

Année Académique 2024 - 2025

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Management des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux

Option : MRQF

Thème : Prévention des chutes chez les personnes âgées dans les établissements de santé

Soutenu par :

Karene KOUKEU

Sous la direction de :

Monsieur Arnaud CHEVALIER

Le 08 Juillet 2025 à 11h00

Membres du Jury :

Président du Jury : Pr Hervé HUBERT

Directeur de Mémoire : Monsieur Arnaud CHEVALIER

3^{ème} Membre du Jury : Monsieur Thomas PINNA

Remerciement

Avant d'entrer dans le cœur de notre mémoire, il me semble judicieux de commencer ce document par des remerciements adressés à toutes les personnes qui m'ont accompagné, soutenu, inspiré et encadré tout au long de cette belle expérience. Chacun a participé et contribué à sa manière afin de faire de ce projet de rédaction de mémoire une aventure enrichissante, tant sur le plan humain que professionnel.

De ce fait, je tiens sincèrement à remercier :

- Ma famille plus particulièrement ma grande sœur THOUMO Epse OLAMA Guylène Yolande qui joue parfaitement le rôle d'une maman qui m'a encouragé et m'a accompagné durant cette aventure.
- Mon Directeur de mémoire Monsieur Arnaud CHEVALIER qui a été un guide professionnel en m'orientant efficacement dans la rédaction de ce mémoire.
- Notre responsable de formation Monsieur Herve HUBERT pour son accompagnement académique et son orientation dans le choix de la problématique de ce mémoire.
- Ma tutrice professionnelle dans mon lieu de stage Madame Aline SAMPAIO qui m'a également soutenu en me donnant accès aux données pour la réalisation de ce projet.
- Le staff administratif d'ILIS qui a mis tout en œuvre pour nous accompagner durant ces deux années de master.
- Les enseignants d'ILIS pour les connaissances transmises qui nous ont permis de mener à bien nos projets.
- Mes amis qui ont contribué d'une quelconque manière dans la rédaction de ce mémoire.
- Mes camarades de promotion pour les connaissances et informations partagées durant ces deux années de formation.
- Tous les professionnels et les patients de la Clinique des Tournelles, et d'autres professionnels qui ont participé aux enquêtes afin de récolter les données pour la rédaction du mémoire.

Table des matières

Remerciement	1
Liste des figures	4
Liste des Tableaux	4
Glossaire.....	5
Liste des abréviations	7
Introduction.....	8
I- Cadre théorique sur les chutes et le Management de la qualité et gestion des risques.....	10
A- Les chutes chez les personnes âgées.....	10
1- Définition du concept de chute et enjeux	10
2- Prévalence et impact des chutes	10
3- Facteurs du risque de chute.....	11
4- Les conséquences des chutes chez les personnes âgées	13
5- Prévention des chutes chez les personnes âgées	14
B- Aspect managérial dans la prévention des chutes	15
1- Définition et principes du management de la qualité	15
2- Management de la qualité et gestion des risques	15
3- Organisation et gestion des ressources humaines	22
4- Management de l'innovation et des outils technologiques.....	22
5- Leadership et culture de la sécurité des soins.....	22
6- Les bonnes pratiques professionnelles dans la prévention des chutes.....	23
II – Méthode de l'étude	26
1- Type de recherche et approche méthodologique	26
2- Population et échantillonnage.....	27
2.1- Population ciblée.....	27
2.2- Méthode d'échantillonnage.....	27
3. Outils et techniques de collecte des données	28
3.1- Les questionnaires.....	28
3.2- Observations terrain	30
4. Méthodes d'analyse des données	30
III – Analyse et discussion des données.....	32
1- Analyse des données du questionnaire des professionnels.....	32
1.1- Présentation des données recueillies.....	32

1.2- Discussion globale des résultats	36
2- Analyse des données questionnaires patients.....	39
2.1- Analyse centré sur l'expérience patient.....	44
3- Une réponse partagée entre les professionnels et les patients.....	45
3.1- Une perception du risque bien encrée mais une action encore inégale	46
3.2- La sonnette d'appel : Un outil sous-utilisé et parfois inefficace	46
3.3- Un besoin de surveillance et d'accompagnement renforcé.....	46
3.4- Une prévention théorique mais peu concrète.....	47
3.5- Organisation managériale	47
IV- Quelques Recommandations pour réduire le risque de chute	49
1- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.....	49
1.1- Réévaluer systématiquement le risque de chute.....	49
1.2- Améliorer l'organisation des réponses aux appels patients	50
1.3- Renforcer la prévention active par l'éducation du patient	50
1.4- Valoriser l'accompagnement humain et la présence soignante.....	50
1.5- Formaliser les protocoles et harmoniser les pratiques	51
1.6- Sécuriser les espaces de vie et les chambres.....	51
2 – Apport managérial dans la prévention des chutes : recommandations et mise en œuvre stratégique	51
2.1- Réorganiser le travail en ajustant les ressources aux moments critiques.....	51
2.2- Inscrire la prévention dans une politique qualité structurée et mesurable	52
2.3- Créer une culture de sécurité partagée	52
2.3- Former et valoriser les équipes dans une logique de prévention	53
2.5- Impliquer les patients comme acteurs de leur sécurité	53
2.6- Sécuriser les environnements de soins	54
Conclusion	55
Limites de l'étude	57
Perspectives professionnelles	57
Bibliographie	58
Annexe 1 : questionnaire pour les professionnels.....	60
Annexe 2 : Questionnaire pour les patients	62
Annexe 3 : Résultats enquête auprès des patients.....	64
Annexe 4 : Résultats enquête pour les professionnels.....	67
Annexe 5 : Plan d'actions sur la thématique des chutes	72

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de Pareto de la clinique les Tournelles représentant les chutes en 2023 (document interne)	18
Figure 2 : Diagramme de Pareto de la clinique les Tournelles représentant les chutes en 2024 (document interne)	19
Figure 3 : Statistiques d'enquête patients.....	29
Figure 4 : Statistique d'enquête pour les professionnels.....	30
Figure 5 : Diagramme formation à la prévention des chutes.....	32
Figure 6 : Diagramme de réévaluation du risque de chute après 7 et 15 jours.....	33
Figure 7 : Audits dossiers patients sur l'évaluation du risque de chute Mars 2024 (document interne)	34
Figure 8 : Diagrammes 17 et 18 : Existence et mise en œuvre de protocoles + pratiques professionnelles augmentant le risque.....	34
Figure 9 : Diagrammes 19 et 20 : Délais de réponse aux sonnettes et leur impact	35
Figure 10 : Diagramme 21 : Utilisation des technologies	35
Figure 11 : Diagramme 5 Chute survenue pendant l'hospitalisation	39
Figure 12 : Diagramme 6 du Lieu de chute – Chambre et salle de bain	40
Figure 13 : Diagramme 8 et 9 sur Information et éducation des patients	40
Figure 14 : Diagramme sur l'Utilisation de la sonnette	41
Figure 15 : Diagramme du Délai de réponse après utilisation des sonnettes.....	42
Figure 16 : Diagramme sur l'Intervention du personnel après l'utilisation de la sonnette	42
Figure 17 : Diagramme sur le Ressenti sur le manque du personnel	43
Figure 18 : Diagramme sur l'Absence de conseils sur la mobilisation sécurisée.....	43

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Facteurs intrinsèques du risque de chute chez les personnes âgées	12
Tableau 2 : Evolution des chutes à la clinique les Tournelles en 2023 (document interne)...	18
Tableau 3 : Evolution des chutes à la clinique les Tournelles en 2024 (document interne)...	19
Tableau 4 : Evolution de déclaration des chutes (document interne).....	52

Glossaire

Une chute selon l'OMS 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.

La Prévention selon l'OMS est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Une personne âgée : est, pour le sens commun, une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente

Un Risque : est la possibilité ou la probabilité d'un événement considéré comme nuisible ou dommageable.

Gestion des risques : Processus organisé permettant d'identifier, d'analyser, de hiérarchiser et de réduire les dysfonctionnements ayant causé ou qui auraient pu causer des dommages aux patients, visiteurs, personnels, à leurs biens ou à ceux de l'établissement.

Evènement indésirable : Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens.

Evènement indésirable grave : 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 (décret de novembre 2016).

Référentiel : Constitue le socle du dispositif de certification où sont listés les critères à satisfaire par l'établissement de santé et tous les éléments nécessaires à leur compréhension et leur évaluation.

Culture de sécurité des soins : Ensemble de manières de faire et de penser qui contribuent à la sécurité du patient et qui sont partagées collectivement au niveau de

l'organisation des soins (équipes, établissements, structures de ville, etc.) et plus largement par la société.

Plan d'actions : Le plan d'action qualité en santé est une analyse méthodique du déroulement des soins et de la prise en charge dans une situation clinique donnée.

Certification de la HAS : Procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés.

La sonnette par sa portée symbolique représente un lien entre les soignants et les patients. Elle permet en effet de demander de l'aide ou solliciter un contact par conséquent le fait de ne plus accéder à sa sonnette peut être considéré comme une rupture du lien entre le patient et les soignants.

Les pratiques professionnelles se réfère à l'ensemble des méthodes et comportements adoptés par les professionnels dans l'exercice de leur métier.

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de la Santé

ARS : Agence Régionale De Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

FEI : Fiche d'Evènements Indésirables

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

PNNS : Programme National Nutrition Santé

EI : Evènement Indésirable

EIG : Evènement Indésirable Grave

HDJ : Hôpital de Jour

ASH : Agent de Service Hospitalier

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

REX : Retour d'Expérience

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AGGIR : Autonomie Gériatrique Groupes Iso-Ressources

FALC : Facile à lire et à comprendre

PAQ : Plan d'Action Qualité

Introduction

La chute est un sujet qui touche une grande majorité de la population âgée et constitue un enjeu majeur de santé publique. En France, elle est l'une des premières causes de mortalité chez les personnes âgées (Santé publique France, 2017). Elle est, selon l'OMS : « la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde », soit, 646 000 décès par an (OMS, 2018). Plus l'âge est avancé, plus le risque de chute et la gravité augmentent, ce qui constitue la deuxième cause de décès par traumatisme involontaire. Dans toutes les régions du monde, chez les personnes de plus de 60 ans, le taux de décès suite aux chutes est le plus élevé. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) montre qu'environ 30 % des personnes de 65 ans et plus chutent chaque année, avec des conséquences significatives. Une revue systématique récente de la littérature, englobant 104 études avec un échantillon total de 36.740.590 personnes, met en avant la prévalence mondiale des chutes chez les personnes âgées est de 26,5 % (Salari et al. Journal of Orthopaedic Surgery and Research (2022)).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention est définie comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». En France, les établissements de santé jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients âgés vulnérables, souvent confrontés à des risques accrus de chutes en raison de leurs pathologies chroniques, de la perte d'autonomie ou des effets secondaires des traitements. Ces événements, en plus de leurs conséquences physiques et psychologiques pour les patients, entraînent une augmentation significative des coûts de santé et impactent la qualité des soins.

Malgré les efforts et actions consacrés à l'amélioration des protocoles de sécurité et à la sensibilisation du personnel soignant, les chutes demeurent une préoccupation récurrente dans les établissements de santé. Il existe des facteurs liés aux professionnels et au management susceptibles d'influencer leur fréquence de survenue. Leur prévention est donc une priorité stratégique dans le management de la qualité et gestion des risques pour améliorer la qualité de vie et la sécurité des patients, et optimiser leur prise en charge.

Cette étude s'intéresse à la manière dont les pratiques professionnelles peuvent être améliorées afin de réduire le taux de chute dans les structures hospitalières et, par conséquent, de renforcer la sécurité des patients par un management de la qualité et la gestion des risques.

Face à ces constats, la question fondamentale de cette étude est la suivante : comment le management de la qualité peut-il améliorer les pratiques professionnelles afin de réduire le risque de chute chez les personnes âgées en milieu hospitalier ? Cette problématique vise à explorer l'impact du délai de réponse aux appels des sonnettes patientes, ensuite l'absence d'éducation et d'informations des patients âgés sur le risque de chute, enfin le manque de standardisation des pratiques professionnelles dans la prévention du risque de chute. Pour ce fait, il sera question pour nous de comprendre pourquoi le taux des chutes chez les patients âgés reste toujours élevé dans les établissements de santé, ensuite de décrire notre méthodologie pour la collecte des données, puis d'analyser les données recueillies et enfin de proposer quelques recommandations pour limiter le risque de chute chez les patients âgés.

I- Cadre théorique sur les chutes et le Management de la qualité et gestion des risques

A- Les chutes chez les personnes âgées

1- Définition du concept de chute et enjeux

L'OMS définit une chute comme « 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 ». En milieu hospitalier, les chutes sont fréquemment associées à une combinaison de facteurs intrinsèques comme les troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire et extrinsèques liés à l'environnement, organisation des soins et le management. Ces événements peuvent entraîner des conséquences graves telles que des fractures, une perte d'autonomie, la peur ou un allongement de la durée de séjour.

Les enjeux liés à la prévention des chutes sont multiples. Ils incluent la réduction des complications médicales, l'amélioration de la qualité de vie des patients, l'optimisation des ressources humaines et financières des établissements de santé et une organisation stratégique.

2- Prévalence et impact des chutes

Les chutes chez les personnes âgées constituent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. De nombreuses études se sont penchées sur ce phénomène préoccupant, qui touche chaque année des millions de personnes âgées en France.

En France, plus de 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus chutent chaque année. Le risque augmente avec l'âge : une personne sur trois de plus de 65 ans fera une chute au moins une fois dans l'année, et ce chiffre grimpe à une sur deux chez les plus de 85 ans. Malheureusement, les conséquences peuvent être très graves conduisant au décès. Avec l'avancée en âge, le risque de complications graves et de décès après une chute s'accroît fortement. Plus de 25 % des personnes ayant chuté décèdent dans l'année, notamment celles qui sont restées au sol plus d'une heure. Selon l'INSERM, les chutes sont responsables de plus de 13 000 décès par an en France.

En effet, plusieurs des personnes âgées, après une chute, perdent confiance en elles, développent une peur de tomber à nouveau et adoptent une attitude plus sédentaire, ce qui aggrave leur fragilité physique et psychologique. Ce phénomène est connu sous le nom de syndrome post-chute, qui peut accélérer la dépendance et conduire à un placement en établissement. Cette sédentarité des personnes âgées en milieu hospitalier est un facteur qui augmente la surcharge de travail des professionnels.

Contrairement à une idée reçue, être hospitalisé ou alors vivre en institution ne protège pas du risque de chute, bien au contraire. En milieu hospitalier ou en établissement gériatrique, les chutes sont plus fréquentes qu'à domicile. Elles représentent 60 % des incidents signalés dans les hôpitaux britanniques. Selon différentes études, leur fréquence varie entre 3 et 13 chutes pour 1 000 lits selon le type d'hospitalisation et la population concernée. En moyenne, un patient sur cinq fera une chute au cours de son séjour en établissement de soins, avec des conséquences physiques dans 15 à 50 % des cas. Parmi ces blessures, on retrouve des fractures, luxations, entorses ou plaies profondes, avec des cas graves dans 5 à 15 % des chutes. La fracture de la hanche, particulièrement redoutée chez les personnes âgées, survient dans 1 à 3 % des chutes et présente un pronostic sombre, avec un quart des patients décédant dans les six mois qui suivent.

Les chutes représentent la principale cause de traumatismes physiques chez les plus de 70 ans et ont des conséquences psychiques et sociales sur l'autonomie et la qualité de vie. Au-delà des conséquences humaines, les chutes ont un coût pour la collectivité : 2 milliards d'euros, dont 1,5 milliard pour l'Assurance maladie. Les statistiques indiquent que près de 30 % des patients hospitalisés en SMR éprouvent au moins une chute au cours de leur séjour. Ces chutes surviennent souvent dans des situations de mobilisation, comme le lever ou les déplacements vers les toilettes.

3- Facteurs du risque de chute

Les causes des chutes sont multiples et bien documentées. Elles sont généralement regroupées en facteurs personnels (troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire, antécédents de chutes), facteurs environnementaux (sols glissants, mauvais éclairage, obstacles, l'aménagement inadapté), facteurs liés à des pathologies chroniques (troubles neurologiques, maladies cardiovasculaires, hypotension) et enfin nous avons les facteurs managériaux (gestion des ressources humaines, les pratiques

professionnelles, la qualité des soins et la sécurité des patients). Une prise en charge globale et une meilleure adaptation des pratiques professionnelles sont donc essentielles pour limiter ces risques. Enfin, ces différents facteurs (environnementaux, organisationnels et individuels) agissent souvent de manière combinée. Par exemple, un patient souffrant de troubles de l'équilibre pourrait chuter en essayant de se rendre seul aux toilettes, en raison d'un délai trop long de réponse à sa sonnette. Ces situations soulignent l'importance d'une approche globale et coordonnée pour prévenir les chutes.

Caractéristiques physiques, psychiques, et pathologies aiguës des patients chuteurs. Sont mentionnés d'un astérisque (*) les facteurs les plus fréquents, conservés pour la poursuite de l'étude en vue de l'établissement du score prédictif du risque de chute.

Facteurs physiques	Fréquence		
	Age > 65 ans	85,4 %	*
	Altération de la locomotion ou de l'état des pieds	58,0 %	*
	Antécédents de chute ou de malaise	49,9 %	*
	Dénutrition/Faiblesse musculaire	43,4 %	*
	Vertiges/Troubles de l'équilibre	27,1 %	*
	Altération de la vision (surestimée)	27,1 %	
	Obésité	12,9 %	
	Altération de l'ouïe	10,8 %	
	Chaussage inadapté	6,7 %	
Facteurs psychiques			
	Présence d'un ou plusieurs facteurs psychiques	59,3 %	*
	Agitation	28,3 %	*
	Prise de risque/Surévaluation des capacités	21,9 %	*
	Dépression	19,6 %	*
	Divers troubles psychiques	12,4 %	
	Anxiété	10,6 %	
	Deuil/Perte animal	7,9 %	
Pathologies aiguës			
	Anémie	18,6 %	*
	Infection	17,3 %	*
	Fièvre	8,1 %	*
	Post-op	5,7 %	
	Traumatisme crânien	5,4 %	
	Troubles élimination (diarrhées - retrait sonde)	5,4 %	
	Hypovolémie	3,4 %	
	Déshydratation	2,4 %	

Tableau 1 : Facteurs intrinsèques du risque de chute chez les personnes âgées

4- Les conséquences des chutes chez les personnes âgées

Les conséquences d'une chute chez une personne âgée peuvent être graves et peuvent inclure des blessures physiques. Les chutes peuvent entraîner des blessures physiques graves comme des fractures osseuses, notamment les fractures de hanches fréquentes chez les plus de 75 ans (Ait Mouheb, 2021), des ecchymoses, des coupures, des entorses, des luxations, et parfois des blessures à la tête. Les chutes sont une cause importante de mortalité chez les personnes âgées, d'autant plus chez celles qui ont subi des fractures. En effet les chutes prolongées, dépassant une heure au sol, peuvent entraîner des décès dans les 6 mois suivant la chute (Ben Salem et al., 2019). Les blessures résultant d'une chute peuvent entraîner une diminution de la mobilité et de l'indépendance de la personne âgée, d'où la nécessité de faire appel à des institutions spécialisées pour prendre en charge le sujet âgé chuteur (Legters, 2002).

➤ Conséquences physiques ou traumatismes :

Une chute peut entraîner diverses blessures, allant des contusions et ecchymoses aux fractures graves, notamment celle du col du fémur. En France, on estime qu'environ 50 000 fractures du col du fémur surviennent chaque année chez les seniors. Les fractures ont représenté 41 % des lésions, suivies des contusions ou commotions (30 %) et des plaies (19 %). Les lésions les moins fréquentes étaient les entorses (4 %), les luxations (3 %) et les autres types de lésions (brûlures, intoxications, lésions tendineuses ou musculaires).

