

Programme de prévention des chutes

Préparé par la Direction des soins infirmiers,
la Direction des services multidisciplinaires
et la Direction de la qualité, de l'évaluation,
de la performance et de l'éthique

Octobre 2017
Mise à jour : Juillet 2018

Le programme de prévention des chutes est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante :
www.ciass-ca.gouv.qc.ca

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

ISBN (Version électronique) 978-2-550-77058-9

Remerciements

Nous tenons à remercier les auteurs des programmes existants dans les anciennes installations dont ce programme est fortement inspiré.

Auteurs :

Sylvie Côté

Conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés, clientèle SAPA

Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Mélanie Dupuis

Conseillère cadre intérimaire

Direction des services multidisciplinaires

Paule Grégoire

Conseillère en gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Isabelle Jacques

Conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés, clientèle médecine

Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Nathalie Lemay

Coordonnatrice clinico-administrative, secteur Montmagny-L'Islet

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Cynthia Morin

Conseillère cadre

Direction des services multidisciplinaires

Suzanne Roy

Conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés, clientèle ambulatoire et soutien à domicile

Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Patricia Soucy

Conseillère en amélioration continue

Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Chantal St-Hilaire

Coordonnatrice clinico-administrative

Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Collaboratrice :

Dre Michèle Morin

Médecin gériatre

Direction des services professionnels

Mise en page :

Anne Bilodeau

Agente administrative

Carolane Tremblay

Agente administrative

Manon O'Hearn

Agente administrative

Sous la direction de :

Yves Roy

Directeur adjoint

Direction des soins infirmiers, volet pratiques professionnelles et développement clinique

Participants du groupe de discussion

M^{me} Jeannette Marcoux, usager-partenaire

M^{me} Linda Audet, fille de l'usager-partenaire

Et les intervenants et gestionnaires :

M^{me} Sarah Boucher, infirmière

M^{me} Caroline Brown, pharmacienne

M. Cédric Chouinard, chargé de l'assurance qualité et de la formation aux services préhospitaliers d'urgence

M^{me} Josianne Desrosiers, infirmière

M^{me} Édith Dumont, APPR, santé publique

M^{me} Nadia Fortier, chef de programme

M. Dominic Fortin-Desrosiers, conseiller-cadre

M^{me} Mylène Fournier, infirmière

M^{me} Brigitte Gagné, infirmière auxiliaire

M^{me} Aline Gagnon, préposée aux bénéficiaires

M^{me} Martine Gendreau, infirmière

M^{me} Karen Jacques, chef de service

M^{me} Marie-Pier Jobin-Croteau, ergothérapeute

M^{me} Cynthia Lamontagne, infirmière

M^{me} Katherine Payeur, infirmière

M^{me} Julie Pomerleau, nutritionniste

M^{me} Nadia Racine, coordonnatrice professionnelle

M. Eric Samson, physiothérapeute

M^{me} Annick St-Hilaire, thérapeute en réadaptation physique

Dans un souci de représentativité, l'ensemble des directions concernées par la pratique organisationnelle requise a été invité à participer au groupe de discussion.

Les instances suivantes ont été consultées :

CECM

CECII

DSP (Dre Isabelle Thivierge)

CMDP (présidé par Dr Martin Arata)

Toutes les directions cliniques

Glossaire

Chute :

Événement à l'issue duquel une personne se retrouve, **par inadvertance**, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016).

Chute répétitive :

La chute est considérée répétitive lorsque celle-ci se produit plus d'une fois, et ce, sur une base régulière, dans des **circonstances similaires**. Il est impératif de considérer la constance des facteurs contribuant à la chute que l'apparente similitude des circonstances.

Quasi-chute ou presque chute :

Usager sur le point de tomber en présence ou soutenu par une personne jusqu'au fauteuil ou jusqu'au sol.

Risque de chute :

Le risque de chute est considéré comme une probabilité que la personne a de chuter. Cette probabilité s'appuie sur une évaluation objective des facteurs de risque.

Syndrome postchute :

Ensemble de manifestations psychologiques (anxiété, manque de confiance, peur viscérale, voire incoercible, de retomber) observées après une chute et qui se traduisent par diverses anomalies de l'équilibre, des transferts et du patron de marche.

Tournées intentionnelles :

Interventions proactives et systématiques de soins pour anticiper et répondre aux besoins ou préoccupations des personnes hospitalisées (Deitrick, Baker, Paxton, Flores, & Swavely, 2012).

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
<i>Partie 1</i>	3
<i>Buts et objectifs</i>	3
<i>Principes directeurs</i>	3
<i>Clientèle cible</i>	4
<i>Rôles et responsabilités des acteurs visés</i>	6
<i>Partie 2</i>	13
<i>Facteurs de risque</i>	13
<i>Partie 3</i>	17
<i>Interventions préventives universelles</i>	17
<i>Repérage et dépistage de la clientèle</i>	18
<i>Intervention postchute</i>	23
<i>Partie 4</i>	25
<i>Indicateurs</i>	25
<i>Annexe 1 Tableau 10 : Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute</i>	29
<i>Annexe 2a Algorithme 1 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour toute clientèle (à l'exception des services de l'urgence, de la clientèle ambulatoire et services ambulatorioires)</i>	31
<i>Annexe 2b Algorithme 2 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour la clientèle inscrite à l'urgence</i>	33
<i>Annexe 2c Algorithme 3 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour la clientèle ambulatoire et services ambulatorioires</i>	35
<i>Annexe 3 Dépliant Ensemble, agissons pour prévenir les chutes</i>	37
<i>Annexe 4 Formulaire Dépistage des facteurs de risque de chute</i>	39
<i>Annexe 5 Guide d'utilisation du formulaire Dépistage des facteurs de risque de chute</i>	40
<i>Annexe 6 Aide-mémoire à l'évaluation initiale du risque de chute par l'infirmière</i>	43
<i>Annexe 7 Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)</i>	45
<i>Annexe 8 Tableau 12 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs aggravant le risque de chute (dépistage)</i>	51
<i>Annexe 9 Aide-mémoire : Synthèse des principales notions du Programme de prévention des chutes</i>	53
<i>Annexe 10 Algorithme 4 : Aide à la décision pour la rédaction d'un rapport d'incident/accident (AH-223) dans un contexte de chutes répétitives</i>	55
<i>Références</i>	57
<i>Bibliographie</i>	59

Liste des acronymes

AAPA :	Approche adaptée à la personne âgée
ASSS :	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AVC :	Accident vasculaire cérébral
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CAM :	Confusion Assessment Method
CH :	Centre hospitalier
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSM :	Direction des services multidisciplinaires
IMP :	Intervention multifactorielle personnalisée
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PI :	Plan d'intervention
PIED :	Programme intégré d'équilibre dynamique
PII :	Plan d'intervention interdisciplinaire
PRN :	Au besoin
PSTI :	Plan de soins et de traitements infirmiers
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
RI :	Ressource intermédiaire
RTF :	Ressource de type familial
SAD :	Soutien à domicile
SAPA :	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMAF :	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TAP :	Technicien ambulancier paramédical

Liste des tableaux

Tableau 1 : Profils de besoins en intégration des soins et services à l'usager	5
Tableau 2 : Effets du vieillissement sur le risque de chute	13
Tableau 3 : Affections prédisposant aux chutes.....	14
Tableau 4 : Exemples d'interventions préventives universelles	17
Tableau 5 : Interventions selon le profil de besoins pour toute clientèle à l'exception des services de l'urgence, de la clientèle ambulatoire et services ambulatoires.....	19
Tableau 6 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle inscrite à l'urgence à l'aire des civières.....	20
Tableau 7 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle inscrite à l'urgence à l'aire ambulatoire	21
Tableau 8 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle ambulatoire et services ambulatoires.....	21
Tableau 9 : Indicateurs de résultats	25
Tableau 10 : Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute	29
Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage).....	45
Tableau 12 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs aggravant le risque de chute (dépistage)	51

Liste des algorithmes

Algorithme 1 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour toute clientèle (à l'exception des services de l'urgence, de la clientèle ambulatoire et services ambulatoires)	31
Algorithme 2 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour la clientèle inscrite à l'urgence	33
Algorithme 3 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour la clientèle ambulatoire et services ambulatoires	35
Algorithme 4 : Aide à la décision pour la rédaction d'un rapport d'incident/accident (AH-223) dans un contexte de chutes répétitives	55

Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Les chutes et les blessures associées à ces dernières constituent un problème préoccupant par leur fréquence, la gravité de leurs conséquences et les coûts qui y sont associés. On estime que chaque année, de 20 à 30 % des personnes de 65 ans et plus chutent chaque année, cette proportion augmentant avec l'âge (Agence de la santé publique du Canada, 2014; MSSS, 2014). En 2009-2010, le taux de Canadiens âgés rapportant une chute ayant entraîné une blessure dans l'année était de 57,5 pour 1 000, ce qui représentait une hausse de 43 %, comparativement à l'année 2003 (Agence de la santé publique du Canada, 2014; MSSS, 2014). Les chutes sont la cause de 9 % des visites à l'urgence des personnes âgées de 65 ans et plus (ICIS, 2011; MSSS, 2014). Au Québec, annuellement, environ 16 000 hospitalisations surviennent à la suite d'une chute (MSSS, 2012; MSSS, 2014).

Il est également démontré que la probabilité d'admission dans un établissement de soins de longue durée est minimalement cinq fois plus élevée chez les personnes qui ont chuté au moins deux fois sans se blesser et dix fois plus chez celles qui ont fait une chute ayant entraîné une blessure grave (CCOTS, 2009; MSSS, 2014). Par ailleurs, plusieurs chuteurs développeront un syndrome postchute (peur de tomber), pouvant entraîner une diminution de l'autonomie et de la mobilité, un isolement social et des symptômes dépressifs, conduisant à une restriction supplémentaire des activités et à une augmentation du risque de rechute (WHO, 2007; MSSS, 2014). Les conséquences psychologiques et sociales des chutes chez la personne âgée représentent des causes fréquentes de déménagement en résidences privées ou en hébergement institutionnel, quand la chute elle-même devient le facteur compromettant du maintien dans le milieu d'origine.

En Chaudière-Appalaches, 35,26 % de tous les incidents et accidents déclarés en 2015-2016 sont reliés aux chutes, ce qui constitue la principale source d'événements signalés, comparable à la moyenne provinciale de 35,32 %. Bien qu'elles puissent survenir dans la communauté, près de 80 % des chutes rapportées surviennent dans les établissements de soins, notamment dans les unités de soins de longue durée (59 %) et dans les centres hospitaliers (20.51 %) (MSSS, 2016).

Dans une optique d'amélioration continue et afin d'assurer à toute la clientèle une prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité, le CISSS de Chaudière-Appalaches s'est donné le mandat d'élaborer un programme de prévention des chutes et d'en faire une priorité organisationnelle. Il s'inscrit dans la continuité des orientations stratégiques prises par l'établissement, soit la prestation de soins et services sécuritaires et l'intégration des services.

Inspiré des meilleures pratiques en matière de prévention des chutes ainsi que d'un recensement des écrits scientifiques et en conformité avec les orientations ministérielles, le programme s'adresse à toute la clientèle prestataire des soins et des services de l'établissement, particulièrement la personne âgée et concerne l'ensemble des intervenants et des partenaires du réseau. Dans un souci de répondre aux besoins des usagers et de leurs proches ainsi qu'aux préoccupations des différents acteurs concernés, l'élaboration du programme a été facilitée par les consultations effectuées (réalisation d'un groupe de discussion) auprès d'un usager partenaire et son proche, des intervenants et des partenaires ainsi qu'à la consultation des différentes instances, des directions cliniques et, finalement, des programmes déjà existants dans les anciennes installations du territoire.

Partie 1

[Retour à la table des matières](#)

Buts et objectifs

Le programme s'inscrit dans un continuum régional de services en prévention des chutes auprès de la population. Il vise à soutenir et optimiser la collaboration interprofessionnelle en matière de prévention des chutes et, ainsi, assurer une prestation des soins et services de qualité, sécuritaire et adaptée aux besoins spécifiques de l'utilisateur et ses proches. Par conséquent, le programme cible la prévention et la réduction des chutes ainsi que la diminution de la fréquence et de la gravité des blessures qui y sont associées tout en préservant d'une façon optimale l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur.

Le programme poursuit l'objectif général suivant :

- Promouvoir une culture de prévention des chutes auprès de la population du territoire;

Le programme poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- Adopter une approche de collaboration interprofessionnelle dans un continuum de soins et services impliquant l'utilisateur et ses proches;
- Identifier précocement l'utilisateur présentant des facteurs de risque de chute;
- Assurer l'application de mécanismes pour la gestion optimale de la chute en matière d'évaluation et d'analyse de l'événement, pour en éviter la récurrence.

Principes directeurs

Le programme s'appuie sur des principes directeurs orientant la prestation de soins et services offerts à la clientèle cible. Les principes directeurs s'intègrent aux notions d'accessibilité, d'efficacité, de sécurité et de qualité de soins et services et se veulent les assises quant à la détermination des pratiques cliniques en matière de prévention des chutes.

Les principes directeurs sont les suivants :

- La reconnaissance et le respect des savoirs expérientiels de l'utilisateur et ses proches (utilisateur-partenaire);

Ces éléments sont à la base d'une relation de collaboration significative entre l'utilisateur, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux. De façon plus spécifique, l'utilisateur et ses proches occupent une place prépondérante dans la prévention des chutes. Ils agissent comme partenaire tout au cours du continuum de soins (CISSS de Chaudière-Appalaches, 2016);

- L'intégration de la responsabilité populationnelle dans la prestation de soins et services;

En vertu de l'article 99.7 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les réseaux locaux de services se sont vus confier la responsabilité populationnelle. Il est ainsi nécessaire de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, entre autres selon l'alinéa no 3 de cet article :

« prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de

services sociaux, la continuité des services que requiert leur état. » (Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS), 2016);

- La considération de l'implication des partenaires internes (directions, médecins, stagiaires, etc.);
- L'intégration des valeurs organisationnelles du CISSS de Chaudière-Appalaches, soit l'humanisme, la collaboration et l'équité;
- La prédominance du jugement clinique de l'intervenant dans l'application du programme;
- La prépondérance du continuum de soins et services s'inspirant des pratiques interdisciplinaires;
- L'importance du profil de besoins de la clientèle dans un continuum intégré des soins et services;
- L'accent mis sur l'intervention visant à préserver le maintien de l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de l'utilisateur, à titre d'exemple par l'application de l'AAPA en milieu hospitalier;
- La considération des champs d'exercice propres à chacun des professionnels et des meilleures pratiques expérientielles reconnues comme applicables dans les milieux de soins.
- La considération d'une communication efficace dans un continuum de soins et services comme étant la base d'une intervention de qualité et sécuritaire;

Clientèle cible

Les usagers du CISSS de Chaudière-Appalaches de toutes les missions confondues. Les interventions auprès d'eux sont définies en fonction de leurs besoins et de leurs conditions de santé conformément au document « *Intégration des services : Guide sur les meilleures pratiques* » du CISSS de Chaudière-Appalaches (2016).

Clientèle ayant des :

- Besoins ponctuels ou à court terme (profil de besoins A);
- Besoins persistants (condition chronique légère à modérée) (profil de besoins B);
- Besoins persistants et multiples (condition chronique modérée à sévère) (profil de besoins C);
- Besoins persistants et multiples (condition chronique sévère) (profil de besoins D).

Le tableau suivant, tiré du guide, est adapté en fonction des profils de besoins de la clientèle. Cette façon de regrouper les besoins permet également de dresser un portrait des usagers présentant des caractéristiques particulières et d'utiliser un langage clinique commun.

