



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ


RAPPORT

Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients.

Validé par le Collège le 18 novembre 2021

Descriptif de la publication

Titre	Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients.
Méthode de travail	Analyse de la base de données nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins.
Objectif(s)	Identifier les causes à l'origine des chutes de patient et les conséquences qui en découlent, en tirer des enseignements et proposer des préconisations afin d'améliorer la gestion des risques liées aux chutes.
Cibles concernées	Les professionnels de santé, les organisations du système de santé, les institutions de santé, les associations de patients.
Demandeur	Haute Autorité de santé (HAS)
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Philippe Chevalier, conseiller technique, Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins (SEvOQSS) ; Dr Claire Morgand, adjointe au chef de service, SEvOQSS ; Dr Laetitia May-Michelangeli, chef de service, SEvOQSS. Secrétariat : Sylvia Desnoyers
Auteurs	Candice Legris, chef de projet, SEvOQSS ; Myriam Bonnerre, chargée de projet
Validation	Version du 18 novembre 2021

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – novembre 2021

Sommaire

1. Introduction	4
1.1. Contexte	4
1.2. Objectifs de l'étude	5
2. Matériel et méthode	6
2.1. Source des données	6
2.2. Stratégie d'interrogation de la base de données et résultats	6
2.3. Sélection des EIGS	6
2.4. Méthode d'analyse	7
3. Résultats	8
3.1. Analyse des caractéristiques des patients et des circonstances de l'EIGS	8
3.1.1. Population concernée	8
3.1.2. Situations cliniques des patients avant la chute	8
3.1.3. Lieux et moments de survenue des chutes	9
3.1.4. Circonstances de survenue des chutes	9
3.1.5. Conséquences pour le patient	10
3.1.6. Caractère évitable des chutes	10
3.2. Analyse des causes et des barrières	11
3.2.1. Cause immédiates identifiées	11
3.2.2. Causes profondes identifiées	12
3.2.3. Mesures barrières identifiées	15
4. Préconisations pour l'amélioration de la gestion des risques liés aux chutes	17
Références bibliographiques	19
Abréviations et acronymes	21

1. Introduction

1.1. Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une chute est un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (1).

L'OMS estime que 684 000 décès par chutes accidentelles ont lieu chaque année dans le monde, sur un total de 37,3 millions de chutes nécessitant des soins médicaux (1). Les chutes sont ainsi la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. Elles constituent un problème majeur de santé publique, en particulier celles des personnes âgées de 65 ans et plus, chez lesquelles le risque de décès ou de traumatismes graves dus à une chute est le plus élevé.

En France, 450 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes d'une chute tous les ans (2). D'après les données issues des certificats de décès en 2016 en France métropolitaine, 6 758 personnes de plus de 65 ans sont décédées suite à une chute accidentelle, parmi lesquelles 2 956 hommes et 3 802 femmes (7 655 tous âges confondus soit 11,8/100 000 habitants)¹. En 2010, selon les données de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC), 85% des recours aux urgences pour accident de la vie courante chez les 65 ans et plus avaient pour origine une chute (3). Dans 70% des cas, celle-ci a eu lieu à domicile. La proportion de personnes hospitalisées après leur passage aux urgences augmentait avec l'âge, d'un quart à 65 ans à près de la moitié à 90 ans.

Santé Publique France (SPF) soulignait en 2017 qu'un des problèmes rencontrés pour permettre la mise en place d'actions de lutte contre les chutes était le manque de données disponibles sur les circonstances et les causes de celles-ci (profil des chuteurs, environnement physique, facteurs de risque, conséquences) (3). Ces imprécisions empêchent la construction de typologies de personnes et de contexte pour des actions ciblées de prévention.

L'enquête ChuPADom, lancée en 2017 par SPF, a permis de répondre, au moins en partie, à ce manque d'information en décrivant les caractéristiques et les circonstances des chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisées dans les suites de cette chute, et en identifiant des profils de chuteurs (4). Cependant, les chutes survenant en établissement de santé et en établissements sociaux ou médico-sociaux ne sont pas encore suffisamment documentées.

L'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés en France *via* le dispositif national, dont les conséquences pour le patient sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent², permet ainsi d'apporter un éclairage complémentaire sur le sujet.

1 <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

2 Un événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. Source : Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients. JORF n° 0276 du 27 novembre 2016 texte n°45. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSP1624746D/jo/texte>

1.2. Objectifs de l'étude

L'analyse des chutes de patients³ réalisée à partir de la base nationale de retour d'expérience des EIGS a pour objectifs :

- d'identifier les causes de ces évènements et les conséquences qui en découlent ;
- d'en tirer des enseignements ;
- et de proposer des préconisations afin d'améliorer la gestion des risques liées aux chutes.

³ Pour éviter d'alourdir le texte, le terme « patients » a été employé pour parler des patients et des résidents dans le présent document.

2. Matériel et méthode

2.1. Source des données

L'analyse a été réalisée à partir des déclarations reçues à la HAS entre le 1er février 2017 et le 10 juillet 2019 dans le cadre du dispositif national de déclaration des EIGS.

