CONCEPT DE CHUTE EN PSYCHIATRIE GÉRIATRIQUE

DÉVELOPPEMENT DU PLAN DE MESURE PSYCHIATRIE

Autrices : Muriel Haldemann & Denise Steinhauser

Version : 1.0

Date : 5 juin 2025

Weltpoststrasse 5 - 3015 Berne
+41 31 511 38 40 - info@anq.ch - anq.ch

Sommaire

1 Situation de départ ... 3
2 Objectifs et questions ... 4
3 Approche conceptuelle ... 5
3.1 Saisie et définitions des chutes et de leurs conséquences ... 6
3.1.1 Définition de la chute et de ses conséquences ... 7
3.1.2 Évaluation du risque de chute ... 8
3.1.3 Saisie ... 9
3.2 Transmission et vérification des données ... 9
3.3 Analyse des données et évaluation ... 11
3.4 Ajustement aux risques ... 11
4 Planification du projet et calendrier ... 12
4.1.1 Calendrier ... 13
5 Bibliographie ... 14

1 SITUATION DE DÉPART

Avec l'introduction du nouveau type de clinique V (cliniques de psychiatrie gériatrique) au cours de l'année de mesure 2023, la Brief Symptom Checklist (BSCL) - l'instrument de mesure pour l'autoévaluation de l'importance des symptômes - a été suspendue avec effet rétroactif au 1er janvier 2023.

Le groupe d'experts Psychiatrie gériatrique de l'ANQ a décidé, sur la base d'une enquête menée dans les cliniques de psychiatrie gériatrique, de développer l'indicateur de mesure « chute » pour remplacer la mesure suspendue, auparavant réalisée avec la BSCL. Le relevé des chutes en psychiatrie gériatrique a été développé par l'ANQ en collaboration avec la Haute école spécialisée bernoise (BFH), le groupe d'experts Psychiatrie gériatrique, ainsi que des praticiennes et praticiens. La saisie prévue se base sur la procédure de relevé des chutes du domaine des soins aigus. L'enquête réalisée dans les soins aigus a été développée et pilotée entre 2020 et 2025 par l'ANQ en collaboration avec la BFH et le Groupe Qualité Chutes et escarres de l'ANQ, ainsi que de nombreux hôpitaux (informations complémentaires).

Pour développer l'indicateur de mesure « chute », la BFH a réalisé, sur mandat de l'ANQ, une étude de faisabilité dans des cliniques de psychiatrie gériatrique. Les résultats de cette enquête, ainsi que les connaissances acquises dans le domaine des soins aigus, ont servi de base aux discussions avec le groupe d'experts. Parallèlement, la méthodologie des mesures spécifiques à la psychiatrie (importance des symptômes et mesures limitatives de liberté) a été prise en compte afin de s'appuyer sur les dispositifs existants.

Le module « chute » est donc uniquement relevé dans les cliniques de psychiatrie gériatrique (type de clinique V). Selon la définition de l'ANQ, ce type de clinique comprend toutes les cliniques reconnues comme établissement de formation postgraduée certifié par l'ISFM, avec spécialisation dans la discipline « psychiatrie de la personne âgée » et enregistrées en conséquence auprès de l'ANQ.

2 OBJECTIFS ET QUESTIONS

L'introduction de l'indicateur de mesure « chute » vise à doter les cliniques de psychiatrie gériatrique d'un instrument de mesure adapté à leurs besoins spécifiques. Cet indicateur doit également permettre une comparaison nationale des cliniques et servir de levier pour initier des mesures d'amélioration au sein des institutions concernées. Dans ce contexte, les questions suivantes se posent :

Questions générales :

- La saisie des chutes peut-elle servir d'indicateur de mesure comparatif pour la psychiatrie gériatrique ?
- La saisie des chutes permet-elle de développer des mesures d'amélioration ?

Questions spécifiques sur l'indicateur de mesure :

- Quel est le taux d'incidence des chutes survenues dans les cliniques de psychiatrie gériatrique ?
- Quel est le taux d'incidence des chutes survenues dans la clinique, ainsi que leurs conséquences ?

Les résultats (non publiés) de la première mesure seront utilisés pour tester le modèle d'ajustement aux risques et poursuivre son développement sur la base des données collectées. Les conclusions de la première enquête serviront également à affiner les définitions et identifier les développements potentiels de l'indicateur de mesure.