➤ Conséquences psychologiques :

Au-delà des blessures physiques, les chutes ont un impact significatif sur le moral des personnes âgées. La peur de tomber à nouveau, appelée "syndrome post-chute", est courante et peut conduire à une réduction volontaire des activités quotidiennes. Cette appréhension limite les déplacements et les interactions sociales, entraînant un isolement progressif. La perte de confiance en soi est également fréquente, rendant les seniors dépendants de leur entourage et diminuant leur autonomie.

➤ Conséquences sociales :

Les chutes répétées peuvent modifier profondément le mode de vie des personnes âgées. Par crainte de nouvelles chutes, elles peuvent restreindre leurs sorties, évitant même des activités qu'elles appréciaient auparavant. Cette réduction des interactions sociales peut mener à un sentiment de solitude et, dans certains cas, à une dépression. De plus, la dépendance accrue peut peser sur les relations familiales, les proches devant assumer un rôle de soutien plus important.

➤ Conséquences économiques :

Au-delà des conséquences physiques immédiates, comme les fractures ou les traumatismes, les chutes ont aussi un impact économique et social majeur. On estime leur coût à environ 1 milliard d'euros par an pour les soins immédiats. Mais si l'on prend en compte les répercussions à long terme – perte d'autonomie, besoin d'aide accrue, entrée en institution – ce coût grimpe entre 1,5 et 2,3 milliards d'euros annuels. Les dépenses liées aux soins médicaux, aux hospitalisations, à la rééducation et aux aménagements des chambres d'hospitalisation pour prévenir de futures chutes peuvent être élevées. À l'échelle nationale, ces coûts représentent une charge significative pour le système de santé. Les chutes ont un coût pour la collectivité : 2 milliards d'euros, dont 1,5 milliard pour l'Assurance maladie. Les statistiques indiquent que près de 30 % des patients hospitalisés en SSR éprouvent au moins une chute au cours de leur séjour. Ces chutes surviennent souvent dans des situations de mobilisation, comme le lever ou les déplacements vers les toilettes.

En somme, les chutes chez les personnes âgées ne se limitent pas à de simples accidents domestiques. Elles ont des répercussions multidimensionnelles qui affectent profondément la vie des seniors. Il est donc crucial de sensibiliser, de prévenir et d'accompagner les personnes âgées pour minimiser ces risques et préserver leur qualité de vie.

5- Prévention des chutes chez les personnes âgées

La prévention et la prise en charge des chutes chez les personnes âgées reposent sur trois niveaux interventionnels complémentaires : la prévention primaire (diminuer le risque de survenue d'une chute), la prévention secondaire (diminuer le risque de récurrence de chute) et la prévention tertiaire (diminuer les conséquences négatives provoquées par une récurrence de chute). Cette étude est axée sur la prévention primaire

et secondaire, car la plupart des patients ont déjà chuté auparavant et aussi l'amélioration des pratiques professionnelles pour éviter ou réduire le risque est une prévention primaire. D'ailleurs, pour la grande majorité leur admission en SMR est en partie dû à une chute au domicile ou aux conséquences d'une chute conduisant à une perte de mobilité et d'autonomie (Büla et al., 2006).

B- Aspect managérial dans la prévention des chutes

La prévention des chutes chez les personnes âgées en établissement sanitaire est un enjeu majeur qui nécessite une approche managériale globale. Cette approche englobe la gestion des risques, l'organisation des ressources humaines, l'intégration des technologies innovantes et le développement d'un leadership axé sur la sécurité des soins.

1- Définition et principes du management de la qualité

Le management de la qualité en milieu sanitaire repose sur une démarche d'amélioration continue visant à optimiser la prise en charge des patients tout en garantissant leur sécurité. Cette approche est particulièrement essentielle pour réduire les risques iatrogènes, notamment les chutes, qui constituent un enjeu majeur de santé publique. La qualité des soins repose sur plusieurs principes fondamentaux :

- L'approche patient-centrée qui place le bien-être et la sécurité du patient au cœur des pratiques professionnelles.
- La gestion des risques qui vise à identifier, analyser et prévenir les incidents pouvant altérer la qualité des soins.
- L'amélioration continue fondée sur l'évaluation régulière des pratiques et la mise en place d'actions correctives.

Dans ce contexte, la prévention des chutes en établissement sanitaire doit s'inscrire dans une logique globale de management de la qualité, impliquant l'ensemble des soignants.

2- Management de la qualité et gestion des risques

Les chutes représentent des événements indésirables fréquents en milieu hospitalier, particulièrement chez les personnes âgées. La Haute Autorité de Santé (HAS) considère la chute du patient comme un événement sentinelle, engageant la

responsabilité de l'établissement de santé et nécessitant la mise en œuvre d'un projet spécifique de prévention et de gestion des risques de chute.

Pour les gestionnaires, il est essentiel d'intégrer la prévention des chutes dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cela implique l'évaluation systématique des risques à l'admission et tout au long du séjour, l'analyse des circonstances des chutes survenues, et la mise en place de mesures correctives adaptées. Cette démarche proactive permet de réduire la fréquence et la gravité des chutes, améliorant ainsi la sécurité des patients.

2.1- Les outils de la qualité pour la prévention des risques

La gestion des risques s'appuie sur plusieurs outils permettant d'anticiper et de limiter les incidents tels que les chutes :

- Cartographie des risques : cet outil permet d'identifier et de hiérarchiser les situations à risque dans un établissement de santé. En cartographiant les risques, les équipes peuvent mettre en place des actions préventives ciblées.
- Audits et évaluations internes : ils consistent à analyser les pratiques professionnelles en matière de prévention des chutes et à identifier les axes d'amélioration.
- Indicateurs de suivi : des indicateurs tels que le nombre de chutes signalées, le taux d'adhérence aux protocoles de surveillance ou encore le temps de réponse aux sonnettes permettent de mesurer l'efficacité des actions mises en place et d'ajuster les stratégies de prévention.

2.2- Déclaration des événements indésirables

Les chutes représentent l'événement indésirable de loin le plus fréquent au centre hospitalier de Haguenau (48,2 %, 60,2 %, 67,6 %, 65,5 % des signalements en 2005, 2006, 2007 et 2008) corroborant les 60 % cités par Oliver, Conelly, Victor et al 2007 (10-3). Deux cent quatre-vingt-quinze chutes ont été recensées sur la période 2004-2006, dont 215 concentrées sur 10 unités médico-chirurgicales (représentant 178 patients) donc les unités d'oncologie et moyen séjour/SSR. A l'inverse, les secteurs pédiatriques et gynéco-obstétriques n'ont recensé que 10 chutes pour 86 lits, et les unités gériatriques de long séjour et maison de retraite 34 chutes pour 141 lits. On

compte 41 chutes avec fractures (20 de la hanche, 8 du poignet ou de la main) et 100 chutes avec lésions non fracturaires (dermabrasions, plaies, hématomes en proportion équivalentes). Considérant les 10 unités à risque élevés suscitées, l'établissement se situe à une fréquence de 1,32 chutes pour 1000 lits, soit à une valeur basse par rapport à la littérature (cf. Introduction). En revanche, le taux de lésions (37,5 %) et de fractures (13,2 %) se situent au niveau supérieur de ceux rapportés dans la littérature (King, Tinetti 1996 (11-3), Blain, Blain, Trechot et al 2000 (1-7), Schwendimann, Buehler, De Geest et al 2006 (9-4)), notamment, concernant les fractures de hanche (plus de 2 fois la fréquence moyenne). A noter, en outre, 3 décès par chute en cours de séjour survenus en 2007 et 2008, alors qu'aucun n'avait été déploré sur la période d'observation 2004-2006.

D'après le Baromètre Santé 2010, près d'une personne sur douze âgée de 55 à 85 ans (7,8 %) déclarait avoir été victime d'un accident nécessitant une consultation médicale ou hospitalière au cours des douze derniers mois. Parmi ces accidents, plus de la moitié (56,5 %) étaient des chutes.

Cette tendance se confirme avec les données EPAC 2010, qui révèlent que 85 % des passages aux urgences pour un accident de la vie courante chez les 65 ans et plus étaient dus à une chute. Ce pourcentage augmente avec l'âge : il passe de 71 % chez les 65-69 ans à 95 % chez les 90 ans et plus.

Les conséquences des chutes peuvent être graves, notamment en ce qui concerne les fractures. Selon le PMSI 2014, 76 100 hospitalisations ont été enregistrées chez les personnes âgées de 65 ans et plus pour une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, avec une incidence trois fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Dans 90 % des cas, ces fractures étaient directement liées à une chute.

Enfin, les chutes peuvent être fatales. En 2013, les certificats de décès indiquaient que 9 334 personnes âgées de plus de 65 ans étaient décédées à la suite d'une chute accidentelle en France métropolitaine. Ce phénomène touche davantage les hommes (3 737 décès, soit 13,1 pour 100 000 habitants) que les femmes (5 597 décès, soit 10,1 pour 100 000). Le risque de décès lié aux chutes augmente également avec l'âge.

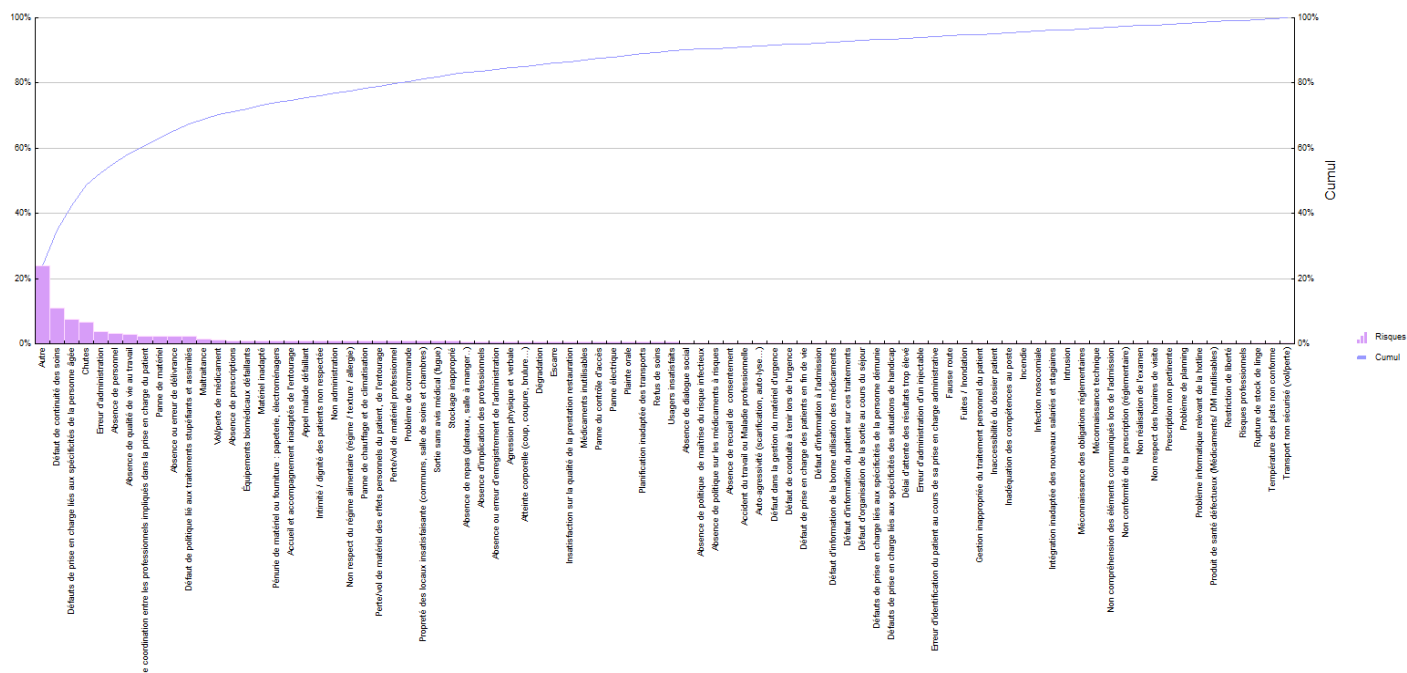


Figure 1 : Diagramme de Pareto de la clinique les Tournelles représentant les chutes en 2023 (document interne)

Tableau des évolutions

Risques	1er trimestre		2ème trimestre		3ème trimestre		4ème trimestre		Annuel
	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Autre	3,61 %	15	4,33 %	18	4,57 %	19	11,30 %	47	23,81 %
Défautes de continuité des soins	6,25 %	26	3,85 %	16	0,96 %	4	0,00 %	0	11,06 %
Défautes de prise en charge liées aux spécificités de la personne âgée	5,77 %	24	1,20 %	5	0,00 %	0	0,48 %	2	7,45 %
Chutes	0,72 %	3	1,20 %	5	0,48 %	2	4,09 %	17	6,49 %
Erreur d'administration	1,20 %	5	0,72 %	3	0,24 %	1	1,44 %	6	3,60 %
Matériel inadapté	2,28 %	6	0,72 %	3	0,00 %	0	0,24 %	1	3,24 %
Absence de personnel	0,24 %	1	0,48 %	2	0,96 %	4	1,44 %	6	3,12 %
Non respect du régime alimentaire (régime / texture / allergie)	1,14 %	3	1,14 %	3	0,24 %	1	0,48 %	2	3,00 %
Absence de qualité de vie au travail	0,48 %	2	1,20 %	5	0,72 %	3	0,48 %	2	2,88 %
Vol/perle de médicament	0,76 %	2	0,76 %	2	0,00 %	0	1,20 %	5	2,72 %
Non administration	1,90 %	5	0,48 %	2	0,00 %	0	0,24 %	1	2,62 %

Tableau 2 : Evolution des chutes à la clinique les Tournelles en 2023 (document interne)

Le graphique illustre la répartition des causes de décès en soins de longue durée. Les causes les plus fréquentes sont 'Autre' (21%), 'Chutes' (18%), et 'Défaut de continuité des soins' (8%). La courbe cumulative montre que ces trois causes représentent plus de la moitié des décès. Les autres causes, bien que moins fréquentes, sont nombreuses et contribuent à atteindre un total de 80%.

Cause de décès	Pourcentage
Autre	21%
Chutes	18%
Défaut de continuité des soins	8%
Maltraitance	4%
Panne de matériel	4%
Absence de qualité de vie au travail	3%
Isolation dans la prise en charge du patient	3%
Absence de personnel	2%
Manque de spécificités de la personne âgée	1%
Absence d'implication des professionnels	1%
Prescription non pertinente	1%
Non respect des horaires de visite	1%
Aggression physique et verbale	1%
Manque de personnel du patient, de l'entourage	1%
Matériel inadapté	1%
Manque d'infrastructures et des équipements	1%
Absence de promotion de la bientraitance	1%
Absence ou erreur de délivrance	1%
Erreurs de traitements stupéfiants et assimilés	1%
Erreur d'administration	1%
Sortie sans avis médical (fugue)	1%
Erreur d'enregistrement de l'administration	1%
Manque de suivi dans la gestion du matériel d'urgence	1%

.....

Tableau 3 : Evolution des chutes à la clinique les Tournelles en 2024 (document interne)

En 2024, la clinique les Tournelles a enregistré un nombre total de 139 FEI sur les chutes avec un taux annuel de 17,68% reparti en trimestre. Les chutes sont classées deuxième risque le plus déclaré dans l'établissement.

2.3- Normes et recommandations en matière de prévention des chutes

Dans les établissements de santé, la prévention des chutes ne relève pas seulement d'une obligation morale envers les patients, elle s'inscrit également dans un cadre réglementaire rigoureux porté par les autorités sanitaires françaises et internationales. Le défi est double : garantir la sécurité des personnes âgées tout en assurant une qualité de prise en charge conforme aux standards attendus.

Plusieurs organismes de référence ont émis des recommandations pour la prévention des chutes en établissement de santé :

- Les référentiels de la HAS : entre certification, gestion des risques et qualité de vie

La Haute Autorité de Santé (HAS) joue un rôle central dans l'encadrement des pratiques professionnelles, notamment à travers son référentiel de certification des établissements de santé. Dans ce cadre, la prévention des chutes est identifiée comme un enjeu prioritaire de gestion des risques. L'objectif est de renforcer la sécurité du patient en anticipant les événements indésirables, notamment les chutes qui sont récurrentes en SMR. Le référentiel de certification V2020 de la HAS met ainsi l'accent sur l'identification précoce des facteurs de risque, la mise en œuvre de plans de prévention personnalisés, et l'évaluation régulière de leur efficacité. Il invite également à la mise en place de démarches d'amélioration continue fondées sur l'analyse des événements indésirables, la traçabilité et la gestion des retours d'expérience.

En lien avec cette exigence de sécurité, la HAS valorise également la notion de « qualité de vie » en établissement. Une personne âgée, souvent fragilisée par la perte d'autonomie, doit pouvoir évoluer dans un environnement à la fois bienveillant, rassurant et sécurisé. L'attention portée à la réduction du risque de chute contribue ainsi directement à la qualité du parcours de soin et au bien-être global des patients.

- La politique nationale de prévention des chutes : une priorité de santé publique

Au-delà des établissements eux-mêmes, la prévention des chutes s'inscrit dans une politique nationale plus large de santé publique. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS), ainsi que le Plan National Vieillesse et Santé, encouragent une approche globale de la prévention des risques liés à l'âge, dont les chutes représentent un enjeu central. Selon Santé publique France, environ 2 millions de personnes âgées chutent chaque année, entraînant pour beaucoup une perte d'autonomie et des complications graves. Ces chiffres alarmants ont conduit à la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation, de programmes de repérage précoce et de guides de bonnes pratiques à destination des professionnels.

Ces politiques publiques insistent sur l'importance d'une action concertée, mêlant professionnels de santé, aidants et patients, pour identifier et réduire les facteurs de risque. Elles encouragent également l'utilisation d'outils standardisés d'évaluation, la formation des soignants et l'aménagement des environnements de soin, autant d'axes que les établissements SSR sont appelés à intégrer dans leur projet d'établissement.

➤ Les attentes des usagers : une vigilance accrue sur la sécurité et l'écoute

Enfin, il est essentiel de considérer le point de vue des patients et leurs familles dont les attentes ont profondément évolué ces dernières années. Les personnes accueillies en SMR, bien qu'en situation de vulnérabilité, sont de plus en plus informées de leurs droits et attentives à la qualité de leur prise en charge. La réactivité du personnel face aux demandes, la sécurisation de l'environnement, et la prévention des risques sont perçues comme des marqueurs fondamentaux de la qualité des soins.

Les familles, quant à elles, sont en quête d'assurance et de transparence. Elles attendent des établissements qu'ils garantissent un environnement protecteur et réactif. Ainsi, les chutes, quand elles surviennent, sont souvent vécues comme des manquements, entraînant parfois une perte de confiance. C'est pourquoi une politique de prévention visible, expliquée et partagée avec les usagers peut devenir un véritable levier d'amélioration de la relation de confiance.

Les établissements de santé ont la responsabilité de répondre à des normes exigeantes de qualité et de sécurité, tout en construisant une culture de la prévention des chutes qui soit humaine, partagée et centrée sur le patient. Cette mission implique

à la fois une rigueur organisationnelle, une implication des équipes, et une écoute active des attentes des usagers.

