

Prévention des chutes pour les aînés hospitalisés ou hébergés



**Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale**

Centre affilié universitaire



**CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES**



COORDINATION

Hélène Riverin, conseillère clinicienne en physiothérapie

COMITÉ DE PRÉVENTION DES CHUTES

Serge Bordeleau, médecin

Nancy Cyr, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Louise Germain, ergothérapeute

Suzanne Julien, chef de programme de la réadaptation

Doris Lafrenière, conseillère clinicienne en ergothérapie intérimaire

Lynn Lecours, conseillère clinicienne en ergothérapie

Christine Lesieur, infirmière clinicienne

Julie Mignault, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Hélène Riverin, conseillère clinicienne en physiothérapie

Stéphanie Roy, infirmière

Josée Turbis, pharmacienne

Avec la participation de Julie Poirier, nutritionniste

RÉVISION

Dominique Ekker, agente d'information

GRAPHISME

Claire Gagnon, technicienne en communication

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.csssvc.qc.ca, section *Publications*.

Ce document a été reproduit et adapté avec la permission du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale. Le CSSS n'est pas responsable de l'exactitude des modifications demandées. Ce document ne peut être reproduit ou autrement distribué sans l'autorisation préalable du CSSS de la Vieille-Capitale.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89680-040-7 (Imprimé)

ISBN : 978-2-89680-041-4 (PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 2012

Table des matières

| | |
|----|--|
| 3 | Introduction |
| 4 | Objectifs du programme |
| 5 | Définitions |
| 6 | Prévention collective |
| 9 | Prévention individuelle |
| 9 | La grille de dépistage des facteurs de risque de chute |
| 11 | Situations justifiant l'évaluation des facteurs de risque de chute |
| 13 | Facteurs de risque et interventions générales et spécifiques |
| 24 | Présence de facteurs aggravants |
| 29 | Interventions préventives minimales selon le score obtenu |
| 33 | Commentaires ou autres interventions |
| 33 | Signature de l'infirmière ou du professionnel ayant rempli la grille |
| 33 | Date de la prochaine réévaluation |
| 34 | Le rôle des membres de l'équipe interdisciplinaire, de l'utilisateur, de sa famille et des autres intervenants |
| 41 | Mécanismes de communication et de continuité |
| 44 | Stratégies d'implantation |
| 47 | Évaluation du programme |
| 49 | Annexe I Liste de contrôle de la sécurité de l'environnement |
| 50 | Annexe II Formulaire <i>Dépistage des facteurs de risque de chute</i> |
| 52 | Annexe III Aide-mémoire |
| 54 | Annexe IV Formulaire <i>Physiothérapie – évaluation de la sécurité</i> |
| 56 | Annexe V Formulaire <i>Analyse de chutes récurrentes</i> |
| 59 | Annexe VI Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute |
| 60 | Annexe VII Recommandations aux familles |
| 60 | VII-A Usager à risque léger ou modéré de chute |
| 62 | VII-B Usager à risque élevé de chute |
| 64 | VII-C Usager dont les transferts et les déplacements sont non sécuritaires |
| 66 | Annexe VIII Logo pour les usagers ayant des déplacements non sécuritaires |
| 67 | Annexe IX Le positionnement au fauteuil |
| 68 | Annexe X Le moniteur de mobilité |
| 69 | Annexe XI Les protecteurs de hanches |
| 73 | Annexe XII Explication des résultats des tests d'équilibre et de marche |
| 74 | Annexe XIII La médication : un facteur de risque important |
| 79 | Bibliographie |

Introduction

Un trait inhérent à tout être humain est de vouloir bouger. Qu'il soit jeune ou âgé, fort ou fragile, l'être humain désire s'étirer, changer de position, marcher. Il veut bouger peu importe sa condition de santé. Cette faculté de se mouvoir amène aussi un risque, celui de tomber.

Les conséquences des chutes sont nombreuses. Elles peuvent être d'ordre physique, comme des lacérations, des ecchymoses, des fractures menant à une perte d'autonomie fonctionnelle, mais aussi d'ordre psychologique se manifestant par une peur de tomber de nouveau. Selon le site Internet Centers for Disease Control and Prevention (2009), les chutes constituent, chez les 65 ans et plus, la cause première de mort accidentelle et sont responsables de près de 95 % des fractures de la hanche.

En centre d'hébergement, de 1,3 à 14 % des usagers qui font une chute subissent de graves blessures telles que des fractures (Francœur, 2001). Les blessures graves sont à l'origine de séquelles importantes. En effet, bon nombre d'ainés qui font une chute grave ne récupèrent pas complètement et souffrent de douleurs chroniques, d'une perte de mobilité et d'une réduction de leur capacité fonctionnelle (Gagnon et autres, 2005).

S'il est inévitable de vieillir, il n'est cependant pas inévitable de tomber. Il est possible de prévenir bon nombre de chutes chez un aîné tout en préservant son autonomie et sa sécurité. En effet, les recherches démontrent que des actions interdisciplinaires, tels le dépistage, la communication, l'analyse et la formation, permettent de réduire le nombre de chutes et la sévérité de celles-ci.

Le Programme de prévention des chutes pour les aînés hospitalisés ou hébergés a été réalisé par un groupe de travail interdisciplinaire. Il vise le dépistage des risques de chute et les interventions préventives liées à ces risques. Il s'adresse aux usagers des centres d'hébergement et des unités de courte durée du CRSSS de la Baie-James, et peut être utile pour les ressources intermédiaires et les projets novateurs.

Objectifs du programme

Dans la majorité des centres d'hébergement, les chutes figurent au premier rang des risques cliniques. Des études démontrent que près de 50 % des aînés en centre d'hébergement font au moins une chute par année (Lauzon et Adam, 1996). Les études faites auprès des aînés en général rapportent les données suivantes :

- 25 % des personnes âgées de 65 ans et plus tombent chaque année ;
- 33 % des personnes âgées de 75 ans et plus tombent chaque année ;
- 80 % des chutes surviennent le jour, dans les pièces les plus utilisées ;
- Les femmes tombent deux fois plus que les hommes.

Au CRSSS de la Baie-James, en 2011-2012, les chutes en centre d'hébergement représentaient 57 % des incidents et des accidents déclarés, et 19 % des chutes ont des conséquences.

Le profil actuel des usagers en centre d'hébergement nécessite qu'on s'y attarde sérieusement, puisque tous ces usagers sont considérés comme des personnes à risque de chutes, et ce, pour différentes raisons et à différents degrés. Il est donc nécessaire d'intervenir collectivement et individuellement pour diminuer la fréquence des chutes en évaluant les facteurs de risque des usagers et de l'environnement.

Objectif général

Réduire la fréquence des chutes et leurs conséquences tout en préservant d'une façon optimale l'autonomie des usagers.

Objectifs spécifiques

1. Conscientiser les usagers, les familles et l'ensemble du personnel aux risques de chute et à leurs conséquences.
2. Mobiliser l'ensemble du personnel et les familles pour une prévention collective quotidienne.
3. Assurer un environnement sécuritaire par des interventions préventives générales.
4. Accompagner les intervenants dans une démarche systématique de prévention des chutes.
5. Déterminer les facteurs de risque de chute propres à chaque usager.
6. Instituer des mesures proactives pour atténuer ces facteurs.
7. Favoriser une collaboration interprofessionnelle pour l'atteinte des objectifs.
8. Assurer la formation et le soutien professionnel nécessaires à l'atteinte des objectifs.
9. Optimiser la prise en charge de la situation après une chute.
10. Prévenir l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contentions) par l'essai de mesures de remplacement.
11. Mesurer périodiquement les impacts du Programme de prévention des chutes à l'aide des indicateurs de qualité et apporter les modifications au programme selon les besoins.

Définitions

Chute

Tout événement imprévu qui amène une personne à se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur et qui n'est pas une conséquence d'un coup violent, d'une perte de conscience, d'une paralysie soudaine ou d'une crise épileptique. Cette définition s'inspire de celle du Kellogg International Work Group (Sattin, 1992).

Quasi-chute (ou presque chute)

Événement au cours duquel un usager aurait fait une chute s'il n'avait pas été retenu par quelque chose ou quelqu'un. La quasi-chute peut se produire en présence ou non d'un intervenant. La hauteur du point de départ de la quasi-chute et le fait qu'il y ait ou non présence de blessure n'ont pas d'importance.

**La quasi-chute peut être un indice du risque et doit être prise en considération.
Une évaluation et une analyse de la situation doivent être effectuées.**

Incident

Action ou situation qui n'entraînent pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel, et qui, en d'autres occasions, pourraient entraîner des conséquences.

Accident

Action ou situation où le risque se réalise et est ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, du personnel ou d'un tiers.

Syndrome postchute (peur de tomber)

La peur de tomber se manifeste souvent après une chute, d'où l'appellation « syndrome postchute », mais s'observe aussi chez des personnes n'ayant fait aucune chute. La peur de tomber peut être causée par plusieurs facteurs : des problèmes de santé physique, une chute récente ou non, avoir été témoin d'une chute, avoir entendu parler d'une chute, le sentiment de la perte de contrôle liée au vieillissement, etc.

Prévention collective

Toute personne qui vit, travaille ou fait une visite aux soins de longue durée ou de courte durée du CRSSS de la Baie-James a le pouvoir de prévenir les chutes. En effet, toutes ces personnes sont responsables de signaler ou de corriger toute anomalie dans l'environnement qui constitue un risque à la sécurité.

Pour éviter les risques de chute, l'environnement et l'équipement doivent être sécuritaires. L'équipement doit être utilisé adéquatement, et on doit favoriser un milieu paisible.

Un **environnement sécuritaire** se traduit par des aires de déplacement dégagées et sans obstacle, où l'ameublement est solide. Voici quelques exemples d'éléments à prendre en considération **en tout temps** pour offrir un environnement sécuritaire :

- Les chariots, les fauteuils et tout autre équipement sont placés d'un même côté du corridor et ne bloquent pas les accès. Le cas échéant, les freins sont actionnés ;
- Le plancher est sec, sans fil qui traîne ;
- Les mains courantes sont solides et faciles d'accès ;
- La lumière est suffisante ;
- Les portes codées à verrouillage automatique sont bien refermées après le passage d'un employé.

Afin de réduire les risques de chute liés à l'environnement, une vérification est faite chaque mois par un membre de l'équipe de soins, en collaboration avec l'infirmière responsable de l'admission de l'usager. Selon les résultats obtenus, l'infirmière informe l'équipe des corrections à apporter puis dépose la grille remplie dans le cahier des indicateurs cliniques et en transmet une copie au chef de service.



Cette vérification se fait à l'aide de l'outil *Liste de contrôle de la sécurité de l'environnement* (annexe I) comportant quatre sections :

- A. Corridors ;
- B. Aires communes ;
- C. Chambres ;
- D. Salles de toilettes et salles d'eau.

Afin de favoriser la vigilance de tous les membres de l'équipe, il est recommandé de changer d'intervenant pour chacune des périodes de vérification. Aussi, on suggère de déterminer une date fixe mensuelle pour cette vérification.

Toute personne présente dans une unité de courte ou de longue durée doit être soucieuse de la sécurité de l'environnement dans lequel évoluent les usagers qui y vivent.

Un **environnement paisible** se traduit par un milieu où les sources de stimulation sont modulées selon les comportements des usagers. Voici des exemples d'éléments à prendre en considération **en tout temps** pour offrir un environnement paisible :

- Le son du téléviseur ou de la radio est ajusté en fonction des comportements des usagers ;
- L'intercom est utilisé lors de situations exceptionnelles ;
- Les employés parlent entre eux d'un ton pondéré.

Toute personne présente dans une unité de courte ou de longue durée doit être soucieuse du calme de l'environnement.

Sont considérés comme **équipements sécuritaires** : l'ameublement et les aides techniques et à la marche. Ils doivent être solides et bien ajustés, ainsi que le matériel de levage en bon état de fonctionnement. Voici quelques exemples d'éléments à prendre en considération pour que les **équipements** soient **sécuritaires** :

- Les freins des lits, des fauteuils et des lève-personnes sont efficaces et actionnés ;
- Le mobilier reste stable lorsqu'on s'y appuie ;
- Les aides à la marche sont stables ;
- Les barres d'appui de lit et au mur sont bien fixées ;
- Les lève-personnes sont en bon état ; la toile est en bon état (pas de déchirure ou de trou) et la grandeur est adaptée à la taille de l'utilisateur. .

Un signalement est fait à l'assistante du supérieur immédiat (ASI) lorsqu'un équipement est défectueux. L'ASI enregistre une demande de service dans le système.

Chaque employé qui travaille dans une unité de courte ou de longue durée doit signaler les équipements défectueux.

Une **utilisation sécuritaire de l'équipement** implique que le mode de fonctionnement de l'équipement est connu de l'employé avant utilisation et que cette utilisation respecte les normes du fabricant. Voici les éléments à prendre en considération **en tout temps** pour une utilisation sécuritaire de l'équipement :

- L'organisation s'assure de donner la formation lors de l'acquisition d'un nouvel équipement ;
- L'employé demande l'aide nécessaire avant de manipuler un équipement qu'il utilise pour la première fois ;
- Un signalement est fait à l'ASI à l'aide du formulaire AH-223 lorsque l'utilisation d'un équipement n'est pas faite de façon sécuritaire pour qu'un correctif puisse être apporté.

