



LA DÉCLARATION DES CHUTES EN EHPAD

DIU Coordination en gériatrie et DIU Médecin coordonnateur d'EHPAD DU
Infirmier(ère) référent(e) et coordinateur(trice) d'EHPAD et de SSIAD.

Année Universitaire : 2025

Par :

Mme Rabija (Sophie, Sofia) VEJSEL-JASAROVSKI
Dr Meily LIMA
Dr Amina Fella MAZOUZ
Dr Jean ATHANASSIOU
Mr Alexandre LAPLACE

Directrice de mémoire :

Mme Laure DEPINARDE

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier les membres du jury qui nous font l'honneur de juger ce travail.

Nous exprimons également notre profonde gratitude à notre directrice de mémoire, Madame Laure DEPINARDE, pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et la qualité de ses conseils, qui ont guidé chaque étape de ce travail.

Nous remercions sincèrement les Directeurs des EHPAD qui ont accepté de diffuser notre questionnaire, ainsi que tous les soignants qui y ont répondu avec engagement et ont contribué à enrichir cette étude.

Nous souhaitons également remercier les intervenants de cette formation, dont l'expérience et le partage ont constitué une source précieuse d'apprentissage et de réflexion.

Nous ne pouvons oublier les Directeurs des EHPAD qui nous ont accueillis et nos différents tuteurs de stage qui nous ont encadrés avec bienveillance. Nos stages ont été très formateurs et enrichissants.

Enfin, nous adressons nos plus vifs remerciements à nos familles et à nos proches, pour leur patience, leur compréhension et leur soutien indéfectible tout au long de ce parcours exigeant.

Liste des abréviations

Abréviations	Significations
AS	Aides-soignants
AVC	Accident vasculaire cérébral
CDI	Contrat à durée indéterminée
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CREX	Comité de retour d'expérience
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS	Événements indésirables graves associés aux soins
EPAC	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
FEI	Fiche de déclaration d'événement indésirable
FESF	Fracture de l'extrémité supérieure du fémur
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmiers diplômés d'État
IDEC	Infirmiers(ères) coordinateurs(trices)
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MedCo	Médecins coordonnateurs
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PASA	Pôle d'activité et de soins adaptés
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RMM	Revue de morbi mortalité
UHR	Unité d'hébergement renforcée

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	6
1.1 Contexte et épidémiologie	7
1.2. Définitions.....	8
1.2.1. Définition de la personne âgée	8
1.2.2. Définition de la personne fragile	8
1.2.3. Définition de la chute	8
1.2.4. Définition des chutes répétées	8
1.2.5. Définition de la chute grave	8
1.3. Typologie des chutes.....	9
1.4. Facteurs de risque de chute.....	9
1.5. Conséquences des chutes.....	9
1.6. Réglementation et obligations de déclaration en EHPAD	10
1.7. Comment et où déclarer une chute ?.....	10
1.8. Pourquoi déclarer les chutes ?	11
1.9. Justification de notre travail	12
2. MATERIEL ET METHODES	14
2.1. Type d'étude.....	14
2.2. Lieux et population étudiée.....	14
2.3. Outil de recueil de données	14
2.4. Recueil des données	15
2.5. Analyse statistique	15
2.6. Considérations éthiques	15
3. RÉSULTATS.....	16
3.1. Description de la population étudiée.....	16
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	16
3.2. Connaissances sur la chute	17
3.2.1. Connaissance de la définition de la chute	17
3.2.2. Connaissance de la définition de la chute grave	18
3.3. Pratiques de déclaration.....	19
3.3.1.Fréquence des déclarations	19
3.3.2. Oubli ou absence de déclaration	19
3.3.3. Perception de la fiche de déclaration	20
3.4. Perception de l'impact d'une non-déclaration	21
3.5. Connaissance des dispositifs de prise en charge des chutes de l'établissement	21
3.6. Attentes et perspectives d'amélioration	22

3.6.1. Mesures proposées	22
3.6.2. Implication souhaitée des professionnels	22
4. DISCUSSION.....	24
4.1. Principaux enseignements de l'étude	24
4.2. Comparaison avec la littérature.....	24
4.2.1. Sur la fréquence des chutes et la déclaration	24
4.2.2 La littérature nous apporte une piste d'amélioration de la prévention des chutes	25
4.2.3. Sur les freins identifiés	25
4.2.4. Sur les leviers proposés	25
4.3. Forces et limites de l'étude.....	26
4.3.1. Forces	26
4.3.2. Limites	26
4.4. Implications pratiques	26
4.5. Perspectives de recherche	26
5. CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE	28
<i>Liste des annexes</i>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

Table des illustrations :

Figures

Figure 1: Répartition des participants connaissant la définition de la chute selon leur profession	18
Figure 2: Répartition des participants connaissant la définition de la chute selon leur profession	18
Figure 3: Fréquence de déclaration des chutes.....	19
Figure 4: Les outils de prévention des chutes	22
Figure 5: Évaluation du niveau d'implication souhaité dans la prise en charge des chutes.....	23

Tableaux

Tableau 1: Description de la population.....	17
Tableau 2: Répartition des causes de non-déclaration des chutes	20

1. INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, la population française connaît un vieillissement constant, conséquence des progrès médicaux, de l'amélioration des conditions de vie et de l'allongement de l'espérance de vie. Cette évolution démographique entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces résidents présentent des niveaux de dépendance plus élevés, des polypathologies complexes et des besoins accrus en soins et en accompagnement.

Dans ce contexte, les chutes apparaissent comme un enjeu majeur de santé publique. Elles représentent un risque fréquent et aux conséquences multiples.

- **Sur le plan physique**, elles peuvent provoquer des traumatismes sévères, des fractures ou une perte d'autonomie durable.
- **Sur le plan psychologique**, elles entraînent souvent une perte de confiance, une peur de retomber, voire un repli sur soi.
- **Sur le plan institutionnel**, elles sont synonymes d'un surcroît de complexité dans la prise en charge, d'une augmentation de la charge de travail pour les équipes soignantes, mais aussi d'un surcoût économique important pour le système de santé et les établissements médico-sociaux.

La déclaration des chutes s'inscrit dans ce cadre comme un levier essentiel de prévention et d'amélioration de la qualité des soins. Elle permet d'assurer une traçabilité rigoureuse, de mieux comprendre les facteurs de risque, d'analyser les circonstances et de mettre en place des actions correctrices adaptées. Elle constitue ainsi un outil indispensable au sein des démarches qualité et sécurité des soins.

Le binôme Infirmier coordinateur (IDEC/IRCO) – Médecin coordonnateur (MedCo) occupe une place centrale dans cette dynamique. Leur responsabilité est d'organiser, de coordonner et de soutenir les équipes pluridisciplinaires dans la prévention des chutes, en veillant à la diffusion des protocoles, à l'accessibilité des outils de déclaration, à la formation continue et à l'analyse collective des événements. Leur rôle est déterminant pour garantir la qualité et la sécurité de la prise en soin des résidents en EHPAD.

1.1 Contexte et épidémiologie

Chaque année, dans le monde, les chutes accidentelles causent environ 684 000 décès, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), sur un total estimé à 37,3 millions de chutes nécessitant une prise en charge médicale. Les chutes sont ainsi la deuxième cause de décès accidentels ou de décès par traumatisme involontaire dans le monde. Elles constituent un problème majeur de santé publique, en particulier celles des personnes âgées de 65 ans et plus, chez lesquelles le risque de décès ou de traumatismes graves dus à une chute est le plus élevé (1).

En France, on recense chaque année environ 2 millions de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, responsables de 10 000 décès et de 130 000 hospitalisations. Leur coût pour la collectivité s'élève à 2 milliards d'euros/an (2).

Selon les prévisions de l'INSEE, la population française vieillit et le nombre de personnes de plus de 65 ans va augmenter de 2,4 millions d'ici 2030 (3).

On estime—qu'environ 30% des personnes de 65 ans et plus chutent chaque année. Ce pourcentage tend à augmenter avec l'avancée en âge (environ 50% des plus de 80 ans) (4).

Selon une enquête (EPAC), de 2010, 85% des recours aux services d'urgence pour des accidents de la vie courante, des personnes âgées de 65 ans et plus, ont pour origine une chute et 70% des chutes ont lieu à domicile. Les principales lésions sont des fractures (37%), des plaies et contusions (20-25%) (5).

Lorsque la chute est responsable de fracture, il s'agit dans la majorité des cas d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) (6). Les FESF sont cause de perte d'autonomie, d'entrée en institution, de complications et de décès : 10 à 30% des patients deviennent dépendants, 25% entrent en EHPAD et 20 à 24% décèdent dans l'année (7).

Selon la HAS, ce sont surtout les chutes répétées qui accélèrent le processus de perte d'autonomie, le taux d'institutionnalisation atteint les 40% de cette catégorie de population (8).

Face à cette problématique il est urgent de mettre en place des moyens de prévention des chutes afin de diminuer leur fréquence et leur gravité.

C'est pour répondre à cet enjeu de santé publique majeur que le ministère chargé des Solidarités a lancé, en février 2022, un plan national triennal antichute des personnes âgées. Ce plan triennal a pour objectif de réduire de 20 % les chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de 65 ans et plus, soit – 27 000 séjours hospitaliers et – 2 000 décès pour chute, d'ici 2024 (2).

1.2. Définitions

1.2.1. Définition de la personne âgée

Nous allons retenir dans cette étude l'âge de 60 ans, car c'est l'âge à partir duquel on peut intégrer un EHPAD en France. Cette population de personnes âgées constitue un groupe très hétérogène d'un point de vue médical et fonctionnel, au sein duquel on distingue trois catégories de personnes en fonction de leur état de santé. Les personnes âgées robustes, ayant un vieillissement réussi, les personnes âgées fragiles et les personnes âgées dépendantes.

1.2.2. Définition de la personne fragile

La fragilité peut se définir comme une diminution des capacités de réserves fonctionnelles et des capacités à faire face à un stress quelle qu'en soit la nature. La fragilité est associée à un risque élevé de perte d'indépendance (9). Elle est mise en évidence par une perte involontaire de poids de > 4,5 kg/an, une faiblesse musculaire, une fatigue, une sédentarité, une vitesse de marche ralentie, la phase de dépistage du programme Icope (10) (11).

1.2.3. Définition de la chute

L'Organisation mondiale de la Santé définit la 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 » (1).