Questions spécifiques sur le modèle d'ajustement aux risques :

- Comment se présente la comparaison (ajustée aux risques) des cliniques au niveau de l'indicateur « chute à l'hôpital/la clinique » ?
- Le modèle d'ajustement aux risques se prête-t-il à une comparaison nationale ?
- Existe-t-il d'autres variables clés pour améliorer le modèle d'ajustement aux risques ?

3 APPROCHE CONCEPTUELLE

Le développement du plan de mesure Psychiatrie inclut l'ajout de l'indicateur « chute », conçu comme une première mesure sans publication. L'objectif est d'intégrer dans la mesure, au cours de l'année d'introduction (au plus tard jusqu'au 31.05.2026), les 32 sites cliniques (état : février 2025) proposant des prestations de psychiatrie gériatrique. Une publication transparente des résultats est prévue à partir de la deuxième année de mesure. En effet, la première année de mesure servira à constituer une base de données pour un éventuel développement de l'indicateur et de la méthode (cf. chapitre 2). Le calendrier détaillé et les différentes étapes de travail sont présentés au chapitre 4.

En principe, cette première mesure sans publication est structurée de manière analogue aux autres mesures spécifiques à la psychiatrie (importance des symptômes et mesures limitatives de liberté) (cf. figure 1). Par conséquent, les dispositions du manuel de mesure relatives aux mesures spécifiques à la psychiatrie s'appliquent en ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, la définition des cas, la protection des données, ainsi que la qualité et la transmission des données. La mesure est également conçue comme un relevé exhaustif, avec une période d'observation allant du 01.01 au 31.12. L'analyse des données est confiée à w hoch 2 GmbH, partenaire de coopération expérimenté et de longue date des mesures spécifiques à la psychiatrie.

Les données relatives aux chutes et à leurs conséquences, survenues durant le séjour en clinique, sont extraites du SIC (Système d'information clinique électronique). A l'image des mesures spécifiques à la psychiatrie, des variables sont transmises pour chaque cas, issues des données minimales de l'OFS et des données complémentaires Psychiatrie (nouveau set de données SpiGes).