Chaque employé qui travaille dans une unité de courte ou de longue durée a la responsabilité de demander l'aide nécessaire avant d'utiliser un équipement qu'il ne connaît pas.

Les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires

Un pourcentage non négligeable de chutes a lieu lors des transferts des usagers (ex. : déplacement du lit au fauteuil, du fauteuil à la toilette). Ces chutes incluent celles où l'usager est accompagné. Les déclarations d'incidents/accidents faites par les employés des centres d'hébergement du CRSSS de la Baie-James (année 2008-2009) font d'ailleurs état de plusieurs événements liés au transfert d'un usager.

Certains facteurs humains peuvent expliquer la chute d'un usager en présence d'un intervenant :

- L'employé a un faux sentiment de coopération ou de capacité de l'usager pendant la manœuvre;
- L'employé est pressé de faire la tâche par contrainte de temps;
- L'employé ne trouve pas à temps quelqu'un pour l'assister.

Le CRSSS de la Baie-James est soucieux de la sécurité des déplacements et a donc mis en place des stratégies liées aux principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB).

Les PDSB consistent en une formation¹ visant à développer les habiletés des intervenants pour la mobilisation des usagers afin de réduire le risque de blessure et de chute autant chez les intervenants que chez les usagers. Les PDSB fournissent aux intervenants :

1. Un moyen d'analyser le niveau d'assistance à apporter à un usager selon sa capacité fonctionnelle;
2. Un moyen d'aider de façon efficace et sécuritaire un usager selon cette même capacité fonctionnelle.

L'établissement, soucieux que ses employés interviennent selon les PDSB, s'assure :

- D'offrir des séances de formation sur les principes de mobilisation et des outils de déplacement;
- De permettre aux personnes-ressources en PDSB d'intervenir régulièrement sur le terrain.

1 Formation de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

Prévention individuelle

Il est démontré que l'approche interdisciplinaire est une des meilleures pratiques pour la prévention des chutes et des blessures liées aux chutes. Une telle approche permet des évaluations et des interventions multifactorielles à partir de l'expertise de plusieurs professionnels de l'équipe clinique.

Au CRSSS de la Baie-James, du début à la fin du séjour d'un usager, les professionnels de l'équipe interdisciplinaire interviennent de façon autonome, selon les besoins. Cependant, dans le cadre spécifique de la prévention des chutes, le dépistage effectué permet l'intervention plus précoce de certains professionnels, favorisant ainsi l'efficacité des interventions.

La section *Prévention individuelle* comporte les sections suivantes :

- La grille de dépistage :
 - Situations justifiant l'évaluation des facteurs de risque de chute ;
 - Facteurs de risque et interventions générales et spécifiques ;
 - Présence de facteurs aggravants ;
 - Interventions préventives minimales ;
 - Commentaires ou autres interventions ;
 - Signature de l'infirmière ou du professionnel ayant rempli la grille ;
- Le rôle des membres de l'équipe interdisciplinaire, de l'usager, de sa famille et des autres intervenants.

LA GRILLE DE DÉPISTAGE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

Il est difficile de déterminer de façon exhaustive toutes les conditions pouvant entraîner une chute chez une personne.

Le vieillissement normal, avec tous les changements physiologiques qui en découlent, peut contribuer au risque de chute, ce qui ne signifie pas nécessairement qu'il est inévitable de tomber en vieillissant. **Les facteurs de risque de chute sont d'ordre biologique, socio-économique, comportemental et environnemental.**

On définit un **facteur de risque** comme un élément lié à la personne ou à l'environnement, susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Bien sûr, plusieurs conditions de santé peuvent contribuer à une chute. Cependant, les facteurs de risque de chute énoncés dans ce programme représentent ceux qui sont statistiquement significatifs.



L'annexe II présente la grille de dépistage des facteurs de risque de chute. Cet outil permet de déterminer rapidement les facteurs de risque des usagers et propose des interventions susceptibles de réduire leur risque de chute. Cette grille est une adaptation du *Fall risk screening tool : residential care*¹. Les facteurs de risque retenus par la D^{re} Scott sont :

1. Trois chutes ou plus dans les six derniers mois;
2. Présence d'étourdissements ou de vertiges;
3. État mental perturbé;
4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire;
5. Admission dans le dernier mois;
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche;
7. Faiblesse généralisée;
8. Continence;
9. Médication;
10. Usager dépendant lors des transferts.

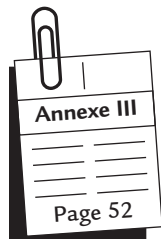
D'autres facteurs ne faisant pas partie de ceux ci-dessus sont aussi à considérer; ces derniers sont appelés « facteurs aggravants ». Quatre ont été retenus :

1. Troubles de la perception sensorielle;
2. Alimentation inadéquate;
3. Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle;
4. Peur de faire une chute.

Les sections suivantes expliquent en détails le mode d'emploi de la grille de dépistage des facteurs de risque.



Chaque partie du formulaire dont il est question a été agrandie pour permettre au lecteur de bien se situer. Ces agrandissements sont encadrés et identifiés à l'aide d'une loupe.



Un aide-mémoire (annexe III) a aussi été conçu pour aider le personnel à remplir la grille de dépistage.

Qui remplit le formulaire?

L'infirmière est l'intervenante pivot et a donc la responsabilité de remplir le formulaire. D'autres professionnels peuvent cependant remplir la grille lorsqu'ils l'estiment nécessaire.

¹ Adaptation et traduction libre du *Fall risk screening tool : residential care* (Scott et autres, 2006). Il est à noter que cet outil n'est pas validé. Cependant, contrairement à d'autres outils validés tels le Morse, le Stratify et le Henrich, la grille proposée par la D^{re} Scott permet de déterminer le niveau de risque des usagers fragiles.

Situations justifiant l'évaluation des facteurs de risque de chute

Situation où l'évaluation des facteurs de risque de chute est requise :

- À l'admission d'un usager.

Situations où l'évaluation des facteurs de risque de chute peut être pertinente :

- Lors d'un changement de la condition de santé d'un usager ;
- À la suite d'une chute ;
- Lors d'un changement de chambre.

Dépistage des facteurs de risque de chute

Cette case doit contenir :
N° dossier, nom et prénom, date de naissance (aaaa-mm-jj).



Date : _____

Cocher le motif d'évaluation :

Admission ☐

Changement de condition ☐

Réévaluation ☐

Postchute ☐

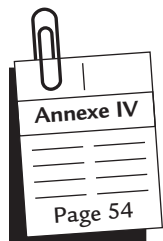
Changement de chambre ☐

☐

Cocher le motif d'évaluation

Admission d'un usager

À l'admission, un dépistage rapide des facteurs de risque de chute est effectué. En soins de longue durée, on recommande que le dépistage soit fait par **l'infirmière en collaboration avec son équipe**. Cette évaluation débute **24 heures suivant l'admission** et doit être complétée dans un délai de cinq jours. L'infirmière identifie et achemine le formulaire *Physiothérapie – évaluation de la sécurité* (annexe IV) au service de la physiothérapie.



Les membres de l'équipe de physiothérapie (physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique) utilisent quant à eux le formulaire *Physiothérapie – évaluation de la sécurité* (annexe IV) et procèdent à cette collecte de données dans la semaine suivant l'admission.

Les médecins interviennent également dès l'admission. Leur évaluation contribue aussi à documenter les risques de chute. Les pharmaciens, quant à eux, évaluent le risque de chute lié à la médication et incluent cette évaluation dans leur note d'admission.

Selon les facteurs de risque de chute de chaque usager, les autres professionnels sont appelés à évaluer la situation plus rapidement et de façon plus approfondie, et à mettre en place des interventions personnalisées.

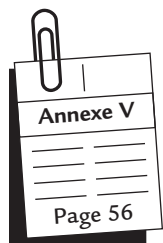
Changement de la condition de santé d'un usager

On entend par **changement** de la condition de santé d'un usager **tout épisode de soins aigus ou tout changement visible de l'état de la personne** qui augmente ou peut augmenter le risque de chute. Par exemple, un épisode infectieux (gastroentérite, infection respiratoire, infection urinaire, etc.), un retour après une hospitalisation, une détérioration visible de l'état général, etc.

L'évaluation des facteurs de risque de chute est coordonnée par l'infirmière et se fait avec le même outil qu'à l'admission. Si nécessaire, l'infirmière adresse ensuite des demandes aux autres professionnels concernés, avise l'équipe soignante (les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires) et effectue les modifications nécessaires au plan de travail.

Postchute

L'infirmière du quart de travail où se produit la chute porte la responsabilité d'évaluer et d'analyser l'histoire de la chute et d'intervenir selon la règle de soins infirmiers¹ en vigueur. L'infirmière détermine la pertinence d'effectuer un nouveau dépistage des facteurs de risque. Selon l'origine de la chute, connue ou hypothétique, ou le résultat obtenu au dépistage, elle peut intervenir et faire appel aux professionnels concernés (physiothérapeute, ergothérapeute, médecin, pharmacien, nutritionniste) à la famille au besoin. L'infirmière doit également inscrire, dans le cahier de visites médicales, les usagers ayant fait une chute.



À noter qu'il est nécessaire de faire l'analyse de l'histoire d'une chute dans le but d'en déterminer la cause probable et d'améliorer la situation. Lorsque la cause demeure nébuleuse, l'infirmière peut se servir de l'*Instrument d'analyse d'une chute*, joint à la règle de soins, pour préciser et consolider l'évaluation de l'histoire de la chute¹.

Pour un usager qui a fait plusieurs chutes, le formulaire *Analyse de chutes récurrentes* peut être utilisé (annexe V).

Nonobstant le fait que l'infirmière se doit d'effectuer une intervention postchute, les **autres professionnels**, quant à eux, sont **responsables de se tenir informés** des chutes survenues dans les milieux où ils interviennent.

Changement de chambre

Cette situation doit être prise en considération lors d'un changement important de l'environnement immédiat de l'usager. L'infirmière détermine la pertinence d'effectuer un nouveau dépistage des facteurs de risque.

Réévaluation

La réévaluation des facteurs de risque de chute permet de voir l'amélioration ou la détérioration de la condition d'un usager à l'égard du risque de chute.

Une réévaluation doit se faire obligatoirement **tous les douze mois**. Toutefois, si un changement positif ou négatif est observé, l'infirmière ou un autre professionnel peut décider de procéder à une réévaluation dans un délai plus court.

1 Pour des précisions sur la conduite clinique à suivre lors d'une chute, se référer à la règle de soins infirmiers *Évaluation et suivi de l'usager ayant chuté* du CRSSS de la Baie-James (2012).

Facteurs de risque et interventions générales et spécifiques

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Trois chutes dans les six derniers mois | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|

Toute chute multiplie par trois le risque d'une autre chute.

Une seule chute avec fracture ou autre blessure grave prédispose à un autre épisode semblable.

Collecte d'informations et observations

L'utilisateur est-il tombé dans les derniers six mois?

Si oui, combien de fois?

| FACTEURS DE RISQUE | ○ | INTERVENTIONS RAPIDES | ☑ |
|---|---|--|--|
| 1. L'utilisateur a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Maintien des habitudes de vie liées aux AVQ et aux AVD Orientation de l'utilisateur dans le temps et l'espace | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |



Quand coter

Encercler la cote si l'utilisateur a fait trois chutes ou plus dans les six derniers mois selon les données recueillies auprès de la famille ou dans le dossier de l'utilisateur.

Interventions générales

- Analyser les habitudes de vie. On peut inscrire au dossier les éléments suivants :
 - Quelle est la routine des activités de la vie quotidienne (AVQ) de l'utilisateur?
 - Marchait-il beaucoup dans le passé?
 - Est-il anxieux à l'idée de marcher ou lorsqu'il marche?
 - A-t-il réduit ses activités?
 - S'alimente et s'hydrate-t-il adéquatement?
 - Son poids a-t-il fluctué de façon notable au cours de la dernière année?
- Analyser les circonstances des chutes précédentes : le lieu, l'heure, l'activité, le comportement, etc.
- Favoriser l'orientation de l'utilisateur dans le temps et l'espace.

Interventions spécifiques

- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Élaborer un programme d'exercices propre à l'utilisateur.
- Utiliser des protecteurs de hanches.
- Utiliser un moniteur de mobilité.
- Établir un horaire de continence.
- Encourager la mobilité de l'utilisateur.
- Utiliser des barres d'appui au mur.
- Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ.
- Vérifier si l'utilisateur mange tout le contenu de son cabaret et s'hydrate entre les repas.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 2 | Présence d'étourdissements ou de vertiges | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

L'hypotension (faible tension artérielle) affecte 15 % de l'ensemble des aînés. Elle peut causer des vertiges et a d'ailleurs été associée à presque 20 % de l'ensemble des chutes (Agence de santé publique du Canada, 2005).

L'hypotension **orthostatique** est également un facteur de risque important. Effectivement, une baisse de la tension artérielle systolique de 20 mm Hg ou plus à la suite d'un transfert de la position couchée à la position assise ou debout ou une baisse de 10 mm Hg ou plus de la tension diastolique accompagnée de symptômes ex. : étourdissements, troubles visuels et l'absence de retour à la normale après trois minutes constituent des facteurs de risque majeurs.