1.2.4. Définition des chutes répétées

Les chutes répétées se définissent par au moins deux chutes sur un intervalle de temps de 12 mois (8).

1.2.5. Définition de la chute grave

Une chute grave est :

- Une chute avec au moins une autre chute dans la dernière année (chutes répétées),
- Une chute qui justifie une hospitalisation ou une intervention médicale. Il s'agit en particulier de chutes compliquées d'une fracture ou d'un autre type de traumatisme sévère,
- Une chute avec station au sol de plus de 1 heure, du fait de l'incapacité de la personne à se relever. La station prolongée au sol après une chute est un facteur de mauvais pronostic avec une mortalité à 6 mois multipliée par deux,
- Une chute chez une personne fragile,
- Une chute sans cause évidente, faisant suspecter une perte de connaissance.

La HAS incluant la fragilité parmi les critères de chute grave, nous considérons qu'en EHPAD, où les résidents sont par définition tous fragiles, toutes les chutes devraient être considérées comme graves (12).

1.3. Typologie des chutes

- **La chute accidentelle** : elle survient de manière imprévisible, sans lien direct avec un trouble de santé sous-jacent. Elle est souvent liée à des circonstances extérieures (par exemple : trébuchement, sol glissant ou obstacle au sol).
- **La chute physiologique** : elle résulte d'un affaiblissement transitoire de l'équilibre, de la fatigue ou d'un malaise passager.
- **La chute pathologique** : elle est causée par une affection médicale aiguë ou chronique (par exemple : accident vasculaire cérébral (AVC), hypotension orthostatique, troubles neurologiques, démence, etc.).
- **La chute environnementale** : elle est due à un environnement inadapté ou dangereux (mobilier inapproprié, éclairage insuffisant, sol encombré, etc.).

1.4. Facteurs de risque de chute

Les chutes chez les personnes âgées résultent souvent d'une combinaison de facteurs. On distingue deux grandes catégories :

Facteurs intrinsèques (propres à la personne)

- Troubles de la marche : physiologiques, neurologiques (central, périphérique), musculaires (amyotrophie), ostéo - articulaires (arthrose).
- Troubles cognitifs, troubles thymiques, peur de chuter, antécédents de chutes.
- Troubles visuels, incontinence urinaire, dépendance dans les AVQ.
- Syncope : hypotension orthostatique, hypotension artérielle, hypoglycémies (chez diabétique), troubles du rythme, vaso-vagal, neurologique.

Facteurs extrinsèques (liés à l'environnement ou à l'organisation)

- Environnement, barrières architecturales : éclairage insuffisant, tapis, obstacles.
- Polypharmacie, changement récent de médicament, médicaments psychotropes, mauvaise compliance, alcool.
- Chaussures inadaptées.
- Moyens auxiliaires inadaptés (13).

1.5. Conséquences des chutes

Une chute peut entraîner des conséquences multiples, qui dépassent parfois largement l'événement initial :

Conséquences physiques

- Fractures (fémur, poignet, vertèbres...).
- Douleurs persistantes.
- Régression fonctionnelle, perte d'autonomie.

Conséquences psychologiques

- Crainte de retomber, entraînant une restriction des mouvements.
- Perte de confiance en soi.

- Isolement social, repli.

Conséquences institutionnelles

- Allongement de la durée de séjour.
- Coûts supplémentaires liés aux soins et aux adaptations nécessaires.
- Atteinte à l'image de l'établissement.
- Remise en question de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces différentes dimensions soulignent l'importance de stratégies préventives globales et coordonnées, impliquant l'ensemble des acteurs du soin.

1.6. Réglementation et obligations de déclaration en EHPAD

Sur le plan réglementaire, le **décret n°2016-1813 du 21 décembre 2016** impose aux établissements médico-sociaux, dont les EHPAD, de déclarer les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) (14).

Un **EIGS** est défini comme un événement inattendu survenu lors d'un soin, d'un traitement ou d'un acte de prévention, dont les conséquences sont :

- Le décès,
- La mise en jeu du pronostic vital,
- La survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent,
- Une anomalie ou malformation congénitale.

Le **décret du 25 novembre 2016**, relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, précise les modalités du dispositif de déclaration par les professionnels, les établissements de santé ou services médico-sociaux à l'agence régionale de santé (ARS) compétente. Ce décret définit également l'organisation des structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, mises en place par les ARS en région pour accompagner les professionnels et les organisations dans leurs analyses (15).

Le décret précise que la **HAS** reçoit les déclarations anonymes des ARS afin d'élaborer un bilan annuel des EIGS déclarés en France, avec des préconisations pour l'amélioration de la sécurité des patients. Ce rapport est transmis au ministre chargé de la Santé et diffusé publiquement.

1.7. Comment et où déclarer une chute ?

Avant même de considérer un signalement externe à l'ARS, une chute doit faire l'objet d'une **déclaration interne**, dans le respect des procédures institutionnelles. Voici les principaux outils utilisés dans les EHPAD:

1. La fiche de déclaration d'événement indésirable (FEI)

Recommandée par la HAS, la FEI constitue le support de signalement initial. Rédigée au moment des faits ou rapidement après, elle permet de consigner les circonstances de la chute, les éventuelles blessures, les témoins, les premières actions engagées, etc. Ce document peut

exister en version papier ou être intégré dans le dossier du patient informatisé via les logiciels comme *Titan*, *Netsoins*, *Osiris*, etc.

2. Le dossier informatisé du résident (logiciel de soins)

Les EHPAD utilisent aujourd'hui des dossiers informatisés (ex. : *Titan*, *Netsoins*, *Osiris*...), où chaque chute doit être renseignée dans les transmissions ciblées. Cela garantit la continuité de l'information entre professionnels et permet une adaptation du plan de soins si nécessaire.

3. Les protocoles et procédures internes

Chaque établissement doit disposer d'une procédure interne claire, définissant :

- Qui déclare l'événement,
- Dans quels délais,
- Avec quels supports,
- Et quelles suites sont données à cette déclaration (analyse en équipe, signalement à l'ARS, mise en place de mesures correctrices).

4. La déclaration externe à l'ARS et le suivi national

Lorsqu'une chute présente un caractère **grave**, une déclaration à l'ARS compétente doit être effectuée via le **Portail de signalement des événements sanitaires indésirables** (13).

Les ARS transmettent ensuite ces signalements, de façon anonyme, à la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette dernière analyse les données recueillies et publie un **bilan annuel national** des EIGS, conformément au décret du 25 novembre 2016.

Ce rapport inclut des **recommandations officielles** visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les établissements peuvent également s'appuyer sur les **structures régionales d'appui à la qualité des soins (SRA)**, mises en place par les ARS, pour les accompagner dans l'analyse de ces événements et la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

1.8. Pourquoi déclarer les chutes ?

La déclaration des chutes permet de recenser ces dernières, mais surtout de les analyser. C'est par l'analyse des chutes et notamment de leur contexte de survenue que de vraies politiques de prévention efficaces peuvent être mises en place.

Par ailleurs, et afin de limiter le nombre de chutes, la HAS préconise plusieurs recommandations s'adressant aux professionnels de santé et aux structures de soins :

1. Systématiser en équipe l'évaluation du risque de chute, dès l'arrivée du patient, et le réévaluer régulièrement.
2. S'assurer de la disponibilité des résultats de l'évaluation du risque de chute et des actions mises en place pour les prévenir dans le dossier médical du patient, et transmettre l'information aux différents acteurs de la prise en charge.

3. Évaluer systématiquement le bénéfice/risque des traitements prescrits et les réévaluer régulièrement.
4. Aménager la chambre et la salle de bains des patients à risque de chute de façon à limiter ce risque au maximum.
5. Sécuriser l'accès aux locaux susceptibles d'entraîner des chutes.
6. Tracer l'ensemble des chutes dans le dossier médical du patient et systématiser la déclaration des chutes graves (EIGS), afin de permettre l'analyse des facteurs contributifs en équipe pluriprofessionnelle et de mettre en place des actions d'amélioration.
7. Disposer de dispositifs de mobilisation, de contention et de relevage adaptés aux besoins identifiés, et former les professionnels de santé à leur utilisation (y compris les intérimaires). Les formations doivent être répétées régulièrement.
8. Disposer d'une procédure décrivant la conduite à tenir en cas de chute, connue de l'ensemble des professionnels, y compris des intérimaires.
9. Être particulièrement attentif à la charge de travail des professionnels, en s'assurant que les effectifs habituels soient suffisants au regard des besoins, et que les absences et vacances de postes soient traitées rapidement (16).

Au vu du caractère multifactoriel des chutes, leur prise en charge fait intervenir plusieurs professionnels. Ainsi le MedCo et l'IDEC ont la responsabilité de coordonner les différents intervenants. Pour ce faire plusieurs outils sont à leur disposition

*La **RMM (revue de morbidité et de mortalité)** qui est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Il s'agit de décrire les faits et d'analyser des situations s'étant produites, pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable. En effet, une RMM a pour but d'étudier une situation clinique, de manière générique, pour en tirer des enseignements et éviter une récurrence de l'EIAS (17).*

*Le **CREX (Comité de Retour d'Expérience)** qui est une démarche collective et rétrospective visant à analyser les événements indésirables (EI, EIG / EIGS) survenus en établissement. Fondée sur une culture positive de l'erreur, la démarche a pour objectif l'amélioration de la **qualité** des prestations sans culpabilité ni jugement (18).*

*La méthode **ALARM** qui est une technique de recherche approfondie, exhaustive et efficace, des facteurs contributifs d'une défaillance ayant conduit à la survenue d'un événement indésirable grave (EIG), presque accident ou événement porteur de risque (EPR) Outil de première intention en termes de facilité de mise en œuvre, validé par la HAS, la méthode **ALARM** favorise une démarche collective d'analyse structurée à la recherche, certes des causes apparentes ou immédiates, mais aussi des causes profondes ou «causes racine » (19). (Cf. Annexe 2)*

1.9. Justification de notre travail

La prise en charge des chutes est un travail pluriprofessionnel impliquant l'IDE, AS, médecin, APA, kiné, Ergo, pharmacien...

