

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DES BLESSURES ASSOCIÉES



Rédigé par Dominique Proulx, inf., M.sc.
conseillère clinicienne à la Direction des soins infirmiers

Avec l'étroite collaboration des membres du comité aviseur

Octobre 2011

RÉDACTION

Dominique Proulx, inf., M.Sc.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR

Dr. Suzanne Gosselin, directrice des services professionnels et du partenariat médical

Ghislain Bernard, chef d'unité de soins

Anne-Marie Boire-Lavigne, médecin

Geneviève Poulin, acp, physiothérapie

David Leblond, trp, physiothérapie

Geneviève Gagnon, infirmière assistante du supérieur immédiat (ASI), 3^e St-Vincent

Céline Bureau, directrice des services et programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie

Suzanne Quenec'hdu, chef de service en réadaptation

Marie Robitaille, gestionnaire des risques

Lynda Simard, directrice du programme

AUTRES COLLABORATEURS

Monique Bourque, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Annie Grégoire, conseillère en soins infirmiers

CONCEPTION ET MISE EN PAGE

Linda Breton, technicienne en administration

Direction des soins infirmiers

PRODUCTION

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives du Canada, 2011

PROCESSUS DÉCISIONNEL :

- ⇒ Programme proposé par le comité aviseur le 30 septembre 2011
- ⇒ Programme recommandé par le comité de concertation avec les partenaires internes de la DSPPAPA le 25 octobre 2011
- ⇒ Adopté au comité de régie DSPPAPA le 31 octobre 2011
- ⇒ Adopté par le comité de direction le 15 novembre 2011

Toutes recommandations découlant de ce programme devront faire l'objet de ce processus décisionnel

ISBN : 978-2-923738-50-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-923738-51-2 (version PDF)

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation écrite ou verbale des auteurs.

Pour toute information, communiquer avec Linda Breton au 819 780-2220, poste 46351 ou par courriel à l'adresse suivante : lbreton.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS

1. INTRODUCTION	5
2. BUTS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME	6
3. CLIENTÈLES CIBLES	6
4. INTERVENANTS ET PERSONNES CONCERNÉES	6
5. DÉFINITION DES TERMES	7
6. PRINCIPAUX CONSTATS RELATIFS AUX CHUTES	7
7. LES FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES	10
8. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES CHUTES : DONNÉES PROBANTES	11
9. ROLES ET RESPONSABILITÉS	12
10. LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES CHUTES EN MILIEU DE SOINS SELON LES FACTEURS IDENTIFIÉS	
10.1 Histoire de chutes antérieures	15
10.2 Nouvelle administration ou transfert récent.....	16
10.3 Déficits perceptuels et cognitifs	17
10.4 Témérité.....	18
10.5 Agitation.....	19
10.6 Mesures de contrôle.....	20
10.7 Médication	21
10.8 Hypotension orthostatique (HTO) ou étourdissements/vertiges	22
10.9 Problèmes de mobilité.....	23
10.10 Troubles d'élimination.....	25
10.11 Troubles auditifs et visuels	25
10.12 Facteurs extrinsèques.....	26
10.13 Vitamine D	28
11. MODALITÉS D'APPLICATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES AU CSSS-IUGS	
11.1 Hébergement	
- Dépistage des usagers à risque et identification des facteurs en cause	29
- La communication et la sensibilisation aux risques de chutes.....	31
- Mise en œuvre de la stratégie de prévention des chutes.....	32
- Prévention et réduction des blessures reliées aux chutes pour les personnes les plus à risque.....	33
11.2 L'UCDG et l'URFI	34
11.3 L'Hôpital de jour, les services ambulatoires et le soutien à domicile	34
12. DÉMARCHE DE LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES	34

BIBLIOGRAPHIE	36
---------------------	----

LISTE DES ANNEXES

Annexe I :	Indications de références au personnel de réadaptation	38
Annexe II :	Médicaments ayant une influence sur le risque de chute	40
Annexe III :	Échelle d'évaluation des risques de chute MORSE et son guide d'utilisation.....	43
AnnexeIV :	Dépliant destiné à la clientèle admise ou hébergée	49
Annexe V :	Grille de vérification de l'environnement	51
AnnexeVI :	Guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'UCDG ou à l'URFI l'UCDG	53
Annexe VII:	Algorithme - interventions à la suite d'une chute (DSPPAPA)	58
Annexe VIII :	Modalités d'application à domicile et en milieu communautaire	59

AVANT PROPOS

Ce programme se veut un guide de référence transversal décrivant l'ensemble des interventions à mettre en place dans les milieux de soins institutionnels et communautaires. Les consignes et les recommandations qu'il contient sont souvent présentées comme s'adressant à l'infirmière, étant donné le rôle prépondérant joué par cette professionnelle, en particulier dans le milieu institutionnel, et dans le souci d'alléger la présentation du texte. Cependant, elles interpellent l'ensemble des intervenants du CSSS-IUGS qui partagent tous, dans le respect de leurs compétences, la responsabilité d'appliquer le présent programme.

1. INTRODUCTION

Les chutes représentent un problème important de santé publique, particulièrement chez les personnes âgées, en raison de leur prévalence et de leurs conséquences multiples. Bien qu'elles surviennent majoritairement dans la communauté, un nombre élevé d'entre elles surviennent dans les établissements de santé, notamment dans les unités de soins de longue durée et dans les centres hospitaliers. Les chutes n'occasionnent pas toujours des blessures mais elles peuvent entraîner des conséquences graves (fractures de hanches, saignements intracrâniens et même décès). Dans le cadre du développement d'une culture de soins de santé sécuritaires, chaque établissement du réseau de la santé et des services sociaux doit se doter d'un programme de prévention des chutes ayant pour objectif la réduction de leur prévalence mais aussi de leurs conséquences.

Afin d'assurer une qualité de soins et de services sécuritaires et optimaux au niveau de la clientèle, le CSSS-IUGS s'est donné le mandat d'élaborer un programme de prévention des chutes et d'en faire une priorité organisationnelle. Ce programme constitue un cadre intégrateur pour l'harmonisation des pratiques au CSSS-IUGS. Il est réalisé à partir de modèles existants ainsi que par une recension de littérature selon les dernières données probantes et ce, conformément à la pratique organisationnelle requise d'Agrément Canada.

2. BUTS ET OBJECTIFS DU PROGRAMME

Le but d'un programme de prévention des chutes au CSSS-IUGS est de promouvoir un ensemble de stratégies visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'occurrence des effets indésirables des incidents et accidents auprès de la clientèle à risque de chutes.

La prévention des chutes exige un mode de pensée cohérent où l'ensemble de l'organisation et ses travailleurs seront interpellés, soit de façon individuelle de par l'expertise et le champ de compétence reconnu à certaines professions, soit lors de l'exécution des tâches du personnel non clinique afin que chacune de leurs actions soit empreinte de cette préoccupation.

Les objectifs spécifiques de ce programme sont de s'assurer, pour l'ensemble des clientèles desservies par le CSSS-IUGS :

- ⇒ Que l'on dispose d'un processus d'identification des usagers présentant certains facteurs de risques de chutes;
- ⇒ Que des moyens soient prévus afin d'assurer le niveau de sécurité optimale chez la clientèle ciblée;
- ⇒ Que l'on mette en place des mécanismes pour assurer la prise en charge optimale des usagers ayant chuté;
- ⇒ Que les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués soient précisés pour une approche concertée et interdisciplinaire
- ⇒ Que l'on dispose de moyens pour évaluer les stratégies de prévention des chutes mises en place et le suivi de ce programme afin d'identifier les modalités d'amélioration.

3. CLIENTÈLES CIBLES

L'organisme Agrément Canada a défini la prévention des chutes comme l'une des pratiques organisationnelles requises pour assurer la sécurité de la clientèle et la qualité des soins. L'une des exigences consiste à identifier les clientèles à risque de chutes et de blessures attribuables aux chutes et à inclure des moyens visant à répondre aux besoins spécifiques de ces personnes.

La clientèle visée inclut toutes les personnes à risque, particulièrement les personnes âgées :

- ⇒ Les personnes hébergées en soins de longue durée ou en ressources intermédiaires;
- ⇒ Les personnes admises dans les secteurs de courte durée, soit à l'UCDG et l'URFI;
- ⇒ Les clientèles suivies en ambulatoire, à l'hôpital de jour ou au Centre de jour;
- ⇒ Les usagers référés pour du soutien à domicile;
- ⇒ Les autres clientèles ambulatoires, celles de santé mentale et autres, dépistées au besoin, selon le jugement clinique de l'intervenant;

4. INTERVENANTS ET PERSONNES CONCERNÉES

- ⇒ L'ensemble de l'organisation et ses instances;
- ⇒ Les intervenants et professionnels de la santé;
- ⇒ Les directions cliniques et de soutien;
- ⇒ La clientèle elle-même et son entourage;

5. DÉFINITIONS DES TERMES¹

CHUTE :

« Un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou toute autre surface située au-dessous d'elle, pouvant causer une blessure ».

Cette définition inclut la **CHUTE SANS TÉMOIN** où la personne est incapable d'expliquer l'événement et où il existe des preuves indiquant qu'une chute a eu lieu;

RISQUE DE CHUTE :

Le risque résulte de la rencontre d'une personne et d'un danger. Le risque de chute est considéré comme une probabilité qu'a la personne de chuter. Cette probabilité s'appuie sur une évaluation objective des facteurs de risques.

SYNDROME POST CHUTE (OU PEUR DE TOMBER) :

Ensemble de troubles psychologiques (anxiété, manque de confiance), de l'équilibre et de la marche observés après une chute.

6. PRINCIPAUX CONSTATS RELATIFS AUX CHUTES^{2 3}

Cette section a pour but de sensibiliser les lecteurs à l'ampleur de la problématique des chutes. Elle tentera de mettre en évidence son caractère insidieux et l'impact qu'elle a en termes de morbidité, de mortalité et sur la qualité de vie. Et surtout, elle veut persuader **de l'importance d'une intervention précoce, continue et concertée.**

Taux de chutes

- ⇒ Les chutes sont la première cause des hospitalisations pour blessure dans des établissements de soins de courte durée au Canada : elles sont responsables de 57% des hospitalisations liées aux blessures et de plus des trois quarts des mortalités intra hospitalières chez les clients admis pour une blessure.
- ⇒ Chez les Canadiens âgés de 65 ans ou plus, la plupart des hospitalisations associées aux blessures résultaient d'une chute (77% chez les hommes, 88% chez les femmes).
- ⇒ Les chutes sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes et celles-ci feraient plus de chutes répétées.
- ⇒ 40% des admissions en CHSLD résultent d'une chute chez les personnes âgées.
- ⇒ Le taux de chutes avec blessures augmente de 50% après 80 ans.

¹ RNAO, COQSS, ICSP. 2010. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ.

² Institut canadien d'information sur la santé. (2006). National trauma Registry, 2005 Injury Hospitalizations Highlights Report. Dans: RNAO, COQSS, ICSP. 2010. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ.

³ Agence de la santé publique du Canada. (2005). Rapport sur les chutes des aînés au Canada.

Description du profil à risque

- ⇒ 47% des chutes se produisent au domicile ou dans les environs du domicile;
- ⇒ 50% de tous les résidents des établissements de soins de longue durée tombent chaque année et, parmi eux, 40% tombent deux fois par an ou plus. Pour les femmes vivant dans un établissement de soins, le risque de subir une fracture de la hanche est 10,5 fois supérieur au risque de femmes du même âge vivant dans la communauté.

Conséquences des chutes

- ⇒ Plus une personne est âgée, plus l'hospitalisation sera longue pour une blessure liée à une chute.
- ⇒ 90% des fractures de la hanche chez les personnes âgées sont la conséquence d'une chute. 20 % de ces aînés ayant subi une telle blessure meurent dans l'année qui suit.
- ⇒ Même sans blessure, une chute peut provoquer une perte de confiance en soi et une limitation des activités, cela pouvant conduire à un déclin de la santé et du fonctionnement et contribuer à des chutes futures pouvant avoir des conséquences plus sérieuses.

La détection de facteurs de risques de chute et les programmes de prévention des chutes peut éviter un nombre significatif de chutes. On estime qu'une réduction de 20% des chutes se traduirait par 7500 hospitalisations de moins, et 1800 aînés de moins avec un handicap permanent. Les économies nationales s'élèveraient à 138 millions de dollars par an.

Au CSSS-IUGS, en 2010-2011 :

Il y a eu 2560 déclarations de chutes, ce qui représente 38 % des déclarations de tous les événements indésirables et 47% de nos accidents (conséquences mineures ou graves).

Ce sont les chutes qui sont responsables de la très grande majorité de nos accidents à conséquences graves, provoquant ainsi dans la dernière année 20 fractures de hanches et contribuant à 10 décès.

Un suivi des taux de chutes a été effectué auprès des diverses clientèles depuis quelques années. (Voir tableaux suivants)

Tableau 6-1.**CHUTES EN SOINS LONGUE DURÉE**

Années	Déclarations		Accidents		Fractures - Total		Fractures - Hanche	
	Nombre	Taux ¹	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
2007-2008	1552	5,7	431	1,57	37	0,14	18	0,07
2008-2009	2229	8,3	603	2,18	38	0,14	22	0,08
2009-2010	2035	7,33	600	2,16	29	0,1	14	0,05
2010-2011	1784	6,43	540	1,95	23	0,08	13	0,05

CHUTES EN SOINS COURTE DURÉE (URFI et UCDG)

Années	Déclarations		Accidents		Fractures - Total		Fractures - Hanche	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
2007-2008	188		47		1		0	
2008-2009	193	9,57	61	3,03	6	0,3	4	0,2
2009-2010	184	8,89	65	3,14	3	0,14	0	0
2010-2011	233	11,46	75	3,69	4	0,2	4	0,2

¹ Le taux est pour 1000 jours présence.

CHUTES DANS LES AUTRES MILIEUX DE SOINS – ANNÉES 2010-2011

Milieux de soins	Nombre de déclarations de chutes	Nombre d'accidents	Nombre de fractures - TOTAL	Nombre de fractures - Hanche
RNI (PALV et santé mentale)	504	157	15	4
Cliniques ambulatoires et domicile	39	15	0	0

*Inclus Centre de jour, hôpital de jour, cliniques ambulatoires spécialisées gériatriques et autres, cliniques externes, service de santé courant.

7. LES FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES

Les causes d'une chute sont généralement multifactorielles (facteurs de risques biologiques et médicaux, comportementaux, environnementaux, sociaux et économiques⁴) et conséquemment, l'évaluation du risque doit tenir compte du plus grand inventaire de facteurs et permettre d'intervenir directement sur les facteurs de risque ciblés.

Généralement, plus une personne présente de facteurs de risques, plus le risque qu'elle fasse une chute est grand⁵.

Les principaux facteurs de risques sont présentés dans le tableau suivant :

TABLEAU SYNTHÈSE DES FACTEURS DE RISQUES⁶

Les puces en losange sont pour représenter les facteurs de risque pour lesquels des interventions préventives seront traitées plus en détails un peu plus loin.