Avertissements aux lecteurs

Les données concernant les événements indésirables graves associés à des soins présentées dans ce rapport sont exclusivement issues de l'analyse des déclarations complètes reçues à la HAS dans le cadre de ce dispositif. Elles n'ont pas fait l'objet d'un retraitement sur le fond (incohérence, imprécision...) et les analyses portent donc sur le contenu des déclarations telles qu'elles ont été saisies par les professionnels. En outre, comme il existe encore une sous-déclaration importante des EIGS en France, en particulier en ville, ces données ne présentent pas de valeur épidémiologique ou statistique généralisable à l'ensemble de la population ou des soins pour caractériser une nature de risques sur un secteur d'activité. Elles éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité du patient.

2.2. Stratégie d'interrogation de la base de données et résultats

Afin d'identifier les déclarations liées aux chutes de patients dans la base de données REX-EIGS, un repérage semi-automatique a été réalisé grâce à un outil de classification basé sur des analyses textuelles. Une analyse textuelle est effectuée sur des variables (lemmatisation des champs lexicaux) saisies en texte libre. Ce texte provient de l'analyse de la déclaration EIGS réalisée par des experts pluriprofessionnels. Une phase de définition d'un dictionnaire de mots-clés a été nécessaire. Elle permet la récupération de groupes de mots spécifiques. Enfin, la création d'algorithmes (recherche de mots et association de mots) a permis de repérer les déclarations EIGS en lien avec un ou plusieurs thèmes⁴.

À l'issue de cette analyse, 156 déclarations ont été identifiées comme pouvant être liées à des chutes de patients.

2.3. Sélection des EIGS

Après lecture *in extenso* des 156 déclarations d'EIGS identifiées, **27 d'entre elles ont été exclues** de l'étude pour les raisons suivantes :

- la déclaration n'a pas de lien avec une chute de patient (9 cas) ;
- la chute du patient n'est pas le motif à l'origine de la déclaration (16 cas) ;
- la chute est un accident du travail (1 cas) ;
- la chute n'a pas eu de conséquence grave (ne répond pas à la définition d'un EIGS) (1 cas).

⁴ Dans le cas de cette analyse, les associations de mots recherchées ont été les suivantes : (chute + patient) et (chute + résident) en excluant les suicides.

Au total, 129 déclarations ont ainsi été sélectionnées pour faire l'objet d'une analyse.

2.4. Méthode d'analyse

Les analyses statistiques menées dans ce rapport sont descriptives.

L'analyse des variables qualitatives issues de questions fermées ont été réalisées avec le logiciel SAS *Enterprise Guide* (version 7.15 HF9, français).

L'analyse des données textuelles (variables qualitatives provenant de questions ouvertes) a d'abord nécessité un travail manuel : les données ont ainsi été préalablement nettoyées, homogénéisées, et organisées. Pour cela, les données ont été intégrées dans un tableur Excel, puis ont fait l'objet de codage pour permettre l'analyse statistique.

3. Résultats

3.1. Analyse des caractéristiques des patients et des circonstances de l'EIGS

3.1.1. Population concernée

Parmi les 129 chutes déclarées, 55% concernent des femmes et 36 % des hommes (pour 11 cas, le sexe n'est pas connu).

Les chutes déclarées concernent, pour près de la moitié, des personnes âgées de plus de 80 ans (49 %) et dans 26 % des cas, des personnes âgées de 60 à 80 ans (cf. Figure 1). Les personnes de plus de 60 ans représentent donc, à elles seules, 75 % des personnes concernées par des chutes. De façon moins importante, on retrouve également des déclarations de chute pour la classe d'âge des 40 - 60 ans (13%). Enfin, 2 cas ont été déclarés pour des enfants âgés de moins de 5 ans. L'information est manquante dans 13 déclarations.

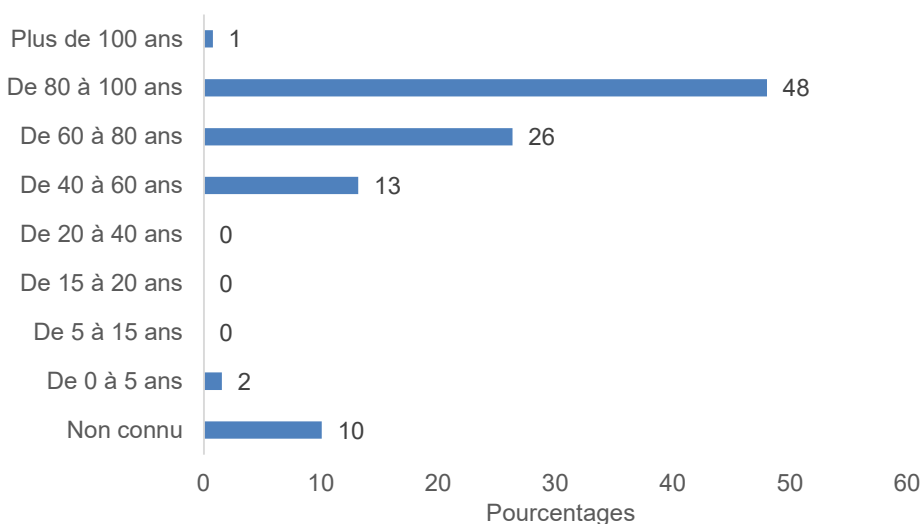


Figure 1. Répartition de l'âge des patients ayant chuté (n=129).