Tableau 1 : Profils de besoins en intégration des soins et services à l'usager¹

Type de profil	Profil de besoins A Besoins ponctuels ou à court terme	Profil de besoins B Besoins persistants (condition chronique légère à modérée)	Profil de besoins C Besoins persistants et multiples (condition chronique modérée à sévère)	Profil de besoins D Besoins persistants et multiples (condition chronique sévère)
Niveau de capacité ²	Bonne	Bonne à modérée	Modérée à faible	Faible
Condition de santé de l'usager	- Aucune condition chronique, ni de perte d'autonomie liée au vieillissement ou à une déficience; - Bonne capacité pour répondre à ses besoins quotidiens; - Bonne capacité d'adaptation.	- Condition chronique contrôlée légère ne nuisant pas à ses capacités pour répondre à ses besoins quotidiens; - Capacité d'adaptation bonne à modérée.	- Condition nécessitant un suivi régulier ou des soins fréquents et coordonnés de plusieurs intervenants provenant de différents niveaux de spécialisation; - Soins et services déployés afin de répondre à ses besoins quotidiens et d'assurer le maintien dans son milieu de vie; - Capacité d'adaptation faible à modérée.	- Condition nécessitant un accompagnement constant d'intervenants ou de proches aidants dont la collaboration est quotidienne; - Usager en hébergement ou ayant des services intensifiés pour le maintien à domicile; - Incapacité de répondre à la majorité de ses besoins quotidiens; - Capacité d'adaptation faible.
Exemples de conditions de santé (non exhaustifs)	- Infection; - Lacération; - Grossesse; - etc.	- Déficience physique ou intellectuelle légère; - Déficit visuel ou auditif léger; - Diabétique; - MPOC léger; - Condition arthritique; - Obésité morbide; - etc.	- Cancer; - Déficience intellectuelle ou physique modérée; - AVC modéré à sévère; - Déficit visuel modéré; - Démence légère à modérée; - etc.	- Maladie nécessitant des soins palliatifs; - Maladie chronique entraînant une perte d'autonomie sévère; - Déficience intellectuelle sévère; - etc.

¹ Inspiré du document du CISSS de Chaudière-Appalaches (2016) Intégration des services : Guide sur les meilleures pratiques.

² Niveau de capacité : capacités physiques, cognitives et d'adaptation.

Rôles et responsabilités des acteurs visés

Usager et ses proches

- Énoncer leurs préoccupations et leurs enjeux en matière de prévention des chutes;
- Donner l'information juste et pertinente aux intervenants;
- Participer activement aux soins et prendre des décisions éclairées à la situation;
- Être à l'écoute des informations et recommandations émises par les intervenants et les appliquer;
- Collaborer et utiliser les services de façon appropriée;
- Agir comme partenaires, selon leur potentiel collaboratif, dans l'élaboration et la réalisation du plan d'intervention (PI, PTI et PII);
- Identifier, s'il y a lieu, des améliorations des soins dans le processus de suivi;
- Collaborer, s'il y a lieu, au processus d'amélioration de la qualité et la sécurité de soins en matière de prévention des chutes par leur expertise expérientielle;
- Participer, s'il y a lieu, comme représentant des usagers et des familles, au sein des groupes consultatifs relatifs à divers projets concernant la prévention des chutes.

Tous les intervenants agissant directement auprès de l'usager et ses proches :

- Collaborer en interdisciplinarité et considérer l'usager comme un partenaire de l'équipe;
- Travailler en collaboration avec l'usager afin de favoriser son autodétermination;
- Informer et éduquer en matière de prévention des chutes;
- Procéder au repérage de l'usager à risque de chute;
- Être à l'écoute de la perspective des usagers et de la connaissance de leur situation;
- Utiliser l'expérience de l'usager pour adapter les interventions et mieux répondre aux besoins;
- Assurer la transmission de l'information aux points de transition;
- Appliquer les interventions préventives universelles.

Direction de la santé publique

- Susciter la mise en œuvre des meilleures pratiques de santé publique en matière de prévention des chutes dans un contexte de continuum de santé et de services;
- Soutenir l'intégration des interventions de pratiques préventives dans le continuum de services et de soins;
- Faire connaître les différents services offerts par la collectivité qui contribuent à la prévention des chutes;
- Assurer une surveillance continue de l'état de santé de la population.

Éducateur spécialisé ou technicien en éducation spécialisée

- Contribuer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'utilisateur, notamment en remplissant, lorsque requis, les sections *Facteurs de risque* et *Présence de facteurs aggravants* du formulaire *Dépistage des facteurs de risque de chute*;
- Appliquer les directives et recommandations émises pour l'utilisateur à risque de chute ou ayant chuté;
- Collaborer et mettre en œuvre un PII.

Ergothérapeute

- Réaliser le dépistage des facteurs de risque de chute chez l'utilisateur;
- Évaluer l'autonomie fonctionnelle, incluant les habitudes de vie, les facteurs personnels et environnementaux de l'utilisateur pouvant contribuer à une chute ou ayant provoqué une chute. Le cas échéant, apporter les correctifs requis;
- Évaluer l'impact d'une chute sur les habitudes de vie et sur l'environnement physique de l'utilisateur;
- Évaluer les transferts et les déplacements de l'utilisateur;
- Déterminer et enseigner les techniques de positionnement et de transfert afin d'éviter les chutes;
- Restaurer ou maintenir les aptitudes ou compenser les incapacités;
- Adapter l'environnement et faire des recommandations en lien avec celui-ci pour favoriser une mobilité sécuritaire;
- Ajuster les équipements de l'utilisateur afin de favoriser l'autonomie fonctionnelle;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Effectuer l'analyse postchute en conformité avec son champ d'exercice;
- Émettre son avis, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, sur la pertinence des mesures de remplacement.

Gestionnaire

- Procéder à la mise en place des moyens facilitant le partenariat avec l'utilisateur et ses proches avec l'équipe interdisciplinaire;
- Assurer l'implantation et l'application du programme pour en garantir la pérennité;
- Déclarer et assurer le suivi de toute situation jugée à risque de chute;
- Assurer le suivi des indicateurs auprès de leur équipe.

Infirmière

- Réaliser le dépistage des facteurs de risque de chute chez l'utilisateur et effectuer l'évaluation initiale de ce dernier;
- Participer à la mise en place d'interventions, incluant les mesures de remplacement, en collaboration avec l'utilisateur et ses proches ainsi que l'équipe interdisciplinaire;

- Appliquer les directives émises par l'usager à risque de chute;
- Aviser le pharmacien pour une demande de révision de la médication;
- Élaborer et ajuster le PTI;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Réévaluer la condition de l'usager selon la situation clinique;
- Transmettre aux personnes concernées l'information pertinente en lien avec le risque de chute en cours de séjour et lors d'une transition de soins³;
- Évaluer l'usager ayant chuté, effectuer l'analyse postchute, déterminer la surveillance requise et assurer le suivi clinique.

Infirmière auxiliaire

- Contribuer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager, notamment en remplissant, lorsque requis, les sections *Facteurs de risque* et *Présence de facteurs aggravants* du formulaire *Dépistage des facteurs de risque de chute*;
- Participer à la mise en place d'interventions en collaboration avec l'usager et ses proches ainsi que l'équipe interdisciplinaire.
- Appliquer les directives émises pour l'usager à risque de chute;
- Contribuer à l'évaluation de l'usager ayant chuté, à l'analyse postchute et assurer le suivi requis selon les directives émises;
- Contribuer à la réévaluation de la condition de l'usager selon la situation clinique.

Infirmière praticienne spécialisée

- Collaborer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager;
- Évaluer l'usager en matière de prévention des chutes selon son domaine d'exercice;
- Effectuer l'examen clinique de l'usager ayant chuté lorsque la situation est rapportée;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige.

Inhalothérapeute

- Collaborer, au besoin, au dépistage des facteurs de risque de chute et à l'évaluation initiale de l'usager;
- Participer, lorsque requis, à la mise en place d'interventions en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire;
- Appliquer les directives émises pour l'usager à risque de chute ou ayant chuté;
- Contribuer à la réévaluation de la condition de l'usager en cours d'évolution.

³ Dans ce document « *transition de soins* » correspond à un changement d'unité ou un transfert intra ou interétablissement.

Médecin

- Collaborer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager;
- Appliquer les pratiques cliniques préventives dans leurs soins aux personnes âgées;
- Prévenir et traiter les problèmes de santé contribuant aux chutes;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Effectuer l'examen physique de l'usager ayant chuté lorsque la situation lui est rapportée.

Nutritionniste

- Collaborer au dépistage, lorsque requis, en évaluant l'état nutritionnel de l'usager, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction de ses besoins pour maintenir ou rétablir la santé;
- Surveiller l'état nutritionnel de l'usager dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé;
- Enseigner les recommandations pour contrer ou prévenir la dénutrition.

Pharmacien

- Analyser et réviser le profil pharmacologique dans le but d'identifier la médication susceptible d'augmenter le risque de chute et émettre un avis au médecin;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Participer, sur demande, à l'analyse postchute en conformité avec son champ d'exercice.

Physiothérapeute

- Réaliser le dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager;
- Évaluer l'autonomie fonctionnelle de l'usager aux transferts et déplacements;
- Identifier les incapacités (équilibre, force musculaire, endurance à la marche, etc.) afin d'émettre un diagnostic physiothérapeutique incluant une opinion sur le niveau du risque de chute;
- Déterminer le plan d'intervention, en collaboration avec l'usager et ses proches, ainsi que l'équipe interdisciplinaire, afin d'améliorer l'autonomie et la sécurité de l'usager (programme d'exercices adaptés, prescription d'une aide technique, techniques de positionnement et de transfert afin d'éviter les chutes, recommandations sur les changements à apporter à l'environnement, etc.);
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Effectuer l'analyse postchute en conformité avec son champ d'exercice;
- Émettre un avis, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, sur la pertinence des mesures de remplacement.

Préposé aux bénéficiaires et auxiliaire aux services de santé et sociaux

- Transmettre toute observation ou tout changement de la condition clinique de l'usager, à l'infirmière, à l'infirmière auxiliaire ou autre intervenant dédié à l'égard des facteurs de risque de chute de ce dernier;
- Participer à la collecte de données afin d'identifier les facteurs de risque de chute;
- Appliquer les directives émises par l'équipe interdisciplinaire ou inscrites à un document servant de plan de travail;
- Rappeler les consignes de sécurité à l'usager et ses proches.

Psychoéducateur

- Collaborer au dépistage des facteurs de risque de chute en effectuant l'évaluation des capacités adaptatives et des difficultés d'adaptation de l'usager;
- Participer à l'identification de facteurs de risque de chute et à l'analyse des situations de chutes;
- S'il est impliqué dans un dossier à risque de chute, il participe à l'analyse des causes possibles d'un trouble du comportement et faire des recommandations d'interventions adaptées;
- Participer et collaborer à la mise en place de stratégies pouvant contribuer à réduire le risque de chute;
- Participer à l'élaboration du PII.

Psychologue/Neuropsychologue

- Collaborer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager, lorsque requis en fonction des résultats de l'évaluation des autres professionnels, en effectuant l'évaluation des facteurs cognitifs, adaptatifs ou comportementaux susceptibles d'y contribuer;
- Évaluer la présence possible d'un trouble neurocognitif, par le neuropsychologue, pouvant contribuer aux risques de chutes;
- Évaluer la présence possible d'un trouble de santé mentale pouvant contribuer aux risques de chutes;
- Évaluer les capacités d'apprentissage de l'usager en lien avec l'enseignement de stratégies compensatoires pour éviter les chutes;
- Offrir le soutien psychologique requis afin de réduire les symptômes anxieux pouvant contribuer aux chutes ou y succéder (syndrome postchute);
- Collaborer aux interventions interdisciplinaires en vue de minimiser le risque de chute;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII.

Services préhospitaliers d'urgence

- Favoriser l'accès aux auxiliaires de marche (en les transportant à l'hôpital);
- Contribuer à l'identification des facteurs de risques de chute sur les lieux d'une prise en charge;
- Sensibiliser l'usager et ses proches sur les risques de chute;
- Transmettre aux professionnels du réseau les informations obtenues en matière de prévention des chutes lors de leur intervention.

Technologue en imagerie médicale, en médecine nucléaire, en radio-oncologie et en électrophysiologie

- Appliquer les directives en matière de prévention des chutes lors de la transition de soins;
- Procéder au déplacement de l'usager de façon sécuritaire.

Thérapeute en réadaptation physique

- Réaliser le dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager;
- Contribuer à l'évaluation des transferts et des déplacements lorsque l'usager présente un profil nécessitant une investigation médicale ou physiothérapeutique;
- Procéder, en présence des préalables requis, au bilan de l'autonomie fonctionnelle et des incapacités (équilibre, force musculaire, endurance à la marche, etc.), lorsque l'usager présente une condition stable, qui ne nécessite pas d'investigation et que l'objectif d'intervention est une rééducation pour maintenir les acquis ou une rééducation fonctionnelle, afin d'émettre une opinion sur le niveau du risque de chute;
- Déterminer le plan d'intervention, en présence des préalables requis, en collaboration avec l'usager et ses proches ainsi que l'équipe interdisciplinaire afin d'améliorer la sécurité de l'usager (programme d'exercices adaptés, recommandation d'un auxiliaire de marche, recommandation sur les changements à apporter à l'environnement, etc.);
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige;
- Contribuer à l'analyse postchute en conformité avec son champ d'exercice.

Travailleur social et technicien en travail social

- Collaborer au dépistage des facteurs de risque de chute chez l'usager;
- Renforcer la transmission d'informations, la coordination et la concertation auprès des ressources externes dans la transition de soins en lien avec le risque de chute;
- Renforcer les interventions auprès de l'usager et ses proches à la suite des recommandations émises;
- Collaborer à l'élaboration d'un PII lorsque la situation l'exige.

Tous les membres du personnel et autres (étudiants, stagiaires, externes et résidents en médecine, bénévoles, visiteurs, intervenants de vie spirituelle, etc.)

- Encourager l'usager et ses proches au maintien de l'autonomie fonctionnelle de ce dernier;
- Agir en conformité avec les pratiques sécuritaires et s'assurer de la sécurité de l'environnement;
- Signaler aux intervenants de l'équipe interdisciplinaire tout facteur à risque de chute;
- Appliquer les mécanismes de communication en vigueur afin d'assurer le transfert d'informations pertinentes concernant l'usager tout au long de son continuum de soins;
- Être partie prenante à la promotion de la santé et la prévention des chutes.

Partie 2

[Retour à la table des matières](#)

Facteurs de risque

Dans de nombreuses situations, les causes de la chute sont multifactorielles. Dans le présent document, les facteurs de risque sont classés en deux grandes catégories : les facteurs prédisposants (intrinsèques) qui sont propres à l'utilisateur et les facteurs précipitants (extrinsèques) qui concernent l'environnement avec lequel l'utilisateur interagit.

Facteurs prédisposants (intrinsèques)

Les facteurs prédisposants relèvent de la personne tant sur le plan physique que psychologique, notamment les changements physiologiques liés au vieillissement, les affections chroniques ou aiguës, les médicaments ainsi que le comportement de l'utilisateur.

Les changements physiologiques liés au vieillissement :

Il est important de se rappeler qu'au cours du processus normal du vieillissement, certains changements physiologiques augmentent le risque de chute. Le tableau suivant présente les principaux effets du vieillissement sur différents systèmes qui ont ou peuvent avoir un impact sur le risque de chute de l'utilisateur.

Tableau 2 : Effets du vieillissement sur le risque de chute⁴

Système/fonction	Effets du vieillissement
Vision	▪ Baisse de l'acuité visuelle centrale; ▪ Rétrécissement du champ visuel périphérique; ▪ Diminution de la sensibilité vis-à-vis des contrastes; ▪ Baisse de l'accommodation; ▪ Diminution de la discrimination des couleurs; ▪ Réduction de la perception de la profondeur; ▪ Retard de la récupération de la vision après un éblouissement; ▪ Réduction du diamètre de la pupille.
Appareil vestibulaire	▪ Diminution de la capacité à déterminer l'orientation du corps dans l'espace.
Proprioception	▪ Augmentation du seuil de sensibilité des mécanorécepteurs.
Muscles	▪ Perte de la masse musculaire ; ▪ Diminution de la vitesse de la contraction musculaire; ▪ Perte de puissance musculaire; ▪ Diminution de l'endurance; ▪ Baisse de la résistance.
Système ostéoarticulaire	▪ Progression de la cyphose dorsale entraînant un déplacement du centre de la gravité vers l'avant; ▪ Altération du cartilage, d'où la réduction de la mobilité articulaire et la perte de souplesse des articulations; ▪ Perte de masse osseuse.
Système nerveux central	▪ Augmentation du délai de réaction; ▪ Ralentissement des ajustements posturaux; ▪ Diminution de la coordination entre les groupes de muscles effecteurs; ▪ Allongement du temps de traitement de l'information.
Démarche	▪ Baisse de rapidité des pas; ▪ Réduction de la hauteur et de la longueur des pas; ▪ Augmentation de la variabilité des pas; ▪ Augmentation de la proportion du temps où les deux pieds sont en contact avec le sol.

⁴ Tableau adapté de Voyer (2013) p.316.