Dans ce cadre, le binôme formé par l'Infirmier·e Coordonnateur·rice (IDEC) et le Médecin Coordonnateur (MedCo) joue un rôle déterminant. Responsables de l'organisation et de la coordination des soins, ils sont garants de la mise en place d'une culture de sécurité au sein de l'établissement. Leur capacité à impulser des dynamiques collectives, à sensibiliser les équipes

et à structurer les circuits de déclaration conditionne en grande partie l'efficacité des actions de prévention.

Nous sommes partis d'une situation vécue par un infirmier faisant fonction d'IDEC qui souhaitait mettre en place une analyse des chutes de son établissement sur une période donnée afin d'adapter les mesures de prévention de son établissement. Malheureusement son analyse a été limitée par la pauvreté des informations renseignées sur la fiche de déclaration.

Nous avons donc choisi de nous intéresser à la déclaration des chutes car c'est elle qui permet d'analyser les chutes au sein de l'établissement.

Celle-ci se fait via un formulaire validé intégré dans le logiciel métier : La fiche de déclaration des chutes. (Cf. Annexe 1)

C'est une déclaration avec des items à cocher et la possibilité d'ajouter des commentaires. Si tous les items ne sont pas remplis, la déclaration ne peut pas être validée.

La déclaration des chutes représente un levier central de la prévention des récides. Elle permet non seulement d'objectiver les événements indésirables, mais aussi d'en analyser les causes et de mettre en œuvre des actions correctives. La qualité et le caractère systématique de cette déclaration conditionnent donc la pertinence des mesures de prévention et participent directement à l'amélioration de la qualité de prise en soin des résidents.

Nous avons recherché dans la littérature, mais il y a peu de données sur les chutes en EHPAD. Dans un contexte où les déclarations des chutes en EHPAD restent souvent incomplètes ou non systématiques, sur quels freins et quels leviers identifiées, peuvent s'appuyer le binôme IDEC/MEDEC dans l'amélioration de cette traçabilité afin de réduire le risque de rechute et assurer la qualité des soins.

Nous avons donc formulé l'hypothèse suivante :

Une compréhension insuffisante de la définition et des implications de la chute contribue à un défaut de déclaration (absence de déclaration, déclaration incomplète ou mal renseignée).

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Nous avons mené une **étude quantitative descriptive, multicentrique et transversale**, portant sur les pratiques déclaratives des chutes en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

2.2. Lieux et population étudiée

L'enquête a été conduite dans **quatre EHPAD** : deux situés en région parisienne et deux en région Occitanie. L'ensemble du **personnel soignant** (infirmiers diplômés d'État [IDE], aides-soignants [AS], infirmiers(ères) coordinateurs(trices) [IDEC], médecins coordonnateurs [MedCo]) a été sollicité.

Critères d'inclusion

- tout professionnel soignant en poste au moment de l'enquête,
- en contact direct avec les résidents,
- acceptant de répondre de manière anonyme et volontaire.

Critères d'exclusion

- Questionnaires présentant des incohérences majeures,
- Professionnels déclarant n'avoir **jamais été confrontés à une chute** (exclusion partielle : leurs réponses concernant la définition de la chute ont néanmoins été retenues).

2.3. Outil de recueil de données

Un **questionnaire standardisé** a été élaboré à l'aide de l'outil en ligne **Framaforms**. Il comportait plusieurs sections :

1. **Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles** (âge, sexe, fonction, ancienneté, type de contrat, type d'établissement, unité d'affectation, horaires de travail).
2. **Connaissances théoriques** (définition de la chute, chute grave, chute répétée).
3. **Pratiques déclaratives** (fréquence, modalités, obstacles rencontrés).
4. **Perceptions et représentations** (utilité de la déclaration, impact d'une non-déclaration, satisfaction vis-à-vis des outils existants).
5. **Proposition d'amélioration** (formation, outils numériques, organisation).

Le remplissage était **anonyme**, volontaire, et pouvait se faire :

- en **autonomie** via un lien transmis,
- ou **accompagné** par un enquêteur sur poste informatique en salle de soins.

2.4. Recueil des données

La collecte s'est déroulée sur une période de **8 semaines**. Un total de **47 questionnaires** complets a été recueilli. Après exclusion d'un répondant pour incohérences et de trois pour absence d'exposition aux chutes car ils n'ont jamais été témoin de chute en EHPAD, l'analyse a porté sur **43 questionnaires exploitables**.

2.5. Analyse statistique

Les données ont été **exportées sous format Excel** puis traitées de manière **descriptive** :

- variables quantitatives : présentées en **effectifs absolus (n)** et en **pourcentage (%)**,
- regroupement par catégories professionnelles,
- croisements exploratoires (par ex. : fréquence de déclaration vs fonction, vs type d'établissement)

Aucun test statistique inférentiel n'a été réalisé compte tenu de la **taille limitée de l'échantillon**.

2.6. Considérations éthiques

Aspect éthique et réglementaire

Cette recherche a été conduite dans le respect des exigences éthiques et réglementaires en vigueur et sur le volontariat des participants. L'anonymat des participants a été pleinement garanti, les questionnaires ayant été collectés et analysés sans qu'aucune donnée identifiable, directe ou indirecte, ne soit enregistrée.

Ainsi, les informations recueillies ne constituent pas des données personnelles au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), ce qui ne nécessitait aucune déclaration auprès de la CNIL. Par ailleurs, l'étude ne relevant pas des recherches impliquant la personne humaine définies par la loi n°2012-300 du 5 mars 2012, dite « loi Jardé », elle n'entrait pas dans son champ d'application.

3. RÉSULTATS

3.1. Description de la population étudiée

Au total, **47 professionnels** ont répondu au questionnaire diffusé dans les quatre EHPAD participants (2 établissements publics, un privé lucratif, un privé non lucratif). Après exclusion de 4 questionnaires (1 pour incohérence globale et 3 pour absence totale de confrontation à des chutes), **43 questionnaires complets** ont été analysés.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

La population était majoritairement composée de **femmes (88,4%)**, âgées de **31 à 45 ans (48,8 %)** ou de plus de 45 ans (41,3 %). La majorité exerçait en **CDI (69,8 %)**, avec plus de **3 ans d'ancienneté dans l'établissement (65,1 %)**.

En termes de fonction, les **aides-soignants** représentaient la plus grande partie des répondants (**72,1 %**), suivis des **infirmiers diplômés d'État (23,3%)**, puis des **médecins coordonnateurs et IDEC (4,7 %)**.

Les soignants travaillaient le plus souvent en **unités classiques (69,8 %)**, suivies des **unités protégées/UHR (25,6%)** et plus marginalement en **PASA (4,6%)**. La quasi-totalité exerçait en **horaire de jour (93 %)**.

Concernant les outils informatiques, **93 %** des établissements utilisaient le logiciel **Netsoins**, contre **7 %** utilisant Titan. (Cf. tableau 1)

Libellé	Valeur absolue	Pourcentage
1/ Fonction :		
IDE	10	23,26%
AS	31	72,09%
IDEC	1	2,33%
MEDCO	1	2,33%
2/ Ancienneté dans la structure :		
<1 an	0	0,00%
1-3 ans	10	23,26%
>3 ans	28	65,12%
3/ Type d'établissement :		
public	15	34,88%
privé à but non lucratif	19	44,19%
privé lucratif	9	20,93%
4/ Statut professionnel :		
CDD	8	18,60%
CDI	30	69,77%
vacataire/interim	5	
5/ Sexe :		

femme	38	88,37%
homme	5	11,63%
6/ Âge :		
18-30 ans	4	9,30%
31-45 ans	21	48,84%
>45 ans	18	41,86%
7/ Unité principale d'affectation :		
unité dite classique	30	69,77%
unité de vie protégée/UHR	11	25,58%
PASA	2	4,65%
8/ Horaire de travail :		
de jour	40	93,02%
de nuit	3	6,98%
logiciel		
Netsoin	40	93,02%
Titan	3	6,98%

Tableau 1: Description de la population

3.2. Connaissances sur la chute

3.2.1. Connaissance de la définition de la chute

Seuls 41,9 % des 47 répondants ont fourni une définition correcte de la chute.

Parmi eux, il y avait **60% d'IDE**, 37,5% d'AS et 0% de médecins coordonnateurs et d'IDEC. (Cf. figure 1)

Le pourcentage de bonnes réponses chez les participants travaillant dans les établissements publics était à 50% contre 30 et 35% dans les établissements privés lucratifs et les établissements privés non lucratifs.

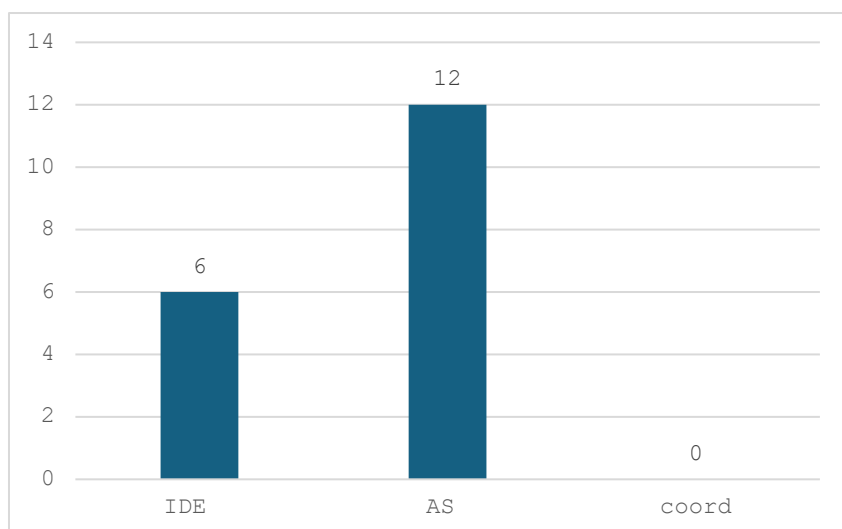


Figure 1: Répartition des participants connaissant la définition de la chute selon leur profession

3.2.2. Connaissance de la définition de la chute grave

Concernant la définition de la chute grave, la proportion de réponses exactes est à peine de 28%, répartie comme décrit dans la figure 2.