3.1.2. Situations cliniques des patients avant la chute

La situation clinique des patients avant leur chute a été jugée « très complexe » (n=17) ou « plutôt complexe » (n=59) dans près de 59 % des déclarations. Les patients concernés étaient initialement hospitalisés pour un diagnostic clinique de type cardiopathie, hémorragie digestive, leucémie, affection neurologique, et également pour des pathologies psychiatriques (exemples : trouble envahissant, schizophrénie et démence) ou cancéreuses.

Dans 36 % des déclarations, la situation clinique des patients a été considérée « plutôt non complexe » (n= 21) ou « non complexe » (n=25). Cette information n'était pas connue pour 7 patients.

Parmi les 129 patients ayant chuté, 42 avaient été repérés comme à risque de chute (32 %).

3.1.3. Lieux et moments de survenue des chutes

Dans la majorité des cas déclarés (n=58 ; 45 %), la chute du patient est survenue dans un établissement de santé (ES) public. Elle a eu lieu dans un établissement de santé médico-social (ESMS) pour personnes âgées, dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ou dans un établissement de santé privé dans respectivement, 30 % (n=38), 15 % (n=19) et 8 % (n=10) des cas. Quelques déclarations concernent des chutes survenues dans des ESMS pour adultes handicapés (n=2), au domicile des patients (n=1) ou dans d'autres lieux (n=1). Enfin, aucune chute n'a été déclarée dans des ESMS pour enfants en situation de handicap ou en ville (cabinet de ville, centre de soins...).

Lors de la déclaration, il est demandé de préciser si l'EIGS s'est déroulé dans une période durant laquelle l'organisation des soins est plus vulnérable (la vigilance ou le nombre des professionnels diminue), sachant que plusieurs réponses sont possibles. Dans cette étude, 98 chutes sont survenues pendant une de ces périodes, ce qui représente 79 % des chutes déclarées : il s'agissait de la nuit dans 39 cas, du week-end dans 33 cas, de l'heure du changement d'équipe dans 11 cas et d'une autre période vulnérable dans 15 cas (cf. Figure 2).

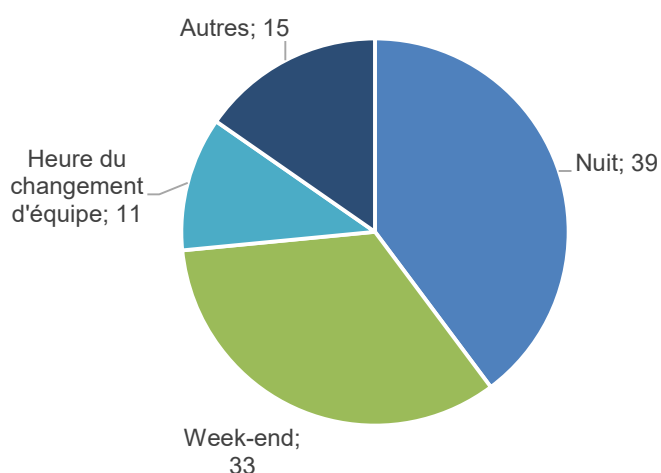


Figure 2. Répartition des types de périodes vulnérables au cours desquelles ont eu lieu les chutes de patient (n= 98).

3.1.4. Circonstances de survenue des chutes

Sur les 129 chutes déclarées :

- 45 ont eu lieu lors d'un acte de soin (35 %) ;
- 84 sont survenues en dehors de l'acte de soin (65 %).

Les soins d'hygiène et de confort ont généré la très grande majorité des chutes liées à un acte (35/45 ; cf. Figure 3). En particulier, c'est durant les transferts et mobilisations au lit du patient nécessaires aux soins d'hygiène et de confort qu'ont eu lieu un peu plus de la moitié des chutes (18/35). De façon minoritaire, les actes médico-techniques (radiologie, dialyse et rééducation) étaient liés à des chutes dans 8 cas sur 45. Enfin, 2 chutes sont survenues durant le brancardage des patients.

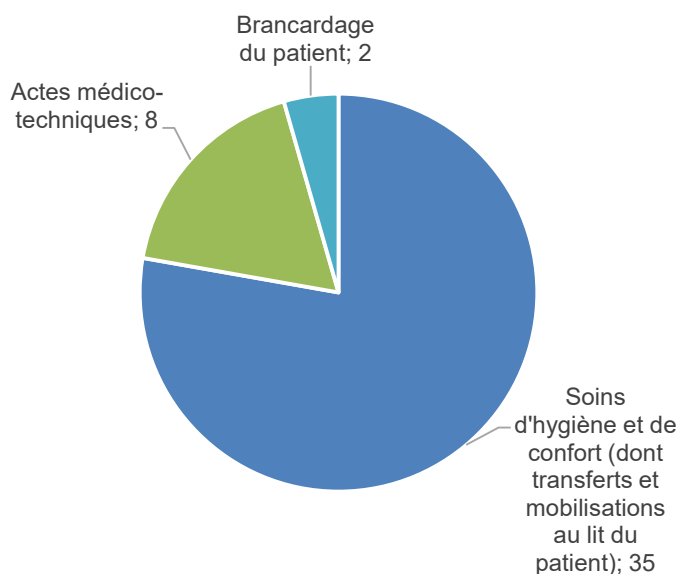


Figure 3. Répartition des types d'actes de soin liés aux chutes de patient (n=45).

