



— MOOC chute - Sensibilisation à la prévention des chutes et de leurs conséquences

— Formation à distance - 2018

— MOOC chute : objectif

- Pérenniser la démarche initiée avec la campagne Pare à chute
 - Prendre conscience de la part évitable de la chute de la personne âgée et des blessures associées
- Formation à distance gratuite accessible à un grand nombre de participants <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/chutes-escarres>
 - *MOOC = Massive open online course*
- Les cibles :
 - Tout professionnel en rapport avec des personnes âgées
 - Les aidants des personnes âgées
 - Les personnes âgées
- Chaque module peut être le support d'une formation indépendante
 - Vidéo sous-titrée
 - Documents et outils associés

Source: U.S. Forest Service, Vol. 25, No. 10, p. 1008.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

— MOOC chute : scénario pédagogique

1/2 « Les chutes chez la personne âgée »

- 1 - Prévention des chutes : quels enjeux ?
- 2 - Quels sont les facteurs de risque de chute ?
- 3 - Evaluation multi-disciplinaire du risque de chute
- 4 - Programme universel contre les chutes (PUC) = infographie
- 5 - Contention : risques et alternatives
- 6 - Comment prévenir les blessures en cas de chute ?
- 7 - Ostéoporose et risque fracturaire
- 8 - Focus vitamine D
- 9 - Les facteurs de déclin de la force musculaire
- 10 - Comment maintenir le muscle en forme ?
- 11 - Mobilité physique avec l'ergothérapeute
- 12 - Mobilité physique avec l'enseignant en activité physique adaptée (EAPA)
- 13 - Mobilité physique avec le kinésithérapeute
- 14 - Mobilité physique avec le psychomotricien

— Modules 1, 2, 3, 5 et 6



— 1 - Prévention des chutes : quels enjeux ?

- Première cause de mortalité accidentelle par accident de la vie courante
- Conséquence principale : fracture de l'extrémité supérieure du fémur
- Risque : syndrome post-chute avec perte de la marche
- Risque : station prolongée au sol
- Risque : récurrence de chute
 - Moins d'exercice
 - Mêmes facteurs de risque que la première fois

Ce n'est pas une fatalité ! Il est possible d'agir ++

(Voir des diaporamas de présentation des enjeux et des risques liés à la chute)



— Le saviez-vous ?

- Une chute est considérée comme grave si elle a occasionné un décès, une fracture, une plaie nécessitant des points de suture, un traumatisme crânien avec perte de connaissance ou une hospitalisation
- La chute est une cause majeure d'entrée en institution
- Après une chute le risque de tomber à nouveau dans la même année est multiplié par 20
- Le caractère répété des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait 2 chutes sur une période de 12 mois
- Il est possible de repérer le sujet âgé à haut risque de chute
- Il est possible de réduire le risque de chute et le risque de blessure lié aux chutes

Haute Autorité de santé + Avis d'experts pour la campagne Pare à chute

— Le syndrome « post-chute » ou de désadaptation psychomotrice

- Le syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice est une complication fonctionnelle aiguë des chutes à l'origine d'une incapacité motrice et/ou cognitive totale ou partielle.
- Il s'agit d'une urgence gériatrique car tout retard dans son diagnostic et sa prise en charge peut entraîner une cascade pathologique souvent dramatique pour la personne âgée
- Associe une désadaptation posturale avec une grande rétropulsion et une phobie de la station debout, l'ensemble étant d'installation aiguë suite à une chute
 - hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle le plus souvent axiale
 - abolition voire absence des réflexes de posture
 - syndrome dysexécutif.

Haute Autorité de santé 2009

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

— 2 - Quels sont les facteurs de risque de chute ? Multifactoriel

- Individuels prédisposants : pathologie chronique
 - Moins d'équilibre en avançant en âge
 - Troubles locomoteurs et musculaires
 - Troubles de la vue et de l'audition
 - Dénutrition
 - Dépression
- Individuels précipitants : pathologie aiguë
 - Médicaments : psychotropes
- Individuels comportementaux : sédentarité
 - Alcoolisme
 - Prise de risque : escabeau
- Environnementaux : éclairage, obstacles
 - Mauvaises chaussures : mules (Voir des exemples d'affiches)
 - Contention
- Facteurs de risque de blessure : ostéoporose