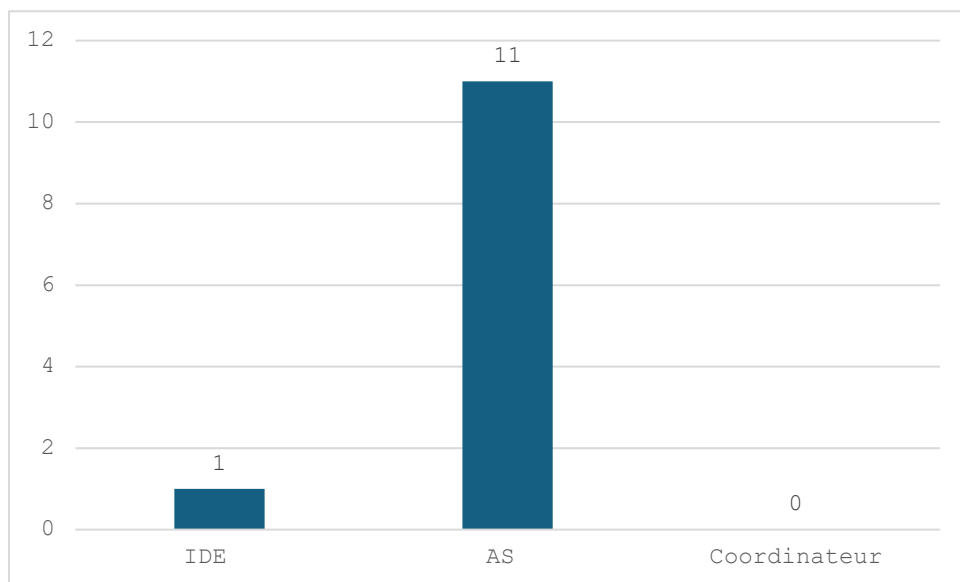


Figure 2: Répartition des participants connaissant la définition de la chute selon leur profession

3.3. Pratiques de déclaration

3.3.1 Fréquence des déclarations

La fréquence déclarée variait :

- **53,5 %** déclarent moins d'une chute **chaque mois**, (AS = 78%, IDE = 17% et Medco = 4%)
- **41,9 %** déclarent 1 à 4 chutes par mois. (AS :61%, IDE :33%, IDEC :6%) (cf. figure 3)
- **4,7 %** rapportaient déclarer plus de 4 chutes par mois. Il s'agit uniquement d'AS.

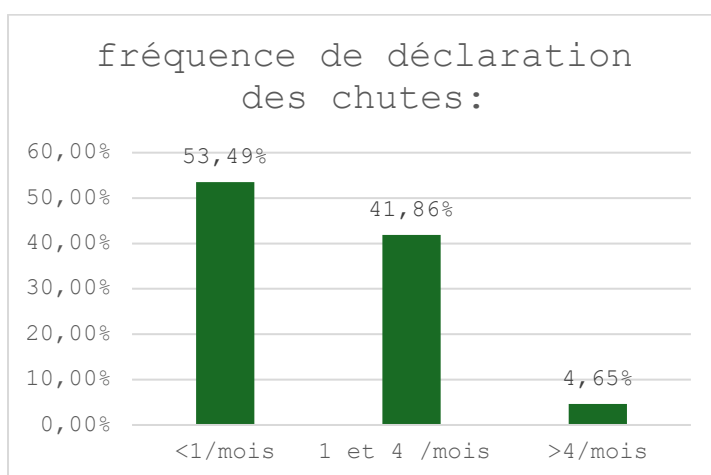


Figure 3:Fréquence de déclaration des chutes

3.3.2. Oubli ou absence de déclaration

- 51.2% des participants rapportent avoir déjà omis de faire une déclaration.

Les soignants rapportaient des omissions de déclaration pour les motifs suivants (cf. tableau 2):

- **Manque de temps** 77%
 - **Priorité donnée aux soins immédiats** : 59%
 - **Inaccessibilité du logiciel** : 32%
 - **Oubli ou négligence** : 32%
 - **Statut de vacataire / non-fixe** : 5%
 - **Absence de formation à la procédure** : 9%
-
- **5 %** des soignants jugeaient la déclaration inutile et **9 %** déclaraient s'être abstenus car la chute n'avait entraîné aucune conséquence apparente.

Répartition des causes de non-déclaration des chutes		
manque de temps au moment de la chute	17	77%
priorité donnée aux soins immédiats	13	59%
inaccessibilité du logiciel au moment voulu	7	32%
trop de complexité ou de lenteur du formulaire	2	9%
manque de formation à l'outil ou à la procédure	2	9%
pas jugé utile de déclarer cette chute	1	5%
aucune conséquence apparente après la chute	2	9%
peur de représailles ou de reproches	0	0%
oubli / négligence	7	32%
personnel non fixe / vacataire	1	5%

Tableau 2: Répartition des causes de non-déclaration des chutes

3.3.3. Perception de la fiche de déclaration

La majorité considérait la fiche comme :

- **Utile et facile à remplir** (79 %),
- **Utile mais contraignante** (21 %).

Une minorité la jugeait :

- **Peu utile** (4,7 %),
- Nécessitant une **révision** (25,6 %). (6% des répondants travaillant en EHPAD public estiment que la fiche devrait être révisée vs 30 à 40% chez les soignants exerçant dans le privé).
- 83,7% des répondants pensent que les **déclarations de chutes sont utilisées pour faire de la prévention**. 60,5% d'entre eux trouvent que les **actions de suivi après une chute sont suffisantes**. Cependant seuls **51% des soignants rapportent un retour lié à leur déclaration de chute**.

De plus, nous notons que les soignants de l'établissement privé lucratif avaient moins le sentiment que les déclarations servaient aux actions de préventions (60% vs 80%). Ils étaient également moins satisfaits des actions de prévention post chute (30% vs 65 pour le privé lucratif et 63% pour le public).

3.4. Perception de l'impact d'une non-déclaration

La quasi-totalité des répondants (93 %) considérait qu'une **chute non déclarée pouvait affecter la prise en charge**.

Les principales conséquences identifiées étaient :

- **Risque de méconnaître une complication ou un traumatisme** : 86 %,
- **Sous-estimation du risque de chute** : 70 %,
- **Absence d'analyse institutionnelle et retard de prise en charge** : 60 %,
- **Manque d'informations pour le suivi médical** : 60 %

Concernant les actions de suivi, **60 %** des soignants estimaient qu'elles étaient suffisantes, tandis que **40 %** les jugeaient insuffisantes.

Pour environ **60% des IDE et MedCo/IDEC** les actions sont insuffisantes après une déclaration de chute, ce chiffre est **2 fois moins important chez les AS**.

Par ailleurs, **83,7 %** considéraient que les déclarations servaient effectivement à la prévention, mais seulement **51 %** déclaraient connaître l'existence d'outils ou de supports post-chute (fiches de prise en charge, conduites à tenir, réunions pluridisciplinaires, commissions chutes, évaluation gériatrique).

3.5. Connaissance des dispositifs de prise en charge des chutes de l'établissement

86% des répondants déclaraient connaître les procédures de prise en charge des chutes de leur établissement et rapportent connaître l'existence des instances d'analyse des chutes.

51% des soignants déclaraient connaître des outils et procédures à utiliser après la chute.

En revanche concernant les IDE et MedCo/IDEC cette connaissance montait à 75%.

La figure 4 illustre le pourcentage de répondants connaissant les différents outils de prévention des chutes.

Nous y retrouvons :

- L'adaptation du plan de soin (46,5%)
- L'évaluation gériatrique standardisée (44,2%)
- Surveillance renforcée (39,5%)
- Réunion pluridisciplinaires (37,2%)
- Commission chutes (30,2%)
- Conduite à tenir en cas de chute (34,9%)
- Fiche de prise en charge à disposition (20,9%)

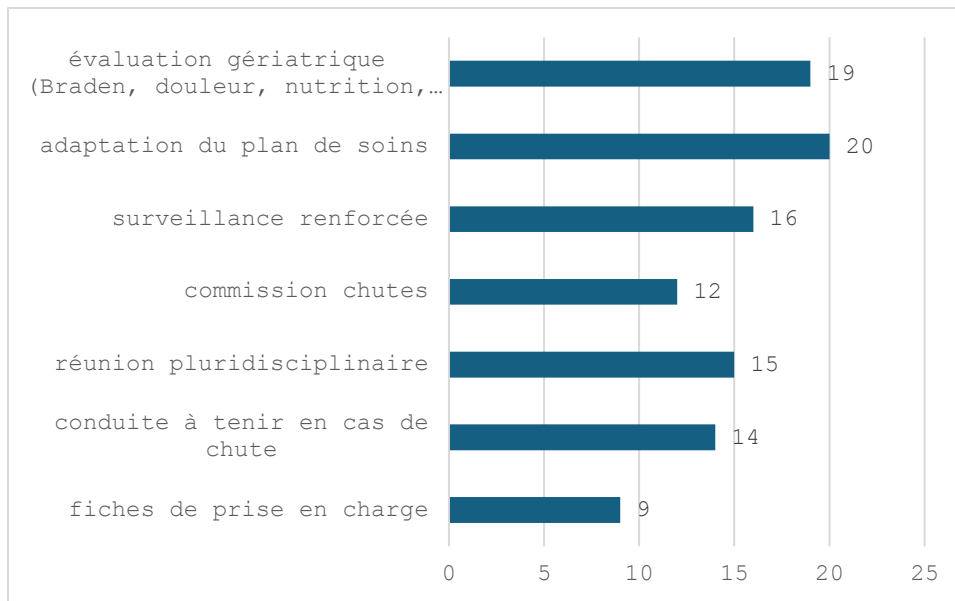


Figure 4: Les outils de prévention des chutes

3.6. Attentes et perspectives d'amélioration

3.6.1. Mesures proposées

Les actions jugées prioritaires pour améliorer la déclaration étaient :

- **Formation continue** (60,5 %),
- **Meilleure communication entre équipes** (60,5 %),
- **Sensibilisation accrue** (58,1 %),
- **Simplification de la procédure** (44,2 %),
- **Outils numériques facilitant la saisie** (41,9 %)

3.6.2. Implication souhaitée des professionnels

Interrogés sur leur volonté d'être davantage impliqués dans la prévention des chutes :

- **46,5 %** répondaient « oui »,
- **41,9 %** « peut-être »,
- **16,3 %** « non »