En dehors d'un acte de soin, les chutes sont survenues :

- lorsque le patient était debout ou déambulait (44/84) ;
- lorsque le patient était assis dans un siège ou un fauteuil roulant, ou couché dans un lit (39/84).

Dans 1 cas sur 84, les circonstances de la chute ne sont pas connues.

3.1.5. Conséquences pour le patient

Il est rappelé que, par définition, les conséquences pour le patient d'un EIGS ne peuvent être que « graves », à savoir le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

Dans cette étude, la conséquence principale des chutes a été le décès du patient dans près de la moitié des cas (46 % ; n= 60), en raison surtout de problèmes neurologiques (n=19), cardiologiques, vasculaires ou respiratoires (n=17), ainsi qu'hématologiques ou hémorragiques (n=11). Par ailleurs, 62 % des décès sont survenus chez des patients présentant une situation clinique plutôt ou très complexe avant la chute, contre 35 % chez des patients présentant une situation clinique plutôt pas ou pas complexe avant la chute.

Une mise en jeu du pronostic vital des patients a été signalée dans 21 % des déclarations (n=27), en premier lieu à cause d'atteintes neurologiques (n=14), mais aussi d'atteintes musculosquelettiques (n=6).

Enfin, un probable déficit fonctionnel permanent a été rapporté dans 33 % des EIGS (n=42). Il est lié, dans la plupart des cas, à une atteinte musculosquelettique (n=27), le plus souvent de type fracture.

3.1.6. Caractère évitable des chutes

Les déclarants ont jugé que les chutes étaient évitables (18 %) ou probablement évitables (32 %) dans la moitié des déclarations (cf. Figure 4). Elles ont été jugées inévitables dans 15 % des cas et probablement inévitables dans 35 % des cas.

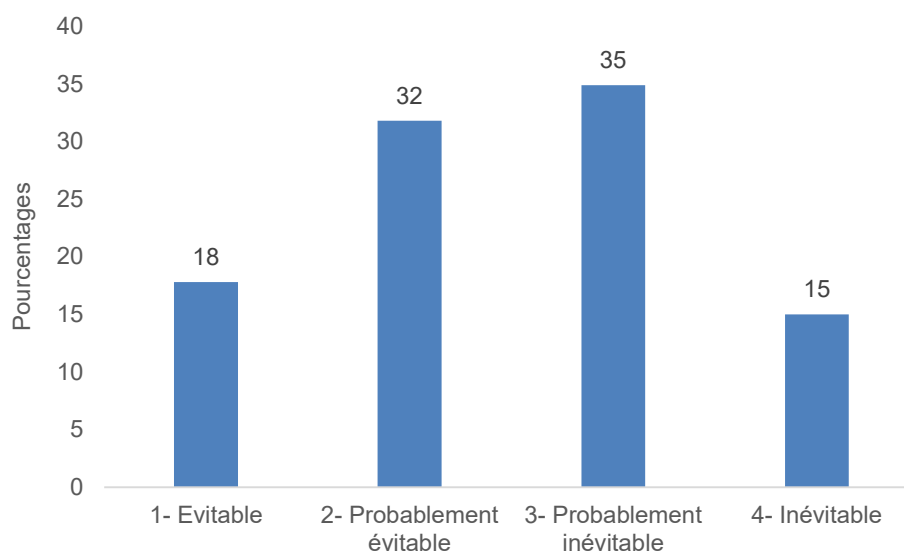


Figure 4. Répartition du caractère évitable des chutes déclarées (n=129).

3.2. Analyse des causes et des barrières

Les raisons pour lesquelles un EIGS survient sont multifactorielles. L'analyse de chaque EIGS permet de décrire une cause immédiate⁵ et des causes profondes⁶.

3.2.1. Cause immédiates identifiées

Parmi les causes immédiates liées aux chutes lors d'actes de soins (45/129), on retrouve :

- une mauvaise utilisation du matériel (appareil de mobilisation non approprié, contention⁷ mal positionnée, sangle mal attachée, frein non enclenché, matelas non adapté...) (17/45) ;
- le non recours à un collègue pour aider à la mobilisation du patient (8/45) ;
- un défaut d'évaluation du risque de chute (4/45) ;
- une absence de contention (3/45) ;
- un défaut de surveillance (3/45) ;
- des troubles de l'équilibre (lors d'exercices de rééducation à la marche) (2/45) ;
- d'autres motifs (acte de violence du membre du personnel, non-respect des consignes par le patient ou le professionnel...) (5/45).

Dans 3 cas sur 45, la cause immédiate de la chute n'est pas documentée.

En dehors d'un acte de soin (84/129), les causes immédiates des chutes identifiées par les déclarants sont :

- une manifestation somatique type convulsion, malaise, arrêt cardiaque, etc. (19/84) ;

⁵ Cause objective la plus immédiatement liée à la survenue de l'événement.

⁶ Circonstance, acte ou élément susceptible d'avoir participé à la naissance ou à la survenue d'un incident ou d'avoir accru le risque d'EIGS.