Les vertiges peuvent aussi être occasionnés par des problèmes vestibulaires. Ceux-ci sont alors secondaires au changement de position de la tête (tourner la tête ou regarder en l'air).

Enfin, la déshydratation peut aussi provoquer des étourdissements.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur se dit-il étourdi :
 - Lorsqu'il est debout ?
 - Lors des transferts ?
 - Lorsqu'il tourne la tête ?
- Des étourdissements provoquent-ils une perte d'équilibre lors des transferts ou lorsque l'utilisateur tourne la tête ?
- L'utilisateur est-il déshydraté ou à risque de le devenir ?
- Sa bouche est-elle sèche ?
- Est-ce que le retour du pli cutané est diminué ?
- Présente-t-il un changement de comportement ? (Hypoactivité, hyperactivité.)
- Quel est son état mental ? (Capacité d'attention et état de conscience.)

| | | | |
|--|----------|--|--|
| 2. Présence d'étourdissements ou de vertiges <ul style="list-style-type: none"> ▪ En position debout ou ▪ Au transfert couché-assis ou ▪ Au transfert assis-debout | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Information donnée au personnel soignant lui précisant de faire les transferts lentement ▪ Enseignement donné à l'utilisateur pour qu'il fasse ses transferts lentement | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|----------|--|--|



Quand coter

Encercler la cote si l'utilisateur se dit étourdi en position debout ou lors des transferts ou si des étourdissements sont observés lorsque l'utilisateur est en position debout ou lors des transferts.

Interventions générales

- Vérifier la présence :
 - D'hypotension orthostatique;
 - De déshydratation;
 - De problèmes vestibulaires.

Indiquer les manifestations au dossier.

- Diriger l'utilisateur vers le médecin, au besoin.
- S'assurer, auprès du personnel soignant, que les transferts se font lentement.
- Enseigner à l'utilisateur à faire ses transferts lentement

ou

- Enseigner à l'utilisateur à bouger la tête lentement.

Interventions spécifiques

- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Utiliser des protecteurs de hanches.
- Garder l'aide à la marche à portée de l'utilisateur.
- Utiliser des barres d'appui au mur.
- S'assurer que l'utilisateur consomme la quantité de liquide recommandée.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | | | |
|----------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 3 | État mental perturbé | | | | | | |
|----------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|

L'altération de l'état mental secondaire à différents diagnostics peut constituer un risque de chute. Par exemple, une personne atteinte de démence peut présenter des déficits de la mémoire et du jugement, des troubles praxiques, une baisse de concentration et des problèmes de compréhension.

Le jugement d'une personne présentant une pathologie en santé mentale, comme un trouble dépressif, peut être altéré. D'ailleurs, une personne dépressive présente 30 fois plus de risques de tomber qu'une personne qui ne l'est pas.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur oublie-t-il ses déficits ou les consignes?
- L'utilisateur se perd-il?
- L'utilisateur fait-il de l'errance?
- L'utilisateur comprend-il les consignes simples?
- L'utilisateur est-il attentif?
- L'utilisateur fait-il une bonne estimation de ses limites?

| | | | |
|---|----------|--|--------------------------|
| 3. État mental perturbé Déliirium, démence, dépression ou présence d'agitation ou l'utilisateur ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes | 2 | ■ Instauration d'une routine de soins et d'activités | <input type="checkbox"/> |
|---|----------|--|--------------------------|



Quand coter

Encercler la cote si :

- L'un des diagnostics suivants est noté au dossier de l'utilisateur : troubles cognitifs, démence, délirium ou dépression (tenir compte de ces deux derniers diagnostics seulement en cas de phase active);
- L'utilisateur ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes ou s'il est agité.

Interventions générales

- S'informer sur le comportement de l'utilisateur et sur ses impacts sur les AVQ :
 - Les types d'oublis de l'utilisateur (l'importance que l'utilisateur accorde aux éléments peut influencer sa mémoire);
 - Les repères de l'utilisateur (s'il a tendance à se perdre, y a-t-il des éléments qu'il peut reconnaître?);
 - L'information comprise par l'utilisateur (ex. : les consignes simples) et le contexte favorisant sa compréhension (ex. : endroit sans bruit).
- Instaurer une routine de soins et d'activités.

Interventions spécifiques

- Bien décrire la routine dans le profil et le plan de travail et la rappeler régulièrement aux membres de l'équipe.
- Utiliser un moniteur de mobilité.
- Établir un horaire de continence.
- Rapprocher l'utilisateur du poste de garde.
- Minimiser les distractions.
- Utiliser des barres d'appui au mur.
- Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ.
- Donner des consignes simples (phrases très courtes).

| | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| 4 | Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|

Les comportements ou les manifestations ci-dessous peuvent contribuer à augmenter les risques de chute :

- L'agitation verbale et motrice ;
- L'anxiété ;
- Un déni du problème ;
- La témérité.

Un grand nombre de chutes en soins de longue durée se font lors des transferts à partir :

- Du lit ;
- De la cuvette des toilettes.

Le syndrome des jambes sans repos est caractérisé par un besoin irrésistible de bouger. Ce syndrome provoque des sensations de brûlure, de chatouillement ou de démangeaison. Le mouvement fournit un soulagement temporaire de ces sensations.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur oublie-t-il ses déficits ou les consignes ?
- L'utilisateur se plaint-il d'inconfort aux jambes ?
- L'utilisateur comprend-il les consignes simples ?
- L'utilisateur est-il attentif ?
- L'utilisateur fait-il une bonne estimation de ses capacités ?

4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos

3

- Installation d'un moniteur de mobilité (À discuter avec l'ergothérapeute)

☐


Quand coter

☐ Encercler la cote si l'utilisateur tente de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire (transfert seulement).

Interventions générales

- S'informer sur le comportement de l'utilisateur et sur ses impacts sur les AVQ :
 - Les types d'oublis de l'utilisateur (l'importance que l'utilisateur accorde aux éléments peut influencer sa mémoire) ;
 - Les repères de l'utilisateur (s'il a tendance à se perdre, y a-t-il des éléments qu'il peut reconnaître ?) ;
 - L'information comprise par l'utilisateur (ex. : les consignes simples) et le contexte favorisant sa compréhension (ex. : endroit sans bruit).
- Instaurer une routine de soins et d'activités.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.
- Orienter l'utilisateur en physiothérapie.

Interventions spécifiques

- Informer tous les employés qui interviennent sur l'unité d'actionner la **cloche d'appel** et d'attendre auprès de l'utilisateur quand celui-ci tente de se lever ou se mobilise de façon précaire dans la chambre.
- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Élaborer un programme d'exercices propre à l'utilisateur.
- Utiliser un moniteur de mobilité.
- Établir un horaire de continence.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 5 | Admission dans le dernier mois | | | | | | |
|----------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

Le changement d'environnement augmente le risque de chute en raison de la nouveauté, du manque de repères, de la modification de la routine et de l'anxiété liée au changement.

Le changement de chambre doit être considéré au même titre qu'une admission.

Collecte d'informations et observations

L'usager est-il anxieux ou désorienté depuis son arrivée ?

| | | | |
|--|----------|---|--------------------------|
| 5. Admission dans le dernier mois | 1 | ■ Surveillance accrue lors des déplacements | <input type="checkbox"/> |
|--|----------|---|--------------------------|



Quand coter

☐ Encercler la cote si l'usager a été admis au cours du dernier mois ou s'il vient de changer de chambre.

Intervention générale

Augmenter la surveillance lors des déplacements de l'usager.

Interventions spécifiques

- Informer tous les employés intervenant sur l'unité de vie de l'arrivée d'un nouvel usager.
- Utiliser un moniteur de mobilité.
- Établir un horaire de continence.
- Stimuler la participation de l'usager aux AVQ.

| | | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 6 | Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|--|

La diminution du contrôle musculaire et les limitations articulaires, surtout des membres inférieurs, comptent parmi les facteurs de risque de chute importants, de même que les problèmes d'équilibre et de coordination qui altèrent le mouvement et la démarche.

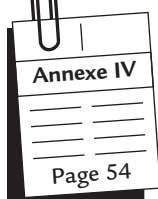
Parmi les pathologies provoquant un trouble de la démarche, l'**hémiparésie** suivant un AVC, l'**arthrite** et la **maladie de Parkinson** sont statistiquement liées à une augmentation du risque de chute. Pour la maladie de Parkinson, cette augmentation apparaît tardivement dans l'évolution de cette maladie.

Collecte d'informations et observations

Observez-vous les manifestations suivantes lorsque l'utilisateur marche ?

- Démarche prudente ;
- Déviation de la ligne de marche (marche instable) ;
- Pieds traînant au sol ;
- Pieds très écartés ;
- Petits pas ;
- Interruption brutale de la marche ;
- Interruption de la marche lorsque l'utilisateur parle ;
- Marche le tronc penché (en avant, en arrière, de côté).

| | | | |
|---|----------|--|--|
| 6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche | 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance accrue lors des déplacements ▪ Aide à la marche laissée (s'il y a lieu) à proximité ▪ Demande d'utilisation de protecteurs de hanches | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|----------|--|--|



Quand coter

Encercler la cote si l'utilisateur présente un des comportements ci-dessus (voir *Collecte d'informations et observations*). Le formulaire *Physiothérapie - évaluation de la sécurité* (annexe IV) rempli par les professionnels de la physiothérapie dans la semaine suivant l'admission de l'utilisateur peut aussi être consulté.

Interventions générales

- Augmenter la surveillance lors des déplacements de l'utilisateur.
- Orienter l'utilisateur en physiothérapie.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.
- Orienter l'utilisateur en pharmacie.

Interventions spécifiques

- Informer tous les employés qui interviennent sur l'unité de vie d'actionner la **cloche d'appel** et d'attendre auprès de l'utilisateur quand celui-ci tente de se lever ou se mobilise de façon précaire dans la chambre.

- Augmenter la fréquence des visites du personnel lorsque l'utilisateur est dans sa chambre.
- Utiliser un moniteur de mobilité.
- S'assurer que l'aide à la marche est utilisée adéquatement, s'il y a lieu.
- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Élaborer un programme d'exercices propre à l'utilisateur.
- Utiliser des protecteurs de hanches.
- Encourager la mobilité de l'utilisateur.
- Utiliser des barres d'appui au mur.
- Stimuler la participation de l'utilisateur aux AVQ.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | | | |
|----------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 7 | Faiblesse généralisée | | | | | | |
|----------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|

Dans le contexte d'une faiblesse généralisée, on parle davantage de perte de force musculaire ou d'un phénomène de grande fatigue. Ces manifestations peuvent indiquer des troubles métaboliques. En effet, un état fébrile, l'hyperglycémie ou l'hypoglycémie, les troubles électrolytiques causés par une diarrhée, par exemple, l'anémie, un état infectieux et la dénutrition sont à considérer.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur se dit-il faible ou fatigué?
- L'utilisateur est-il incapable de faire les activités mentionnées ci-dessous? (Voir encadré.)
- Voyez-vous un changement soudain dans la capacité de l'utilisateur à faire ses AVQ?

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| 7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse verbalisée par l'utilisateur ou ▪ Utilisateur incapable de rester debout 2 minutes ou ▪ Utilisateur incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (20 pieds) seul | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités est déterminé et inscrit au plan de travail | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--------------------------|



Quand coter

☐ Encercler la cote si l'utilisateur se dit faible ou fatigué ou s'il est incapable de faire les activités en raison de faiblesse ou de fatigue, avec ou sans aide à la marche.

Interventions générales

- 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.
- Déterminer le niveau d'aide requis pour les transferts et les déplacements.
- Orienter l'utilisateur vers le médecin.
- Orienter l'utilisateur en physiothérapie.
- Orienter l'utilisateur en pharmacie.
- Orienter l'utilisateur en nutrition.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.

Interventions spécifiques

- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Utiliser des barres d'appui au mur.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | | | |
|----------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
| 8 | Continence | | | | | | |
|----------|-------------------|--|--|--|--|--|--|

L'ainé qui souffre d'urgence mictionnelle est à risque de chutes, et le risque est augmenté s'il présente de la nycturie. L'incontinence urinaire, surtout si elle est récente, augmente également le risque.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur dit-il avoir souvent envie d'uriner ?
- L'utilisateur va-t-il aux toilettes la nuit ?
- L'utilisateur a-t-il du mal à se retenir jusqu'aux toilettes ?

| | | | |
|--|----------|---|--|
| 8. Continence <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 7 mictions en 24 h ou ▪ Nycturie (se lève la nuit ≥ 1 fois) ou ▪ Urgence mictionnelle ou ▪ Incontinence récente (dans le dernier mois) | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instauration d'un horaire de continence ▪ Utilisation d'une chaise d'aisance près du lit ▪ Information donnée au personnel lui précisant d'offrir à l'utilisateur d'aller aux toilettes avant l'administration d'un médicament qui provoque de la somnolence ▪ La nuit, modification de l'éclairage menant aux toilettes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|--|----------|---|--|



☐ Quand coter

Encercler la cote si l'utilisateur présente plus de 7 mictions en 24 heures, de la nycturie, de l'urgence mictionnelle ou une incontinence récente (1 mois ou moins).

Attention : Ne pas encercler la cote si l'utilisateur présente une incontinence de longue date, bien contrôlée.