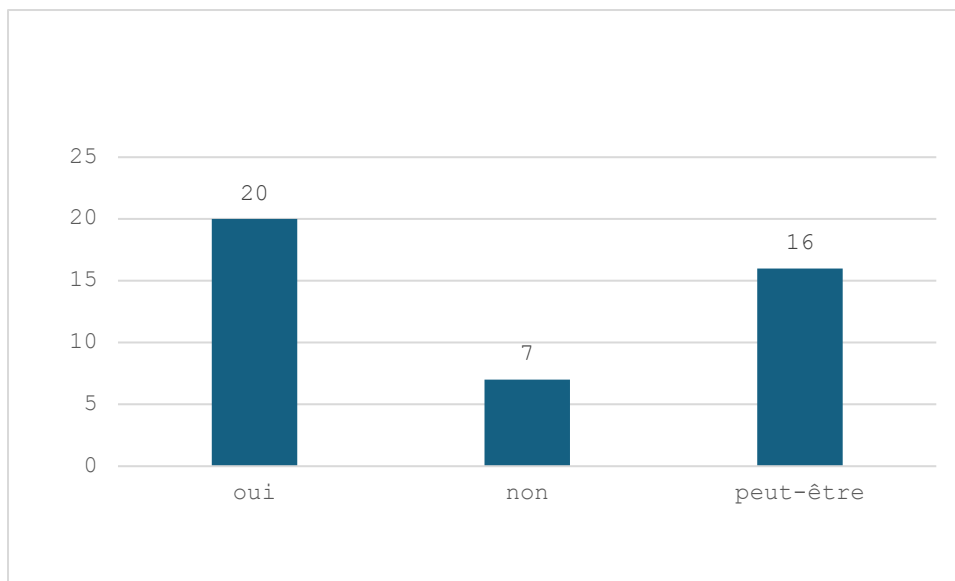


Figure 5: Évaluation du niveau d'implication souhaité dans la prise en charge des chutes

4. DISCUSSION

4.1. Principaux enseignements de l'étude

Notre étude montre que si la **conscience de l'importance de la déclaration des chutes est bien présente** chez les soignants en EHPAD (93 % estiment qu'une non-déclaration compromet la prise en charge), les **pratiques effectives demeurent hétérogènes**. Plusieurs constats ressortent :

- **Méconnaissance des définitions** : seuls 41,9 % des répondants connaissaient la définition de la chute et 46,5 % celle de la chute grave. Cette lacune est préoccupante puisque la traçabilité institutionnelle repose sur ces critères. Dans notre travail les IDEC et MedCo ne connaissaient pas bien la définition de la chute. Cependant, au vu de notre petit échantillon, ce résultat n'est pas extrapolable à la population.
- **Freins organisationnels et temporels** : le manque de temps (77%) et la priorité donnée aux soins immédiats (59%) apparaissent comme les premiers obstacles, devant l'inaccessibilité du logiciel (32 %) et l'oubli (32 %).
- **Perception positive mais perfectible des outils** : si la fiche de déclaration est jugée utile par la majorité (79 %), un quart des répondants la trouvent trop complexe et appellent à sa révision. Notre analyse pourrait laisser imaginer une différence de perception entre les EHPAD privés à but lucratif et les autres. Cependant, au vu de notre petit échantillon, il est possible que ce soit uniquement le reflet d'une hétérogénéité d'information des soignants sur la place occupée par la déclaration de chute, (qu'ils ont réalisée) dans l'adaptation de la prise en soin des résidents.
- **Demande d'accompagnement** : la formation continue (60,5 %) et une meilleure communication interprofessionnelle (60,5 %) sont les leviers les plus cités pour améliorer la déclaration.
- **Différence de perception des actions mise en place en prévention secondaire** : pour une majorité (60%) d'IDE, MedCo et IDEC les actions après la déclaration sont insuffisantes alors que ce sentiment est 2 fois moins important chez les AS (30%).

4.2. Comparaison avec la littérature

4.2.1. Sur la fréquence des chutes et la déclaration

La fréquence de déclaration rapportée dans notre étude (1 à 4 chutes par mois pour 40 % des soignants) révèle une incidence élevée des chutes. Dans une étude s'intéressant aux chutes en EHPAD publiée l'an dernier, sur une période d'un mois, 48 chutes ont été recensées confirmant le caractère fréquent de la chute en EHPAD.

Cette étude visait à répertorier tous les facteurs prédisposants et précipitants des chutes afin de les analyser dans un second temps.

Cependant les auteurs ont été confrontés à des difficultés dans l'analyse des chutes car les fiches de déclarations de chute n'étaient pas assez informatives. (20)

4.2.2 Pistes d'amélioration de la prévention des chutes

Une étude très intéressante a été menée dans plusieurs EHPAD ayant expérimenté la déclaration des « presque - chutes ». Celles-ci se caractérisent par une perte d'équilibre temporaire qui n'aboutit pas à une chute complète. Le résident parvient à se rattraper ou reçoit une aide extérieure au dernier moment.” Cependant, ces incidents ne sont pas toujours observés par le personnel soignant.

Selon la Haute Autorité de Santé, pour chaque chute recensée, entre 5 et 10 presque-chutes passent inaperçues. **L'analyse de ces événements** permettrait d'identifier les facteurs de risque avant qu'un accident grave ne survienne. C'est une approche préventive qui permet d'identifier les zones et les horaires les plus à risque afin de mettre en place des actions correctives. (21)

Cette étude a été confrontée aux mêmes écueils que nous (sous déclaration dû fait de mauvaise connaissance des définitions, défaut d'accès aux outils informatiques). Une étude menée par l'institut de recherche en Gériatrie de Lyon en 2023 révélait que seuls 15% des presque-chutes étaient spontanément déclarées par les équipes. Mais lorsqu'un système de signalement structuré était mis en place, ce taux bondissait à 78%.

Cela laisse à penser, de manière analogique, qu'un système de déclaration optimisé pourrait faire monter le nombre de déclarations de chute.

Dans l'étude portant sur l'analyse des presque - chutes, ils notent que l'utilisation de l'intelligence artificielle pourrait (par le biais de capteurs intelligents et d'objets connectés) améliorer la détection et la traçabilité des presque chutes. (21). Une étude du Pr DANTOINE parue en 2016 retrouvait une augmentation de 50% des chutes nocturnes répertoriées grâce à un système de télésurveillance nocturne avec des capteurs et des caméras installées au sein de l'EHPAD (22).

4.2.3. Sur les freins identifiés

Nos résultats mettent en évidence une problématique liée au problème d'accès aux outils numériques. Dans l'étude sur les presque chutes on note la même difficulté (20).

À l'inverse, la peur de représailles (souvent mentionnée dans la littérature hospitalière (23) n'apparaît pas dans notre enquête, ce qui pourrait refléter une culture moins culpabilisante en EHPAD, ou une difficulté des soignants à verbaliser ce facteur.

4.2.4. Sur les leviers proposés

La demande de formation continue et de simplification des procédures s'inscrit dans les recommandations de la HAS (2017) et du Plan national anti-chute (2022), qui insistent sur la nécessité d'outils ergonomiques et d'une culture partagée de prévention.

Dans la littérature internationale, une étude a mis en évidence que des actions de formations intensives des équipes soignantes pourraient avoir un effet bénéfique pour la prévention des chutes (24).

4.3. Forces et limites de l'étude

4.3.1. Forces

- Étude **multicentrique** menée dans quatre EHPAD de deux régions différentes, ce qui permet une certaine diversité organisationnelle.
- Outil de recueil simple et accessible (Framaforms), favorisant la participation.

4.3.2. Limites

- **Échantillon restreint** : la taille de la population limite la représentativité et l'extrapolation à l'ensemble des EHPAD français.
- **Biais déclaratifs** : les soignants peuvent avoir sous-estimé ou surévalué leur pratique effective par désir de conformité.
- **Approche quantitative** uniquement : l'absence d'entretiens qualitatifs ne permet pas d'explorer en profondeur les représentations, les émotions ou les stratégies d'adaptation des soignants face à la chute.
- Enfin, notre questionnaire ne tenait pas compte du **parcours professionnel antérieur** (expérience en gériatrie, rééducation, court séjour...), alors que celui-ci influence probablement la perception du risque.

4.4. Implications pratiques

À la lumière de nos résultats, plusieurs axes d'amélioration apparaissent :

- **Formation ciblée** sur la définition de la chute et la gravité en contexte gériatrique, intégrée aux formations continues obligatoires.
- **Simplification et accessibilité des outils numériques** (ex. application mobile, formulaires allégés, pré remplissage automatique).
- **Renforcement de l'analyse pluridisciplinaire** (RMM, CREX, commissions chutes), permettant aux soignants de percevoir l'utilité de leurs déclarations.

4.5. Perspectives de recherche

Cette étude exploratoire invite à approfondir la question par :

- une **approche qualitative** (entretiens ou focus group) pour mieux comprendre le comportement de défaut de déclaration ainsi que les freins qui le sous-tendent.
- une étude à **plus large échelle** pour comparer différents types d'établissements (public, privé lucratif, associatif) et leurs organisations ;
- une étude longitudinale afin d'évaluer l'impact de mesures correctives (simplification des outils, formation, communication renforcée) sur le **taux réel de déclaration** et sur la **prévention secondaire**.

5. CONCLUSION

Les chutes en EHPAD constituent un enjeu majeur de santé publique, à la fois par leurs fréquences, leurs gravités et leurs conséquences sur l'autonomie, la qualité de vie et la mortalité des personnes âgées. Le vieillissement démographique attendu dans les prochaines années laisse présager une augmentation mécanique du nombre de chutes, rendant indispensable une prévention renforcée et une traçabilité rigoureuse.

Notre étude met en évidence un paradoxe : si les professionnels sont largement conscients de l'importance de déclarer les chutes et reconnaissent l'impact potentiel d'une non-déclaration sur la prise en charge et la prévention, leurs pratiques restent hétérogènes et marquées par des omissions.

Seule une minorité maîtrise correctement les définitions de la chute et de la chute grave, alors même que ces connaissances conditionnent la pertinence des déclarations.

Les freins identifiés relèvent principalement de contraintes organisationnelles et matérielles (manque de temps, priorisation des soins, inaccessibilité des outils), mais aussi de lacunes dans la compréhension du cadre conceptuel (protocole accessible et à jour des recommandations) et réglementaire. Les soignants expriment néanmoins une volonté d'amélioration, citant comme leviers prioritaires la formation continue, la simplification des procédures et un meilleur partage d'informations en équipe.