⁷ La contention est une démarche strictement encadrée. Elle fait l'objet d'une prescription médicale. [La loi de modernisation de notre système de santé du 16 janvier 2016 fixe un cadre légal concernant les mesures d'isolement et de contention.](#)

- une absence ou un mauvais fonctionnement/positionnement d'un dispositif d'immobilisation ou de contention (14/84) ;
- un non-respect des consignes par le patient (appel d'un soignant pour se lever) (11/84) ;
- l'auto-ablation d'un dispositif d'immobilisation ou de contention par le patient (10/84) ;
- un défaut de sécurisation des locaux lors de la déambulation du patient (9/84) ;
- d'autres motifs (défaut de surveillance, bousculade entre patients,...) (15/84).

Dans 6 cas sur 84, la cause immédiate de la chute n'est pas documentée.

3.2.2. Causes profondes identifiées

Un évènement indésirable grave associé aux soins est souvent lié à de multiples causes profondes. L'étude a été réalisée à partir des causes décrites par le déclarant selon la grille ALARM (5). Celle-ci est l'outil proposé dans le volet de déclaration des EIGS pour aider le déclarant à réaliser l'analyse des causes profondes de l'évènement. La grille est divisée en sept grandes catégories de causes⁸ listant chacune entre trois et huit natures de causes profondes (ou facteurs contributifs). Ce sont ainsi 37 natures de causes profondes qui sont proposées au déclarant (6). Dans chaque catégorie, le déclarant peut identifier une ou plusieurs causes (choix multiples). Le nombre de causes profondes peut donc être supérieur au nombre d'EIGS déclarés.

L'analyse des déclarations d'EIGS liées aux chutes montre que dans la majorité des cas (86/129 ; 67 %), au moins deux catégories de cause profonde sont mentionnées par les déclarants. Aucune catégorie de cause profonde n'a été indiquée dans 9 déclarations (7 %) et 1 seule dans 34 déclarations (26 %).

La catégorie de cause profonde la plus souvent citée concerne les facteurs liés aux patients. Puis, de façon beaucoup moins fréquente, on retrouve surtout les facteurs liés à l'environnement de travail, aux tâches à accomplir et à l'équipe (cf. Tableau 1).

Tableau 1. Nombre de déclarations d'EIGS par catégorie de cause profonde identifiée.

Catégories de cause profonde	Nombre de déclarations d'EIGS concernées
Facteurs liés aux tâches à accomplir	48
Facteurs liés aux professionnels	38
Facteurs liés au management	34
Facteurs liés à l'environnement de travail	58
Facteurs liés aux patients	108
Facteurs liés à l'équipe	44
Facteurs liés à l'institutionnel	12
Total	342

⁸ Sept catégories de facteurs contributifs : les facteurs liés aux tâches à accomplir, les facteurs liés aux patients, les facteurs liés aux professionnels, les facteurs liés à l'équipe, les facteurs liés à l'environnement de travail, les facteurs liés au management, les facteurs institutionnels.

Analyse des causes profondes liées aux patients

Les facteurs liés aux patients représentent 84 % des causes profondes citées par les déclarants (n=108).

Parmi ces facteurs, on retrouve de façon prépondérante (plusieurs réponses possibles, cf. Figure 5) :

- l'état de santé du patient (86/108) ;
- les antécédents du patient (56/108) ;
- et les traitements du patient (30/108).

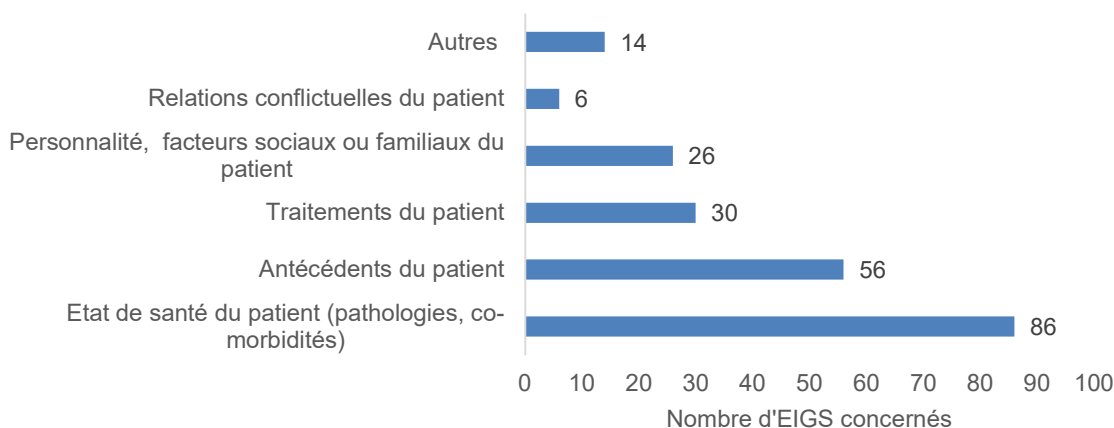


Figure 5. Répartition des causes profondes liées aux patients (n= 108, réponses multiples).

Sur la base des données textuelles des déclarations, il a été possible d'affiner l'analyse et d'identifier 4 grandes situations causales liées au patient (plusieurs réponses possibles) :

- la présence de troubles mentaux (patient dément, désorienté, maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs, dépression, tumeur cérébrale...) (61/108) ;
- une dépendance et /ou une instabilité physique du patient (marche avec canne, déficit du quadriceps, neuropathie des membres inférieurs, troubles de la marche, troubles de l'équilibre...) (67/108) ;
- la présence de pathologies cardiaques, pulmonaires, neurologiques, ou l'existence d'une obésité majeure (32/108) ;
- et la prise de médicaments comme les anxiolytiques, les antidépresseurs ou les hypnotiques (26/108).