Les affections aiguës ou chroniques

Plusieurs affections aiguës ou chroniques peuvent précipiter la chute. Les principales affections sont exposées dans le tableau qui suit (liste non exhaustive) :

Tableau 3 : Affections prédisposant aux chutes⁵

Affections	
Cardiovasculaires	▪ Hypotension orthostatique; ▪ Troubles du rythme et de la conduction; ▪ Infarctus du myocarde; ▪ Insuffisance cardiaque.
Gastro-intestinales	▪ Syncope postprandiale; ▪ Diarrhée; ▪ Déshydratation et dénutrition; ▪ Déficit en vitamine D.
Métaboliques	▪ Anémie; ▪ Diabète (surtout hypoglycémie); ▪ Troubles électrolytiques (hypo ou hypernatrémie, hypo ou hypercalcémie); ▪ Hyperthyroïdie ou hypothyroïdie.
Respiratoires	▪ Pneumonie; ▪ Embolie pulmonaire; ▪ Hypoxie de toute cause.
Musculosquelettiques	▪ Arthrite; ▪ Arthrose; ▪ Myopathie; ▪ Problème podiatrique.
Neurologiques	▪ Ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral; ▪ Lésion occupant de l'espace (tumeur cérébrale, hématome sous-dural); ▪ Hydrocéphalie à pression normale; ▪ Atteinte cérébelleuse; ▪ Troubles épileptiques; ▪ Maladie de Parkinson; ▪ Démence (à corps de Lewy, vasculaire, maladie d'Alzheimer, etc.); ▪ Délirium; ▪ Neuropathie périphérique; ▪ Vertige positionnel bénin; ▪ Autres vestibulopathies.
Ophtalmiques	▪ Cataractes; ▪ Dégénérescence maculaire; ▪ Glaucome.
Psychiatriques	▪ Agitation; ▪ Dépression; ▪ Intoxication à des substances psychoactives, incluant alcool, drogues et médicaments.
Autres	▪ Hyperthermie; ▪ Maladie infectieuse aiguë (grippe, zona, cellulite, cystite, etc.).

⁵ Tableau inspiré de Voyer (2013) p.317 et de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), (2013).

Les médicaments

Plusieurs études démontrent que la consommation de certains médicaments peut provoquer des chutes. Ces effets sont :

- Diminution de l'état de vigilance;
- Allongement du temps de réaction;
- Atteinte de l'équilibre;
- Chute de la tension artérielle;
- Effets sur le rythme ou la fréquence cardiaque.

Les médicaments reconnus comme étant les plus susceptibles d'augmenter le risque de chute sont ceux qui agissent sur le :

- Système cardiovasculaire;
- Système nerveux central (psychotrope, antidépresseur, antiparkinsonien, antipsychotique, anxiolytique de type benzodiazépines, sédatif de type drogue en Z).

Il en est de même pour les :

- Dérivés morphiniques;
- Médicaments avec propriétés anticholinergiques et autres médicaments pouvant conduire à la somnolence;
- Médicaments contre les troubles urinaires et prostatiques;
- Anticonvulsivants.

Selon les écrits consultés, le risque de chute augmenterait avec le nombre de médicaments différents consommés par l'usager (supérieur ou égale à 5). La personne âgée consommant souvent plusieurs médicaments constitue une clientèle à risque de chute.

Pour plus de renseignements, se référer à l'annexe 1.

Le comportement de l'usager

En présence des différents facteurs mentionnés ci-dessous, l'usager est prédisposé aux chutes :

- Troubles du jugement;
- Troubles cognitifs;
- Peur de tomber;
- Consommation d'alcool ou de drogues.

Facteurs précipitants (extrinsèques)

Les facteurs précipitants ne relèvent pas de la personne. Pour cette raison, ils sont davantage modifiables. Il s'agit de facteurs liés à l'environnement.

L'environnement physique

Les facteurs environnementaux mis en cause lors des chutes sont reliés notamment à l'aménagement des lieux. La section suivante présente, à titre d'exemple, les principaux facteurs environnementaux contribuant à la chute selon l'INSPQ (2009) et l'INESSS (2013).

- Éléments structuraux déficients (escaliers avec des marches de hauteurs différentes, planchers inégaux ou surfaces glissantes, absence de main courante dans les corridors ou de rampes dans les escaliers, interrupteurs d'éclairages difficilement accessibles, hauteur du lit ou du siège de toilette non adéquate, tubulures, etc.);
- Obstacles (tapis qui gondole, pièce encombrée, mobilier non sécuritaire);
- Équipement mal ajusté, brisé, défectueux ou manquant;
- Éclairage insuffisant ou mal orienté;
- Cloche d'appel non à portée de main;
- Environnement non familier ou trop stimulant;
- Manque d'entretien des lieux;
- Habillement (chaussures mal ajustées, absence de chaussure, vêtements nuisant aux mouvements, jupes trop longues);

L'environnement social

- Facteurs situationnels (interaction ou proximité des usagers, comportements perturbateurs);
- Manque de connaissance ou mauvaise utilisation des équipements et des procédures.



INFO-VIGILANCE

Il est de la responsabilité de chacun de signaler à l'autorité compétente un risque de chute lié à l'environnement.

Partie 3

[Retour à la table des matières](#)

Interventions préventives universelles

Les interventions préventives universelles orientées vers la réponse aux besoins de l'utilisateur et vers la sécurité de son environnement contribuent à la réduction de la prévalence des chutes. L'utilisateur et ses proches sont des partenaires essentiels dans la mise en œuvre de ces interventions, en suscitant, par exemple, des discussions avec eux de manière à s'assurer qu'elles leur conviennent. En ce sens, ils constituent d'importants collaborateurs pour la promotion de la santé et la prévention des chutes.

Le tableau qui suit expose divers exemples d'interventions préventives universelles en matière de prévention des chutes. Chacune d'entre elles fait appel au jugement clinique de l'intervenant quant à la pertinence de son application et sera actualisée si l'utilisateur y consent.

Tableau 4 : Exemples d'interventions préventives universelles

Interventions préventives universelles	
Orientation :	▪ Orienter l'utilisateur dans l'espace et le temps; ▪ Faciliter la familiarisation avec l'environnement.
Cloche d'appel :	▪ Placer la cloche d'appel à proximité de l'utilisateur. ▪ Enseigner son fonctionnement (sonner pour aide). ▪ Encourager l'utilisateur à utiliser un dispositif d'appel tel que la télésurveillance ou la cloche à main.
Accessoires :	▪ Placer les accessoires (mouchoirs, pot d'eau, etc.) personnels à proximité de l'utilisateur.
Prothèses visuelles/auditives :	▪ Encourager le port des prothèses, assurer leur propreté et veiller à leur bon fonctionnement.
Chaussures :	▪ Favoriser le port de chaussures ou de pantoufles antidérapantes et faciles à enfiler et à enlever; ▪ Privilégier les chaussures à talons bas et larges qui tiennent bien le pied.
Vêtements :	▪ Favoriser le port de vêtements qui ne traînent pas au sol et qui ne sont pas amples.
Lit :	▪ Placer le lit en position basse et appliquer les freins; ▪ Enseigner le transfert couché/assis/debout
Fauteuil :	▪ Utiliser un fauteuil fixe avec une hauteur et une assise adéquate ainsi que des appuie-bras.
Auxiliaire de marche :	▪ Vérifier l'état et l'utilisation sécuritaire de la canne, marchette, fauteuil roulant, etc.; ▪ S'assurer de la laisser à proximité de l'utilisateur s'il est autorisé à s'en servir seul.
Toilette :	▪ Favoriser l'utilisation d'un siège surélevé, adapté à la personne, avec cadre d'appui au besoin; ▪ Utiliser un urinal ou une chaise d'aisance lorsque la situation l'exige; ▪ Appliquer un horaire de miction au besoin.
Environnement sécuritaire :	▪ Minimiser l'encombrement; ▪ Enlever l'équipement non nécessaire; ▪ Assécher le plancher mouillé; ▪ Assurer un éclairage adéquat; ▪ Éviter l'éblouissement; ▪ Indiquer à l'utilisateur l'emplacement des interrupteurs.

D'autres interventions préventives universelles peuvent être appliquées en fonction du milieu dans lequel l'utilisateur reçoit des soins et services, notamment en milieu de courte et de longue durée ainsi qu'au domicile.

De plus, la prévention des chutes passe par la surveillance systématique ou organisée de certains éléments, tels que la satisfaction des besoins de base, pouvant être décelés par les questions suivantes :

- Est-ce que l'utilisateur a de la douleur?
- Est-ce que l'utilisateur est confortable?
- Est-ce que l'utilisateur a besoin d'aller à la toilette?
- Est-ce que l'utilisateur a tous ses effets personnels et sa cloche d'appel à sa portée?

Soumettre ces questions à l'utilisateur, avant de terminer sa prestation de soins ou services, est reconnu comme étant une stratégie efficace de prévention des chutes auprès de la personne âgée. Cette pratique est citée par plusieurs auteurs et porte le nom de « *Tournées intentionnelles* ». Elle préconise des interventions proactives et systématiques afin d'anticiper et de répondre aux besoins ou aux préoccupations de l'utilisateur (Deitrick et al., 2012).

Par ailleurs, les orientations ministérielles du Québec proposent un continuum de services en prévention des chutes pour les aînés de 65 ans et plus vivant à domicile (MSSS, 2004; INSPQ, 2017). Actuellement, la prévention des chutes auprès de la personne âgée vivant à domicile est supportée par le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) (INSPQ, 2017). Ce dernier vise la promotion de la santé et la prévention des chutes en proposant au groupe de participants une routine d'exercices à faire à la maison, des recommandations sur les comportements sains à adopter et des conseils pour l'organisation d'un environnement sécuritaire.

De plus, le Programme IMP (intervention multifactorielle personnalisée) (INSPQ, 2009) est offert individuellement à l'utilisateur ayant chuté au cours de la dernière année et présentant, en raison de son état de santé, un risque élevé de tomber à nouveau. Ce programme contribue à améliorer ou à maintenir l'autonomie de l'aîné en prévenant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou qu'ils ne se chronicisent. L'élément clé de l'IMP repose sur la mise en place d'un plan d'intervention concerté, à la suite de l'évaluation d'une équipe interdisciplinaire formée en prévention des chutes chez la personne âgée, tout cela avec son engagement envers la démarche ainsi que celui de ses proches. Un suivi systématique et des réévaluations sont prescrits par ce programme dans le but d'optimiser le continuum de services pour cette clientèle à haut risque de chute.

Repérage et dépistage de la clientèle

Il importe de souligner que les interventions préventives universelles doivent être appliquées en tout temps, avant et après le dépistage, afin de prévenir les chutes. À ces dernières, s'ajoutent les interventions liées aux facteurs de risque propre à l'utilisateur.

Repérage

Le repérage permet de cibler l'utilisateur ayant chuté au cours de la dernière année.

« Une personne qui est déjà tombée présente un risque significativement plus élevé de nouvelle chute qu'une personne ne rapportant pas d'histoire de chute (Nevitt et coll., 1989 ; Luukinen et coll., 1996 ; Friedman et coll., 2002). Un antécédent de chute est un excellent indicateur prédictif de nouvelles chutes avec un risque relatif estimé de 1,5 à 4 selon les études prospectives de cohorte analysées par le NICE (National Institute of Clinical Excellence, 2004) et ceci est confirmé dans les méta-analyses plus récentes de Deandra et coll. (2010 et 2013), que ce soit pour les personnes vivant à domicile ou dans un autre milieu de vie. [...] Cependant, les personnes âgées n'évoquant pas volontiers les chutes dont elles ont été victimes (O'Loughlin et coll., 1993), il faut alors leur poser la question. » (Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2015).

Tous les intervenants agissant directement auprès de l'utilisateur et ses proches ont la responsabilité d'être à l'affût de repérer l'utilisateur à risque de chute. Lorsque jugé requis (référence algorithmes annexes [2a](#), 2b et 2c), procéder au repérage en posant les deux questions suivantes:

Avez-vous chuté dans la dernière année?
Si oui, combien de fois?

Plus précisément, le repérage se décline comme suit, en fonction des profils de besoins :

Tableau 5 : Interventions selon le profil de besoins pour toute clientèle à l'exception des services de l'urgence, de la clientèle ambulatoire et services ambulatoires (annexe 2a)

Profil de besoins	Interventions
A et B (moins de 65 ans)	- Promouvoir la santé et la prévention des chutes en rendant disponibles des affiches, des dépliants et autres moyens de sensibilisation; - Effectuer des interventions de sensibilisation et d'information auprès de l'utilisateur et ses proches concernant la promotion de la santé, la prévention des chutes et sa responsabilisation.
B (65 ans et plus)	Offrir le dépliant, incluant l'autoquestionnaire de repérage, en favorisant la responsabilisation de l'utilisateur à le remplir (annexe 3). Le dépliant indique les actions à poser lorsque le repérage est positif
C et D A et B hospitalisés de 65 ans et plus	- Effectuer systématiquement le repérage en utilisant les outils cliniques en vigueur (exemple : OEMC bonifié, collecte de données initiale, etc.) ou en posant les deux questions susmentionnées. - Valider, s'il y a lieu, l'histoire de chute(s) en questionnant sur ses circonstances : ➔ Aucune chute* ou l'histoire de chute(s) ne mérite pas d'investigation (chute unique ou clairement accidentelle), effectuer les interventions inscrites pour la clientèle des profils A et B (moins de 65 ans) de la présente section; ➔ Chute(s) dont l'histoire mérite une investigation. Procéder au dépistage des facteurs de risque de chute (voir la section <i>dépistage</i>). <i>*Le repérage présente deux principales limites. D'une part, la possibilité que l'utilisateur ne puisse pas se souvenir de ses chutes. D'autre part, l'utilisateur n'ayant pas encore chuté, mais qui présente un ou des facteurs de risque de chute. Le jugement clinique de l'intervenant a préséance sur la poursuite de l'évaluation, y compris le dépistage.</i>

Tableau 6 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle inscrite à l'urgence à l'aire des civières (annexe 2b)

Profil de besoins	interventions
A, B, C et D Moins de 65 ans	- Promouvoir la santé et la prévention des chutes en rendant disponibles des affiches, des dépliants et autres moyens de sensibilisation; - Effectuer des interventions de sensibilisation et d'information auprès de l'utilisateur et ses proches concernant la promotion de la santé, la prévention des chutes et sa responsabilisation. <i>Si le motif de consultation est une chute, effectuer la démarche sous-mentionnée pour la clientèle des profils A, B, C et D, 65 ans et plus, de la présente section.</i>
A, B, C et D 65 ans et plus	- Effectuer systématiquement le repérage en posant les deux questions susmentionnées. - Valider, s'il y a lieu, l'histoire de chute(s) en questionnant sur ses circonstances : ↪ Aucune chute* ou l'histoire de chute(s) ne mérite pas d'investigation (chute unique ou clairement accidentelle), effectuer les interventions inscrites pour la clientèle de moins de 65 ans, de la présente section; ↪ Chute(s) dont l'histoire mérite une investigation. Effectuer des interventions en lien avec le ou les facteur(s) de risque de chute documenté(s) ET effectuer la référence et la transmission des informations lors de la transition de soins dans un but d'assurer la poursuite de l'évaluation, y compris le dépistage. <i>*Le repérage présente deux principales limites. D'une part, la possibilité que l'utilisateur ne puisse pas se souvenir de ses chutes. D'autre part, l'utilisateur n'ayant pas encore chuté, mais qui présente un ou des facteurs de risque de chute. Le jugement clinique de l'intervenant a préséance sur la poursuite de l'évaluation, y compris le dépistage.</i>

Tableau 7 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle inscrite à l'urgence à l'aire ambulatoire (annexe 2b)

Profil de besoins	interventions
A, B, C et D Moins de 65 ans	- Promouvoir la santé et la prévention des chutes en rendant disponibles des affiches, des dépliants et autres moyens de sensibilisation; - Effectuer des interventions de sensibilisation et d'information auprès de l'utilisateur et ses proches concernant la promotion de la santé, la prévention des chutes et sa responsabilisation. <i>Si le motif de consultation est une chute, effectuer la démarche sous-mentionnée pour la clientèle des profils A, B, C et D, 65 ans et plus, de la présente section.</i>
A, B, C et D 65 ans et plus	Offrir le dépliant, incluant l'autoquestionnaire de repérage, en favorisant la responsabilisation de l'utilisateur à le remplir (annexe 3). Le dépliant indique les actions à poser lorsque le repérage est positif

Tableau 8 : Interventions selon le profil de besoins pour la clientèle ambulatoire et services ambulatoires (annexe 2c)

Profil de besoins	interventions
A, B, C et D Moins de 65 ans	- Promouvoir la santé et la prévention des chutes en rendant disponibles des affiches, des dépliants et autres moyens de sensibilisation; - Effectuer des interventions de sensibilisation et d'information auprès de l'utilisateur et ses proches concernant la promotion de la santé, la prévention des chutes et sa responsabilisation.
A, B, C et D 65 ans et plus	Offrir le dépliant, incluant l'autoquestionnaire de repérage, en favorisant la responsabilisation de l'utilisateur à le remplir (annexe 3). Le dépliant indique les actions à poser lorsque le repérage est positif



INFO-VIGILANCE

Tous les membres du personnel, les intervenants, les médecins et les partenaires ont la responsabilité de transmettre l'information relative au risque de chute lors d'une transition de soins.

