vie/

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Estimation de la population au 1^{er} janvier par région (1990-2010), département (1990-2009), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge). [Page visitée le 25 mars 2011]. Disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop?

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité MARTHE – ENSP. Améliorer la Qualité en E.H.P.A.D. Outil d'auto-évaluation. [Page consultée le 26 mai 2011]. Disponible sur Internet : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/dossiers,758/l-accueil-en-ehpad,1136/ameliorer-la-qualite-en-ehpad-l,8052.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : le questionnaire envoyé aux EHPAD	II
Annexe 2 : le mail envoyé aux établissements	VII
Annexe 3 : les graphiques de l'analyse des données du SAMU	VIII
Annexe 4 : les tableaux de l'analyse des questionnaires envoyés aux EHPAD	X
Annexe 5 : le planning de travail	XV

Annexe 1 : le questionnaire envoyé aux EHPAD

**Délégation territoriale
Départementale (DTD)
de l'AIN de l'ARS Rhône Alpes**

Questionnaire sur les chutes des personnes âgées

Mettre une croix dans la case correspondant à la réponse exacte (avec un clic gauche sur la souris).

- 1. Existe-t-il un recensement des chutes des résidents au sein de votre établissement (par exemple un registre ou des fiches de déclaration de chute) ?**

Oui ☐

Non ☐

Si oui,

- a. Quelles sont les informations indiquées dans ce registre ou ces fiches de déclaration des chutes ?**

-Les circonstances de la chute (ex : heure, lieu, action en cours, obstacle, etc.)

Oui ☐

Non ☐

-Des caractéristiques sur la personne qui a chuté (ex : douleur, contusions, température, malaise, état d'agitation, etc.)

Oui ☐

Non ☐

-Les conséquences de la chute (ex : traumatismes physiques, appels aux urgences, etc.)

Oui ☐

Non ☐

-Une évaluation médicale pour rechercher les facteurs de risque de rechute

Oui ☐

Non ☐

b. Qui remplit ces informations ? (plusieurs réponses possibles)

-Infirmière ☐

-Aide soignante ☐

-Médecin ☐

-Agent de service ☐

-Aide médico-psychologique ☐

-Autres ☐

Si autres, préciser :

c. Combien y a-t-il eu de chutes dans votre établissement en 2010 ? (si l'estimation en 2010 n'est pas possible, indiquer le nombre de chutes sur une autre période de temps et le préciser (mois, semestre ou autre année))

d. Combien avez-vous pris en charge de résidents sur cette même période (entrées et sorties comprises) ?

2. Avez-vous mené des actions au sein de votre établissement pour diminuer le risque de chutes en 2010 ?

-Sensibiliser le personnel au problème des chutes

Oui ☐

Non ☐

-Aménager les locaux afin de réduire au minimum les facteurs de risque environnementaux

Oui ☐

Non ☐

-Repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute)

Oui ☐

Non ☐

-Pour tous les individus à risque, identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables

Oui ☐

Non ☐

-Inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique)

Oui ☐

Non ☐

-Réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche

Oui ☐

Non ☐

-Faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche

Oui ☐

Non ☐

-Prévenir la dénutrition

Oui ☐

Non ☐

-Prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche

Oui ☐

Non ☐

-Eduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter

Oui ☐

Non ☐

3. Avez-vous établi un protocole de prise en charge de la personne qui a chuté ?

Oui ☐

Non ☐

4. En dehors des situations d'urgence, avez-vous établi des consignes pour l'appel au centre 15 après une chute ? (exemples : appels au centre 15 la nuit, etc.)

Oui ☐

Non ☐

Si oui, lesquelles ?

5. Analysez-vous régulièrement les situations de chutes ?

Oui ☐

Non ☐

6. Selon vous, quelles sont les causes de chutes les plus fréquentes dans votre établissement ? Classer les causes suivantes par ordre de fréquence (1 pour la cause la plus fréquente, 4 ou 5 pour la moins fréquente)

-chutes liées aux locaux (ex : sol, éclairage, escalier, etc.) :

-chutes liées au matériel et mobilier (ex : lit, chaise, fauteuil, etc.) :

-chutes liées au chaussage ou à l'habillement :

-chutes liées à la personne (troubles de l'équilibre, malaise, pathologies à risque, dénutrition, traitements, etc.) :

-autres :

Si autres, préciser :