Interventions générales

- Établir un horaire de continence.
- Installer une chaise d'aisance près du lit.
- La nuit, modifier l'éclairage menant aux toilettes. Ex. : Ajouter une veilleuse.
- Offrir à l'utilisateur d'aller aux toilettes avant l'administration d'un médicament qui peut provoquer de la somnolence.

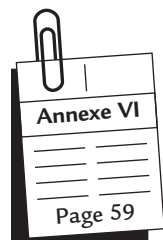
Interventions spécifiques

- Utiliser un moniteur de mobilité.
- Rapprocher l'utilisateur du poste de garde.

| | | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|--|--|
| 9 | Médication | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|--|--|--|

La consommation de médicaments des aînés est élevée, soit deux fois supérieure à ce que consomme l'ensemble de la population. Certains médicaments augmentent le risque de chute :

- Les benzodiazépines (ratio de 1,51);
- Les antidépresseurs (ratio de 1,54);
- Les antipsychotiques (rispéridone ratio de 1,32, olanzapine ratio de 1,74).



D'autres classes de médicaments sont susceptibles d'entraîner des chutes : les narcotiques, les anti-hypertenseurs, les diurétiques, l'insuline et les hypoglycémiantes, les anticonvulsivants, la lévodopa et tous les produits ayant des propriétés anticholinergiques. Ces médicaments peuvent causer des effets indésirables (annexe VI).

La consommation d'alcool ou de drogues représente aussi un facteur de risque de chute.

Collecte d'informations et observations

- Observez-vous chez l'usager les effets indésirables suivants pouvant être liés aux médicaments ?
 - De la somnolence diurne ?
 - De la confusion ?
 - De l'hypotension orthostatique ?
 - De l'hyper ou de l'hypoglycémie ?
 - Des étourdissements ?
 - Un ralentissement psychomoteur ?
 - Une vision brouillée ?
 - Une urgence mictionnelle ?
- L'usager consomme-t-il de l'alcool ou des drogues ?

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| 9. Médication <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les prn ▪ Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique | 1 | ▪ Surveillance de l'apparition d'effets indésirables | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | ▪ Surveillance de la présence de somnolence diurne | <input type="checkbox"/> |



Quand coter

- Encercler la première cote si l'usager prend cinq médicaments et plus incluant les prn, mais ne pas inclure les gouttes, les onguents, les crèmes et les vitamines et minéraux (ex. : fer, calcium).
- Encercler la deuxième cote si l'usager prend des benzodiazépines, des antidépresseurs, des antipsychotiques ou des narcotiques.

Interventions générales

- Prêter attention à l'apparition d'effets indésirables, les noter et aviser le pharmacien.
- Aviser le pharmacien si l'usager consomme de l'alcool ou des drogues.
- Diriger l'usager vers le médecin.

Interventions spécifiques

Le pharmacien effectue ses recommandations sur la médication en considérant :

- Les risques et les bénéfices pour l'usager;
- Un médicament alternatif;
- Une réduction possible de la dose.

| | | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|
| 10 | Usager dépendant lors des transferts | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|--|

Un usager qui ne peut pas faire ses transferts seul et qui ne tente pas de le faire est moins à risque de chutes.

Cependant, son positionnement devient alors un élément important, puisqu'il peut provoquer une chute.

Un mauvais positionnement peut être dû à :

- Un coussin ou un matelas inapproprié ;
- Une position assise prolongée ;
- Une position du fauteuil non adaptée aux besoins de l'utilisateur ;
- Un fauteuil non adapté aux besoins de l'utilisateur.

Collecte d'informations et observations

- L'utilisateur est-il dépendant des transferts ?
- Tente-t-il de se lever seul ?
- Observez-vous les éléments suivants chez l'utilisateur ?
 - Un glissement prononcé du bassin au bord du fauteuil ou du lit ;
 - Une inclinaison latérale ou antérieure du tronc (corps penché vers l'avant ou de côté).

| | | | |
|---|------------|---|--|
| 10. Usager dépendant lors des transferts (qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire) <i>*Négatif parce que rend l'utilisateur moins à risque</i> | - 5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification du positionnement au fauteuil ▪ Vérification du positionnement au lit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|------------|---|--|



Quand coter

☐ Encercler la cote dès que l'utilisateur est dépendant des transferts et qu'il ne tente pas de se lever seul. Ce facteur **est négatif**, puisqu'il réduit les risques associés aux autres facteurs en raison de la dépendance de l'utilisateur.

Interventions générales

- Vérifier si le positionnement de l'utilisateur est adéquat :
 - Au fauteuil ;
 - Au lit.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.

Interventions spécifiques

- Assurer le bon positionnement de l'utilisateur.
- Établir un horaire de continence.

| | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| Grand total | | | | | | |
|--------------------|--|--|--|--|--|--|

**GRAND TOTAL**

1-6 Risque de chute léger à modéré
 ≥ 7 Risque élevé de chute
 > 12 Déplacements non sécuritaires

Le total des cotes encerclées donne une estimation du niveau de risque de l'usager.

Présence de facteurs aggravants

Les facteurs de risque de chute de la grille de dépistage de Vicky Scott ont une cote permettant de quantifier le risque de chute. Il existe cependant d'autres facteurs de risque dont il est important de tenir compte. Voici quatre facteurs considérés comme étant des facteurs aggravants :

| PRÉSENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS | <input checked="" type="checkbox"/> | INTERVENTIONS RAPIDES | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|---|--|
| Troubles de la perception sensorielle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit visuel ou auditif ▪ Neuropathie périphérique ▪ Atteinte desgnosies ou héminégligence | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance du port des lunettes ou des prothèses auditives ▪ Amorce du geste par l'intervenant pour aider la compréhension de l'usager ▪ Respect du champ visuel de l'usager | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Alimentation inadéquate <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malnutrition ▪ Consommation ≤ ¾ du repas incluant la viande ▪ Consommation < 2 repas par jour | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de l'alimentation ▪ Surveillance du port des prothèses dentaires ▪ Rendre l'eau accessible et à portée de main de l'usager ▪ Surveillance de l'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification que la surveillance est effectuée | <input type="checkbox"/> |
| Peur de faire une chute. Les comportements possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'usager a changé ses habitudes lors de ses activités ▪ L'usager restreint ses déplacements ▪ L'usager marche avec précaution ▪ L'usager devient anxieux dès qu'il est en position debout | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de la marche avec l'aide d'un ou de deux intervenants | <input type="checkbox"/> |


☐

Cocher s'il y a présence de facteurs aggravants

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| Troubles de la perception sensorielle | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

L'altération des sens (déficits visuel et auditif) peut causer des chutes. Les personnes souffrant d'un **déficit visuel** présentent un risque deux fois et demie supérieur de subir une chute (Agence de santé publique du Canada, 2005).

Les **neuropathies périphériques (neuropathie diabétique, sténose lombaire)** peuvent aussi provoquer des chutes. La diminution des phénomènes sensitifs aux membres inférieurs peut altérer la marche.

Enfin, l'atteinte des gnosies (altération de la reconnaissance des mouvements ou des objets) ou la présence d'héminégligence peuvent également provoquer une chute en raison des difficultés à percevoir les éléments de l'environnement ou à saisir comment mobiliser les membres.

Collecte d'informations et observations

- Les prothèses utilisées (verres correcteurs ou prothèse auditive) compensent-elles bien les déficits?
- Si le déficit ne peut pas être compensé par une prothèse, est-ce que l'utilisateur s'est adapté à son déficit?
- Est-ce que l'utilisateur reconnaît les objets et sait à quoi ils servent?
- Est-ce que l'utilisateur connaît les mouvements à faire pour se lever, s'asseoir, marcher, se coucher?

Interventions générales

- Garder toujours les objets usuels au même endroit (problème visuel).
- Mettre les effets personnels, l'aide à la marche et la cloche d'appel à la portée de l'utilisateur.
- Annoncer sa présence visuellement avant de toucher l'utilisateur (problème auditif).
- S'assurer que les prothèses auditives ou visuelles soient ajustées et portées.
- Orienter l'utilisateur dans son environnement personnel.

Interventions spécifiques

- Utiliser une barre d'appui au lit¹.
- Utiliser des barres d'appui au mur.
- Utiliser des contrastes de couleur pour l'équipement et dans l'environnement.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.
- Orienter l'utilisateur vers l'optométriste ou l'orthésiste.

1 S'assurer d'utiliser une barre d'appui de lit acceptée par l'équipe de réadaptation du CRSSS de la Baie-James.

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| Alimentation inadéquate | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|

Au cours des dernières années, l'existence de la malnutrition chez les aînés hébergés ou vivant seuls à domicile a été mise en évidence. La prévalence de la déficience protéino-énergétique est particulièrement élevée chez ces personnes, se situant entre 25 et 65 %, selon les critères utilisés. Cette malnutrition s'accompagne fréquemment de déficiences latentes ou franches en micro ou macronutriments pouvant avoir une incidence, entre autres choses, sur la faiblesse généralisée, comme mentionné au point 7, augmentant ainsi les risques de chute.

Déjà connue pour favoriser l'absorption du calcium, la vitamine D est de plus en plus considérée comme un facteur contribuant à l'augmentation de la force musculaire, améliorant ainsi l'équilibre. Selon la campagne canadienne *Soins de santé plus sécuritaires maintenant* (2010), la vitamine D permet :

- L'amélioration des fonctions musculaires (meilleure oscillation corporelle);
- La réduction des risques de chute, surtout chez les femmes recevant des soins de longue durée;
- La réduction des effets débilissants de l'ostéoporose;
- L'amélioration de la teneur minérale des os.

Les aînés qui ont un taux élevé de vitamine D réussissent mieux les tests de force musculaire et d'équilibre. Cependant, les niveaux sériques en vitamine D sont faibles au Canada, principalement en raison des changements saisonniers. Le *Guide alimentaire canadien* recommande un supplément de 400 UI de vitamine D aux personnes de 50 ans et plus en bonne santé. De son côté, Ostéoporose Canada recommande, pour les adultes de plus de 50 ans présentant un risque modéré de déficit en vitamine D, une supplémentation quotidienne de 800 à 1000 UI (20–25 µg) de vitamine D. Une supplémentation quotidienne de plus de 1000 UI (25 µg) peut être nécessaire pour parvenir au niveau optimal de vitamine D.

La qualité de la masse minérale osseuse dépend du bilan calcique, lui-même tributaire des apports mais également des pertes en calcium. L'état de santé d'une personne et certains constituants alimentaires peuvent contribuer à améliorer ou à détériorer le bilan calcique.

L'évaluation de l'état nutritionnel de l'usager tiendra compte de tous ces facteurs et permettra d'établir un plan de traitement nutritionnel individuel pour améliorer la force musculaire et diminuer la fragilité des os.

Collecte d'informations et observations

- L'usager consomme-t-il au moins les trois quarts de son plateau (viande incluse) ou au moins deux repas par jour?
- L'usager a-t-il une bonne hygiène buccale? (Ex. : des problèmes bucaux tels qu'un ulcère ou du muguet peuvent provoquer de la douleur et réduire l'appétit.)
- S'il porte des prothèses dentaires, sont-elles bien ajustées?
- L'usager présente-t-il du reflux gastro-œsophagien ou des nausées?
- Si l'usager reçoit des demi-portions lors des repas, consomme-t-il l'entièreté de son plateau?
- L'usager prend-il des suppléments alimentaires?
- Le poids de l'usager a-t-il fluctué au cours des six derniers mois?
- L'usager prend-il des suppléments de vitamine D ou d'autres vitamines ou minéraux?
- L'usager a-t-il des antécédents de malnutrition?
- L'usager a-t-il des problèmes de déglutition?

Intervention générale

Orienter l'usager en nutrition.

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

L'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle peut amener des conséquences physiques (immobilité, atrophie musculaire, faiblesse) et psychologiques (dépression, anxiété, délirium) qui augmentent les risques de chute.

Lorsqu'un usager sous contention tombe, les conséquences sont généralement plus graves. La contention multiplie par huit le risque direct et indirect de mortalité à la suite d'une chute.

Par ailleurs, avant de décider d'utiliser la demi-porte comme mesure d'isolement, le risque que l'usager tente de passer par-dessus la demi-porte doit être bien évalué.

Important :

Si, à l'admission, un usager est porteur d'une mesure de contrôle, la pertinence du port de cette mesure doit être évaluée dans les meilleurs délais. Le formulaire de dépistage des facteurs de risque de chute est rempli selon l'observation des comportements de l'usager sans port de contention.

Collecte d'informations et observations

- Est-ce que la contention est installée et ajustée de façon sécuritaire?
- Est-ce que la contention est en bon état?
- Si l'usager est apte à marcher avec assistance, lui permet-on de conserver ses capacités à se déplacer par un programme de marche?
- Est-ce que la surveillance est adéquate?
- Est-ce que la mesure de contrôle est encore pertinente?

Interventions générales

- S'assurer que la mesure de contrôle respecte le *Cadres de référence sur les mesures de contrôle* du CRSSS de la Baie-James.
- Réévaluer dans les meilleurs délais la pertinence de la mesure de contrôle.
- Assurer la surveillance requise.
- Orienter l'usager en ergothérapie.
- Orienter l'usager en physiothérapie.

Interventions spécifiques

- Assurer le bon positionnement de l'usager.
- Assurer la surveillance telle que prescrite et inscrire la fréquence de surveillance sur le *Formulaire de soins et de surveillance de la contention ou de l'isolement (SCD-110)*.