Dépistage

Le formulaire de dépistage (annexe 4) choisi est une adaptation du « *Fall risk screening tool: residential care*⁶ » approuvé par Dre V. Scott. Il permet de déterminer spécifiquement le ou les facteurs de risque présents chez l'usager et d'identifier son niveau de risque de chute. Les facteurs ciblés dans le formulaire « *Dépistage des facteurs de risque de chute* » représentent les facteurs statistiquement significatifs. Cet outil propose aussi des interventions susceptibles de réduire le risque de chute. Un guide d'utilisation du formulaire de dépistage se retrouve à l'annexe 5.

Pour tout usager dont l'histoire de chute(s) mérite une investigation, un professionnel pouvant réaliser ou contribuer au dépistage complète les sections « *facteurs de risques* » et « *facteurs aggravants* » au formulaire « *Dépistage des facteurs de risque de chute* »:

- À l'admission d'un usager à l'unité de soins (24-48 heures en CH et dans les 5 jours en CHSLD);
- Au début de l'épisode de soins et de services.

Le dépistage doit être répété dans les situations suivantes :

- Changement de la condition de santé d'un usager;
- Chute : si changement dans les facteurs de risque;
- Changement de chambre ou de milieu de vie;
- PII annuel.

Après avoir rempli le formulaire, il doit le transmettre à un professionnel habilité à poursuivre l'évaluation conformément à son champ d'exercice.

Analyse, évaluation et intervention

Le professionnel habilité à poursuivre le dépistage notamment l'infirmière, l'ergothérapeute ou le professionnel en physiothérapie remplit les sections « *interventions systématiques* » et « *interventions préventives* » au formulaire « *Dépistage des facteurs de risque de chute* ».

Le dépistage du risque de chute, à l'aide du formulaire, conduit ultimement le professionnel à réaliser une évaluation initiale de l'usager en matière du risque de chute, et ce, en conformité à son propre champ d'exercice. Pour les infirmières, un aide-mémoire portant sur l'évaluation initiale se retrouve à l'annexe 6. Les autres professionnels visés utilisent leurs outils cliniques respectifs.

À la lumière de son évaluation, le professionnel a la responsabilité de déterminer des interventions systématiques en lien avec le ou les facteurs présent(s) et réaliser les références au professionnel concerné, le cas échéant. En plus, en fonction de l'estimation du niveau du risque, il doit déterminer les interventions préventives requises.

⁶ Adaptation et traduction libre du « *Fall risk screening tool: residential care* » (Scott, 2013). Il est à noter que l'échelle des facteurs de risque est validée et que l'adaptation de cet outil au niveau des interventions systématiques n'est pas validée. Contrairement à d'autres outils validés tels le Morse, le Stratify et le Henrich, l'outil proposé par la Dre Scott permet de déterminer le niveau de risque des usagers fragilisés.

En [annexe 7](#), un tableau expose les éléments (données subjectives et objectives) confirmant la présence de facteurs de risque. Ces informations guident le professionnel à l'identification des facteurs de risque. De plus, en [annexe 8](#), se retrouve la liste des facteurs aggravants pouvant être utilisée lors de l'analyse par le professionnel.

INFO-VIGILANCE	
	Le jugement clinique du professionnel a préséance sur l'estimation des risques mentionnés au formulaire <i>Dépistage des facteurs de risque de chute</i>.
	Il peut arriver que la situation nécessite une intervention particulière malgré le fait que l'usager présente un risque de chute léger.

Un aide-mémoire présentant une synthèse des principales notions du programme de prévention des chutes est disponible à [l'annexe 9](#).

Intervention postchute

Malgré tous les efforts consentis par chacun à leur prévention, des chutes surviendront quand même. Toute chute doit obligatoirement faire l'objet d'une évaluation initiale postchute de la condition de l'usager par un professionnel, en conformité avec son champ d'exercice. Si la personne témoin d'une chute ou informée de celle-ci est un intervenant non habilité à faire l'évaluation, elle doit se référer à l'infirmière ou à un membre de l'équipe interdisciplinaire qui complètera la démarche d'évaluation. En cas de doute, elle doit diriger sans tarder l'usager à l'urgence pour une investigation médicale.

L'évaluation postchute par un professionnel doit faire état des circonstances ayant conduit à la chute, des causes les plus probables, de ses conséquences, ainsi que de la récurrence possible. La justification du plan d'intervention doit être présente à la note au dossier. Le professionnel doit également documenter cette chute sur le formulaire de déclaration d'incident/accident (AH-223). Lorsque les circonstances ayant conduit à la chute sont similaires à une chute antérieure, il pourra se référer à la section « chutes répétitives » pour remplir le rapport d'incident/accident.

Dans l'exercice de ses obligations, le professionnel doit également tenir compte du dépistage antérieur du risque de chute. S'il n'a pas été réalisé, ou qu'il a été complété il y a plus d'un an, ou encore qu'il y a un changement significatif dans la condition de l'usager, le professionnel a la responsabilité d'effectuer le dépistage. Si le dépistage est disponible, les interventions systématiques et préventives qui avaient été déterminées doivent être révisées et corrigées, s'il y a lieu.

Afin de déterminer, de manière optimale, les éléments de surveillance et de suivi de la condition de l'usager, une référence peut être effectuée par le professionnel d'un autre champ de compétence vers le service de soins infirmiers et, si nécessaire, au médecin traitant. L'infirmière qui est témoin ou informée d'une chute doit alors appliquer la règle de soins infirmiers portant sur le sujet.

Chutes répétitives

Dès la deuxième chute dans des circonstances similaires, un plan d'intervention (PI, PTI et PII) doit être déterminé et appliqué en fonction du risque.

Le formulaire de déclaration d'incident/accident est rempli seulement lorsque le plan d'intervention n'a pas été respecté ou que les conséquences sont différentes ou plus graves que celles découlant habituellement de la chute répétitive antérieure (annexe 10).

Partie 4

[Retour à la table des matières](#)

Indicateurs

L'évaluation du programme de prévention des chutes est faite à l'aide d'indicateurs précis qui permettent de rendre compte de sa dissémination dans les milieux et de démontrer sa valeur ajoutée pour les usagers auprès des directions impliquées. L'évaluation vise essentiellement l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. Elle porte sur deux aspects distincts, soit la mesure de son implantation et la documentation des impacts sur la clientèle.

Indicateurs de processus

Deux indicateurs de processus sont ciblés:

- Pourcentage d'intervenants ayant participé à une activité de formation portant sur le programme de prévention des chutes;
- Nombre de cas traceurs réalisés.

Indicateurs de résultats

Tableau 9 : Indicateurs de résultats

Indicateur	Description	Formule à utiliser
Pourcentage de chutes par rapport à tous les incidents/accidents survenus par mission\par période	Calcul du nombre de chutes chez les usagers dans une période pour une mission donnée	Nombre de chutes par période par mission / Nombre total de déclarations d'incidents/accidents par période pour le CISSS de Chaudière-Appalaches
Pourcentage de chutes ayant causé une blessure par période	Calcul du pourcentage de chutes des catégories E1 à I sur l'échelle de gravité	Nombre total de chutes des catégories E1 à I par mission par période / Nombre total de chutes survenues durant la période examinée au CISSS de Chaudière-Appalaches
Taux de chutes par 1 000 jours présence	Calcul du nombre de chutes chez les usagers par 1 000 jours présence pour une mission donnée sauf en RI et RTF	Nombre de chutes par période par mission / 1 000 jours présence

Les indicateurs de processus et de résultats en lien avec le programme sont présentés aux différentes instances telles que le comité de gestion des risques, le comité de vigilance et de la qualité, le conseil d'administration, les directions, les gestionnaires et les membres du personnel.

De plus, un comité de suivi du Programme de prévention des chutes se réunit deux à trois fois par année pour évaluer et améliorer le présent programme. Ce comité est composé d'un usager – partenaire, de gestionnaires, de conseillères cadres de la DSI et de la DSM, ainsi qu'une conseillère en gestion des risques et prestation sécuritaire des soins et services.

Évaluation de l'implantation du programme

Une démarche d'évaluation de l'implantation du Programme de prévention des chutes sera mise en œuvre à la suite de son actualisation.

Cette évaluation touchera l'ensemble des milieux de soins et de services touchés par l'implantation du programme.

L'objet de l'évaluation visera précisément le volet de la formation aux nouveaux outils chez les intervenants, l'utilisation qu'ils en font selon les besoins des usagers et la mise en place des interventions préventives universelles.

Un rapport d'évaluation de l'implantation sera rédigé et diffusé en comité de suivi.

Révision du programme

La démarche d'amélioration continue de la qualité est un processus dynamique impliquant forcément la révision du présent programme afin de le bonifier et d'optimiser les indicateurs de performance. Cette révision est prévue tous les trois (3) ans ou au besoin (nouvelles réglementations émises, recommandations du comité de prévention des chutes, etc.).

ANNEXES

Annexe 1

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 10 : Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute

Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute		
Classe de médicament	Effets du médicament	Exemples
Sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques	Altération ou diminution du degré de conscience, de la cognition et confusion. Diminution de l'équilibre et des réflexes posturaux. Effet relaxant musculaire (avec les benzodiazépines)	Benzodiazépines (clonazépam, diazépam, lorazépam, oxazépam, témazépam), zolpidem, zopiclone
Antidépresseurs	Sensation d'anxiété, nervosité, somnolence et vision trouble. Réactions extrapyramidales possibles avec les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Troubles cognitifs avec les tricycliques. Hypotension orthostatique.	Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline), ISRS (citalopram, fluoxétine, paroxétine, sertraline), ISRN (venlafaxine, duloxétine), mirtazapine, trazodone
Neuroleptiques/antipsychotiques	Agitation paradoxale, trouble cognitif, étourdissement, démarche anormale, trouble d'équilibre, somnolence. Réactions extrapyramidales (parkinsonisme, dystonie, camptocormie, etc.). Hypotension orthostatique.	Antipsychotiques (halopéridol, rispéridone, olanzapine, quétiapine, chlorpromazine, perphénazine)
Analgésiques opiacés	Altération de l'état de conscience, confusion, somnolence et possible hallucination visuelle.	Codéine, morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone, mépéridine
Anticholinergiques	Modification de l'équilibre, déficience de la coordination motrice, confusion et trouble de la vision.	Benztropine, procyclidine, tolterodine, oxybutynine, atropine, scopolamine
Lévodopa	Confusion, étourdissement et hypotension orthostatique, hallucinations	Lévodopa / carbidopa Lévodopa / bensérazide
Antihistaminiques et antinauséeux	Trouble d'équilibre et de coordination, parkinsonisme, somnolence, confusion.	<i>Antihistaminiques :</i> méclizine, hydroxyzine, diphenhydramine, chlorphéniramine <i>Antinauséeux :</i> dimenhydrinate, prochlorpérazine, métoclopramide
Anticonvulsivants	Somnolence, confusion, ataxie.	Acide valproïque, carbamazépine, clobazam, gabapentine, lamotrigine, phénytoïne

Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute		
Classe de médicament	Effets du médicament	Exemples
Myorelaxant	Trouble d'équilibre, faiblesse musculaire, diminution des réflexes, confusion, somnolence, hypotension.	Baclofène, cyclobenzaprine, méthocarbamol, orphénadrine, tizanidine
Antihypertenseurs	Diminution de la pression sanguine. Hypotension orthostatique avec certains médicaments, manifestation d'une syncope possible.	<i>Vasodilatateurs :</i> hydralazine, minoxidil, isosorbide mononitrate, trinitrate de glycérile <i>Alphabloquants :</i> terazosin, doxazosin <i>Diurétiques :</i> furosémide, hydrochlorothiazide, indapamine <i>Inhibiteurs calciques :</i> nifédipine, amlodipine, diltiazem, vérapamil <i>Bêtabloquants :</i> métoprolol, aténolol, bisoprolol, carvedilol <i>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine :</i> captopril, énalapril, fosinopril, périndopril, ramipril <i>Antagonistes de l'angiotensine II :</i> candesartan, irbesartan, telmisartan, valsartan <i>Autres cardiotropes qui ne sont pas des antihypertenseurs :</i> amiodarone, digoxine.
Insuline, hypoglycémifiants oraux (type suflonyluré)	Hypoglycémie possible.	<i>Hypoglycémifiants</i> Glyburide, gliclazide, glimépiride. Certaines autres classes d'hypoglycémifiants, bien qu'elles ne causent pas d'hypoglycémie en monothérapie, peuvent en causer lorsqu'utilisées en combinaison.
Médicaments en vente libre, produits naturels ou à base d'herbes médicinales, alcool		Préparations contre la toux et le rhume Médicaments antiallergiques Décongestionnants Produits à base d'herbes médicinales (ex. : valériane, kawa, centella asiatique, ginseng, millepertuis, éphédra) Boissons alcoolisées

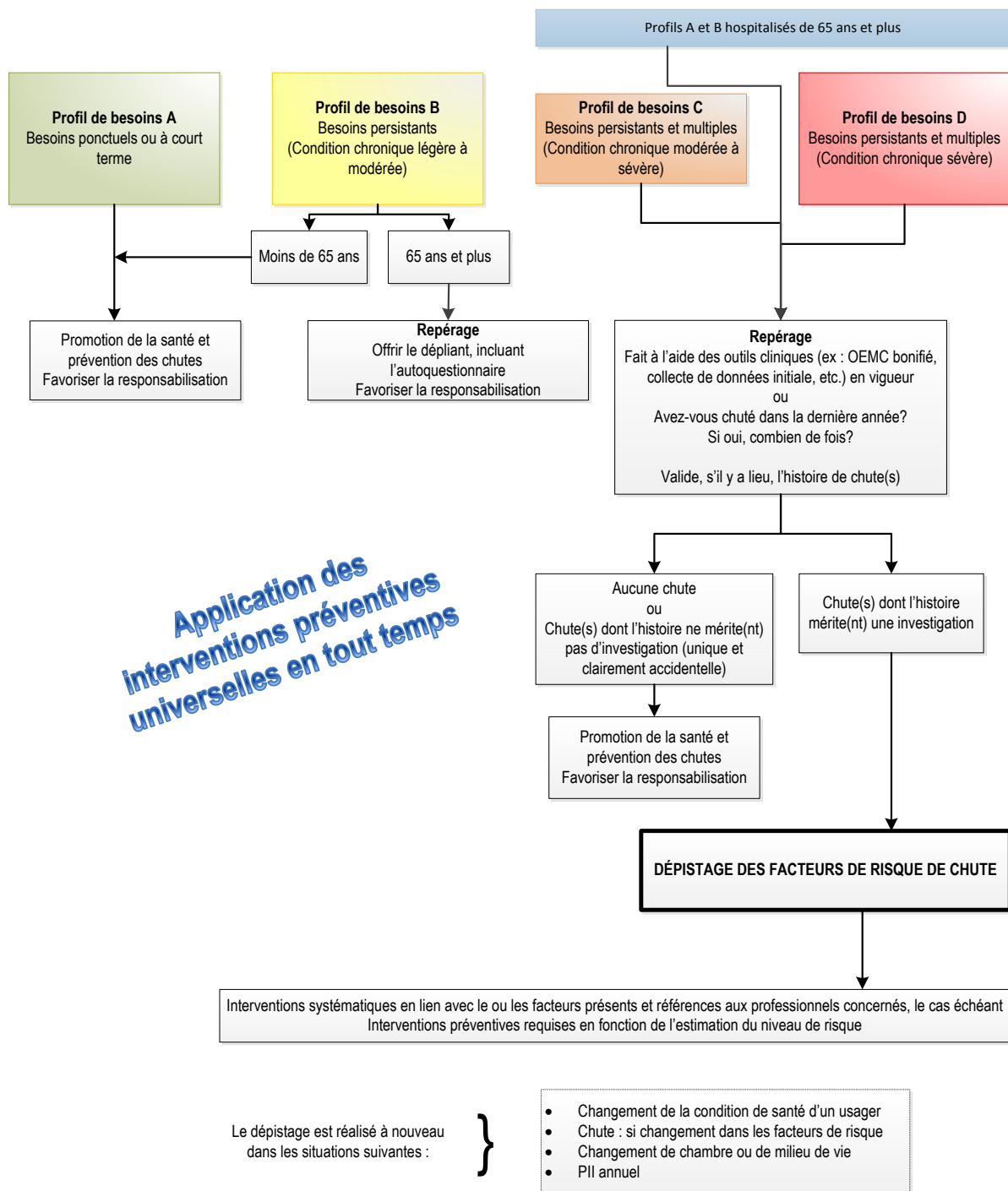
Source : Département de pharmacie du CISSS de Chaudière-Appalaches – 9 février 2017