3- Organisation et gestion des ressources humaines

La disponibilité et la réactivité du personnel soignant sont des facteurs déterminants dans la prévention des chutes. Un délai de réponse prolongé aux appels des patients peut inciter ces derniers à entreprendre seuls des actions risquées, augmentant le risque de chutes. Une organisation optimale des équipes, une répartition adéquate des tâches et une formation continue sur la gestion des situations à risque sont donc indispensables. Les équipes de rééducation et soignantes jouent un rôle essentiel en favorisant le maintien des capacités motrices et fonctionnelles des patients, et en identifiant les facteurs de risque de chute.

4- Management de l'innovation et des outils technologiques

L'adoption de technologies innovantes peut significativement contribuer à la prévention des chutes. Par exemple, l'utilisation de capteurs de mouvement installés dans les chambres permet de détecter précocement une tentative de lever non assisté, tandis que des sonnettes connectées peuvent alerter en temps réel le personnel soignant, réduisant ainsi les délais de réponse. Cependant, l'intégration de ces outils nécessite une gestion du changement efficace, incluant la formation du personnel et l'acceptation des nouvelles technologies par les patients.

5- Leadership et culture de la sécurité des soins

Le développement d'une culture de sécurité au sein de l'établissement repose sur un leadership fort et engagé. Les dirigeants doivent promouvoir des pratiques sécuritaires, encourager la communication ouverte sur les incidents et valoriser le retour d'expérience pour une amélioration continue. Cette culture positive influence le comportement des soignants, renforçant leur vigilance et leur implication dans la prévention des chutes.

La prévention des chutes chez les personnes âgées est un défi complexe qui requiert une approche managériale intégrée. En combinant une gestion rigoureuse des risques, une organisation efficiente des ressources humaines, l'adoption de

technologies adaptées et un leadership engagé, les établissements peuvent améliorer significativement la sécurité et le bien-être de leurs patients.

6- Les bonnes pratiques professionnelles dans la prévention des chutes

La prévention des chutes chez les personnes âgées en établissement de santé repose sur des stratégies bien définies visant à réduire les risques et à améliorer la sécurité des patients. Les bonnes pratiques professionnelles sont essentielles pour garantir une prise en charge adaptée et personnalisée. Elles reposent sur trois axes principaux : l'évaluation systématique des risques, l'application de protocoles adaptés et la formation continue des professionnels de santé.

6.1- Une évaluation systématique des risques dès l'admission et tout au long du séjour

Dès l'arrivée d'un patient en SMR, il est indispensable d'évaluer son risque de chute à l'aide d'outils validés, comme l'échelle de Morse ou l'échelle de Tinetti (Morse, 1989 ; Tinetti, 1986). Cette évaluation permet d'identifier les patients les plus vulnérables et d'adapter leur prise en charge. Plusieurs facteurs sont pris en compte : antécédents de chute, troubles de l'équilibre, prise de médicaments à risque (psychotropes, antihypertenseurs), troubles cognitifs et état nutritionnel (Lord, Menz & Sherrington, 2006). Nous avons également constaté une absence d'évaluation et de réévaluation des chutes à l'admission des patients âgées en SMR. Ceci entraînant une non-conformité et un taux assez élevé des EI voire même des EIG en institution.

Cependant, l'évaluation ne doit pas se limiter à l'admission. Les capacités physiques et cognitives des patients évoluent au cours de leur séjour, notamment après un changement de traitement ou une période d'alitement prolongé. Un suivi régulier et une réévaluation fréquente sont donc nécessaires pour ajuster les mesures préventives et garantir un accompagnement sécurisé.

6.2- Des protocoles standardisés pour l'utilisation des aides à la mobilité et la supervision des déplacements

L'accès aux aides à la mobilité (cannes, déambulateurs, fauteuils roulants) doit être encadré par des protocoles clairs afin d'éviter une mauvaise utilisation qui pourrait,

paradoxalement, augmenter le risque de chute (Gillespie et al., 2012). Le choix de l'équipement doit être adapté aux besoins spécifiques du patient et réévalué régulièrement par les kinésithérapeutes et ergothérapeutes.

En parallèle, la supervision lors des déplacements est un élément clé de la prévention. Un accompagnement humain lors des transferts lit-fauteuil ou lors des trajets vers la salle de bain permet de réduire considérablement les risques de déséquilibre et de chute (Oliver, Daly, Martin et al., 2004). La mise en place de parcours sécurisés, avec des barres d'appui et un éclairage suffisant, contribue également à limiter les dangers.

6.3- Une sensibilisation continue du personnel et une formation régulière sur la gestion des situations à risque

La prévention des chutes ne repose pas uniquement sur des équipements ou des procédures, mais aussi sur une culture de la vigilance au sein des équipes soignantes. La formation régulière du personnel sur les bonnes pratiques, la manipulation sécurisée des patients et la gestion des situations d'urgence est essentielle (Spoelstra, Given & Given, 2012). Les bonnes pratiques ici englobent le délai de réponses aux sonnettes des patients. Etant donné que les personnes âgées ont une difficulté à intégrer qu'ils ont des limites à cause de l'âge, ils s'engagent parfois à effectuer des tâches à risque de chute une fois que le soignant tarde à répondre à ses besoins.

Les sessions de formation doivent aborder différents aspects :

- L'identification précoce des signes de fragilité et des facteurs de risque.
- Les techniques de mobilisation et d'accompagnement sécurisées.
- Les bonnes pratiques en cas de chute, pour minimiser les conséquences et rassurer le patient.

Par ailleurs, l'implication des patients eux-mêmes dans la prévention des chutes est un levier important. Les sensibiliser aux risques, les encourager à signaler tout trouble de l'équilibre ou toute difficulté à se mouvoir permet d'instaurer un climat de confiance et de responsabilisation.

La mise en œuvre de ces bonnes pratiques professionnelles est indispensable pour réduire la fréquence et la gravité des chutes en SMR. L'évaluation systématique des risques, l'application rigoureuse de protocoles pour l'utilisation des aides à la mobilité

et la formation continue des soignants sont autant de mesures qui, combinées, permettent d'assurer une prise en charge sécurisée et adaptée aux besoins des patients. Un engagement collectif des professionnels de santé, associé à une sensibilisation des patients, est la clé pour limiter ces événements aux conséquences souvent dramatiques.

II – Méthode de l'étude

1- Type de recherche et approche méthodologique

Pour analyser l'impact des pratiques professionnelles et identifier les leviers d'amélioration, une méthodologie adaptée a été mise en place. Ce travail repose sur une approche mixte (quantitative et qualitative), combinant plusieurs outils de collecte de données complémentaires :

- Des questionnaires adressés aux patients et aux professionnels de santé permettant de recueillir des données objectives sur la perception du risque de chute, les pratiques en place et les axes d'amélioration.
- Des observations terrain, réalisées au sein du SMR les tournelles, afin d'analyser directement les comportements et les délais de réponse aux alertes des patients.
- La consultation des audits dossiers patients afin de vérifier l'évaluation et la réévaluation du risque de chute.

L'objectif de cette méthodologie est d'apporter une vision globale et chiffrée du phénomène des chutes, tout en mettant en évidence les corrélations entre les pratiques professionnelles et la survenue des incidents. Ce mémoire vise à objectiver le phénomène des chutes à travers l'analyse de données chiffrées et mesurables. Cette approche permet :

- D'identifier les tendances entre les pratiques professionnelles et les chutes des patients.
- D'obtenir des résultats généraux grâce à un échantillon représentatif de patients et de professionnels.
- De mesurer l'impact des facteurs organisationnels, tels que les délais de réponse aux sonnettes, l'évaluation, la réévaluation, l'information transmise au patient, la gestion du risque de chute en termes de prévention.

La méthodologie mise en place repose donc sur la collecte et l'analyse de données quantitatives issues des questionnaires, des données recueillies et des observations de terrain.

2- Population et échantillonnage

2.1- Population ciblée

Deux catégories de répondants ont été ciblées pour cette étude :

2.1.1- Les patients hospitalisés en SMR gériatrique

- Critères d'inclusion
 - Patients âgés de 65 ans et plus, hospitalisés pour une perte d'autonomie, une rééducation ou des soins post-aigus.
 - Patients ayant déjà vécu une chute ou étant à haut risque selon l'évaluation clinique.
 - Patients âgés en capacité de répondre à un questionnaire, ou accompagnés par un membre de la famille si nécessaire.
- Critères d'exclusion
 - Patients ayant des troubles cognitifs.
 - Patients n'ayant jamais fait une chute.
 - Patients ayant des difficultés à lire, parler et écouter.
 - Patients en HDJ.

2.1.2- Les professionnels de santé médicaux et paramédicaux

- Infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, médecins, ergothérapeutes, psychomotriciens, cadres de santé et ASH
- Personnel travaillant au contact direct des patients âgés,
- Personnel travaillant ou ayant dans un établissement de santé gériatrique

2.2- Méthode d'échantillonnage

L'échantillon a été constitué selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste basée sur le volontariat et la disponibilité des participants.

- Pour les patients, la sélection a été réalisée sur la base de leur présence dans l'établissement lors de la période de collecte et de leur capacité à répondre.

- Pour les professionnels, l'échantillon a été constitué en sollicitant directement les équipes soignantes et en les invitant à remplir le questionnaire de manière anonyme.

L'objectif était de constituer un échantillon représentatif des réalités de terrain, en veillant à inclure une diversité de profils et de situations.

3. Outils et techniques de collecte des données

3.1- Les questionnaires

Deux questionnaires distincts ont été élaborés, l'un destiné aux patients, l'autre aux professionnels de santé. Ils ont été conçus pour recueillir des données quantitatives exploitables sous forme de statistiques.

3.1.1- Questionnaire destiné aux patients

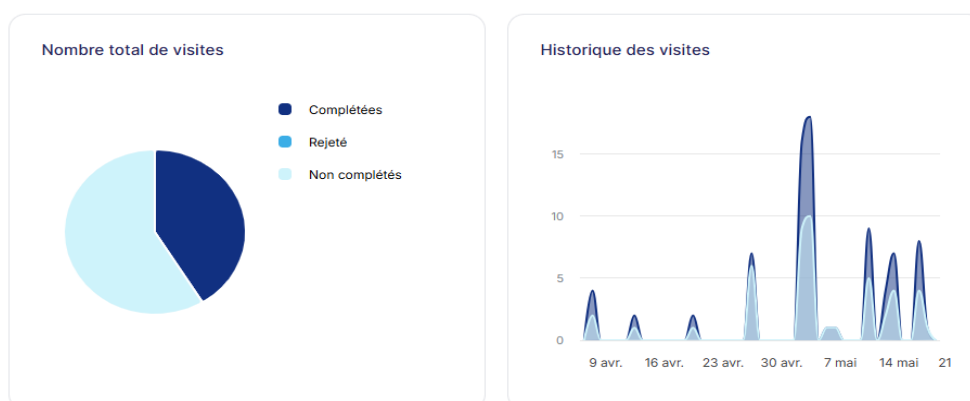
Notre objectif ici était :

- Identifier le vécu des patients en matière de chutes.
- Évaluer leur perception du risque et des mesures de prévention mises en place.
- Recueillir leur expérience sur les délais de réponse aux sonnettes.

Nous avons en ci-dessous les statistiques globales de la collecte des données pour les patients

Statistiques d'enquête ⓘ

80	33	47	41,3%
Total visites	Total complétés	Total non terminés	Taux d'achèvement



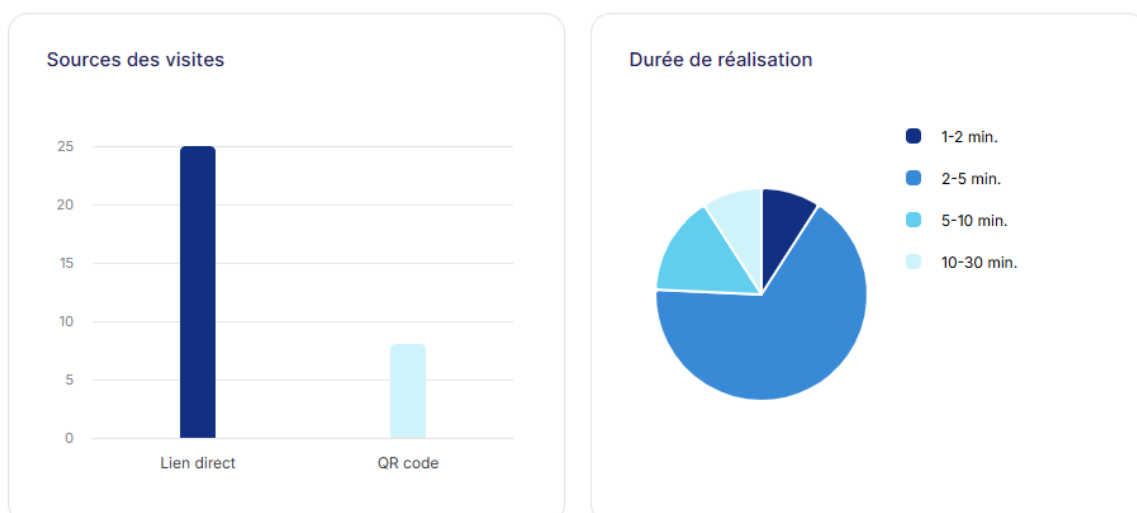


Figure 3 : Statistiques d'enquête patients

3.1.2- Questionnaire destiné aux professionnels de santé

L'objectif pour ce questionnaire était de :

- Évaluer leur perception du risque de chute.
- Identifier les pratiques en place et les difficultés rencontrées.
- Mesurer leur niveau de formation et de sensibilisation.

Les questionnaires ont été élaborés sur l'application Survio. Il a été distribué par : mails, les Réseaux sociaux (LinkedIn, Messenger, WhatsApp) et Scan du QR Code garantissant l'anonymat des réponses pour favoriser la sincérité des participants. Les statistiques représentatives sont ci-dessous :

Statistiques d'enquête ⓘ

206	38	168	18,4%
Total visites	Total complétés	Total non terminés	Taux d'achèvement



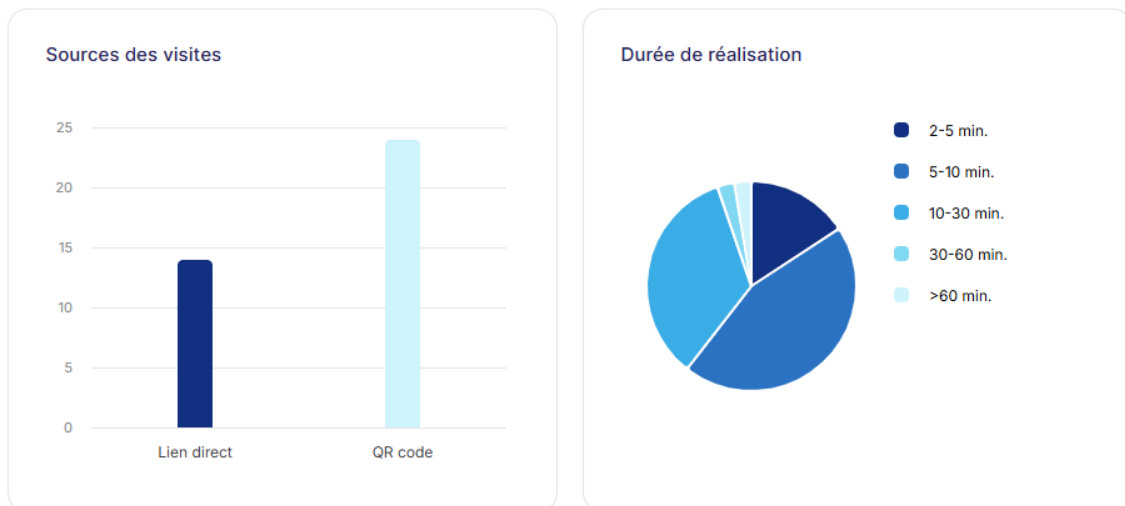


Figure 4 : Statistique d'enquête pour les professionnels

3.2- Observations terrain

En complément des questionnaires, une phase d'observation terrain a été menée dans la Clinique les Tournelles qui est un SMR gériatrique du groupe Emeis, afin de mesurer de manière objective certains paramètres liés aux chutes.

➤ **Éléments observés :**

- Temps de réponse aux sonnettes : Chronométrage du délai entre l'appel du patient et l'intervention d'un soignant.
- Respect des protocoles de prévention : Vérification du respect des bonnes pratiques (barrières de lit, aides techniques...).

4. Méthodes d'analyse des données

Les données collectées ont été traitées de manière statistique afin de faire émerger des tendances et des constats.

➤ **Outils d'analyse utilisés :**

- Logiciel de sondage Survio qui ressort automatiquement les statistiques des données entrées.
- Analyse des fréquences et des moyennes pour identifier les tendances générales.

Cette méthodologie quantitative, combinant questionnaires et observations de terrain, permet de dresser un état des lieux précis des pratiques professionnelles en établissement sanitaire et d'identifier les axes d'amélioration. En s'appuyant sur des données objectives et mesurables, ce travail vise à proposer des solutions concrètes et adaptées, dans une optique d'amélioration continue de la prise en charge et de la sécurité des patients âgés.

III – Analyse et discussion des données

1- Analyse des données du questionnaire des professionnels

Nous avons réalisé deux questionnaires. Un questionnaire était en destination des professionnels (annexe 2) et l'autre était en destination des patients (annexe 1). Dans cette partie nous allons analyser ses questionnaires à base des données récoltées.

1.1- Présentation des données recueillies

Au préalable, nous voulions démontrer que les pratiques professionnelles ont un impact majeur sur le risque de chute chez les patients âgés. Notre enquête ressort clairement cette problématique. Etant donné que tous les diagrammes sont importants pour notre analyse, nous allons nous baser sur quelques diagrammes qui illustrent de manière précise les résultats obtenus.

5. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prévention des chutes ?

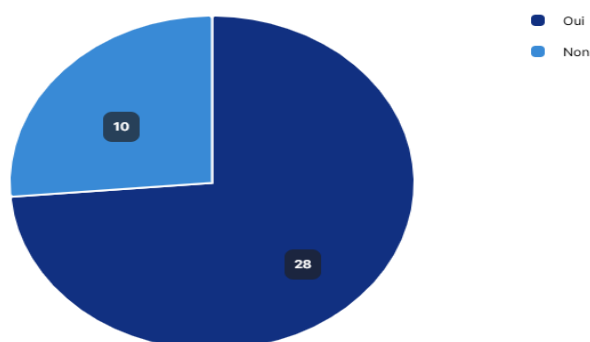


Figure 5 : Diagramme formation à la prévention des chutes

Le diagramme 5 nous a permis d'évaluer le niveau de préparation des professionnels. La qualité des soins dépend en grande partie de la compétence du personnel,

notamment en matière de prévention des risques. Un manque de formation identifie un axe d'amélioration managériale.

10. Dans votre service, une réévaluation systématique du risque de chute est-elle réalisée après 7 jours et/ou 15 jours ?

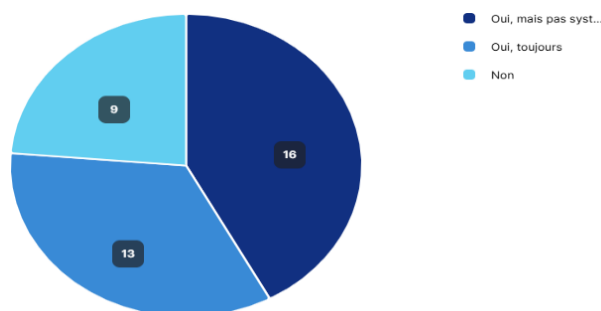


Figure 6 : Diagramme de réévaluation du risque de chute après 7 et 15 jours

Le diagramme 10 met en évidence une réévaluation du risque de chute après 7 à 15 jours qui montre les écarts dans le suivi des patients. Une réévaluation non systématique et une non évaluation témoignent d'une fragilité organisationnelle dans la gestion du risque.