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| Peur de faire une chute | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|

La peur de tomber peut apparaître chez l'ainé, qu'il soit déjà tombé ou non. Elle provoque de l'anxiété qui amène la personne à limiter ses activités et ses déplacements. On peut voir apparaître plus ou moins rapidement une modification des habiletés fonctionnelles menant au syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM).

Le SDPM correspond à une décompensation des fonctions motrices telles que la posture, la marche et les automatismes psychomoteurs.

Les manifestations cliniques du SDPM sont :

- Une démarche prudente ;
- Des petits pas traînants, les genoux fléchis ;
- Des mains qui cherchent à tout agripper sur leur passage ;
- Une tendance à la rétropulsion en position assise, debout et à la marche (perte de projection du tronc vers l'avant) ;
- Une phobie de la station debout ;
- Une perte de compétence dans la séquence des mouvements de transfert de la position assise à la position debout et à la marche.

Selon le stade de développement du SDPM, une ou toutes ces manifestations peuvent s'observer chez une même personne. Le SDPM peut mener à une perte d'autonomie complète.

Collecte d'informations et observations

- Est-ce que l'utilisateur a changé ses habitudes dans ses activités ?
- Est-ce que l'utilisateur restreint ses déplacements ?
- Est-ce que l'utilisateur marche avec précaution ?
- Est-ce que l'utilisateur devient anxieux dès qu'il est en station debout ?

Interventions générales

- Poser les questions suivantes à l'utilisateur :
 - Avez-vous peur de tomber ?
 - Avez-vous diminué vos activités parce que vous avez peur de tomber ?

- Encourager l'utilisateur à exprimer ses craintes.
- Adopter des stratégies pour redonner confiance à l'utilisateur quant à sa mobilité.
- Orienter l'utilisateur en physiothérapie.
- Orienter l'utilisateur en ergothérapie.

Interventions spécifiques

- Instaurer des activités de marche accompagnées.
- Féliciter l'utilisateur pour ses performances après l'activité de marche.

Interventions préventives minimales selon le score obtenu

La grille de dépistage permet de déterminer le **degré de risque de chute** des usagers. En effet, selon le score obtenu, le risque de chute d'un usager est considéré comme faible, modéré ou élevé. Cependant, peu importe le score, des précautions sont à prendre afin de réduire le risque de chute.

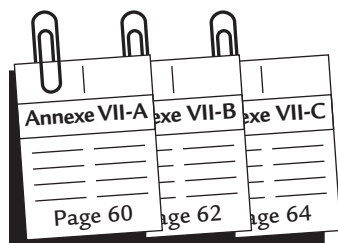
Peu importe le score obtenu, veuillez vous assurer que ces interventions minimales préventives soient réalisées.

| Interventions préventives minimales selon le score obtenu (Cocher les interventions selon le score obtenu au dépistage.) | | |
|---|---|---|
| Peu importe le score : (0 à 19) 1. <input type="checkbox"/> Lit au plus bas niveau 2. <input type="checkbox"/> Cloche d'appel à proximité de l'utilisateur 3. Chaussures adéquates <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille 4. Vêtements adéquats <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille 5. Chambre encombrée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, joindre la famille 6. Voir au maintien de l'autonomie de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> AVQ <input type="checkbox"/> Continence | Risque élevé de chute ≥ 7 Appliquer les interventions 1 à 6 et ajouter 7. <input type="checkbox"/> Indiquer le niveau de risque sur le PTI et les plans de travail 8. <input type="checkbox"/> Utiliser des stratégies personnalisées pour la prévention des chutes (Documenter au dossier) 9. <input type="checkbox"/> Si, exceptionnellement, il y a utilisation d'une contention, s'assurer de son installation sécuritaire | Déplacements non sécuritaires > 12 Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter 10. <input type="checkbox"/> Tenir une discussion interdisciplinaire 11. <input type="checkbox"/> Utiliser le logo « Usager ayant des déplacements non sécuritaires » (avec l'accord de l'utilisateur ou de son proche) 12. <input type="checkbox"/> Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil |



Pour tous les usagers (score entre 0 et 19)

Les précautions suivantes doivent être appliquées **pour tous les usagers**, peu importe le score obtenu (à moins d'un avis contraire provenant d'une décision d'équipe).



1. Garder le lit au niveau le plus bas.
2. Garder la cloche d'appel à proximité de l'utilisateur.
3. L'utilisateur doit porter des chaussures adéquates
4. L'utilisateur doit porter des vêtements adéquats (s'assurer de la taille adéquate des vêtements et que ceux-ci ne traînent pas au sol).
5. Tenir la chambre de l'utilisateur non encombrée.
6. Voir au maintien de l'autonomie de l'utilisateur.

6.

L'autonomie et les activités de la vie quotidienne

Les activités d'hygiène et d'habillage sont des activités de base qui offrent beaucoup de bénéfices :

- Sur le plan physique, elles maintiennent la flexibilité du corps et l'endurance cardiorespiratoire. Elles exercent la force des membres inférieurs, si on alterne entre les positions assise et debout.
- Sur le plan psychologique, elles préservent la dignité et le sentiment de contrôle sur sa vie.

Stratégies possibles

- a. Ne pas faire ces activités à la place de l'utilisateur.
- b. S'il y a alternance entre les positions assise et debout, ajouter quelques répétitions afin de stimuler la force des cuisses.
- c. Si une partie de l'activité se fait debout, stimuler le maintien de la position jusqu'à deux minutes au moins afin d'améliorer l'endurance de l'utilisateur.
- d. Stimuler la marche (par exemple, laisser l'utilisateur se rendre à son placard pour prendre ses vêtements, le faire marcher du lit au lavabo, etc.).

6.

L'autonomie et les soins liés à la continence

Les données sur le profil des usagers vivant en soins de longue durée révèlent que plus de 50 % de ceux-ci présentent des troubles de continence associés à de l'inactivité physique. La stimulation de l'activité physique lorsqu'un usager se rend aux toilettes peut améliorer l'endurance et la force des bras et des jambes.

Stratégies possibles

- a. Si l'utilisateur peut se déplacer en marchant :
 - L'amener aux toilettes en marchant ;
 - Pour un des soins de continence quotidiens, augmenter la distance de marche en amenant l'utilisateur à une salle d'eau plus éloignée ;
 - Lorsque l'utilisateur est aux toilettes, lui demander de répéter le mouvement assis-debout plus d'une fois (ne pas dépasser dix répétitions).
- b. Si l'utilisateur peut se déplacer en fauteuil roulant :
 - Demander à l'utilisateur de se rendre aux toilettes en roulant son fauteuil. Selon le niveau de difficulté ou le temps requis, permettre à l'utilisateur de le faire minimalement une fois par jour ;
 - Lorsque l'utilisateur est aux toilettes, l'aider à répéter le mouvement assis-debout plus d'une fois (ne pas dépasser dix répétitions).
- c. Si l'utilisateur peut faire un transfert assis-debout :
 - Lorsque l'utilisateur est aux toilettes, l'aider à répéter le mouvement assis-debout plus d'une fois (ne pas dépasser dix répétitions) ;
 - Lors de la position debout, stimuler le maintien de la position jusqu'à deux minutes au moins afin d'améliorer l'endurance de l'utilisateur.

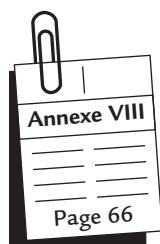
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Pour les usagers dont le score est égal ou plus élevé que 7 | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Appliquer les interventions 1 à 6 ci-dessus et ajouter les suivantes :

7. Indiquer le niveau de risque des problèmes prioritaires et les directives infirmières sur le PTI et les plans de travail;
8. Utiliser des stratégies personnalisées pour la prévention des chutes (les inscrire au dossier);
9. Si, exceptionnellement, il y a utilisation d'une contention, s'assurer de son installation sécuritaire.

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Pour les usagers dont le score est plus élevé que 12 | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

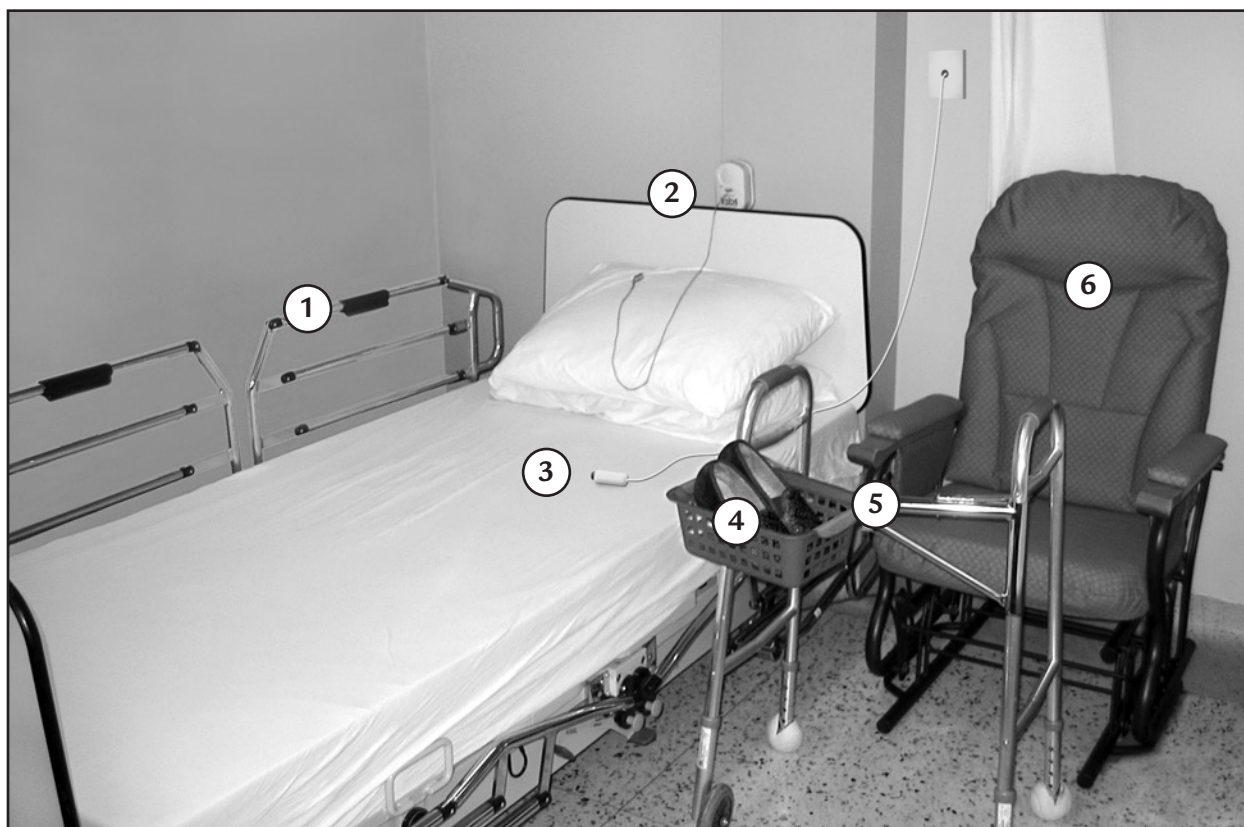
Appliquer les interventions 1 à 9 ci-dessus et ajouter les suivantes :



10. Tenir une discussion interdisciplinaire;
11. Avec le consentement de l'utilisateur ou de sa famille, utiliser le logo *Usager ayant des déplacements non sécuritaires* (annexe VIII). L'afficher à la porte de la chambre ainsi que sur le fauteuil roulant ou sur l'aide à la marche, s'il y a lieu.
 À noter qu'il est possible, malgré un score plus élevé que douze, de ne pas utiliser le logo si les risques sont acceptés par l'utilisateur et sa famille ou si l'utilisateur présente un comportement particulier (ex. : troubles psychotiques). Si cette situation se présente, il est nécessaire :
 - **Que la décision soit prise lors d'une discussion interdisciplinaire avec la collaboration et l'accord de la famille;**
 - **Que la discussion et la décision fassent l'objet d'une note au dossier.**
12. Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil.

Voici un exemple d'environnement sécuritaire optimal pour la prévention des chutes.

1. Un côté de lit monté (pleine longueur ou demi-longueur)
2. Moniteur de mobilité au besoin
3. Cloche d'appel accessible
4. Pantoufles ou chaussures à la portée de l'utilisateur
5. Aide à la marche à la portée de l'utilisateur
6. Fauteuil autobloquant à la tête du lit



Afin d'aider à l'élaboration d'un plan interdisciplinaire individualisé de prévention des chutes, certaines interventions plus spécifiques sont décrites dans les annexes VIII, IX, X, XI et XII

Commentaires ou autres interventions

D'autres facteurs non listés sur le formulaire peuvent influencer le risque de chute. Il peut s'agir, par exemple, de facteurs psychosociaux tels l'anxiété lorsque l'utilisateur voit ses visiteurs quitter le centre, le stress, le niveau d'engagement dans les activités sociales du centre, les relations entre les usagers d'une même chambre, d'une même unité ou d'un centre de soins de longue durée.

Les commentaires et les autres interventions réalisées qui n'apparaissent pas précédemment sur le formulaire doivent être inscrits dans cette section. Chaque note doit être signée. (Les infirmières des quarts de jour, de soir et de nuit, et les autres professionnels peuvent écrire dans cette section.)