7. Commentaires éventuels sur la problématique des chutes

Annexe 2 : le mail envoyé aux établissements

De : ARS-DT01-GRAND-AGE@ARS.SANTE.FR

Envoyé : jeudi 10 février 2011 10:15

Objet : Enquête sur les chutes des personnes âgées / DT de l'Ain de l'ARS Rhône Alpes

Importance : Haute

Bonjour,

La délégation territoriale de l'Ain souhaite mener un travail en 2011 sur la problématique des chutes des personnes âgées en établissement. Pour cela, nous avons mandaté le Dr Aurélie Fourcade, Médecin inspecteur stagiaire, pour établir une analyse de la situation et faire des recommandations. Une première analyse basée sur les données du SAMU nous a montré qu'un nombre relativement important d'appels des établissements pour personnes âgées au centre 15 ont pour motif la chute d'un résident.

Nous vous sollicitons donc aujourd'hui pour répondre à un court questionnaire ayant pour objectif de nous donner des éléments d'informations sur la prévention et la prise en charge des chutes au sein de vos établissements (Cf. document joint).

Ce questionnaire est à retourner au plus tard le vendredi 25 février à l'adresse électronique suivante : aurelie.fourcade@ars.sante.fr

Les résultats vous seront communiqués en fin de premier semestre 2011.

Nous vous remercions par avance pour votre participation à ce travail.

Cordialement,

Dr X

04 74 XX XX XX

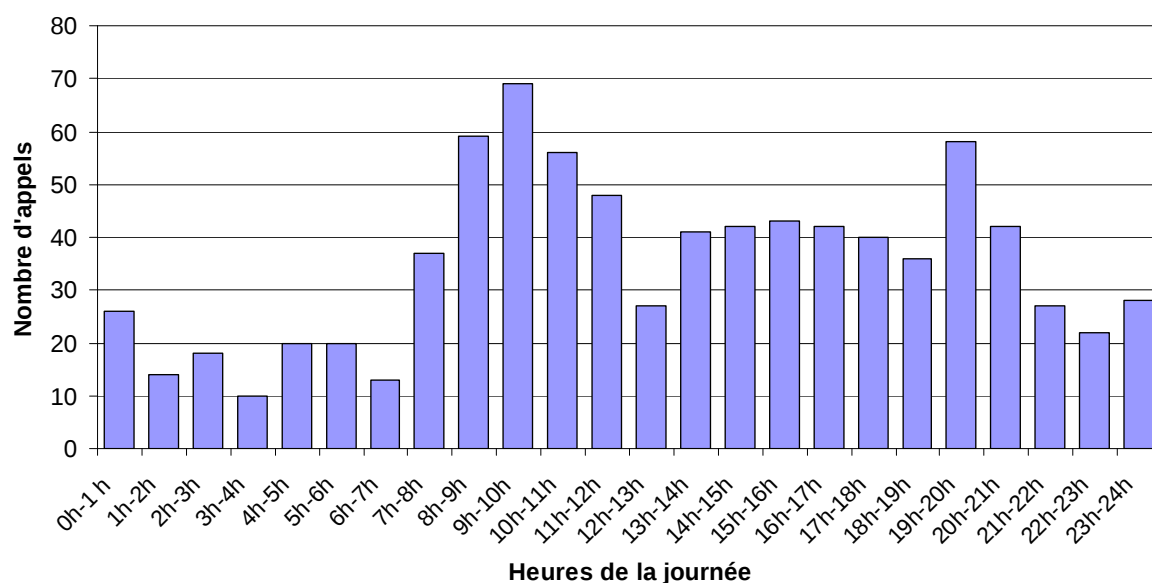
ARS RHÔNE ALPES

DT 01

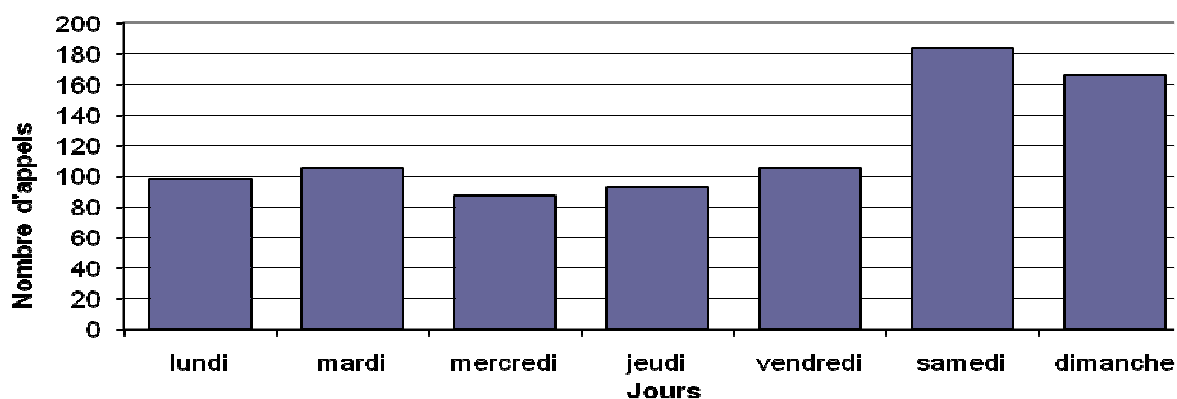
Annexe 3 : les graphiques de l'analyse des données du SAMU