Service : Bougainvillée										Total
Critère : L'évaluation du risque de chute réalisé à l'entrée										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Si risque de chute identifié : réalisation d'un bilan de chute										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Prescription de mesures appropriée en cas de risque de chute (révision ttt, atelier de prévention...)										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Service : Camélia										Total
Critère : L'évaluation du risque de chute réalisé à l'entrée										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Si risque de chute identifié : réalisation d'un bilan de chute										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Prescription de mesures appropriée en cas de risque de chute (révision ttt, atelier de prévention...)										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Service : Jasmin										Total
Critère : L'évaluation du risque de chute réalisé à l'entrée										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Si risque de chute identifié : réalisation d'un bilan de chute										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		
Critère : Prescription de mesures appropriée en cas de risque de chute (révision ttt, atelier de prévention...)										0%
1	2	3	4	5	6	7	8			
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC		

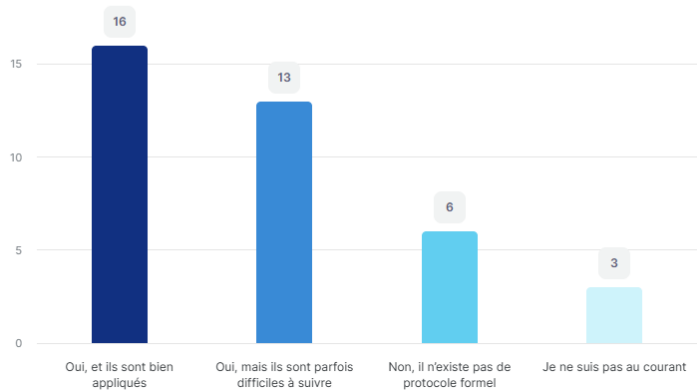
Service : Mimosa								Total
Critère : L'évaluation du risque de chute réalisé à l'entrée								0%
1	2	3	4	5	6	7	8	
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	
Critère : Si risque de chute identifié : réalisation d'un bilan de chute								0%
1	2	3	4	5	6	7	8	
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	
Critère : Prescription de mesures appropriée en cas de risque de chute (révision ttt, atelier de prévention...)								0%
1	2	3	4	5	6	7	8	
NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	

Figure 7 : Audits dossiers patients sur l'évaluation du risque de chute Mars 2024 (document interne)

Pendant la consultation des audits dossiers patients réalisés deux fois par an sur l'année 2024 à la clinique les Tournelles, nous constatons qu'effectivement l'évaluation du risque de chute n'est ni évalué, ni réévalué dans la plupart des dossiers.

En 2025, nous notons une légère amélioration des pratiques professionnelles sur le risque de chute.

17. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir les chutes dans votre service ?



18. Selon vous, quelles sont les pratiques professionnelles qui peuvent augmenter le risque de chute ?

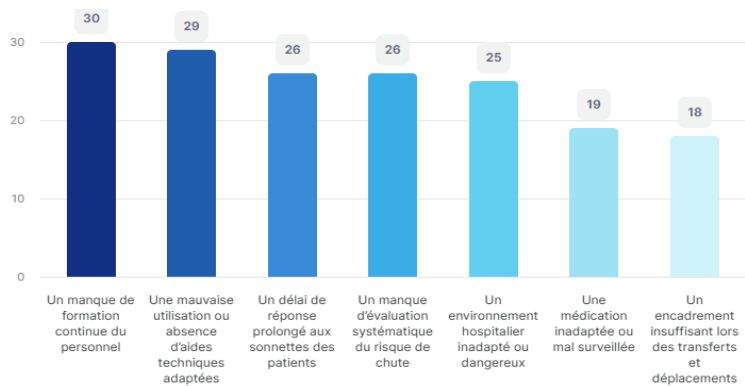
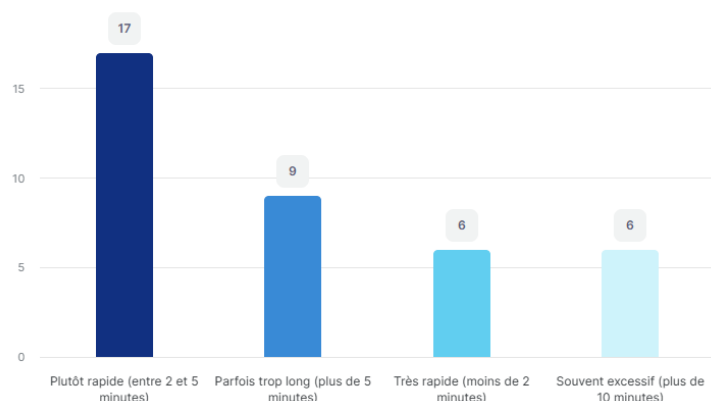


Figure 8 : Diagrammes 17 et 18 : Existence et mise en œuvre de protocoles + pratiques professionnelles augmentant le risque

Les diagrammes 17 et 18 mettent en corrélation l'existence et mise en œuvre de protocoles + pratiques professionnelles augmentant le risque. Ils mettent en lumière un manque d'uniformisation et de standardisation dans les pratiques. Cela reflète une gouvernance qualité insuffisante qui a un réel impact sur les pratiques professionnelles.

19. Quelle est votre perception du délai de réponse aux sonnettes d'appel des patients ?



20. Pensez-vous que le délai de réponse aux sonnettes a un impact sur le risque de chute ?

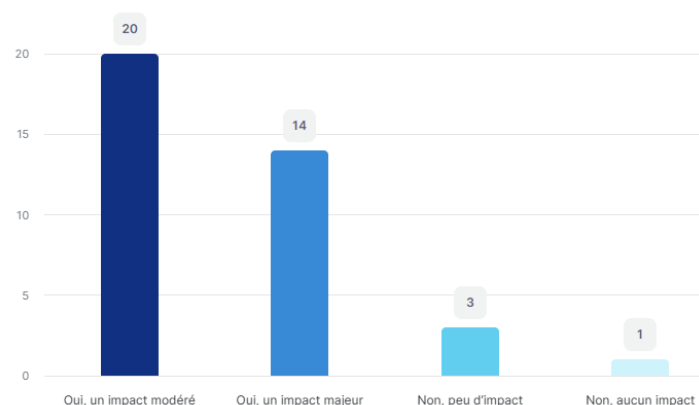


Figure 9 : Diagrammes 19 et 20 : Délais de réponse aux sonnettes et leur impact

Le diagramme 19 et 20 mettent en exergue le rapport entre le Délai de réponse aux sonnettes et leur impact. Ils révèlent un facteur organisationnel fort de risque de chute. Les délais excessifs traduisent un sous-effectif en personnel ou un problème de circuit d'information.

21. Votre établissement utilise-t-il des technologies pour prévenir les chutes ?

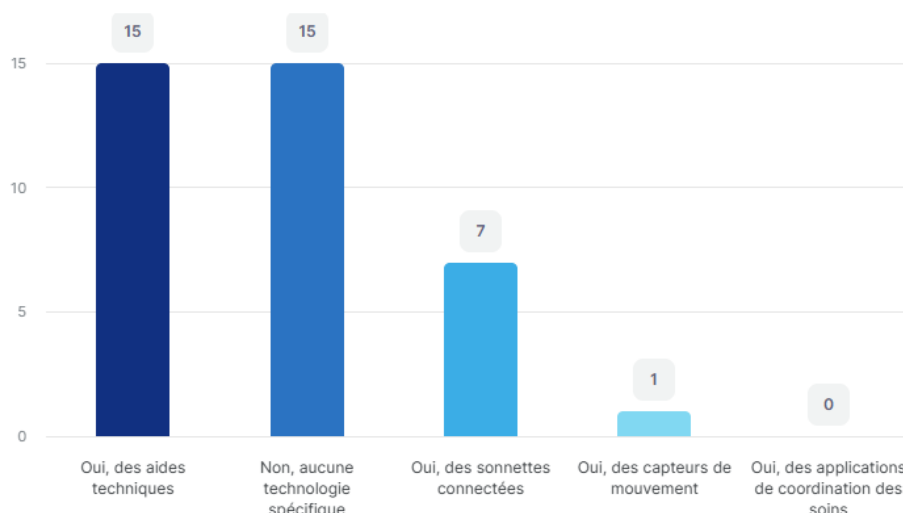


Figure 10 : Diagramme 21 : Utilisation des technologies

Le diagramme 21 porte sur l'utilisation des technologies dans la prévention des chutes. Il met en lumière un aspect souvent sous-estimé mais pourtant fondamental dans la prévention des chutes chez les personnes âgées en milieu de soins : le recours aux technologies d'assistance.

Or, selon les données du questionnaire, une proportion importante des professionnels interrogés indique ne pas utiliser ou peu utiliser ces outils, ce qui souligne un écart significatif entre les recommandations nationales et la réalité du terrain.

1.2- Discussion globale des résultats

Dans les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), la prévention des chutes représente un enjeu prioritaire en matière de qualité et de sécurité des soins. Ce risque, très présent chez les personnes âgées, implique un engagement managérial fort, notamment à travers une organisation structurée de la gestion des risques, des formations ciblées, et une culture qualité partagée (HAS, 2020).

1.2.1- Une conscience du risque bien présente, mais des actions encore inégales

Les résultats révèlent un constat encourageant : la majorité des professionnels interrogés sont sensibilisés au risque de chute et réalisent une évaluation systématique à l'admission du patient. Toutefois, cette vigilance initiale ne semble pas toujours s'inscrire dans la durée. La réévaluation régulière du risque, pourtant essentielle dans un parcours de soins évolutif, est souvent négligée ou réalisée de manière inconstante. Ce décalage souligne une hétérogénéité des pratiques entre les équipes et met en lumière l'absence de protocoles partagés et normalisés dans la structure.

Derrière ces constats, se cache un enjeu managérial fondamental : celui de la structuration des pratiques professionnelles. La gestion des risques, pilier du management de la qualité, ne peut reposer uniquement sur la bonne volonté individuelle. Elle nécessite un pilotage rigoureux, des outils clairs et des processus intégrés dans le quotidien des soignants.

Selon le référentiel de la HAS sur la gestion des risques en établissements de santé, la mise en place d'une cartographie des risques, d'audits réguliers et le suivi d'indicateurs qualité permet de mieux anticiper les situations à risque, comme les chutes, et d'ajuster les actions correctives (HAS, 2020).

1.2.2- Des pratiques professionnelles parfois contre-productives

Au fil des retours, plusieurs soignants évoquent des pratiques qui, involontairement, augmentent le risque de chute : surveillance insuffisante, transmissions incomplètes, délais de réponse aux sonnettes trop longs. Ces failles ne sont pas anecdotiques ; elles témoignent de difficultés systémiques qui relèvent du champ du management des organisations : surcharge de travail, défaut de coordination, ou encore manque de clarté dans la répartition des rôles.

Il ne s'agit pas d'un manque d'engagement des équipes, mais d'un environnement de travail qui, parfois, empêche l'application de bonnes pratiques. Le rôle du management est alors d'identifier ces points de friction, d'optimiser les ressources humaines et de renforcer la fluidité de l'information au sein des équipes. Plusieurs études et guides pratiques (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2021 ; Centre Hospitalier de Denain, 2022) soulignent l'impact des pratiques managériales sur la prévention des chutes : la coordination des équipes, la clarté des protocoles, la rapidité de réponse aux appels, ou encore la valorisation du retour d'expérience (Rex) après une chute sont autant de leviers pour réduire leur fréquence.

1.2.3- Les EPP : un outil aux bénéfices encore méconnus

Les Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont des dispositifs puissants pour améliorer la qualité des soins, mais dans la réalité, elles sont peu ou mal utilisées. Quand elles existent, elles sont ponctuelles, peu homogènes et rarement suivies d'actions concrètes. Pourtant, les EPP devraient être perçues comme des leviers d'amélioration continue et non comme des formalités administratives.

Le management a ici un rôle pédagogique à jouer : expliquer l'intérêt des EPP, les intégrer dans une démarche qualité vivante et y associer les professionnels de santé comme acteurs du changement. En donnant du sens à ces démarches, en valorisant les résultats et en Co construisant des plans d'action, les EPP peuvent devenir des outils puissants au service de la prévention.

L'implication des professionnels dans une démarche d'amélioration continue est essentielle. Comme le souligne le référentiel EPP de la HAS, évaluer les pratiques professionnelles permet non seulement de détecter les écarts de conduite ou de

communication, mais aussi de développer un apprentissage collectif favorable à la sécurité des patients (HAS, 2011).

D'un point de vue managérial, il est donc fondamental d'adopter une posture de leadership qualité : former, accompagner, responsabiliser et valoriser les équipes. La gestion des risques ne doit pas être vécue comme un contrôle, mais comme une dynamique partagée d'amélioration (EHESP, 2018)

1.2.4- Protocoles de prévention : entre méconnaissance et manque d'appropriation

Une part significative des soignants indique ne pas connaître les protocoles en vigueur dans leur service. Cette situation n'est pas le fruit d'un désintérêt, mais plutôt d'un manque de diffusion, de clarté et d'intégration dans les pratiques quotidiennes.

Les protocoles qualité ne doivent pas être de simples documents rangés dans un classeur. Ils doivent vivre sur le terrain, être connus, compris, affichés, transmis, intégrés aux logiciels métier et régulièrement discutés en équipe. Le management a un rôle de "passeur", garant de la circulation de l'information et de l'appropriation collective des outils qualité.

1.2.5- Des technologies encore peu mobilisées

Capteurs de mouvement, systèmes de géolocalisation, alertes connectées... Les technologies au service de la prévention des chutes sont multiples et pourtant encore très peu utilisées. Si les freins sont connus – coût, formation, crainte d'une surcharge de travail – ils ne doivent pas masquer les bénéfices potentiels de ces outils.

Dans une vision managériale actuelle, ces technologies doivent être perçues comme des soutiens à l'action humaine, non comme des menaces. Le management peut accompagner cette transition numérique en formant les équipes, en pilotant les expérimentations et en intégrant les outils numériques dans la politique qualité et gestion des risques.

L'intégration des technologies (capteurs de chute, outils de traçabilité, digitalisation des évaluations) ouvre de nouvelles perspectives. Toutefois, ces outils n'ont de réelle efficacité que s'ils sont accompagnés d'un pilotage rigoureux, d'une évaluation de leur impact, et d'une acceptation par les professionnels et les patients (OMS, 2022).

1.2.6- Le facteur humain et les réalités de terrain au cœur de la démarche qualité

Enfin, les suggestions des professionnels mettent en avant des besoins concrets : renforcement des effectifs, temps d'accompagnement, meilleures informations sur les antécédents de chutes. Ces éléments rappellent que la qualité des soins ne peut être dissociée de la qualité des conditions de travail.

Un bon management de la qualité ne se limite pas à appliquer des normes ; il consiste à écouter, à observer, à ajuster. Il intègre les contraintes du terrain dans les décisions stratégiques et favorise une gouvernance partagée, où chaque professionnel peut contribuer à l'amélioration continue.

2- Analyse des données questionnaires patients

Nous avons également mené une enquête auprès des patients hospitalisés au sein un SMR gériatrique Clinique Les Tournelles. Le but était d'avoir les données dans les deux sens et les croiser afin de palper réellement et mettre en lumière notre problématique. De cette enquête, il ressort que les pratiques professionnelles impactent véritablement le risque de chute chez les personnes âgées. Nous avons en ci-dessous quelques diagrammes les plus pertinents.

5. Avez-vous déjà fait une chute pendant votre hospitalisation ?

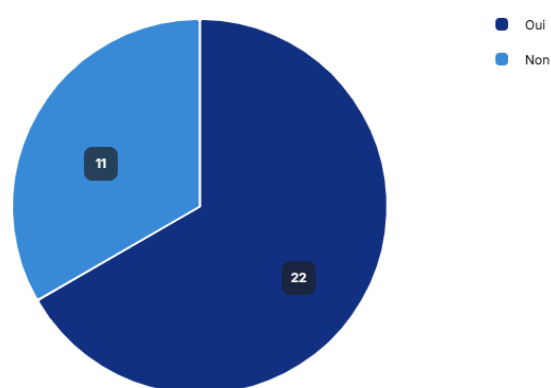


Figure 11 : Diagramme 5 Chute survenue pendant l'hospitalisation

Nous avons Vingt-deux (22) patients sur trente-trois (33) ont chuté pendant leur séjour. Ce chiffre est alarmant. Il révèle que malgré un environnement médicalisé, la chute reste fréquente. Cela traduit une inefficacité partielle des protocoles existants ou une non-application des bonnes pratiques professionnelles.

6. Si oui, où est ce que cette chute s'est produite ?

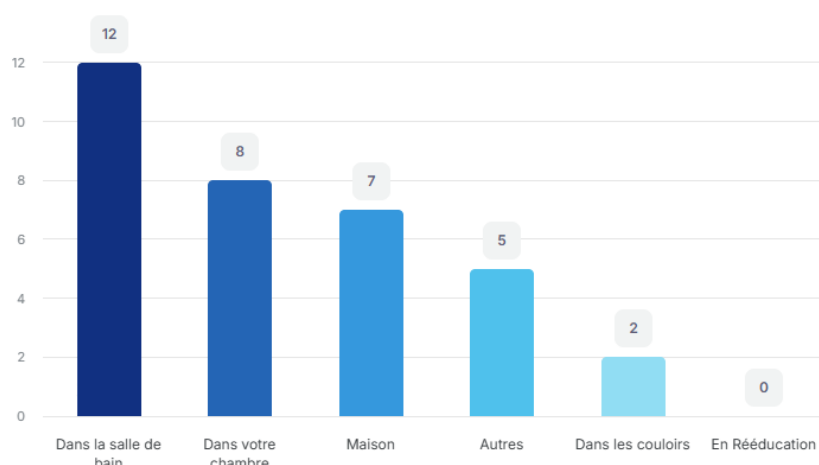
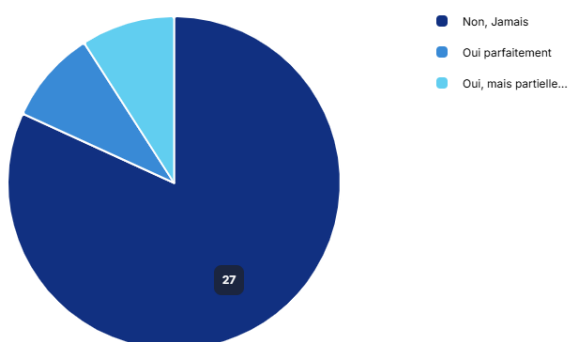


Figure 12 : Diagramme 6 du Lieu de chute – Chambre et salle de bain

Ces Chutes arrivent principalement dans des lieux supposés sécurisés. Cela montre que l'environnement proche du patient est mal adapté (pas assez spacieux pour les patients qui ont un déambulateur ou une chaise roulante) ou non surveillé. Ces zones devraient être des espaces à faible risque, or elles sont ici des foyers d'incidents.

8. Le personnel vous a-t-il bien informé sur les risques de chute et la manière de les éviter ?



9. Lors de votre admission, avez-vous été informé (e) ou éduqué (e) sur l'utilisation des chaussures, vêtements adaptés pour éviter le risque de chute ?