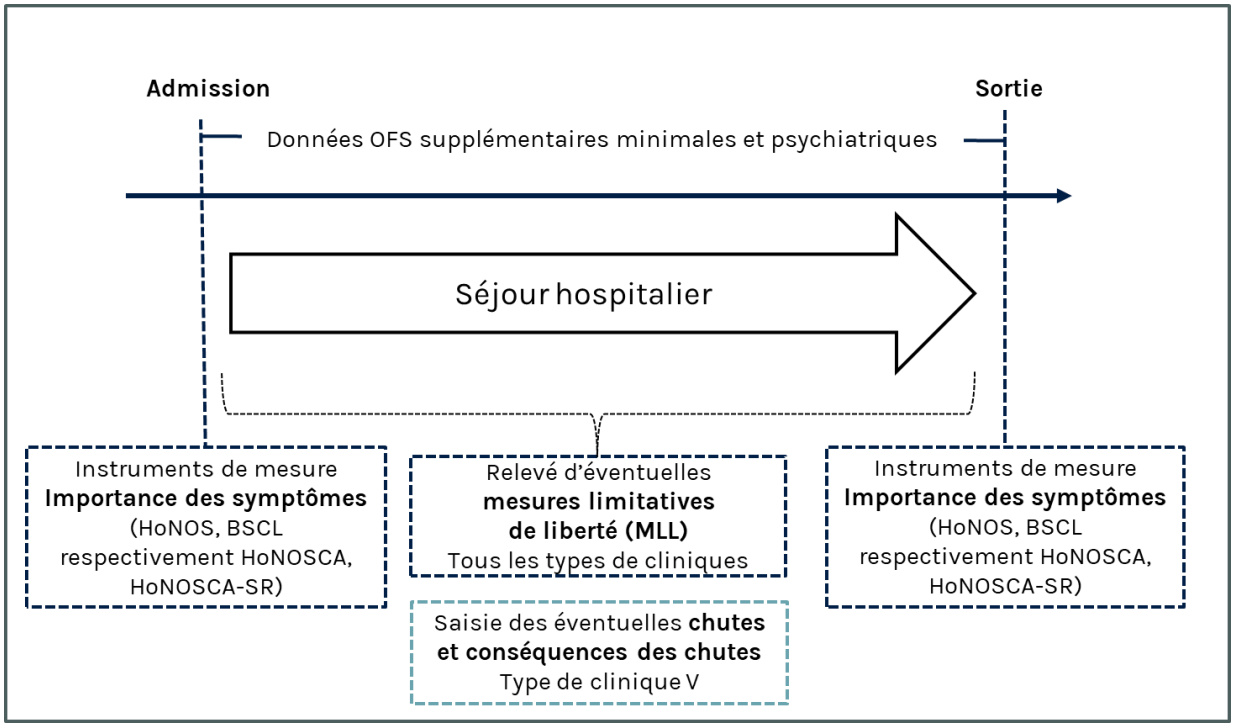

Figure 1 : Aperçu de la conception de la mesure

3.1 SAISIE ET DÉFINITIONS DES CHUTES ET DE LEURS CONSÉQUENCES

L'étude de faisabilité menée par la BFH dans les cliniques de psychiatrie gériatrique a mis en évidence une situation hétérogène en ce qui concerne l'existence de concepts et protocoles liés aux chutes. Quant à la définition même de la chute, la majorité des établissements interrogés ne s'appuient sur aucune référence ou définition explicite.

La saisie des conséquences des chutes présente une image tout aussi disparate : dans certaines cliniques, elles sont définies et documentées selon des approches très diverses, tandis que d'autres ne les saisissent pas du tout. La classification des degrés de gravité des chutes varie également de manière significative à l'échelle nationale et internationale. Ce constat a été confirmé tant par l'étude de faisabilité de la saisie des chutes en psychiatrie gériatrique que par le projet pilote sur la mesure des chutes en soins aigus (Bernet et al., 2022). Par ailleurs, l'évaluation et l'attribution précises du degré de gravité par le personnel soignant demeurent une tâche complexe.

La comparabilité des résultats *suppose* l'adoption d'une définition uniforme et l'introduction d'un concept de chute, accompagné d'un protocole de saisie standardisé. Les cliniques ayant participé à l'étude de faisabilité se sont également montrées favorables à un consensus

sur une définition commune, ainsi qu'à la collecte de données comparables concernant les chutes et leurs conséquences.

Sur la base des connaissances actuellement disponibles, et en concertation avec l'ANQ et le groupe d'experts, il a été décidé de se limiter, dans un premier temps, à une distinction entre les chutes avec/sans conséquences (cf. tableau 1). Une différenciation plus fine des degrés de gravité des conséquences des chutes pourrait être envisagée ultérieurement, dans le cadre du développement futur de la mesure des chutes.

Tableau 1 : Aperçu de la saisie des chutes en psychiatrie gériatrique

OUTCOME	SAISIE PAR*	MOMENT	LIEU DE SAISIE
Chute pendant le séjour clinique	Médecin, psychologue, infirmier/ère ou autre thérapeute autorisé(e)	Immédiatement après la chute	SIC
Conséquences des chutes pendant le séjour clinique	Médecin, psychologue, infirmier/ère ou autre thérapeute autorisé(e)	Immédiatement après avoir constaté les conséquences de la chute	SIC

*La saisie peut être effectuée par tout le personnel soignant, la responsabilité doit être réglée au sein de la clinique.

Remarques :

- Des structures organisationnelles appropriées doivent être mises en place afin d'éviter une double saisie des chutes et de leurs conséquences éventuelles (p. ex. par différents services).
- Lors de l'exportation des données, veillez à ce que l'heure de la chute soit saisie et non l'heure à laquelle le formulaire a été généré dans le SIC.

3.1.1 Définition de la chute et de ses conséquences

Les définitions suivantes s'appliquent :

Chute : une chute est un événement au cours duquel la ou les personnes concernées se retrouvent involontairement sur le sol ou sur un autre niveau inférieur (traduction de la définition de l'OMS 2021, selon le Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2022).

Outre la définition générale de la chute, les spécifications suivantes sont utilisées lors de la saisie des chutes en psychiatrie gériatrique :

- « Rouler » d'un matelas posé au sol (lit au sol comme mesure de protection), ne correspond pas à la définition de la chute.
- Les chutes « contrôlées » (= assisted falls), au cours desquelles une personne présente accompagne la patiente/le patient en douceur jusqu'au sol ou à un niveau inférieur, sont incluses dans la définition.

- Toute découverte d'une patiente/d'un patient sur une surface plus basse où elle/il ne s'attend pas à trouver une telle surface est considérée comme une chute.

Ces spécifications sont basées sur celles du domaine des soins aigus et ont été adaptées par le groupe d'experts Psychiatrie gériatrique aux exigences du contexte de la psychiatrie gériatrique.