Les informations contenues dans le logiciel du SAMU permettent d'obtenir des caractéristiques sur les appels ayant pour motif la chute d'un résident, notamment l'heure, le jour et le mois de l'appel. Les graphiques 1, 2 et 3 présentent ces résultats. Ils nous indiquent que la plupart des appels ont lieu aux heures d'activité de la journée, mais des périodes de pics d'appel sont constatés vers 19h-21h et le week-end (samedi et dimanche). Le mois de l'année ne semble pas avoir d'influence sur la fréquence des appels.

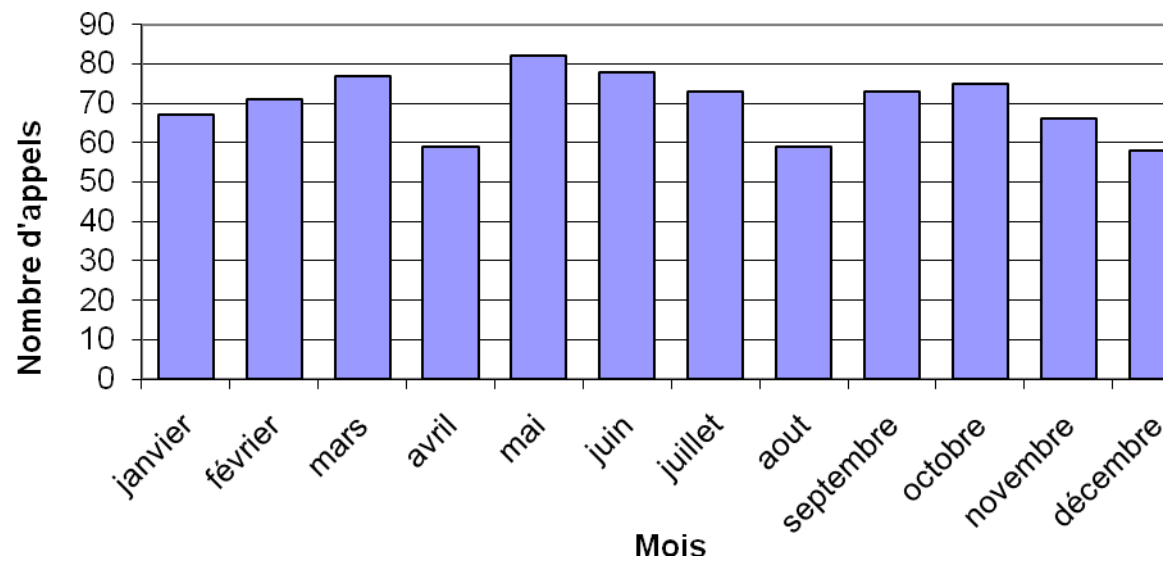
Graphique 1 : les appels des EHPAD au SAMU pour chutes en 2010 en fonction des heures de la journée



Graphique 2 : les appels des EHPAD au SAMU pour chutes en 2010 en fonction des jours de la semaine



Graphique 3 : les appels des EHPAD au SAMU pour chutes en 2010 en fonction des mois de l'année



Annexe 4 : les tableaux de l'analyse des questionnaires envoyés aux EHPAD

49 établissements (89 % des établissements répondants) déclarent recenser les chutes (tableau 4). Les établissements qui procèdent au recensement des chutes déclarent tous recueillir certaines informations complémentaires : les circonstances de la chute, les caractéristiques de la personne et les conséquences de la chute, mais peu d'établissements procèdent à une évaluation médicale post chute (43 %). Les professionnels les plus souvent amenés à remplir la fiche de déclaration de chute sont les infirmiers et les aides soignants ; les aides médico-psychologiques, les agents de service et les médecins remplissent également ce recueil, ainsi que toute personne qui a constaté la chute (réponses « autres »).