FACTEURS DE RISQUES	DESCRIPTION
Facteurs biologiques et médicaux	▪ Âge avancé; ▪ Sexe féminin; ◆ Histoire de chutes antérieures (dans la dernière année; l'un des meilleurs facteurs prédictifs de chute); ◆ Problèmes de mobilité : faiblesse musculaire et condition physique affaiblie; équilibre et démarche diminués; ◆ Troubles auditifs et visuels; ▪ Maladie chronique, avec handicap secondaire (ex : Parkinson, séquelles AVC, arthrose, etc); ▪ Maladie aiguë; ◆ Déficits perceptuels et cognitifs : delirium, démence; ▪ Dépression; ◆ Troubles d'élimination (incontinence, urgences mictionnelles, etc); ◆ Hypotension orthostatique (HTO); ◆ Polymédication ou prise de certains médicaments (psychotropes, opiacés, antihypertenseurs, etc); - Malnutrition ou déshydratation;
Facteurs comportementaux	▪ Consommation excessive d'alcool; ▪ Inactivité avec déconditionnement secondaire; ◆ Témérité (associé ou non aux déficits cognitifs); ◆ Agitation (associé ou non à du delirium); ◆ Changement d'environnement (nouvelle admission ou transfert récent); ◆ Utilisation inappropriée des auxiliaires de marche;

⁴ RNAO, COQSS, ICSP. (2010). Op.cit. p.16.

⁵ RNAO.COQSS, ICSP. (2010). Op. Cit. p.17.

⁶ Adapté à partir de : RNAO, COQSS, ICSP. (2010). Op.Cit. p.18.

Facteurs environnementaux	▪ Dangers environnementaux humains et non humains Ex.: port de chaussures non sécuritaires ou inappropriées; ▪ Mesures de contrôle; ▪ Facteurs extrinsèques, obstacles; ▪ Dangers dans la maison, la communauté ou l'établissement, comme un éclairage insuffisant, des escaliers trop étroits ou trop hauts, absence de rampes; ▪ Dangers, comme des tapis mal fixés, des passages encombrés ou des fissures dans les trottoirs;
Facteurs sociaux et économiques	▪ Manque de moyens pour effectuer des rénovations ou acheter des appareils spécialisés ▪ Incapacité d'acheter ou de préparer des aliments et donc de combler les besoins nutritionnels ▪ Incapacité d'acheter des chaussures appropriées ▪ Soutien familial insuffisant ▪ Barrière de langue ▪ Autre

8. LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES CHUTES : DONNÉES PROBANTES

Au cours des dernières années, les publications sur la prévention des chutes dans les milieux de soins et d'hébergement ont été nombreuses. Plusieurs organismes et sociétés savantes ont émis des recommandations sur les interventions à mettre en place afin de prévenir les chutes et réduire les blessures qui y sont associées.

American Geriatric Society (Lignes directrices 2010 pour les personnes hébergées en soins de longue durée):

- 1) Un programme d'interventions multifactorielles devrait être considéré en soins de longue durée pour réduire les chutes (recommandation niveau C).
- 2) Un programme d'exercices devrait être considéré en soins de longue durée mais avec prudence, selon le risque de blessure chez les personnes fragiles (recommandation niveau C).
- 3) Un supplément de vit D, 800 UI par jour, devrait être administré aux personnes âgées hébergées pour lesquelles un déficit en vit D a été documenté (recommandation niveau A).
- 4) Un supplément de vit D 800 UI par jour devrait être considéré chez les personnes âgées hébergées qui présentent un trouble de marche ou d'équilibre ou qui présentent d'autres facteurs de risque de chute (recommandation niveau B).

Revue Cochrane (2010):

Il y a des évidences que des interventions multifactorielles permettent une réduction des chutes et du risque de chute à l'hôpital et dans les milieux d'hébergement. Un supplément en vit D est efficace pour réduire l'incidence de chutes en hébergement. Un programme d'exercice lors d'une hospitalisation prolongée semble efficace mais son efficacité en milieu d'hébergement est incertaine.

Des données probantes existent également pour la prévention des chutes dans la communauté mais elles ne sont pas abordées ici spécifiquement. En effet, le programme de prévention des chutes implanté au CSSS-IUGS pour la clientèle âgée vivant à domicile est celui de l'Institut National de Santé publique du Québec.

9. RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Cette section résume les rôles et responsabilités générales des membres de l'équipe interdisciplinaire qui sont interpellés par un programme de prévention des chutes et des blessures associées aux chutes. Évidemment, ces rôles peuvent varier en fonction des milieux de soins.

Les rôles professionnels sont définis par le code des professions et les lois professionnelles et, pour les intervenants qui ne sont pas membres d'un ordre professionnel, par les descriptions de postes et la convention collective. Ils sont modulés et adaptés aux réalités des divers milieux de soins, selon les besoins de la clientèle, et la programmation des services en place.

Il est important que chaque membre de l'équipe prenne sa place et effectue des interventions efficaces auprès de l'utilisateur et ses proches. Pour ce faire, le rôle de chaque participant doit être bien défini et compris par tous.

L'utilisateur et ses proches

Le rôle de la personne qui reçoit les services est d'agir comme partenaire actif dans la gestion de sa situation de santé.

Nous devons donc la considérer comme responsable de son bien-être et tout mettre en œuvre pour lui permettre de conserver du pouvoir sur sa vie et sa situation de santé.

Ceci sous-tend une croyance profonde en ses compétences et celles de ses proches pour résoudre la problématique qui les concerne.

Les proches sont des membres de la famille qui offrent, par nécessité ou par choix, des soins et de l'aide à une personne ayant des troubles de diverse nature (physique, cognitif, ou autre). Ils prodiguent ces soins, seuls ou en collaboration avec les professionnels de la santé. Ils prennent le rôle de personne-ressource auquel peut se substituer temporairement un professionnel de la santé.

Le médecin

Le rôle du médecin « consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé ou de la rétablir »⁷. Par son rôle et ses compétences, il contribue à toutes les étapes du processus de la prévention des chutes, notamment en diagnostiquant les maladies et les facteurs cliniques qui influencent le risque de chutes chez l'utilisateur, en prescrivant les examens diagnostiques et en proposant un plan de traitement tenant compte de ces conditions.



⁷ Québec, Loi médicale, L.R.Q., c. M-12, art.31.

L'infirmière

Le rôle de l'infirmière « consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmier et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs »⁸. Dans le cadre de ses obligations professionnelles, elle dépiste et évalue les risques chez l'utilisateur et lorsqu'elle décèle une situation à risque, elle détermine au plan thérapeutique infirmier (PTI) les mesures préventives, la surveillance et le suivi cliniques appropriés. Elle doit à la fois s'assurer de la continuité des soins dispensés par les membres de l'équipe soignante (infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires / auxiliaire familial et social) et collaborer avec les membres de l'équipe interdisciplinaire (médecins et autres professionnels de la santé).

L'infirmière auxiliaire

Le rôle de l'infirmière auxiliaire est de « contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».⁹ Elle travaille en complémentarité avec les intervenants du réseau. Elle donne des consignes de sécurité à l'utilisateur lors de l'utilisation des aides techniques aux AVQ ou à la marche. Elle signale à l'infirmière tout problème en lien avec le risque de chute (comportements téméraires, difficultés aux transferts, mauvaise utilisation d'aides techniques, etc.). Elle contribue au dépistage et à l'identification des facteurs de risques liés aux chutes.

Le préposé aux bénéficiaires (PAB) / l'auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS)

Le rôle du PAB / ASSS consiste à observer et à rapporter à l'infirmière (ou autre personne désignée, selon le milieu) tout changement dans la condition de l'utilisateur / famille ainsi que les difficultés d'application du PTI ou du plan d'intervention. De plus, il assure une présence et une sécurité auprès de l'utilisateur / famille et l'assiste dans ses soins d'hygiène, son alimentation et son confort. Le PAB / ASSS rappelle les consignes de sécurité à l'utilisateur lors de l'utilisation des aides techniques et signale tout problème en lien avec le risque de chutes (comportements téméraires, difficultés aux transferts, mauvaise utilisation d'aides techniques, etc.). Il s'assure de bien dégager l'environnement avant tout déplacement et accompagne l'utilisateur à la marche.¹⁰

Le pharmacien

Le rôle du pharmacien consiste « à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmaco thérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou rétablir la santé »¹¹. Il analyse le dossier pharmacologique de l'utilisateur à partir d'une histoire médicamenteuse couvrant la médication prescrite, l'automédication ainsi que les produits naturels. Il évalue l'observance au traitement, note les modifications récentes de la médication, les effets secondaires possibles pertinents dans un contexte de chute, ainsi que les interactions médicamenteuses possibles.



⁸ Québec, Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c., I-8, art.36.

⁹ Québec, Code des professions, L.R.Q. c. C-26, art.37p.

¹⁰ MSSS. (2010). Agir pour sécuriser. Manuel du participant.p.63.

¹¹ Québec, (2004). Loi sur la pharmacie., L.R.Q., P-10, art.17.

Le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique (TRP)

Le rôle du physiothérapeute « consiste à évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique liées au système neurologique, musculo-squelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser des interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal »¹² et de limiter, entre autres, les risques de chutes (une première chute ou les récides de chutes).

Le TRP est un professionnel de la santé qui peut dresser un portrait fonctionnel visant à préciser les capacités de l'utilisateur à l'aide de tests standardisés (ex : BERG, TUG, ou autre) et réaliser des bilans fonctionnels. Ensuite, il peut émettre des recommandations à l'équipe de soins, concernant notamment les transferts et la marche afin d'optimiser la sécurité de l'utilisateur et ainsi prévenir les chutes (ex : utilisation de la ceinture de marche, d'une marchette, accompagnement de l'utilisateur dans ses déplacements, l'intégrer dans un programme de marche,...). Il peut intervenir dans un traitement de physiothérapie lorsque l'utilisateur a été préalablement évalué par un physiothérapeute ou encore lorsqu'il a obtenu un diagnostic médical (non limité aux symptômes), accompagné du dossier documentant l'atteinte.

L'ergothérapeute

Le rôle de l'ergothérapeute est d'« évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale. »¹³

Pour un usager à risque de chutes, l'ergothérapeute évalue particulièrement l'environnement ainsi que la capacité de cet usager à bien évoluer dans cet environnement. Au besoin et en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, il peut recommander des mesures alternatives visant à réduire le risque de chute ainsi que la gravité des conséquences d'une chute. Il joue également un rôle particulièrement important dans la recherche d'alternatives aux contentions.

Le nutritionniste et le technicien en diététique

Le rôle du nutritionniste «consiste à évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir et rétablir la santé»¹⁴ et dans le cas présent, intervenir au niveau des facteurs nutritionnels pouvant contribuer aux risques de chutes et de blessures reliées aux chutes (ex : ostéoporose,...).



Le rôle du technicien en diététique est d'appliquer les régimes, les consistances prescrites par les nutritionnistes ou les médecins tout en tenant compte des allergies et des intolérances alimentaires afin de maintenir ou de rétablir la santé des usagers. L'une de ses tâches prioritaires consiste à rencontrer l'utilisateur ou sa famille afin d'établir le choix des menus appropriés, favoriser et proposer des aliments de qualité et nutritifs.

¹² Québec. (2004). Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art.37 n.

¹³ Québec. (2004). Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art.37 o.

¹⁴ Québec. (2004). Code des professions, L.R.Q., c. C-26, art.37 c.

Il peut donc influencer favorablement la prise d'aliments qui contribuent à prévenir ou contrer la dénutrition qui est un facteur de risque de chute et assurer un apport adéquat en vitamine D ou recommander une supplémentation.

10. LES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES CHUTES EN MILIEU DE SOINS, SELON LES FACTEURS DE RISQUES IDENTIFIÉS^{15, 16,17}

La prévention des chutes interpelle l'expertise des diverses disciplines de soins de la santé œuvrant dans les milieux de soins. Il est essentiel de mettre en place plusieurs stratégies de pratique collaborative puisqu'aucune intervention unique ne démontre une efficacité optimale. La communication entre les membres de l'équipe peut prendre diverses formes telles qu'une réunion d'équipe interdisciplinaire, une consultation, de la documentation ou l'utilisation de repères visuels (ex. : pictogrammes).

En termes d'interventions, les approches multifactorielles et interdisciplinaires incluant les interventions sur l'état de santé, la médication et l'environnement s'avèrent des moyens très efficaces, selon l'ensemble des sources de référence consultées.

Cette section répertorie les stratégies d'intervention recommandées pour les personnes à risque de chutes, selon les facteurs de risques en cause.

Consultation professionnelle envers l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le TRP :

À titre informatif et dans le but de limiter la redondance dans les descriptions d'interventions suivantes, nous avons regroupé dans un tableau (ANNEXE I) les indications de consultation et de référence des professionnels de la réadaptation : physiothérapeute, ergothérapeute et TRP.

Dans tous les cas, il faut s'assurer que la demande soit précise et justifiée par une analyse minimale de la situation.

10.1 HISTOIRE DE CHUTES ANTÉRIEURES

Description

L'histoire des chutes antérieures est établie pour une période de 12 mois précédant l'évaluation. Les personnes ayant chuté sont prédisposées à tomber de nouveau et ce dans des circonstances similaires au cours de la prochaine année¹⁸.

Il s'agit de l'un des meilleurs facteurs prédicteurs de chute.



Interventions préventives

- Documenter soigneusement les chutes dès l'admission :
 - Identifier les moments, lieux et circonstances des chutes;
 - Apprécier leurs conséquences;
 - Impliquer la famille afin de comprendre le contexte de la chute et connaître ses habitudes, peurs, comportements, préférences, etc.

¹⁵ CSSS Pierre Boucher. (2009). Programme de prévention des chutes et des blessures associées.

¹⁶ Morse J. M. (2008). Preventing patient falls. Establishing a fall intervention program. 2^{ème} édition.

¹⁷ Inspiré de : CSSS de Memphrémagog. (2011). Prévention des chutes. Document non publié.

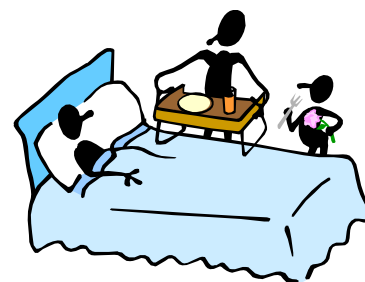
¹⁸ Morse J. M. (2008). Preventing patient falls. Establishing a fall intervention program. 2^{ème} édition.

- Établir, en équipe, avec l'aide de l'utilisateur et ses proches, des lignes de conduite sécuritaires afin :
 - D'éliminer le ou les facteurs de risques de chutes particuliers à la personne;
 - D'éviter ou de minimiser les conséquences des chutes.
- Maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur en maximisant sa participation aux soins.
- Encourager l'utilisateur et sa famille à effectuer des activités physiques telles que la marche régulière, lorsque cela est possible et sécuritaire. Consulter au besoin les professionnels de la physiothérapie ou de l'ergothérapie pour une évaluation, selon les modalités habituelles au milieu de soins.
- S'assurer que le médecin traitant est informé de cette situation. Aviser également l'équipe soignante des circonstances d'une chute antérieure.
- Évaluer périodiquement le niveau de risque de chute et bien le documenter au dossier, au plan d'intervention et au plan thérapeutique infirmier.

10.2 NOUVELLE ADMISSION OU TRANSFERT RÉCENT

Description

Le fait de se retrouver dans un nouvel environnement et de devoir s'adapter à de multiples éléments inconnus prédispose l'utilisateur à devenir insécure, anxieux et peut même occasionner de la désorientation, notamment chez la personne âgée. Notons que ce risque peut être tout aussi présent chez des usagers plus jeunes ayant à s'adapter à une situation précaire.



Il faut ajouter à cela qu'une admission en milieu de soins ou en hébergement peut constituer une période d'adaptation pouvant se traduire par de la non collaboration de l'utilisateur à certains traitements, de l'agitation ou des tentatives de fugues. Dans ces situations, l'on tentera d'éviter l'utilisation de mesures de contrôle (contentions, médication), qui ne font qu'augmenter les risques de chute (bien qu'il arrive que l'on doive s'y résoudre).