(Voir les listes de facteurs de risque et les fiches de dépistage et d'interventions)

— 3 - Evaluation multi-disciplinaire du risque de chute

— Médecin traitant : évaluation du risque chaque année

- Etes-vous tombé cette année ?
- Test d'équilibre
- Facteurs de risque

— Haute Autorité de santé 2013

- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525705/fr/avis-de-la-has-concernant-l-evaluation-du-risque-de-chutes-chez-le-sujet-age-autonome-et-sa-prevention

— Evaluation multidisciplinaire en hôpital de jour

- Médecins gériatre, neurologue, ORL, ophtalmologue
- Ergothérapeute, kinésithérapeute
- Assistance sociale
- Pédicure, diététicienne
- Etc

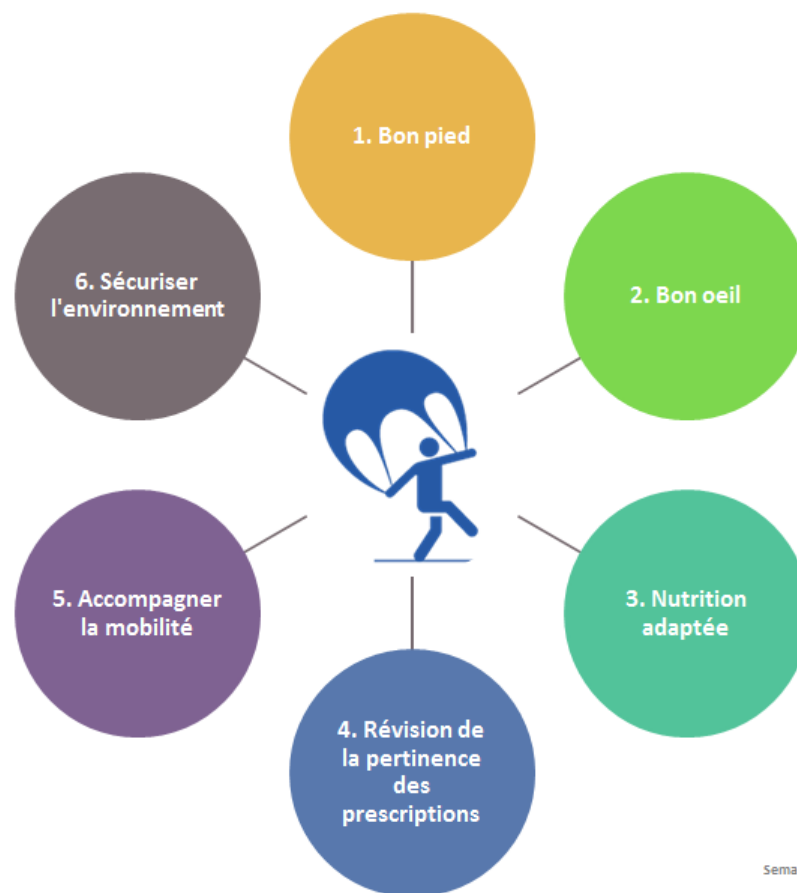
(Voir les propositions de grilles d'évaluation du risque de chute)

4 - Programme universel contre les chutes (PUC)



Programme Universel des Chutes (PUC)

Dans le cadre de la prévention des chutes, que signifie pour vous chaque item ?



Emile Roux – DSAP & DURQ

Semaine de la Sécurité des Patients – Novembre 2017

— 5 - Contention : risques et alternatives

- Limitation de la mobilité chimique (sédatifs) ou physique
 - Barrières de lit
 - Attaches au fauteuil
- Augmente le risque de chute grave
 - Diminution de l'équilibre par manque d'exercice
- Ethique : réfléchir aux bénéfices et aux risques
 - Répercussions physiques, psychologiques et sociales
 - Expliquer aux équipes et aux familles qu'il est possible de s'en passer
- Alternatives à la contention
 - Aménager la chambre, éviter les roulettes
 - Détection de lever nocturne par les nouvelles techniques
- Prescription médicale

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) 2000

<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

(Voir les documents d'information à destination des professionnels et des familles)

— 6 - Comment prévenir les blessures en cas de chute ?