Ces résultats rejoignent les constats de la littérature et les recommandations institutionnelles, en particulier celles de la Haute Autorité de Santé et du Plan national antichute. Ils invitent à renforcer la culture de sécurité en EHPAD par des actions ciblées : clarifier la définition et la gravité des chutes dans les formations, améliorer l'ergonomie et l'accessibilité des outils de déclaration, développer des retours réguliers en équipe pluridisciplinaire, et inscrire la déclaration dans une logique de prévention plutôt que de sanction.

En définitive, la déclaration des chutes doit être perçue non comme une contrainte administrative, mais comme un outil central de qualité et de sécurité des soins. Elle constitue un levier pour optimiser la prise en charge individuelle, alimenter une réflexion institutionnelle et soutenir une dynamique collective de prévention.

Poursuivre les recherches sur les dimensions qualitatives, systémiques et organisationnelles de ce processus apparaît indispensable pour mieux appréhender les freins et adapter le management des équipes afin d'améliorer la prise en charge des chutes et de répondre aux défis du vieillissement de notre population.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Ageing Life Course Fam Community Health WHO Glob Rep Falls Prev Older Age [Internet]. 2008 [cité 16 août 2025]; Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/43811>
2. Plan-antichute-accessible 28-02-2022.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf
3. Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030 – Données sociales : La société française | Insee [Internet]. [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371861?sommaire=1371865>
4. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees/>
5. SPF. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique [Internet]. [cité 16 août 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees.-numero-thematique.-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique>
6. Peel NM. Epidemiology of Falls in Older Age. Can J Aging Rev Can Vieil. mars 2011;30(1):7-19.
7. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Limiter la perte d'autonomie des personnes âgées hospitalisées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801383/en/limiter-la-perte-d-autonomie-des-personnes-agees-hospitalisees
8. Évaluation et prise en charge des chutes répétées personnes âgées - recommandations.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
9. Herr M. Le concept de fragilité en épidémiologie. 2015;
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 2001;56(3):M146-156.
11. Integrated care for older people (ICOPE) [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-care-for-older-people-icope>
12. synthèse aps personnes âgées à risque de chute.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf

13. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 16 août 2025]. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
14. Décret n° 2016-1813 du 21 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales. 2016-1813 déc 21, 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033670880>
15. Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients - Légifrance [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033479591>
16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Analyse des déclarations de la base de retour d'expérience nationale des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) en lien avec une chute de patients. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3348617/fr/analyse-des-declarations-de-la-base-de-retour-d-experience-nationale-des-evenements-indesirables-graves-associes-aux-soins-eigs-en-lien-avec-une-chute-de-patients
17. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Revue de mortalité et de morbidité (RMM). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm
18. Comité de Retour d'Expérience (CREX) : 13 conseils pour l'organiser en ESSMS [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.qualineo.io/post/comite-retour-experience-crex-essms>
19. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 1 sept 2025]. Grille ALARM. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1215806/fr/grille-alarm
20. Masson E. EM-Consulte. [cité 18 avr 2025]. Chute en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), quel « parachute » ? Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1669961/chute-en-etablissement-d-hebergement-pour-personne>
21. Comment l'analyse des presque-chutes révolutionne la prévention et réduit de 40% les accidents en EHPAD - SOS Ehpad [Internet]. 2025 [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://sosehpads.com/comment-lanalyse-des-presque-chutes-revolutionne-la-prevention-et-reduit-de-40-les-accidents-en-ehpad/40462/>
22. Tabous et prévention des chutes chez les seniors [Internet]. France Assos Santé. 2016 [cité 3 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2016/04/22/tabous-et-prevention-des-chutes-chez-les-seniors/>
23. Naudin M. Morel C., 2018, Les décisions absurdes III. L'enfer des règles et les pièges relationnels, Paris, Gallimard. RIMHE Revue Interdiscip Manag Homme Entrep. 24 mars 2020;389(1):102-12.
24. Schoberer D, Breimaier HE, Zuschnegg J, Findling T, Schaffer S, Archan T. Fall prevention in hospitals and nursing homes: Clinical practice guideline. Worldviews Evid Based Nurs. 9 mars 2022;19(2):86.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Extrait fiche de déclaration des chutes

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Annexe 3 : Grilles ALARM (commentée)

EXTRAIT FICHE DE DÉCLARATION DES CHUTES (logiciel netsoins)

Nouvelle chute

Date et heure de découverte de la chute* 02/09/2025 --h--

Témoin de la chute* Choisissez...

Lieu* Choisissez...

Position avant la chute* Choisissez...

Aide technique au moment de la chute ⓘ* Choisissez...

Appareil visuel au moment de la chute ⓘ* ☐ Oui ☐ Non

Appareil auditif au moment de la chute ⓘ* ☐ Oui ☐ Non

Contention au moment de la chute ⓘ* ☐ Oui ☐ Non

Facteurs environnementaux* Choisissez...

Habillage* ☐ Inadapté ☐ Adapté ☐ Non concerné

Chaussage* Choisissez...

Observations immédiates ⓘ* Choisissez...

La saisie de vos remarques et observations dans le champ "Autres remarques" facilitera l'analyse de la chute.

Autres remarques

L'enregistrement de la chute génère automatiquement une transmission

Enregistrer

Nouvelle chute

Relève par un tiers* ☐ Oui ☐ Non

Relève avec un matériel d'aide au transfert* Choisissez...

Entourage prévenu* ☐ Oui ☐ Non

Médecin prévenu* ☐ Oui ☐ Non

IDE prévenu* ☐ Oui ☐ Non

Appel des urgences* ☐ Oui ☐ Non

Appel du médecin traitant* ☐ Oui ☐ Non

Appel du médecin coordonnateur* ☐ Oui ☐ Non

Radiographie* ☐ Oui ☐ Non

Passage aux urgences* ☐ Oui ☐ Non

Relevés

Les relevés seront enregistrés au 02/09/2025 à 15h22.
Veuillez passer par l'onglet "Relevés" pour saisir d'autres relevés du ur

Tension mmHg

Température °C

Saturation O₂ %

Pulsations bpm

Glycémie capillaire g/L

Enregistrer

QUESTIONNAIRE :

Les chutes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) représentent un enjeu majeur de santé publique, impactant la qualité de vie et la sécurité des résidents. Une prise en charge optimale des chutes repose sur une déclaration précise et complète des incidents. Nous formulons l'hypothèse que les déclarations de chutes non ou mal renseignées seraient fréquentes et responsables d'une moins bonne prise en soin des patients chuteurs. Ce questionnaire vise à évaluer la qualité des déclarations de chutes en EHPAD, identifier les éventuelles lacunes et proposer des pistes d'amélioration pour optimiser la prise en charge des résidents.

Ce formulaire est anonyme.

Merci de ne répondre qu'une fois par personne.

I. Informations professionnelles :

1/ Fonction :

☐ MEDCO

☐ IDEC

☐ IDE

☐ AS

2/ Ancienneté dans la structure :

☐ < 1 an

☐ entre 1 et 3 ans

☐ > 3 ans

3/ Type d'établissement :

☐ Public

☐ Privé lucratif

☐ Privé à but non lucratif

4/ Statut professionnel :

☐ CDI

☐ CDD

☐ Vacataire/intérim

5/ Sexe :

☐ Femme

☐ Homme

6/ Âge :

☐ 18-30 ans

☐ 31-45 ans

☐ > 45 ans

II. Organisation du travail:

7/ Unité principale d'affectation :

☐ Unité de vie protégée/UHR

☐ Unité dite classique

☐ PASA

8/ Horaire de travail :

☐ De jour

☐ De nuit

9/ Logiciel utilisé :

☐ Netsoin

☐ Titan

☐ Autre

III. Expérience des chutes

10/ Avez-vous déjà été confronté(e) à la chute d'un résident ?

☐ Oui

☐ Non

11/ À quelle fréquence déclarez-vous une chute ?

☐ < 1 fois par semaine

☐ Entre 1 et 4 chutes par an

☐ > 4 chutes par mois

12/ Selon vous, lesquelles des situations suivantes sont des chutes ? (choix multiple possible)

☐ Chute en marchant

☐ Glissement du fauteuil

☐ Chute du lit pendant le sommeil

13/ Qu'est-ce qu'une chute grave selon vous ? (choix multiple possible)

- ☐ Une chute qui entraîne une hospitalisation
- ☐ Une chute avec traumatisme crânien
- ☐ Une chute avec plaie
- ☐ Une chute qui nécessite une évaluation médicale
- ☐ Toutes les chutes en EHPAD
- ☐ Un résident qui fait des chutes multiples

IV. Déclaration des chutes

14/ Quel type de chute faut-il déclarer ?

- ☐ Toutes les chutes
- ☐ Les chutes graves uniquement
- ☐ Les chutes inhabituelles

15/ Avez-vous déjà omis de déclarer une chute par manque de temps ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

16/ Si vous avez déjà omis de déclarer une chute, quelles en étaient les raisons ? (choix multiple possible)

- ☐ Manque de temps au moment de la chute
- ☐ Priorité donnée aux soins immédiats
- ☐ Inaccessibilité du logiciel au moment voulu
- ☐ Trop de complexité ou de lenteur du formulaire
- ☐ Manque de formation à l'outil ou à la procédure
- ☐ Pas jugé utile de déclarer cette chute
- ☐ Aucune conséquence apparente après la chute
- ☐ Peur de représailles ou de reproches
- ☐ Oubli / négligence
- ☐ Personnel non fixe / vacataire

17/ Comment qualifiez-vous la fiche de déclaration actuelle ?

- ☐ Utile et facile à remplir

- ☐ Utile mais contraignante
- ☐ Peu utile mais remplie par obligation
- ☐ Inutile

18/ Avez-vous un retour concernant les chutes que vous avez déclarées ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

19/ Selon vous, une chute non déclarée peut-elle affecter la prise en charge du résident ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

V. Connaissances et suivi institutionnel

21/ Connaissez-vous les procédures de prise en charge des chutes dans votre établissement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

22/ Existe-t-il des instances d'analyse des chutes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

23/ Estimez-vous que les actions de suivi soient suffisantes après une déclaration ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

24/ Pensez-vous que les déclarations de chutes sont utilisées pour la prévention ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

25/ Avez-vous connaissance d'outils ou de supports post-chute ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

VI. Perspectives et amélioration

27/ Que pensez-vous de la fiche actuelle de déclaration ?

