



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020/2022

MENTION : PATHOLOGIES CHRONIQUES STABILISEES

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLÔME  
D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

**L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE, PIVOT DANS LA GESTION DU  
RISQUE DE CHUTE EN EHPAD**

Présenté et soutenu publiquement le 30 juin 2022 à 17h50  
au Pôle Formation  
par **Danièle PALUBINSKA**

---

**MEMBRES DU JURY**

**Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :**

**Monsieur le Professeur PIERRE FONTAINE**

**Enseignant infirmier :**

**Madame le Docteur CATHERINE BARGIBANT**

**Directeur de mémoire :**

**Monsieur le Professeur FRANÇOIS PUISIEUX**

## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier le professeur Puisieux pour son accompagnement et ses précieux conseils, malgré son activité professionnelle soutenue.

Je suis aussi très reconnaissante vis-à-vis des équipes de soins de l'hôpital de jour chute et de l'équipe mobile de gériatrie du centre hospitalier universitaire de Lille, qui m'ont fait découvrir le risque de chute chez les personnes âgées.

Je remercie également les membres de l'équipe pédagogique qui m'ont formée à l'avancée des pratiques infirmières, grâce à la rencontre avec Thérèse Psiuk et ses travaux.

Merci au Centre hospitalier de Somain, qui malgré un contexte sanitaire difficile, m'a permis de réaliser cette formation.

Je tiens à remercier mes futurs confrères et consœurs de cette promotion qui ont toujours été solidaires et bienveillants, notamment « le groupe des cinq ».

Merci à mon conjoint Miguel et à mes enfants Gauthier et Camille pour leur soutien sans faille. Vous avez su chacun à votre façon m'aider dans ce challenge professionnel.

## RESUME :

### CONTEXTE/SITUATION

La prise en soins des personnes âgées en EHPAD devient de plus en plus complexe et amène les équipes à se poser de nouvelles questions concernant l'amélioration de la qualité des soins pour cette population.

Sachant que la chute est un événement indésirable fréquemment déclaré dans les institutions, il apparaît primordial de mettre en place des outils pour mieux gérer le risque de chute.

L'objectif de ce travail est donc de rassembler les compétences des professionnels interagissant en EHPAD pour construire un outil de coordination afin d'harmoniser la gestion du risque de chute.

### METHODE

Après une première étape de recherche bibliographique, j'ai procédé au recrutement de professionnels pour créer un groupe d'experts.

Nous avons choisi de créer un outil de coordination. Cette recherche action se décompose en différentes étapes : -un brainstorming – un audit des pratiques – la construction du chemin clinique pour gérer le risque de chute en EHPAD, à l'aide d'un groupe nominal.

### RESULTATS

Grâce aux différents professionnels du groupe nominal, à leur volonté et leur dynamisme, nous avons pu réaliser le chemin clinique de la gestion du risque de chute en EHPAD. C'est une méthode qui requiert une véritable réflexion d'équipe, elle met en avant les compétences de chacun. Au-delà de la méthode elle-même qui a déjà fait ses preuves, nous avons pu découvrir qu'elle pouvait être un bon levier motivationnel.

### DISCUSSION/PERSPECTIVES

Malgré certaines difficultés, il a été possible de créer un premier outil qui va être déployé, évalué et amélioré par la suite.

L'infirmière de pratique avancée va pouvoir utiliser l'outil mais aussi en faire la promotion et participer à son évolution au vu de son rôle central dans la prise en soins des résidents au sein d'un EHPAD.

## SOMMAIRE

Liste des abréviations.....	4
Introduction.....	5
Récit.....	5
Cadre conceptuel.....	7
Méthode.....	15
Résultats.....	18
Discussion.....	33
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	35
Annexes.....	37
Abstract.....	39

## Liste des abréviations

AGGIR : autonomie gérontologique groupe iso-ressources

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

GIR : groupe iso-ressources

IPA : infirmier de pratique avancée

PUC : programme universel contre les chutes

## INTRODUCTION:

Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 19,6 % de la population, contre 19,2 % un an auparavant et 18,8 % deux ans auparavant. Leur part a progressé de 4,1 points en vingt ans<sup>1</sup>.

Chaque individu peut être exposé à des problèmes de santé qui vont être plus ou moins invalidants lorsqu'il vieillit.

Pour une personne âgée, cela peut se traduire par une fragilité, qui se définit par une diminution des capacités physiologiques de réserve, qui altère les mécanismes d'adaptation au stress<sup>2</sup> et s'associe donc à un risque augmenté de chute, mettant en péril l'autonomie de la personne.

Le risque de chute devient alors très présent et il est essentiel de le repérer pour préserver la qualité de vie de la personne.

Pour rappel, la chute chez la personne âgée c'est : une personne sur 3 de plus de 65 ans qui chute chaque année, plus de 9300 décès par an, 76000 hospitalisations pour fracture du col du fémur chaque année<sup>3</sup>.

Ces chutes doivent être considérées et ne pas être banalisées, il peut être intéressant qu'une stratégie d'équipe pluridisciplinaire soit élaborée en collaboration avec les acteurs de soins pertinents.

En tant que future infirmière en pratique avancée en EHPAD, je souhaiterais impulser cette dynamique de réflexion collective autour de ce problème de santé.

## RECIT :

Lors de ma première année d'étude d'infirmière en pratique avancée, j'ai effectué mon stage sur l'ensemble de la filière gériatrique du CHRU de Lille.

Ayant peu d'expérience professionnelle dans cette discipline médicale, j'ai pu apprécier les différents problèmes de santé rencontrés par les personnes âgées, que ce soit en termes de pathologies chroniques ou en termes de pathologies aiguës.

---

<sup>1</sup><https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#:~:text=Au%201%20er%20janvier%202018%2C%20la%20France%20compte,an%20auparavant%20et%2018%2C8%20%25%20deux%20ans%20auparavant>

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>

Je suis allée dans la plupart des services où se trouvaient des personnes âgées qui nécessitaient des soins hospitaliers. Cela allait des urgences, en passant par le service de médecine, les services de gériopsychiatrie, le service de soins de suites et de réadaptation et l'unité de soins de longue durée.

Certains parcours de patients m'ont profondément marquée. Je pouvais alors constater les difficultés rencontrées par les patients à la suite d'une chute qu'ils avaient faite.

La chute portait aussi bien atteinte à l'intégrité de leur corps avec une perte d'autonomie motrice, qu'à une diminution de leur estime d'eux-mêmes, les amputant aussi d'une partie de leur autonomie décisionnelle. Dans certaines situations extrêmes mais non isolées, certains patients décédaient.

Ce qui m'a interpellée aussi, c'est que la chute arrivait aussi bien chez des patients qui vivaient seuls, que chez des patients qui étaient dans des services de soins ou en EHPAD.

Après discussions avec l'équipe mobile, il s'avère que la chute chez la personne âgée est un motif très courant d'entrée aux urgences. C'est aussi un motif induisant des prolongations de soins et des prolongations de séjour en milieu hospitalier.

La chute est un problème de santé qui pose question et qui amène les services de qualité des établissements de santé à trouver des pistes d'actions pour réduire ce risque.

J'ai d'ailleurs assisté lors de ce stage à une réunion du service qualité avec l'équipe de l'hôpital de jour de la chute à ce sujet. Ce service s'intéressait aux chutes sur l'ensemble du CHU de Lille et souhaitait trouver des pistes d'actions pour réduire leur nombre. J'ai appris que 40% des chutes pouvaient être évitées.

La chute est un risque qui s'ajoute à l'hôpital et en institution aux problèmes de santé pour lesquels les patients ou résidents y sont admis : c'est la double peine.