Ce sont les premiers jours suivant l'admission qui sont les plus critiques pour les chutes.

Interventions préventives

- Faire visiter l'unité à l'utilisateur et ses proches dès son arrivée et lui présenter les intervenants (lorsque jugé approprié). Lui indiquer l'emplacement des salles de bain et de toilettes, le poste de travail des intervenants, et le fonctionnement de la cloche d'appel (celle du chevet et cloche d'urgence de la salle de bain).
- S'assurer que la personne sait où sont rangés ses effets personnels et qu'elle peut y accéder de façon sécuritaire.

- Préciser le fonctionnement et les horaires de l'unité en ce qui concerne :
 - Les repas
 - Les soins d'hygiène
 - Les couchers
 - Les changements de quarts de travail du personnel
- Discuter avec l'usager de ses habitudes de vie personnelles et les intégrer dans le plan d'intervention (heure du coucher, hygiène, sieste, collation, etc.).
- Ajuster le lit pour obtenir une hauteur juste supérieure au niveau du genou de la personne.
- Surveiller étroitement les déplacements de la personne dans les 3 à 5 premiers jours. Lui porter assistance, au besoin.
- Identifier avec un objet significatif, l'entrée de la chambre et signaler l'emplacement de la toilette avec un pictogramme.
- Évaluer le besoin de modification d'environnement ou d'aide technique.

10.3 DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS

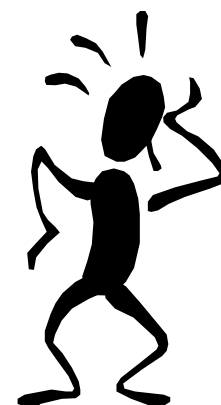
Description

Plusieurs études auprès des personnes âgées (à domicile et en institution) révèlent que le risque de chutes est 5 fois plus élevé chez celles qui ont des déficits perceptuels et cognitifs.

Ces troubles perceptifs ou ces altérations cognitives peuvent affecter la capacité de la personne à décoder les stimuli de l'environnement, à reconnaître une situation dangereuse ou à s'orienter dans le milieu.

Elle peut donc se placer en situation hasardeuse.

Le delirium peut s'ajouter aux troubles cognitifs. Il est caractérisé par une perturbation temporaire de la conscience associée à une capacité réduite de fixer son attention ou de la porter sur autre chose. Cette perturbation a tendance à s'installer en un court laps de temps, quelques heures ou quelques jours et tend à fluctuer au cours de la journée.



Interventions possibles

- Être vigilant envers les personnes présentant une hypersomnolence (possibilité de delirium hypoactif);
- Aviser le médecin, dès que possible, si modification récente de l'état mental (comportement) ou de l'état cognitif ou de la perte d'autonomie;
- Collaborer avec le médecin pour détecter les causes réversibles de déficience cognitive, particulièrement en limitant l'usage de médicaments à action sédatrice ou centrale;

- Orienter la personne dans le temps, l'espace et l'entourage lorsque l'occasion se présente et la familiariser avec son environnement périodiquement;
- Donner des directives claires et simples en procédant par étape, n'expliquer que les choses essentielles, éviter les explications longues et compliquées (capacité d'attention limitée de la personne). Vérifier sa compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit. Utiliser des repères dans l'environnement tels qu'une horloge, un calendrier, des objets significatifs;
- Adapter l'environnement pour réduire les stimuli (bruits, éclairage, etc.);
- Procurer un sentiment de sécurité en rassurant l'utilisateur par une approche calme et chaleureuse;
- Anticiper la source d'inconfort et si possible l'éliminer ou la modifier : positionnement, douleur, besoin d'éliminer, soif, etc.;
- Éliminer ou réduire les causes de restrictions externes de la mobilité (ex : contentions);
- Si comportement perturbateur :
 - Évaluer les comportements afin d'en décoder le sens et la signification pour l'utilisateur et pouvoir agir sur leur cause. Utiliser une grille d'observation du comportement.
 - Évaluer la gravité potentielle des conséquences d'une chute et en discuter avec les proches. Impliquer ces derniers dans la recherche des causes et des solutions.

10.4 TÉMÉRITÉ

Description

La témérité est définie comme étant un comportement imprudent.

La personne téméraire a tendance à surestimer ses habiletés, démontre de l'audace et de l'impulsivité. Elle est souvent celle qui refuse de demander de l'aide et donc se lève seule, se rend à la toilette seule, refuse l'utilisation d'un auxiliaire de marche, etc.



La témérité est parfois une forme de négation de la perte d'autonomie.

La personne croyant pouvoir effectuer les mêmes tâches au même rythme, se place en situation de danger.

Elle peut être due également à une absence d'autocritique des difficultés ou à l'oubli des consignes en raison d'atteintes cognitives.

Interventions possibles

- Lui apprendre à évaluer ses capacités et ses limites et à adopter des comportements sécuritaires;
- Identifier avec l'utilisateur les situations susceptibles d'accroître les risques d'accident;
- Vérifier sa compréhension des consignes transmises;

- L'inciter à demander l'aide nécessaire pour les activités jugées risquées pour lui-même et le féliciter lorsque cela se produit;
- Renforcer la surveillance et lui fournir l'assistance requise dans ses déplacements et activités à risque;
- Adapter son environnement : objets usuels et cloche d'appel à sa portée, élimination des obstacles, rappel de consignes, etc.;
- Anticiper ses besoins s'il n'utilise pas la cloche d'appel. Ex. : établir un horaire d'élimination.
- Utiliser des mesures de remplacement à la contention (par exemple, un moniteur de mobilité) ou des mesures de protection (par exemple, des protecteurs de hanche).

10.5 AGITATION

Description

Les causes de l'agitation sont multiples :

- La personne âgée qui se retrouve dans un environnement inconnu, avec de multiples stimuli, peut vivre de la désorientation accompagnée d'agitation, qui traduit souvent de la peur.
- La personne atteinte d'un déficit cognitif ou neurologique qui ne peut communiquer ses besoins se sentira frustrée. Il peut en résulter de l'agitation.
- Une personne agitée est moins attentive à son environnement, manifeste souvent de la témérité, évalue mal les risques et se met davantage en situation de danger.



Interventions possibles

- Évaluer les fonctions cognitives afin de cerner les incapacités cognitives/ perceptuelles (et valider l'évolution d'une démence, s'il y a lieu).
- Compléter une grille d'observation de comportement afin de comprendre les causes du comportement problématique.
- Tenter d'identifier et d'éliminer la source de l'agitation, en collaboration avec l'équipe soignante :
 - Surveiller les besoins d'élimination;
 - Soulager s'il présente de la douleur;
 - Favoriser le confort (changer de position, de surface thérapeutique, etc.);
 - S'assurer d'une hydratation adéquate : offrir fréquemment de l'eau ou autre breuvage, notamment lors de la prise de médicaments;
 - Éviter la contention, autant que possible (qui provoque ou augmente l'agitation).
- Demander la participation des proches pour connaître davantage les besoins et les goûts de la personne et pour offrir des distractions personnalisées.
- Appliquer une approche de base appropriée à la gestion des comportements problématiques :

- Réduire les stimuli extérieurs ou retirer l’usager dans un endroit plus calme;
- Agir promptement au moindre signe d’agitation afin d’éviter une escalade;
- Proposer une activité ou offrir une autre stratégie de diversion pour canaliser la personne vers un autre centre d’intérêt (ex : marcher, se bercer, etc.);
- Assurer une présence étroite et rassurante lors de la période d’agitation allant jusqu’à une surveillance constante si nécessaire.

- Informer le médecin de la situation.
- Utiliser la médication en dernier recours.

10.6 MESURES DE CONTRÔLE

Description

L’expression « mesures de contrôle » inclut la contention, l’isolement et les substances chimiques pouvant être utilisés, de façon minimale et exceptionnelle pour assurer la sécurité d’une personne ou celle d’autrui¹⁹.



Une contention est définie comme la restriction ou la limitation des mouvements d’une personne par des moyens physiques. Elle comprend tout genre d’équipement qui est attaché ou adjacent au corps, qui le garde dans une position choisie par le soignant et ne peut être facilement contrôlé ou enlevé par la personne. Les contentions physiques sont souvent utilisées pour prévenir les chutes, ou gérer les troubles de comportement (errance, agitation,...). Or, il a été démontré que l’usage des contentions (incluant les ridelles de lit) ne réduit pas la fréquence des chutes et en aggrave plutôt les conséquences. On n’a qu’à penser à l’usager qui chute du lit en ayant tenté de passer par le pied du lit ou par-dessus les ridelles ou à celui qui bascule avec son fauteuil, par exemple.

Les contentions peuvent entraîner des conséquences physiques et psychologiques importantes : détérioration de l’état général, plaies de pression, dépression, asphyxie et même décès.

Interventions possibles

- Identifier l’usager à risque de chutes, dès que possible, à l’admission.
- Répéter les consignes et renforcer les comportements attendus.
- Identifier les sources du comportement problématique conduisant à l’application de contentions, en collaboration avec la famille, le médecin, l’équipe soignante et les intervenants de l’équipe interdisciplinaire.
- Privilégier des mesures de remplacement en fonction des facteurs de risques identifiés.
- N’envisager la contention que comme une mesure de dernier recours et pour une durée limitée (urgence).

¹⁹ MSSS. (2002). Orientations ministérielles relatives à l’utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. P. 14.

- S'assurer de l'implication des membres de l'équipe interdisciplinaire concernés dans l'analyse de la situation et l'élaboration des recommandations qui en découlent (sauf dans les cas d'urgence).

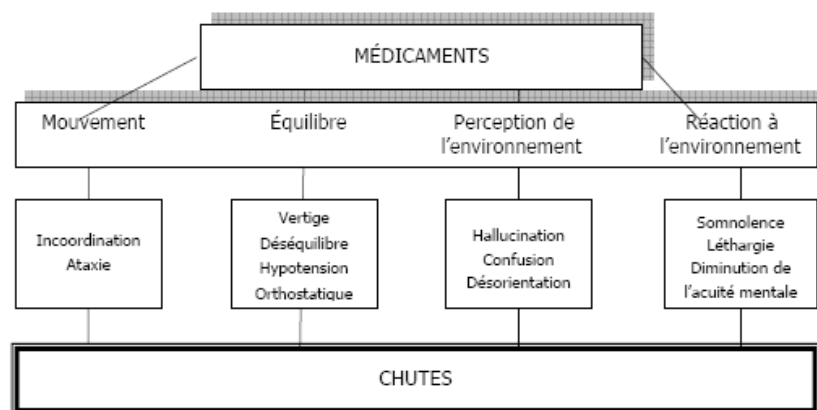
10.7 MÉDICATION

Description

La médication est un facteur de risque de chute qui est important mais *modifiable*. La consommation de 4 médicaments et plus ainsi que la présence d'un médicament augmentant le risque de chute sont considérés comme des éléments-clés du dépistage de risque de chutes. Les personnes âgées consomment généralement plus de médicaments et constituent une clientèle à risque. De plus, certains déficits acquis ou dus à une maladie peuvent devenir plus marqués sous l'effet de certains médicaments (ex. : un déficit visuel, auditif ou de l'équilibre peut devenir un risque majeur sous l'effet de médicaments). Les médicaments agissant sur le système nerveux central (S.N.C.) et sur le système cardiovasculaire sont les plus susceptibles de provoquer des chutes en perturbant l'équilibre, la perception de l'environnement et la réaction à cet environnement (cf. figure 1)



FIGURE 1. ACTION DES MÉDICAMENTS DANS LA CHUTE



A titre d'information, consulter l'annexe II : Médicaments ayant une influence sur le risque de chutes

Interventions possibles

- Obtenir le bilan comparatif des médicaments dès l'admission (clientèle admise ou hébergée);
- En collaboration avec le médecin et le pharmacien :
 - Détecter les effets indésirables de la médication dont ceux affectant l'état mental, l'équilibre et la démarche.
 - Évaluer périodiquement les risques et bénéfices de chaque médicament.
 - Renseigner la personne sur l'effet recherché du médicament ainsi que sur les effets secondaires associés au risque de chutes.

- Utiliser la dose efficace la plus faible possible de médicament pour des symptômes spécifiques.
 - Réduire l'utilisation chronique de médicaments.
 - Limiter l'utilisation de médicaments multiples.
 - Réviser régulièrement l'ensemble des médicaments consommés.
 - Favoriser des approches non médicamenteuses (gestion de la douleur, troubles de comportement, sommeil, anxiété, etc.).
- Sensibiliser la personne sur l'importance de bien respecter la posologie.
 - Vérifier la capacité de prendre ses médicaments (ex : en pratiquant l'auto-administration avant le congé).
 - Enseigner certaines précautions à la personne dont celle sur la façon de se lever du lit ou du fauteuil et de se rasseoir si elle présente des étourdissements (voir section Hypotension orthostatique).
 - Si la personne prend un ou des médicaments agissant sur le S.N.C. :
 - Surveiller les manifestations de somnolence, diminution de la coordination, troubles de la démarche, étourdissements, hypotension orthostatique, apathie, changement de comportement laissant présager une réaction exagérée à l'effet de la médication.
 - Mesurer la tension artérielle (TA) et le rythme cardiaque ou la TA couché / debout, selon le jugement clinique de l'infirmière.
 - Inciter la personne à demander de l'aide si elle ressent les effets secondaires cités précédemment.
 - Être plus vigilant lors de l'introduction d'un nouveau médicament ou d'un changement de dosage.
 - Introduire les auxiliaires à la marche appropriés (surtout la nuit) et particulièrement pour la réponse aux besoins d'élimination.

10.8 HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (HTO) OU ÉTOURDISSEMENTS / VERTIGES

Description

Chute de la tension artérielle systolique de 20 mm Hg ou plus (ou de 10 mm Hg de la pression diastolique) lors du passage de la position couchée à la position assise ou debout.

L'absence d'HTO en position assise n'élimine pas qu'elle puisse apparaître en position debout.

Cette chute de tension peut s'accompagner d'étourdissements ou selon une fréquence moins régulière, d'une vision faible ou brouillée, de faiblesse ou même d'une syncope. Le plus souvent l'HTO est asymptomatique.

L'HTO augmente de façon significative la survenue de chutes, qu'elle soit symptomatique ou pas.



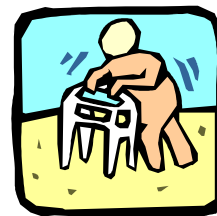
Interventions possibles

- Informer le médecin de la situation (particulièrement lorsqu'elle s'accompagne de symptômes cliniques).
- Collaborer à la révision de la médication, avec le médecin et le pharmacien, s'il y a lieu.
- Contrôler la TA et le pouls à intervalles réguliers, en position couchée / debout ou assise, selon la condition clinique.
- Porter une attention particulière lors des premiers levers à la suite d'une immobilisation prolongée.
- Accompagner l'utilisateur si symptomatique : lors de la marche pour l'aller et le retour à la toilette.
- Recommander à l'utilisateur de se lever lentement et de se rasseoir ou se recoucher s'il ressent des étourdissements.
- S'assurer que la personne est bien hydratée (à moins d'indication contraire).
- Utiliser les demi-ridelles ou poignées de lit au lever.
- Évaluer la pertinence du port de bas élastiques; consulter les professionnels de physiothérapie, au besoin.
- Évaluer la pertinence d'une diète personnalisée; consulter les professionnels de la nutrition clinique, au besoin.