Analyse des causes profondes liées à l'environnement de travail

Les facteurs liés à l'environnement de travail ont été mentionnés dans 58 déclarations et représentent 17 % de l'ensemble des facteurs cités. De façon plus détaillée, ce sont surtout les facteurs liés aux fournitures ou équipements (23/58), aux locaux (20/58), à la charge et au temps de travail (15/58), ainsi qu'aux déplacements et transferts des patients (11/58) qui sont mis en cause par les déclarants (plusieurs réponses possibles).

D'après les données textuelles des déclarations, les équipements concernant la contention sont indiqués fréquemment comme inadaptés. Les problèmes de locaux concernent principalement la non-sécurisation des escaliers, des fenêtres et de l'accès aux terrasses, ainsi qu'un aménagement non adapté des chambres ou des salles de bain.

Analyse des causes profondes liées aux tâches à accomplir

Les facteurs liés aux tâches à accomplir représentent 14 % des causes profondes citées par les déclarants (n=48) pour expliquer les chutes des patients. Plus précisément, ce sont surtout les facteurs liés aux protocoles (27/48) qui ont été le plus souvent mis en avant, suivis par ceux liés à la programmation ou à la planification (10/48), et aux outils d'aide à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) (9/48) (plusieurs réponses possibles).

L'analyse des données textuelles a permis de préciser que les chutes étaient causées par l'absence, le non-respect ou la méconnaissance des procédures liées à :

- l'évaluation du risque de chute ;
- la pertinence d'une contention ou la mise en œuvre de celle-ci ;
- et à la conduite à tenir en cas de chute.

Analyse des causes profondes liées à l'équipe

Parmi les 129 déclarations d'EIGS, 44 mettent en cause des facteurs liés à l'équipe (13 % de l'ensemble des facteurs cités) et, en particulier, la communication entre professionnels (25/44), les informations écrites (19/44), ainsi que les transmissions et les alertes (17/44) (plusieurs réponses possibles).

D'après l'analyse des données textuelles, les problèmes de communication entre professionnels sont le plus souvent dus à un défaut de traçabilité dans le dossier patient, ce qui rejoint les difficultés liées aux informations écrites soulignées également par les déclarants.

Analyse des causes profondes liées aux professionnels

Dans 38 déclarations, des facteurs liés aux professionnels ont été mentionnés (11 % de l'ensemble des facteurs cités), en majorité des problèmes de qualifications ou de compétences (16/38) concernant, entre autres, la prise en charge des chutes ou l'évaluation du risque de chute. Les facteurs liés au stress, quant à eux, sont cités dans 5 déclarations sur 38 (plusieurs réponses possibles).

Parmi les autres facteurs liés aux professionnels mentionnés par les déclarants (données textuelles), on retrouve principalement le non-respect des consignes et protocoles dû, entre autres, à la prédominance des habitudes du service ou à la charge de travail.

Analyse des causes profondes liées à l'organisation et au management

Trente-quatre déclarations font état de l'implication d'un facteur lié à l'organisation et au management pour expliquer la survenue de l'EIGS (10 % de l'ensemble des facteurs cités). Ce sont surtout les facteurs liés à la gestion des ressources humaines dont l'intérim (13/58), à la politique de formation continue (10/58), et au management de la qualité, de la sécurité, de l'hygiène et de l'environnement (7/58) qui sont le plus souvent pointés par les déclarants (plusieurs réponses possibles).

Analyse des causes profondes liées au contexte institutionnel

Seules 12 déclarations indiquent qu'une des causes profondes identifiées est liée au contexte institutionnel, soit 4 % des 342 facteurs cités.

Les données textuelles font état de difficultés liées à la politique de gestion des ressources humaines (postes vacants, effectif habituel insuffisant, non remplacement des absences...), ainsi que de l'absence de position ou de portage institutionnel concernant des thématiques variées (contention, conduite à tenir en cas de chute, repérage de la maltraitance, déclaration des vigilances...).

3.2.3. Mesures barrières identifiées

Les mesures barrières sont des moyens qui permettent de prévenir, récupérer ou atténuer la survenue et les conséquences d'évènements indésirables. On peut citer plusieurs catégories de mesures barrières :

- les mesures barrières physiques (les détrompeurs, les alarmes, les sécurités informatiques...);
- les mesures barrières organisationnelles (ergonomie, formation du personnel, coordination des tâches ; environnement de travail, etc.) ;
- les mesures barrières humaines (les bonnes pratiques professionnelles, les contrôles croisés, la supervision, le travail en équipe, etc.) ;
- les mesures barrières administratives (les procédures, les protocoles, les règlements, etc.).

On note que dans 36 déclarations d'EIGS, une mesure barrière ayant fonctionné a été identifiée par le déclarant (28 %). Cependant, les données textuelles explicitant les mesures barrières identifiées étant très hétérogènes, elles sont difficilement exploitables. On peut néanmoins regrouper les mesures barrières citées en 3 grandes catégories :

- la présence d'un personnel formé, capable de réagir rapidement pour une prise en charge adaptée en cas de chute (17/36) ;
- la présence de protocole, l'existence d'un projet de vie et de soin, ou le respect des consignes (6/36) ;
- l'adaptation de l'environnement pour limiter le risque de chute (5/36).