C'est plus particulièrement grâce aux équipes de l'hôpital de jour de la chute et à celle de l'équipe mobile de gériatrie, que j'ai pris conscience des facteurs de risque de chute. Ceux, sur lesquels les équipes de soins allaient pouvoir avoir une action directe.

Ces recommandations de bonnes pratiques sont connues dans la littérature scientifique mais ne sont pas forcément coordonnées ou incluses dans les démarches de prise en soins des sujets âgés.

C'est en faisant ces constats, que j'ai vu là une belle opportunité de faire la transition entre mon métier d'infirmière en addictologie depuis douze ans et mon futur projet professionnel d'infirmière en pratique avancée en EHPAD.

Comme j'aime dire : « Je passe d'une dépendance à une autre ». La personne âgée présentant des pathologies chroniques stabilisées est régulièrement dite dépendante des équipes de soins pour réaliser certains actes de la vie quotidienne.

Ainsi, je vais pouvoir mettre à profit mes connaissances, mes savoirs faire et être, pour éviter la chute voire la « rechute ».

J'ai bien à l'esprit que mener une démarche réflexive pour éviter ce risque ne pouvait bien entendu pas se faire seule et qu'il était indispensable de mener une réflexion collective avec tous les professionnels participant aux soins des résidents.

## OBJECTIF DE RECHERCHE :

Décrire une démarche de réflexion collective en EHPAD pour prévenir le risque de chute.

## Cadre conceptuel :

### [La personne âgée et le vieillissement :](#)

Ce travail de fin d'études concerne les personnes âgées vivant en EHPAD. L'âge moyen d'entrée dans ses établissements est estimé à 85 ans et deux mois en 2015<sup>4</sup>.

Les profils de patients accueillis sont très variables. Cependant en 2015, environ 83 % des personnes âgées qui sont entrées en institution ont un niveau de dépendance compris entre 1 et 4 sur la grille AGGIR<sup>5</sup>.

Cette grille permet d'évaluer le niveau de dépendance de chaque personne. Elle est scorée de 1 à 6. Le groupe 6 étant celui des personnes n'ayant aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante.

---

<sup>4</sup> [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie\\_ehpa\\_08-2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf)

<sup>5</sup> [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie\\_ehpa\\_08-2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf)

Le groupe 1 réunit les personnes ayant une perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale. C'est un outil de décision pour la mise en place de solutions d'aides pour les équipes médico-sociales.

Dans un premier temps, je souhaite définir les spécificités de la population dont il est question et je m'appuierai sur une définition des sociologues N.Gourmala et V.Caradec.

Ces deux sociologues décrivent le vieillissement comme « une succession de transitions permettant de souligner l'importance des proches dans la construction identitaire.

Le vieillissement des personnes âgées présente deux caractéristiques : d'une part la mort est plus présente, la conscience de la finitude devient plus vive et provoque un retour réflexif sur soi, et d'autre part, une « déprise » qui se manifeste progressivement pour aller vers un renoncement plus radical ».<sup>6</sup>

Cette définition illustre pour moi, les différentes ruptures du chemin de vie qui amènent la personne âgée, souvent polypathologique à entrer en institution.

Cette définition évoque également les difficultés qu'elle peut rencontrer lors de l'évolution de son identité qui est en pleine mouvance et qui nécessite une adaptation.

Or, le temps psychique nécessaire à cette adaptation n'est pas toujours en accord avec les nouvelles situations qui se présentent à elles.

Pour l'organisation mondiale de la Santé (OMS), la définition du vieillissement est la suivante :« processus de changement progressif dans les structures biologiques, psychologiques et sociales de l'individu ».<sup>7</sup>

Dans ma pratique professionnelle auprès des personnes âgées, je souhaite rejoindre la théorie de Callista Roy où l'objectif des soins IDE est de promouvoir l'adaptation de la personne dans un contexte de santé ou de maladie.

En effet, dans nos pays occidentaux, le vieillissement est souvent mal vécu, il véhicule beaucoup de représentations négatives, qui ne permettent pas toujours aux personnes âgées de se projeter différemment, qu'en tant que personnes dépendantes.

---

<sup>6</sup> GOURMALA.N ET CARADEC.V.livre Sociologie de la vieillesse et du vieillissement.2001

<sup>7</sup> C.FANTINI-HAUWEL,M-C GELY-NARGEOT, S.RAFFART Psychologie et psychopathologie du vieillissement éditions Dunod 2014

Les symptômes rencontrés par les personnes âgées sont trop souvent rattachés à la « vieillesse », ce qui retarde les diagnostics médicaux. Il existe une vraie difficulté à percevoir les besoins de santé pour cette population.

Il est également à rappeler, comme le soulignent les auteurs du livre Humanitude : « L'entourage, qu'il soit familial ou soignant, joue dans la prévention de ces situations un rôle prépondérant et délicat...il risque de répondre sur un mode hyper protecteur au lieu de fournir à la personne les moyens de lutter par elle-même contre ce qui met en danger son équilibre. »<sup>8</sup>

Le fait de repérer les besoins de santé et les compétences de la personne soignée permettra d'utiliser de véritables leviers dans la relation de soins.

En effet, dans les EHPAD les équipes mettent en place des projets de vie et de soins pour permettre aux résidents de continuer à s'investir dans leur quotidien malgré les problèmes de santé.

Les soignants en EHPAD déploient leurs savoirs pour préserver la motivation des résidents, leurs rôles sociaux et assurer les soins dont ils ont besoin.

### La chute :

La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.<sup>9</sup>

Lors de mes recherches bibliographiques, j'ai trouvé des recommandations diverses et variées, que ce soit au niveau national ou international.

Nous sommes donc convenus avec mon directeur de mémoire le professeur Puisieux, de prendre comme cadre de référence le PUC (Programme Universel contre les Chutes). Ce dernier a été utilisé lors de la campagne de sensibilisation menée en Ile de France nommée « Pare à chute », entre février et avril 2017.

Cette campagne avait pour but de réduire le risque de chute grave par l'amélioration du dépistage, l'adaptation de la prévention et le partage d'expérience sur les chutes graves.

---

<sup>8</sup> Y.GINESTE, J.PELISSIER Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux, éditions Dunod 2019

<sup>9</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf)

L'intervention ciblait l'ensemble des établissements sanitaires et médicosociaux de la région Ile de France, soit 420 établissements sanitaires et 684 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le PUC a été élaboré et validé par un comité d'expert avec les structures pilotes du projet.

Ce programme propose différents points à évaluer <sup>10</sup>:

## HYGIENE, CONFORT ET DEFICIT NEUROSENSORIELS

Une attention particulière est à apporter aux soins des pieds, avec une hygiène régulière, un séchage minutieux, une pédicurie régulière, voire une hydratation en cas de besoin. La barrière cutanée doit être préservée pour éviter une blessure qui pourrait causer une infection, une douleur et ainsi entraver la marche.

De surcroît, il est indispensable que le chaussage soit approprié, avec un bon maintien du pied et une semelle qui adhère bien au sol.

Les vêtements doivent être adaptés et faciles à retirer pour éviter la prise de risque lors de l'habillage et du déshabillage.

Pour que l'environnement puisse être bien perçu, il est primordial que les déficits neurosensoriels soient corrigés, qu'un bilan ophtalmologique soit réalisé annuellement. Lors des soins quotidiens, il y aura une vérification du port de la correction prescrite, de l'état des lunettes et de leur propreté.

Aussi, systématiquement, avant de quitter un résident, quelques questions peuvent être posées pour qu'il puisse participer activement à la gestion du risque de chute :

- Voulez-vous que je vous accompagne aux toilettes ?
- Avez-vous une zone douloureuse ou d'inconfort ?
- Avez-vous besoin de quelque chose avant que je quitte votre chambre ?