Tableau 4 : existence d'un recensement des chutes dans les EHPAD

	Non (Nb(%))	Oui (Nb (%))	Non répondeurs (Nb(%))	Total
Existence d'un recensement des chutes	6 (11%)	49 (89%)	0	55 (100%)

Tableau 5 : informations indiquées sur la fiche de déclaration de la chute

Informations indiquées	Non (nb(%))	Oui (nb(%))	Non répondeurs (nb(%))	Total (nb(%))
Circonstances de la chute (%)	0	49 (100%)	0	49 (100%)
Caractéristiques sur la personne (%)	1 (2%)	48 (98%)	0	49 (100%)
Conséquences sur la chute (%)	0	49 (100%)	0	49 (100%)
Evaluation médicale (%)	27 (55%)	21 (43%)	1 (2%)	49 (100%)

Tableau 6 : personne chargée de remplir les informations lors du recueil des chutes

Qui remplit ?	Non (nb(%))	Oui (nb(%))	Total (nb(%))
Infirmière	0	49 (100%)	49 (100%)
Aide soignante	1 (2%)	48 (98%)	49 (100%)
Médecin	34 (69%)	15 (31%)	49 (100%)
Agent de service	23 (47%)	26 (53%)	49 (100%)
Aide médico-psychologique	17 (35%)	32 (65%)	49 (100%)
Autres	32 (65%)	17 (35%)	49 (100%)

Les résultats du recensement des chutes sont présentés dans le tableau 7 par type d'établissements. 8 982 chutes ont été recensées dans les 42 établissements qui ont indiqué le nombre de chutes sur l'année 2010. Ces 42 établissements possèdent au total 3 686 places d'hébergements, le nombre moyen de chutes par place d'hébergement est donc de 2,44. Des différences dans le nombre de chutes recensées sont constatées en fonction du type de maison de retraite : le nombre moyen de chutes par place d'hébergement est de 2,81 dans les établissements publics alors qu'il est de 2,00 dans les établissements privés. 9 établissements privés (36 % des établissements privés) ont un nombre de chutes inférieur à 1 par place d'hébergement contre seulement 3 établissements publics (18 % des établissements publics). A l'inverse, 8 établissements publics (47 % des établissements publics) ont un nombre de chutes supérieur à 3 par place d'hébergement contre seulement 5 établissements privés (20 % des établissements privés). Le nombre de chutes par place d'hébergement ne semble pas être influencé par la taille de la structure.

Tableau 7 : Nombre de places d'hébergement et nombre de chutes par type d'établissement

Type d'EHPAD	Nom de l'EHPAD	Nombre total de places	Nombre de chutes	Nombre de chutes / nombre total de places
Maisons de retraite privées habilitées à l'aide sociale	EHPAD A	24	6	0,25
	EHPAD B	84	38	0,45
	EHPAD C	90	65	0,72
	EHPAD D	85	83	0,98
	EHPAD E	82	82	1,00
	EHPAD F	82	103	1,26
	EHPAD G	105	194	1,85
	EHPAD H	110	229	2,08
	EHPAD I	60	147	2,45
	EHPAD J	67	167	2,49
	EHPAD K	70	206	2,94
Maisons de retraite privées non habilitées à l'aide sociale	EHPAD L	28	4	0,14
	EHPAD M	30	11	0,37
	EHPAD N	43	26	0,60

Type d'EHPAD	Nom de l'EHPAD	Nombre total de places	Nombre de chutes	Nombre de chutes / nombre total de places
Maisons de retraite privées non habilitées à l'aide sociale	EHPAD O	46	30	0,65
	EHPAD P	45	40	0,89
	EHPAD Q	30	61	2,03
	EHPAD R	61	135	2,21
	EHPAD S	95	212	2,23
	EHPAD T	90	232	2,58
	EHPAD U	61	199	3,26
	EHPAD V	70	233	3,33
	EHPAD W	80	269	3,36
	EHPAD X	90	317	3,52
	EHPAD Y	75	315	4,20
Maisons de retraite publiques annexées à un hôpital	EHPAD Z	190	31	0,16
	EHPAD AA	185	53	0,29
	EHPAD BB	169	283	1,67
	EHPAD CC	69	122	1,77
	EHPAD DD	124	302	2,44
	EHPAD EE	148	669	4,52
Maisons de retraite publiques autonomes	EHPAD FF	65	24	0,37
	EHPAD GG	54	78	1,44
	EHPAD HH	164	371	2,26
	EHPAD II	80	238	2,98
	EHPAD JJ	108	350	3,24
	EHPAD KK	210	780	3,71
	EHPAD LL	81	354	4,37