- ☐ Elle améliore les pratiques
- ☐ Elle est utile mais complexe
- ☐ Elle est peu utile
- ☐ Elle devrait être révisée

28/ Quelles mesures permettraient d'améliorer la déclaration des chutes ?

- ☐ Formation continue
- ☐ Simplification de la procédure
- ☐ Sensibilisation accrue
- ☐ Meilleure communication entre équipes
- ☐ Outils numériques facilitant la déclaration

29/ Souhaitez-vous être davantage impliqué(e) dans la prévention des chutes ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Peut-être

GRILLE ALARM COMMENTEE

Méthodes et outils

Mission sécurité du patient

 Grille ALARM Commentée	
1. Facteurs liés au patient	
Dans toutes les situations cliniques, l'état de santé du patient aura la plus directe influence sur la pratique et les résultats. D'autres facteurs comme la personnalité, le langage et toutes incapacités peuvent aussi être important car ils peuvent influencer la communication avec l'équipe et augmenter la probabilité d'occurrence d'un événement Ceci est renforcé auprès des populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers : les personnes âgées ; les patients porteurs de maladies chroniques ; les enfants et adolescents ; les personnes atteintes d'un handicap ; les personnes démunies ; les personnes détenues.	
1,1 Antécédents	
Exemples	Médicaux habitus
Questions	Les antécédents médicaux du patient ont-ils influencé le cours de l'événement ?
1,2 Etat de santé (pathologies, co-morbidités)	
Exemples	Complexité, gravité Personnes vulnérables: personnes âgées, enfants, personnes handicapées...
Questions	Est-ce que l'âge du patient, la gravité de son état ou la complexité de son cas ont pu contribuer à la survenue de cet événement ? Quel était le pronostic vital ou fonctionnel du patient au moment de l'acte ?
1,3 Traitements	
Exemples	Risques connus associés aux traitements Modalités particulières d'hospitalisation (détenus, hospitalisation sans consentement...)
Questions	Le patient présentait-il un risque connu ayant influencé l'événement (ex : un traitement particulier) ?
1,4 Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux	
Exemples	Problèmes de compréhension, d'expression orale, barrière de la langue Qualité de l'entourage, position familiale particulière, métier particulier Personnes démunies, personnes détenues
Questions	Le patient avait-il des problèmes d'expression ? Une communication difficile ? La langue parlée et comprise par le patient était-elle une difficulté lors de la prise en charge ? Des facteurs sociaux ont-ils participé à la survenue de l'événement ? Est-ce que le patient/son entourage était utile et coopératif ?
1,5 Relations conflictuelles	
Exemples	Mauvaise qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins. Influence négative liée à une hospitalisation antérieure, à l'histoire de la personne ou sa représentation du monde hospitalier. Comportements: agressivité, irrespect, méfiance, opposition, absence d'écoute ou indifférence aux soins
Questions	Quelle était la relation du patient avec les soignants et les soins ? Quelle était l'implication du patient dans la prise en charge thérapeutique (indifférent, opposant, ...) ?
2. Facteurs liés aux tâches à accomplir	
La définition ainsi que la planification adéquate sont des facteurs de sécurité des tâches à accomplir. Les protocoles et les procédures permettent de définir les tâches et les processus ainsi que les compétences nécessaires pour leur réalisation.	
2,1 Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)	
Exemples	Absence, indisponibilité, inadaptation de protocoles auprès du personnel Mauvaise qualité de l'information dans les protocoles Méconnaissance, oubli de l'existence de protocoles, refus d'utilisation (Il peut s'agir de protocoles diagnostics, thérapeutiques, de soins, organisationnels...)

Questions	Existe-t-il des protocoles en rapport avec les actes ou le processus en cause dans l'événement ? Si les protocoles existent, sont-ils connus, disponibles et utilisés ? Les protocoles sont-ils toujours d'actualité ?
2.2 Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)	
Exemples	Difficulté de réalisation ou non réalisation d'un examen (indisponibilité des secteurs médico-techniques...) Difficulté d'accès ou indisponibilité des résultats d'examens Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état clinique du patient Doutes sur la fiabilité ou la pertinence des résultats (transmission orale, incomplète ou de mauvaise qualité, défaut d'identification du patient) Désaccords ou doutes sur l'interprétation des résultats d'examens (défaut d'avis spécialisé...)
Questions	Les examens complémentaires ont-ils été réalisés et les résultats disponibles en temps utile ? Existe-il un accord (consensus) concernant l'interprétation des résultats d'examens ?

2010-08-16_GRILLE_ALARM_COMMENTEE_V1

1/6

Méthodes et outils

Mission sécurité du patient

2.3 Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)	
Exemples	Absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, reminder...
Questions	Les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ? Sont-ils disponibles ? Ont-ils été utilisés ?
2.4 Définition des tâches	
Exemples	Définition des tâches imprécise (quel personnel, quelle compétence, quel acte, quel délai et pour quel résultat) ou absence de définition
Questions	Les tâches concernées étaient-elles bien définies ? La définition des tâches prend-elle en compte les compétences des différentes professions ? La définition des tâches est-elle connue, partagée, respectée dans l'équipe ? Existe-t-il une incompréhension de la part du personnel sur les tâches à effectuer ?
2.5 Programmation, planification	
Exemples	Défaut de programmation opératoire (absence, modification...) planification des soins ou des tâches non adaptée
Questions	Les tâches concernées étaient-elles planifiées ? L'intervention était-elle programmée ? Le programme a-t-il été respecté, modifié ? La personne appropriée a-t-elle été consultée quand cela était nécessaire pour le déroulement des soins ?
3. Facteurs liés à l'individu (soignant)	
Les facteurs individuels comprennent la connaissance, la qualification, et l'expérience de chaque membre de l'équipe et vont affecter leur pratique clinique	
3.1 Qualifications, compétences	
Exemples	Inadéquation des qualifications et des compétences (savoir-faire) ou des connaissances (savoir) Manque d'entraînement à des situations particulières (urgences vitales, gestes particuliers ...) Manque de motivation
Questions	Pensez-vous que vous aviez suffisamment de connaissances et d'expérience pour prendre en charge ce problème, cette complication ? Aviez-vous déjà réalisé ce geste, cette procédure ?
3.2 Facteurs de stress physique ou psychologique	
Exemples	Mauvaise disposition physique et mentale (ex: effets de la charge de travail, de la maladie, etc. sur l'état psychologique et physique des individus)

Questions	Vous sentiez-vous fatigué, affamé ou malade ? Etiez-vous stressé ?
4. Facteurs liés à l'équipe	
Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe, et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contraint et influencé par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins	
4.1 Communication entre professionnels	
Exemples	Défaut de communication dans l'équipe ou en dehors du service, du département; entre juniors et seniors au sein de l'équipe; entre différentes professions; entre professionnel du même niveau Difficultés d'expression des désaccords ou des préoccupations Conflit ou mauvaise ambiance au sein de l'équipe Défiance des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes.
Questions	La communication entre vous-même et les autres membres de l'équipe est-elle effective ? La communication est-elle précise, complète et non ambiguë ? Utilise-t-elle un vocabulaire standard (commun) et pas de jargon ? Est-il possible d'exprimer des désaccords ou des préoccupations au sein de l'équipe ? Existe-t-il un temps ou un espace pour cela ? La collaboration et l'ambiance sont-elles satisfaisantes ? Comment qualifieriez-vous la qualité relationnelle dans l'équipe de travail (ambiance, existence de conflits...) ? Est-ce que la communication entre votre service (département ou pôle) et les autres services (départements ou pôles) est effective ?
4.2 Communication vers le patient et son entourage	
Exemples	Insuffisance d'échange d'informations entre les professionnels et le patient ou son entourage Défaut de qualité de la relation avec le patient ou son entourage
Questions	L'équipe a-t-elle eu (passé) suffisamment de temps avec le patient pour lui expliquer les procédures et les conséquences possibles ou complications ? Ya-t-il eu des difficultés linguistiques, culturelles ou des incompréhensions entre l'équipe et le patient et son entourage ? Quelles-sont les habitudes du service en termes d'information du patient et de son entourage ?

2010-08-16_GRILLE_ALARM_COMMENTEE_V1

2/6

Méthodes et outils

Mission sécurité du patient

4.3 Informations écrites (dossier patient...)	
Exemples	Absence, indisponibilité, incomplétude ou qualité insuffisante des informations écrites (dossier patient, comptes-rendus, fiches...) Divergences dans les écrits Illisibilité et manque de signature des documents
Questions	Les dossiers des patients (supports d'informations) sont-ils accessibles, lisibles, identifiés, et complets ? Les dossiers des patients (supports d'informations) mettent-ils suffisamment en évidence les facteurs de risques ? Quel est le niveau de partage des informations écrites dans l'équipe (nombre de supports, confidentialité...) ?
4.4 Transmissions et alertes	
Exemples	Défaut de transmissions orales ou écrites Manque d'informations cruciales
Questions	Comment sont rapportées et partagées les informations cruciales pour la prise en charge du patient entre professionnels ? Les informations sur l'évaluation des patients sont-elles partagées et utilisées par les membres de l'équipe de soins en temps utile ?

4,5 Répartition des tâches

Exemples	Incohérence ou déséquilibre de la répartition des tâches dans l'équipe Glissement de tâches Soins ne relevant pas du champ d'expertise du service
Questions	Comment s'organise le travail entre les membres de l'équipe ? L'équipe est-elle d'accord sur la répartition des tâches ? A-t-il été défini qui prend en charge le patient ou réalise un acte particulier ?

4,6 Encadrement, Supervision

Exemples	Défaut d'encadrement Défaut de coordination dans le service Définition non claire des responsabilités dans l'équipe Défaut de supervision ou de réponse à une demande de soutien Supervision inadaptée des médecins et des autres personnels Indisponibilité ou manque de réactivité des seniors (ou référents) Difficulté dans la recherche d'information auprès d'un autre professionnel (avis spécialisés...)
Questions	Avez-vous eu un encadrement (supervision) ou un soutien suffisant ? Un conseil ou l'aide d'un autre membre de l'équipe étaient-ils disponibles tout le temps ? La communication entre le management/supervision et l'équipe de soins est-elle adéquate ? Les coordonnées des spécialistes à appeler en cas d'urgence vitale sont-elles disponibles dans le secteur d'activité ?