— Risque de fracture

- Ostéoporose : ostéodensitométrie en cas d'antécédent de fracture
- Déficit en vitamine D : dosage en cas d'antécédent de chute
- Protecteurs de hanche glissés dans les sous-vêtements pour amortir le choc et éviter la fracture

— Risque d'accident hémorragique

- Traitements anticoagulants et antiagrégants à réévaluer en cas d'antécédent de chute sans nécessairement l'arrêter

— Risque de station prolongée au sol

- Apprendre à se relever du sol : pour toute personne ayant chuté
- Alarme automatique ou non

— Maintien d'un bon état nutritionnel et d'hydratation

— Lutte contre la sédentarité

- Atelier équilibre ou tai-chi ou danse

(Voir la plaquette Comment éviter la chute au domicile et le document sur les objets connectés)

— Modules 7 et 8



— 7 - Ostéoporose et risque fracturaire

- Risque de fracture à partir de 50 ans pour une femme sur trois et trois hommes sur cinq

- **Recommandations**

- Actualisation 2018 par la Société française de rhumatologie (SFR) et le groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses (GRIO)

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833018300504?via%3Dihub>

- Haute Autorité de santé (HAS) 2014

- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose

- Dépistage systématique en cas de chute ou de fracture

- Densité osseuse
 - Diagnostic différentiel : cancer

- Mesures hygiéno-diététiques + traitement prolongé

- Vitamine D
 - Traitement de fond restructeur ou anti-résorbeur : séquences de 3 à 5 ans

8 - Focus vitamine D

- Diminue le risque de fracture non-vertébrale
 - Traite l'ostéoporose : absorption du calcium et fixation sur l'os
 - Indispensable pour le traitement de fond de l'ostéoporose, notamment avec les biphosphanates
 - Supplémentation systématique chez toutes les personnes âgées de plus de 65 ans sans faire de dosage
- HAS 2013 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356838/fr/utilite-clinique-du-dosage-de-la-vitamine-d-rapport-d-evaluation
- Traitement d'entretien : ampoule de 80 000 unités chaque mois
 - En cas de chutes répétées, dosage de la vitamine D pour corriger au préalable une éventuelle carence

(Voir les tutoriels sur le dosage et la supplémentation en vitamine D)

— Modules 9 et 10



— 9 - Les facteurs de déclin de la force musculaire

- Phénomène physiologique classique
- Diminution de la mobilité
- Dénutrition
 - Diminution de l'appétence pour les protéines
 - Problèmes bucco-dentaires avec perte de dents : il est plus difficile de mâcher
- Carence en vitamine D
 - Non exposition au soleil
 - Absence d'absorption et non supplémentation
- Facteurs orthopédiques ou neurologiques avec sous-utilisation du muscle
- Pathologie aiguë avec immobilisation

Si les muscles n'ont pas une force suffisante, on ne se rattrape pas en cas de perte d'équilibre

— 10 - Comment maintenir le muscle en forme ?

— Mesure de la force musculaire

- Clinique : 0 à 5 (normal) ; se relever d'une chaise selon la hauteur ou 5 fois de suite
- Tests globaux qui évaluent aussi l'équilibre : ramasser un objet par terre ; *Timed up and go* ; Tinetti
- Tests quantifiés : *Hand grip* qui mesure la force des fléchisseurs des doigts avec une poire ; isocinétisme

— Renforcer la force musculaire des membres inférieurs

- Se relever d'une chaise ; monter ou descendre un escalier ; vélo ; soulever un poids fixé à la cheville ; marcher accroupi ou se relever du sol plusieurs fois
- Protocole de 3 séances d'exercice par semaine pendant 8 à 12 semaines ; relai par une auto-rééducation pour maintenir les résultats

— Entrée en institution

- Garder une activité domestique intégrée au sein de l'organisation de l'institution : faire son lit, la vaisselle, le repassage, s'habiller, mettre le couvert, débarrasser, etc

— Le "timed up and go" test (HAS 2009)

- Ce test évalue globalement la marche et l'équilibre postural dynamique de la personne âgée. Il consiste à mesurer le temps (exprimé en secondes) mis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir.
- Les conditions de réalisation du test sont les suivantes :
 - le sujet doit utiliser ses chaussures habituelles ;
 - il peut se lever en s'aidant éventuellement des accoudoirs ;
 - il doit exécuter le test à une vitesse de déplacement la plus naturelle possible et avec un
 - outil d'aide à la marche s'il l'utilise habituellement ;
 - la pièce où le test est réalisé doit être fermée, l'une de ses dimensions doit être supérieure à 3,50 mètres, elle doit être bien éclairée, sans bruit ni stimulation extérieures (autres personnes que l'examineur, etc.).
- La réalisation du test se décompose toujours en deux étapes :
 - explication du test au sujet puis
 - réalisation du test avec chronométrage.

