



Dispositif de prévention des chutes - ?

Historique Historique de lectures Mode affichage Imprimer Télécharger Sauvegarder et imprimer Retour à la liste

FACTEURS PHYSIQUES

Age > 85 ans

Faiblesse musculaire clinique et/ou dénutrition et/ou hypoalbuminémie (albuminémie <30g/l + Imc

Antécédents de chute

Altération de la locomotion ou des pieds

FACTEURS PSYCHIQUES

Nombre de facteurs parmi la liste ci-dessus

Agitation

Dépression

Prise de risque (héméris)

PATHOLOGIES AIGUES

Févre, infection

PATHOLOGIES CHRONIQUES

Neuro psychiatriques (AVC/démence/désorientation)

MÉDICAMENTS

Nombre total > ou égal à 7

Nombre de médicaments à risque * > ou égal à 3

* Benzodiazépines-antipsychotiques-antidépresseurs- analgésiques morphiniques et non-anti hypertenseurs-hypnotique-flurétique-nitré et antiangorux

TOTAL

Total score

RÉSULTATS

Si score entre 5 et 11 : risque de chute

CONSIGNES

Effectuer une transmission ciblée selon le thézaurus dispositif de prévention des chutes

Contenu des échanges :

- Il n'y a pas d'évaluation systématique du risque de chute pour les patients de plus de 65 ans.
- Pour les questions d'autonomie et de dépendance, cela sera à bien repréciser car « notions floues » pour une majorité de l'assemblée
- La grille d'évaluation du risque de chute doit être simplifiée
- Une réflexion est à mener sur la mise en place du Score de Norton
- Pour le plan d'actions chute, il est proposé de supprimer le formulaire actuel (non utilisé) et d'utiliser les transmissions ciblées qui sont actuellement en cours de réorganisation par risque.
- En pratique des actions sont réalisées mais non tracées (observation du patient, marche avec aide, chaussures non adaptées, rappel au patient de sonner, etc.)
- Il est proposé de mettre en place, une alerte virtuelle ? une vignette sur les dossiers ? pour les patients à risque de chute, réflexion sur l'identification du risque par un bracelet ? (mis en place sur le Parc)
- Il est décidé de faire un audit auprès des soignants, c'est quoi pour eux le risque de chute ? pour ensuite ajuster au mieux le plan d'actions

VAUBAN

- **M.Mabire** (Bloc-SSPI)
- **M.Lesueur/ I.Dufort** (Chirurgie)
- **G.Dyzma** (Dialyse)
- **A.Philippart/ A.Pagniez** (Médecine)
- **S.marchienne** (Plaies et cicatrisation)
- **E.Dubois** (SIPO)
- **S.Delrot/ F.Jestin/ L.Leroy** (Urgences)
- **V.Brabant/ V.Deltour** (USP/USSO)

⇒ De nouveaux correspondants dans certains secteurs

⇒ Quelles mission pour impulser la dynamique?

PARC

- **N.Ancelet/I.Charles** (Bloc-SSPI)
- **E.Ducroquet/A.Bienassis/I.Lafrek /O.Lesne** (Chirurgie)
- **M.Dentrebecq** (Maternité)
- **A.Gerard/D.Delsoir/A.Marques/ N.Bultel**(Ambulatoire)
- **M.Batata/C.Berteau/E. Ottelet/M-P. Dedise/D.Leclercq**(SSR/médecine)
- **P.Duflot/N.Drese** (CRF PT)
- **L.Bousbaine** (CRF HC)
- **C.Duval/L.Blas** (Urgences)

Contenu des échanges :

- Impliquer les référents en dehors des réunions
- Au moins 1 référent présent dans la commission
- Puis les solliciter entre deux commissions, avec des missions définies entre chaque
- Pour la prochaine réunion → Faire l'audit auprès de leurs collègues → leur préparer une trame

II- Projet « Détecter et prévenir le risque de perte d'autonomie chez la personne âgée »


Projet « Détecter et prévenir le risque de perte d'autonomie chez la personne âgée »

- ✓ Appel à manifestation d'intérêt ARS « Réduction des Inégalités de Santé »
- ✓ Bilans gériatrie – développés dans l'unité de parcours de soins coordonnés : Repérer le risque de chute et alerter
- ✓ Déploiement d'une plateforme diagnostic et d'entraînement favorisant la mobilité et la reprise d'autonomie
- ✓ 1 médecin dédié et 1 équipe pluridisciplinaire (kiné, psy, diet, IDE, AS, ass. sociale)
- ✓ Un numéro unique (favoriser admissions directes – renforcer le lien ville/hôpital)
- ✓ Bénéfices attendus:
 - Prévenir/restaurer la perte d'autonomie
 - Limiter les traitements médicamenteux
 - Maintenir les capacités motrices
 - Solliciter/améliorer les capacités cognitives et sensorielles
 - Solliciter/améliorer les aptitudes sociales
 - Améliorer le bien-être de la personne et sa qualité de vie
 - Améliorer la gestion des syndromes psycho-comportementaux
 - Réduire le risque de récurrence de chutes et anticiper les conséquences négatives
- ✓ Accompagnement au long cours : conseils, parcours personnalisé, implication des aidants



- ✓ Plateforme HUR DIVIDAT SENSO de MEDIMEX
 - Evaluer le risque de chute
 - Evaluer les potentielles faiblesses
 - Etablir un programme individuel « Personnalisé de Rééducation et de Prévention »

- ✓ Les tests de la Plateforme HUR DIVIDAT SENSO de MEDIMEX
 - Step Reaction Test
 - Four Square Step Test
 - Scoring de référence sur la base des mouvements et la capacité à réaliser des tâches cognitives
 - Evaluation de la posture
 - Test Flexi
 - Go non (mesure de l'attention sélective)

- Réalisation de séances sur la durée : entraînement ludique avec objectifs et résultats



III- Présentation du travail en cours par C VERDIERE : nos cas d'école

BIBLE CAS D'ECOLE (HORS URGENCES VITALES)		
Thème	Problématique	Que faire ?
Impossibilité de récupérer consentement patient (troubles cognitifs)	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Aucune personne de confiance ni de personne à prévenir ∅ Procédure de mise sous tutelle en cours => Jugement non rendu	Responsabilité médicale. C'est au médecin de prendre la décision de l'intervention ou non
Enfant non identifié	Enfant non déclaré <ul style="list-style-type: none"> ∅ Pas de livret de famille ∅ Pas d'extrait d'acte de naissance => Impossibilité de vérifier identité des parents	Refus de PEC
Changement de sexe : Homme devenue femme, qui souhaite être hospitalisée sous son prénom de femme.	Procédure administrative de changement de sexe en cours (CNI, Carte vitale...) - Tout est encore au nom de Monsieur	Hospitalisation officielle au nom de Monsieur (doss méd, bilans, etc...)
Anonymat	Patiente qui souhaite rester anonyme Que faire en cas de DC ?	En cas de DC, l'anonymat tombe => Rechercher personne à prévenir / de confiance.

➔ Bible cas d'école à partager HPH sur Bluemedi