Ceci, pour éviter une précipitation du résident pour se rendre aux toilettes alors qu'il perçoit peut-être plus difficilement ses besoins, ou parce qu'il n'ose peut-être pas demander aux soignants.

---

<sup>10</sup> <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29828/download?inline>

## ACCOMPAGNEMENT A LA MOBILITE

Il est important de s'assurer d'une mobilisation au moins 2 fois par jour pour stimuler le résident et ainsi entretenir la force musculaire, diminuer les douleurs du fait d'une position statique prolongée.

L'évaluation de l'utilisation des aides techniques disponibles, en collaboration avec l'ergothérapeute et kinésithérapeute sera demandée. Ces professionnels vont pouvoir évaluer certains facteurs de risque, donner des informations et sensibiliser les résidents pour une mobilité plus sécuritaire.

## SECURISATION DE L'ENVIRONNEMENT

Les personnels qui participent aux soins, ainsi que les personnels médico-sociaux, seront vigilants à l'environnement. Ils veilleront à éliminer les obstacles qui peuvent entraver le chemin des résidents, pour éviter une prise de risques en les franchissant.

Une attention particulière permettra de positionner à proximité des résidents la sonnette, des objets personnels et des aides techniques.

De plus, la hauteur du lit sera adaptée, les freins de lits et de fauteuils activés et les repose-pieds de fauteuils adaptés pour que les transferts se passent dans des conditions optimales.

## RÉVISION DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS

Chez les patients âgés de plus de 75 ans, la polymédication augmente le risque de iatrogénie, le souci de prescription adaptée et juste est un enjeu de santé publique.

Par conséquent, il est nécessaire de réviser le bénéfice-risque des prescriptions médicales, en collaboration avec le pharmacien, d'enlever ou de modifier les traitements qui ne sont plus adaptés ou plus nécessaires, tout en informant le résident ainsi que ses proches.

## NUTRITION, HYDRATATION ET SUPPLEMENTATION EN VITAMINE D

Les signes cliniques de dénutrition seront recherchés, notamment avec le contrôle de poids régulier. Les équipes veillent à la consommation alimentaire, au respect de la texture des repas.

En parallèle, des signes cliniques de déshydratation seront surveillés. Les équipes sont attachées à dispenser aux résidents une hydratation régulière et à alerter si elle n'est pas suffisante.

Aussi, l'organisation institutionnelle de la prescription et de l'administration de la vitamine D, pour prévenir de l'ostéoporose (mesures préventives et curatives).

## EVALUATION

L'évaluation de ce risque doit être menée à différents moments du séjour.

Tout d'abord lors de l'entrée du résident où il sera question de manière systématique de :

- Repérer des facteurs de risque de chute
- Effectuer une évaluation gérontologique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation des polyopathologies.
- Stratégies spécifiques :

-Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer

- Remise en question des contentions éventuelles, avec un protocole dédié.

Chaque proposition doit être clairement expliquée et négociée au cours de la consultation, en respectant les besoins, craintes, représentations et valeurs propres à la personne concernée.

Si les problèmes sont résolus, il y aura une évaluation une fois par an.

Si les problèmes de santé ne peuvent être résolus, il y aura l'intervention personnalisé des professionnels concernés.

### La gouvernance clinique

Comme nous venons de le voir précédemment, le repérage des facteurs favorisant la chute va mobiliser différents professionnels de santé. Il paraît pertinent alors de mener une approche collective du soin, pour gérer le risque de chute.

En effet, la gouvernance clinique née au Royaume-Uni, dans les années 90 a fait ses preuves depuis le début. Elle permet une montée en compétences des soignants mais aussi une amélioration de la qualité des soins.

La gouvernance clinique peut s'expliquer comme un ensemble de moyens par lesquels les organisations et les professionnels assurent la qualité et la sécurité des soins. Elle tend à responsabiliser l'ensemble des acteurs œuvrant dans la dispensation des soins en les incitant à s'engager dans la création, le maintien et la surveillance de standards se rapportant aux meilleures pratiques cliniques.

La gouvernance clinique a pour but principal de fédérer les actions visant à prodiguer des soins de qualité et sûrs, en réunissant les priorités cliniques et de gestion.

Les objectifs et principes de cette vision du soin s'articulent autour de cinq axes prioritaires :

- L'information et la participation des patients aux soins
- La continuité des prises en charge des patients
- Une assurance qualité par la gestion des risques
- L'efficacité des prestations
- Le développement et la pérennisation des compétences cliniques, notamment dans les domaines de pointe.<sup>11</sup>

### La collaboration interprofessionnelle

La coordination est un enjeu majeur de la santé de demain. Pour que nos actions de soins soient coordonnées et qu'elles répondent au mieux aux besoins de santé des patients, il est essentiel que la collaboration interprofessionnelle soit forte et efficace.

En EHPAD, il peut y avoir un cloisonnement des soins qui à mon sens ne permet pas d'optimiser la qualité des soins auprès des personnes âgées. Aussi, les transmissions s'effectuent maintenant bien souvent par un logiciel.

Cependant, la qualité des soins, ne peut se résumer à remplir des logiciels de transmissions, même si ces derniers reflètent les indicateurs de bonne prise en soins. Les logiciels aussi bien conçus soient-ils sont capables de cibler les points importants. La technologie est d'une aide précieuse mais elle contribue à renforcer le cloisonnement des soins. Or, pour qu'il y ait une véritable cohérence dans la continuité des soins pour un problème de santé aussi complexe que la gestion du risque de chute en EHPAD, il est nécessaire d'organiser et de coordonner les interventions soignantes.

La collaboration interprofessionnelle sous-entend les interactions, le contact et le dialogue entre les professionnels.

Elle désigne un processus volontaire où l'action de l'un est reprise dans l'action de l'autre, générant un déséquilibre nécessaire au mouvement, requérant une tolérance au risque pour que la rencontre se fasse dans un climat d'incertitude relative pour permettre l'innovation.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> <https://www.chuv.ch/fr/dso/dso-home/organisation-vision/gouvernance-clinique/>

<sup>12</sup> A.LECLERC, C.AUBOUIN.Revue de la pratique avancée Vol2 avril-mai-juin 2021

Le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 pose que « Dans le respect du parcours de soins du patient coordonné par le médecin..., l'infirmier exerçant en pratique avancée apporte son expertise et participe en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient, à l'organisation des parcours ». <sup>13</sup>

Grâce à ses interventions, l'IPA peut optimiser le travail en collaboration.

### Un outil de coordination

Pour harmoniser les pratiques, l'utilisation d'un outil commun réalisé par l'équipe est cruciale, pour gérer le risque de chute.

J'ai découvert lors des enseignements du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée le plan de soins type et le chemin clinique.

« Le chemin clinique (CC) décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient.

Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluri professionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques. » <sup>14</sup>

Pour réaliser un chemin clinique d'un groupe de patients donné, il faut respecter plusieurs étapes

#### 1. Elaboration du modèle clinique tri focal.

Ce modèle a été développé par Thérèse Psiuk et Arlette Marchal <sup>15</sup>.

« C'est un modèle qui oriente les jugements cliniques autorisés par chaque catégorie professionnelle dans la pathologie, les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires de traitement, et les réactions humaines physiques et psychologiques ». Cette démarche clinique construite collectivement, a pour but d'améliorer la prise en charge en favorisant la coordination entre les professionnels du soin. Elle met en relief tous les rôles, qu'ils soient prescrits, en collaboration ou du rôle propre des professionnels.