10.9 PROBLÈMES DE MOBILITÉ

Description

Les chutes sont fréquentes chez les usagers qui présentent des troubles de la mobilité. Parmi les problèmes de mobilité, on note : la faiblesse, les troubles de la mobilité des membres, de l'équilibre et de la démarche ainsi que l'instabilité posturale suite à une immobilisation prolongée. Il s'agit donc de planifier des interventions qui permettent à l'utilisateur de s'adapter malgré ces problèmes et ainsi, maintenir et favoriser l'autonomie fonctionnelle.



Interventions possibles

Prévention du syndrome d'immobilisation (particulièrement à la suite d'un épisode de santé aigu ou d'une hospitalisation en courte durée)

- Déterminer les raisons possibles de la perte de mobilité chez l'utilisateur, si possible, avec la collaboration de l'équipe soignante.
 - Mobiliser la personne, dès que possible, à la suite d'une immobilisation prolongée due à un problème de santé;
 - Privilégier le levier à station debout si possible;
 - Réduire l'utilisation des cathéters, sondes et autres dès que possible pour favoriser la mobilité;
 - Allonger les tubulures d'O₂ pour la personne sur compresseur non portatif;
 - Réduire l'emploi des contentions physiques (dernier recours);

-
- Mettre à la disposition de la personne un fauteuil adéquat (hauteur permettant de s'asseoir sans forcer l'articulation de la hanche et du genou à plus de 90° ; appui-bras suffisamment longs pour prendre appui lors des transferts).
- Favoriser la participation de l'utilisateur à ses soins personnels et lors des changements de position, dans la mesure de ses capacités.
- Éviter le plus possible l'utilisation de la bassine ou de l'urinal en favorisant l'utilisation de la toilette ou de la chaise d'aisance avec accompagnement.
- Enseigner à l'utilisateur les précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire.
- S'assurer que les mesures préventives sont bien comprises par l'équipe soignante.
- Placer les objets courants et la cloche d'appel à la portée de main de l'utilisateur.
- **Entraînement à la marche (si possible)**
 - Établir un horaire de marche graduel selon la tolérance;
 - Encourager les proches à participer à l'entraînement à la marche de la personne;
 - Introduire l'entraînement à la marche à travers des activités significatives telles que : se rendre à la toilette, au fauteuil pour le repas, aux activités prévues, etc.;
 - Superviser l'utilisation adéquate des auxiliaires à la marche;
 - Encourager les efforts et souligner les progrès, si minimes soient-ils;
- **Augmentation de l'endurance à la marche**
 - Augmenter progressivement la durée des activités tout en respectant la tolérance de la personne;
 - Alternier les périodes de repos et de mobilisation pour les AVQ;
 - Fractionner la marche selon l'endurance de la personne en lui permettant de se reposer quelques minutes au cours de l'activité;
 - Privilégier l'avant-midi, lorsque la personne est moins fatiguée.
- **Soulagement de la douleur**
 - Offrir des analgésiques prescrit PRN, 30 minutes avant la mobilisation;
 - Planifier les soins et les activités de mobilisation en tenant compte des périodes de soulagement de la douleur;
 - Expliquer chaque étape avant la mobilisation ou le transfert pour diminuer la peur d'avoir mal;
 - Expliquer les effets attendus des analgésiques prescrits;
 - Conseiller à la personne d'amorcer les mesures de soulagement de la douleur avant que la douleur ne devienne trop importante.

10.10 TROUBLES D'ÉLIMINATION

Description

Ces troubles peuvent se manifester de plusieurs façons : besoin impérieux d'uriner ou déféquer, nycturie, incontinence urinaire ou fécale, diarrhée, constipation. Ces troubles accentuent non seulement le risque de chutes mais ils peuvent également favoriser la polymédication, l'insomnie, l'agitation, induire un delirium, etc., d'où l'importance de déterminer l'origine du problème et d'y apporter des correctifs appropriés.



Interventions possibles

▪ Si incontinence

- Documenter le profil urinaire (horaire et quantité) et adapter les soins de façon à favoriser l'autonomie de la personne;
- Ne pas favoriser le port des culottes d'incontinence (même la nuit) chez la personne capable de se mobiliser en proposant plutôt l'accompagnement;
- En cas d'échec, s'assurer que la personne soit toujours au sec et que sa dignité soit protégée en adoptant un dispositif de protection;
- Utiliser de préférence un coussinet ou une protection de type « pull-up » plutôt que les culottes qui ont tendance à glisser et peuvent devenir un obstacle à la mobilité.

▪ Si nycturie ou besoin impérieux

- Assurer un éclairage adéquat en tout temps, en utilisant une veilleuse la nuit et en évitant l'éblouissement le jour par l'ajustement des rideaux et des stores.
- Utiliser un pictogramme de toilette sur la porte;
- S'il y a lieu, anticiper les besoins de l'utilisateur en le conduisant souvent à la toilette.
- Enseigner à la personne de limiter l'ingestion de liquides en soirée.
- Adapter l'horaire d'administration des médicaments afin de respecter le sommeil et éviter les déplacements de nuit.

10.11 TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS

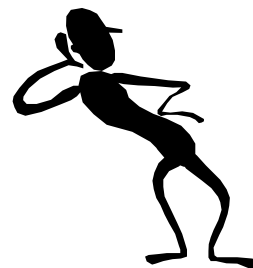
Description

Ce sont des altérations transitoires ou permanentes de la vue ou de l'audition, non ou mal compensées.

Une détérioration sensorielle tant auditive que visuelle peut accroître le risque de chute en rendant l'utilisateur moins apte à éviter les dangers.

Qu'il s'agisse d'une difficulté à maintenir le focus sur un objet, d'un trouble d'adaptation à la luminosité, d'une diminution de la capacité à évaluer les distances.

Nous devons être vigilants à souligner de tels problèmes pour ensuite voir à les corriger ou du moins les atténuer et ainsi placer l'utilisateur hors de danger.



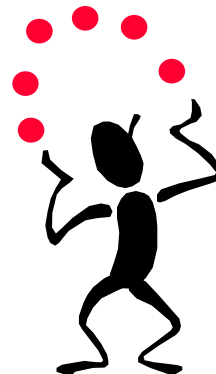
Interventions possibles

- S'assurer que le médecin traitant est informé de ces difficultés afin que les évaluations et interventions appropriées soient faites.
- Aviser l'utilisateur qu'il sera plus à risque pendant la période d'adaptation de nouveaux appareils et aux précautions à prendre s'ils ont des problèmes sensoriels.
- Encourager le port des verres correcteurs ou de l'appareil auditif.
- S'assurer que les verres correcteurs et l'appareil auditif sont en bon état, propres et à portée de main en tout temps. Au coucher, s'assurer qu'ils sont au chevet.
- S'assurer du bon entretien de l'appareil auditif, vérifier périodiquement son fonctionnement adéquat (efficacité des piles, volume...).
- Placer les équipements, et les objets utilitaires requis et la cloche d'appel à la portée de l'utilisateur.
- Aviser l'utilisateur qu'il éprouvera possiblement un trouble d'accommodation de l'œil à la vision de nuit en cas d'administration d'une médication qui produit une constriction de la pupille.
- Informer la personne de tout changement dans la disposition du mobilier et s'assurer d'un environnement libre d'obstacles.
- Accompagner l'utilisateur dans ses déplacements, au besoin.
- Vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit.
- Garder les endroits bien éclairés (chambre et salle de bain, notamment), particulièrement la nuit, tout en évitant les reflets lumineux).

10.12 FACTEURS EXTRINSÈQUES

Description

L'habillement, la présence d'auxiliaire à la marche ou de différentes composantes de l'environnement physique peuvent constituer d'importants facteurs de risques. Ils peuvent agir comme des obstacles au maintien de l'équilibre pour lesquels la personne doit compenser de façon soudaine ou non.



L'importance du risque que ces éléments amènent est liée à la vulnérabilité de l'utilisateur, à ses capacités ainsi qu'à la fréquence d'exposition aux situations dangereuses.

Interventions possibles

▪ Habillement

S'assurer que les vêtements sont adéquats :

- Robe de chambre ou jaquette qui ne traînent pas par terre;
- Pantalons bien retenus par un élastique ou une ceinture ajustée;

- Port de chaussures ou pantoufles fermées, bien ajustées, à talon bas et à semelles antidérapantes (à moins d'avis contraire d'un professionnel de la physiothérapie ou de l'ergothérapie);
- Vêtements qui ne glissent pas;
- Si elle est requise, s'assurer que la culotte d'incontinence est de la bonne taille et s'assurer qu'elle est bien ajustée pour éviter son glissement;
- Favoriser l'habillement en position assise;
- Auxiliaires à la marche
- S'assurer que les auxiliaires sont sécuritaires, en bon état et bien ajustés. Éviter l'usage de tiges à soluté pour la marche;
- Superviser l'utilisation adéquate de l'auxiliaire.

▪ Environnement

Note : les interventions sont en fonction du type de milieu : domicile, hébergement ou autre.

Éclairage :

- S'assurer d'un éclairage suffisant en évitant l'éblouissement;
- Informer l'usager du mode d'utilisation des interrupteurs qui doivent être bien visibles et accessibles;
- Installer des veilleuses, si possible. S'assurer qu'elles sont fonctionnelles.

Planchers :

- S'assurer que les planchers soient secs, sans reflets, sans bris de revêtement, sans objet ou fil sur le sol, Fixer les fils solidement au mur ou insérer dans des conduits passe-fils.

Lits :

- S'assurer que les freins sont appliqués, les manivelles en retrait, les ridelles solidement fixées;
- Placer le lit en position basse pour les usagers pouvant circuler, c'est-à-dire lorsque l'usager est assis sur le bord du lit, les pieds touchent le plancher et les genoux sont fléchis à un angle de 90 degrés (à moins d'avis contraire d'un professionnel de la physiothérapie ou de l'ergothérapie.).

Cloche d'appel :

- Placer en tout temps à la portée de main de l'usager, tant au lit qu'au fauteuil et à la salle de bain. S'assurer que l'usager peut l'utiliser;
- Répondre rapidement à toute cloche qui sonne. Cette responsabilité incombe à tout membre de l'équipe.

Fauteuil :

- Utiliser une chaise ou un fauteuil qui permet à l'utilisateur de s'asseoir et de se relever facilement;
- S'assurer que la hauteur du siège est juste au-dessus de la hauteur du genou de la personne (à moins d'avis contraire d'un professionnel de la physiothérapie ou de l'ergothérapie.);
- S'assurer que les accoudoirs sont larges et excèdent d'environ 1 pouce le rebord extérieur du siège;
- Utiliser des bandes antidérapantes sur les chaises ou au sol pour éviter le glissement.

Fauteuil roulant :

- Être muni de freins efficaces;
- Être en bon état de fonctionnement;
- S'assurer que les appui-pieds sont relevés et pivotés sur les côtés lors des transferts;
- S'assurer d'appliquer les freins lors des transferts;

Équipement médical :

- S'assurer que l'équipement médical ne cause pas d'entrave lors des déplacements.

Ameublement :

- Éviter l'encombrement afin de permettre de circuler à l'aide des divers équipements;
- Disposer les meubles en fonction du handicap ou des besoins spécifiques de l'utilisateur, si possible;

Salle de bain :

- Signaler tout équipement défectueux ou manquant tel que la barre d'appui, tapis antidérapant, banc de bain, siège de toilette surélevé;
- Enseigner à l'utilisateur et au personnel l'utilisation de l'équipement.

Corridors :

- S'assurer que les corridors sont libres de matériel;
- S'assurer que le plancher est libre de tout obstacle;
- S'assurer que les rampes sont accessibles.

10.13 VITAMINE D

La pertinence de l'utilisation d'un supplément de vitamine D doit être évaluée en fonction de la situation clinique de l'utilisateur.

11. MODALITÉS D'APPLICATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES AU CSSS-IUGS

Les chutes peuvent se produire dans tous les secteurs de l'organisation. Chacune des clientèles comporte des risques différents conduisant à des interventions spécifiques. Bien que ce programme ait une portée générale, les secteurs prodiguant des soins aux personnes âgées sont particulièrement visés, comme en témoignent les statistiques sur les chutes recueillies aux cours des 2 dernières années.

Le programme de prévention des chutes du CSSS-IUGS comporte les **quatre composantes** suivantes :

- # 1 : L'identification des usagers à risque de chutes;
- # 2 : La communication et la sensibilisation aux risques de chutes;
- # 3 : La mise en œuvre d'interventions de prévention des chutes;
- # 4 : L'évaluation et le suivi à la suite d'une chute.

11.1. HÉBERGEMENT

Cette section décrit le processus de soins utilisé auprès de la clientèle hébergée en soins de longue durée. L'application du programme s'effectue dans le respect des rôles déterminés dans le cadre de la réorganisation du travail. L'infirmière principale joue un rôle important dans ce contexte puisqu'elle assume la responsabilité des soins d'un groupe de résidents durant l'ensemble de leur séjour à l'unité de soins. Elle détient un rôle stratégique également dans la coordination et la continuité des soins et services, notamment en lien avec les autres intervenants professionnels de l'équipe interdisciplinaire.²⁰

1: LE DÉPISTAGE DES USAGERS À RISQUE DE CHUTES ET L'IDENTIFICATION DES FACTEURS EN CAUSE

Toute personne admise en milieu d'hébergement présente un risque significatif de chute. Pour cette raison, l'exercice d'évaluation consiste surtout à distinguer la clientèle qui présente un faible niveau de risque de celle qui présente de plus grands risques de chutes.

Si le niveau de risque est faible, les interventions préventives systématiques associées à chaque facteur de risque s'appliquent. Si le risque est élevé, une évaluation plus spécifique est réalisée par les intervenants professionnels concernés et des interventions préventives additionnelles et personnalisées sont planifiées.

Outil clinique utilisé^{21, 22}

Échelle d'évaluation des risques de chute de Morse²³ (avec adaptations locales) (Annexe III)

²⁰ CSSS-IUGS. (2010). Organisation du travail et revalorisation des pratiques. Les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD.

²¹ RNAO, COQSS, ICSP.(2010). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ.

²² Scott V. et al. (2008) Curriculum canadien sur la prévention des chutes, pages 78- 83.

²³ Morse J.M. (2008). Preventing patient falls. Establishing a fall intervention program. Springer publishing Company, 2nd edition.

Indications d'utilisation

- À l'admission (ou lors d'un transfert);
- Lors de la révision du plan d'intervention interdisciplinaire;
- Lors d'un changement dans la condition du résident;
- À la suite d'une chute.

Le formulaire est complété et placé au dossier du résident.

À l'admission (48 – 72 premières heures)

- L'infirmière doit d'abord prendre connaissance des informations disponibles, notamment sur l'histoire antérieure de chute et sur la mobilité auprès de diverses sources: au dossier, auprès de l'usager ou ses proches, par les observations rapportées des membres de l'équipe de soins, ou autre.

Une évaluation fonctionnelle sommaire est ensuite effectuée par l'infirmière et l'ergothérapeute²⁴, avec la collaboration du personnel soignant pour identifier des risques de chutes évidents et imminents et mettre en place des interventions préventives systématiques le plus rapidement possible.

La grille est complétée par une infirmière.

Si le résultat est 0 – 45 (Faible risque) :

- ✓ Elle applique les interventions préventives systématiques proposées au guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'UCDG ou à l'URFI (Annexe IV);
- ✓ Elle applique le suivi standard du tableau de bord (révision aux 3 mois de la condition générale du résident, comme pour l'ensemble des facteurs de risques de cette clientèle, tel que déterminé dans le modèle de soins intégrés);

Si le résultat est ≥ 46 (Risque élevé) :

- ✓ Elle complète la deuxième section de l'échelle d'évaluation des chutes Morse (au verso), qui précise la nature des risques. (Annexe III)
- ✓ Elle sélectionne des interventions préventives additionnelles et personnalisées en s'inspirant du guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'UCDG ou à l'URFI (Annexe VI)
- ✓ Elle complète le PTI et les outils cliniques correspondants (PSTI²⁵ et plan de travail du PAB²⁶, tableau de bord) pour assurer la continuité des soins infirmiers.