4,7 Demandes de soutien ou comportements face aux incidents

Exemples	Manque de soutien par les pairs après un incident Manque de soutien entre différentes professions (ex : cadre soignant et jeune médecin) Faible propension des juniors à solliciter de l'aide Défaut d'adaptation à une situation imprévue
Questions	Quels soutiens sont disponibles en cas de problèmes ? Avez-vous eu un soutien suffisant ? Existe-t-il un soutien effectif dans l'équipe ?

5. Facteurs liés à l'environnement de travail

L'environnement de travail au sein d'une unité ou d'un département, qu'il soit physique (locaux, matériels, fournitures...) ou organisationnel (disponibilité de ressources humaines qualifiées, organisation du travail, horaires...), conditionne la qualité et la sécurité des soins dispensés par une équipe.

5,1 Administration

Exemples	Lourdeur du fonctionnement administratif du secteur de soins Difficultés de révision des processus administratifs
Questions	Est-ce que les règlements et les procédures administratifs sont communiqués de façon adéquate ?

5,2 Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène...)

Exemples	Défauts des bâtiments et de l'environnement (conception, fonctionnalité, espace, température, lumière, ...) Défaut de maintenance des locaux Hygiène insuffisante des locaux ou défaillance du nettoyage
Questions	Est-ce que votre pratique a été affectée par l'environnement de travail (chaleur, bruit...) ? Est-ce que les locaux sont adaptés au type de prise en charge ?

5,3 Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites	
Exemples	Indisponibilité, lenteur ou qualité du brancardage et des transferts Non respect des règles d'hygiène et de sécurité lors des transports Non respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient
Questions	Les modalités de déplacement du patient ont-elles participé à la survenue de l'événement ? Des circuits et des modes de transport spécifiques ont-ils été définis pour les différents types de prise en charge (hospitalisation complète programmée, chirurgie ambulatoire, urgences immédiates, urgences différées).
5,4 Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)	
Exemples	Dysfonctionnements des équipements et approvisionnements Fourniture ou équipement non disponible, inadapté ou défectueux (ex: matériel d'urgence...) Fourniture ou équipement mal utilisés (défaut de formation des personnels, défaut de notices explicatives...) Défaut de maintenance des équipements Absence d'équipement de secours, de solution dégradée ou de dépannage d'urgence permettant de répondre à une panne d'un équipement biomédical critique Fonctionnalité insuffisante des équipements (ex : ergonomie, conception, sécurité, normalisation) Défaut de stérilisation
Questions	Avez-vous disposé des fournitures ou des matériels médicaux nécessaires ? Est-ce que tous les équipements que vous avez utilisés ont fonctionné de façon adéquate et efficacement ? Est-ce qu'il y avait une information suffisante et fiable concernant tous les équipements ? Comment a été assurée la formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel ? L'établissement dispose-t-il d'un programme de maintenance ? Comment est assuré le dépannage d'urgence des équipements en panne, notamment concernant les dispositifs biomédicaux critiques ? (équipement de secours, solution dégradée ou dépannage d'urgence) Cette procédure est-elle connue des professionnels ?
5,5 Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)	
Exemples	Défaut de communication des systèmes d'information entre eux Inaccessibilité d'informations numérisées ou doutes sur la qualité de l'information Mauvaise gestion des accès informatiques Défaut de maintenance (délais excessifs de dépannage...) Bugs informatiques
Questions	Le système d'information est-il adapté aux orientations stratégiques de l'établissement, du service ? Le système d'information facilite-t-il l'accès en temps utile à des informations valides ? Le système d'information aide-t-il les professionnels dans leur processus de décision ? Existe-t-il des difficultés de fonctionnement du système d'information ? Existe-t-il plusieurs systèmes d'information ? Le système d'information du bloc opératoire est-il intégré au système d'information hospitalier ?
5,6 Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)	
Exemples	Mauvaise combinaison des compétences ou des effectifs Mauvaise adaptation au poste de travail Absence de dispositions pour assurer la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents Indisponibilité d'un personnel apte à exécuter correctement et dans les temps une tâche spécifique Mauvaise gestion des gardes et astreintes
Questions	La composition de l'équipe était-elle appropriée ? Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont-ils définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24 ? Si oui, ces informations sont-elles connues des professionnels ?
5,7 Charge de travail, temps de travail	
Exemples	Irrégularité des coupures ou des temps de repos Charge de travail inadaptée ou trop importante (cumul de gardes, volume des soins, nombre de patients...) Participation à des activités ou des tâches obligatoires sans lien avec le poste occupé (travail administratif...)
Questions	Avez-vous eu une augmentation de la charge de travail non prévue ou soudaine ? Avez-vous dû faire face à (ou hiérarchiser) plus d'un cas en même temps ? Deviez-vous passer du temps à des activités non cliniques ?
5,8 Retards, délais	
Exemples	Précipitation dans la réalisation d'actes Influence néfaste de délais imposés (inclusion dans un programme opératoire...) Mauvaise appréciation de la notion d'urgence (urgences immédiates, urgences différées...)

6. Facteurs liés à l'organisation et au management

L'équipe est influencée par les actions de management et les décisions prises à un niveau supérieur dans l'organisation. Ceci inclut les politiques de remplacement, d'utilisation de personnel intérimaire, de formation continue, d'intégration et d'évaluation, les politiques de gestion des équipements, mais également la politique sur la qualité et la gestion des risques

6,1 Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)

Exemples	Structure hiérarchique de l'organisation imprécise (méconnaissance de l'organigramme) Degré d'autonomie du personnel insuffisant Niveaux décisionnels trop importants, inefficaces Changements récents d'organisation interne
Questions	Comment la structure hiérarchique ou des niveaux décisionnels trop nombreux ont-ils influencés négativement le cours de l'événement ? Les circuits de décision et de délégation sont-ils définis, diffusés et connus des professionnels ?

6,2 Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant

Exemples	Gestion du personnel inadéquate Description des postes insuffisante Insuffisance de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les besoins en compétences et effectifs des secteurs d'activité ne sont pas identifiés Absence d'intégration des nouveaux arrivants
Questions	Les compétences nécessaires à une fonction ou à un service sont-elles identifiées ? Existe-t-il une organisation afin d'intégrer tout nouvel arrivant dans l'établissement (information sur l'établissement et le secteur d'activité, lui permettant l'exercice de sa fonction) ? Pensez-vous que votre période d'adaptation à l'hôpital/spécialité/service vous a préparé à cette situation ? Avez-vous du collaborer avec un nouveau médecin ou personnel de soins (intérim) avec qui vous n'avez jamais travaillé ?

6,3 Politique de formation continue

Exemples	Formation ou entraînement insuffisant du personnel Politique de formation continue insuffisante (analyse des besoins et offre de formation insuffisantes, pas de plan de formation...)
Questions	Existe-t-il un plan de formation continue établi en accord avec les besoins des services ? Les actes ou procédures de soins nécessitant une formation ou un entraînement sont-ils identifiés ?

6,4 Gestion de la sous-traitance

Exemples	Insuffisance de la prestation sous-traitée
Questions	Comment la fonction sous-traitée est-elle intégrée dans le fonctionnement du service et de l'équipe ?

6,5 Politique d'achat

Exemples	Influence de la politique d'achat sur la disponibilité ou la qualité des produits (livret thérapeutique, listes limitatives de commande...) Rupture de stock ou d'approvisionnement
----------	--

Questions	Existe-t-il une politique d'achat ou d'approvisionnement prenant en compte les besoins des services, des utilisateurs et des patients ? Comment sont assurés les approvisionnements en situation normale, en urgence, les jours fériés, les week-ends ?
6,6 Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement	
Exemples	Gestion documentaire, procédures de révision et de mise à jour des protocoles, rédaction et suivi de l'utilisation des protocoles Hygiène et sécurité au travail insuffisantes Culture de sécurité insuffisante Sécurité et gestion des risques non perçues comme des objectifs importants Absence de stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches de sécurité des soins
Questions	Comment qualifieriez-vous la culture sécurité de l'établissement ? Existe-t-il une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins diffusée dans l'établissement et connue des professionnels ? L'établissement évalue-t-il et hiérarchise-t-il les risques dans les secteurs d'activité ? Existe-t-il des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mis en œuvre dans le secteur d'activité ? Existe-t-il une gestion documentaire dans l'établissement ? Si oui, la gestion documentaire définit-elle les modalités de rédaction, de diffusion et de révision des documents ? Les situations mettant en jeu la sécurité des biens et des personnes sont-elles identifiées ? Existe-t-il un document unique établi sur les conditions de travail des personnels ? Si oui, un plan d'amélioration des conditions de travail est-il défini ?

2010-08-16_GRILLE_ALARM_COMMENTEE_V1

5/6

Méthodes et outils

Mission sécurité du patient

6,7 Ressources financières	
Exemples	Influence néfaste de la politique ou de problèmes financiers sur le fonctionnement de l'établissement
Questions	Existe-t-il des facteurs financiers ayant influencé cet événement ? L'établissement décline-t-il en interne des objectifs prévisionnels de dépenses et s'il y a lieu de recettes ?
7. Facteurs liés au contexte institutionnel	
L'organisation elle-même est influencée par le contexte institutionnel, la réglementation et le contexte économique et politique du secteur.	
7,1 Politique de santé publique nationale	
Exemples	Influence de la politique de santé sur le fonctionnement de l'établissement Contraintes réglementaires
Questions	L'établissement fait-il l'objet actuellement de mesures de la part d'un organe de l'état ? Existe-t-il des contraintes réglementaires en vigueur pour cet établissement ayant influencé le déroulement de l'événement ? (CPOM,...)
7,2 Politique de santé publique régionale	
Exemples	Ressources sanitaires insuffisantes ou défectueuses (CPOM...) Faiblesse des échanges ou des relations avec les autres établissements (réseaux, coopérations...)
Questions	L'établissement a-t-il mis en place des partenariats en cohérence avec les pathologies qu'il prend en charge ? L'établissement est-il organisé en relation avec d'autres établissements pour le type de prise en charge concerné par l'événement ? Dans l'affirmative, le personnel connaît-il les modalités de cette organisation ?
7,3 Systèmes de signalement	
Exemples	Absence de culture de signalement des situations dangereuses (vigilances...) Absence d'apprentissage par le retour d'expérience des événements indésirables
Questions	L'événement s'est-il déjà produit dans l'établissement ? Le personnel déclare-t-il les événements qu'il rencontre ? Comment est organisé l'établissement pour recueillir et analyser les événements indésirables ?