Type d'EHPAD	Nom de l'EHPAD	Nombre total de places	Nombre de chutes	Nombre de chutes / nombre total de places
Maisons de retraite publiques autonomes	EHPAD MM	66	334	5,06
	EHPAD NN	129	730	5,66
	EHPAD OO	88	498	5,66
	EHPAD PP	53	361	6,81

Le questionnaire envoyé aux EHPAD permet de rendre compte des actions mises en place en 2010 par les établissements en termes de prévention des chutes. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Certaines actions ont été mises en place par la grande majorité des établissements en 2010, comme réduire le temps d'alitement (96 % des établissements), faire adopter aux soignants des bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche (93 %) et prévenir la dénutrition (91 %). D'autres actions ont été mises en place par la plupart des établissements comme repérer les sujets les plus à risque (85 %), prescrire aux individus à haut risque des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute (85 %), inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (80 %), sensibiliser le personnel au problème (78 %), identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux pour tous les individus à risque et corriger ceux qui sont modifiables (69 %). D'autres actions sont mises en place par environ la moitié des établissements, il s'agit de l'aménagement des locaux (56 %) et l'éducation des patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter (45 %).

Tableau 8 : actions de prévention des chutes mises en place au sein des EHPAD en 2010

Actions de prévention	Oui (nb(%))	Non (nb(%))	Non répondants (nb(%))
Eduquer les patients	25 (45%)	27 (49%)	3 (5%)
Aménager les locaux	31 (56%)	21 (38%)	3 (5%)
Identifier les facteurs de risque pour les sujets à risque	38 (69%)	16 (29%)	1 (2%)
Sensibiliser le personnel	43 (78%)	10 (18%)	2 (4%)
Inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière	44 (80%)	10 (18%)	1 (2%)
Prescrire des séances de rééducation chez les sujets à haut risque	47 (85%)	7 (13%)	1 (2%)
Repérer les sujets les plus à risque	47 (85%)	6 (11%)	2 (4%)
Prévenir la dénutrition	50 (91%)	3 (5%)	2 (4%)
Faire adopter aux soignants des bonnes stratégies	51 (93%)	3 (5%)	1 (2%)
Réduire les temps d'alitement	53 (96%)	1 (2%)	1 (2%)

Les résultats concernant l'existence d'un protocole chutes dans les établissements sont indiqués dans le tableau 9. 42 % des établissements ont déclaré avoir un protocole de prise en charge des chutes. Plus de la moitié d'entre eux n'ont donc pas de protocole.

Tableau 9 : existence d'un protocole de prise en charge des chutes au sein des établissements

Protocole de prise en charge	Non (nb(%))	Oui (nb(%))	Non répondeurs (nb(%))	Total (nb(%))
Total	31 (56%)	23 (42%)	1 (2%)	55 (100%)

Le tableau 10 donne des précisions sur le nombre d'établissements qui ont des protocoles d'appel au SAMU. 40 % des établissements ont déclaré avoir établi des consignes d'appel au SAMU.

Tableau 10 : existence de consignes d'appel au centre 15 après une chute

Consignes au centre 15	Non (nb(%))	Oui (nb(%))	Non répondeurs (nb(%))	Total (nb(%))
Total	28 (51%)	22 (40%)	5 (9%)	55 (100%)

Il a été également demandé aux établissements s'ils procèdent à une analyse régulière des situations de chute. Les résultats sont présentés dans le tableau 11. 62 % des établissements ont déclaré analyser régulièrement les situations de chutes.

Tableau 11 : existence d'une analyse régulière des situations de chutes

Analyse des chutes	Non (nb(%))	Oui (nb(%))	Non répondeurs (nb(%))	Total (nb(%))
Total	20 (36%)	34 (62%)	1 (2%)	55 (100%)

Annexe 5 : le planning de travail

Période et lieu de formation	Activité
Novembre 2010 en stage	Choix du sujet de mémoire
Décembre à Janvier 2010 à l'EHESP	Revue de la littérature Analyse des données du SAMU
Février en stage	Elaboration du questionnaire envoyé aux EHPAD Envoi du questionnaire aux EHPAD
Mars à l'EHESP	Analyse des questionnaires envoyés aux EHPAD
Avril en stage	Analyse des rapports d'activité médicale et des conventions tripartites Début de l'écriture du mémoire
Mai à l'EHESP / Juin en stage	Entretiens Finalisation de l'écriture du mémoire