Chute avec conséquences de la chute : une chute avec conséquences de la chute comprend à la fois une blessure subie suite à une chute (d'après Montero-Odasso et al., 2022) et des mesures diagnostiques et/ou thérapeutiques additionnelles, quel que soit le résultat (décision de l'ANQ et du groupe d'experts Psychiatrie gériatrique, 2025).

Spécifications de la définition d'une chute avec conséquences de la chute :

- Une première évaluation initiale après une chute, incluant notamment des évaluations à des fins de surveillance (p. ex. échelle de coma de Glasgow), ne fait pas partie des mesures diagnostiques ultérieures.
- Dès que la chute entraîne un traitement infirmier ou médical, elle est considérée comme une chute avec conséquences.
- Les conséquences d'une chute sont souvent classées en différents degrés de gravité. Tous ces degrés sont considérés comme des chutes avec conséquences. En d'autres termes, même des lésions légères/mineures sont considérées comme des chutes avec conséquences (p. ex. douleurs, petites lésions cutanées, éraflures (Montalvo, 2007 ; Morse et al., 2013).
- L'expression, par la patiente/le patient, d'une peur de retomber après une chute est également considérée comme une chute avec conséquences.

3.1.2 Évaluation du risque de chute

En ce qui concerne l'évaluation du risque de chute, il convient d'examiner la possibilité de définir un instrument uniforme à l'échelle nationale. A l'heure actuelle, les cliniques utilisent différents instruments, parfois de manière non systématique, pour évaluer le risque de chute. De plus, la plupart de ces instruments présentent des limites en termes de sensibilité/spécificité.

Dans un deuxième temps, après l'introduction de l'indicateur « chute et ses conséquences », il est prévu d'analyser s'il existe des outils d'évaluation validés pour le domaine de la psychiatrie gériatrique. Une évaluation uniforme du risque de chute est en effet pertinente d'un point de vue clinique, mais surtout indispensable pour l'ajustement aux risques dans le cadre d'une mesure nationale de la qualité avec publication des résultats.

Les cliniques qui procèdent déjà à une évaluation standardisée du risque de chute peuvent transmettre ces données à titre complémentaire lors de la première phase de mesure sans

publication. Les résultats ainsi recueillis contribueront au développement futur du dispositif de saisie des chutes en psychiatrie gériatrique.

3.1.3 Saisie

Les chutes sont enregistrées en continu et en temps réel dans le SIC pour chaque patiente ou patient tout au long de l'hospitalisation. Selon le SIC, chaque événement de chute est saisi dans un « protocole de chute », impliquant une saisie séparée pour chaque incident. Il est également précisé, pour chaque chute, si celle-ci a entraîné des conséquences (conséquences de la chute) ou non. La saisie peut être effectuée par l'ensemble du personnel soignant, mais la responsabilité doit être clairement définie au sein de l'établissement. Pour plus d'informations sur la procédure de saisie, merci de consulter le tableau 1.

Toutes les chutes survenues, ainsi que leurs conséquences, pendant le séjour en clinique et au cours de la période d'enquête, doivent être relevées. Aucun **motif de dropout** ne s'applique.

3.2 TRANSMISSION ET VÉRIFICATION DES DONNÉES

Les cliniques livrent leurs données au 7 mars de l'année suivante, pour l'ensemble des cas hospitalisés durant la période de relevé dans leurs unités de psychiatrie pour adultes et de psychiatrie gériatrique. La transmission des données s'effectue selon le même principe que pour les mesures spécifiques à la psychiatrie, à savoir via la plateforme en ligne moniQ.

En cours d'année, les cliniques ont la possibilité de vérifier, via moniQ, l'exhaustivité et la plausibilité des données de mesure relatives aux chutes en psychiatrie gériatrique, conformément à la procédure en vigueur pour les mesures spécifiques à la psychiatrie.

Par ailleurs, les données minimales, ainsi que les données complémentaires Psychiatrie de l'OFS (nouveau set de données SpiGes) doivent également être transmises, conformément à la structurée présentée dans la figure 2.