**Important : cette liste n'est pas exhaustive et est sujette aux changements.
Communiquez avec un pharmacien au besoin.**

Annexe 2a

[Retour à la table des matières](#)

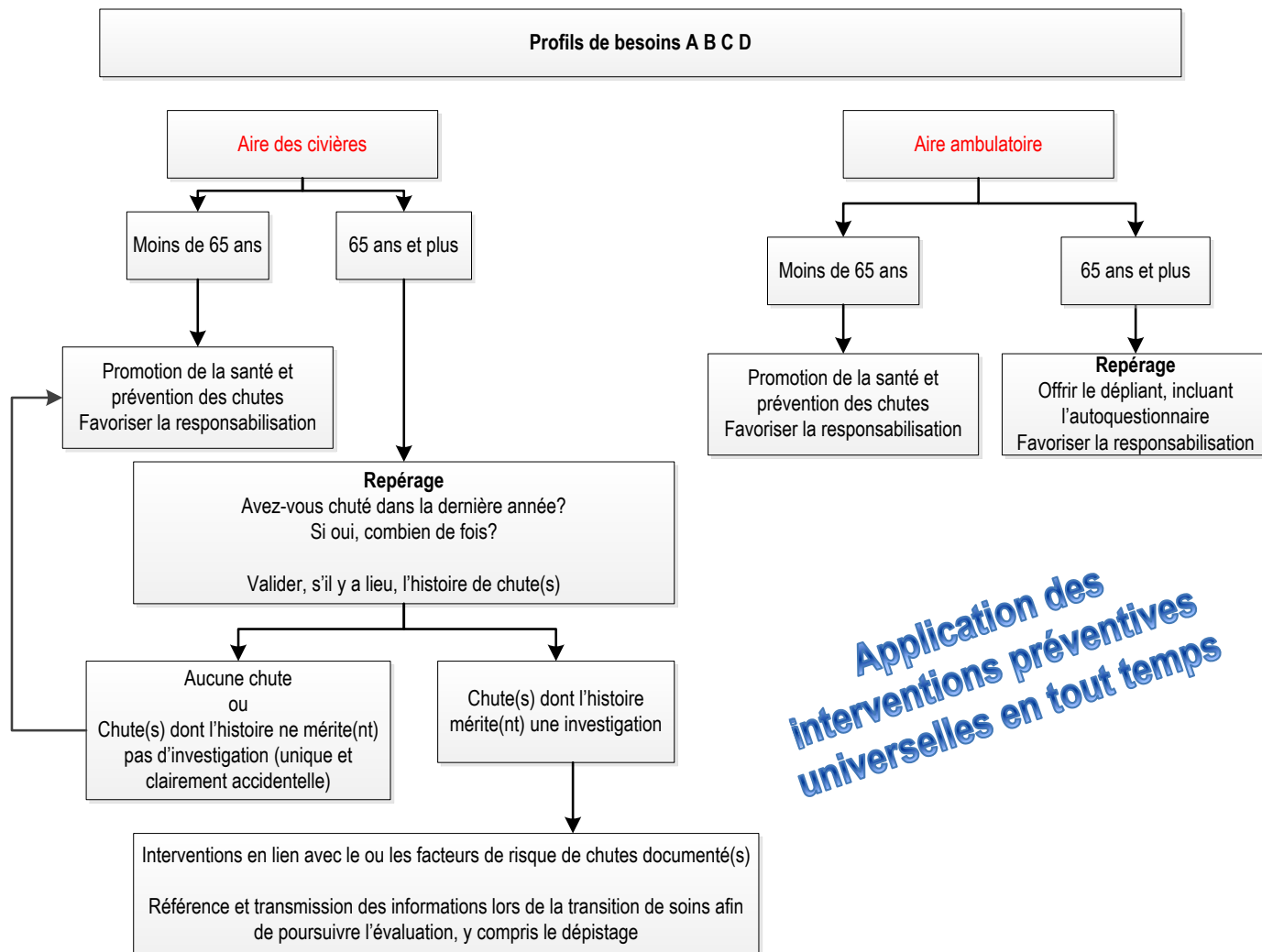
Algorithme 1 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes pour toute clientèle
(à l'exception des services de l'urgence, de la clientèle ambulatoire et services ambulatoires)



Ce programme s'inscrit dans un continuum régional de services en matière de prévention des chutes auprès de la population.
Le jugement sur la situation clinique a préséance sur l'arbre décisionnel

Mars 2018

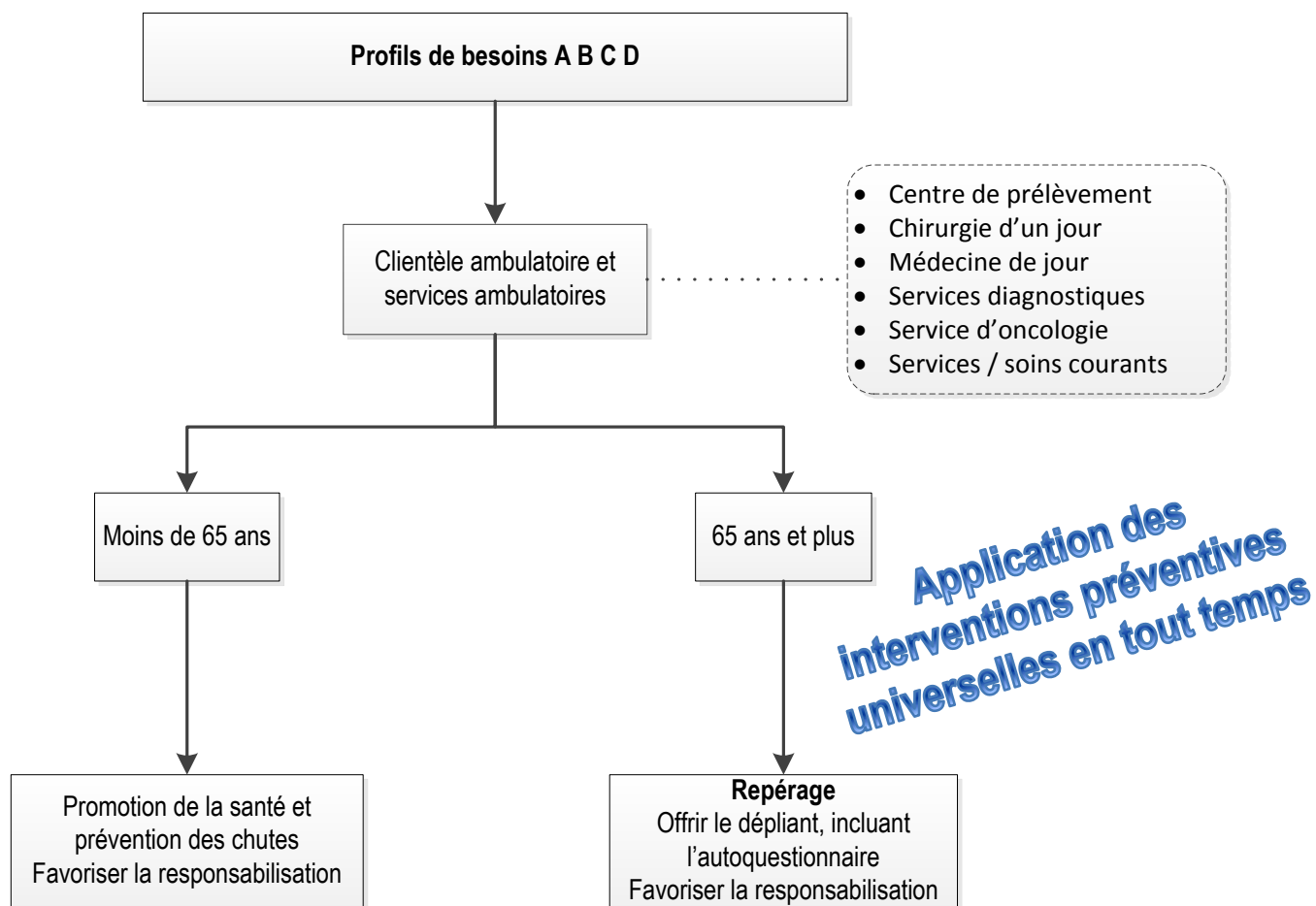
**Algorithme 2 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes
pour la clientèle inscrite à l'urgence**



*Si le motif de consultation est une chute, effectuer la démarche d'un 65 ans et +
Le jugement sur la situation clinique a préséance sur l'arbre décisionnel*

Mars 2018

**Algorithme 3 : Arbre décisionnel du Programme de prévention des chutes
pour la clientèle ambulatoire et services ambulatoires**



Le jugement sur la situation clinique a préséance sur l'arbre décisionnel

Mars 2018

Environnement sécuritaire

- ☐ Éclairiez adéquatement les pièces de la maison ainsi que les entrées et les escaliers.
- ☐ Maintenez dégagés les espaces où vous circulez régulièrement.
- ☐ Utilisez un équipement approprié (rampes d'escalier, barres d'appui, siège de toilette surélevé, etc.) pour vous aider dans les déplacements et les transferts.
- ☐ En hiver, retirez l'accumulation de neige ou de glace dans les entrées et les escaliers.
- ☐ Utilisez des tapis antidérapants et fixez-les bien au sol.
- ☐ Placez à proximité les aides à la marche (marchette, canne, fauteuil roulant, etc.) que vous devez utiliser lors de vos déplacements.

Ressources et activités

Ensemble, agissons pour prévenir les chutes

Programme PIED

Offert dans plusieurs CLSC, le programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) s'adresse aux personnes âgées autonomes et a pour objectif la prévention des chutes. D'une durée de 12 semaines, les différentes causes possibles de chutes telles que les problèmes de santé, la médication, la nutrition ou l'environnement physique sont abordées sous forme d'ateliers.

Réseau VIACTIVE

Le réseau VIACTIVE propose des routines d'exercices physiques conçues par des professionnels, pour aider les aînés à bouger plus régulièrement. VIACTIVE, c'est gratuit, accessible et animé par des bénévoles formés et supervisés.

Pour plus d'information

Pour en savoir davantage sur la prévention des chutes, consultez le site Web du CISSS de Chaudière-Appalaches au www.cisss-ca.gouv.qc.ca.



Québec



Québec

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

www.cisss-ca.gouv.qc.ca

Évaluez votre condition

Avez-vous chuté au cours de la dernière année?

☐ oui ☐ non

Si oui, combien de fois? _____

Si vous avez répondu oui :

- Poursuivez la lecture de ce dépliant et cochez les actions à réaliser.
- Parlez-en à un professionnel de la santé.



Conseils pratiques

- ☐ Portez des lunettes bien ajustées à votre vue, ainsi que vos appareils auditifs lorsque vous vous déplacez.
- ☐ Portez des chaussures fermées et ajustées. Privilégiez les talons bas et larges.
- ☐ Évitez de porter des vêtements touchant au sol.
- ☐ Passez de la position couchée à assise. Prenez une pause de quelques secondes et levez-vous.
- ☐ Utilisez un fauteuil sécuritaire avec appuis-bras.
- ☐ Utilisez les équipements sécuritaires pour atteindre les objets en hauteur et déplacer des charges lourdes.
- ☐ Utilisez l'aide à la marche qui vous a été recommandée (canne, marchette, etc.).
- ☐ Évitez de circuler sur des surfaces glacées et des planchers mouillés.
- ☐ Consultez votre pharmacien si votre médication affecte votre équilibre.
- ☐ Demandez de l'aide si vous avez besoin d'assistance.

De saines habitudes de vie

- ☐ Soyez actif! Saisissez toutes les occasions de bouger les parties de votre corps. L'important c'est d'être en mouvement et de le faire dans le plaisir.
- ☐ Alimentez-vous bien aux repas et choisissez des aliments sains et variés.
- ☐ Buvez de l'eau régulièrement durant la journée.
- ☐ Évitez toute surconsommation d'alcool.
- ☐ Respectez vos limites et évitez les excès de fatigue.



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec

Installation : _____



REG0252

DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

Date : _____

No de chambre		N° de dossier	
Nom et prénom			
Nom et prénom de la mère			
Nom et prénom du père			
Date de naissance	Age	Sexe	N° ass
Adresse		Expiration	
Ville	Code postal	Date d'admission	
Installation		Médecin traitant	

**Ne pas
reproduire**

Cocher le motif d'évaluation : ☐ Admission ☐ Changement de condition clinique ☐ Postchute ☐ Changement de chambre
☐ Début d'épisode de soins et services ☐ Changement de milieu de vie ☐ PII annuel

FACTEURS DE RISQUE	Cocher ☒	INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	Cocher ☒
1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	☐ 6	- Procéder à l'analyse des habitudes de vie - Procéder à l'analyse des circonstances des chutes précédentes	☐
2. Présence d' étourdissement ou de vertige - En position debout et/ou - Au transfert couché-assis et/ou - Au transfert assis-debout	☐ 1	- Aviser le personnel soignant d'exécuter les transferts lentement - Enseignement à l'usager et ses proches de procéder aux transferts de façon progressive et lentement ou de se tourner la tête lentement - Évaluer la présence d'hypotension orthostatique	☐
3. État mental perturbé - Délirium, trouble neurocognitif majeur, dépression ou - L'usager ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation	☐ 2	Encourager l'instauration d'une routine de soins et d'activités	☐
4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil - Par perte de compréhension - Par agitation - Syndrome des jambes sans repos	☐ 3	- Installer un moniteur de mobilité - Exercer une surveillance accrue au lit/au fauteuil (tournée intentionnelle)	☐
5. Admission dans le dernier mois	☐ 1	Exercer une surveillance accrue lors des déplacements	☐
6. Troubles de mobilité , de l' équilibre ou de la marche	☐ 2	- Exercer une surveillance accrue lors des déplacements/transferts - Maintenir l'auxiliaire de marche (si requis) à proximité	☐
7. Faiblesse généralisée - Verbalisée par l'usager ou - Incapable de rester debout 2 minutes ou - Incapable de faire au moins 2 des activités ci-dessous : - Aller à la toilette seul - S'asseoir et se lever seul - S'habiller seul - Marcher 20 pieds seul	☐ 1	En CH/CHSLD : - Déterminer le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités et l'inscrire au plan de travail ou au SMAF En communauté : - Adapter l'environnement pour le maintien de l'autonomie	☐
8. Troubles de la continence 7 mictions et plus en 24 h ou - Nycturie (se lève la nuit 1 fois et plus) ou - Urgence mictionnelle ou - Incontinence récente (dans le dernier mois)	☐ 1	- Instaurer un horaire de continence - Utiliser une chaise d'aisance ou autres équipements et placer à proximité du lit - Informé le personnel, l'usager ou les proches de la nécessité d'offrir de se rendre à la toilette avant la prise d'un médicament provoquant de la somnolence - Modifier l'éclairage menant à la toilette, la nuit	☐
9. Médication 5 médicaments et plus incluant les PRN - L'utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique	☐ 1 ☐ 1	- Exercer une surveillance quant à l'apparition d'effets indésirables - Exercer une surveillance quant à la présence de somnolence diurne	☐
10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négatif parce que rend l'usager moins à risque	☐ -5	- Vérifier le positionnement au fauteuil - Vérifier le positionnement au lit	☐
Initiales : GRAND TOTAL		1-6 Risque léger à modéré de chute 7-12 Risque élevé de chute 13 et plus Déplacements non sécuritaires	



2018-06-26

REG0252

DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

1 de 2

N° DE DOSSIER :

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SELON LE NIVEAU DE RISQUE (cocher celles mises en place)					
Risque léger à modéré (1 à 6)		Risque élevé de chute (7 à 12)		Déplacements non sécuritaires (13 et plus)	
Appliquer les interventions 1 à 6		Appliquer les interventions 1 à 6 et ajouter		Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter	
1. Lit à la position la plus basse	☐	6. Indiquer le niveau de risque au plan de travail et/ou à l'outil clinique pertinent	☐	10. Tenir une concertation interdisciplinaire	☐
2. Dispositif d'appel à proximité	☐	7. Cibler des stratégies personnalisées (documenter au dossier)	☐	11. Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil	☐
3. Port de chaussures antidérapantes					
Oui	☐		☐		
Non, aviser la famille	☐	8. Référer l'usager à un professionnel de l'équipe de réadaptation	☐		
4. Port de vêtements adéquats					
Oui	☐	9. Si, exceptionnellement, il y a utilisation d'une mesure de contrôle, s'assurer d'une installation sécuritaire	☐		
Non, aviser la famille	☐				
5. Environnement encombré					
Non	☐				
Oui, aviser la famille	☐				

SIGNATURE			
Infirmière :	_____	Date/heure :	_____
			☐ note d'évolution PTI ☐ élaboré ☐ ajusté
Autre professionnel :	_____	Date/heure :	_____
			☐ note d'évolution

Traduction libre de l'outil Scott Fall risk screening tool : residential care. Février 8, 2010, Dr V. Scott, Senior advisor & Inquiry Prevention, B.C. Injury research and prevention Unit.