---

<sup>13</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>

<sup>14</sup> [chemin\\_clinique\\_guide\\_2004.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf) [Internet]. [cité 22 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_guide\\_2004.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf)

<sup>15</sup> . Psiuk T. L'apprentissage du raisonnement clinique [Internet]. De Boeck Supérieur; 2012 [cité 22 août 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-apprentissage-duraisonnement-clinique--9782804168919.htm>

## 2. Elaboration du plan de soins type

Le plan de soins type est un outil qui expose les actions de santé réalisées par l'équipe pluriprofessionnelle, véritable « vitrine » du savoir-faire et savoir être des équipes face à une problématique de santé.

Le plan de soin va permettre de lister et définir chaque symptôme qui peut concerner un patient du groupe type (Personne âgée polypathologique présentant un risque de chute).

Les plans de soins type sont de véritables sources en termes de connaissances et d'informations.

Ils sont le reflet d'un aspect très pratique du travail élaboré au quotidien. Ils guident le professionnel vers un questionnement, un raisonnement, qui permet une évolution des pratiques dans une prise en soins spécifique, pour l'ensemble des acteurs d'une équipe pluridisciplinaire.

## 3. Elaboration du chemin clinique

Le chemin clinique est la résultante des deux premières étapes. Il est constitué des relations entre les risques, les problèmes et les capacités, avec une liste d'actions adaptées à chaque problème réel ou potentiel. Cet outil de coordination permet le développement de l'autonomie professionnelle dans une interdisciplinarité.

Il s'agit pour les professionnels de santé qui contribuent à l'élaboration des chemins cliniques de respecter les attributs de la démarche d'analyse des processus dans la prise en charge d'un patient et autour de cette prise en charge. »<sup>16</sup>

## METHODE

Cette recherche action a été organisée en février 2022, elle est monocentrique et s'est faite en présentiel. Les participants étaient tous volontaires.

### Le choix des participants

Le choix de constituer un groupe pluriprofessionnel avait pour but :

- De proposer un échange avec tous les acteurs des différents champs du soin,

---

<sup>16</sup> T.PSIUK et C.VERHELST. Plans de soins types et chemins cliniques, 19 situations prévalentes. Elsevier Masson 2011

- De permettre une approche holistique,
- D'avoir accès à l'expérience des acteurs en faisant l'hypothèse que le groupe renforce l'identité professionnelle, facilite les échanges autour de situations.

L'échantillon du groupe d'experts était composé de 7 professionnels (5 femmes et deux hommes), avec une moyenne d'âge de 42.5 ans.

-Un médecin coordinateur de l'EHPAD pratiquant depuis plus de 30 ans.

-Trois infirmiers. Le premier travaille depuis 8 ans auprès des personnes âgées. La deuxième exerce depuis 7 ans en gériatrie. La troisième est diplômée infirmière depuis 1 année et vient d'arriver au sein de l'équipe.

-Un kinésithérapeute qui exerce depuis plus de 40 ans et qui, durant sa carrière a pris soin de nombreuses personnes âgées.

-Une socio esthéticienne qui est aide-soignante de formation, elle prend soin des personnes âgées dépendantes depuis plus de 10 ans.

-Une aide-soignante, qui accompagne depuis plus de 30 ans les personnes âgées.

J'ai également contacté le service qualité de cet établissement pour savoir s'il y'avait un protocole concernant la gestion du risque de chute, il est consultable en annexe 1.

### Brain storming

Le brainstorming ou remue-méninges est une technique d'étude qualitative et de créativité utilisée notamment pour générer des concepts.

Lors de la réunion de brainstorming, chaque participant a été invité à émettre librement et spontanément des idées ou suggestions sur les facteurs de risque de chute afin de réaliser dans une première étape notre modèle trifocal.

En tant qu'animateur j'avais pour tâche de veiller au bon déroulement de la séance, avec un rôle de modérateur dans la discussion. J'ai posé un cadre règlementaire de fonctionnement du groupe pour m'assurer de l'absence de jugements négatifs portés sur les propositions.

### Audit des pratiques

Par la suite, une auto évaluation des pratiques a été réalisée, grâce à une grille d'audit des pratiques pour les établissements médico-sociaux utilisée dans le programme « pare à chute ».

Cet autodiagnostic a permis de compléter le travail, afin de pouvoir mesurer l'écart entre ce qui est fait au sein de cet établissement et les recommandations de bonnes pratiques. Il permettra de savoir d'où l'on part pour établir les axes de travail vers lesquels nous voulons tendre.

### Construction du chemin clinique avec le groupe nominal

Pour construire le modèle trifocal, le plan de soins type et notre chemin clinique, tout en obtenant un consensus de groupe, nous avons utilisé le groupe nominal.

Jones et Al définissent la méthode du groupe nominal<sup>17</sup> comme une méthode particulièrement bien adaptée quand il s'agit d'explorer un problème à la fois d'ordre quantitatif, et qualitatif.

Le groupe nominal permet de décrire une position individuelle tout en participant à l'élaboration d'un consensus. L'ensemble des propositions obtenues est représentatif de toutes les idées du groupe.

Le groupe permet d'observer l'interaction entre les participants au niveau de la seconde phase du travail. C'est une méthode facile à mettre en place avec des résultats rapides.

Avant de débiter l'exercice, j'ai présenté au groupe le modèle trifocal, le plan de soins type et le chemin clinique.

Pendant le groupe nominal, il y a deux temps de réflexion : un individuel et un collectif.

Le temps individuel a permis à chacun de réfléchir sur les éléments à prendre en compte pour la gestion du risque de chute en EHPAD. Ceux-ci ont été notés sur un tableau blanc.

Le temps collectif a permis de mettre en commun les différents points amenés par chaque professionnel et de les faire figurer ou non dans le modèle trifocal, dans le plan de soins type et dans le chemin clinique du groupe. Ces propositions ont alors été classées dans un tableau et reportées dans le modèle trifocal comme suit :

---

<sup>17</sup> Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. BMJ. 5 août 1995

Symptômes, signes	Risques et effets indésirables	Réactions humaines et psychologiques
-------------------	--------------------------------	--------------------------------------

### Modèle trifocal

Par la suite, un plan de soins type a été élaboré

Pour chaque symptôme, chaque signe, le rôle de chaque professionnel a été défini (rôle propre, rôle collaboratif et rôle sur prescription), ainsi que les résultats attendus et les sources scientifiques correspondantes. Il se présentera de la façon suivante :

Symptômes	Définitions	Rôle du médecin Co	Rôle IPA	Rôle paramédicaux	Actions sur prescription	Résultats attendus	Biblio
-----------	-------------	--------------------	----------	-------------------	--------------------------	--------------------	--------

Une fois le rôle de chacun précisé dans ce tableau, il a été important de définir qui intervient et à quel moment afin de coordonner au mieux les actions, de personnaliser les plans de soins et de répondre équitablement à chaque besoin.

La synthèse de cette réflexion a été récapitulée dans le chemin clinique, qui prendra cette forme :

Objectif de prise en charge	Qui	Actions de soins	Quand	Commentaires

## RESULTATS

### Brain storming

C'est une méthode qui posait question pour une majorité des participants car ils ne l'avaient jamais utilisée avant. Cependant, les participants ont adhéré facilement. Le cadre de fonctionnement du groupe a été respecté.