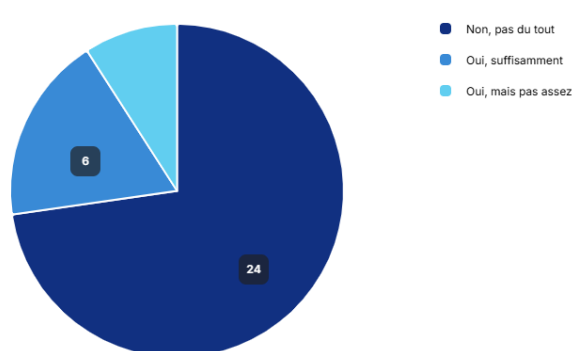


Figure 13 : Diagramme 8 et 9 sur Information et éducation des patients

Nous avons vingt-sept (27) patients n'ont pas été informés des risques de chute et vingt-quatre (24) d'entre eux n'ont pas été éduqués à utiliser vêtements/chaussures adaptés. La prévention primaire est inexistante ou marginale. Les patients ne sont pas sensibilisés, ce qui crée un sentiment d'insécurité et favorise les comportements à risque. La Haute Autorité de Santé (HAS) dans les Recommandations de bonnes pratiques, 2012 recommande que « L'information du patient sur les comportements sécuritaires soit un pilier de la prévention. Elle doit être adaptée, répétée, et intégrer le patient comme acteur. »

11. Avez-vous déjà utilisé la sonnette pour demander de l'aide avant de vous lever ?

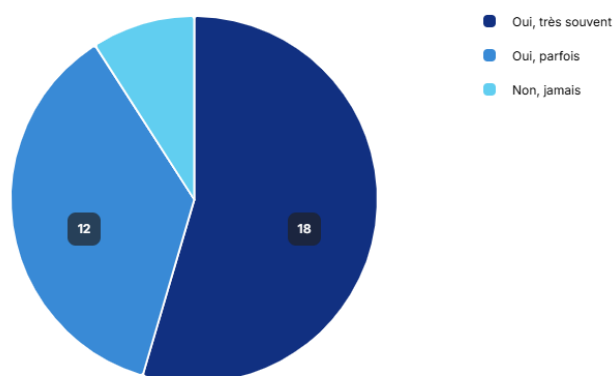


Figure 14 : Diagramme sur l'Utilisation de la sonnette

Une partie importante des patients a utilisé la sonnette avant leur chute, ou n'a pas pu le faire. Ce constat est révélateur d'un problème à plusieurs niveaux :

- D'autres préfèrent ne pas déranger ou ont perdu confiance dans l'efficacité du dispositif.
- Certains estiment que le temps d'attente est trop long, donc choisissent d'agir seuls.

Cela traduit un manque d'éducation, de clarté dans les consignes, ou de fiabilité perçue du système d'appel. C'est également un échec managérial en matière de communication patient-soignant.

12. Lorsque vous utilisez la sonnette, en combien de temps estimez-vous que le personnel répond en moyenne ?

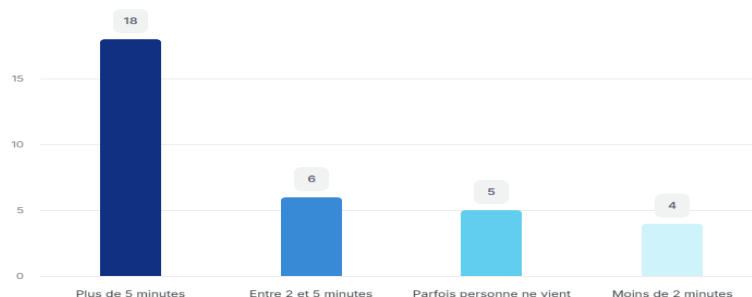


Figure 15 : Diagramme du Délai de réponse après utilisation des sonnettes

Une majorité des patients ayant utilisé la sonnette ont attendu plus de 5 minutes, voire beaucoup plus, avant de recevoir une aide. Ce résultat met en lumière un problème organisationnel récurrent dans les établissements de santé : la lenteur de la réponse aux appels des patients. Pour un patient âgé, attendre 5 minutes ou plus, souvent dans une situation inconfortable, urgente ou anxiogène, peut entraîner une décision risquée : se lever seul, sortir du lit, aller aux toilettes, etc.

De ce fait ceci reflète un manque de personnel, une mauvaise répartition des tâches, ou une priorisation inefficace des appels.

13. Ce délai de réponse vous semble-t-il satisfaisant ?

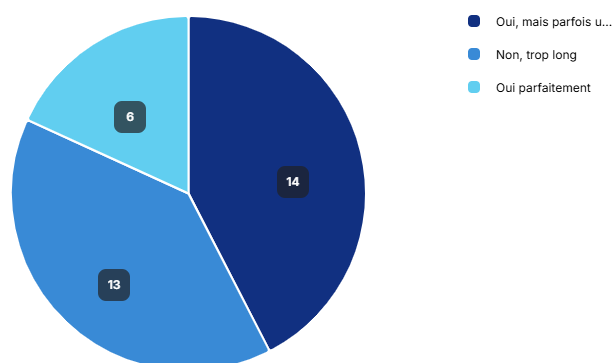


Figure 16 : Diagramme sur l'Intervention du personnel après l'utilisation de la sonnette

Certains patients indiquent qu'aucun soignant n'est intervenu malgré l'activation de la sonnette. Ce résultat est particulièrement préoccupant. Il évoque une faille majeure dans la chaîne de soins : le patient a demandé de l'aide, mais celle-ci n'est jamais arrivée. Cela peut résulter d'une désorganisation (oubli, mauvaise transmission, surcharge de l'équipe), ou d'un manque d'écoute, ce qui peut engendrer une rupture de confiance.

14. Pensez vous qu'il manque du personnel pour vous aider et vous accompagner durant votre séjour ?

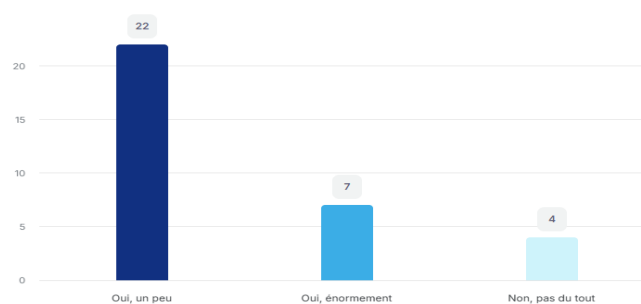


Figure 17 : Diagramme sur le Ressenti sur le manque du personnel

Nous avons vingt-deux (22) patients sur trente-trois (33) qui estiment manquer d'accompagnement. Le sentiment d'abandon est un facteur aggravant du risque de chute et dégrade l'expérience patient.

18. Le personnel vous a-t-il conseillé sur la meilleure façon de vous lever ou de vous déplacer en sécurité ?

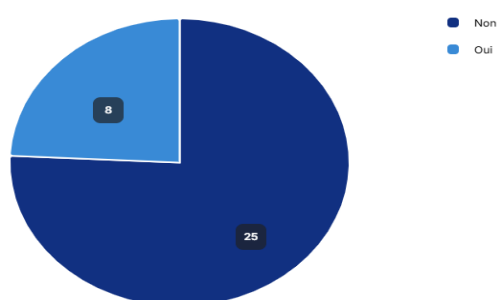


Figure 18 : Diagramme sur l'Absence de conseils sur la mobilisation sécurisée

Nous avons vingt-cinq (25) patients qui n'ont reçu aucun conseil pour se lever ou marcher en sécurité. Cela illustre un défaut de transmission d'informations simples mais vitales. La prévention des chutes est aussi comportementale.

2.1- Analyse centrée sur l'expérience patient

2.1.1- Des profils très à risque et une histoire déjà marquée par la chute

Les résultats montrent que la majorité des patients interrogés ont plus de 85 ans et que près de 100 % d'entre eux ont déjà chuté. Pire encore, 2/3 ont chuté pendant leur séjour dans l'établissement. Ces chiffres ne sont pas que statistiques. Ils traduisent une réalité vécue, parfois douloureusement, par des personnes âgées souvent fragiles, en perte de repères et de confiance.

Du point de vue du management, cela souligne l'urgence d'un accompagnement global et personnalisé. Il ne suffit pas de traiter les blessures ; il faut aussi reconstruire un sentiment de sécurité physique et psychologique.

2.1.2- Un environnement perçu comme potentiellement dangereux pour les patients âgés

Les patients déclarent que leurs chutes se produisent la plupart du temps dans les chambres et les salles de bain, des lieux censés être sûrs pour eux. Cette réalité est préoccupante, car elle révèle des défaillances dans l'adaptation de l'environnement aux capacités fonctionnelles des patients

2.1.3- Une peur persistante et rarement entendue

Une large majorité des patients interrogés exprime la peur de chuter à nouveau, en particulier lors des déplacements. Or, cette anxiété est peu prise en compte : seuls six (6) patients sur trente-trois (33) déclarent avoir reçu des mises en garde ou des conseils de prévention.

Cela illustre une carence grave en communication et en éducation thérapeutique, pourtant au cœur des bonnes pratiques. Le management doit encourager la formation des équipes à l'écoute active, mais aussi la création de temps d'échange avec les patients, pour prévenir, rassurer et renforcer leur sentiment de sécurité.

2.1.4- Des patients peu éduqués sur les gestes de sécurité mais qui agissent seuls par nécessité

Nous avons vingt-quatre (24) patients sur trente-trois (33) qui affirment ne jamais avoir été éduqués à porter des chaussettes et chaussures antidérapantes et vêtements adaptés pour éviter de chuter. Vingt-cinq (25) patients disent ne pas avoir reçu de conseils sur la meilleure façon de se lever ou de marcher en sécurité. Et pourtant, la majorité avoue se lever seuls souvent par impatience ou nécessité face à un manque d'assistance rapide.

Le lien est évident, une absence d'éducation plus un délai de réponse long aux sonnettes, plus un sentiment d'abandon égal des patients qui prennent des risques.

2.1.5- La sonnette, un outil peu fiable selon les patients

La sonnette est censée garantir un lien de secours entre les patients et soignants. Pourtant, pour plusieurs patients, le temps d'attente dépasse 5 minutes, voire aucune aide n'arrive. Certains disent que même lorsque le personnel intervient, le délai reste trop long. Cette réalité accentue la perte de confiance et peut expliquer en partie les chutes. Du point de vue qualité, il s'agit d'un indicateur important pour la gestion des risques.

2.1.6- Des ressources humaines insuffisantes selon les patients

Nous avons vingt-deux (22) patients sur trente-trois (33) qui estiment qu'il n'y a pas assez de personnel pour les aider. Ce sentiment d'abandon peut conduire à des comportements à risque. Or, certains ont aussi des difficultés à se lever seuls ce qui accentue leur vulnérabilité et leur dépendance. Le manque de personnel est un facteur organisationnel majeur de risque de chute.

3- Une réponse partagée entre les professionnels et les patients

Les résultats croisés des deux enquêtes menées auprès des professionnels de santé et des patients en établissement SMR mettent en exergue une réalité commune : les chutes restent fréquentes malgré les dispositifs mis en place, et les pratiques professionnelles doivent être repensées pour mieux répondre aux besoins exprimés. Cette confrontation des regards permet d'apporter une réponse à notre problématique à la fois humaniste, concrète et managériale.

3.1- Une perception du risque bien encrée mais une action encore inégale

Les professionnels reconnaissent la vulnérabilité des patients et réalisent une évaluation initiale du risque de chute dès l'admission. Par ailleurs, du côté des patients, près de 70 % déclarent avoir chuté pendant leur séjour. Ce constat souligne un écart entre les interventions et la réalité du terrain. L'absence de réévaluation systématique et le manque de suivi montrent une organisation qui rencontre des difficultés à transformer la vigilance en prévention active et continue. Pourtant la Haute Autorité de Santé (HAS, 2012) recommande pourtant une évaluation régulière du risque de chute, notamment après chaque modification de l'état de santé du patient.

Comme le rappellent Blain et al. (2000), la chute en établissement est souvent multifactorielle c'est-à-dire au-delà de l'état du patient, elle résulte aussi d'une organisation insuffisamment réactive et coordonnée. L'absence de réévaluation devient ainsi un facteur aggravant dans un contexte de fragilité déjà existante.

3.2- La sonnette d'appel : Un outil sous-utilisé et parfois inefficace

Les patients rapportent des délais d'attente importants, voire l'absence de réponse après avoir sonnés. Cela les pousse à agir seuls, augmentant ainsi leur risque de chute. Les soignants, de leur côté, reconnaissent cette difficulté, due à un sous-effectif et une surcharge de travail. Ce croisement souligne un enjeu clé de la réorganisation : la sonnette qui est un outil de sécurité pour les patients âgés, devient inefficace si elle ne s'inscrit pas dans un circuit de réponse réellement opérationnel.

Selon une étude citée par Oliver et al (2007), 60% des incidents signalés dans les hôpitaux britanniques concernent des chutes, souvent suite à des déplacements non surveillés. Le délai de réponse aux sonnettes est ainsi un indicateur qualité très efficace comme le souligne la HAS (2020) et doit faire l'objet d'un bon suivi et d'analyse tout comme les autres indicateurs.

3.3- Un besoin de surveillance et d'accompagnement renforcé

Les soignants signalent un manque de temps pour accompagner chaque patient, notamment pour les mobilisations. Toutefois, les patients ont un sentiment de solitude

qui est récurrent. Cette situation renvoie à un challenge de présence humaine et de ressources adaptées aux profils des patients qui sont vulnérables.

Thomas et Hazif-Thomas (2005) affirme que « La chute ne survient pas uniquement par accident ; elle naît souvent d'une désorganisation ou d'une carence de soutien humain. » Les facteurs humains comme la disponibilité, la réactivité, la présence rassurante jouent un rôle primordial dans la prévention. Le management peut repenser les plannings, mettre en place des rondes ciblées et valoriser les tâches de prévention dans les fiches de poste.

3.4- Une prévention théorique mais peu concrète

L'enquête montre que peu de patients ont reçu des conseils pratiques. Exemple : se chauffer correctement avec des chaussures antidérapantes, mettre des vêtements adaptés (pas trop longs ou très amples), demander de l'aide... Les professionnels reconnaissent que la prévention éducative n'est pas une priorité faute d'absence de protocoles mis en place ou de temps. Ce manque montre que la gestion du risque à priori reste souvent passive.

La HAS (2012) insiste pourtant sur l'importance de l'information du patient dans toute démarche de sécurité. Pour être efficace, la prévention doit être intégrée dans les gestes simples transmis dès l'admission et répétés régulièrement. Salari et al (2022) montrent dans leur revue que la prévention active permet de réduire significativement la prévalence des chutes estimée à 26,5% dans le monde chez les personnes âgées.

3.5- Organisation managériale

La réduction des chutes passe par une transformation des pratiques professionnelles centrée sur le management des équipes. Il faut réorganiser les soins pour assurer une réponse rapide aux appels des sonnettes, intégrer les patients dans leur propre prévention, réduire les zones de danger, et repenser la gestion des risques non comme une contrainte, mais comme une opportunité d'amélioration continue.

Comme le souligne l'ANAP (2019), les établissements de santé doivent s'appuyer sur une cartographie des risques, des audits qualité et la mobilisation des équipes autour de projets transversaux. Cela suppose aussi d'écouter les patients, de prendre en

compte leurs ressentis et d'ouvrir des espaces de dialogue pour Co construire des parcours plus sécurisés

Ainsi, les deux enquêtes révèlent que la chute n'est pas une fatalité liée seulement au vieillissement, mais aussi à un échec organisationnel et managérial. Améliorer les pratiques professionnelles suppose d'être à l'écoute du patient, d'intégrer ses besoins dans la démarche qualité et de redonner du sens à chaque action de soin.

IV- Quelques Recommandations pour réduire le risque de chute

Le premier axe du plan national antichute des personnes âgées sur la prévention des chutes est intitulé savoir repérer les risques de chutes et alerter. Il développe en disant que « les professionnels savent identifier les risques de chute, la communauté scientifique sait les évaluer. Pourtant, les personnes âgées comme les professionnels de santé ne repèrent pas suffisamment ces risques. La diffusion auprès de tous les acteurs de l'autonomie des deux portraits-types de chuteurs, reflet de 80 % des chutes, ainsi que des cinq signes « avant-chuteurs » va permettre de repérer les personnes à risque pour leur apporter des solutions afin de prévenir la chute. » Ceci nous renvoie dans les pratiques des professionnels.

1- Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

La prévention des chutes ne peut plus être pensée comme une démarche soignante ou médicale. Elle constitue aujourd'hui un enjeu organisationnel, stratégique et éthique mobilisant le management dans les établissements de santé

Pour réduire durablement le risque de chute chez les personnes âgées en établissements de santé plus précisément en SMR, nous avons plusieurs recommandations déjà prévues par les organismes internationales et nationales. A ceci nous allons ajouter quelques-unes pour améliorer la sécurité des patients âgés au sein des établissements de santé.

1.1- Réévaluer systématiquement le risque de chute

L'évaluation du risque de chute ne doit pas se limiter à l'admission. Elle doit faire l'objet d'une réévaluation régulière en fonction de l'évolution clinique du patient (traitement modifié, chute...).

- Utiliser des outils validés comme l'échelle de Morse, l'échelle Tinetti ou AGGIR (Beauchet et al. 2011)
- Formaliser les évaluations dans le dossier de soins avec un planning de réévaluation (J+7, J+15) en mettant les alertes.
- Intégrer ces données dans les transmissions quotidiennes (HAS, 2020).

1.2- Améliorer l'organisation des réponses aux appels patients

Le délai de réponse aux sonnettes constitue un indicateur direct de risque. Lorsque l'aide tarde, les patients agissent seuls, augmentant ainsi le danger.

- Mettre en place un suivi mensuel du délai de réponse aux sonnettes et analyser les pics d'attente qui sont supérieurs à plus de 5 minutes.
- Installer des systèmes de priorisations des alertes en différenciant les besoins de soins, toilettes, aide à la mobilisation.
- Affecter des référents « appels patients » par service ou par unité lors des horaires à risque (Olivier et al. 2007).

1.3- Renforcer la prévention active par l'éducation du patient

Trop peu de patients, voir même aucun selon notre enquête sont informés des gestes sécuritaires comme le choix des chaussures adaptées, chaussettes antidérapantes, postures au lever, attente de l'aide et le recours aides techniques.

- Créer un livret visuel simplifié et remettre aux patients lors de l'admission en expliquant verbalement les consignes sur le risque de chutes et ses conséquences
- Proposer un entretien éducatif avec un soignant et un kinésithérapeute dans les 48h après l'admission.
- Mettre en place des groupes de travail ou des ateliers préventions chutes réguliers (HAS, 2012).

1.4- Valoriser l'accompagnement humain et la présence soignante

Les professionnels tout comme les patients soulignent l'importance de la présence physique. En situation de sous – effectif, le risque augmente pour cela il faut :

- Réorganiser les plannings en fonction des horaires où il y'a plus de chutes.
- Former les équipes au repérage du risque comportemental (peur de déranger, isolement, précipitation).
- Créer une culture du « prendre le temps » pour la prévention en intégrant aux priorités des équipes (Thomas & Hazif-Thomas, 2005).

1.5- Formaliser les protocoles et harmoniser les pratiques

Un protocole non connu est un protocole inutile. Les écarts de pratiques entre les soignants sont fréquents.

- Créer ou mettre à jour un protocole institutionnel clair et illustré sur la prévention des chutes. S'assurer qu'il soit FALC (facile à lire et comprendre).
- Organiser des briefings réguliers autour de cas concrets ou d'EPP.
- Evaluer le taux d'adhésion au protocole lors des audits qualité.

1.6- Sécuriser les espaces de vie et les chambres

L'environnement est un levier qui était négligé mais qui est très souvent pris en compte actuellement. Pourtant selon notre enquête plus de 50 % des chutes ont eu lieu dans la chambre ou la salle de bain.