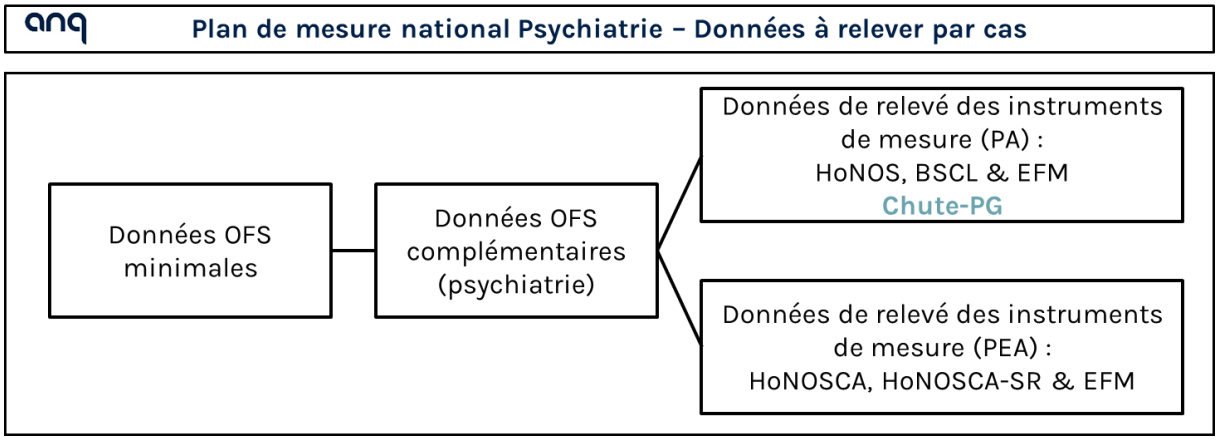

Figure 2 : Données à relever par cas

3.3 ANALYSE DES DONNÉES ET ÉVALUATION

L'évaluation des données est assurée par l'institut d'analyse w hoch 2. Les données collectées durant l'année d'introduction ne font pas l'objet d'une publication transparente. Les cliniques participantes reçoivent un rapport pseudonymisé et ont la possibilité de procéder à des évaluations internes dans le tableau de bord des résultats. A partir de la deuxième année de mesure et sous réserve d'une qualité des données suffisante, les résultats seront publiés de manière transparente, comme pour les autres mesures spécifiques à la psychiatrie.

3.4 AJUSTEMENT AUX RISQUES

Sur mandat de l'ANQ, la BFH a élaboré une proposition d'ajustement aux risques de chutes et à leurs conséquences en psychiatrie gériatrique. Celle-ci s'appuie sur une recherche bibliographique non spécifique, ainsi que sur le modèle de mesure utilisé en soins aigus. La mise en œuvre de cet ajustement et le modèle proposé sont examinés par l'institut d'analyse w hoch 2 sur la base des données collectées lors de la première mesure sans publication. Ces éléments font donc partie intégrante du travail de développement ultérieur (cf. chapitre 2).

4 PLANIFICATION DU PROJET ET CALENDRIER

Tableau 2 : Phases du projet « Chute en psychiatrie gériatrique »

	PHASE 1 - CONCEPTION	PHASE 2 - INFORMATION & FORMATION	PHASE 3 - MODULE DE SAISIE DES CHUTES	PHASE 4 - LIVRAISON & ANALYSE DES DONNÉES
Période	Mars à juin 2025	Juin à décembre 2025	01.01.-31.12.2026	Mars à mai 2027
Etapes clés	Séance GE PG du 04.06.2025	Août : envoi information Août : mise en ligne sur le web Novembre : formation	Début de la mesure : 01.01.2026 Objectif à partir du 01.06.2026 : participation de tous les sites cliniques aux mesures	07.03.2027 : livraison des données
Etapes de travail	• Elaboration du concept chute dans les cliniques de psychiatrie gériatrique (A/W) • Adoption du concept par le groupe d'experts Psychiatrie gériatrique (A)	• Lettre d'information et de recrutement aux cliniques de psychiatrie gériatrique (A) • Saisie des personnes responsables des mesures (A) • Adaptation de la page d'information sur les mesures (A) & du manuel des mesures réalisées en psychiatrie (A/W) • Adaptation des documents « Contrôle et validation des données », « Saisie des données (modèle) » et « Définition des données » (W) • Préparation et planification d'une formation (A/W)	• Assurer la participation à la mesure des cliniques proposant des prestations de psychiatrie gériatrique (A)	• Analyse et élaboration de rapports à l'attention des cliniques (W) • Examen du modèle d'ajustement aux risques (W) • Contrôle de la qualité des données et des résultats (W) • Identification des développements ultérieurs du module existant. (A/W)