D'autres stratégies de prévention peuvent également être notées. Il est aussi possible qu'un autre professionnel obtienne un score différent de celui de l'infirmière. Il doit alors inscrire son score dans cette section et en discuter avec l'infirmière.

Commentaires ou autres interventions

N. B. : Une note exige une signature à la fin de celle-ci.



Signature de l'infirmière ou du professionnel ayant rempli la grille

Le formulaire est rempli et signé par une infirmière. Le résultat du dépistage doit être inscrit dans le plan de soins de l'utilisateur

D'autres professionnels peuvent remplir la grille selon les besoins. Ils doivent alors signer celui-ci, et en informer l'infirmière.

Le formulaire de dépistage est inséré dans la section *Soins infirmiers* du dossier de l'utilisateur.

Grille remplie par

infirmière _____

Date : _____

autre professionnel _____

Date : _____



Date de la prochaine réévaluation

Indiquer la date de la réévaluation. Celle-ci est **obligatoire tous les douze mois**. Toutefois, si un changement positif ou négatif est observé, l'infirmière ou un autre professionnel peut décider de procéder à une réévaluation dans un délai plus court.

Date de la prochaine réévaluation : _____

La prochaine réévaluation doit obligatoirement être faite au plus tard dans 12 mois.



LE RÔLE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE, DE L'USAGER, DE SA FAMILLE ET DES AUTRES INTERVENANTS

Chaque membre de l'équipe clinique possède une expertise spécifique et travaille quotidiennement à prévenir les chutes chez les usagers du CRSSS de la Baie-James. Cependant, le partage de ces champs d'expertise demeure incontournable pour l'atteinte des objectifs. La **collaboration interdisciplinaire** est essentielle à la réussite de la prise en charge des usagers visant à réduire de façon optimale les risques de chute et les conséquences d'une chute. Ce partenariat de collaboration inclut **l'usager et sa famille**.

À l'admission, chaque professionnel qui intervient auprès d'un usager relativement à un risque de chute ou conséquemment à une chute doit inclure dans sa note au dossier une analyse du risque de chute ou de la chute au regard de son champ de compétence.

L'infirmière

En soins de longue durée, l'infirmière est l'intervenante pivot et intervient donc à l'admission, lors d'une chute, en suivi postchute, lors d'un changement de la condition de santé de l'usager et lors d'une réévaluation. Elle s'associe les intervenants concernés selon les facteurs de risque déterminés.

À l'admission, lors d'un changement de chambre ou lors d'un changement de la condition de santé de l'usager ou lors d'une réévaluation

- L'infirmière évalue les risques de chute et remplit la grille de dépistage des facteurs de risque de chute.
- Elle transmet toute l'information pertinente à l'équipe de soins et aux professionnels concernés.
- Elle détermine un plan thérapeutique infirmier (PTI) comportant les directives liées à la prévention des chutes.
- Elle indique les interventions nécessaires et transmet ses directives infirmières dans les plans de travail des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires.
- Elle s'assure que les directives infirmières soient connues, comprises et intégrées par l'équipe de soins, l'usager et sa famille.

Lors d'une chute et en suivi postchute

- L'infirmière évalue l'état physique et mental de l'usager et effectue un suivi postchute de 48 heures (voir la règle de soins infirmiers *Évaluation et suivi de l'usager ayant chuté* sur les postes informatiques des unités de soins).
- Selon la pertinence, l'infirmière évalue les risques de chute et remplit la grille de dépistage des facteurs de risque de chute;
- Elle analyse et s'informe des circonstances entourant la chute.
- Elle émet des hypothèses sur la cause ou les causes de la chute.
- Elle détermine, avec l'équipe de soins et l'équipe interdisciplinaire, les interventions à mettre en place.
- Elle ajuste le PTI de l'usager et en informe l'équipe de soins, l'usager et sa famille.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Autres rôles et responsabilités

- L'infirmière mesure aussi l'efficacité des interventions et des directives infirmières.
- Elle assure la communication avec les familles afin d'optimiser le partenariat pour la prévention des chutes.



- Elle assure le leadership et l'animation des *caucus* (voir définition p. 42).
- Elle s'assure que l'équipement en place sur les unités de soins soit adéquat, que l'équipe de soins l'utilise de façon sécuritaire et que l'environnement soit sécuritaire.
- **Une fois par mois**, elle planifie la vérification de l'environnement par un membre de son équipe et assure le suivi (annexe I).

L'infirmière auxiliaire

À l'admission, lors d'un changement de chambre, lors d'un changement de la condition de santé de l'utilisateur ou lors d'une réévaluation

L'infirmière auxiliaire **contribue** :

- À l'observation de l'utilisateur et à la collecte des données le concernant, et transmet l'information à l'infirmière;
- À l'élaboration du PTI;
- Au respect de l'application des interventions et des directives infirmières;
- À l'évaluation de l'efficacité des interventions et des directives infirmières.

En suivi postchute

- L'infirmière auxiliaire applique la règle de soins infirmiers *Évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté*.
- Elle collabore à l'analyse postchute et à la surveillance clinique du suivi postchute.
- Elle participe à la détermination des stratégies d'intervention.

En tout temps, l'infirmière auxiliaire fait part à l'infirmière de toute anomalie au sujet de l'équipement ou de l'environnement physique, ou de la manipulation non sécuritaire d'un équipement.

La préposée aux bénéficiaires

- La préposée aux bénéficiaires observe le comportement de l'utilisateur à la suite de son admission et transmet toute information pertinente à l'infirmière.



- Elle applique les interventions et les directives infirmières du PTI.
- Elle se prononce sur l'efficacité des directives du PTI.
- Elle applique les directives de la règle de soins infirmiers *Évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté*.
- **Une fois par mois**, elle remplit, à la demande de l'infirmière, l'outil *Liste de contrôle de la sécurité de l'environnement* (annexe I).
- Elle utilise l'équipement (levier, etc.) de façon sécuritaire.

En tout temps, la préposée aux bénéficiaires fait part à l'infirmière de toute anomalie au sujet de l'équipement ou de l'environnement physique, ou de la manipulation non sécuritaire d'un équipement.

La pharmacienne

- À l'admission d'un usager et avant le premier service de chaque nouveau médicament, une évaluation sommaire est faite par la pharmacienne.
- **Dans le mois suivant l'admission** (ou plus rapidement s'il y a urgence), une évaluation complète de la pharmacothérapie est faite par la pharmacienne. Une attention particulière est portée aux médicaments et aux conditions médicales augmentant le risque de chute. La pharmacienne évalue les interactions médicamenteuses, les doses, les effets indésirables, la façon dont les médicaments sont administrés, bref, tout problème réel ou potentiel lié à la pharmacothérapie.
- À la suite de cette évaluation, la pharmacienne élabore un plan de soins pharmaceutiques visant à optimiser la thérapie médicamenteuse.
- La pharmacienne peut recommander une supervision accrue lors d'une modification de la médication, surtout lorsque ces modifications peuvent augmenter le risque de chute.
- En cas de problème particulier, comme une chute, la pharmacienne peut réévaluer le profil pharmacologique. De plus, une réévaluation est faite systématiquement chaque année, lors de la révision des dossiers.

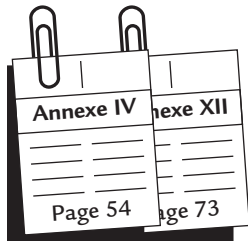
Le médecin

- Le médecin doit procéder à une évaluation médicale globale de l'état de santé de toute personne hébergée. Cette évaluation devrait se faire **dans les 30 jours suivant l'admission**. Elle doit comprendre l'examen subjectif, l'examen objectif et l'évaluation fonctionnelle. Elle doit être la plus détaillée possible et devrait permettre de mettre en évidence **tout facteur de risque de chute** qui n'aurait pas déjà été dépisté. L'évaluation doit comprendre des questions systématiques sur tout antécédent de chute. Une attention toute particulière doit être portée à l'examen neurologique, à l'examen du système locomoteur, au risque d'hypotension orthostatique et à l'évaluation visuelle. Le médecin revoit ces facteurs de risque lors d'un changement de la condition de santé de l'usager.
- En collaboration avec la pharmacienne, le médecin doit valider la pertinence de tout médicament déjà prescrit et doit être attentif aux risques de tout nouveau médicament. Il demande, au besoin, des examens complémentaires (laboratoire, radiologie, etc.) pour mieux évaluer certains problèmes.
- Le médecin intervient à la suite d'une chute si cela s'avère pertinent.

L'ergothérapeute

- L'ergothérapeute évalue les facteurs de risque de chute et intervient pour les contrer lorsque cela est pertinent ou à la demande d'un professionnel. Son intervention peut être requise dans toutes les situations nécessitant une évaluation des facteurs de risque de chute (voir p. 11), et ce, à la suite de la recommandation d'un professionnel. L'ergothérapeute peut aussi décider d'évaluer un usager et d'intervenir auprès de lui après consultation d'un rapport d'incidents/accidents signalant une chute.
- Les évaluations et les interventions possibles en ergothérapie portent sur :
 - L'environnement, pour le rendre sécuritaire ;
 - La pertinence d'utiliser des aides techniques pour les transferts, la mobilité et les AVQ ;

- Les dimensions cognitive et affective, et les comportements sous-jacents ;
- La recherche et l'enseignement de techniques sécuritaires de transfert, de marche et d'utilisation de lève-personnes ;
- Le positionnement et le confort de l'usager.



La thérapeute en réadaptation physique (TRP)

Dans la semaine suivant l'admission de l'usager, la TRP détermine son portrait fonctionnel à l'aide du formulaire *Physiothérapie – évaluation de la sécurité* (annexe IV). Elle peut aussi remplir ce formulaire sur recommandation d'un autre professionnel. Une fois son évaluation faite, si la TRP a des doutes sur l'équilibre de l'usager, elle peut compléter le portrait fonctionnel par un des tests standardisés (annexe XII).

- À la suite de l'évaluation du physiothérapeute ou un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et les informations médicales pertinentes, la TRP peut procéder à une prise en charge thérapeutique de l'usager selon son niveau de responsabilité afin de contribuer à réduire son risque de chute.
- À la suite d'une chute, la TRP peut procéder à une évaluation de la sécurité sur recommandation d'un professionnel.
- Les interventions possibles d'une TRP sont :
 - La recherche et l'enseignement de techniques sécuritaires de transfert, de marche et d'utilisation de lève-personnes ;
 - Les traitements pour la mobilité, la force, l'équilibre ou la douleur ;
 - Les programmes de marche et les classes d'exercices ;
 - Le choix et l'utilisation sécuritaire des aides à la marche.

La nutritionniste

- La nutritionniste procède à l'évaluation nutritionnelle de l'usager en vue d'établir les objectifs nutritionnels et les recommandations.
- Elle détermine le plan de traitement nutritionnel en fonction des besoins de l'usager et en assure le suivi.
- Elle communique le résultat de son analyse et son plan de traitement à mettre en place à l'équipe de soins.
- Selon la pertinence, elle peut intervenir en prévention des chutes à l'admission de l'usager, au changement de la condition de santé de celui-ci ou en postchute.
- Elle s'assure que l'apport en calcium et en vitamine D est optimal.
- Elle conseille l'usager afin de mieux combler ses besoins nutritionnels (plus spécifiquement hydriques, protéiques, énergétiques, calciques et en vitamine D).
- Elle recommande l'adoption de saines habitudes alimentaires en vue de l'atteinte et du maintien d'un poids santé.

La conseillère en milieu de vie

- La conseillère en milieu de vie fait le recensement des loisirs passés et actuels de l'utilisateur en vue de déterminer son potentiel de participation aux activités du milieu de vie.
- Elle stimule la participation de l'utilisateur aux activités récréatives et occupationnelles.
- Elle intervient à l'aide :
 - De stimulation sensorielle;
 - D'activités musicales avec danse;
 - D'activités de stimulation cognitive;
 - D'activités physiques.

La travailleuse sociale

- La travailleuse sociale assure la communication avec les familles afin d'optimiser leur partenariat dans la prévention des chutes.
- Elle accompagne l'utilisateur et sa famille dans les stratégies, les prises de décisions et les deuils liés aux risques de chute ou conséquents à une chute.

Les chefs de programmes

- Les chefs de programmes des unités de soins de courte et de longue durée assurent le leadership de l'implantation du Programme de prévention des chutes.
- Ils s'assurent que ce programme est appliqué.
- Ils analysent les rapports d'incidents/accidents et émettent des recommandations pertinentes aux infirmières.
- Ils informent les équipes de leurs performances au regard des indicateurs de qualité liés aux chutes.

Le coordonnateur des services techniques et des installations matérielles

Le coordonnateur des services techniques et son équipe s'assurent que :

- L'environnement et l'équipement sont sécuritaires;
- L'équipement est entretenu périodiquement.

Le chef des services de l'hygiène et de la salubrité

Le chef des services de l'hygiène et de la salubrité s'assurent que :

- Les employés s'assurent de ne pas bloquer le passage avec leur équipement.
- Les employés signalent clairement que le plancher est mouillé lorsque c'est le cas.
- Le fini des planchers n'est pas lustré afin de réduire le risque de la clientèle.