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

— Module 11



— 11 - Mobilité physique avec l'ergothérapeute

- Soigner par l'activité : utiliser des gestes de la vie quotidienne
 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle
 - Réhabilitation en cas de handicap : utiliser les aides techniques
- Gagner en autonomie
- Simulateur de logement
- Equilibre
- Programme d'éducation thérapeutique pour la prévention des chutes de la personne âgée
 - Atelier « Relevé du sol »
 - Atelier « Comment donner l'alerte »

(Voir le guide d'exercices à domicile)



— Module 12



— 12 - Mobilité physique avec l'enseignant en activité physique adaptée (EAPA)

- Formation universitaire « activités physiques adaptées et santé »
 - Eduquer la personne à se rééduquer
 - Différentes façons de travailler un muscle
 - Différentes façons de travailler sur le plan cardio-respiratoire
- Reprise de la marche – Conserver son autonomie
 - Travail des équilibres statiques et dynamiques
 - Renforcement musculaire
 - Réadaptation à l'effort
- Balnéothérapie
- Atelier Pare à chute
 - Parcours de marche
 - Réactions en cas de déséquilibre
 - Surmonter les difficultés

(Voir le modèle de prescription et le guide d'exercices pour garder l'équilibre)

— Module 13



13 - Mobilité physique avec le kinésithérapeute

Rééducation par le mouvement

- Renforcement musculaire : optimiser les capacités d'adaptation
- Apprentissage de l'équilibre
- Endurance : reconditionnement à l'effort pour éviter la diminution des activités, prédictive de chutes

Prescription médicale

- Bilan pour adapter le traitement
- Ré-autonomisation et réadaptation des automatismes des gestes de la vie courante
- Machine d'isocinétisme : évaluation de la force musculaire et renforcement dans toutes les amplitudes
- Appui unipodal et transfert d'appui

Utilisation des aides techniques

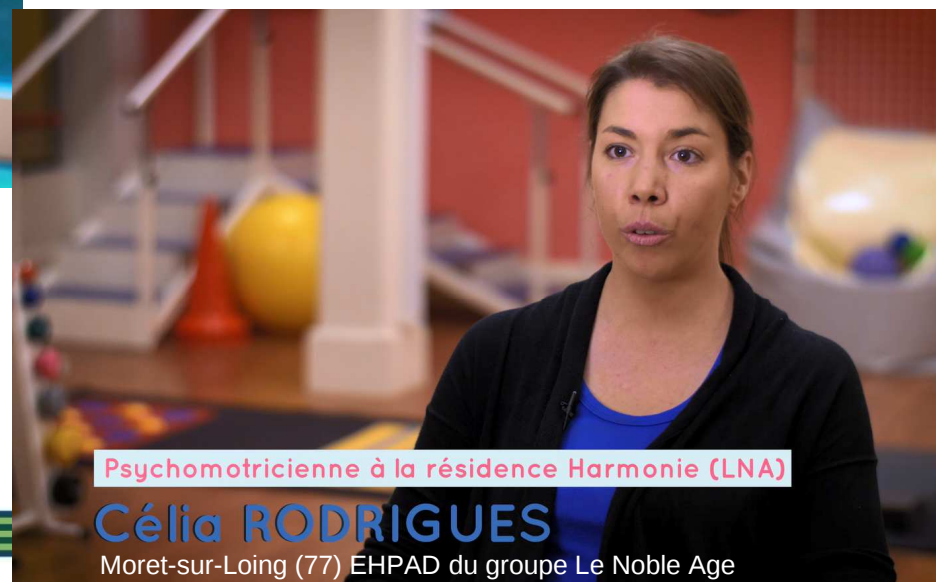
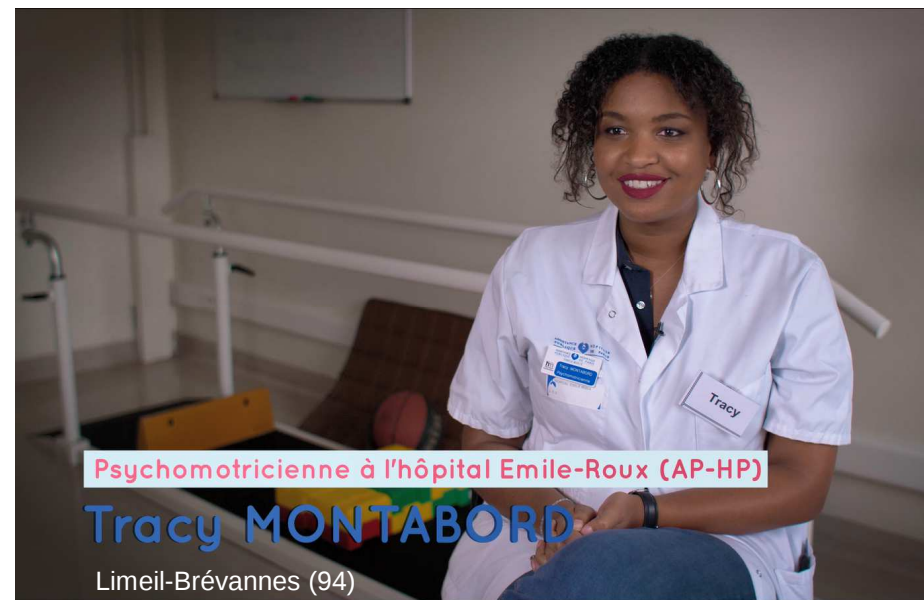
Protocole court, intense, auto-rééducation, conseils d'hygiène de vie