Légende : A = ANQ | W = Institut d'analyse w hoch 2

4.1.1 Calendrier

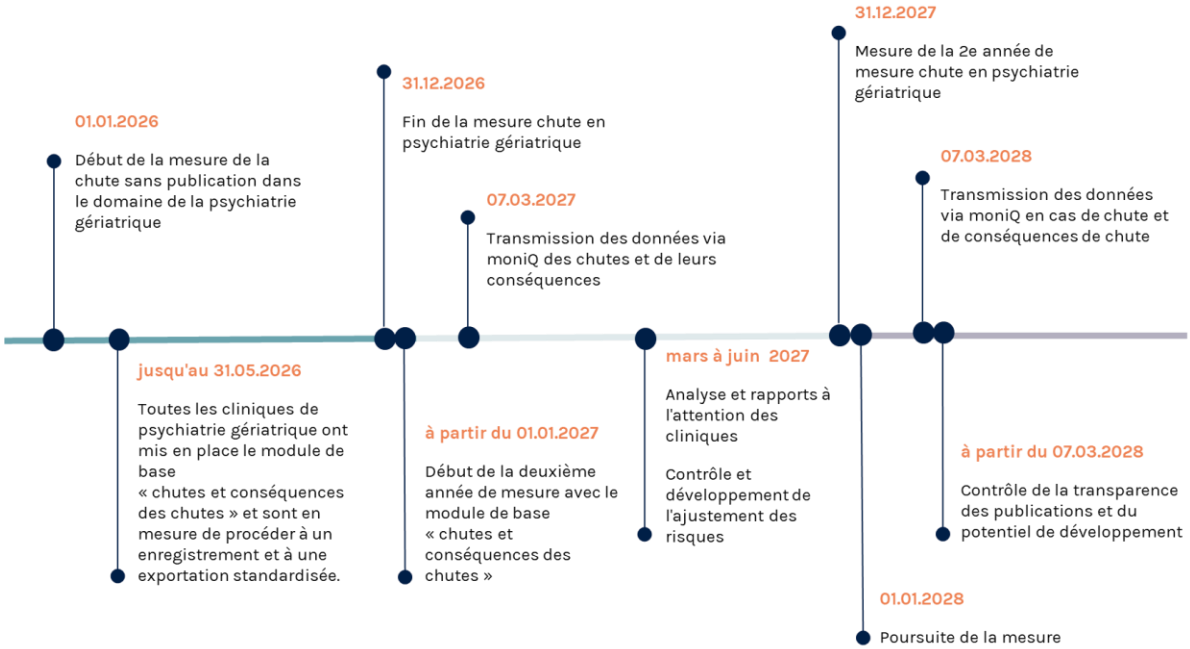

Figure 3 : Planification des chutes en psychiatrie gériatrique

5 BIBLIOGRAPHIE

Bernet, N. S., Thomann, S., Kurpicz-Brikib, M., Roos, L., Everink, I. H. J., Schols, J. M., & Hahn, S. (2022). Potential of Electronic Medical Record Data for National Quality Measurement. *Studies in Health Technology and Informatics*, *292*, 51-56. https://doi.org/10.3233/SHTI220320

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2022). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*.

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators® (NDNQI®). *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, *12*(3). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol12No03Man02

Montero-Odasso, M., Van Der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., … Rixt Zijlstra, G. A. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. In *Age and Ageing* (Vol. 51, Issue 9). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/ageing/afac205

Morse, J. M., Morse, R. M., & Tylko, S. J. (2013). Morse Fall Scale. In *PsycTESTS Dataset*. https://doi.org/10.1037/t24759-000

World Health Organisation (WHO). (2018). *Falls*. Https://Www.Who.Int/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Falls#:%7E:Text=Key%20facts,Greatest%20number%20of%20fatal%20falls.

Littérature supplémentaire :

Min, L., Tinetti, M., Langa, K. M., Ha, J., Alexander, N., & Hoffman, G. (2019). Measurement of Fall Injury with Health Care System Data and Assessment of Inclusiveness and Validity of Measurement Models. *JAMA Network Open*, *2*(8). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9679

Boyle, D. K., Jayawardhana, A., Burman, M. E., Dunton, N. E., Staggs, V. S., Bergquist-Beringer, S., & Gajewski, B. J. (2016). A pressure ulcer and fall rate quality composite index for acute care units: A measure development study. *International Journal of Nursing Studies*, *63*, 73–81. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.020

Gurtner-Zürcher, C., Thomann, S., Thomas, K. & Bernet, N. (2025). ANQpsy: Erweiterte Machbarkeitsabklärung zu Sturz in der Alterspsychiatrie. Bericht zuhanden ANQ. V1.0. Bern: Berner Fachhochschule Gesundheit. Angewandte Forschung & Entwicklung Pflege.