

Protocole de prévention des chutes

À LIRE AVANT USAGE

Ce document est un modèle fictif, créé pour les besoins de la formation « Parcours IA en gérontologie ». Il ne remplace pas le protocole réel de votre établissement : ce type de document est propre à chaque structure (rédigé par la direction, la CME ou le comité qualité) et n'existe pas sous une forme générique « prête à trouver ». Utilisez-le comme trame à adapter, ou remplacez-le par le protocole réel de votre établissement avant tout usage professionnel.

1. Objet et champ d'application

Le présent protocole définit les modalités de dépistage, de prévention et de prise en charge du risque de chute pour les résidents de l'établissement [Nom de l'établissement]. Il s'applique à l'ensemble du personnel soignant (IDE, aides-soignants) et à l'encadrement (cadre de santé, IDEC, médecin coordonnateur).

2. Dépistage à l'admission et en cours de séjour

- Évaluation du risque de chute réalisée à l'admission, puis réévaluée au minimum tous les 3 mois.
- Utilisation d'une échelle de dépistage validée (ex. échelle de Tinetti ou grille interne équivalente).
- Réévaluation systématique après toute chute, tout changement de traitement, ou toute hospitalisation.

3. Mesures de prévention à mettre en œuvre

- Chaussage adapté, fermé et à la bonne taille, vérifié à l'admission puis lors de chaque audit.
- Aides techniques (déambulateur, canne, fauteuil) maintenues en bon état et accessibles en permanence.
- Éclairage nocturne suffisant dans les chambres, couloirs et sanitaires ; chemin lumineux si besoin.
- Barres d'appui vérifiées aux toilettes et dans les douches.
- Sonnette d'appel systématiquement à portée de main du résident.
- Révision périodique des traitements à risque (psychotropes, polymédication) en lien avec le médecin coordonnateur et le pharmacien référent.

4. Conduite à tenir en cas de chute

- Sécuriser le résident sur place, ne pas le relever seul en cas de doute sur une fracture ou un traumatisme.
- Alerter immédiatement l'IDE de service.
- L'IDE évalue les signes de gravité (douleur, déformation, perte de connaissance, plaie) et décide de la conduite à tenir (surveillance, appel du médecin, orientation aux urgences).
- Compléter la fiche de signalement d'événement indésirable (FEI) dans les 24 heures.
- Informer la famille du résident, conformément à la procédure d'information de l'établissement.

5. Circuit de signalement et rôles

Rôle	Responsabilité dans le circuit
Aide-soignant(e)	Constata ou est témoin de la chute, sécurise le résident, alerte l'IDE immédiatement.
IDE	Évalue l'état du résident, réalise les premiers gestes, informe le médecin traitant ou coordonnateur,

Cadre de santé / IDEC	Centralise la fiche de signalement, analyse les causes, déclenche si besoin un CREX, met à jour le
Médecin coordonnateur	Est informé de toute chute avec traumatisme ou chute répétée (≥ 2 en 12 mois), valide la réévaluation

6. Suivi et amélioration continue

Chaque chute signalée est intégrée au registre des événements indésirables de l'établissement. Une analyse des chutes répétées (établissement, service ou résident) est réalisée chaque trimestre en comité qualité, et peut donner lieu à un CREX (Comité de Retour d'EXpérience) si un facteur organisationnel récurrent est identifié. Le présent protocole est révisé chaque année, ou plus tôt si les recommandations de la Haute Autorité de Santé évoluent.

Document fictif réalisé pour un usage pédagogique dans le cadre du Parcours Inter-Métiers en Gériologie — Formation IA.
VINCENT R, référent numérique, Formateur Académique « PFA » et « IAN » STI-EDD.