Annexe 5

[Retour à la table des matières](#)

Guide d'utilisation du formulaire *Dépistage des facteurs de risque de chute*

Pour chacune des sections énumérées ci-dessus, voici les indications pour remplir le formulaire « *Dépistage des facteurs de risque de chute* »:

1 Cocher le motif d'évaluation : ☐ Admission ☐ Changement de condition clinique ☐ Postchute ☐ Changement de milieu de vie ☐ Début d'épisode de soins et services ☐ Pli annuel ☐ Changement de chambre																																															
2 <table border="1"> <thead> <tr> <th>FACTEURS DE RISQUE</th> <th>Cocher</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois</td> <td>☐ 6</td> </tr> <tr> <td>2. Présence d'étourdissement ou de vertige • En position debout et/ou • Au transfert couché-assis et/ou • Au transfert assis-debout</td> <td>☐ 1</td> </tr> <tr> <td>3. État mental perturbé • Délirium, trouble neurocognitif majeur, dépression ou • L'usager ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation</td> <td>☐ 2</td> </tr> <tr> <td>4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil • Par perte de compréhension • Par agitation • Syndrome des jambes sans repos</td> <td>☐ 3</td> </tr> <tr> <td>5. Admission dans le dernier mois</td> <td>☐ 1</td> </tr> <tr> <td>6. Troubles de mobilité, de l'équilibre ou de la marche</td> <td>☐ 2</td> </tr> <tr> <td>7. Faiblesse généralisée • Verbalisée par l'usager ou • Incapable de rester debout 2 minutes ou • Incapable de faire au moins 2 des activités ci-dessous : • Aller à la toilette seul • S'asseoir et se lever seul • S'habiller seul • Marcher 20 pieds seul</td> <td>☐ 1</td> </tr> <tr> <td>8. Troubles de la continence • 7 mictions et plus en 24 h ou • Nycturie (se lève la nuit 1 fois et plus) ou • Urgence mictionnelle ou • Incontinence récente (dans le dernier mois)</td> <td>☐ 1</td> </tr> <tr> <td>9. Médication • 5 médicaments et plus incluant les PRN • L'utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique</td> <td>☐ 1 ☐ 1</td> </tr> <tr> <td>10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négatif parce que rend l'usager moins à risque</td> <td>☐ -5</td> </tr> </tbody> </table>	FACTEURS DE RISQUE	Cocher	1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	☐ 6	2. Présence d'étourdissement ou de vertige • En position debout et/ou • Au transfert couché-assis et/ou • Au transfert assis-debout	☐ 1	3. État mental perturbé • Délirium, trouble neurocognitif majeur, dépression ou • L'usager ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation	☐ 2	4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil • Par perte de compréhension • Par agitation • Syndrome des jambes sans repos	☐ 3	5. Admission dans le dernier mois	☐ 1	6. Troubles de mobilité, de l'équilibre ou de la marche	☐ 2	7. Faiblesse généralisée • Verbalisée par l'usager ou • Incapable de rester debout 2 minutes ou • Incapable de faire au moins 2 des activités ci-dessous : • Aller à la toilette seul • S'asseoir et se lever seul • S'habiller seul • Marcher 20 pieds seul	☐ 1	8. Troubles de la continence • 7 mictions et plus en 24 h ou • Nycturie (se lève la nuit 1 fois et plus) ou • Urgence mictionnelle ou • Incontinence récente (dans le dernier mois)	☐ 1	9. Médication • 5 médicaments et plus incluant les PRN • L'utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique	☐ 1 ☐ 1	10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négatif parce que rend l'usager moins à risque	☐ -5	5 <table border="1"> <thead> <tr> <th>INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES</th> <th>Cocher</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Procéder à l'analyse des habitudes de vie • Procéder à l'analyse des circonstances des chutes précédentes</td> <td>☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>• Aviser le personnel soignant d'exécuter les transferts lentement • Enseignement à l'usager et ses proches de procéder aux transferts de façon progressive et lentement ou de se tourner la tête lentement • Évaluer la présence d'hypotension orthostatique</td> <td>☐ ☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>• Encourager l'instauration d'une routine de soins et d'activités</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>• Installer un moniteur de mobilité • Exercer une surveillance accrue au lit/au fauteuil (tourné intentionnelle)</td> <td>☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements/transferts • Maintenir l'auxiliaire de marche (si requis) à proximité</td> <td>☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>En CH/CHSLD : • Déterminer le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités et l'inscrire au plan de travail ou au SMAF</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>En communauté : • Adapter l'environnement pour le maintien de l'autonomie</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>• Instaurer un horaire de continence • Utiliser une chaise d'aisance ou autres équipements et placer à proximité du lit • Informer le personnel, l'usager ou les proches de la nécessité d'offrir de se rendre à la toilette avant la prise d'un médicament provoquant de la somnolence • Modifier l'éclairage menant à la toilette, la nuit</td> <td>☐ ☐ ☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>• Exercer une surveillance quant à l'apparition d'effets indésirables • Exercer une surveillance quant à la présence de somnolence diurne</td> <td>☐ ☐</td> </tr> <tr> <td>• Vérifier le positionnement au fauteuil • Vérifier le positionnement au lit</td> <td>☐ ☐</td> </tr> </tbody> </table>	INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	Cocher	• Procéder à l'analyse des habitudes de vie • Procéder à l'analyse des circonstances des chutes précédentes	☐ ☐	• Aviser le personnel soignant d'exécuter les transferts lentement • Enseignement à l'usager et ses proches de procéder aux transferts de façon progressive et lentement ou de se tourner la tête lentement • Évaluer la présence d'hypotension orthostatique	☐ ☐ ☐	• Encourager l'instauration d'une routine de soins et d'activités	☐	• Installer un moniteur de mobilité • Exercer une surveillance accrue au lit/au fauteuil (tourné intentionnelle)	☐ ☐	• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements	☐	• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements/transferts • Maintenir l'auxiliaire de marche (si requis) à proximité	☐ ☐	En CH/CHSLD : • Déterminer le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités et l'inscrire au plan de travail ou au SMAF	☐	En communauté : • Adapter l'environnement pour le maintien de l'autonomie	☐	• Instaurer un horaire de continence • Utiliser une chaise d'aisance ou autres équipements et placer à proximité du lit • Informer le personnel, l'usager ou les proches de la nécessité d'offrir de se rendre à la toilette avant la prise d'un médicament provoquant de la somnolence • Modifier l'éclairage menant à la toilette, la nuit	☐ ☐ ☐ ☐	• Exercer une surveillance quant à l'apparition d'effets indésirables • Exercer une surveillance quant à la présence de somnolence diurne	☐ ☐	• Vérifier le positionnement au fauteuil • Vérifier le positionnement au lit	☐ ☐
FACTEURS DE RISQUE	Cocher																																														
1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	☐ 6																																														
2. Présence d'étourdissement ou de vertige • En position debout et/ou • Au transfert couché-assis et/ou • Au transfert assis-debout	☐ 1																																														
3. État mental perturbé • Délirium, trouble neurocognitif majeur, dépression ou • L'usager ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation	☐ 2																																														
4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil • Par perte de compréhension • Par agitation • Syndrome des jambes sans repos	☐ 3																																														
5. Admission dans le dernier mois	☐ 1																																														
6. Troubles de mobilité, de l'équilibre ou de la marche	☐ 2																																														
7. Faiblesse généralisée • Verbalisée par l'usager ou • Incapable de rester debout 2 minutes ou • Incapable de faire au moins 2 des activités ci-dessous : • Aller à la toilette seul • S'asseoir et se lever seul • S'habiller seul • Marcher 20 pieds seul	☐ 1																																														
8. Troubles de la continence • 7 mictions et plus en 24 h ou • Nycturie (se lève la nuit 1 fois et plus) ou • Urgence mictionnelle ou • Incontinence récente (dans le dernier mois)	☐ 1																																														
9. Médication • 5 médicaments et plus incluant les PRN • L'utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique	☐ 1 ☐ 1																																														
10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négatif parce que rend l'usager moins à risque	☐ -5																																														
INTERVENTIONS SYSTÉMATIQUES	Cocher																																														
• Procéder à l'analyse des habitudes de vie • Procéder à l'analyse des circonstances des chutes précédentes	☐ ☐																																														
• Aviser le personnel soignant d'exécuter les transferts lentement • Enseignement à l'usager et ses proches de procéder aux transferts de façon progressive et lentement ou de se tourner la tête lentement • Évaluer la présence d'hypotension orthostatique	☐ ☐ ☐																																														
• Encourager l'instauration d'une routine de soins et d'activités	☐																																														
• Installer un moniteur de mobilité • Exercer une surveillance accrue au lit/au fauteuil (tourné intentionnelle)	☐ ☐																																														
• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements	☐																																														
• Exercer une surveillance accrue lors des déplacements/transferts • Maintenir l'auxiliaire de marche (si requis) à proximité	☐ ☐																																														
En CH/CHSLD : • Déterminer le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités et l'inscrire au plan de travail ou au SMAF	☐																																														
En communauté : • Adapter l'environnement pour le maintien de l'autonomie	☐																																														
• Instaurer un horaire de continence • Utiliser une chaise d'aisance ou autres équipements et placer à proximité du lit • Informer le personnel, l'usager ou les proches de la nécessité d'offrir de se rendre à la toilette avant la prise d'un médicament provoquant de la somnolence • Modifier l'éclairage menant à la toilette, la nuit	☐ ☐ ☐ ☐																																														
• Exercer une surveillance quant à l'apparition d'effets indésirables • Exercer une surveillance quant à la présence de somnolence diurne	☐ ☐																																														
• Vérifier le positionnement au fauteuil • Vérifier le positionnement au lit	☐ ☐																																														
4 <table border="1"> <thead> <tr> <th>INITIALES</th> <th>GRAND TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> 1-6 Risque léger à modéré de chute 7-12 Risque élevé de chute 13 et plus Déplacements non sécuritaires </td> </tr> </tbody> </table>	INITIALES	GRAND TOTAL		1-6 Risque léger à modéré de chute 7-12 Risque élevé de chute 13 et plus Déplacements non sécuritaires																																											
INITIALES	GRAND TOTAL																																														
	1-6 Risque léger à modéré de chute 7-12 Risque élevé de chute 13 et plus Déplacements non sécuritaires																																														

1. Cocher le motif d'évaluation.

2. Section **Facteurs de risque** :

Cocher la cote préétablie pour les situations dans lesquelles le facteur de risque est présent.

3. Section **Grand total** :

Additionner les cotes cochées. Ce résultat donne une estimation du niveau de risque de l'usager.

4. Section **Initiales** :

Apposer ses initiales à la section *facteurs de risque*.

5. Section **Interventions systématiques** :

Remplir par l'infirmière, l'ergothérapeute ou le professionnel en physiothérapie;

Effectuer une ou des interventions systématiques pour chaque facteur de risque présent;

Cocher lorsque le professionnel a mis en place l'intervention systématique.

7

9

10

11

Signer le formulaire.

Annexe 6

[Retour à la table des matières](#)

AIDE-MÉMOIRE À L'ÉVALUATION INITIALE DU RISQUE DE CHUTE PAR L'INFIRMIÈRE

COLLECTE DE DONNÉES SUBJECTIVES

Effectue le PQRSTU en lien avec le risque de chute.

COLLECTE DE DONNÉES OBJECTIVES

Effectue l'examen physique :

- **Inspection :**

- État mental : État de conscience, attention;
- Alignement corporel;
- Position de base des pieds en position debout, normale ou élargie (plus large que les épaules);
- Démarche de l'usager (équilibre, longueur et hauteur des pas, présence de mouvements anormaux, boiterie antalgique, etc.);

Effectue⁷ les tests complémentaires suivants :

- Test doigt-nez avec les yeux ouverts pour la coordination et les yeux fermés pour la proprioception;
- Test talon-tibia avec les yeux ouverts et les yeux fermés;
- Test d'équilibre, pieds collés;
- Test de Romberg.

Grille de dépistage des facteurs de risque de chute.

- **Palpation :**

- Préhension, main droite et main gauche, pour mesurer la force musculaire;
- Levée des jambes contre résistance pour mesurer la force musculaire;
- Réponse sensorielle à la stimulation des membres supérieurs et inférieurs.

Données complémentaires : antécédent de maladie, effets indésirables des médicaments, résultats de laboratoire, paramètres fondamentaux, etc.

ANALYSE DES DONNÉES (CONSTAT PTI)

INTERVENTIONS

PTI élaboré ou ajusté.

NOTE AU DOSSIER (MÉTHODE PRIVILÉGIÉE)

CONTINUITÉ DES SOINS :

Rapport, rencontre d'équipe, mise à jour du plan de travail, du formulaire de consignes, PSTI, etc.

Source : Philippe Voyer, (2010) L'examen clinique de l'aîné. Saint-Laurent : ERPI

Septembre 2017

⁷ L'infirmière effectue ces tests en respectant ses habiletés et ses limites

Annexe 7

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
1. Usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois			▪ Procéder à l'analyse des habitudes de vie : - Routine des AVQ; - Habitudes antérieures pour la marche; - Anxiété à l'anticipation de la marche, lors de la marche ou lors des transferts; - Réduction des activités; - Alimentation et hydratation; - Fluctuation du poids au cours de l'année; - Autres. ▪ Procéder à l'analyse des circonstances des chutes précédentes : - Lieu; - Heure; - Activité, contexte; - Comportement; - Prodrome; - Perte de conscience; - Capacité à se relever seul; - Durée du séjour au sol; - Autres.	▪ Encourager l'usager et ses proches à l'utilisation d'un dispositif d'appel tel que la télésurveillance; ▪ Utiliser une barre d'appui au lit; ▪ Utiliser des barres d'appui au mur; ▪ Utiliser des protecteurs de hanches; ▪ Garder l'auxiliaire de marche à proximité de l'usager; ▪ Utiliser un moniteur de mobilité; ▪ Établir un horaire de continence; ▪ Encourager la mobilité de l'usager; ▪ Stimuler la participation de l'usager aux AVQ; ▪ Vérifier si l'usager mange lors de ses repas et s'il s'hydrate entre les repas; ▪ Référer l'usager en physiothérapie ou en ergothérapie (programme d'exercices personnalisé, adaptation de l'environnement, etc.).

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
2. Présence d'étourdissement ou de vertige	- Étourdissements verbalisés par l'utilisateur : - lors des transferts (couché-assis ou assis-debout) ou en position debout depuis quelques minutes. - Sensation rotatoire rapportée spontanément ou sur demande par l'utilisateur - lors des mouvements de la tête	- Perte d'équilibre causée par les étourdissements lors des transferts ou lorsque l'utilisateur se tourne la tête? - Présence d'un nystagmus pendant les symptômes? - Contexte de déshydratation ou risque de déshydratation pouvant favoriser l'hypotension orthostatique : - Sécheresse de la bouche? - Diminution du turgor cutané? - Changement de comportement (hypoactivité par « économie de mouvements », l'utilisateur évite de bouger et de faire ce qui déclenche ses symptômes)?	- Aviser le personnel soignant d'exécuter les transferts lentement; - Enseigner à l'utilisateur et ses proches de procéder aux transferts de façon progressive et lentement ou de se tourner la tête lentement; - Évaluer la présence d'hypotension orthostatique.	- Encourager l'utilisateur et ses proches à l'utilisation d'un dispositif d'appel tel que la télésurveillance; - Utiliser une barre d'appui au lit; - Utiliser des barres d'appui au mur; - Utiliser des protecteurs de hanches; - Garder l'auxiliaire de marche à proximité de l'utilisateur; - S'assurer que l'utilisateur consomme la quantité de liquide recommandée; - Référer l'utilisateur en physiothérapie pour l'évaluation et le traitement des troubles vestibulaires; - Référer l'utilisateur en ergothérapie pour l'adaptation de l'environnement; - Référer l'utilisateur au médecin ou à l'IPS pour investigation supplémentaire.
3. État mental perturbé	- Diagnostics documentés au dossier : - troubles cognitifs; - trouble neurocognitif majeur; - délirium*; - dépression*. - Incapacité de suivre ou de se rappeler les consignes simples; - Agitation. <i>*Tenir compte de ces diagnostics seulement en présence de phase active</i>	- Capacité d'attention? Résultat au CAM? - Autocritique, estimation juste de ses capacités et de ses limites? - Collaboration au respect des consignes de sécurité (ex. : capable d'attendre quand il sonne)? - Capacités d'apprentissage (ex. : utiliser la cloche d'appel)? - Capacité à exprimer ses besoins? - Errance?	Encourager l'instauration d'une routine de soins et d'activités. <i>Définir la routine et l'inscrire sur l'outil approprié pour qu'elle soit appliquée par l'équipe d'intervenants et les proches.</i>	- Rapprocher l'utilisateur du poste des infirmières si requis; - Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ; - Donner des consignes simples (phrases courtes) et une à la fois; - Minimiser les distractions lors de l'exécution de tâches qui sollicitent la mobilité; - Utiliser un moniteur de mobilité; - Utiliser des barres d'appui au mur (salle de bain); - Établir un horaire de continence; - Référer l'utilisateur en ergothérapie pour l'évaluation fonctionnelle globale; - Référer l'utilisateur au médecin ou à l'IPS pour investigation supplémentaire.