En tout temps, lors de leur présence sur les unités de soins de courte ou de longue durée, tous les intervenants dont il est question ci-dessus doivent :

- **Aider un usager dont le déplacement est non sécuritaire lorsqu'il est dans une aire commune ;**
 - **Actionner la cloche d'appel et rester près de l'usager lorsque ce dernier semble agité ou désire se lever ;**
 - **Promouvoir, au sein de l'équipe et auprès des nouveaux employés, des stagiaires, des bénévoles et des visiteurs, une culture de sécurité et de prévention des chutes.**
-

L'usager et sa famille

L'usager et sa famille peuvent contribuer à diminuer le risque de chute de plusieurs façons. En fait, l'usager est au centre de la démarche de prévention. Son autonomie doit être maintenue ou stimulée en fonction de ses préférences et de ses capacités. De plus, l'usager est la principale source d'information concernant :

- Ses goûts;
- Son état physique : douleurs, étourdissements, faiblesses, etc.;
- Son état psychologique : peur de tomber, perte de confiance en ses moyens.

De plus, l'usager peut agir directement pour prévenir les chutes :

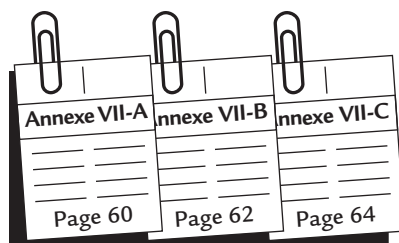
- En demandant et en attendant l'aide nécessaire pour se déplacer, lorsque requis;
- En demandant de l'aide pour faire une activité de marche, lorsque requis;
- En participant aux activités lui permettant de maintenir ou d'améliorer sa forme physique;
- En informant l'infirmière ou un membre de l'équipe s'il note dans l'environnement une situation à risque de chutes.

Les familles contribuent elles aussi à la prévention des chutes. En effet, grâce à leurs connaissances, elles peuvent informer les intervenants :

- Des habitudes de vie de l'usager;
- De ses préférences;
- Des stratégies pouvant aider aux interventions.

Pour un partenariat efficace, la famille s'assure :

- De communiquer les informations au sujet de l'usager et de ses besoins à l'infirmière de l'unité de soins de courte ou de longue durée;
- D'informer régulièrement l'infirmière de toute observation concernant un changement dans l'état de santé de son proche.



La famille se doit aussi d'encourager son proche à :

- Suivre les recommandations concernant la prévention des chutes;
- Se maintenir actif;
- Utiliser ses aides techniques et à la marche, lorsque requis.

Mécanismes de communication et de continuité

Comme les chutes représentent un problème concernant presque tous les professionnels et les intervenants travaillant en gériatrie, la communication interprofessionnelle devient donc un aspect incontournable dans la démarche d'évaluation et d'intervention. Il importe, par conséquent, de faciliter les rapports et les consultations entre les professionnels.

Les **réunions interdisciplinaires** constituent des moments privilégiés pour discuter de toutes les facettes du problème réel ou potentiel de chute chez un usager. Cependant, en dehors des réunions, la consultation des professionnels, tels la pharmacienne, le médecin, la physiothérapeute, l'ergothérapeute et la nutritionniste, est également nécessaire afin de mieux voir aux aspects liés à la médication, à la marche, aux activités de la vie quotidienne, etc.

Comme l'infirmière demeure l'intervenante pivot de l'usager en tout temps, tous les professionnels concernés ont la responsabilité de lui communiquer leurs observations et leurs résultats d'évaluation. Par la suite, l'infirmière rapporte à l'équipe soignante les informations jugées pertinentes. L'infirmière auxiliaire et la préposée aux bénéficiaires informent aussi l'infirmière de tout changement notable au sujet de l'usager pour que cette dernière intervienne et informe les membres de l'équipe interdisciplinaire.

En plus des réunions interdisciplinaires et des discussions de cas, tous les moyens et les outils de communication disponibles peuvent être utilisés pour faire circuler l'information, c'est-à-dire :

- Le plan d'intervention (PI) ;
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI) ;
- Les rapports interservices ;
- Le plan de travail ;
- Les notes d'évolution et d'observation de l'infirmière ;
- Les caucus (voir définition page suivante).

Les notes d'évolution, les notes d'observation de l'infirmière, le PTI et le PI doivent être classés au dossier de l'usager.

L'usager ou son représentant ainsi que la famille collaborent activement à l'élaboration des plans d'intervention et à leurs ajustements. Les familles doivent être rapidement informées lorsque survient une chute. De leur côté, elles doivent rapporter à l'infirmière tout changement dans l'état

de santé de leur proche.

Le PI

Le PI est une étape du processus clinique. Il est élaboré par un ou des intervenants avec la participation active de l'utilisateur ou de son représentant, de sa famille et de ses proches. Généralement, le PI permet de déterminer les besoins, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser ainsi que l'échéancier pour évaluer l'atteinte des résultats. Le PI peut être unidisciplinaire ou interdisciplinaire.

Le PTI

Le PTI est l'outil qui « dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du client. Il est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du client. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du client et qui portent, notamment, sur la surveillance clinique, les soins et les traitements. » (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2009.)

Le rapport d'équipe

Le rapport d'équipe consiste en une courte rencontre ayant lieu entre les quarts de travail permettant d'informer les membres de l'équipe suivante des événements marquants des dernières heures concernant les usagers, leur condition de santé, et les modifications, les ajustements et la vigilance à apporter à certains soins.

Le plan de travail

Le plan de travail comprend les soins requis pour chaque usager et les tâches à accomplir à l'unité de vie. L'infirmière, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires ont chacun un plan de travail.

Les notes d'évolution et d'observation de l'infirmière

- Les notes d'évolution et d'observation de l'infirmière sont des outils de communication, de coordination et d'information entre les professionnels qui travaillent auprès de l'utilisateur.
- Elles permettent de suivre et de comprendre le cheminement dans les interventions faites auprès de l'utilisateur.
- Elles témoignent des interventions effectuées auprès de l'utilisateur.

Il est essentiel que chaque intervenant soit d'une grande rigueur lors de la rédaction des notes d'évolution ou d'observation de l'infirmière.

Le caucus

Le caucus consiste en une rencontre de courte durée permettant d'analyser une situation et de trouver rapidement des pistes d'intervention. Il doit suivre trois règles essentielles :

- Être convoqué et animé par l'infirmière de l'unité de soins ;
- Être limité dans le temps (5 minutes ou moins) ;
- Se faire debout afin d'assurer que la rencontre soit courte.

D'autre part, le caucus :

- Peut se tenir à tous les quarts de travail ;
- Est composé de l'équipe de soins et des professionnels concernés présents sur l'unité de soins à ce moment-là ;
- Peut être planifié selon une fréquence donnée en déterminant les usagers pour lesquels des rencontres fréquentes sont nécessaires pour la prévention des chutes ;
- Peut être convoqué rapidement en postchute, en cas de changement de la condition de santé de l'utilisateur ou lors d'un changement de chambre.

Déroulement d'un caucus

1. Quelle est la situation ?
2. Qui est impliqué ?
3. Quand est-ce arrivé ou depuis quand la situation dure-t-elle ?
4. Comment cela s'est-il passé ou se passe-t-il ? Où ?
5. Quelles sont les interventions faites ?
6. Quels sont les résultats ?
7. Quelles autres interventions ou adaptations sont à faire ?
8. Qui fait les nouvelles interventions ? Quand ? Comment ?

Stratégies d'implantation

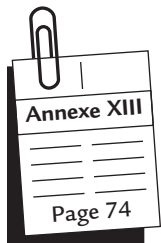
Différentes stratégies seront mises en place afin d'assurer l'implantation du Programme de prévention des chutes :

- Le programme de formation initiale;
- Les rencontres de groupes cibles;
- La disponibilité électronique du *Programme de prévention des chutes*;
- Le soutien professionnel par des *leaders* ciblés dans chaque installation.

LE PROGRAMME DE FORMATION INITIALE

Le programme de formation initiale a été élaboré selon une approche de collaboration impliquant l'équipe interdisciplinaire et les gestionnaires des unités de soins permet un meilleur apprentissage pour le partage d'une même culture. Par la suite, le chef de programmes assurera la cohésion avec le reste de l'équipe de soins.

Les formations seront données par un membre du comité de prévention des chutes.



Formation pour l'équipe interdisciplinaire et les chefs de programme et de services

- a. Formation :
Prévention collective et individuelle, facteurs de risque, interventions, rôles et responsabilités,
Risque de chute et médication (annexe XIII) et analyse de cas.
- b. Formation additionnelle pour une infirmière et un membre de la réadaptation de chaque unité de courte ou de longue durée afin de former des *leaders* qui aideront à implanter le programme et ses différentes approches.

Formation pour les infirmières auxiliaires

Formation donnée sous forme d'entretien clinique.

Premier thème : prévention collective et individuelle, facteurs de risque, interventions, rôles et responsabilités.

Second thème : le risque de chute et la médication.

Durée : 45 minutes par thème.

Formation pour les préposées aux bénéficiaires

Thèmes abordés : prévention collective et individuelle, facteurs de risque, interventions, rôles et responsabilités.

Durée : 45 minutes.

Formation pour les nouveaux employés et gestionnaires

La formation sur le Programme de prévention des chutes fait partie des formations pour les nouveaux employés et gestionnaires. Elle peut aussi être donnée sur demande dans les milieux, selon les besoins.

LES RENCONTRES DES GROUPES CIBLES

Les rencontres des groupes cibles servent à donner une vue d'ensemble du programme et mettent l'accent sur les rôles spécifiques de chacun des groupes.

Rencontre des chefs de programmes des unités de soins de courte et de longue durée

Contenu

Prévention collective et individuelle, rôles des différents intervenants et analyse de rapports d'accidents.

Discussion sur l'implantation du programme dans leur milieu respectif et son suivi.

Durée : une heure et demie.

Rencontre du coordonnateur des services techniques et des installation matérielles

Contenu

Prévention collective et individuelle.

Discussion sur l'implication demandée au personnel de soutien.

Durée : une heure.

Rencontre des médecins

Contenu

Prévention collective et individuelle, rôles et analyse de rapports d'accidents.

Discussion sur le degré d'implication des médecins dans l'intégration du programme au sein des équipes interdisciplinaires et de soins.

Durée : une heure.

Rencontres du personnel en hygiène et en salubrité, du personnel de la maintenance, des techniciens en diététique et du personnel des services alimentaires

Les rencontres se font par groupes d'employés.

Contenu

Prévention collective et individuelle.

Discussion sur les rôles de chacun.

Durée : 30 minutes.

Rencontres avec les usagers et les familles

Contenu

Prévention collective et individuelle, conseils.

Discussion sur les rôles de chacun.

Durée : 30 minutes.

VERSION ÉLECTRONIQUE DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES

Le *Programme de prévention des chutes* est disponible en version électronique sur les portes informatiques des unités de soins et sur le site Internet du CRSSS de la Baie-James, section *Publications*.

LE SOUTIEN PROFESSIONNEL

Le soutien professionnel est assuré par les membres du comité de prévention des chutes, les infirmières et les membres de la réadaptation désignés comme *leaders* d'équipes. Les membres du comité :

- Agissent comme personnes-ressources lorsque survient un problème ;
- S'assurent de la fidélité au programme en communiquant avec les équipes de manière épisodique, selon la pertinence ;
- Analysent les indicateurs de résultat et reconnaissent le travail accompli.

Évaluation du programme

L'évaluation du programme se fait selon trois critères :

- L'évaluation de l'implantation ;
- La fidélité au programme ;
- L'efficacité du programme.

L'évaluation de l'implantation

Cette évaluation permet de savoir :

- Le nombre de formations initiales données, le nombre de participants, l'évaluation des formations par ceux-ci ;
- Le nombre de rencontres des groupes cibles effectuées, le nombre de participants, la nature des rencontres.

La fidélité au programme

Cette évaluation peut se faire par des audits sur le taux d'utilisation des outils proposés dans le programme tels :

- Le nombre de grilles de dépistage de facteurs de risque de chute remplies par unité de vie ;
- Le taux d'utilisation de l'outil *Liste de contrôle de la sécurité de l'environnement*.
- Le nombre de grilles d'autoévaluation reçues au Service de la physiothérapie.

Les données recueillies lors des activités de soutien professionnel permettent aussi d'évaluer la fidélité au programme.

L'efficacité du programme

À partir des indicateurs cliniques suivants, il est possible d'évaluer si le programme permet de réduire le nombre de chutes ou leur gravité :

1. Ratio des chutes par 1000 jours-présence

$$\text{Calcul du ratio : } \frac{\text{Nombre de chutes déclarées} \times 1000}{\text{Nombre total de jours-présence durant la période}}$$

2. Gravité des chutes

La proportion des chutes (% du nombre total de chutes) selon le niveau de gravité.