²⁴ Gosselin S., Lévesque M., Veilleux N., (2009). Programme de prévention des chutes. Document de travail (non diffusé). CSSS-IUGS. p. 18.

²⁵ PSTI : plan de soins et traitements infirmiers. Outil clinique utilisé principalement par l'infirmière auxiliaire en milieu de soins au CSSS-IUGS.

²⁶ PAB : préposé aux bénéficiaires

- ✓ Elle informe le médecin et réfère également aux autres intervenants professionnels concernés (physiothérapeute, TRP, nutritionniste, pharmacien, ou autre), selon la nature des risques identifiés, l'expertise clinique requise et les modalités de référence habituelles du milieu (exemple : certaines références découlent d'une ordonnance médicale).
- ✓ Chaque professionnel concerné élabore son plan d'intervention professionnel selon les facteurs de risques identifiés et le communique aux intervenants concernés par l'application et la continuité des interventions qu'il a déterminées.
- ✓ Les intervenants procèdent à l'évaluation de l'usager et élaborent le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) en fonction des risques identifiés, lors de la tenue de la première réunion interdisciplinaire suivant l'admission.

Lors de la révision du plan d'intervention interdisciplinaire, d'un changement dans la condition du résident ou à la suite d'une chute :

Les intervenants concernés procèdent à la réévaluation du résident en utilisant le même outil clinique et le même processus décrit précédemment. Les intervenants sont impliqués selon la nature des risques et les plans d'intervention sont révisés.

ATTENTION

Il est important de spécifier que le jugement clinique de l'intervenant a préséance sur l'utilisation d'une grille d'évaluation clinique. Ainsi, il peut arriver que la situation nécessite une intervention particulière malgré le fait que le résident ait un niveau de risque de chute faible.

2 : LA COMMUNICATION ET LA SENSIBILISATION AUX RISQUES DE CHUTES

Identification des résidents à risque élevé de chutes

Le risque élevé de chutes (comme tout autre risque tel que le risque de fugue ou de comportement agressif, par exemple) doit être communiqué aux usagers, à leurs proches et à toute l'équipe de soins, par les moyens de communication habituels (dossier, plan de travail, communications verbales et écrites, PII, etc...).

Il doit également être communiqué aux intervenants ou autres personnes concernés chaque fois que ce dernier sort du milieu de soins :

- Lors d'un transfert inter unité ou inter établissement : le risque élevé de chute figure au dossier médical;
- Lors d'un examen diagnostique (exemple : radiologie). La mention « risque élevé de chute » doit figurer sur la requête;
- Lors de la participation à diverses activités de loisirs dans le milieu. La mention « risque élevé de chutes » doit figurer dans les listes de référence du service afin d'être accessible aux intervenants et bénévoles;

Sensibilisation et information au résident / famille :

Un dépliant relatif à la prévention des chutes est inséré dans la pochette remise lors de l'accueil des nouveaux résidents (Annexe IV). De plus, lorsqu'il est reconnu à risque élevé de chute, l'infirmière doit aborder le résident ou son représentant sur le sujet. Elle explique brièvement la problématique des chutes et la collaboration attendue. Le dépliant devient ainsi un outil de soutien pour dispenser de l'enseignement au résident / famille.

3 : LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Description

La stratégie de prévention des chutes implique deux niveaux d'interventions :

Au niveau de l'usager

La stratégie de prévention des chutes consiste à identifier les interventions qui doivent être déployées afin de réduire les risques de chutes et les blessures qui y sont associées. Les professionnels se réfèrent aux mesures préventives recommandées selon les facteurs de risques identifiés et appliquent les mesures jugées pertinentes au moyen des **plans d'interventions (interdisciplinaires, professionnels ou plan thérapeutique infirmier)**.

La mise en œuvre des interventions préventives (systématiques ainsi qu'additionnelles et personnalisées) implique une communication et une coordination efficaces entre les membres de l'équipe de soins et ceux de l'équipe interdisciplinaire. Les modalités de communication habituelles formelles et informelles déjà en application sont maintenues. Les usagers et les proches doivent évidemment être informés et impliqués.

Au niveau de l'organisation

Ce niveau d'interventions permet de promouvoir une culture où tous les fournisseurs de soins et services d'un milieu se sentent concernés dans la prévention des chutes et des blessures dues aux chutes. Parmi les moyens possibles, les interventions suivantes sont recommandées:

- **Promotion de stratégies de prévention de chutes en lien avec l'utilisation minimale et exceptionnelle des mesures de contrôle** (les blessures graves sont souvent reliées à l'utilisation de contentions. Des études ont révélé que parmi les individus qui font une première chute, ceux qui avaient porté une contention étaient 14 fois plus susceptibles de tomber que ceux qui n'en avaient pas porté²⁷).
- **Vérification de la sécurité de l'environnement** : une grille de vérification adaptée aux milieux de soins est disponible à cette fin. (Annexe V)

Les interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'URFI ou l'UCDG sont répertoriées dans le document de référence « *Guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'UCDG ou à l'URFI* » (Annexe VI). Ce document regroupe les deux types d'interventions préventives suivants :

²⁷ RNAO, COQSS, ICSP. 2010. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ, p.33

Interventions préventives systématiques (s'appliquant à l'ensemble de la clientèle d'hébergement, de l'URFI et de l'UCDG)

- L'ensemble des interventions préventives systématiques qui s'appliquent à toute la clientèle âgée de ces milieux de soins.
- Afin d'en faciliter l'accès par le personnel soignant, un document synthèse de ces interventions est placé à la disposition du personnel soignant, à des endroits stratégiques (au poste de soins, avec les plans de travail, etc.).
- Il n'est pas exclu que l'infirmière ajoute des interventions préventives systématiques au PTI et par conséquent, au PSTI ou au plan de travail du PAB, si la situation le requiert.

Interventions préventives additionnelles et personnalisées (s'appliquant aux résidents à risque élevé de chutes)

- Elles s'ajoutent aux interventions préventives systématiques.
- Elles sont notées aux plans d'intervention des intervenants professionnels et au formulaire habituel du plan d'intervention interdisciplinaire (PII), si elles découlent d'une décision prise lors d'une rencontre interdisciplinaire;
- Elles sont au PTI, au PSTI ou au plan de travail du PAB pour assurer leur application par l'équipe de soins infirmiers.
- Parmi ces interventions additionnelles et personnalisées, le programme de marche développé spécifiquement pour la clientèle hébergée en soins de longue durée doit être considéré.²⁸

Autres interventions

Puisque les pertes d'équilibre et les actions de trébucher ou de glisser qui entraînent des chutes sont plus susceptibles de se produire dans un environnement non sécuritaire ou lorsque de l'équipement ou des appareils fonctionnels mal entretenus sont utilisés, il faut prévoir des approches de vérification de la sécurité^{29 30}. Une grille de **vérification de l'environnement** est prévue à cette fin. (Annexe V).

4 : LA PRÉVENTION OU LA RÉDUCTION DES BLESSURES RELIÉES AUX CHUTES POUR LES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

Malgré une multitude d'interventions préventives mises en place par les différents intervenants, la possibilité qu'un usager chute n'est pas exclue. Dans ce contexte, la prise en charge optimale d'un usager ayant chuté implique les éléments suivants :

- Une évaluation clinique initiale complète;
- Des interventions immédiates;
- Une surveillance et un suivi clinique rigoureux;
- Une analyse rigoureuse des facteurs contributifs de la chute;
- Une documentation complète sur les circonstances et les conséquences de la chute;

²⁸ Gosselin S., Lévesque M., Veilleux N., (2009). Programme de prévention des chutes. Document de travail (non diffusé). CSSS-IUGS. Annexe 3, page 29.

²⁹ RNAO, COQSS, ICSP.(2010). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ.

³⁰ Morse J.M. (2008). Op. Cit.

- Une référence aux intervenants professionnels concernés;
- La mise en place d'interventions pour éviter les récides de chutes ou à tout le moins pour limiter la gravité des blessures.

Lorsque survient une chute chez un usager, il est nécessaire d'effectuer une analyse rigoureuse des circonstances de la chute afin d'identifier les causes et les conséquences de cette chute.

Il faut notamment vérifier si la chute n'est pas associée à un changement de la condition de santé de la personne. Cela implique donc **un retour post situationnel systématique** à la suite d'une chute **par deux moyens combinés**:

- **L'analyse des circonstances et des facteurs** ayant possiblement contribué à la chute;
- Le **partage d'informations et la discussion en équipe** dans le but de déterminer ou réviser les plans d'intervention.

L'ensemble du processus est encadré par une **règle de soins** à cet effet. Cette règle de soins est accessible sur le site documentaire de l'établissement et un algorithme schématisant la démarche est présenté à l'annexe VII.

11.2 L'UNITÉ DE COURTE DURÉE GÉRIATRIQUE (UCDG) ET L'UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE (URFI)

Le programme de prévention des chutes s'applique à l'UCDG et à l'URFI selon les mêmes modalités que celles décrites pour le secteur de l'hébergement. Le fonctionnement du programme est cependant adapté à la réalité de chacune de ces unités.

11.3 L'HÔPITAL DE JOUR, LES SERVICES AMBULATOIRES ET LE SOUTIEN À DOMICILE

Dans ces milieux, la prévention des chutes s'appuie sur le cadre de référence provincial³¹ s'incarnant dans l'équipe IMP (interventions multifactorielles personnalisées) d'une part et, d'autre part, à travers l'évaluation et le suivi systématiques effectués par l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas auprès de ses clients. En résumé, un dépistage des besoins est effectué afin d'orienter l'usager vers les ressources appropriées : organismes communautaires (intensivité de service légère), services à l'intérieur du programme de soutien à domicile, c'est-à-dire les professionnels de la réadaptation ou l'équipe de prévention des chutes (intensité de service modérés), référence à des programmes tels que l'hôpital de jour ou l'UCDG (intensité de service lourde). Les démarches sont faites de concert autant que possible avec le médecin traitant. Un algorithme de (Annexe VIII) décrit les étapes de ce processus.

12. DÉMARCHE DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Afin d'assurer un **processus continu d'amélioration de la qualité des soins** en ce qui concerne la prévention des chutes, plusieurs modalités sont envisagées :

- Analyse par le gestionnaire responsable d'un milieu de soins, des circonstances de chaque chute, élaboration de recommandations et validation de la mise en place de mesures correctives, en collaboration des intervenants et services concernés.

³¹ MSSS. (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Direction générale de la santé publique.

- Analyse des constats et tendances se dégageant des rapports statistiques périodiques d'accidents / incidents de son milieu de soins et mise en place de mesures d'amélioration de la qualité, en collaboration des intervenants et services concernés.

Les **indicateurs de résultats** suivants sont mesurés trimestriellement:

- Nombre de chutes;
- Proportion (%) de chutes avec conséquences et selon gravité selon l'échelle prévue au programme ministériel;
- Taux de chutes / 1000 jours présence :
 - En soins de longue durée
 - En soins de courte durée (URFI, UCDG)
 - En résidence intermédiaire (RI)

Le relevé périodique des chutes s'effectue à partir du formulaire de déclaration d'accident / incident. Les résultats sont analysés avec la collaboration des gestionnaires et intervenants des secteurs d'activités concernés. Les taux de chutes par 1000 jours / présence sont ensuite déposés au conseil d'administration et rendus accessibles dans le milieu.

Autres indicateurs

Certains autres indicateurs permettent de porter un regard critique sur les la pertinence et l'efficacité des processus cliniques en place :

- Pourcentage d'évaluation du risque de chutes (calcul des évaluations des risques de chutes sur le nombre total des admissions X 100);
- Processus d'évaluation de la qualité de la documentation et sur les interventions à la suite de l'évaluation du risque de chute;
- Pourcentage d'évaluations post chutes (nombre d'évaluations post chutes réalisées sur le nombre total de chutes X 100).

Ces données impliquent la nécessité d'effectuer un audit périodique et s'inscrivent dans le cadre d'une démarche structurée d'amélioration continue de la qualité des soins et services.

L'ensemble de ces informations permet de renseigner les intervenants et la clientèle sur la qualité de la démarche clinique et des pratiques des professionnels et de suivre l'évolution de la situation en matière de prévention des chutes dans les milieux de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence de la santé publique du Canada. (2005). Rapport sur les chutes des aînés au Canada.
2. Agence de la santé publique du Canada. Les meilleures pratiques de prévention des chutes basées sur l'expérience clinique. <<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-blessure/falls-chutes> > (consulté le 2011/02/23).
3. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society. (2010). Clinical practice Guideline for Prevention of falls in Older Persons. Dans: Journal compilation 2010.
4. American Geriatrics Society/British Geriatrics Society. (2010). Summary of the Updated Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons, JAGS 2010.Arcand M., Hébert R. (2007). Précis pratique de gériatrie. 3^{ème} édition. EDISEM.
5. Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N.(2010). Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD005465. DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2
6. CSSS Antoine Labelle. (2010). Présentation stratégie de prévention des chutes. Document de présentation.
7. CSSS-IUGS. (2010). Organisation du travail et revalorisation des pratiques. Les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD.
8. CSSS de Memphremagog. (2011). Prévention des chutes. Documentation non publiée.
9. CSSS de Vaudreuil-Soulanges. (2009). Prévention des chutes. Politique code 400.09.PLO.03.
10. CSSS de la Vieille Capitale. (2009). Guide des pratiques sécuritaires lors de l'utilisation du lève-personne. Par le comité PDSB plus. 2^{ème} édition.
11. CSSS du Sud de Lanaudière. (2010). Programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute.
12. CSSS Jeanne Mance. (2010). Programme de prevention des chutes en centre d'hébergement.
13. CSSS Pierre Boucher. (2009). Programme de prévention des chutes et des blessures associées.
14. CSSS Richelieu-Yamaska. (2008). Programme de prévention des chutes pour la clientèle en hébergement. Direction de la qualité, des soins infirmiers et des pratiques professionnelles.
15. CSSS-IUGS. (2009). Programme de prévention des chutes. Document de travail non publié.
16. Francoeur L., (2001). Programme de prévention des chutes en institution. Soins infirmiers gériatriques. Direction des soins infirmiers. Institut universitaire de gériatrie de Montréal.
17. Institut National de santé publique.(2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique. INSPQ. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

18. Institut National de santé publique. (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation – IMP, INSPQ, 2009..
19. Morse J.M., (2008). Preventing patient falls. Establishing a fall intervention program. 2ème édition.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle. : Contentions, isolement, substances chimiques. Direction des communications.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Cadre de référence. Direction générale de la santé publique. Novembre 2004.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). Agir pour sécuriser. Manuel du participant.
23. Québec, (2004). Loi sur la pharmacie., L.R.Q., P-10, art.17.
24. Québec, Loi médicale, L.R.Q., c. M-12, art.31.
25. Québec, Loi sur les infirmières et les infirmiers, L.R.Q., c., I-8, art.36.
26. Québec.(2004). Code des professions, L.R.Q., c.C-26.
27. RNAO, COQSS, ICSP. 2010. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ.
28. RNAO. (2005). Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée. Ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers.
29. Scott V. & al. (2008). Curriculum canadien sur la prévention des chutes. Manuel de référence.
30. Up To Date, (www.uptodate.com), consulté le 19 août 2011
31. Voyer, P., (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD. Éditions ERPI.
32. Voyer, P. (2011). L'examen clinique de l'Aîné. Guide d'évaluation et de surveillance clinique. ERPI. Site consulté : Compagnon WEB. www.erpi.com/voyer.cw (consulté le 9 juin 2011).