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil	▪ Diminution ou perte de la compréhension; ▪ Agitation; ▪ Syndrome des jambes sans repos.	▪ Inconfort aux jambes rapporté par l'utilisateur? ▪ Compréhension des consignes simples? ▪ Capacité d'attention? ▪ Capacité d'une bonne estimation de ses limites?	▪ Installer un moniteur de mobilité; ▪ Exercer une surveillance accrue au lit/au fauteuil (tournée intentionnelle).	▪ Informer les employés et les proches d'actionner la cloche d'appel et d'attendre auprès de l'utilisateur quand celui-ci tente de se lever ou de se mobiliser de façon précaire; ▪ Utiliser une barre d'appui au lit; ▪ Utiliser un moniteur de mobilité; ▪ Établir un horaire de continence; ▪ Instaurer une routine de soins et d'activités; ▪ Référer l'utilisateur en physiothérapie ou en ergothérapie (programme d'exercices personnalisé, adaptation de l'environnement, bonification du positionnement au fauteuil, etc.).
5. Admission dans le dernier mois	Admission comprenant tout changement de milieu de vie et d'environnement.	▪ Anxiété ou désorientation depuis son arrivée à l'unité ou depuis un changement de milieu?	▪ Exercer une surveillance accrue lors des déplacements.	▪ Informer les employés, intervenants sur l'unité de l'arrivée d'un nouvel usager; ▪ Procéder à l'accueil de l'utilisateur en lui faisant visiter le milieu; ▪ Favoriser l'orientation sur l'unité ou dans le milieu de vie en utilisant divers pictogrammes, etc. ▪ Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ; ▪ Établir un horaire de continence; ▪ Utiliser un moniteur de mobilité.

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche	▪ Spontanément ou au questionnaire, l'utilisateur se plaint de : - Mauvais équilibre; - Crainte de dérobement d'un des membres inférieurs; - Faiblesse, douleur ou engourdissements dans ses jambes; - Difficulté à sentir le sol sous ses pieds; - Difficultés à se lever d'un siège, à sortir du lit; - Lenteur ou raideur dans ses déplacements; - Sensation, à la marche, de tremblements dans ses jambes; - Peur de tomber. ▪ Spontanément ou au questionnaire, l'utilisateur a besoin d'aide pour ses transferts et/ou déplacements; ▪ L'utilisateur est déjà connu pour utiliser un auxiliaire de marche.	▪ Tendance à la rétropulsion lors du passage de la position assise à debout? ▪ Mauvais contrôle de la descente lors du passage de la position debout à assise? ▪ Démarche prudente? ▪ Déviation de la ligne de marche (marche instable)? ▪ Pieds traînant au sol? ▪ Pas très petits? ▪ Pieds très écartés? ▪ Tronc penché lorsqu'il marche (en avant, en arrière, de côté)? ▪ Boiterie antalgique? ▪ Interruption brutale de la marche? ▪ Interruption de la marche lorsque l'utilisateur parle? ▪ Essoufflement, pauvre endurance, faible distance de marche? ▪ Difficulté, hésitation lors du changement de direction (180°)?	▪ Exercer une surveillance accrue lors des déplacements et des transferts; ▪ Maintenir l'auxiliaire de marche (si requis) à proximité.	▪ Encourager la mobilité de l'utilisateur; ▪ Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ; ▪ Augmenter la fréquence des visites du personnel lorsque l'utilisateur est dans sa chambre; ▪ S'assurer, s'il y a lieu, que l'auxiliaire de marche est utilisé adéquatement; ▪ Informer les employés et les proches d'actionner la cloche d'appel et d'attendre auprès de l'utilisateur lorsque celui-ci tente de se lever ou de se mobiliser de façon précaire; ▪ Encourager l'utilisateur et ses proches à l'utilisation d'un dispositif d'appel tel que la télésurveillance; ▪ Utiliser un moniteur de mobilité; ▪ Utiliser une barre d'appui au lit; ▪ Utiliser des barres d'appui au mur; ▪ Utiliser des protecteurs de hanches; ▪ Référer l'utilisateur au médecin ou à l'IPS pour investigation supplémentaire; ▪ Référer l'utilisateur au Département de pharmacie (évaluation du profil pharmacologique); ▪ Référer l'utilisateur en physiothérapie ou en ergothérapie (programme d'exercices personnalisé, adaptation de l'environnement, etc.).

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
7. Faiblesse généralisée	▪ Avec ou sans auxiliaire de marche : - faiblesse ou fatigue verbalisées par l'usager; ▪ Incapacité de demeurer 2 minutes en position debout; ▪ Incapacité d'exécuter au moins 2 des activités ci-dessous en raison de faiblesse ou de fatigue : - s'asseoir et se lever seul; - s'habiller seul; - aller à la toilette seul; - marcher 20 pieds seul. ▪ Histoire de perte pondérale ($\geq 5\%$ dans la dernière année)?	▪ Observation d'une atrophie musculaire? ▪ Observation d'un changement dans la capacité à exécuter les AVQ au courant de la dernière semaine?	En CH / CHSLD : ▪ Déterminer le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités et l'inscrire au plan de travail ou au SMAF. En communauté : ▪ Adapter l'environnement pour le maintien de l'autonomie.	▪ Évaluer la présence possible : - de troubles du sommeil; - d'une douleur (celle-ci pouvant altérer le patron de marche); - d'une perte d'appétit; - d'une hypoxie (dyspnée, essoufflement); - d'une infection. ▪ Encourager l'usager et ses proches à l'utilisation d'un dispositif d'appel tel que la télésurveillance; ▪ Utiliser une barre d'appui au lit; ▪ Utiliser des barres d'appui au mur; ▪ Référer l'usager au médecin ou à l'IPS pour investigation supplémentaire; ▪ Référer l'usager au Département de pharmacie (évaluation du profil pharmacologique); ▪ Référer l'usager en nutrition (évaluation du bilan nutritionnel); ▪ Référer l'usager en physiothérapie ou en ergothérapie (programme d'exercices personnalisé, adaptation de l'environnement, etc.).
8. Troubles de la continence	▪ Présence 7 mictions et plus en 24 heures? ▪ Nycturie (se lève une fois et plus, la nuit)? ▪ Urgence mictionnelle? ▪ Incontinence récente (1 mois ou moins)*? <i>*Ne pas coter si présence d'une incontinence depuis plus d'un mois et stable dans sa présentation.</i>	▪ Envies fréquentes d'uriner? ▪ Toilette la nuit? ▪ Pertes urinaires involontaires? ▪ Quantité moyenne de liquide consommé chaque jour? ▪ Proportion de liquide ingéré en soirée? ▪ Consommation de caféine ou d'alcool? ▪ Prise de diurétiques?	▪ Instaurer un horaire de continence; ▪ Utiliser une chaise d'aisance ou autres équipements et placer à proximité du lit; ▪ Informer le personnel, l'usager ou les proches sur la nécessité d'offrir de se rendre à la toilette avant la prise d'un médicament provoquant de la somnolence; ▪ Modifier l'éclairage menant à la toilette, la nuit.	▪ Utiliser un moniteur de mobilité; ▪ Si le port d'une sonde urinaire pour quelques jours est nécessaire en raison d'une vessie de regorgement, privilégier l'utilisation du sac à la cuisse le jour.

Tableau 11 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs de risque de chute (dépistage)

Facteurs de risque	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur de risque		Interventions systématiques	
	Descriptif	Précisions	Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
9. Médication	- Consommation de 5 médicaments et plus, incluant les PRN, bronchodilatateurs et TNT (exclure gouttes, onguents, crèmes, vitamines et minéraux (ex. : fer, calcium); - Consommation de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'antipsychotiques ou de narcotiques?	- Somnolence diurne? - Confusion? - Hypotension orthostatique? - Hyper ou hypoglycémie? - Étourdissements? - Ralentissement psychomoteur? - Vision embrouillée? - Urgence mictionnelle? - Consommation d'alcool ou de drogues?	- Exercer une surveillance quant à l'apparition d'effets indésirables; - Exercer une surveillance quant à la présence de somnolence diurne.	- Référer l'usager au médecin ou à l'IPS pour investigation supplémentaire; - Référer l'usager au Département de pharmacie (évaluation du profil pharmacologique).
10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) <i>*Négatif parce que rend l'usager moins à risque</i>	Ce facteur est négatif, puisqu'il réduit les risques associés aux autres facteurs en raison de la dépendance de l'usager.	- Glissement prononcé du bassin au bord du fauteuil ou du lit? - Inclinaison latérale ou antérieure du tronc (corps penché vers l'avant ou de côté)?	Vérifier le positionnement au fauteuil et au lit.	- Établir un horaire de continence; - Référer l'usager en ergothérapie (bonification du positionnement, adaptation de l'environnement).

Inspiré de : CSSS de la Vieille Capitale (2012). Programme de prévention des chutes

Les zones ombragées correspondent aux éléments inscrits au formulaire de dépistage

Annexe 8

[Retour à la table des matières](#)

Tableau 12 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs aggravant le risque de chute (dépistage)

Facteurs aggravants	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur aggravant Descriptif / précision	Interventions systématiques	
		Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
Troubles de la perception sensorielle	▪ Déficit visuel ou auditif? ▪ Les prothèses utilisées (lunette ou prothèse auditive) compensent-elles bien les déficits? ▪ Adaptation au déficit lorsque le déficit ne peut pas être compensé par une prothèse? ▪ Neuropathie périphérique? ▪ Hémiparésie? ▪ Reconnaissance des objets et connaît leur utilité (gnosies visuelles)? ▪ Connaissance des mouvements à faire pour se lever, s'asseoir, marcher, se coucher (praxies et fonctions exécutives)?	▪ Encourager le port des lunettes ou des prothèses auditives; ▪ Intervenir en respectant le champ visuel de l'utilisateur; ▪ Amorcer le geste (lorsque l'utilisateur se lève, s'assoit, marche ou se couche) pour aider la compréhension de l'utilisateur.	▪ S'assurer que les prothèses auditives ou visuelles sont ajustées; ▪ Placer les effets personnels, l'auxiliaire de marche et la cloche d'appel à proximité de l'utilisateur, si recommandé; ▪ Garder toujours les objets usuels au même endroit en présence de problème visuel; ▪ Utiliser des contrastes de couleur pour l'équipement et l'environnement; ▪ Signaler sa présence visuellement avant de toucher l'utilisateur en présence de problème auditif; ▪ Parler fort, mais sans crier, en validant le volume nécessaire auprès de l'utilisateur malentendant; lui permettre de voir le visage de locuteur pour faciliter la lecture labiale; ▪ Orienter l'utilisateur dans son environnement physique; ▪ Favoriser les interventions du côté sain en présence d'hémiparésie; ▪ Utiliser une barre d'appui au lit; ▪ Utiliser des barres d'appui au mur; ▪ Référer l'utilisateur en ergothérapie (adaptation de l'environnement); ▪ Référer l'utilisateur à l'optométriste ou l'audioprothésiste.

Tableau 12 : Guide d'analyse et de détermination d'interventions systématiques pour chacun des facteurs aggravant le risque de chute (dépistage)

Facteurs aggravants	Données subjectives et objectives confirmant la présence du facteur aggravant Descriptif / précision	Interventions systématiques	
		Application rapide (dès la présence du facteur, une ou des interventions doivent être réalisées)	Application ultérieure (à la présence du facteur, des interventions additionnelles peuvent être réalisées)
Alimentation inadéquate	- Antécédents de malnutrition? - Consommation d'au moins les trois quarts de son repas (viande incluse) ou au moins deux repas par jour? - Suppléments alimentaires? - Suppléments de vitamine D ou d'autres vitamines ou minéraux? - Fluctuation à la baisse du poids au cours des six derniers mois? - Port de prothèses dentaires? Le cas échéant, sont-elles bien ajustées? - Bonne hygiène buccale? (ex. : la présence de problèmes buccaux tels qu'un ulcère ou du muguet peut provoquer de la douleur et réduire l'appétit.) - Reflux gastro-œsophagien ou nausées? - Problèmes de déglutition (dysphagie)?	- Encourager le port des prothèses dentaires; - Assurer ou encourager une hygiène buccale adéquate, incluant le nettoyage régulier des prothèses dentaires; - Stimuler l'utilisateur à une consommation d'aliments adéquats et encourager l'utilisateur et ses proches à une saine alimentation; - Encourager l'utilisateur à une hydratation appropriée.	- Surveillance périodique du poids; - Encourager les proches à apporter des aliments que l'utilisateur aime; - Référer l'utilisateur à la nutritionniste (bilan alimentaire et interventions nutritionnelles conséquentes).
Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle	- Pertinence de la mesure de contrôle? - Mesure appliquée est la moins contraignante dans la situation actuelle? - Mesure de contrôle en bon état? - Installation et ajustement de façon sécuritaire de la mesure de contrôle? - Surveillance exercée en conformité avec le protocole dédié? - Permission de conserver ses capacités à se déplacer par un programme de marche s'il est apte à marcher avec assistance? - Moyens mis en place pour permettre de lever la mesure de contrôle le plus rapidement possible?	Assurer la surveillance requise (en conformité avec la politique et protocole en vigueur).	- Assurer le bon positionnement de l'utilisateur; - Référer l'utilisateur en physiothérapie ou en ergothérapie.
Peur de chuter	- Changement des habitudes dans ses activités? - Restriction de ses déplacements? - Marche avec précaution? - Anxiété lorsqu'il est en position debout ou devient opposant lors des transferts? - Encouragement à exprimer ses craintes en posant la question suivante à l'utilisateur : «Avez-vous peur de tomber?».	Stimuler l'utilisateur pour la marche avec aide (avec accessoire ou à l'aide d'une ou deux personnes).	- Instaurer des activités de marche accompagnées; - Féliciter l'utilisateur pour ses performances après l'activité de marche; - Encourager l'utilisateur et ses proches à l'utilisation d'un dispositif d'appel tel que la télésurveillance; - Référer l'utilisateur en physiothérapie.

Inspiré de : CSSS de la Vieille Capitale (2012). Programme de prévention des chutes.
Les zones ombragées correspondent aux éléments inscrits au formulaire de dépistage

PROFIL DE BESOINS EN INTÉGRATION DES SOINS ET SERVICES À L'USAGER

Type de profil	Profil de besoins A	Profil de besoins B	Profil de besoins C	Profil de besoins D
Niveau de capacité	Besoins ponctuels ou à court terme	Besoins persistants (condition chronique légère à modérée)	Besoins persistants et multiples (condition chronique modérée à sévère)	Besoins persistants et multiples (condition chronique sévère)
Condition de santé de l'utilisateur	Bonne	Bonne à modérée	Modérée à faible	Faible
	- Aucune condition chronique, ni de perte d'autonomie liée au vieillissement ou à une déficience; - Bonne capacité pour répondre à ses besoins quotidiens; - Bonne capacité d'adaptation.	- Condition chronique contrôlée légère ne nuisant pas à ses capacités pour répondre à ses besoins quotidiens; - Capacité d'adaptation bonne à modérée.	- Condition nécessitant un soutien régulier ou des soins fréquents et coordonnés de plusieurs intervenants provenant de différents niveaux de spécialisation; - Soins et services déployés afin de répondre aux besoins quotidiens et d'assurer le maintien dans son milieu de vie; - Capacité d'adaptation faible à modérée.	- Condition nécessitant un accompagnement constant d'intervenants ou proches aidants dont la collaboration est quotidienne; - Usager en hébergement ou ayant des services intensifiés pour le maintien à domicile; - Incapacité de répondre à la majorité de ses besoins quotidiens; - Capacité d'adaptation faible.