- Réaliser une cartographie des zones à risque (sols glissants, seuils, éclairage).
- Installer des barres d'appui dans l'établissement.
- Attribuer les chambres plus spacieuses aux patients les plus à risque de chute ou à perte d'autonomie.
- Equiper les lits de capteurs anti-sortie si besoin (Blain et al. 2000).
- Réaménager les salles de bain des chambres des patients.

2 – Apport managérial dans la prévention des chutes : recommandations et mise en œuvre stratégique

La prévention des chutes chez les personnes âgées en établissement de santé repose sur une mobilisation collective des professionnels et sur une impulsion forte du management. Elle doit s'appuyer à la fois sur les retours du terrain, sur les données issues des enquêtes internes et sur les recommandations nationales comme celle de la HAS, de l'ANAP ou encore des recommandations internationales comme celles de l'OMS.

2.1- Réorganiser le travail en ajustant les ressources aux moments critiques

Thomas & Hazif-Thomas, 2005 déclarent que « la chute est souvent révélatrice d'une organisation du travail inadaptée ». Les chutes surviennent fréquemment aux horaires

sous dotées comme la nuit. Ceci relève d'une inadéquation entre le risque de chute et la présence des professionnels.

La HAS (2020) recommande l'identification des situations à risque et la mobilisation des moyens humains renforcés pendant les périodes sensibles.

L'ANAP (2019) conseille de croiser les plannings de soins avec les données de survenue des chutes pour mieux planifier la présence des équipes.

2.2- Inscrire la prévention dans une politique qualité structurée et mesurable

Le management qualité doit charpenter une démarche continue, intégrée dans le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) et suivie par les indicateurs opérationnels :

- Taux de chutes par unité et par mois.
- Nombre de réévaluations réalisées dans les délais.
- Délai de réponse moyen aux appels des sonnettes patientes.

L'HAS (2012, 2020) insiste sur la mise en place des indicateurs de suivi et d'audits réguliers. L'ANAP recommande l'utilisation de cartographie des risques ciblées sur les chutes notamment en SMR. « Le pilotage du risque nécessite des indicateurs réguliers, visibles, compréhensibles et analysés en équipe » (EHESP, 2018).

2.3- Créer une culture de sécurité partagée

La HAS (2020) insiste sur la nécessité de rendre les incidents déclarables et analysables collectivement. L'OMS (2021) promeut la co-responsabilité des équipes dans la sécurité du patient.

Tableau des évolutions

Risques	1er trimestre		2ème trimestre		3ème trimestre		4ème trimestre		Annuel
	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Chutes	11,47 %	25	5,50 %	12	0,00 %	0	0,00 %	0	16,97 %
Autre	9,17 %	20	3,21 %	7	0,00 %	0	0,00 %	0	12,38 %
Défaut de continuité des soins	8,26 %	18	2,29 %	5	0,00 %	0	0,00 %	0	10,55 %
Défaut de coordination entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient	2,75 %	6	2,29 %	5	0,00 %	0	0,00 %	0	5,04 %
Absence de qualité de vie au travail	2,29 %	5	0,92 %	2	0,00 %	0	0,00 %	0	3,21 %
Erreur de matériel	2,75 %	6	0,46 %	1	0,00 %	0	0,00 %	0	3,21 %
Défaut de prise en charge liée aux spécificités des troubles nutritionnels (Dénutrition, prise de poids...)	1,83 %	4	0,92 %	2	0,00 %	0	0,00 %	0	2,75 %
Défauts de prise en charge liés aux spécificités de la personne âgée	2,75 %	6	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	2,75 %
Matériel inadapté	2,75 %	6	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	2,75 %
Non administration	2,29 %	5	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	2,29 %
Erreur d'administration	0,92 %	2	0,92 %	2	0,00 %	0	0,00 %	0	1,84 %
Non respect du régime alimentaire (régime / texture / allergie)	1,38 %	3	0,46 %	1	0,00 %	0	0,00 %	0	1,84 %
Absence de personnel	1,83 %	4	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	1,83 %

Tableau 4 : Evolution de déclaration des chutes (document interne)

Blain et al., 2000 affirment que « la qualité des soins dépend non seulement des protocoles mais et surtout de la conscience collective du risque. » Au-delà des outils, la prévention repose sur une culture professionnelle du risque, ancrée dans le quotidien et les habitudes des professionnels. Cela implique :

- Une communication transversale, simplifiée et fluide.
- Une politique de retour d'expérience non culpabilisante c'est-à-dire positive.
- La mise en valeur des comportements préventifs.

2.3- Former et valoriser les équipes dans une logique de prévention

EHESP, 2018 « la formation continue est une composante essentielle du pilotage qualité. Elle permet d'adapter les savoirs aux contraintes du terrain. » La formation des professionnels sur les chutes ne doit pas être ponctuelle mais l'intégrer dans une logique de progression continue :

- Formations sur les gestes sécurisés, l'usage des aides techniques, les comportements à adopter.
- Planifier régulièrement les EPP (évaluation de pratiques professionnelles) sur la prévention des chutes et sur la prise en charge des patients à haut risque de chute.

La HAS recommande une formation annuelle pour les équipes en SMR sur les facteurs de risque de chute. L'ANAP préconise des actions de sensibilisation concrètes en cas clinique, simulation et observation de terrain.

2.5- Impliquer les patients comme acteurs de leur sécurité

Salari et al., 2022 « La prévention des chutes passe par la participation active du patient, son éducation et sa perception de l'environnement comme sécurisé. » Les patients doivent être partie prenante des dispositifs de prévention et non seulement les informés mais aussi les impliqués :

- Remettre un livret de prévention à l'admission au patient ou à la famille.
- Faire participer les patients âgés aux projets de service (retour d'expérience, groupe de parole ou d'accueil).
- Evaluer leur sentiment de sécurité par des entretiens ou des questionnaires.

- Sensibiliser les équipes sur la priorisation des soins non urgents mais sécuritaires comme l'assistance à la mobilisation.

La HAS (2020) incite à développer l'éducation thérapeutique dans les établissements de santé et surtout en SMR. L'OMS (2022) insiste sur le consentement du patient pour une sécurité durable

2.6- Sécuriser les environnements de soins

Plus de 50 % des chutes surviennent dans les chambres ou salles de bain. Le rôle du management ici est de piloter les aménagements avec des priorités claires :

- Installer les barres d'appui, sièges de douche.
- Disposer des revêtements antidérapants
- Contrôler l'éclairage et la signalétique.

Conclusion

Dans un contexte où la sécurité des patients âgés en établissements de santé est un enjeu de société et d'éthique, la prévention des chutes apparaît non seulement comme une obligation soignante, mais aussi comme un indicateur fort de la qualité organisationnelle. Notre étude centrée sur « comment le management de la qualité peut-il améliorer les pratiques professionnelles afin de réduire le risque de chute chez les personnes âgées en établissement de santé », a permis d'explorer cette question de manière transversale, en croisant les regards des patients, des professionnels et des cadres de santé.

A travers l'étude menée, il paraît clairement que les chutes sont loin d'être des événements aléatoires. Elles sont souvent le résultat d'une succession de facteurs évitables : retards d'assistance, désorganisation dans les équipes, sous-utilisation des outils de prévention, défaut d'information ou de surveillance, etc. Autrement dit, la chute du patient âgé n'est pas uniquement un accident biologique, elle est bien souvent le révélateur d'une faille organisationnelle ou managériale.

Les deux enquêtes auprès des patients d'une part et des professionnels d'autre part, ont mis en évidence des points de convergence forts : la perception du risque est bien présente chez les professionnels, mais la mise en œuvre concrète des actions de prévention reste inégale, hétérogène et parfois informelle. Du côté des patients, les attentes sont simples mais fondamentales comme le fait d'être accompagnés, informés, rassurés et surtout entendus. Ces résultats mettent en évidence la nécessité de faire évoluer les pratiques professionnelles vers plus d'anticipation, de coordination et de réactivité pour garantir une bonne sécurité aux patients.

Notre analyse nous a permis de dégager des leviers managériaux puissants tels que la structuration de la réévaluation du risque de chute, l'intégration d'indicateurs de délai de réponse aux sonnettes, la création d'une culture de la sécurité partagée ou encore l'éducation du patient comme outil de responsabilisation. Les recommandations proposées sont intégrées dans les référentiels nationaux tels que celui de la HAS, l'ANAP, l'OMS. Elles visent à transformer la prévention des chutes en véritable politique institutionnelle intégrée dans le projet d'établissement et portée collectivement par tout le personnel de l'établissement.

Prévenir les chutes chez les personnes âgées en établissement de santé, c'est refuser la banalisation de la fragilité, c'est affirmer que chaque déséquilibre peut être évité et que chaque geste compte pour la sécurité des patients âgés. C'est aussi reconnaître que la qualité des soins passe par la qualité du management et que la sécurité des plus vulnérables est l'affaire de tout l'établissement.

En replaçant le patient au cœur de l'organisation, en écoutant les équipes et en s'appuyant sur les données, les outils et les retours d'expérience, nous avons les moyens de faire de la prévention des chutes non plus une obligation mais une culture partagée.

Limites de l'étude

Ce mémoire, bien que bien pensé, présente certaines limites. L'enquête pour les patients s'est déroulée dans un seul établissement, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, les observations sur le terrain et les réponses aux questionnaires reflètent des perceptions subjectives parfois influencées par le contexte institutionnel ou l'état émotionnel. Un élargissement de l'échantillon ou une comparaison entre plusieurs établissements aurait permis de rendre plus pertinent la portée analytique.

Perspectives professionnelles

Au-delà de l'analyse, ce travail m'a permis de renforcer ma posture de future cadre en management de la qualité et gestion des risques. Il a affiné ma compréhension des enjeux humains derrière les chiffres, et m'a convaincu qu'une organisation centrée sur la bientraitance et la prévention est à la fois plus performante, plus éthique, et plus humaine.

Ce mémoire constitue également une base de réflexion pour initier ou accompagner des projets institutionnels, comme :

- La création d'un comité prévention des chutes intégré au CQGR (Comité Qualité Gestion des Risques),
- L'élaboration d'un protocole harmonisé autour des appels patients,
- La formation croisée des équipes autour des situations à risque.

Bibliographie

- ✚ Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). (2019). La prévention des chutes dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. <https://ressources.anap.fr>
- ✚ Ait Mouheb, N. (2021). Prévention des chutes chez les personnes âgées : enjeux et pratiques professionnelles en institution. *Revue de Santé Publique et de Gériatrie*, 69(4), 321–330
- ✚ Beauchet, O., Eynard-Valhorgues, J., Blanchon, L., et al. (2011). Échelles et tests cliniques pour l'évaluation des risques de chute chez la personne âgée. *Revue de Gériatrie*.
- ✚ Ben Salem, A., Labbé, C., & Delaunay, C. (2019). Prévention des chutes chez les personnes âgées en établissements : une revue de littérature. *Soins Gériatrie*, 24(144), 10–14.
- ✚ Blain, H., Blain, A., & Tréchet, P. (2000). La chute de la personne âgée : comprendre pour mieux prévenir. *Revue de Gériatrie*.
- ✚ Büla, C. J., Monod, S., & Gadea, C. (2006). Évaluation gériatrique des risques de chute : outils et stratégies. *Revue Médicale Suisse*, 2(52), 2316–2320.
- ✚ École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). (2018). Le management de la qualité en santé : principes et outils pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Rennes : EHESP éditions.
- ✚ Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- ✚ Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. <https://www.has-sante.fr>
- ✚ Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). Qualité et sécurité des soins en SSR : recommandations de bonnes pratiques professionnelles. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2561937/fr
- ✚ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2017). Les chutes chez les personnes âgées : état des lieux épidémiologique. Paris : INSERM.

- ✚ Legters, K. (2002). Fear of falling. *Physical Therapy*, 82(3), 264–272.
<https://doi.org/10.1093/ptj/82.3.264>
- ✚ Oliver, D., Connelly, J. B., Victor, C. R., Shaw, F. E., Whitehead, A., Genc, Y., ... & Gosney, M. A. (2007). Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*, 334(7584), 82.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39049.706493.55>
- ✚ Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). World Report on Ageing and Health: Fall prevention strategies.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- ✚ Salari, N., Darvishi, N., Bartina, Y., Shohaimi, S., Jafarpour, S., Mohammadi, M., & Fatahi, S. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-02876-7>
- ✚ Spoelstra, S. L., Given, B. A., & Given, C. W. (2012). Fall prevention in hospitals: An integrative review. *Clinical Nursing Research*, 21(1), 92–112.
- ✚ Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2005). Chutes du sujet âgé en institution : entre risque et représentation. *Gérontologie et société*, 28(114), 61–78.

Annexe 1 : questionnaire pour les professionnels

Questionnaire pratiques professionnelles sur la prévention des chutes

1 Quel est votre tranche d'âge ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ 20 - 30 ans ☐ 30 - 40 ans ☐ 40 - 50 ans ☐ plus de 50 ans

2 Dans quel type d'établissement exercez vous ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ SMR ☐ MCO ☐ EHPAD ☐ Psychiatrie ☐ Autres

3 Quelle est votre profession

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Médecin ☐ Infirmier (re) ☐ Aides-soignants (es) ☐ Kinésithérapeute ☐ Ergothérapeute ☐ Psychomotricien (ne)
☐ EAPA ☐ Cadre
☐ Autres : précisez

4 Combien d'année d'Expérience professionnelle avez-vous ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Moins de 1 an ☐ 1 à 2 ans ☐ 2 à 3 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ 5 à 7 ans ☐ 7 à 10 ans ☐ plus de 10 ans

5 Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prévention des chutes ?

Propositions de réponse: Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prévention des chutes ?

- ☐ Oui ☐ Non

6 Selon vous, quelle est la fréquence des chutes des patients âgés dans votre service ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ moins d'une chute par mois ☐ 1 à 5 chutes par mois ☐ plus de 5 chutes par mois ☐ une chute par jour ☐ plus de 2 chutes par jour

7 Identifiez vous facilement les patients âgés à risque de chute ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, systématiquement ☐ La plupart du temps ☐ Occasionnellement ☐ Non, rarement

8 Quels sont, selon vous, les principaux facteurs de risque de chute chez les patients âgés en institution ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Altération de l'équilibre et de la marche | ☐ Prise de médicaments à risque (sédatifs...) | ☐ Troubles cognitifs (démence, confusion) | ☐ Hypotension orthostatique |
| ☐ Aménagement inadéquat de l'environnement | ☐ Délai de réponse aux appels des patients | ☐ appareils audiovisuels des patients âgés | ☐ Autres |

9 Dans votre service, une évaluation systématique du risque de chute est-elle réalisée à l'admission ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, toujours ☐ Oui, mais pas systématiquement ☐ Non

10 Dans votre service, une réévaluation systématique du risque de chute est-elle réalisée après 7 jours et/ou 15 jours ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, toujours ☐ Oui, mais pas systématiquement ☐ Non

11 Déclarez vous les chutes comme évènement indésirable dans votre établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui ☐ Non

12 Faites vous des EPP prévention des chutes dans votre établissements ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, très souvent ☐ Oui, souvent ☐ non, jamais

13 Combien d'EPP sur la prévention des chutes avez vous par an dans votre établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ aucune ☐ 1/an ☐ 2/an ☐ 3/an

14 Quelles méthodes d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) sur la prévention des chutes utilisez vous dans votre établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- ☐ Audit dossiers patients ☐ Entretiens ☐ Observations terrains ☐ Autre

15 Avez vous connaissance du plan d'actions sur les chutes mis en place dans votre établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, parfaitement ☐ Oui, un peu ☐ Non, pas du tout

16 Quels outils d'évaluation du risque de chute utilisez-vous ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Échelle de Morse Fall Scale (MFS) ☐ Échelle de Tinetti (Performance-Oriented Mobility Assessment - POMA) ☐ Échelle de Berg (Berg Balance Scale - BBS) ☐ Échelle de Timed Up and Go (TUG Test)
- ☐ Échelle AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources) ☐ Autres

17 Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir les chutes dans votre service ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, et ils sont bien appliqués ☐ Oui, mais ils sont parfois difficiles à suivre ☐ Non, il n'existe pas de protocole formel ☐ Je ne suis pas au courant

18 Selon vous, quelles sont les pratiques professionnelles qui peuvent augmenter le risque de chute ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- ☐ Un délai de réponse prolongé aux sonnettes des patients ☐ Un manque d'évaluation systématique du risque de chute ☐ Une mauvaise utilisation ou absence d'aides techniques adaptées ☐ Un encadrement insuffisant lors des transferts et déplacements
- ☐ Une médication inadaptée ou mal surveillée ☐ Un environnement hospitalier inadapté ou dangereux ☐ Un manque de formation continue du personnel

19 Quelle est votre perception du délai de réponse aux sonnettes d'appel des patients ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Très rapide (moins de 2 minutes) ☐ Plutôt rapide (entre 2 et 5 minutes) ☐ Parfois trop long (plus de 5 minutes) ☐ Souvent excessif (plus de 10 minutes)

20 Pensez-vous que le délai de réponse aux sonnettes a un impact sur le risque de chute ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, un impact majeur ☐ Oui, un impact modéré ☐ Non, peu d'impact ☐ Non, aucun impact

21 Votre établissement utilise-t-il des technologies pour prévenir les chutes ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, des capteurs de mouvement ☐ Oui, des sonnettes connectées ☐ Oui, des applications de coordination des soins ☐ Oui, des aides techniques
- ☐ Non, aucune technologie spécifique

22 Selon vous, quels moyens pourraient améliorer la prévention des chutes dans votre service

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- ☐ Plus de personnel pour réduire le délai de réponse aux appels ☐ Plus de personnel pour déplacer le patient ☐ Meilleure formation des équipes sur les risques de chute ☐ Utilisation accrue des nouvelles technologies
- ☐ Amélioration de l'aménagement des chambres et des couloirs ☐ Une évaluation et réévaluation systématique des patients ☐ bonne coordination sur la prise en charge du patient entre les équipes médicales et paramédicales

Annexe 2 : Questionnaire pour les patients

QUESTIONNAIRE PATIENT : PREVENTION DES CHUTES

1 Quel âge avez-vous ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ 55 - 65 ans ☐ 66 - 75 ans ☐ 76 - 85 ans ☐ plus de 85

2 Depuis combien de temps êtes-vous admis dans cet établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Moins d'une semaine ☐ Entre 1 et 2 semaines ☐ Entre 2 et 3 semaines ☐ plus de 3 semaines

3 Avez-vous déjà fait une chute ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui ☐ Non

4 Quelle est la raison principale de votre hospitalisation ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- ☐ Rééducation après une chute ☐ Accident vasculaire cérébral (AVC) ☐ Perte d'autonomie ☐ Soins de Réadaptations ☐ Autres

5 Avez-vous déjà fait une chute pendant votre hospitalisation ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui ☐ Non

6 Si oui, où est ce que cette chute s'est produite ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

- ☐ Dans votre chambre ☐ Dans la salle de bain ☐ Dans les couloirs ☐ En Rééducation ☐ Maison ☐ Autres

7 Avez-vous peur de chuter lors de vos déplacements dans l'établissement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui ☐ Souvent ☐ Non

8 Le personnel vous a-t-il bien informé sur les risques de chute et la manière de les éviter ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui parfaitement ☐ Oui, mais partiellement ☐ Non, Jamais

9 Lors de votre admission, avez-vous été informé (e) ou éduqué (e) sur l'utilisation des chaussures, vêtements adaptés pour éviter le risque de chute ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, suffisamment ☐ Oui, mais pas assez ☐ Non, pas du tout

10 Avez-vous suffisamment des aides techniques pour vous rassurer lors du déplacement ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui ☐ Non

11 Avez-vous déjà utilisé la sonnette pour demander de l'aide avant de vous lever ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui, très souvent ☐ Oui, parfois ☐ Non, jamais