ANNEXE I

INDICATIONS DE RÉFÉRENCES AU PERSONNEL DE RÉADAPTATION

(PHYSIOTHÉRAPEUTE, ERGOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE (TRP))

Dans le contexte du programme de prévention des chutes (secteur hébergement)

PHYSIOTHÉRAPEUTE / TRP <i>Note : une requête MÉDICALE doit être complétée afin que les besoins en physiothérapie soient évalués.</i>	ERGOTHÉRAPEUTE <i>Note : Une requête informatisée doit être transmise à l'ergothérapeute sauf dans le cas d'une admission ou l'évaluation en ergothérapie est faite d'emblée.</i>
<u>Marche et risque de chute :</u> ▪ <u>Évaluation de la capacité ou du potentiel</u> à la marche, des troubles d'équilibre et du risque de chute. <u>Prise en charge</u> possible pour un essai de traitement selon l'évaluation réalisée en physiothérapie (exercices de renforcement, d'équilibre, pratique de la marche et des transferts,...). ▪ <u>À l'admission</u> : au besoin, l'infirmière peut communiquer directement (sans requête médicale) avec le TRP responsable de cette unité mais <u>seulement</u> en lien avec les besoins de marchette ou canne. ▪ <u>Programme de marche</u> : le personnel de physiothérapie fait l'évaluation de l'objectif de marche et de la sécurité (auxiliaire de marche et consignes quant à la supervision ou l'aide requise). Il fait une compilation mensuelle des données et révisé les recommandations au besoin.	<u>Risque de chute :</u> ▪ <u>Évaluation du risque de chute</u> (p/r à l'environnement, les capacités fonctionnelles, le déficit cognitif ou perceptuel). En lien avec cette évaluation : - o <u>Habillage</u> : sélection d'aides techniques à l'habillage. Recommandations pour certaines adaptations de vêtements; - o <u>Transferts</u> : sélection d'aides techniques pour le lit, le fauteuil de chambre, la toilette; - o <u>Chambre et salle de toilette</u> : recommandations sur l'aménagement de la chambre. Sélection d'aides techniques dans les salles de toilette. - o <u>Cloches d'appel</u> : sélection de cloches d'appel adaptées ou sans fil (éviter les risques liés à un fil trop long); - o <u>Fauteuils autosouleveurs et gériatriques</u>: recommandations. Note : les fauteuils <u>autosouleveurs</u> doivent être défrayés par la famille. - o <u>Fauteuils roulants</u> : sélection de fauteuils <u>roulants</u> adaptés aux capacités, besoins et taille de la personne et accessoires appropriés (p/r au risque de chute : freins autobloquants, rallonges de freins, etc....).

PHYSIOTHÉRAPEUTE / TRP Note : une requête MÉDICALE doit être complétée afin que les besoins en physiothérapie soient évalués.	ERGOTHÉRAPEUTE Note : Une requête informatisée doit être transmise à l'ergothérapeute sauf dans le cas d'une admission ou l'évaluation en ergothérapie est faite d'emblée.
<u>Mesures de contrôle :</u> ▪ Évaluation (selon son champ de compétence) et recommandations concernant la pertinence, les risques d'utilisation, la sélection de mesures de contrôle.	<u>Mesures de contrôle (en dehors des situations d'urgence *):</u> - recommandations évaluation (selon son champ de compétence) et recommandations concernant la pertinence, les risques d'utilisation, la sélection de mesures de contrôle. - mise en place de mesures de contrôles spécifiques aux fauteuils roulants ou fauteuils de chambre: ceinture boucle auto, à verrou (Prodije), à tige magnétique, etc. À noter : les mesures de contrôle au lit (ceintures Pinel, par exemple) sont gérées par le personnel de soins). <i>* situations d'urgence : en situation d'urgence, le personnel infirmier est responsable de la décision et de la mise en place de mesures de contrôle au lit (ceinture Pinel) et au fauteuil (ceinture pelvienne).</i>
<u>Transferts :</u> évaluation des transferts avec recommandations sur le type de levier ou de toile qui devra être utilisé. <u>Gestion de la douleur :</u> application de modalités antalgiques spécialisées : TENS, thermo ou cryothérapie. <u>Mobilité au lit :</u> évaluation et recommandations pour équipements tels alaises et piqués glissants <u>Bas supports :</u> bas Tubigrip pour essais. Conseil sur les endroits où il est possible, pour le patient, de se procurer les bas Tubigrip ou les bas supports prescrits par le médecin avec mention du nombre de mm Hg.	<u>Mesures de remplacement ou de protection :</u> Évaluation et recommandations concernant la pertinence, les risques d'utilisation, la sélection : - de mesures de remplacements aux mesures de contrôle (ex. moniteurs de mobilité); - de mesures de protection (ex. : protecteurs de hanches, genoux, tapis de chute).

ANNEXE II - MÉDICAMENTS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE RISQUE DE CHUTES³²

Classe de médicament	Effets du médicament	Exemples
Sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques	Ces médicaments ont tendance à causer une altération ou une diminution du degré de conscience, à nuire à la cognition et à entraîner la confusion.	Benzodiazepines (diazepam, oxazepam, lorazepam, hydrates de chloral, zopiclone)
Antidépresseurs	Augmentent le risque de chute en entraînant chez la personne une sensation d'anxiété, de nervosité, d'endormissement, de somnolence et une vision trouble.	Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline), ISRS (citalopram, fluoxétine, sertraline), IRSNa (venlafaxine, mirtazapine)
Psychotropes et neuroleptiques	Les psychotropes et les neuroleptiques engendrent souvent des troubles d'agitations, des troubles cognitifs, des étourdissements, une démarche anormale, des troubles d'équilibre, la somnolence et des troubles de la vue (par ex., des hallucinations)	Narcoleptiques (halopéridol, rispéridone, olanzapine, quétiapine, chlorpromazine, perphénazine)
Analgésiques, narcotiques, opiacés, stimulants	Caused surtout une altération de l'état de conscience qui engendre la confusion, la somnolence et des possibilités d'hallucinations visuelles.	Narcotiques/opiacés : codéine, morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone Stimulants : méthylphénidate, caféine
Anticholinergiques	Entraînent une modification de l'équilibre, une déficience de la coordination motrice, une diminution des réflexes, une déficience cognitive, des troubles de la vision.	Benztropine, oxybutynine, timolol, latanoprost, goutte ophtalmique pilocarpine, atropine, dompéridone, métoclopramide, dicyclomine, hyoscine Alphabloquant, par ex., tamsulosin (Flomax)
Antihistaminiques et antinauséux	Affectent l'équilibre, nuisent à la coordination, peuvent causer la somnolence et, par le fait même, entraîner une augmentation du risque de chute.	Antihistaminiques : méclizine, hydroxyzine, diphenhydramine (Benadryl), chlorphéniramine Antinauséux : dimenhydrinate (Gravol), prochlorpérazine, métoclopramide

³² RNAO, COQSS, ICSP. 2010. Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ, p.83-86.

Classe de médicament	Effets du médicament	Exemples
Anticonvulsivants	Tendent à diminuer le niveau de conscience (c.-à-d. somnolence) ou à causer un déséquilibre (problème d'équilibre).	Gabapentine, acide valproïque, phénytoïne, carbamazépine
Myorelaxant	Affectent l'équilibre, la coordination motrice, les réflexes, peuvent entraîner une déficience cognitive en causant la somnolence.	Baclofène, cyclobenzaprine (Flexeril), méthocarbamol (Robaxisal), orphénadrine (Norflex), tizanidine (Zanaflex)
Antihypertenseurs	Cette classe de médicament déséquilibre ou altère la pression sanguine et augmente le risque de chute. Peut se manifester par une syncope.	Vasodilatateurs : hydralazine, minoxidil, nitroglycérine Diurétiques : hydrochlorothiazide, furosémide, spironolactone Inhibiteurs calciques : amlodipine, diltiazem, nifédipine, vérapamil. Bétabloquants : métoprolol, carvedilol, aténolol Alphabloquants : terazosin Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine : captopril, énalapril, fosinopril, ramipril Autres agents : amiodarone, digoxine
Insuline, hypoglycémiant oral	La durée d'action peut varier d'un individu à l'autre en raison des divers apports d'insuline exogène ou de médicaments oraux. Une quantité insuffisante ou trop grande d'insuline peut causer une hyporéactivité ou une hyperréactivité qui peut entraîner une hypotension orthostatique, des vertiges ou un changement dans l'état mental.	
Médicaments en vente libre (MVL), produits naturels ou à base d'herbes médicinales, alcool		Préparations contre la toux et le rhume. Médicaments anti-allergies. Décongestionnants. Produits à base d'herbes médicinales (par ex., valériane, kawa, centella asiatique, ginseng, millepertuis, éphédra) Boissons alcoolisées

ANNEXE II - MÉDICAMENTS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE RISQUE DE CHUTES (suite)

Comment les médicaments peuvent-ils contribuer à augmenter le risque de chute chez les personnes âgées?

- Les médicaments peuvent occasionner de nombreux effets.
- Affecter la vigilance, le jugement et la coordination.
- Augmenter les risques de troubles cognitifs et de délire.
- Aggraver l'hypotension orthostatique.
- Entraîner une déficience neuromusculaire ou une perte d'équilibre avec l'incapacité de reconnaître et d'éviter les obstacles.
- Réduire la mobilité à cause de raideurs, de faiblesses ou de douleurs incontrôlées.
- Aggraver les effets occasionnés par l'usage concomitant de plusieurs médicaments.

Les principaux effets secondaires des médicaments qui contribuent à augmenter la fréquence des chutes chez les personnes âgées.

- Agitation, anxiété, nervosité
- Arythmie
- Troubles cognitifs et confusion
- Étourdissements et hypotension orthostatique
- Anomalies de la démarche et effets extrapyramidaux
- Augmentation de la fréquence des déplacements (due à la diarrhée ou au besoin fréquent d'uriner)
- Désordres posturaux
- Somnolence
- Syncope
- Troubles de la vue

ANNEXE III – ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE MORSE ET SON GUIDE D'UTILISATION

ÉCHELLE DE CHUTES MORSE Collecte de données

CONTEXTE :
(COCHER)

- ☐ ADMISSION
☐ TRANSFERT D'UNITÉ
☐ A LA SUITE D'UNE CHUTE
☐ AUTRE _____

- ☐ CHANGEMENT DANS LA CONDITION DE SANTÉ
☐ RÉVISION DU PLAN D'INTERVENTION

SECTION 1. DÉPISTAGE ET IDENTIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE DE CHUTES				
CATÉGORIE DE L'ÉCHELLE DE CHUTE MORSE		POINTAGE		RÉSULTAT DE L'USAGER
1.	L'utilisateur a des antécédents de chute	NON	= 0	
		OUI	= 25	
2.	L'utilisateur a un diagnostic secondaire	NON	= 0	
		OUI	= 15	
3.	L'utilisateur utilise une aide à la marche : - Aucune/repos au lit/fauteuil roulant / aide du personnel - Béquilles/canne/marchette - Se tient aux meubles	OUI	= 0	
		OUI	= 15	
		OUI	= 30	
4.	L'utilisateur est lié à de l'équipement	NON	= 0	
		OUI	= 20	
5.	Démarche/transfert de l'utilisateur : - Normal/repos au lit/immobile - Faible - Restreint	OUI	= 0	
		OUI	= 10	
		OUI	= 20	
6.	État mental de l'utilisateur - Connaît ses propres capacités - Surestime/oublie ses limites	OUI	= 0	
		OUI	= 15	
RÉSULTAT TOTAL DE L'USAGER * :				

*Afin de faciliter la lecture, le terme « usager » inclut le genre féminin.

COCHER (✓) (SELON RÉSULTAT)	RÉSULTAT DE L'ÉCHELLE DE CHUTE MORSE			PLANIFICATION D'INTERVENTIONS
	Faible risque	0-45	→	Appliquer interventions préventives systématiques (Omettre section 2 du verso)
	Risque élevé	≥ 46	→	⇒ Appliquer interventions préventives systématiques ⇒ Identifier les facteurs de risques individuels ⇒ Appliquer des interventions préventives additionnelles et personnalisées COMPLÉTER LES SECTION 2 (VERSO) : ⇒ Identification des facteurs de risques ⇒ Facteurs aggravants ⇒ Plan thérapeutique infirmier et communication interdisciplinaire

Signature de l'infirmière _____ DATE : _____

ÉCHELLE DE CHUTES MORSE

GUIDE D'UTILISATION

DESCRIPTION GLOBALE

L'échelle de chutes Morse est une grille validée et reconnue pouvant être utilisée dans divers milieux de soins et permettant de cibler, parmi la clientèle, les **usagers qui ont le plus de probabilités de tomber**. Elle comporte l'avantage de ne pas être longue et compliquée à compléter et de permettre aux cliniciens d'identifier, parmi un groupe d'usagers d'un milieu de soins, ceux pour lesquels une attention plus particulière doit être portée pour prévenir les chutes.

Cette grille est habituellement complétée par l'infirmière avec la collaboration de l'équipe de soins et des autres intervenants et se retrouve au dossier.

PROCÉDURE POUR COMPLÉTER L'ÉCHELLE DE CHUTES MORSE

Contexte

- Il s'agit des circonstances pour lesquelles il est recommandé de procéder à une évaluation du risque de chutes.

- Cocher le choix de contexte approprié :

- ✓ Admission
- ✓ Transfert d'unité
- ✓ À la suite d'une chute
- ✓ Changement dans la condition de santé
- ✓ Révision du plan d'intervention
- ✓ Autre

SECTION 1 : Dépistage et identification du niveau de risque de chutes»

- C'est la partie qui permet de cerner le niveau de risque de chutes d'un usager et d'identifier les usagers qui sont à risques élevés de chutes.
- Transposer dans la colonne droite (« résultat de l'usager ») le pointage correspondant à l'énoncé décrivant l'usager. Procéder ainsi pour chacun des 6 catégories d'énoncés de la section.
- Additionner la colonne droite et indiquer le résultat au bas de la section, vis-à-vis «résultat total de l'usager ».
- Cocher l'une des 2 sections dans la colonne gauche du bas de la première page, selon le résultat obtenu par l'usager :

Faible risque (0 -45) :	✓ L'utilisateur requiert les interventions préventives systématiques³³ prévues pour l'ensemble de la clientèle âgée en milieu d'hébergement, à l'URFI ou à l'UCDG. ✓ <u>Vous n'avez pas à compléter le verso du formulaire.</u> ✓ Apposer votre signature au bas de la première page du formulaire (recto).
Risque élevé (≥ 46)	✓ L'utilisateur requiert les interventions préventives systématiques ET des interventions préventives additionnelles et personnalisées³⁴. Vous <u>devez compléter</u> les sections au verso du formulaire.

Description des 6 catégories d'énoncés³⁵

Énoncé		Pointage	Description
#1.	L'utilisateur a des antécédents de chutes		Information disponible au dossier ou obtenue autrement;
		0	Pas d'antécédent de chute;
		25	Une chute ou plus pendant le séjour ou dans les derniers 30 jours avant l'évaluation (chute physiologique); Si l'utilisateur tombe pour la 1 ^{ère} fois, son résultat devient immédiatement 25.
#2.	L'utilisateur a un diagnostic secondaire		Information disponible au dossier médical;
		0	Aucune condition médicale autre que celle à l'admission (l'utilisateur n'a qu'un seul problème de santé documenté au dossier)
		15	plus d'un diagnostic médical listé au dossier.
#3.	L'utilisateur utilise une aide à la marche		Information obtenue en observant l'utilisateur;
		0	Marche sans accessoire de marche (même si assisté du personnel), ou utilise un fauteuil roulant ou est repos au lit;
		15	Utilise des béquilles, une canne ou une marchette;
		30	S'appuie aux meubles pour se tenir.