Cinquante-six déclarations (43 %) font mention de mesures barrières qui n'ont pas été mises en œuvre et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences :

- les mesures de surveillance et de soins (15/56) ;
- le respect des procédures et transmissions (13/56) ;
- les mesures de contention du patient (8/56) ;
- l'évaluation du risque de chute ou la mise à jour du projet de soins (6/56) ;
- l'utilisation de matériel adapté au patient (4/56).

Synthèse

Les chutes déclarées surviennent **majoritairement en dehors d'un acte de soin** (65 %) et, dans ce cas, les principales causes immédiates retrouvées sont les **manifestations somatiques du patient ou sont en lien avec un dispositif d'immobilisation ou de contention** (absence, mauvais fonctionnement, ablation par le patient...). Lorsque les chutes surviennent au cours d'un acte de soin (35 %), généralement d'hygiène et de confort, la cause immédiate la plus souvent citée est une mauvaise utilisation d'un matériel, y compris les dispositifs de contention (appareil de mobilisation non approprié, contention mal positionnée, sangle mal attachée, frein non enclenché, matelas non adapté...).

Les **causes profondes les plus fréquemment déclarées** concernent les **facteurs liés aux patients** (83,7 %) et, plus précisément, l'existence d'une dépendance et /ou d'une instabilité physique, de troubles mentaux ou de pathologies graves (cardiaques, pulmonaires, neurologiques, obésité majeure...), ainsi que la prise de médicaments tels que les anxiolytiques, les antidépresseurs ou les hypnotiques. Les facteurs liés à l'environnement de travail (problèmes de sécurité liés aux équipements, aux locaux, aux déplacements des patients et à la charge de travail), aux tâches à accomplir (absence, non-respect ou méconnaissance de protocoles et des outils d'aide à la décision) et à l'équipe (difficultés dans la communication, les informations écrites, et les transmissions) sont également retrouvés, mais de façon moindre.

4. Préconisations pour l'amélioration de la gestion des risques liés aux chutes

De nombreuses publications et initiatives locales (7, 8), régionales (9-12), nationales (13-20) et étrangères (21-23) existent déjà sur le sujet de la prévention des chutes chez les personnes âgées (exemples non exhaustifs). Dans la majorité des cas, les préconisations et actions portent sur l'évaluation du risque de chute et la mise en place de mesures appropriées au risque identifié, en ciblant presque exclusivement les facteurs liés aux patients (pathologies chroniques et aiguës, traitements, état nutritionnel, comportement, chaussage, facteurs sociaux ou familiaux...) et à leur environnement (aménagement de l'espace, éclairage...). Même si cet aspect du problème est fondamental - l'analyse des EIGS réalisée dans ce rapport le confirme - il met cependant de côté toutes les causes profondes liées, entre autres, à l'environnement de travail des soignants, aux tâches à accomplir et à l'équipe, incontournables lorsqu'on s'intéresse aux chutes en établissements de santé et en établissements sociaux ou médico-sociaux.

Préconisations pour limiter le nombre de chutes

Les préconisations listées ci-dessous ne concernent que les facteurs de risque de chute identifiés au cours de l'analyse des déclarations d'EIGS. Ainsi, elles ne reprennent pas, par exemple, toutes les recommandations concernant les facteurs de risque liés aux patients ou à son environnement déjà citées dans les précédents travaux réalisés par la HAS ou avec son appui méthodologique (13-17). Celles-ci restent cependant complètement valides. Ces préconisations s'adressent aux professionnels de santé et aux structures de soins.

- 1. Systématiser en équipe l'évaluation du risque de chute, dès l'arrivée du patient lorsque celui-ci est hospitalisé ou institutionnalisé, et le réévaluer régulièrement.**
- 2. S'assurer de la disponibilité des résultats de l'évaluation du risque de chute et des actions mises en place pour les prévenir dans le dossier médical du patient, et transmettre l'information aux différents acteurs de la prise en charge du patient, y compris la famille ou les aidants.**
- 3. Evaluer systématiquement le bénéfice risque des traitements prescrits (médicaments susceptibles de provoquer les chutes ou d'entraîner des risques graves pour la santé en cas de chute) et les réévaluer régulièrement.**
- 4. Aménager la chambre et la salle de bains des patients à risque de chute de façon à limiter ce risque au maximum (exemples : hauteur variable des lits⁹, espaces libres pour des déplacements avec un appareillage, fauteuil de repos stable et sécurisable, douche sans seuil ou marche, barres d'appui dans les toilettes, suppression des tapis, adaptation de la nature du sol...) et permettre une intervention rapide en cas de chute (bouton d'appel facile d'accès...).**

⁹ Un travail sur l'utilité des lits médicaux à hauteur minimale réduite dans la prévention des chutes est à l'étude.