(Voir le modèle de prescription)

— Module 14



EHPAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées



— 14 - Mobilité physique avec le psychomotricien

- Prévention, stimulation et rééducation des capacités motrices et mnésiques chez les personnes âgées
- Facteurs fonctionnels, cognitifs, émotionnels et comportementaux
- Atelier de prévention des chutes
 - Échauffement
 - Ajustements posturaux avec échanges de balles
 - Parcours de marche avec obstacles, changements de texture
 - Grille d'évaluation de la peur de chuter
- Groupe équilibre : faire prendre conscience des capacités physiques et de leurs limites
- Atelier « conscience corporelle »

**« Allez-y, vous allez y arriver,
c'est plus facile que ça n'en a l'air ! »**

— MOOC chute : scénario pédagogique

2/2 « Conduite de projet : déployer le Pare à chute »

- 15 - La gestion des risques : un bon outil pour éviter les chutes graves
- 16 - Réussir la conduite de projet
- 17 - Le temps de l'évaluation
- 18 - Le temps de l'action
- 19 - Apprendre de la chute
- 20 - Les spécificités du domicile
- 21 - Belles histoires : résidence Harmonie
- 22 - Belles histoires : hôpital Emile-Roux
- 23 - Belles histoires : EHPAD Le-Belvédère
- 24 - Belles histoires : implication de la direction
- 25 - Témoignage d'une représentante des usagers

— Modules 15 et 19



— 15 - La gestion des risques : un bon outil pour éviter les chutes graves

- Vivre longtemps, en bonne forme, malgré les pathologies que l'on a, nécessite de maîtriser les risques : on ne va pas les éviter

Le plus grand risque est la perte d'autonomie

- La gestion des risques est un assemblage de plusieurs bonnes pratiques qui dure dans le temps
 - Durée programmée par l'échelon stratégique
 - Pas de rupture
 - Equipe multidisciplinaire mobilisée, y compris les fonctions les plus modestes qui sont très sollicitées dans la prévention des risques de chute grave
- Ecoute réciproque, transmission d'informations
- Partage du savoir
- Rôle déterminant des familles et des aidants



— Modules 16, 17 et 18



— 16 - Réussir la conduite de projet

- Démarche d'amélioration des pratiques des professionnels et des organisations
 - Tirer des enseignements de manière positive pour continuer à s'améliorer et prendre des forces et être heureux de travailler, pour apporter le mieux possible l'excellence au patient ou au résident
- Engagement de la direction pour engager l'ensemble de la structure : signer une charte
- Auto-évaluation et responsabilisation
 - Référent
 - Groupe projet pluri-professionnel volontaire
 - Durée limitée à 9 mois
 - Un secteur de 20 lits maximum
- Trois temps : état des lieux, plan d'action, évaluation des résultats
- Communiquer pour donner envie