Ainsi, j'ai récolté des éléments sur ce qui était connu du groupe d'un point de vue théorique sur le sujet. Les réponses retrouvées lors du brainstorming concernent les facteurs intrinsèques et extrinsèques de chute. Les connaissances théoriques du groupe sont conformes aux recommandations du PUC. Le modèle trifocal n'était pas connu de l'équipe mais a été facilement rempli, notamment grâce à la recherche du consensus d'équipe, qui a été apprécié. Les réponses des participants ont été retranscrites et classées dans ce modèle trifocal :

Signes, facteurs de risque	Risques et effets indésirables	Réactions humaines et psychologiques
<b>Prise de traitements</b>	Effets sédatifs, syndrome extrapyramidal, hypotension orthostatique, troubles de conduction et du rythme cardiaque	Anxiété Difficultés à prendre de initiatives Perte de motivation
<b>Atteinte cardiovasculaire</b>	Modification tensionnelle, troubles du rythme, syncope d'effort	Diminution confiance en soi Diminution estime de soi
<b>Atteinte neurologique</b>	Troubles de la marche et de l'équilibre, incontinence urinaire et fécale	Repli sur soi
<b>Troubles métaboliques</b>	Hypoglycémie, déséquilibres hydroélectrolytiques, anémie	Diminution des interactions sociales
<b>Affections ou séquelles orthopédiques</b>	Douleur et impotence fonctionnelle	
<b>Troubles de l'humeur</b>	Apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur	
<b>Dénutrition</b>	Perte de la force musculaire	
<b>Troubles neurosensoriels</b>	Diminution acuité visuelle et auditive	
<b>Chaussage</b>	Mauvais ancrage des pieds au sol	
<b>Environnement</b>	Prise de risque du fait des obstacles	
<b>Contentions</b>	Diminution de la qualité de vie	

### Auto diagnostic

Après cette étape de clarification des éléments à prendre en compte et des points d'attention retenus par l'équipe, l'autodiagnostic a permis d'évaluer les pratiques de l'équipe en la matière.

Voici l'évaluation des pratiques selon le groupe d'experts :

	Points forts	Axes d'amélioration
<b>Onglet 1</b>		
<b>Dépistage : évaluation et caractérisation du risque</b>		
Dépistage : recherche d'un antécédent de chute, test de mobilité, facteurs de risque individuels (âge supérieur à 80 ans, pathologies neuro gériatriques, les troubles mictionnels, les troubles locomoteurs et musculaires, les troubles métaboliques, les troubles neuro sensoriels, la prise de plus de 4 médicaments, la prise de psychotropes, la dénutrition	Oui	
Identification du patient à risque de chute	Oui	
Indication d'une chute durant l'année écoulée	Oui	
Résultat du Timed up and go test		Voir si possibilité de paramétrer le logiciel pour le Tinetti
Facteurs de risque individuels comportementaux (consommation d'alcool, la sédentarité, la prise de risque)		Faire apparaître les facteurs de risques individuels dans le logiciel et sensibiliser les équipes à ces facteurs.
Facteurs environnementaux (aides techniques, contentions...), réévaluation pluridisciplinaire périodique et présence d'une ordonnance pour les dispositifs	Oui	
Les facteurs de risque de blessures sont répertoriés (augmentation fréquence des chutes sur les 6 derniers mois, antécédent de fracture, d'ostéoporose, prise d'anticoagulants, isolement social ou familial, identification de risque de chute grave, capacité à se relever seul)	Oui	Faire apparaître la capacité à se lever seul.
La réévaluation du risque de chute selon les éléments du protocole de l'établissement	Oui	
Une attention est portée concernant l'hygiène, le chaussage	Oui	

<b>Gestion des troubles neuro sensoriels</b>	Oui	
<b>Prise en charge de la dénutrition, de l'hydratation et de la correction en vitamine D</b>	Oui	
<b>Le besoin d'assistance aux transferts et à la mobilité est visible</b>	Oui	
<b>L'environnement est adapté (aires de déplacements dégagées, éclairages fonctionnels dans les chambres et les sanitaires. La sonnette, les objets personnels sont au plus près du résident. Les freins de lit, de fauteuil sont activés. Une vigilance est portée à la hauteur du lit, aux barrières de lit et aux repose pieds.</b>	Oui	
<b>Onglet 2</b>		
<b>Prévention de la chute et des blessures liées aux chutes.</b>		
<b>Présence d'activités adaptées pour les résidents à risque de chute grave : prise en charge pluriprofessionnelle tracée, plan de soins individualisé</b>	Oui	Plan de soins individualisé mais non formalisé
<b>L'information est donnée au patient et à son entourage en cas de chute</b>	Oui	
<b>Le plan de soins individualisé contient la mise en œuvre d'un programme d'exercice personnalisés : rééducation de la force musculaire, rééducation de l'équilibre et de la marche... La mise en place des mesures pour minimiser les blessures liées aux chutes (matelas antichute, protecteur de hanche, apprentissage du relever du sol, des interventions nutritionnelles.</b>	Oui	
<b>Onglet 3 La prise en charge individuelle du résident lors de la dernière chute</b>		
<b>La recherche des facteurs individuels précipitant (pathologies aiguës cardiovasculaires, neurologiques, vestibulaires,</b>	Oui	

<b>métaboliques, les déséquilibres de la glycémie, syndrome confusionnel, pathologie infectieuse, déshydratation, introduction de psychotropes et anti-hypertenseurs) est effectuée</b>		
<b>Les causes directes de la chute sont identifiées</b>	Oui	
<b>L'évaluation post chute et estimation du temps passé au sol sont notées</b>	Oui	
<b>La correction des facteurs précipitant est retrouvée</b>	Oui	
<b>Dans le cadre d'une chute grave, les circonstances sont décrites (traumatismes crâniens, perte de connaissance, plaie nécessitant une suture, hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation, station au sol de plus d'une heure, fractures, syndrome post chute, décès...</b>	Oui	

Dans l'évaluation des pratiques, je remarque que le logiciel n'est pas toujours paramétré sur les pratiques des soignants notamment en ce qui concerne le test de marche. Ici le kinésithérapeute utilise le Tinetti et pas le timed-up and go test.

Aussi, les facteurs de risque individuels comportementaux ne sont pas présents dans le logiciel, ni la capacité du résident à se relever seul.

De plus, le plan de soins individualisé est présent mais non formalisé mais il ne comprend pas le détail des activités adaptées pour le résident ayant un risque de chute.

Globalement, les indicateurs de prise en compte de ce problème sont remplis par l'équipe et sont notés sur le logiciel mais il n'y a pas de coordination autour des différentes actions des professionnels. Elles sont réalisées de manière isolée.

Pour rappel, le logiciel n'a pas été paramétré avec les équipes de soins mais essentiellement avec le service qualité. De plus, le protocole de l'établissement concernant la gestion des chutes organise la prise en soins du résident une fois qu'il est tombé, il n'y a pas de prévention de ce risque.

Aussi, j'ai constaté qu'il n'y avait pas suffisamment de liens avec le service qualité pour la gestion du risque de chute. Il aurait été intéressant d'inviter l'ingénieur qualité à participer à l'exercice. En me rapprochant du service qualité, j'ai pu connaître le nombre de chute à l'EHPAD, qui était de 254 chutes en 2021.

C'est la première fois qu'il y a une évaluation globale de ces pratiques au sein de l'EHPAD.

Je n'ai pas rencontré de difficultés avec le groupe dans cet exercice, nous avons réalisé le travail étape par étape. Ensuite, nous avons construit un plan de soins type.