12 Lorsque vous utilisez la sonnette, en combien de temps estimez-vous que le personnel répond en moyenne ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Moins de 2 minutes ☐ Entre 2 et 5 minutes ☐ Plus de 5 minutes ☐ Parfois personne ne vient

13 Ce délai de réponse vous semble-t-il satisfaisant ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

- ☐ Oui parfaitement ☐ Oui, mais parfois un peu long ☐ Non, trop long

14 Pensez vous qu'il manque du personnel pour vous aider et vous accompagner durant votre séjour ?

Propositions de réponse: Choisissez une ou plusieurs réponses

☐ Oui, énormément ☐ Oui, un peu ☐ Non, pas du tout

15 Avez-vous déjà essayé de vous lever sans attendre l'aide du personnel par impatience ou nécessité ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

☐ Oui, très souvent ☐ Oui parfois ☐ Non, jamais

16 Pensez-vous que le personnel veille suffisamment à votre sécurité lors de vos déplacements ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

☐ Oui, toujours ☐ Oui, la plupart du temps ☐ Non, pas suffisamment

17 Utilisez-vous un dispositif d'aide à la marche (cannes, déambulateur, barre d'appui, etc.) ?

Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

☐ Oui ☐ Non

18 Le personnel vous a-t-il conseillé sur la meilleure façon de vous lever ou de vous déplacer en sécurité ?

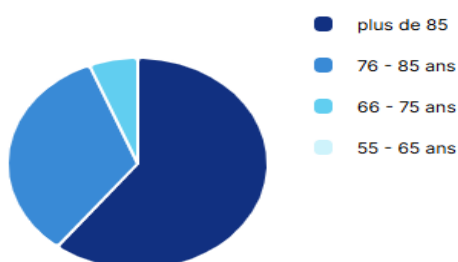
Propositions de réponse: Choisissez une seule réponse

☐ Oui ☐ Non

19 Avez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des chutes dans cet établissement ?

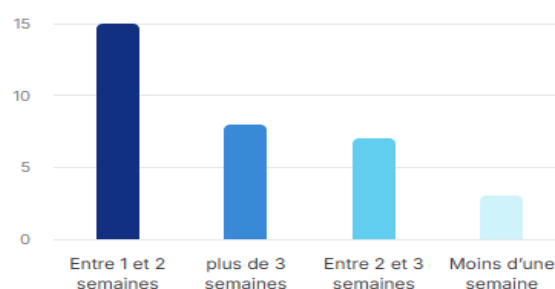
Annexe 3 : Résultats enquête auprès des patients

1. Quel âge avez-vous ?



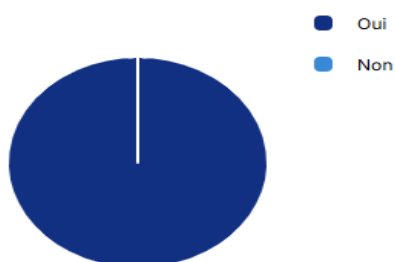
Ouvrir le détail du graphique
Taleau croisé dynamique

2. Depuis combien de temps êtes-vous admis dans cet établissement ?

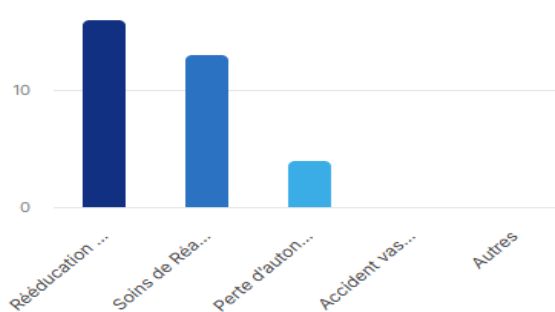


Ouvrir le détail du graphique
Taleau croisé dynamique

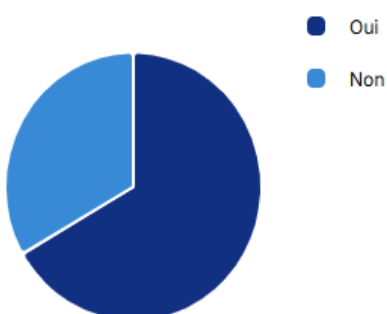
3. Avez-vous déjà fait une chute ?



4. Quelle est la raison principale de votre hospitalisation ?

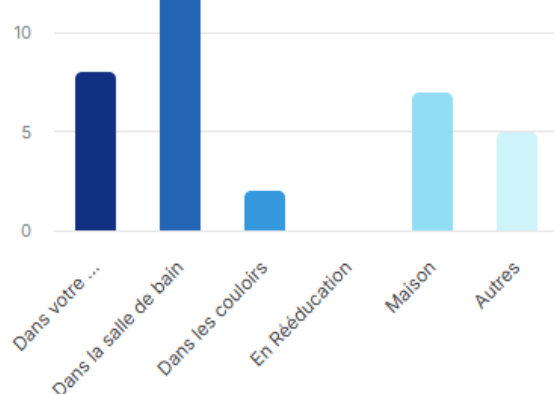


5. Avez-vous déjà fait une chute pendant votre hospitalisation ?



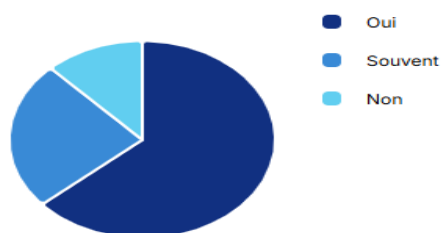
Ouvrir le détail du graphique
Taleau croisé dynamique

6. Si oui, où est ce que cette chute s'est produite ?



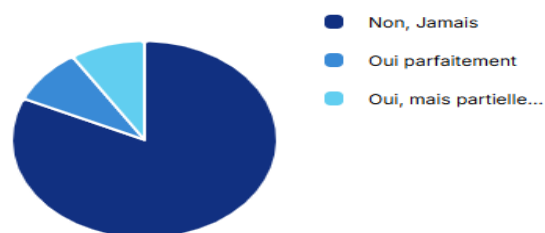
Ouvrir le détail du graphique

7. Avez-vous peur de chuter lors de vos déplacements dans l'établissement ?



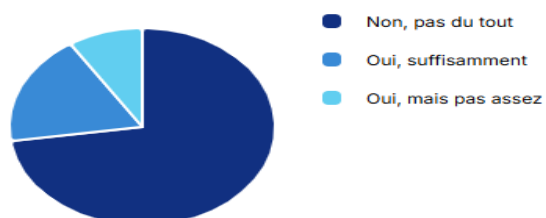
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

8. Le personnel vous a-t-il bien informé sur les risques de chute et la manière de les éviter ?



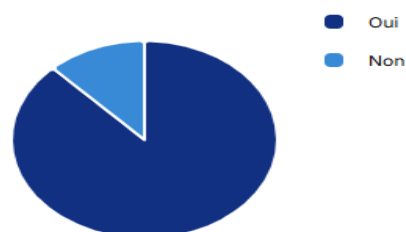
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

9. Lors de votre admission, avez-vous été informé (e) ou éduqué (e) sur l'utilisation des chaussures, vêtements adaptés pour éviter le risque de chut...



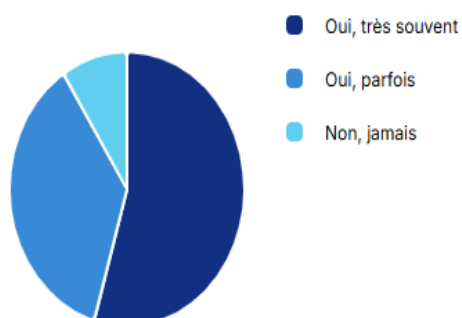
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

10. Avez-vous suffisamment des aides techniques pour vous rassurer lors du déplacement ?



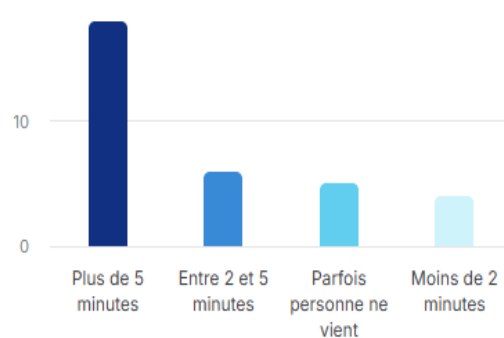
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

11. Avez-vous déjà utilisé la sonnette pour demander de l'aide avant de vous lever ?



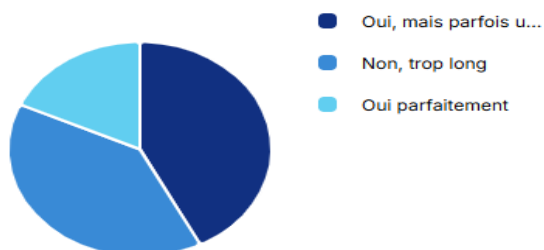
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

12. Lorsque vous utilisez la sonnette, en combien de temps estimez-vous que le personnel répond en moyenne ?



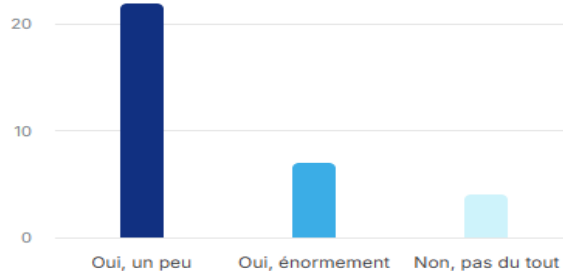
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

13. Ce délai de réponse vous semble-t-il satisfaisant ?



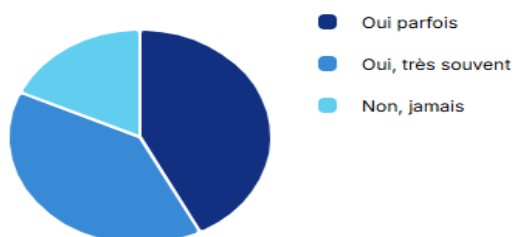
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

14. Pensez vous qu'il manque du personnel pour vous aider et vous accompagner durant votre séjour ?



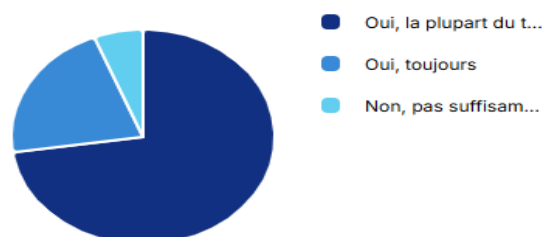
[Ouvrir le détail du graphique](#)

15. Avez-vous déjà essayé de vous lever sans attendre l'aide du personnel par impatience ou nécessité ?



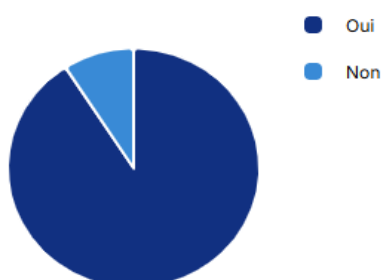
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dvnamique](#)

16. Pensez-vous que le personnel veille suffisamment à votre sécurité lors de vos déplacements ?



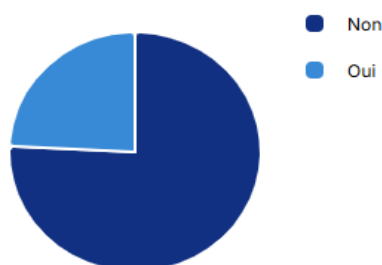
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dvnamique](#)

17. Utilisez-vous un dispositif d'aide à la marche (cannes, déambulateur, barre d'appui, etc.) ?



[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

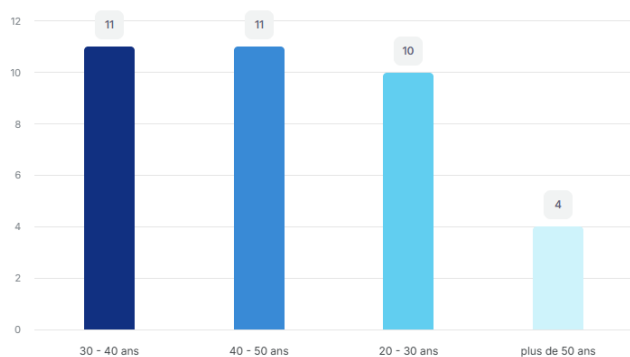
18. Le personnel vous a-t-il conseillé sur la meilleure façon de vous lever ou de vous déplacer en sécurité ?



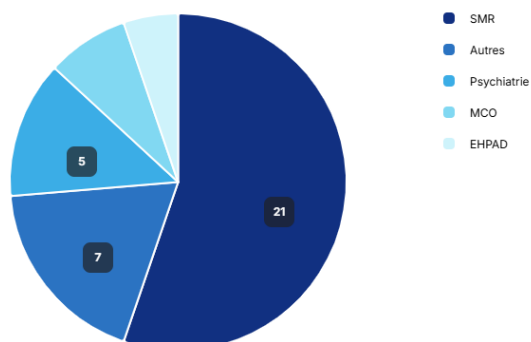
[Ouvrir le détail du graphique](#)
[Taleau croisé dynamique](#)

Annexe 4 : Résultats enquête pour les professionnels

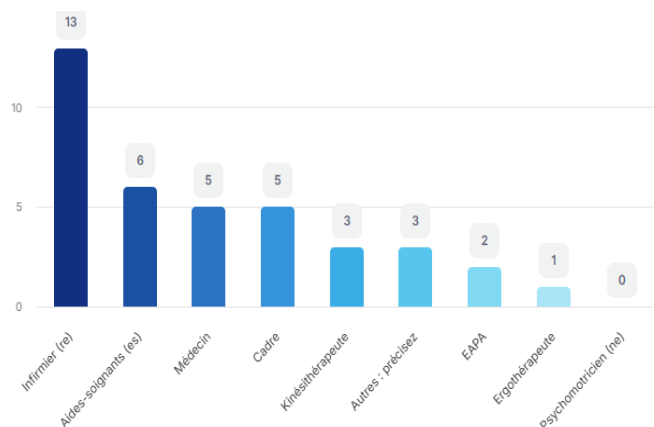
1. Quel est votre tranche d'âge ?



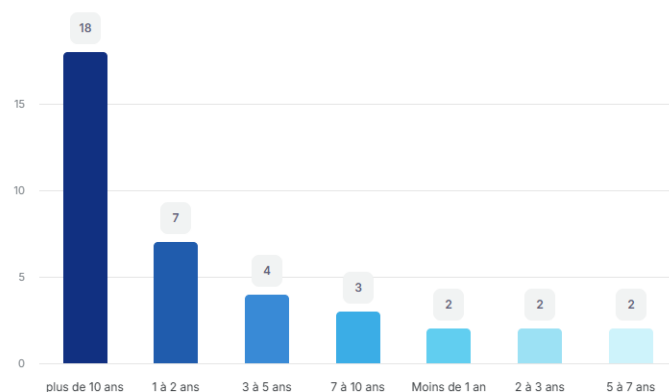
2. Dans quel type d'établissement exercez vous ?



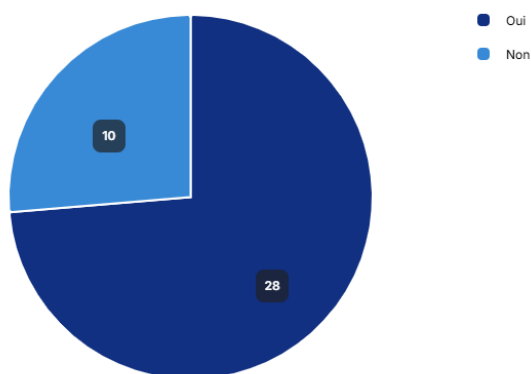
3. Quelle est votre profession



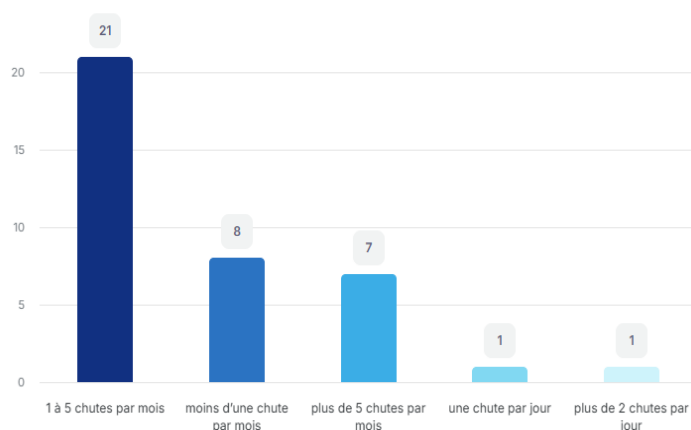
4. Combien d'année d'Expérience professionnelle avez-vous ?



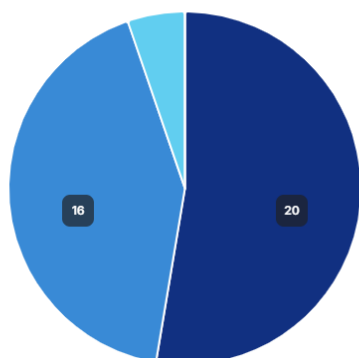
5. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur la prévention des chutes ?



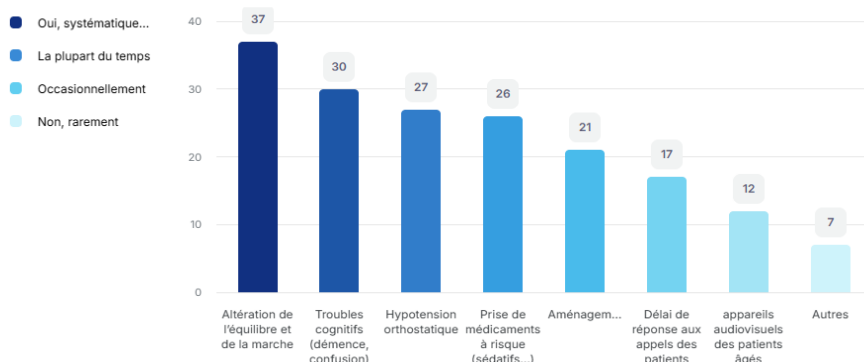
6. Selon vous, quelle est la fréquence des chutes des patients âgés dans votre service ?



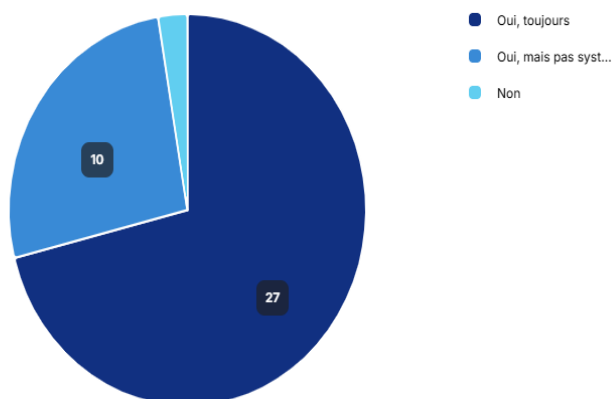
7. Identifiez vous facilement les patients âgés à risque de chute ?



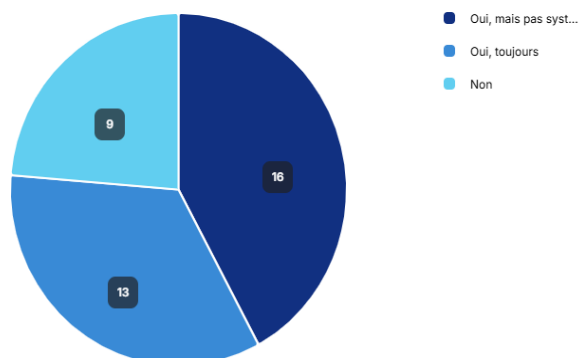
8. Quels sont, selon vous, les principaux facteurs de risque de chute chez les patients âgés en institution ?