(Voir la charte d'engagement dans la démarche Pare à chute ainsi que le guide et le diaporama de lancement)

— 17 - Le temps de l'évaluation

— Audit institutionnel : organisation de la structure pour maîtriser le risque de chute

- Importance de la stratégie
- Objectiver ce qui est à améliorer
- 3 parties : politique de la structure, processus de dépistage et prévention de la chute, gestion de l'environnement collectif et dans les chambres

— Audit des pratiques

- 20 dossiers de patients/résidents
- Regarder les patients et leur environnement
- A plusieurs

(Voir les audits institutionnels et de pratique, en établissement et au domicile, sous formats Excel et Word)

— 18 - Le temps de l'action

- Communication des résultats des audits
- Analyse des résultats en groupe pluri-professionnel
- Priorisation des actions (*Voir l'outil Excel*)
 - Exemple : nettoyage des lunettes
 - Exemple : supplémentation en vitamine D
- Structurer le plan d'action en 5 axes d'amélioration
 - Politique institutionnelle
 - Dépistage du risque de chute
 - Prévention adaptée au risque : tous / risque de chute / risque de blessure
 - Communication
 - Analyse des chutes graves en équipe
- Fiches action avec le référent, les objectifs et les échéances
- Suivi du projet avec date de clôture
- Evaluation par un audit final : chemin parcouru

Valoriser pour motiver ++

Pratiques à fort impact (1/2)
identifiées durant la phase pilote de la campagne Pare à chute

5 pratiques institutionnelles à fort impact



- 1 Définir une politique de gestion du risque de chute grave**
- 2 incluant la pertinence de l'indication de la contention physique ou chimique (psychotropes)**
- 3 Piloter en pluri-professionnel avec un groupe dédié**
- 4 Gérer le risque de chute lié aux locaux et aux matériels**
- 5 Former les professionnels et informer les patients/résidents et leurs proches**

Pratiques à fort impact (2/2) identifiées durant la phase pilote de la campagne Pare à chute



5 pratiques à fort impact à mettre en œuvre auprès du patient/résident

- 1 **Evaluer et réévaluer le risque de chute**
- 2 **Sensibiliser les patients/résidents et leurs proches au risque de chute**
- 3 **Mettre en œuvre le PUC (Programme Universel contre les Chutes) :**
 - Bon pied, Bon œil
 - Supplémentation en vitamine D et évaluation nutritionnelle
 - Révision de la pertinence des prescriptions
 - Accompagnement à la mobilité et utilisation des aides techniques
 - Sécurisation de l'environnement
- 4 **Personnaliser la prise en charge pour les personnes à risque de chute grave :**
 - Projet de soin individualisé et pluridisciplinaire
 - Correction des facteurs de risque modifiables
 - Mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes (coques de hanche, casque)
 - Communication entre professionnels et auprès du patient/résident et de ses proches
- 5 **Analyser en profondeur les chutes graves en équipe pluridisciplinaire**

19 - Apprendre de la chute

Retour d'apprentissage vers

- le patient et sa famille
- l'équipe
- les autres équipes

7 familles de causes : grille ALARM

Modalités de gestion pour en limiter la gravité

Analyse multidisciplinaire en équipe

(Voir le guide et le support d'analyse d'une chute grave)

HAS 2018 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2854104/fr/gestion-des-risques-en-equipe?cid=fc_1249940 avec la grille ALARM commentée

Eviter la répétition des chutes liée à la restriction spontanée d'activité qui entraîne le risque de perte d'autonomie grâce à la communication sur cet apprentissage

L'accord de la personne âgée et de ses proches est indispensable à la réussite du plan d'action

Module 20



SSIAD = Service de soins infirmiers à domicile



— 20 - Les spécificités du domicile

— Lieu de vie : ne pas s'imposer

- Résistance au changement : affectivité pour les meubles et tapis
- Petit à petit : communiquer, établir une relation de confiance, s'adapter
- Informer, conseiller, expliquer que c'est pour le bien-être et la sécurité
- Le patient reste libre de son choix
- Revoir l'éclairage, le rangement de la vaisselle pour qu'elle soit accessible, l'habillement trop lâche