Les éléments du groupe ont été retranscrits dans le tableau suivant :

Signes, facteurs de risque de chute	Données	Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision professionnels de santé	Résultats attendus	Argumentation et fondements scientifiques
<b>Prise de traitements</b>	Effets sédatifs, syndrome extrapyramidal, hypotension orthostatique, troubles de conduction et du rythme cardiaque	Application des prescriptions médicales : médicamenteuses, kinésithérapie, ergothérapie, diététicienne...  Conciliation médicamenteuse	Interrogatoire, observation clinique du résident  Vérification de l'efficacité et des effets secondaires des traitements	Absence d'effets secondaires  Efficacité des traitements	Programme universel contre les chutes 2016  Recommandations HAS diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus 2021  Recommandations HAS contention chez la personne âgée mises à jour juin 2010
<b>Atteinte cardiovasculaire</b>	Modification tensionnelle, troubles du rythme, syncope d'effort	Réalisation d'un interrogatoire et d'un examen clinique  Programmation et réalisations d'examens complémentaires  Vérification de la pression artérielle, des pouls périphériques et de la fréquence cardiaque Suivi avec cardiologue	Observation clinique du résident à la recherche d'une dyspnée, douleur thoracique, œdèmes des membres inférieurs, diminution du périmètre de marche, signes de thrombose veineuse profonde	Examen cardiovasculaire sans particularités	Article reducing fall risk in the elderly :risk factors and fall prevention a system review August 2014. Pfortmueller C-A, Lindner G, Exadaktylos A-K

<b>Atteinte neurologique</b>	Troubles cognitifs, troubles de la marche et de l'équilibre, incontinence urinaire et fécale	Interrogatoire et examen clinique neurologique  Prescription d'un bilan neurocognitif  Prescription de séances de kinésithérapie	Réalisation d'un bilan neurocognitif  Observer et évaluer les éventuels troubles de la marche et de l'équilibre Prévenir le risque de constipation Evaluer et prévenir le risque de rétention ou d'incontinence urinaire	Identification des fonctions cognitives altérées  Moins de troubles de l'équilibre  Pas de constipation  Pas de rétention urinaire	Article « Quel bilan chez le sujet chuteur ? De l'examen clinique aux tests spécifiques ». Repères en gériatrie 2004. Giraud M, Yvain F  Article « Evaluer le risque de chute : la consultation multidisciplinaire ». Puisieux F, Pardessus V, Thévenon A
<b>Troubles métaboliques</b>	Hypoglycémie, déséquilibres hydroélectrolytiques, anémie	Prescription d'examens complémentaires	Observation clinique à la recherche de signes d'hypoglycémie, de déshydratation, d'anémie  Evaluer les apports hydriques  Dépistage et surveillance des signes de confusion	Absence de signes d'hypoglycémie, absence de signes de déshydratation, pas de signes d'anémie et de confusion	
<b>Affections ou séquelles orthopédiques</b>	Douleur et impotence fonctionnelle	Prescription d'antalgiques	Evaluation de la douleur	Absence de douleurs	

<b>Trouble de l'humeur</b>	Apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur	Prescription des aides techniques	<p>Evaluer la capacité à assurer les transferts seul</p> <p>Vérification de l'utilisation des aides techniques</p> <p>Observer et évaluer les éventuels troubles de la marche et de l'équilibre, test de marche</p>	<p>Le résident exprime sa capacité à réaliser les déplacements</p> <p>Les aides techniques sont adaptées et sont correctement utilisées</p>	
		Evaluation de la nécessité ou non de prescrire une thérapie et orientation vers psychologue	<p>Evaluer l'anxiété avec échelle HAD</p> <p>Réalisation d'entretiens d'aide</p> <p>Stimulation à la marche avec activités physiques adaptées</p>	<p>Le degré d'anxiété du résident est connu</p> <p>Le résident peut verbaliser son anxiété et développe des stratégies d'adaptation pour y faire face</p>	
<b>Dénutrition</b>	Perte de la force musculaire	Evaluation de l'état de dénutrition	Dépister une dénutrition	Le résident présente un poids stable	
		Prescription d'exams complémentaires	Evaluer la capacité à s'alimenter (état dentaire, prothèse)	<p>Absence de trouble de la déglutition</p> <p>Suivi dentaire régulier</p>	

<p><b>Troubles neurosensoriels</b></p>	<p>Diminution acuité visuelle et auditive</p>	<p>Prescription de compléments alimentaires</p> <p>Orientation pour suivi chez ophtalmologue</p> <p>Suivi avec audioprothésiste</p>	<p>dentaire, troubles de la déglutition...)</p> <p>Prévenir le risque d'escarre</p> <p>Prévenir les carences en vitamines</p> <p>Vérification du port des prothèses auditives et des lunettes, de leur propreté et de leur efficacité</p>	<p>Pas de présence d'escarre</p> <p>Les lunettes sont adaptées à la vue et sont propres</p> <p>Les prothèses auditives sont portées et adaptées</p>	
<p><b>Chaussage</b></p>	<p>Mauvais ancrage des pieds au sol</p>	<p>Prescription chaussures anti chute</p>	<p>Vérification du chaussage</p>	<p>Les chaussures maintiennent correctement le pied</p>	
<p><b>Environnement</b></p>	<p>Prise de risque du fait des obstacles</p>		<p>Sécurisation de l'environnement</p>	<p>Absence d'obstacle</p>	

<p><b>Contentions</b></p>	<p>Absence de possibilité d'alerte</p> <p>Insécurité du résident du fait d'un comportement estimé dangereux ou mal adapté</p>	<p>Prescription des contentions mensuelles et réévaluation de la nécessité de poursuite</p>	<p>Le résident peut alerter en cas de besoin</p> <p>Surveillance de la sécurité du résident</p> <p>Soins de confort</p>	<p>Présence de la sonnette à proximité</p> <p>Le résident est en sécurité</p>	
---------------------------	---	---	---	---	--

Lors des échanges, les membres du groupe se sont posés des questions sur les différentes évaluations réalisées (exemple: Timed up and go test, Tinetti). Chacun a ainsi exposé ce qu'il faisait dans son domaine de compétences. La curiosité professionnelle était présente.

Aussi, j'ai constaté qu'il y'avait une méconnaissance des actions de chacun lors des échanges par rapport aux questions qui étaient posées sur le travail des uns et des autres.

Il y a eu des réactions d'étonnement en rapport avec le travail global effectué. Ces éléments sont en adéquation avec les résultats des travaux de Thérèse Psiuk concernant l'utilisation du chemin clinique, dans le management par la clinique. Les membres du groupe ont amélioré leurs connaissances par le partage avec leurs collègues des différentes disciplines.

Le médecin a dit à l'équipe que le travail était globalement bon. Des remarques bienveillantes sur le travail global accompli ont été formulées, ce qui a fait émerger un sentiment d'auto efficacité.

Le groupe était suffisamment en confiance pour évoquer une expérience difficile. Il s'agissait d'une résidente qui avait fait une chute grave.

Ce drame, lourd de conséquences a bien été signalé en interne mais n'a pas fait l'objet d'une analyse interprofessionnelle avec le service qualité. L'équipe a profité de ce temps de parole pour revenir sur cette prise en soins complexe. Après avoir pris le temps d'accueillir les réactions de chacun vis-à-vis de cette situation, nous avons procédé au groupe nominal pour élaborer un outil de coordination.