REPÉRAGE (2 QUESTIONS)

- Avez-vous chuté dans la dernière année?
- Si oui, combien de fois?

DÉPISTAGE

→ FACTEURS DE RISQUE (tirés du Formulaire de dépistage)

- 3 chutes et plus dans les 6 derniers mois
- Présence d'étourdissement ou de vertige
- État mental perturbé
- Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil
- Admission dans le dernier mois
- Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche
- Faiblesse généralisée
- Troubles de la continence
- Médication
- Dépendant aux transferts

→ FACTEURS AGGRAVANTS

- Troubles de la perception sensorielle
- Alimentation inadéquate
- Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle
- Peur de chuter

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

→ EXEMPLES D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES UNIVERSELLES

- Orienter l'utilisateur dans l'espace et le temps;
- Placer la cloche d'appel à proximité de l'utilisateur. Enseigner son fonctionnement (sonner pour aide). Encourager l'utilisateur à utiliser un dispositif d'appel tel que la télésurveillance ou la cloche à main.
- Placer les accessoires (mouchoirs, pot d'eau, etc.) personnels à proximité de l'utilisateur;
- Encourager le port des prothèses, de leur propreté et de leur bon fonctionnement;
- Favoriser le port de chaussures ou de pantoufles antidérapantes et faciles à enfiler et à enlever;
- Favoriser le port de vêtements qui ne traînent pas au sol et qui ne sont pas amples;
- Tournées intentionnelles
 - Est-ce que l'utilisateur a de la douleur?
 - Est-ce que l'utilisateur est confortable?
 - Est-ce que l'utilisateur a besoin d'aller à la toilette?
 - Est-ce que l'utilisateur a tous ses effets personnels et sa cloche d'appel à sa portée?
- Placer le lit en position basse et appliquer les freins;
- Utiliser un fauteuil avec une hauteur et une assise adéquate ainsi que des appuie-bras;
- Vérifier l'état et l'utilisation sécuritaire de la canne, marchette, fauteuil roulant, etc.;
- Favoriser l'utilisation d'un siège surélevé. Utiliser un urinal ou une chaise d'aisance lorsque la situation l'exige. Appliquer un horaire de miction au besoin;
- Minimiser l'encombrement. Enlever l'équipement non nécessaire. Assécher le plancher mouillé. Assurer un éclairage adéquat. Éviter l'éblouissement. Indiquer à l'utilisateur l'emplacement des interrupteurs.

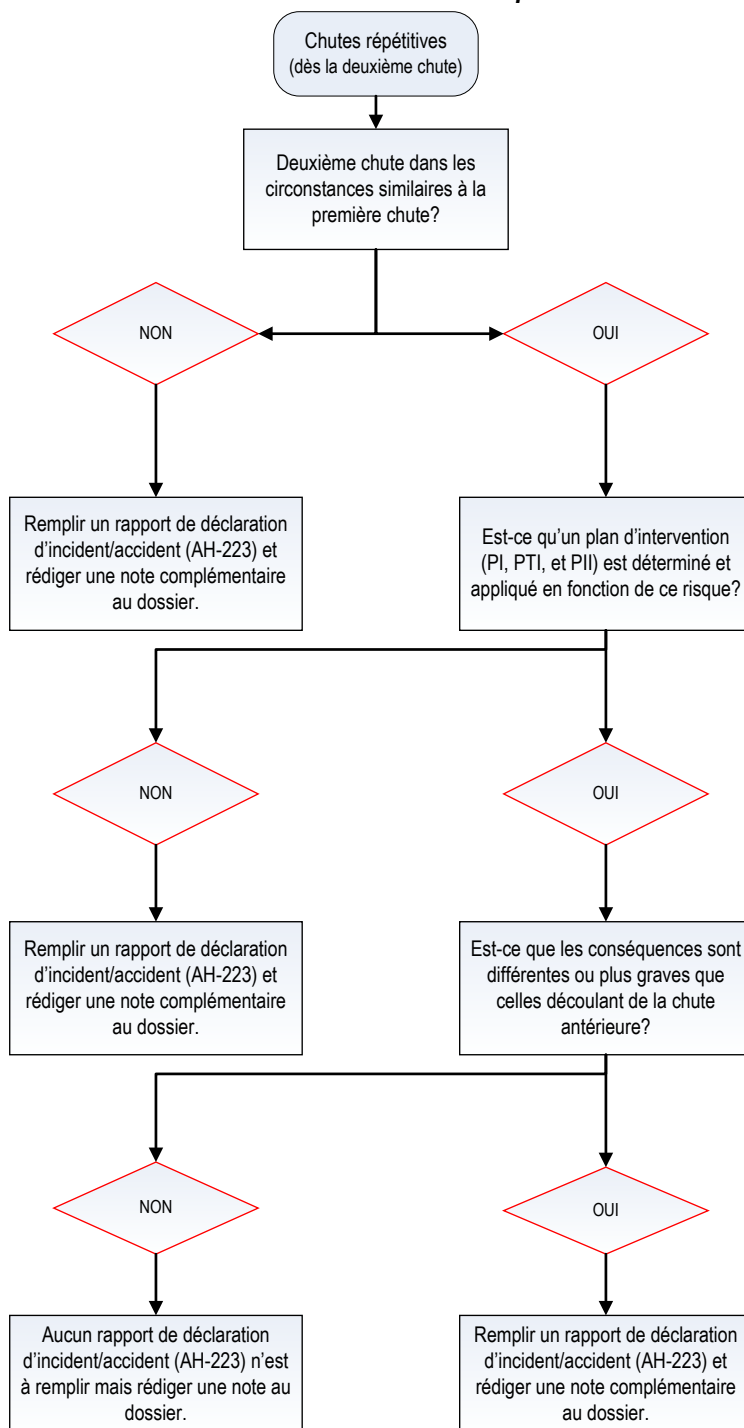
→ PROGRAMME PIED (PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE)

→ PROGRAMME IMP (INTERVENTIONS MULTIFACTORIELLES PERSONNALISÉES)

Annexe 10

[Retour à la table des matières](#)

Algorithme 4 : Aide à la décision pour la rédaction d'un rapport d'incident/accident (AH-223) dans un contexte de chutes répétitives



Source : Inspiré du document Lignes directrices à l'intention du réseau de la santé et services sociaux, MSSS, 2011

Références

[Retour à la table des matières](#)

- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2016). Intégration des services : Guide sur les meilleures pratiques. Québec, Qc. Repéré à www.cisss-ca.gouv.qc.ca
- Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. (2016). La perspective-usager au CISSS de Chaudière-Appalaches. Présentation PowerPoint de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique.
- Deitrick, L. M., Baker, K., Paxton, H., Flores, M., & Swavely, D. (2012). Hourly Rounding. Challenge with implementation of an evidence-based. *Journal of Nursing Care Quality*, 1(27), 13-19.
- Loi sur les services de santé et de services sociaux. (2016). Publication Québec. Chapitre S-4.2, mise à jour au 1^{er} novembre 2016. Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2#se:99_7
- Institut national de santé publique du Québec, (2009) La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile Guide d'implantation : IMP. 2e édition. Québec : Qc. Gouvernement du Québec. Disponible à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2015). Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées. Paris, Les éditeurs Inserm, 210 pages. Repéré à <http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/6806>
- Institut national de santé publique du Québec. (2017). Chute chez les aînés. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/expertises/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines/prevenir-les-chutes-chez-les-aines-vivant-domicile>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013) Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigée par Elene Morarescu. Québec, Qc : INESSS : 23 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Guide d'utilisation du rapport de déclaration AH-223-1, Québec, Qc : Gouvernement du Québec. Repéré à [http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/\\$FILE/AH-223-1_Guide%20\(3013-04\)%20S.pdf](http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/intra/formres.nsf/a9b0958ceee59c7685256e2a0052d887/d11170ca3d62f0be85257ca2005faf94/$FILE/AH-223-1_Guide%20(3013-04)%20S.pdf)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action Volet : Chutes. Québec, Qc : Gouvernement du Québec. Repéré à <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>
- Scott, V., (2012) Scott Fall Risk Screen (SFRS) : Residential Long-Term Care. Repéré à http://ltctoolkit.mao.ca/sites/default/files/resources/SCOTT%20FALL%20RISK%20SCREEN%20TOOL_RESIDENTIAL%20CARE_June%2010_2013.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Centre des médias, Les Chutes, Aide-Mémoire no 344. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- Voyer, P. (2013) *Soins infirmiers aux aînées en perte d'autonomie*. (2^e édition). St-Laurent, QC : Édition du renouveau pédagogique.

Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

1. IUCPQ Évaluation des mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée hospitalisée, Copyright © 2014 ETMIS - IUCPQ. La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.
2. Béfa Noto-Kadou-Kaza^a & all, Chutes chez l'hémodialysé : incidence et facteurs de risque; ^a *Service de néphrologie, de dialyse et transplantation rénale, CHU Ibn Rochd, 1, quartier des Hôpitaux, Casablanca, Maroc*; ^b *Service de néphrologie et d'hémodialyse, CHU Sylvanus Olympio de Lomé, Lomé, Togo* Received 16 July 2014, Accepted 1 March 2015, Available online 17 June 2015
3. Viêt Nguyen Thanh et al., « Les interventions efficaces en prévention des accidents de la vie courante chez les enfants : une synthèse de littérature », Santé Publique 2015/4 (vol. 27), p. 481-489.
4. Malouin-Benoît, M.C., Cossette, S. & Patenaude, F.(2012). Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées hospitalisées en milieu cardiovasculaire aigu. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 22 (2), 24-32
5. Geser, C. (2013). Rôle infirmier dans l'évaluation et la prévention des chutes en milieu hospitalier, des patients atteints de la maladie de Parkinson (Doctoral dissertation, Haute Ecole de Santé Vaud).
6. VISN 8 Patient Safety Center of Inquiry, HSR&D Center of Innovation on Disability and Rehabilitation Research (CINDRR), Tampa, FL, USA. Evidence Levels: Applied to Select Fall and Fall Injury Prevention Practices. Quigley PA(1). Author information: (1) VISN 8 Patient Safety Center
7. Safety Standards: Implementing Fall Prevention Interventions and Sustaining Lower Fall Rates by Promoting the Culture of Safety on an Inpatient Rehabilitation Unit. *Rehabil Nurs*. 2016 Jan-Feb ; 41(1):26-32. doi: 10.1002/rmj.250. Epub 2015 Oct 28
8. Thilagaratnam Shyamala, Health Promotion Board–Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Falls Prevention among Older Adults Living in the Community © Singapore Medical Association
9. A fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities. *Int Nurs Rev*. 2014 Dec ;61(4):525-33. doi: 10.1111/inr.12131. Epub 2014 Sep 12
10. Kirkpatrick H1, Boblin S, Ireland S, Robertson K. 1BPSO Co-ordinator, St. Joseph's Healthcare Hamilton, and Assistant Clinical Professor, McMaster University School of Nursing, Hamilton, ON, Canada © 2014 Sigma Theta Tau International.
11. *Z Gerontol Geriatr*. 2013 Dec;46(8):720-6. doi: 10.1007/s00391-013-0554-0, Development of a standard fall data format for signals from body-worn sensors : the FARSEEING consensus. Department of Clinical Gerontology, Robert Bosch Hospital, Auerbachstr. 110, 70376, Stuttgart, Germany.
12. Complexities of fall prevention in clinical settings: a commentary. Shubert TE1, Smith ML2, Prizer LP3, Ory MG4. © The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com.
13. Development of STEADI: a fall prevention resource for health care providers. Stevens JA1, Phelan EA. 1Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30341, USA. jas2@cdc.gov
14. Feasibility of implementing a practice guideline for fall prevention on geriatric wards: a multicentre study. Milisen K1, Coussement J, Arnout H, Vanlerberghe V, De Paepe L, Schoevaerdt D, Lambert M, Van Den Noortgate N, Delbaere K, Boonen S, Dejaeger E. 1Center for Health Services and Nursing Research, KU Leuven, Kapucijnenvoer 35, 4th Floor, 3000 Leuven, Belgium. koen.milisen@med.kuleuven.be

15. MSSS Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile – Des données à l'action <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012 Bibliothèque et Archives Canada, 2012 ISBN : 978-2-550-65363-9 (version imprimée) No. ISBN (PDF) : 978-2-550-65362-Publication no : 12-202-03F
16. JACQMIN, Nadine ; Karam, Marlène ; Piron, Cécile. Fonder ses décisions cliniques sur les résultats des recherches: l'Evidence-Based Nursing en pratique. 6^{ème} congrès mondial des infirmiers et infirmières francophones - SIDIEF - défi des maladies chroniques, un appel à l'expertise infirmière (Montréal - Canada, du 31/05/2015 au 05/06/2015).
17. Faure, K. (2013). Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne: le programme Equilibrezh. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 13(73), 4-9.
18. Mendes da Costa, E. (2014). Vieillesse et santé: étude de la santé subjective, de la problématique des chutes et des enjeux méthodologiques rencontrés (Unpublished doctoral dissertation). Université libre de Bruxelles, Ecole de Santé publique, Bruxelles.
19. Factors associated with falls in hospitalized adult patients Cox J1, Thomas-Hawkins C2, Pajarillo E3, DeGennaro S4, Cadmus E5, Martinez M6. Factors associated with falls in hospitalized adult patients. *Appl Nurs Res*. 2015 May ;28(2):78-82. doi: 10.1016/j.apnr.2014.12.003. Epub 2014 Dec 18 . Copyright © 2014 Elsevier Inc. All rights reserved.
20. Falling in the elderly: Do statistical models matter for performance criteria of fall prediction? Results from two large population-based studies. Kabeshova A1, Launay CP2, Gromov VA3, Fantino B2, Levinoff EJ4, Allali G5, Beauchet O6. *Eur J Intern Med*. 2016 Jan ;27:48-56. doi: 10.1016/j.ejim.2015.11.019. Epub 2015 Dec 10 Copyright © 2015 European Federation of Internal Medicine. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.
21. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigée par Elene Morarescu. Québec, Qc : INESSS; 2013. 23p.
22. Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada; Une collaboration entre Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients
23. Implémentation d'une approche de soins adaptée aux personnes âgées à l'échelle d'un hôpital : un défi de taille Christian Swine1,2, M.D., Anne Spinewine3,4, M.Pharm., M.Sc., Ph.D. © A.P.E.S. Tous droits réservés Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada ISSN 0834-065X (version papier) ISSN 2291-3025 (version électronique)
24. Les chutes Aide-mémoire N°344 Septembre 2016 OMS Centre des médias Courriel: mediainquiries@who.int
25. Trousse de Départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes : collaboration nationale sur les chutes en soins de longue durée (2008-2009); Collaboration d'apprentissage sur la prévention des chutes (2010-2011); Série d'apprentissage national sur la prévention des chutes (2001-2012)
26. CSSS de la région de Thetford 2014; Direction de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers; Programme prévention des chutes
27. CSSS Alphonse-Desjardins, centre hospitalier affilié universitaire de Lévis (2014); Programme prévention des chutes
28. CSSS Grand Littoral (2014); Julie Mercier M.Sc.inf., Sylvie Côté, B.Sc.inf., Programme de prévention des chutes en hébergement au CSSS du Grand Littoral
29. CSSS Montmagny-L'Islet (2014); Programme prévention des chutes

30. Agence de la santé publique du Canada, Seniors' Falls in Canada: Second Report, © Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014, Date de publication : février 2014
31. A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults 3rd Edition; by Judy A. Stevens, PhD and Elizabeth Burns, MPH, Atlanta, Georgia 2015
32. Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Program 2nd Edition, Atlanta, Georgia 2015
33. Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada, Une collaboration entre Agrément Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients
34. Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes Cadre stratégique et boîte à outils, LHIN Collaborative, Juillet 2011
35. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées, © Les éditions Inserm, 2014 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris
36. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique Catherine Gagnon, M.D. Médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique, Médecin, Hôpital Jeffery Hale Saint-Brigid's, Mélanie Lafrance, M.D. Médecin-conseil, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale/Direction de santé publique
37. OIIQ, Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières, 2^e édition, Westmont, Montréal 2013.
38. Code des professions, chapitre C-26, Publication officiel Québec, À jour 1^{er} novembre 2016. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec



www.cisss-ca.gouv.qc.ca