— Les outils de Pare à chute permettent de formaliser la prévention des chutes et d'évaluer le risque, afin de proposer des aides

— Implication et investissement du personnel volontaire

- Ateliers de prévention au sein du SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)
- Réalisation d'une vidéo sur des exercices simples à répéter
- Support écrit

(Voir le livret de conseils d'aménagement du domicile)

— Module 21



— 21 - Belles histoires : résidence Harmonie

- Equipe projet pluridisciplinaire, y compris l'agent de maintenance : à plusieurs
- La campagne Pare à chute est l'occasion de réfléchir sur la prévention des chutes : ce qui est déjà en place et ce qui reste à améliorer
- Nombre restreint de résidents
- Evaluation du risque dès l'entrée : dénutrition
- Environnement : barres, chemin lumineux qui s'allume au levé du patient
- Sensibilisation du personnel à l'impact psychologique d'une contention : mise en situation
- Les outils sont une aide à la gestion de projet
- Agir dès la chute
- Diminution de moitié de la fréquence des chutes, des recours aux urgences et des hospitalisations : fierté devant les résultats

— Module 22



— 22 - Belles histoires : hôpital Emile-Roux

- Déjà un groupe en place avant la campagne Pare à chute
- Actions sur la dénutrition, le chaussage, le bon œil, l'analyse et la traçabilité de la chute avec le logiciel du service
- Evaluation de la mobilité et de la capacité de transfert, des antécédents, des facteurs de risque
- Réflexion avec l'ergothérapeute, au cas par cas, pour les alternatives à la contention : résultat zéro contention au fauteuil !
- Travailler ensemble autour de la nutrition des patients âgés dénutris : enrichissement des potages
 - Résultats visibles avec diminution de moitié du nombre de patients concernés
 - Reprise de poids et du plaisir de manger
- Semaine sécurité du patient : jeu sur le PUC avec des dés
- Démarche efficace malgré des patients avec des pathologies lourdes
- Communication interne, groupe hospitalier, AP-HP

— Module 23



— 23 - Belles histoires : EHPAD Le-Belvédère

— Réflexion éthique pour éviter la contention et la grabatisation

— Protecteurs de hanches : 20% des résidents

- Augmenter la taille des vêtements
- Accompagné par un acteur de soin : psychologue, soignante, médecin traitant, kinésithérapeute
- Essai permet de vérifier la protection en cas de chute
- Préserve l'autonomie
- Très utile, évite des hospitalisations

Continuer à voir marcher les centenaires est une source de satisfaction au quotidien qui prouve la qualité de notre prise en charge



— Module 24



— 24 - Belles histoires : implication de la direction

- Campagne Pare à chute : durant 2 années avec l'ensemble des professionnels, des résidents et de leurs familles
- Lève un tabou car les chutes sont fréquentes : même projet avec même langage
- Projet d'établissement avec un investissement pluri-annuel : importance de l'implication de la direction
- Intégré au quotidien, se poser les bonnes questions : chaussage, alerte après une chute, révision de l'ordonnance
- Valorisation du travail alors que les patients ont des pathologies plus lourdes
- Mise en avant de la psychomotricienne qui est devenue la spécialiste de la prévention des chutes

— Module 25



Représentante des usagers (France-assos-santé Ile-de-France)

Catherine OLLIVET

— 25 -Témoignage d'une représentante des usagers

Prévention en équipe dans laquelle sont inclus le patient et ses proches

- Exemple concret : accessibilité à la poire d'appel malade
- Plus on est vieux, plus c'est difficile de changer ses habitudes. Je dirai c'est même pas difficile, c'est douloureux
 - Les repères de vie dans l'environnement sont liés à des événements, porteurs de sens, porteurs de mémoire, porteurs de joie ou porteurs de peine
 - Procéder par étapes car chaque objet retiré est une fracture
- Collaborer avec les associations qui sont des pairs
- Réussir à convaincre que c'est dans leur intérêt : une bonne vieille chaussure bien avachie c'est délicieux, c'est confortable. Et c'est vrai qu'elle est dangereuse. Ça se négocie, ça s'explique
 - Difficile de comprendre qu'un médicament pris depuis 10 ans est à arrêter : tact, vocabulaire compréhensible
- Demande de contention par les proches aidants liée à la méconnaissance des risques