³³ Référez au **Guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'URFI ou à l'UCDG.**

³⁴ Référez au **Guide des interventions préventives en milieu d'hébergement, à l'URFI ou à l'UCDG.**

³⁵ Morse J.M., Preventing patient falls. Establishing a fall intervention program. 2^{ème} édition, chap. 4.

Énoncé		Pointage	Description
#4.	L'utilisateur est relié à de l'équipement		Information obtenue en observant l'utilisateur;
		0	Aucun équipement n'est rattaché à l'utilisateur;
		20	intraveineuse, « saline lock », oxygène ou autre appareillage rattaché à l'utilisateur; Note : donner 20 même si l'équipement n'est pas attaché au moment du dépistage;
#5.	Démarche / transfert de l'utilisateur		Information obtenue en observant l'utilisateur;
		0 (Normal)	Démarche normale, tête dressée, bras se balancent librement de chaque côté du corps, marche avec confiance;
		10 (Faible)	Petit pas, pieds traînent, posture penchée, capable de redresser la tête sans perdre l'équilibre, toucher léger des meubles ou d'une autre personne pour réassurance;
		20 (Restreint)	:Difficulté à se lever, tête penchée et vision dirigée vers le plancher, mauvais équilibre, se tient sur les meubles ou sur quelqu'un pour garder son équilibre, ne peut marcher sans assistance (équipement ou une autre personne).
#6	État mental de l'utilisateur		Information obtenue lors de la visite de l'utilisateur; Questionner l'utilisateur quant à ses capacités de mobilité;
		0	Il connaît ses capacités de mobilité;
		15	Sa réponse est irréaliste, il surestime et / ou oublie ses limitations; Note : si l'utilisateur est impulsif, lui donner une note de 15.

Section 2 : La section « Identification des facteurs de risques »

Lorsqu'un usager a été dépisté comme étant à risque élevé de chutes, l'étape suivante consiste à identifier les facteurs de risques en cause. Plus il y a de facteurs de risques et plus le risque de chutes est élevé. Ceci permettra de planifier des interventions personnalisées additionnelles en plus des interventions préventives systématiques.

- **Cocher et compléter chacun des 9 items :**

1. Histoire de chutes antérieures
2. Problèmes aux pieds
3. Problème de vision
4. Problèmes de mobilité
5. Problèmes – état mental
6. Médicaments (agissant sur le risque de chutes)
7. Élimination
8. Évaluation hypotension orthostatique
9. Autres

Facteurs aggravants (risques accrus de blessures causées par une chute)

Les « facteurs aggravants » cernent les conditions cliniques qui pourraient aggraver les blessures advenant une chute. Ce ne sont pas des facteurs de risques de chutes en soi.

- Ostéoporose sévère
- Anticoagulant
- Chirurgie récente
- Usager frêle (peu de tissus musculaire et sous-cutané)

Le « plan thérapeutique infirmier »

- Le PTI peut être :
 - à élaborer
 - à modifier
 - à maintenir
- Il découle de l'analyse des informations recueillies dans les sections précédentes.
- On devra retrouver au PTI le constat « risque élevé de chutes » et les directives associées aux interventions préventives additionnelles et personnalisées à l'utilisateur.
- Puisque les interventions préventives systématiques s'appliquent à tous les usagers en milieu d'hébergement, il n'est pas requis de les indiquer au PTI, à moins que l'une d'elles soit vraiment « cruciale » et « prioritaire » ou que son application nécessite des adaptations particulières.

Section « Communication interdisciplinaire »

- Indiquer dans cette section les intervenants professionnels interpellés dans le suivi clinique de l'utilisateur à risque élevé de chutes.
- Les interventions de chaque professionnel sont retracées dans leurs plans d'interventions respectifs.
- Dater et signer le formulaire complété.

ANNEXE IV - Dépliant destiné à la clientèle admise ou hébergée

Àu CSSS-IUGS, la sécurité des soins et des services est une préoccupation quotidienne

La santé et le bien-être de la population constituent les principales préoccupations du CSSS-IUGS. La qualité et la sécurité des soins et des services se trouvent donc au centre des priorités de tous les employés, médecins, professionnels de la santé, étudiants, stagiaires et bénévoles du CSSS-IUGS.



*la santé,
une priorité à partager*

Pour plus d'information
819 780-2222
www.csss-iugs.ca

U:\Environnement\Document\ÉTIQUETTES CSSS-IUGS\DES Pratiques organisationnelles requises\Dépliant Prévention des chutes couleur
Service des communications, octobre 2011

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Direction des soins infirmiers
819 780-2220, poste 46351
www.csss-iugs.ca

Pour éviter de tomber

La prévention des chutes Pour la sécurité et la qualité des soins et des services



Pour éviter de tomber

Le CSSS-IUGS se préoccupe des risques de chutes et de leurs conséquences chez tous ses usagers

Vous craignez de tomber ou vous êtes préoccupé par le risque de chutes de votre proche? Parlez-en avec un professionnel de la santé du CSSS-IUGS.

Saviez-vous que les chutes sont la cause première de décès accidentel chez les personnes de 65 ans et plus? Au CSSS-IUGS, les intervenants s'assurent de maintenir l'autonomie et la qualité de vie des usagers. La clientèle admise dans les milieux de soins est plus vulnérable aux risques de chutes, c'est pourquoi les intervenants mettent tout en œuvre pour les prévenir. Voici comment :

- Par une évaluation systématique du risque de chute auprès de tous les usagers admis;
- En vous renseignant sur les facteurs de risque de chutes de votre proche et sur les diverses stratégies pour les prévenir;
- En proposant des mesures pour améliorer la sécurité de votre proche dans le respect de ses décisions, de sa qualité de vie et de son autonomie;
- En élaborant avec vous un plan d'intervention individualisé adapté aux besoins particuliers de votre proche, si son risque de chutes est particulièrement élevé;
- En réévaluant les risques de chutes de votre proche si son état de santé change, s'il déménage dans un nouveau milieu ou s'il fait une chute.

Si vous craignez que votre proche fasse une chute, dites-le au personnel.

Comment aider votre proche à prévenir les chutes en milieu de soins :

- En lui rappelant l'importance de porter ses lunettes, son appareil auditif et d'utiliser sa canne, sa marchette ou son déambulateur;
- En gardant son environnement dégagé et bien éclairé;
- En lui faisant porter des chaussures qui procurent un bon soutien et qui sont antidérapantes. Elles contribuent à maintenir son équilibre;
- En veillant à ce que ses effets personnels, sa cloche d'appel et son téléphone soient à la portée de la main;
- En informant immédiatement le personnel s'il ressent des étourdissements, une faiblesse ou s'il a une démarche chancelante;
- En l'encourageant à s'alimenter sainement;
- En lui rappelant de se lever lentement après avoir mangé, s'être allongé ou s'être reposé;
- En respectant les consignes des intervenants pour ses déplacements;
- En vous renseignant sur les effets secondaires possibles de ses médicaments.

ANNEXE V – GRILLE DE VÉRIFICATION DE L'ENVIRONNEMENT

SITUATION VISÉE	OUI	NON	COMMENTAIRES
CHAMBRE : #			
Éclairage : 1. Est fonctionnel (commutateurs, ampoules / fluorescents) 2. Veilleuses fonctionnelles			
Planchers : 1. Absence de surface mouillée 2. Absence de surface glissante 3. Absence de reflets 4. Absence de bris ou de surface inégale dans le revêtement 5. Lieux exempts d'encombrement			
Mobilier : 1. Mobilier et équipement disposés de façon sécuritaire pour les déplacements des personnes 2. Mobilier de la chambre en bon état, stable et solide 3. Freins du lit sont appliqués efficacement 4. Lit est en position abaissée 5. Ridelles du lit sont fixées solidement et conservent leur position d'utilisation			
SALLE DE BAIN :			
Éclairage : Est fonctionnel (commutateurs, ampoules / fluorescents)			
Planchers : 1. Absence de surface mouillée 2. Absence de reflets 3. Lieux exempts d'encombrement			

SITUATION VISÉE	OUI	NON	COMMENTAIRES
Murs : Barres d'appui solidement fixées			
CORRIDOR (spécifier lequel, s'il y a lieu) :			
Éclairage : 1. Éclairage jour / soir est fonctionnel (commutateurs, ampoules / fluorescents) 2. Veilleuses fonctionnelles et libres d'obstruction par des objets			
Planchers : 1. Absence de reflets 2. Absence de surface mouillée 3. Absence de surface glissante 4. Absence de bris dans le revêtement 5. Lieux de passage libres d'encombrement par de l'équipement ou du mobilier (ex : chariot, cordons électriques, etc.)			
Murs : Rampes de circulation solides et accessibles			
AUTRE			
Si d'autres problèmes sont observés, en préciser la nature et l'endroit :			

DATE : ____ / ____ / ____ HEURE : _____

(Signature et fonction)

ANNEXE VI – GUIDE DES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES EN MILIEU D'HÉBERGEMENT, À L'UCDG OU À L'URFI

A. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES (POUR L'ENSEMBLE DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE ADMISE OU HÉBERGÉE)

1. HISTOIRE DE CHUTES ANTÉRIEURES	2. NOUVELLE ADMISSION OU TRANSFERT RÉCENT	3. DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS
❑ En connaître les circonstances ❑ Maintenir / améliorer l'autonomie fonctionnelle; ❑ Encourager l'activité physique (usager et les proches);	❑ Orienter le nouvel usager : toilettes, poste du personnel, fonctionnement et horaires de l'unité (repas, hygiène, couchers, changements de quarts de travail, etc.) ; ❑ Surveiller plus étroitement les déplacements les 3 à 5 premiers jours. ❑ Connaissance et respect de ses habitudes de vie : heures de coucher, sieste, collation, etc. ❑ Identifier l'entrée de sa chambre avec objet significatif; signaler l'emplacement de la toilette avec pictogramme ❑ Cloche d'appel à portée de main en tout temps ; s'assurer qu'il sait s'en servir; réponse sans délai;	❑ Réduire les stimuli environnementaux (bruit, éclairage, etc.); ❑ Éliminer / réduire restrictions à la mobilité (ex : contentions); ❑ Donner directives claires, courtes. Valider compréhension en questionnant sur ce qui vient d'être dit; ❑ Approche sécurisante, calme et chaleureuse ❑ Anticiper et éliminer sources d'inconfort; ❑ Orienter périodiquement au temps, espace et entourage; familiariser périodiquement avec son environnement. ❑ Anticiper les besoins et y répondre : inconfort, douleur, élimination, etc. ❑ Impliquer les proches dans la recherche des causes du comportement et des solutions.
4. TÊMÉRITÉ	5. PROBLÈMES DE MOBILITÉ	6. MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTIONS)
❑ Vérifier sa compréhension des consignes ❑ L'aider à identifier situations à risques ❑ Vérifier s'il a compris les consignes transmises; ❑ L'inciter à demande de l'aide ❑ Renforcer la surveillance et fournir assistance dans les déplacements et activités à risque ❑ Placer à la portée de la main les objets usuels et cloche d'appel, rappeler les consignes, éliminer les obstacles dans l'environnement; ❑ Prévoir des mesures de remplacement à la contention physique (dernier recours);	❑ Rechercher les raisons d'une perte de mobilité récente ❑ Mobiliser le plus tôt possible après une immobilisation prolongée due à un problème de santé; ❑ Favoriser la mobilisation et la participation de l'usager à ses soins; ❑ Privilégier levier à station debout ❑ Enseigner à l'usager les façons de se déplacer sécuritairement; ❑ Mettre un fauteuil adéquat à sa portée ❑ Rappeler les consignes de sécurité ❑ Mettre fauteuil confortable à sa portée; ❑ Favoriser la participation de l'usager lors des mobilisations ❑ Soulager la douleur ❑ Favoriser l'entraînement et l'endurance à la marche lors des AVQ; ❑ Féliciter et encourager lors des efforts et progrès.	❑ Privilégier des mesures de remplacement; ❑ Répéter souvent les consignes de sécurité; ❑ Renforcer les comportements attendus; ❑ Identifier les besoins / problèmes sous-jacents au comportement problématique; ❑ Assurer de l'aide aux déplacements et transferts après une période sous contention.

7. MÉDICATION ☐ Favoriser les approches non médicamenteuses; ☐ Surveiller les manifestations indésirables (étourdissement, somnolence, etc.) ☐ Inciter l'usager à demander de l'aide d'il ressent les effets précédents; ☐ Enseigner la bonne façon de prendre ses médicaments ☐ Inciter à demander de l'aide si ressent effets secondaires qui ↑ risque de chute; ☐ Favoriser approches non médicamenteuses; ☐ Limiter médicaments multiples; ☐ Réviser régulièrement les médicaments consommés.	8. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (HTO) ☐ Bien hydrater la personne ☐ Recommander à la personne de se lever progressivement et attendre avant de se lever debout ☐ Surveiller l'apparition des manifestations d'HTO (maaises); ☐ Accompagner pour déplacements si symptomatique; ☐ Bien hydrater la personne;	9. AGITATION ☐ Rechercher les causes et tenter de les éliminer ☐ Demander la participation des proches ☐ Assurer une surveillance étroite pendant ces épisodes ☐ Créer une ambiance apaisante et rassurante; utiliser la diversion; ☐ Limiter les stimuli (bruit, éclairage, ...) ☐ Éviter contentions le plus possible
10. TROUBLES D'ÉLIMINATION ☐ Régulariser le problème d'élimination sous jacent ☐ Limiter l'ingestion de liquide en soirée ☐ Mettre une cloche d'appel à sa portée et y répondre sans délai ☐ Adopter un horaire régulier pour la toilette ☐ Utiliser de préférence un coussinet ou une « pull up » chez la personne qui peut se mobiliser (une culotte peut glisser et provoquer une chute) ☐ Pictogramme « toilette » sur la porte; ☐ S'assurer d'un éclairage suffisant et d'un espace sans obstacles pour circuler la nuit;	11. TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS ☐ Vérifier le bon état et la propreté des lunettes et prothèses auditives ☐ S'assurer qu'il porte ses lunettes et son appareil auditif (la nuit : accessibles au chevet) ☐ Apporter une surveillance accrue lorsqu'il s'agit de nouveaux appareils (ex : nouvelles lunettes) ☐ L'accompagner dans ses déplacements au besoin ☐ Placer cloche, équipements, effets personnels à sa portée ☐ Procurer un environnement libre d'obstacles et bien éclairé (veilleuse la nuit).	12. FACTEURS EXTRINSÈQUES ☐ Habillement : éviter vêtements longs /encombrants ou glissants; pantalons bien retenus; ☐ Chaussures sécuritaires (fermées, bien ajustées, talon bas. Semelles antidérapantes) ☐ Auxiliaires à la marche : en bon état, bien ajustés, bien utilisés; ☐ Éclairage suffisant (nuit : veilleuse) ☐ Planchers : secs, sans reflets, sans encombrement (fils, carpettes, etc.) ☐ Lits : niveau bas, freins appliqués ☐ Cloche d'appel : à portée de main ☐ Fauteuils : bien ajustés à la personne; ☐ Fauteuil roulant : freins appliqués et appui-pieds relevés et pivotés sur les côtés. ☐ Équipement médical : n'entravant pas les déplacements ☐ Mobilier : disposition n'entravant pas les déplacements, pas d'encombrement; ☐ Salle de bain : barres d'appui, siège surélevé, cloche d'urgence; ☐ Corridor : rampes accessibles, pas d'encombrement ou d'obstacles. ☐ Signaler tout équipement défectueux ou manquant (ex; barres d'appui, tapis antidérapant, siège de toilette surélevé, etc. Encourager l'usager et ses proches à appliquer les recommandations;

B. INTERVENTIONS PRÉVENTIVES ADDITIONNELLES ET PERSONNALISÉES (POUR CLIENTÈLES À RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTES)

- **Évaluation continue de l'infirmière, disponible au plan thérapeutique infirmier (PTI).**

- **Mise en place d'interventions ou de surveillance particulières par l'infirmière** (Exemple : Établir un horaire fixe pour conduire à la toilette;
Exemple : Surveiller la tension artérielle couché/ assis / debout chez un usager présentant de l'hypotension orthostatique.)