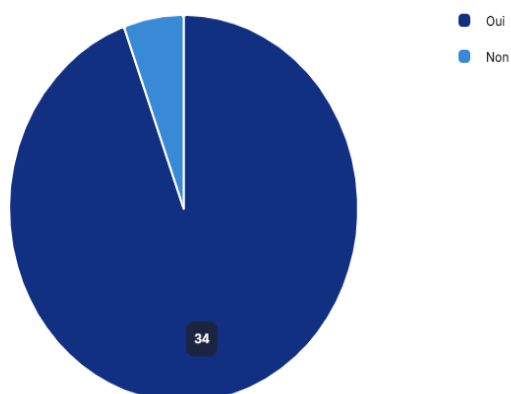
9. Dans votre service, une évaluation systématique du risque de chute est-elle réalisée à l'admission ?



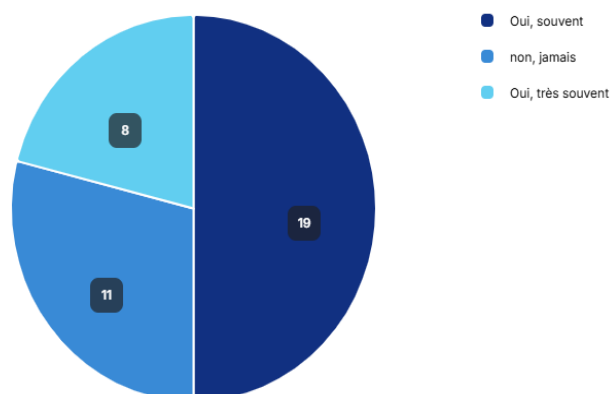
10. Dans votre service, une réévaluation systématique du risque de chute est-elle réalisée après 7 jours et/ou 15 jours ?



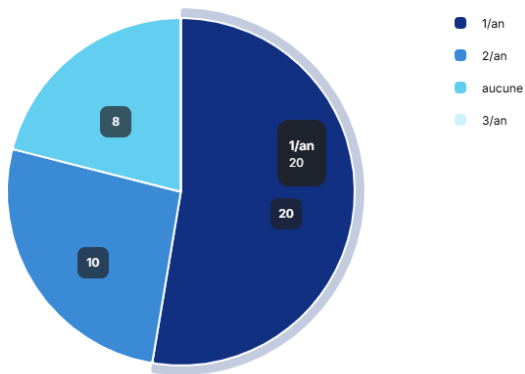
11. Déclarez vous les chutes comme évènement indésirable dans votre établissement ?



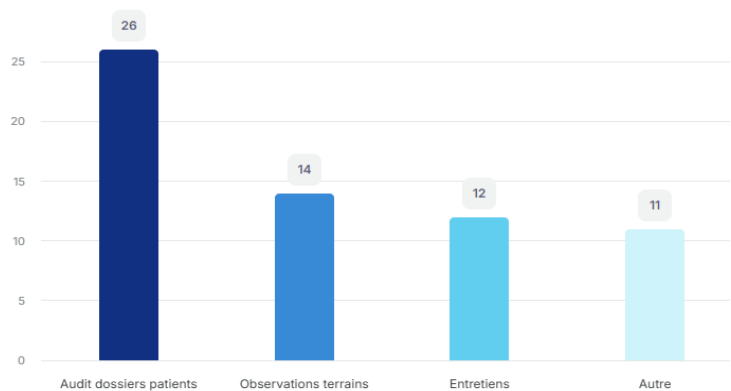
12. Faites vous des EPP prévention des chutes dans votre établissements ?



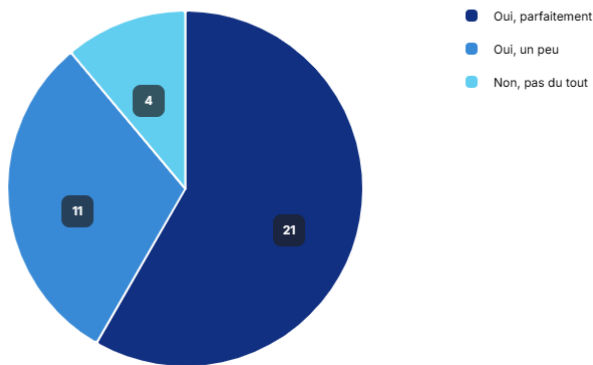
13. Combien d'EPP sur la prévention des chutes avez vous par an dans votre établissement ?



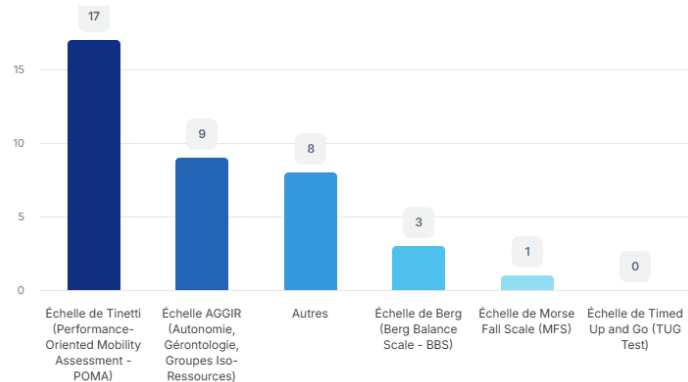
14. Quelles méthodes d'EPP (évaluation des pratiques professionnelles) sur la prévention des chutes utilisez vous dans votre établissement ?



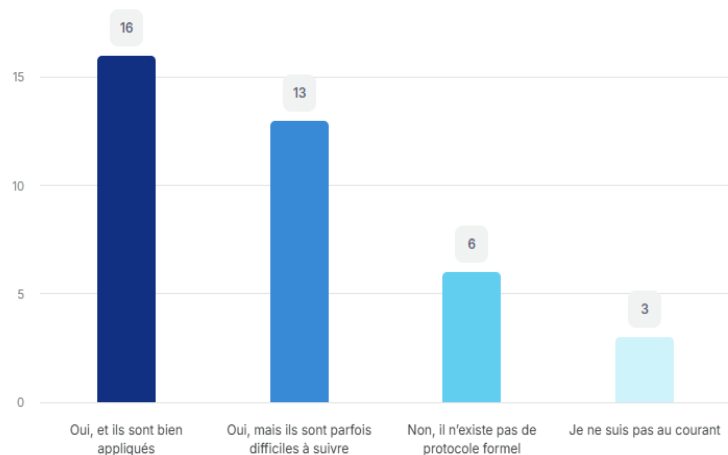
15. Avez vous connaissance du plan d'actions sur les chutes mis en place dans votre établissement ?



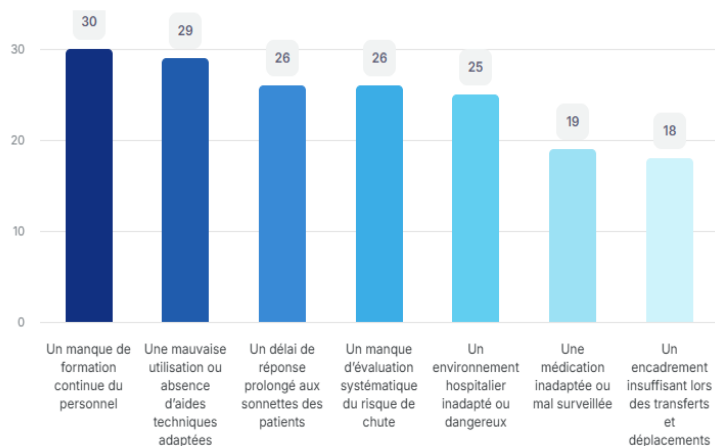
16. Quels outils d'évaluation du risque de chute utilisez-vous ?



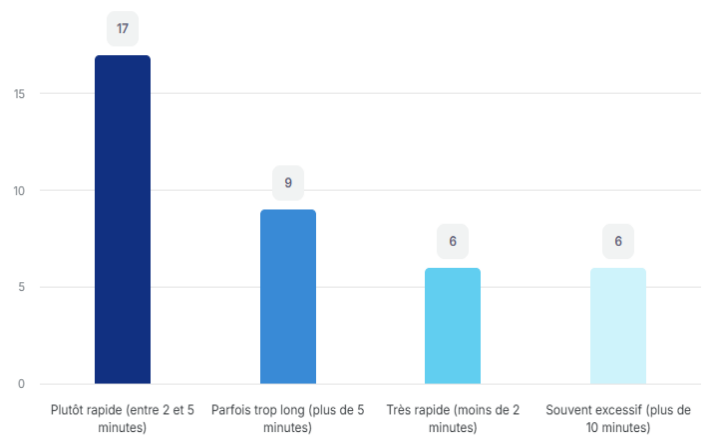
17. Existe-t-il des protocoles spécifiques pour prévenir les chutes dans votre service ?



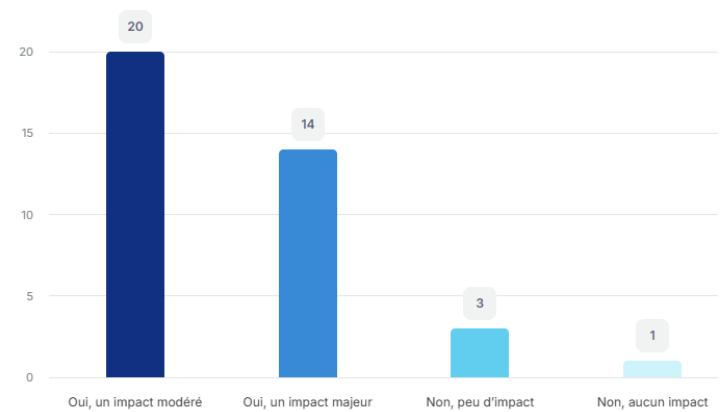
18. Selon vous, quelles sont les pratiques professionnelles qui peuvent augmenter le risque de chute ?



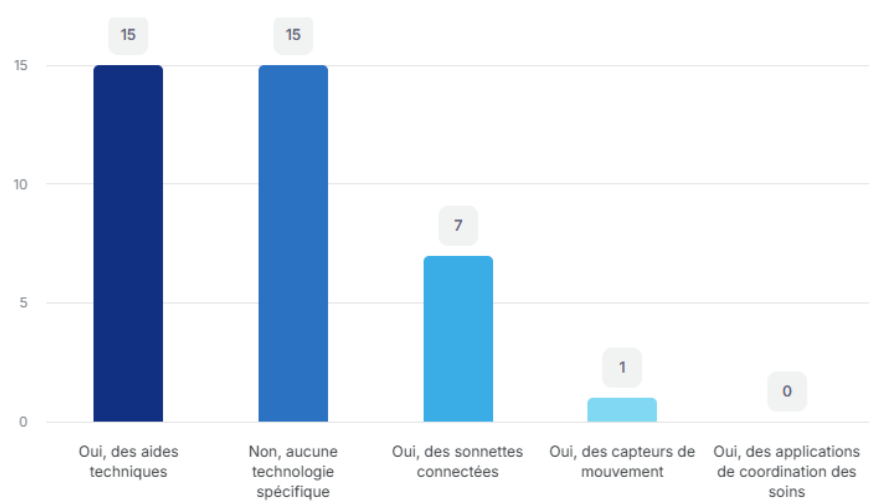
19. Quelle est votre perception du délai de réponse aux sonnettes d'appel des patients ?



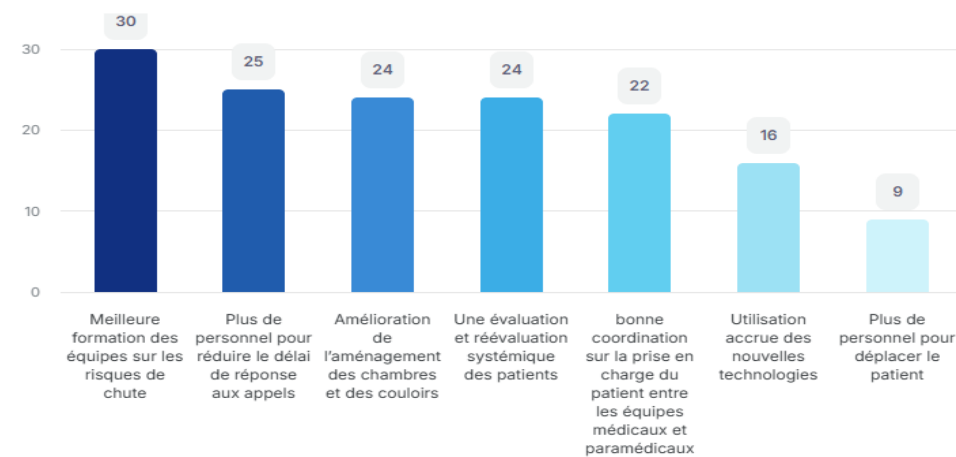
20. Pensez-vous que le délai de réponse aux sonnettes a un impact sur le risque de chute ?



21. Votre établissement utilise-t-il des technologies pour prévenir les chutes ?



22. Selon vous, quels moyens pourraient améliorer la prévention des chutes dans votre service



24. Que suggérez vous que votre établissement peut mettre en place pour réduire le risque de chute des patients âgés ?

RÉPONSE	NOMBRE	RATIO
Un référent chute et intervention de l'espreve	1	2.6%
un plan individualisé chute personnalisé plus précis	1	2.6%
Un espace plus adapté et plus grand notamment pour les personnes ayant des difficultés de mobilisation.	1	2.6%
Une meilleur surveillance des risque chute et prevention	1	2.6%
Sonnette connectée	1	2.6%
réfèrent chute plus de formation pour le personnel mettre en place un groupe de travail prévention des chutes plus de personnel soignant	1	2.6%
Réévaluation médicamenteuse à l'admission et plusieurs fois durant l'hospitalisation Interroger le patient systématiquement sur ses habitudes de vie au domicile et sur le risque de chute	1	2.6%
Rééducation des patients	1	2.6%
plusieurs facteurs médicaments, recherche systématique HTO , chaussage adapté, matériel technique.	1	2.6%
Plus de personnel , matériels adaptés et formations obligatoire tous les ans	1	2.6%
plus de personnel	1	2.6%
Plus de moyens pour déplacer tout en sécurité	1	2.6%
Plus de matériel et professionnel	1	2.6%
plus de formation et matériel adéquat	1	2.6%
Plus de formation	1	2.6%
Plis de matériel, formation	1	2.6%
Non	1	2.6%
Meilleur Evaluation du patient Favoriser les sensibilisations ou les formations	1	2.6%
Lit azheimer	1	2.6%
Les Patients a risque de chute doivent être plus proche du poste de soin pour faciliter les soins et la répondre plus rapidement aux sonnettes.	1	2.6%
Jsp	1	2.6%
Formations, dépistage et réévaluation du risque de chutes	1	2.6%
Formations continues allant aux jeux de rôles.	1	2.6%
Formations avec tous les professionnels (équipe soignants et rééducateur)	1	2.6%
Formation PRAPS ALM	1	2.6%
Formation prap pr tout le monde	1	2.6%
Formation et plus de personnel la nuit	1	2.6%
Formation et évaluation des risques	1	2.6%
formation des soignants	1	2.6%
Employés plus de personnels et faire plus de formation sur la chutes	1	2.6%
dépistage des troubles cognitifs, renforcement de la kinésithérapie, réalisation des bilans de chutes si nécessaire	1	2.6%
dd	1	2.6%
Augmenter le salaire des salaries	1	2.6%
Améliorer l'environnement des patients. Disposition des meubles/lit, fauteuil	1	2.6%

Annexe 5 : Plan d'actions sur la thématique des chutes

Plan d'actions qualité et gestion des risques : Actions en cours

N°	Objectif	Action d'amélioration	Responsable	Date début prévi.	Date début réel	Date réalisation prévis.	Thématique / Risque	Modalité de suivi	Commentaire
1847	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0081	Composer un groupe de travail pluridisciplinaire pour améliorer la prévention des chutes	ETUDIANTE QUALITE : KARENE KOUKEU	14/02/2025		30/09/2025	Chutes		
1860	Parcours Patient, Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0041	Intégrer dans le projet thérapeutique la réflexion autour de la présence et du positionnement de l'aïdant naturel ou et conjoint/concubin	MEDECIN COORDINATEUR : JEAN PAUL BRUGIERE	12/03/2025		30/09/2025	Chutes		
1861	Limiter l'une des causes de l'Évènement indésirable N° de FEI : 2025-0041 Connaissance de l'utilisation du dossier patient par les salariés	Poursuivre les formations à l'utilisation harmonieuse du dossier patient	RSI : LUDIVINE CARTESSE	12/03/2025		31/12/2025	Chutes	Emargement de formation	
1862	Limiter l'une des causes de l'Évènement indésirable N° de FEI : 2025-0041 Formalisation du risque de chute et de sa prise en charge	Intégrer au groupe de travail sur les chutes certains profils spécifiques afin de définir et de formaliser la prise en charge adaptée	RESPONSABLE REEDUCATION : ADRIEN BIER	12/03/2025		13/06/2025	Chutes	Emargement	
1863	Limiter l'une des causes de l'Évènement indésirable N° de FEI : 2025-0041 Quantification des apports hydriques	Définir en groupe de travail les modalités de surveillance hydrique dans le dossier du patient	IDEC : MAGALI SCHAFER	24/03/2025		30/09/2025	Chutes		
1874	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0187	Sensibiliser le personnel sur l'information et la recherche d'implication du patient dans la prévention des chutes	MEDECIN - PRESIDENT DU CLUD : FATIMA KARAOUD	09/04/2025		31/12/2025	Chutes		
1883	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0235	Prevoir une réadaptation et un aménagement des chambres dans les services gériatriques	DIRECTEUR : STEPHANE DURIF SAUNIER	12/05/2025		31/12/2025	Chutes		
1874	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0187	Sensibiliser le personnel sur l'information et la recherche d'implication du patient dans la prévention des chutes	MEDECIN - PRESIDENT DU CLUD : FATIMA KARAOUD	09/04/2025		31/12/2025	Chutes		
1883	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0235	Prevoir une réadaptation et un aménagement des chambres dans les services gériatriques	DIRECTEUR : STEPHANE DURIF SAUNIER	12/05/2025		31/12/2025	Chutes		
1894	Parcours Patient : Évaluation et projet de soin : Chutes Limiter l'une des causes de l'EI : 2025-0270	Sensibiliser les soignants sur l'importance de la réévaluation à J7 et J15 du risque de chute chez les patients	RESPONSABLE REEDUCATION : ADRIEN BIER	10/08/2025		31/12/2025	Chutes		Audit dossier patient
1890	- Réduire le risque de : Chutes	Organiser le recensement des chutes (fiche de chutes) et leur analyse.	RESPONSABLE REEDUCATION : ADRIEN BIER	09/01/2025		31/12/2025	Chutes		
1891	- Réduire le risque de : Chutes	Former le personnel aux mesures de sécurité lors de sols mouillés.	RESPONSABLE HOTELIERE : HALIMA ZIAD	09/01/2025		31/07/2025	Chutes		
000077 Clinique Les Tournelles									
Imprimé le : 16/06/2025									
Plan d'actions qualité et gestion des risques									
1892	- Réduire le risque de : Chutes	Sensibiliser le personnel à assurer la traçabilité dans le dossier du patient du plan individuel de prévention des chutes (PIC)	RSI : LUDIVINE CARTESSE	09/01/2025		31/12/2025	Chutes		

Source : Clinique Les Tournelles (document interne)