5. **Sécuriser l'accès aux locaux qui sont susceptibles d'entraîner des chutes (marches, terrasses...).**

6. **Tracer l'ensemble des chutes dans le dossier médical du patient et systématiser la déclaration des chutes graves (EIGS) pour permettre l'analyse des facteurs contributifs en équipe pluriprofessionnelle (causes immédiates et causes profondes) et mettre en place des actions d'amélioration.**

De façon plus spécifique, en établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux ou structures d'aide à domicile :

7. **Disposer de dispositifs de mobilisation, de contention et de relevage adaptés aux besoins identifiés et auxquels les professionnels de santé auront été formés (localisation, conditions et techniques d'utilisation), y compris les intérimaires. Les formations doivent être réitérées régulièrement.**

8. **Disposer d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de chute, connue de l'ensemble des professionnels, y compris des intérimaires.**

9. **Être particulièrement attentif à la charge de travail des professionnels, en s'assurant que les effectifs habituels soient suffisants au regard des besoins, et que les absences et les vacances de postes soient traitées rapidement.**

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Chute [En ligne]. Genève: OMS; 2021.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Santé publique France. Chute [En ligne]. Saint-Maurice: SPF; 2021.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/donnees/#tabs>
3. Thelot B, Lasbeur L, Pedrono G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Bull Epidemiol Hebdo 2017;(16-17):328-35.
4. Torres M, Pedrono G, Lasbeur L, Carcaillon-Bentata L, Rigou A, Beltzer N. Chutes des personnes âgées à domicile : caractéristiques des chuteurs et des circonstances de la chute. Volet « Hospitalisation » de l'enquête ChuPADom. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/enquetes-etudes/chutes-des-personnes-agees-a-domicile.-caracteristiques-des-chuteurs-et-des-circonstances-de-la-chute.-volet-hospitalisation-de-l-enquete-chupadom>
5. Haute Autorité de Santé. Analyse d'un évènement indésirable par méthode ALARM – Fiche 23. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche23.pdf>
6. Haute Autorité de Santé. Mettre en oeuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1239410/fr/mettre-en-oeuvre-la-gestion-des-risques-associes-aux-soins-en-etablissement-de-sante
7. Madani A, Carpentier A. Prévention des chutes. Conduite à tenir en cas de chute. Démarche professionnelle de prise en charge au CH de Denain. Denain: CH; 2013.
<https://www.ch-denain.fr/fichs/15429.pdf>
8. Annweiler C. Dix "clés" pour prévenir les chutes et les fractures [En ligne]: CHU d'Angers; 2021.
<https://www.chu-angers.fr/offre-de-soins/acteur-de-sante-publique/prevention-les-mardis-de-la-sante/dix-cles-pour-prevenir-les-chutes-et-les-fractures-69918.kjsp>
9. Agence régionale de santé Bretagne. Prévention des chutes en EHPAD [En ligne]. Rennes: ARS Bretagne; 2018.
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/prevention-des-chutes-en-ehpad>
10. Levy-Djebbour S. Bilan de la campagne « Pare à chute, maîtriser le risque » en Ile de France. Saint-Denis: ARS Ile-de-France; 2018.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Bilan_PareAChute_2016-2017.pdf
11. Agence régionale de santé Ile-de-France. MOOC chute : éviter les chutes graves chez les personnes âgées. Mis à jour le 29 janvier 2019 [En ligne]. Saint-Denis: ARS Ile-de-France; 2019.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>
12. Observatoire des médicaments dispositifs médicaux innovations thérapeutiques. Iatrogénie et chutes chez le sujet âgé. Fiche de bonne pratique & bon usage. Tours: OMÉDIT Centre-Val de Loire; 2019.
<https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2019-07/0m%C3%A9dit%20Centre%20-%20Iatrog%C3%A9nie%20et%20chutes%20chez%20le%20sujet%20%C3%A2g%C3%A9.pdf>
13. Société française de documentation et de recherche en médecine générale, Haute Autorité de Santé. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
14. Société française de gériatrie et de gérontologie, Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.

Recommandation de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

15. Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive. Les personnes âgées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_248_ref_aps_pa_vf.pdf

16. Haute Autorité de Santé. Le patient à risque de chutes. Outil n°3. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/pied_de_la_personne_agee_-_fiche_outil_n3_patient_a_risque_de_chutes.pdf

17. Haute Autorité de Santé. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaulation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf

18. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris: INSERM; 2015.

https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6808/expcol_2015_chutes_fascicule.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention des chutes chez les

personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: INPES; 2005.

<https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/830.pdf>

20. Caisse nationale d'assurance maladie. Comment prévenir les chutes des personnes âgées ? [En ligne]. Paris: CNAM; 2021.

<https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/bons-gestes/seniors/prevenir-chutes-personnes-agees>

21. Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Recueil de programmes de prévention des chutes en maison de repos et de soins. Bruxelles: PAQS ASBL; 2021.

<https://www.paqs.be/fr-BE/Ressources/Publications/En-lien-avec-les-activites/Recueil-de-programmes-de-prevention-des-chutes/PAQS-Atelierschutes-2021-Recueilpreventionchutes>

22. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, Mararescu E. Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Québec: INESSS; 2013.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatric/INESSS_Chute_Patients_Etablissements_Sante.pdf

23. Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Ontario Adieiad. Des soins de santé plus sécuritaires maintenant !. Trousse en avant ! : prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Mise à jour en avril 2015. Ottawa: CPSI; 2013.

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Documents/Interventions/Pr%C3%A9vention%20des%20chutes%20et%20des%20blessures%20caus%C3%A9es%20par%20les%20chutes/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

Abréviations et acronymes

EIGS	Evènement indésirable grave associé aux soins
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissement de santé médico-social
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
HAS	Haute Autorité de santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SPF	Santé Publique France

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