- **Référence au médecin** (Exemples : pour révision de la médication);

- **Consultation à un autre intervenant professionnel pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :**
 - **Évaluation clinique complémentaire** (Exemple : professionnels de la physiothérapie pour évaluer la capacité fonctionnelle de mobilité;)

 - **Introduction / ajustement d'adaptations environnementales ou équipements particuliers** (Exemple : professionnels de l'ergothérapie pour adaptation de la chambre aux besoins de l'usager)

 - **Introduction / ajustement d'équipements ou d'appareillages particuliers** (Exemple : Professionnel de la physiothérapie pour ajuster la marchette d'un usager).

 - **Les demandes de consultation / référence s'effectuent selon les modalités habituelles au milieu de soins.**

- **Intégration de l'usager dans un programme d'interventions spécifiques** (Exemple : intégrer un usager au programme de marche;
Exemple : Planifier des activités récréatives structurées à un moment crucial de la journée chez un usager dément présentant de l'errance).

Pour des interventions plus spécifiques aux facteurs de risques, consulter le tableau de la page la page suivante

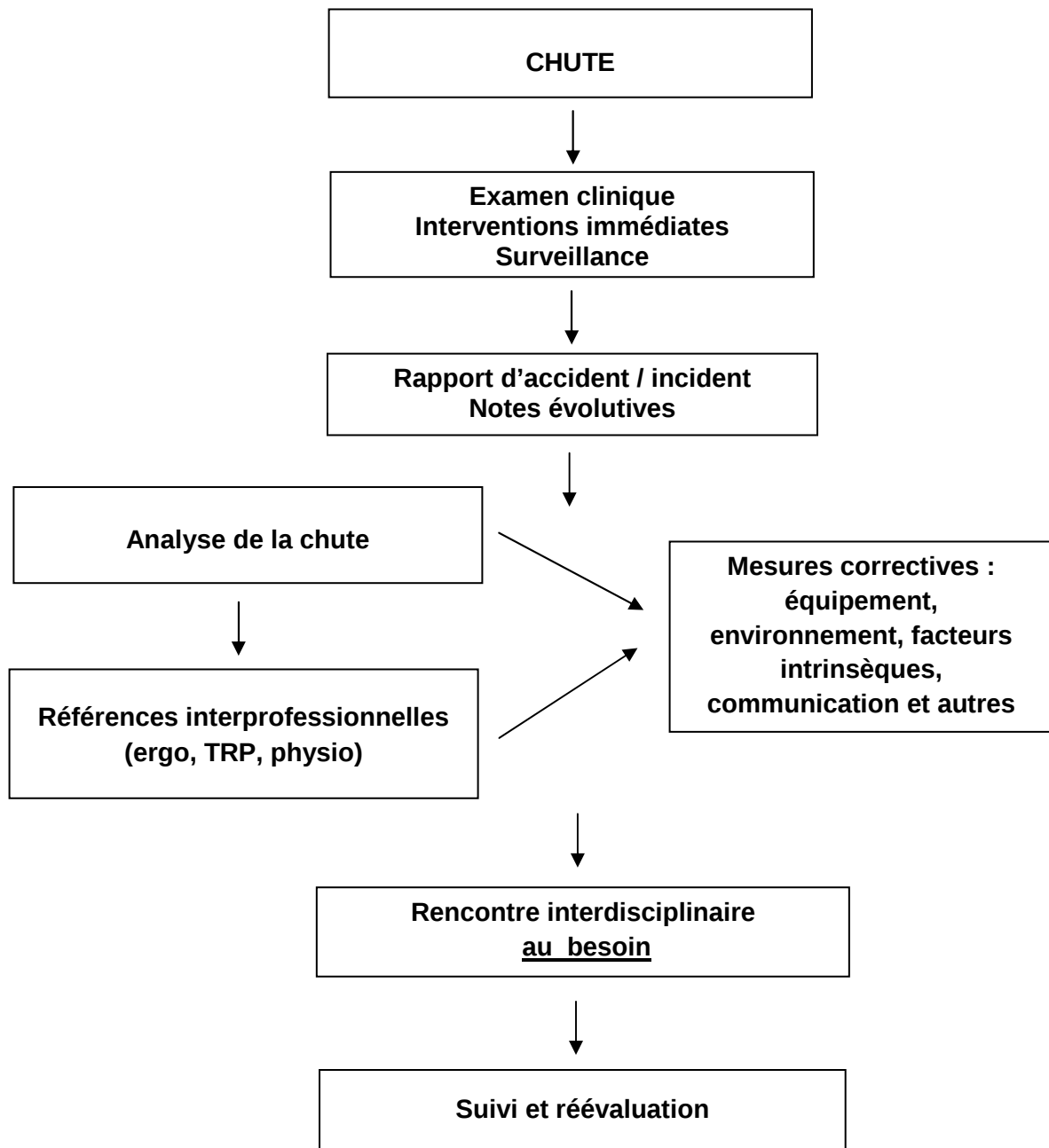
B. Interventions additionnelles et personnalisées selon les facteurs de risques

1. HISTOIRE DE CHUTES ANTÉRIEURES ☐ Cibler les précautions en fonction des circonstances de chutes antérieures;	2. NOUVELLE ADMISSION OU TRANSFERT RÉCENT ☐	3. DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS ☐ Identifier les capacités et incapacités cognitives ☐ Réévaluer les fonctions cognitives ☐ Aviser le médecin dès que possible si modification récente de l'état mental, cognitif ou fonctionnel. ☐ Consulter en ergo pour évaluation d'adaptations fonctionnelles ou pour recherche d'alternatives à la contention; ☐ Évaluer les comportements perturbateurs (grille d'observation) pour les comprendre et les réduire.
4. TÉMÉRITÉ ☐ Consulter l'ergothérapie pour évaluer pertinence d'équipements particuliers : tapis sensoriel,, protecteurs de hanche, etc.	5. PROBLÈMES DE MOBILITÉ ☐ Réduire utilisation d'équipement réduisant la mobilité : sondes, cathéters, etc. ☐ Consulter physiothérapie et ergothérapie pour effectuer tests spécifiques, introduction / adaptation de matériel ou d'équipements; ☐ Vérifier que le personnel soignant comprend bien les mesures préventives déterminées. ☐ Intégrer dans le programme de marche Consulter l'ergothérapie pour évaluer pertinence d'équipements particuliers : tapis sensoriel,, protecteurs de hanche, etc.	6. MESURES DE CONTRÔLE (CONTENTIONS) ☐ S'assurer d'une surveillance suffisante et adéquate ☐ Réviser périodiquement la pertinence de son utilisation; ☐ Consulter l'ergothérapie pour évaluer mesures alternatives possibles (équipement particuliers : bracelet anti fugue, adaptations du fauteuil, etc).
7. MÉDICATION ☐ Enseigner certaines précautions au lever si étourdissements ou HTO. ☐ Mesurer les signes vitaux (TA ou TA Couché / assis / debout) sur une base régulière ☐ Surveiller manifestation d'effets indésirables ☐ Consulter le médecin ☐ Référer au service de pharmacie, avec la collaboration du MD; ☐	8. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (HTO) ☐ Informer le MD , particulièrement si symptomatique; ☐ Collaborer à la révision de la médication ☐ Contrôler la TA et le pouls à intervalles réguliers, en position couchée / assise / debout. Selon la condition clinique; ☐ Évaluer pertinence du port de bas élastiques; ☐ Consulter les professionnels de la physiothérapie au besoin; ☐ Consulter la nutritionniste au besoin (diète personnalisée)	9. AGITATION ☐ Compléter une grille d'observation du comportement pour en comprendre les causes ☐ Informer le médecin ☐ Utiliser la médication en dernier recours ☐ Intégrer dans un programme d'activités dirigées ☐ Consulter l'ergothérapie pour évaluer pertinence d'équipements particuliers : tapis sensoriel,, protecteurs de hanche, etc.

10. TROUBLES D'ÉLIMINATION	11. TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS	12. FACTEURS EXTRINSÈQUES
☐ Si incontinence : documenter le profil urinaire et adapter les soins pour ↑ autonomie. ☐ Adapter l'horaire de médicaments pour ↓ déplacements la nuit; ☐ Si nycturie : anticiper les besoins et conduire à la toilette régulièrement; ☐ Chaise d'aisance au chevet	☐ Orienter vers le spécialiste concerné au besoin;	☐ Consulter les professionnels de physiothérapie ou de l'ergothérapie pour évaluations complémentaires et intervention appropriée à la situation.

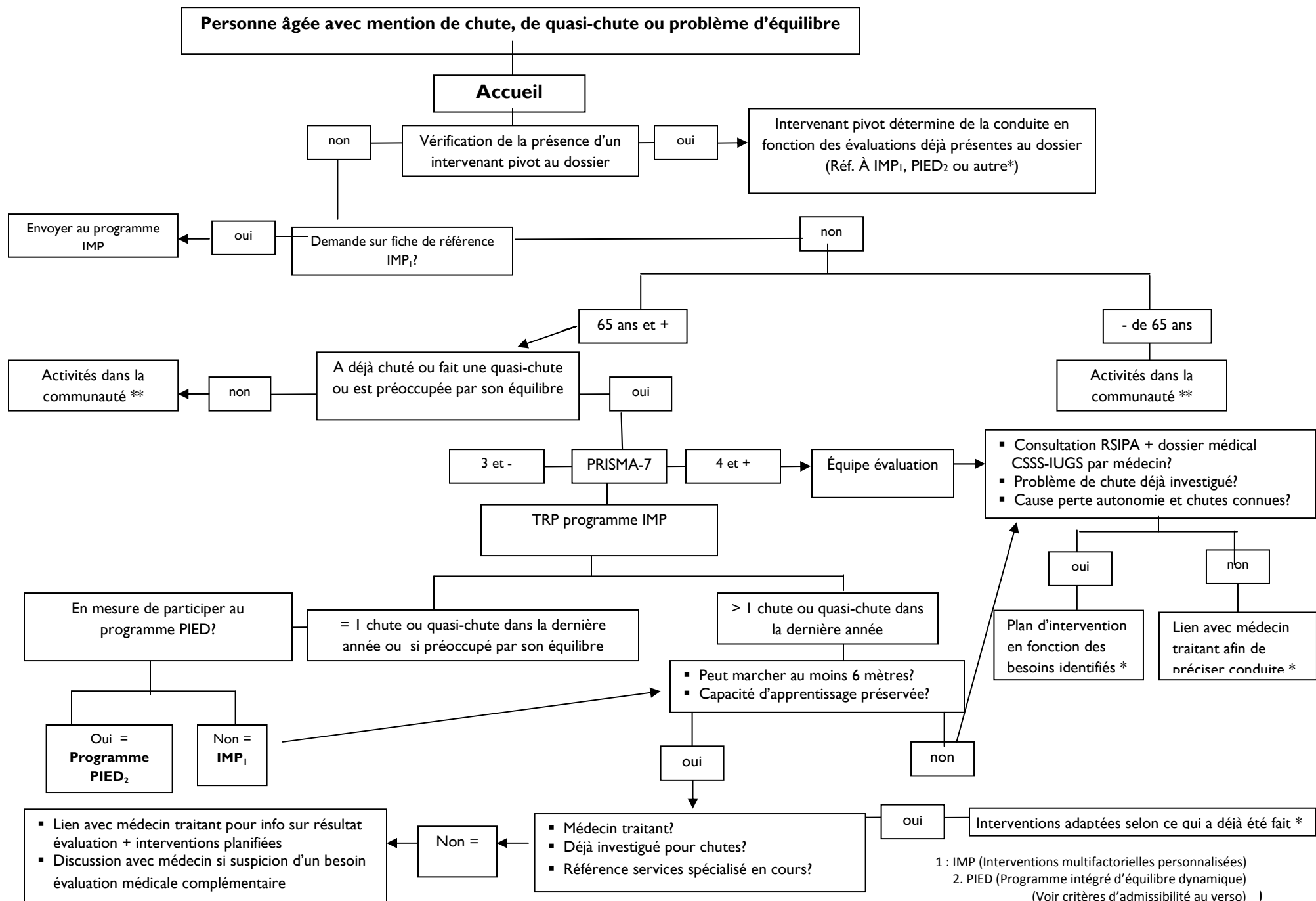
ANNEXE VII - ALGORITHME - INTERVENTIONS À LA SUITE D'UNE CHUTE (DSPPAPA)

NOTE : Une règle de soins est disponible sur le site documentaire du CSSS-IUGS pour consultation.
(Voir règle de soins infirmiers REGSI-DSI-014 - Évaluation et interventions à la suite de la chute d'un usager)



ANNEXE VIII - MODALITÉS D'APPLICATION À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Cheminement d'une demande au programme de prévention des chutes



1 : IMP (Interventions multifactorielles personnalisées)
2. PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique)
(Voir critères d'admissibilité au verso)

*La conduite peut être une référence au programme IMP ou alors à des services spécialisés (ex. hôpital de jour) ou aucune référence, si les investigations et les interventions ont déjà été complétées.

** Sercovie – Rayon de soleil – Aide communautaire de Lennoxville – FADOQ

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME PIED ET IMP

Programme PIED ou IMNP

(IMNP : Interventions Multifactorielles Non Personnalisées)

Interventions de groupe.

Clientèle visée : personne autonome, préoccupée par son équilibre.

Critères d'admissibilité :

- 65 ans ou plus
- N'utilise pas d'aide à la marche pour tous ses déplacements.
- Est capable de marcher 200 mètres sans être essoufflé.
- Ne présente pas de problèmes cognitifs rendant difficile la compréhension de consignes.
- Ne fait pas de chutes à répétition.
- Ne présente pas une altération de ses capacités motrices nécessitant une évaluation approfondie.
- Ne présente pas de maladie dégénérative ayant une incidence importante sur l'équilibre (ex. : parkinson, AVC, sclérose en plaque)
- Doit obligatoirement se présenter aux rencontres 2 fois/sem.
- N'a jamais fait le programme PIED

Programme IMP

(IMP : Interventions Multifactorielles Personnalisées)

Interventions individuelles, au domicile.

Clientèle visée : personne en perte d'autonomie.

Critères d'admissibilité :

- A 65 ans ou plus
- A fait au moins une chute ou quasi chute dans la dernière année
- A une capacité minimale à se déplacer (> 6 mètres)
- Communique de façon satisfaisante (voir, entendre, parler)
- A des fonctions mentales satisfaisantes (capacité à faire des apprentissages préservée)
- Est dans une condition stable (ex. : ne doit pas être en soins palliatifs ou en post-chirurgie)
- Est informée de la nature des interventions et participe volontairement.