Ensuite, nous avons réalisé le chemin clinique ci - après :

Objectifs de prise en charge	Qui	Actions de soins	Quand	Commentaires
Faciliter l'adaptation du résident dès l'arrivée à l'EHPAD	Tout intervenant	-Se présenter -Informé -Etablir un lien de confiance -Rassurer -Evaluer l'anxiété avec échelle HAD -Suggérer la participation aux activités	Au quotidien et J0, 1 mois et à chaque examen clinique de suivi pour l'évaluation de l'anxiété	
Bilan des atteintes neurologiques	Médecin-neuro psychologue-IPA-infirmier-aide-soignant	-Interroger sur : date, heure, nom, prénom, date de naissance	J0, 1 mois et à chaque examen clinique de suivi	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participer à l'évaluation de l'état cognitif (MMSE)</li> <li>-Evaluation de l'orientation temporo spatiale</li> </ul>		
Evaluation des capacités locomotrices	Médecin-IPA- infirmier-aide-soignant- kinésithérapeute- ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Réalisation de test de marche et observation de cette dernière</li> <li>-Dépister et réévaluer un besoin d'aide technique pour la marche</li> <li>-Mettre en place le matériel locomoteur adapté au besoin du résident et le notifier</li> </ul>	J0, 1 mois et à chaque examen clinique de suivi	
Maintien de l'hygiène et du confort	Médecin-IPA- infirmier-aide-soignant- ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Veiller à une hygiène correcte des pieds et aux soins de pédicurie réguliers</li> <li>-S'assurer que le résident ait un chaussage et des vêtements adaptés</li> <li>-Percevoir les troubles neurosensoriels et être attentif à au bon fonctionnement, au port, à la propreté et au suivi des dispositifs</li> <li>-Mettre en place des lits, des fauteuils adaptés</li> </ul>	Au quotidien	
Accompagnement à la mobilité	Tout intervenant	-Mobilisation au moins 2 fois par jour	Chaque jour	

		-Rassurer le résident sur ses capacités à se mouvoir		
Sécuriser l'environnement	Tout intervenant	-Élimination des obstacles -Mise à disposition de la sonnette, des objets personnels et des aides techniques -Vérifier la hauteur des lits, les freins de fauteuil et les repose pieds -Surveillance et évaluation des prescriptions relatives aux contentions -Surveillance de la sécurité des résidents ayant des contentions	Chaque jour et lors du renouvellement des prescriptions	
Pertinence des prescriptions médicales	Médecin-IPA	-Évaluation des effets des traitements -Réviser le bénéfice et les risques des prescriptions médicales -Informers les résidents et leurs proches	Dès l'introduction, l'arrêt d'un traitement et à chaque renouvellement de prescription	
S'assurer d'une hydratation, d'une nutrition adaptées et d'une élimination optimale	Médecin-IPA- infirmier-aide soignant-hôtelier	-Respect des textures et adaptation si nécessaire -Évaluation de la consommation des repas -Contrôle du poids -Évaluation de l'hydratation -Contrôle et supplémentation	Au quotidien	

		des carences en vitamines D -Evaluation du transit, de l'élimination urinaire et de la continence fécale et urinaire		
Bilan des troubles métaboliques et des atteintes cardiovasculaires	Médecin-IPA	-Recherche des antécédents médicaux et des facteurs de risques cardiovasculaires -Examen clinique à la recherche signes de troubles métaboliques et cardiovasculaires -Réalisation d'un bilan sanguin complet -Réalisation d'un ECG -Prise de la PA, des pulsations	J0 pour la recherche des antécédents, de l'ECG et du bilan sanguin Au moins une fois par mois pour la prise de la PA et des pulsations A chaque examen clinique pour la recherche de signes de troubles métaboliques et cardiovasculaires	

Ce travail a provoqué un espace de parole et d'échanges autour des pratiques qui n'est pour le moment pas mis en place. Les participants ont apprécié cette façon de travailler.

D'après l'équipe, cet exercice peut servir à évaluer les pratiques régulièrement, en parlant aussi de pratiques qui fonctionnent alors qu'actuellement l'évaluation des pratiques se fait lorsqu'il y a un incident.

Le groupe d'experts remarque qu'il n'est pas simple de s'approprier la méthode et qu'il est indispensable d'être guidé.

Il reste à trouver des actions pour mieux informer les patients et leur entourage et surtout pour pérenniser ces actions.

## DISCUSSION

La construction et la description du chemin clinique se sont déroulées sans grandes difficultés, même si elles ne sont pas toujours enseignées dans les centres de formation des professionnels de santé. C'est une méthode qui a fait ses preuves au sein de bon nombre d'équipes de soins. Moi-même, je ne la connaissais pas avant de faire la formation d'infirmier en pratique avancée. C'est un réel frein qui peut amener à une non utilisation de l'outil.

La présence de l'outil et sa réactualisation informatique pourraient devenir des leviers, pour permettre aux personnels nouvellement arrivés de bénéficier des connaissances des collègues expérimentés.

En effet, aujourd'hui encore, il y a un turnover important dans les équipes de soins exerçant auprès des personnes âgées.

Les nouveaux professionnels arrivants pourront aussi enrichir les pratiques et contribuer à l'élaboration du plan de soins pour gérer le risque de chute en EHPAD.

C'est un outil polyvalent, qui peut être utile dans une temporalité étendue des problèmes de santé traités.

Ce temps de construction de soins en équipe permet à chacun d'entretenir la motivation aussi bien individuelle que collective.

Depuis plusieurs années maintenant, les professionnels de santé ne cessent de décrier les conditions de travail dans les établissements de santé. Ils ne se sentent pas reconnus dans leur travail, la réalisation des soins est souvent sectorisée. Il y'a moins de temps d'échange autour des pratiques professionnelles par la perspective de la clinique.

## CONCLUSION

L'organisation du travail reposant sur une réflexion collective permet également de mettre en relief les valeurs d'une équipe, véritables socles de cohésion.

Les valeurs indiquent la direction à suivre, elles guident les actions et vont donner plus de sens au travail accompli. Cette recherche de consensus va nourrir les équipes et permettra de prendre en compte les professionnels qui œuvrent au quotidien pour accompagner au mieux les personnes âgées. Ainsi, par glissement, les professionnels de santé auront des émotions plus positives, qui seront le reflet des valeurs humaines auxquelles ils auront collectivement choisi

d'adhérer. Ils pourront alors optimiser leurs savoirs- faire et être qui leur permettront d'aller à la rencontre des résidents et d'avoir une approche des plus centrée sur la personne.

Ces échanges vont aider à établir ensemble des projets de soins en adéquation avec la personnalité des résidents, leurs problèmes de santé et leur entourage ; ceci dans le but d'aider les résidents à s'adapter du mieux qu'ils le peuvent aux répercussions de leur état de santé sur leur quotidien. Cette réflexion collective mènera à édifier ensemble les pratiques de soins de demain.

## BIBLIOGRAPHIE :

### Sites internet :

<sup>1</sup> INSEE. (2018, janvier 20). Récupéré sur statistiques: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#:~:text=Au%201%20er%20janvier%202018%2C%20la%20France%20compte,an%20auparavant%20et%2018%2C8%20%25%20deux%20ans%20auparavant>

<sup>2</sup> HAS. (2013, juin). Récupéré sur parcours fragilité: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche\\_parours\\_fragilite\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_fragilite_vf.pdf)

<sup>3</sup> Santé publique. (2019, juin 26). Récupéré sur maladies et traumatismes: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>

<sup>4,5</sup> DREES. (2020, août). Récupéré sur infographie ehpad: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie\\_ehpa\\_08-2.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf)

<sup>9</sup> HAS. (2009, juin). Récupéré sur chutes répétées personnes âgées: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/200906/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/200906/chutes_repetees_personnes_agees_recommandations.pdf)

<sup>10</sup> ARS Ile de France. (2016). Récupéré sur PUC: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29828/download?inline>

<sup>11</sup> CHUV. (2018, février 19). Récupéré sur organisation-vision/gouvernance clinique: <https://www.chuv.ch/fr/dso/dso-home/organisation-vision/gouvernance-clinique/>

<sup>13</sup> LEGIFRANCE. (2018, juillet 18). Récupéré sur journal officiel: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/7/18/SSAH1812409D/jo/texte>

<sup>14</sup> HAS. (2009, août). Récupéré sur Chemin clinique: [chemin\\_clinique\\_guide\\_2004.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf) [Internet]. [cité 22 août 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_guide\\_2004.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide_2004.pdf)

<sup>15</sup> CAIRN. (2012, août). Récupéré sur Apprentissage du raisonnement clinique: <http://www.cairn.info/l-apprentissage-duraisonnement-clinique--9782804168919.htm>

### Livres :

<sup>6</sup>GOURMALA, N. e. (2001). Sociologie du vieillissement et de la vieillesse. Armand Colin

<sup>7</sup>FANTINI-HAUWEL, C.-N.-C. e. (2014). Psychologie et psychopathologie du vieillissement. Dunod.

<sup>8</sup>Y.GINESTE et J.PELISSIER (2019). Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux. Dunod.

<sup>16</sup>T.PSIUK et C.VERHELST(2011). Plans de soins types et chemins cliniques, 19 situations prévalentes.Elsevier Masson

### Articles :

<sup>12</sup>LECLERC, A. e. (2021, avril-mai-juin). Revue de la pratique avancée Vol2 .

<sup>17</sup>JONES, J. e. (1995, août 5). Consensus methods for medical and health services research. BMJ.

## ANNEXE 1

	<b>PRISE EN CHARGE</b>	Identification : CHS/PEC/PG/027
	<b>GESTION DE LA CHUTE D'UN PATIENT/RESIDENT</b>	Date de création : 21/03/2019 Date de révision : 22/11/2019 N° de version : 3 N° de pages : 1/2

REDACTEUR	VERIFICATEUR QUALITE	VERIFICATEUR	APPROBATEUR
Nom et date :	Nom et date :	Nom et date :	Nom et date :
Fonction : Responsable QGDR	Fonction : Responsable QGDR	Fonction : Coordinatrice des soins	Fonction : Président CME Directrice
3 - 16/01/2020 : - procédure commune sanitaire et medico social			

✦ **Objet**

Ce document a pour objet la prévention des chutes et la conduite à tenir

✦ **Domaine d'application**

Ce document s'applique aux structures sanitaire et médico-sociale.

✦ **Personne(s) concernée(s)**

Ce document concerne les professionnels soignants

✦ **Définition(s) et abréviation(s)**

/

✦ **Cadre réglementaire**

Haute Autorité de la Santé

✦ **Cadre de référence / Annexe(s)**

/

- Date de passage en validation en Commission/Instances :  
QUALIRISQUE 22/11/2019

✦ **Groupe de travail (facultatif) (Nom, prénom, fonction)**

	<b>PRISE EN CHARGE</b>	Identification : CHS/PEC/PG/027
	<b>GESTION DE LA CHUTE D'UN PATIENT/RESIDENT</b>	Date de création : 21/03/2019 Date de révision : 22/11/2019 N° de version : 3 N° de pages : 2/2

#### ✦ Descriptif du processus ou de l'activité

Compte tenu de la gravité potentielle des chutes, il faut évaluer rapidement :

- **Les conséquences** traumatiques.
- Les **causes** évidentes.
- Les **facteurs** favorisants.

#### Conduite à tenir immédiatement

- 1- Recueillir les **renseignements** fournis par les témoins éventuels de la chute et préciser, autant que possible les mécanismes de la chute (ex : malaise, glissade, tentative de se lever...)
- 2- Evaluer les **caractères de gravité** :
  - Recherche de traumatisme avec **impotence fonctionnelle** +/- douleur
  - Recherche de **plaie +/- hémorragie**
  - Recherche de troubles de la **conscience**
- 3- L'infirmière présente prendra les paramètres vitaux et fera un bilan clinique qu'elle notera dans le dossier du patient/résident :
  - Prise du **pouls**, de la **tension artérielle**, du **Dextro** et de la **température**
  - Evaluation de la **respiration**, saturation en oxygène, de la **conscience**, du **comportement**, de la **coloration cutanée**, de la **douleur**
- 4- L'agent constatant la chute réalise une **déclaration de chute** dans le logiciel informatique. La déclaration est imprimée puis insérée dans le dossier du patient/résident
- 5- L'infirmière ou l'aide-soignante appellera le **médecin du service** ou le **SAMU**. Dans tous les cas, le patient/résident ayant chuté devra être vu à terme par un médecin.

Après une chute ayant comporté un **traumatisme crânien**, avec ou sans plaie, la survenue de **vomissements**, de **troubles de la conscience** ou d'une **somnolence** impose un **avis médical en urgence**.

Ne pas oublier de **prévenir la famille**.

#### Conduite à tenir par la suite

Toute chute, avec ou sans traumatisme, devra être réévaluée les jours suivants :

**Correction des facteurs favorisants**, vérifier si l'**environnement** est adapté.

**Réévaluation quotidienne** (première semaine) puis selon prescription médicale :

- a) De la douleur
- b) De la capacité fonctionnelle
- c) De la capacité de marcher
- d) De la notion d'appréhension de la chute
- e) Réévaluation avec le kinésithérapeute et l'ergothérapeute.

## ABSTRACT :

### Introduction :

Through scientist studies, the fall is a public health problem and this risk is more important when the persons suffer from chronical deseases. It must be important to manage it.

Because of the complex damage to the health it can cause, the aim of this master thesis is to lead a collective reflexion about cares, including different kind of professionnals. (dietetician, occupationnal therapist, doctors, nurse...).

As a nurse practioner, I will work in an institution. That's why I ask myself how I can help to reduce the risk of fall for my patients.

### Method :

By a brain storming and a nominal group, I describe a clinical collective reflexion reducing the fall risk for persons who are institutionalized.

This method will help us to share our different professionnall point of views and compare them. The goal is to offer a strategic care's plan, where our skills will converge, to help caregivers focus on risks of fall.

### Results :

After sharing our ideas, we have adopted a consensus care's plan to assess risk's fall and we built our clinical pathway. It must be an easy tool, understood by everyone. This kind of tool must be explained by a leader to help teams improving their skills.

### Discussion :

Despite of some difficulties, a first tool can be used, explored and improved.

The nurse practitioner will be able to explain and promote the tool to the team. This tool can be part of a team building.

**AUTEUR(E) : Nom : PALUBINSKA Prénom :DANIELE**

**Date de soutenance : 30 JUIN 2022**

**Titre du mémoire : L'INFIRMIER DE PRATIQUE AVANCEE, PIVOT DANS LA GESTION DU RISQUE DE CHUTE EN EHPAD**

**Mots-clés libres: chute, personne âgée, management par la clinique**

**Résumé :**

La chute est un événement indésirable fréquemment déclaré dans les institutions. Il apparaît primordial de mettre en place des outils pour mieux gérer le risque de chute. Il rassemblerait les compétences des professionnels interagissant en EHPAD.

Après une première étape de recherche bibliographique, j'ai procédé au recrutement de professionnels pour créer un groupe d'experts.

Nous avons choisi de créer un outil de coordination. Cette recherche action se décompose en différentes étapes :-un brainstorming – un audit des pratiques – la construction du chemin clinique pour gérer le risque de chute en EHPAD, à l'aide d'un groupe nominal.

Grâce aux différents professionnels du groupe nominal, à leur volonté et leur dynamisme, nous avons pu réaliser le chemin clinique de la gestion du risque de chute en EHPAD. C'est une méthode qui requiert une véritable réflexion d'équipe. Au-delà de la méthode elle-même qui a déjà fait ses preuves, nous avons pu découvrir qu'elle pouvait être un bon levier motivationnel.

Malgré certaines difficultés, il a été possible de créer un premier outil qui va être déployé, évalué et amélioré par la suite. L'infirmière de pratique avancée va pouvoir utiliser l'outil mais aussi en faire la promotion et participer à son évolution.