Échelle de gravité

- A** Circonstance ou événement ayant pu causer une erreur ou des dommages (situation à risque).
- B** Une erreur est survenue, mais personne n'a été touché.
- C** Un événement, incluant une omission, est survenu, mais la personne touchée n'a subi aucune conséquence, et aucune surveillance ni intervention n'ont été requises.
- D** Un événement est survenu, une personne a été touchée et on craignait des conséquences. Cet événement a nécessité une surveillance, pour confirmer que cette personne n'avait subi aucune conséquence, ou une intervention afin de prévenir ces conséquences chez la personne touchée.
- E1** Un accident est survenu et est à l'origine d'une conséquence temporaire chez la personne touchée qui a eu besoin de premiers soins non spécialisés ou d'interventions visant à contrôler les conséquences de l'accident (ex. : ecchymoses, lacérations ne nécessitant pas de points de suture).
- E2** Un accident est survenu et est à l'origine d'une conséquence temporaire chez la personne touchée qui a eu besoin de premiers soins et de traitements spécifiques supplémentaires, sans pour autant avoir eu besoin d'une hospitalisation ou d'une prolongation d'hospitalisation (séjour à l'urgence ou hospitalisation de moins de 24 heures).
- F** Un accident est survenu et est à l'origine d'une conséquence temporaire chez la personne touchée qui a eu besoin de premiers soins et de traitements spécifiques supplémentaires, ainsi que d'une hospitalisation ou d'une prolongation d'hospitalisation (séjour à l'urgence ou hospitalisation de plus de 24 heures).
- G** Un accident est survenu et est à l'origine d'une conséquence permanente chez la personne touchée.
- H** Un accident est survenu et a nécessité des interventions pour maintenir la personne en vie.
- I** Un accident est survenu et est à l'origine du décès de la personne touchée ou y a contribué.

3. Pourcentage d'utilisateurs porteurs d'une mesure de contrôle*

Calcul du % :
$$\frac{\text{Nombre d'utilisateurs porteurs d'une mesure de contrôle} \times 100}{\text{Nombre d'utilisateurs différents (nombre d'utilisateurs à la période antérieure + nombre d'admissions)}}$$

* Cet indicateur exclut les substances chimiques.

4. Audits sur l'évaluation des risques de chute, le suivi postchute et l'utilisation d'équipement pour réduire la gravité des chutes.

LISTE DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT

Centre d'hébergement : _____

Unité : _____

| | Quart de nuit | | Quart de jour | | Quart de soir | |
|---|---------------|-----|---------------|-----|---------------|-----|
| | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| A. Corridors | | | | | | |
| 1) Les corridors sont dégagés | | | | | | |
| 2) L'équipement est placé d'un même côté | | | | | | |
| 3) Les rampes sont accessibles | | | | | | |
| 4) Le plancher est sec | | | | | | |
| 5) Le plancher n'est pas glissant | | | | | | |
| B. Aires communes | | | | | | |
| 1) Les aires communes sont dégagées | | | | | | |
| 2) Le plancher est sec | | | | | | |
| 3) Le plancher n'est pas glissant | | | | | | |
| C. Chambres | | | | | | |
| 1) L'aire de déplacement est dégagée | | | | | | |
| 2) Le lit est à sa hauteur la plus basse | | | | | | |
| 3) Le plancher est sec | | | | | | |
| 4) Le plancher n'est pas glissant | | | | | | |
| D. Salles de toilettes et salles d'eau | | | | | | |
| 1) L'aire de déplacement est dégagée | | | | | | |
| 2) Le plancher est sec | | | | | | |
| 3) Le plancher n'est pas glissant | | | | | | |
| Signature : | | | | | | |
| Date : | | | | | | |

Interventions et commentaires

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Cet outil doit être rempli **une fois par mois**. Il est déposé dans le cahier des indicateurs cliniques et une copie est acheminée au chef de programmes.



Dépistage des facteurs de risque de chute

| Date : _____ | Cocher le motif d'évaluation : Admission <input type="checkbox"/> Changement de condition <input type="checkbox"/> Réévaluation <input type="checkbox"/> Postchute <input type="checkbox"/> Changement de chambre <input type="checkbox"/> | | |
|---|--|---|--|
| FACTEURS DE RISQUE | ○ | INTERVENTIONS RAPIDES | ☑ |
| 1. L'utilisateur a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Maintien des habitudes de vie liées aux AVQ et aux AVD Orientation de l'utilisateur dans le temps et l'espace | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Présence d'étourdissements ou de vertiges <ul style="list-style-type: none"> En position debout ou Au transfert couché-assis ou Au transfert assis-debout | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Information donnée au personnel soignant lui précisant de faire les transferts lentement Enseignement donné à l'utilisateur pour qu'il fasse ses transferts lentement | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. État mental perturbé Délirium, démence, dépression ou présence d'agitation ou l'utilisateur ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes | 2 | <ul style="list-style-type: none"> Instauration d'une routine de soins et d'activités | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos | 3 | <ul style="list-style-type: none"> Installation d'un moniteur de mobilité (À discuter avec l'ergothérapeute) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Admission dans le dernier mois | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Surveillance accrue lors des déplacements | <input type="checkbox"/> |
| 6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche | 2 | <ul style="list-style-type: none"> Surveillance accrue lors des déplacements Aide à la marche laissée (s'il y a lieu) à proximité Demande d'utilisation de protecteurs de hanches | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse verbalisée par l'utilisateur ou Utilisateur incapable de rester debout 2 minutes ou Utilisateur incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (20 pieds) seul | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités est déterminé et inscrit au plan de travail | <input type="checkbox"/> |
| 8. Continence <ul style="list-style-type: none"> ≥ 7 mictions en 24 h ou Nycturie (se lève la nuit ≥ 1 fois) ou Urgence mictionnelle ou Incontinence récente (dans le dernier mois) | 1 | <ul style="list-style-type: none"> Instauration d'un horaire de continence Utilisation d'une chaise d'aisance près du lit Information donnée au personnel lui précisant d'offrir à l'utilisateur d'aller aux toilettes avant l'administration d'un médicament qui provoque de la somnolence La nuit, modification de l'éclairage menant aux toilettes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Médication <ul style="list-style-type: none"> Utilisateur prenant 5 médicaments et plus incluant les prn Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique | 1 1 | <ul style="list-style-type: none"> Surveillance de l'apparition d'effets indésirables Surveillance de la présence de somnolence diurne | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Sous-total | | | |
| 10. Utilisateur dépendant lors des transferts (qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire) <i>*Négatif parce que rend l'utilisateur moins à risque</i> | - 5 | <ul style="list-style-type: none"> Vérification du positionnement au fauteuil Vérification du positionnement au lit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| GRAND TOTAL | | 1-6 Risque de chute léger à modéré ≥ 7 Risque élevé de chute > 12 Déplacements non sécuritaires | |

CHUTE/INF-XXX

Page 1 de 2

PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES CHUTES

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Nom : _____

N° dossier : _____

| PRÉSENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS | <input checked="" type="checkbox"/> | INTERVENTIONS RAPIDES | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|--|--|
| Troubles de la perception sensorielle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit visuel ou auditif ▪ Neuropathie périphérique ▪ Atteinte des gnosies ou héminégligence | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance du port des lunettes ou des prothèses auditives ▪ Amorce du geste par l'intervenant pour aider la compréhension de l'utilisateur ▪ Respect du champ visuel de l'utilisateur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Alimentation inadéquate <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malnutrition ▪ Consommation $\leq \frac{3}{4}$ du repas incluant la viande ▪ Consommation < 2 repas par jour | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de l'alimentation ▪ Surveillance du port des prothèses dentaires ▪ Rendre l'eau accessible et à portée de main de l'utilisateur ▪ Surveillance de l'hygiène buccale | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification que la surveillance est effectuée | <input type="checkbox"/> |
| Peur de faire une chute. Les comportements possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur a changé ses habitudes lors de ses activités ▪ L'utilisateur restreint ses déplacements ▪ L'utilisateur marche avec précaution ▪ L'utilisateur devient anxieux dès qu'il est en position debout | <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de la marche avec l'aide d'un ou de deux intervenants | <input type="checkbox"/> |

Interventions préventives minimales selon le score obtenu (Cocher les interventions selon le score obtenu au dépistage.)

| | | |
|--|--|---|
| <p>Peu importe le score : (0 à 19)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Lit au plus bas niveau</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Cloche d'appel à proximité de l'utilisateur</p> <p>3. Chaussures adéquates <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille</p> <p>4. Vêtements adéquats <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille</p> <p>5. Chambre encombrée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, joindre la famille</p> <p>6. Voir au maintien de l'autonomie de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> AVQ <input type="checkbox"/> Continence</p> | <p>Risque élevé de chute ≥ 7</p> <p>Appliquer les interventions 1 à 6 et ajouter</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Indiquer le niveau de risque sur le PTI et les plans de travail</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Utiliser des stratégies personnalisées pour la prévention des chutes (Documenter au dossier)</p> <p>9. <input type="checkbox"/> Si, exceptionnellement, il y a utilisation d'une contention, s'assurer de son installation sécuritaire</p> | <p>Déplacements non sécuritaires > 12</p> <p>Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter</p> <p>10. <input type="checkbox"/> Tenir une discussion interdisciplinaire</p> <p>11. <input type="checkbox"/> Utiliser le logo « Usager ayant des déplacements non sécuritaires » (avec l'accord de l'utilisateur ou de son proche)</p> <p>12. <input type="checkbox"/> Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil</p> |
|--|--|---|

Commentaires ou autres interventions

N. B. : Une note exige une signature à la fin de celle-ci.

[illegible]

Grille remplie par infirmière _____ Date : _____

Grille Physiothérapie - évaluation de la sécurité ☐ _____ Date : _____

Date de la prochaine réévaluation : _____ La prochaine réévaluation doit obligatoirement être faite au plus tard dans 12 mois.

Traduction libre de SCOTT, Vicky, et autres (2006). *Fall Screening Tool: Residential Care*, 2 p.



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Aide-mémoire

Dépistage des facteurs de risque de chute



Important : Si un usager est sous contention lors de l'évaluation des facteurs de risque de chute, évaluer l'usager selon son comportement sans contention.

| | | | | |
|--------------|---------------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Date : _____ | Cocher le motif d'évaluation : | Admission <input type="checkbox"/> | Changement de condition <input type="checkbox"/> | Réévaluation <input type="checkbox"/> |
| | | Postchute <input type="checkbox"/> | Changement de chambre <input type="checkbox"/> | |

- ▶ Admission = obligatoire
- ▶ Postchute = si changement dans les facteurs de risque
- ▶ Changement de condition = amélioration ou détérioration
- ▶ Changement de chambre = si changement important de l'environnement
- ▶ Réévaluation = évaluer l'efficacité des interventions ou faire le bilan périodique de la condition de l'usager au regard des risques de chute.

| FACTEURS DE RISQUE | <input type="radio"/> | INTERVENTIONS RAPIDES | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|-----------------------|--|-------------------------------------|
| ▶ Encercler les facteurs de risque présents. | | ▶ Dès qu'un facteur est présent, une ou des interventions rapides doivent être effectuées. | |
| 1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois | | ▶ Chutes relatées par l'usager ou sa famille ou notées au dossier | |
| 2. Présence d'étourdissements ou de vertiges <ul style="list-style-type: none"> ▪ En position debout ou ▪ Au transfert couché-assis ou ▪ Au transfert assis-debout | | ▶ Verbalisée par l'usager ou observée lors d'une intervention | |
| 3. État mental perturbé Déliirium, démence, dépression ou présence d'agitation ou l'usager ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes | | ▶ Délirium ou dépression en phase active | |
| 4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos | | ▶ Observées aux transferts seulement | |
| 5. Admission dans le dernier mois | | | |
| 6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche | | ▶ Voir aussi le formulaire <i>Physiothérapie – évaluation de la sécurité</i> . | |
| 7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faiblesse verbalisée par l'usager ou ▪ Usager incapable de rester debout 2 minutes ou ▪ Usager incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (20 pieds) seul | | ▶ L'incapacité de faire les activités doit être due à la faiblesse et non à un autre problème telles des atteintes cognitives. ▶ Incapacité avec ou sans aide à la marche | |
| 8. Continence <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 7 mictions en 24 h ou ▪ Nycturie (se lève la nuit ≥ 1 fois) ou ▪ Urgence mictionnelle ou ▪ Incontinence récente (dans le dernier mois) | | ▶ Situations qui font que l'usager tente d'aller aux toilettes rapidement, souvent ou de nuit. | |
| 9. Médication <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les prn ▪ Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique | | ▶ Ne pas inclure les gouttes, les onguents, les crèmes, les vitamines et minéraux (ex. : fer, calcium). | |
| Sous-total | | | |
| 10. Usager dépendant lors des transferts (qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire) <i>*Négatif parce que rend l'usager moins à risque</i> | - 5 | ▶ ATTENTION, le facteur 10 est négatif , car il rend l'usager moins à risque. | |

| PRÉSENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS | <input checked="" type="checkbox"/> | INTERVENTIONS RAPIDES | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|

- Encercler les facteurs aggravants présents.

Troubles de la perception sensorielle

- Déficit visuel ou auditif
- Neuropathie périphérique
- Atteinte desgnosies ou hémiparésie

Alimentation inadéquate

- Malnutrition
- Consommation $\leq \frac{3}{4}$ du repas incluant la viande
- Consommation < 2 repas par jour

Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle

Peur de faire une chute. Les comportements possibles sont :

- L'usager a changé ses habitudes lors de ses activités
- L'usager restreint ses déplacements
- L'usager marche avec précaution
- L'usager devient anxieux dès qu'il est en position debout

- Dès qu'un facteur est présent, une ou des interventions rapides doivent être effectuées.

- Atteinte desgnosies : altération de la reconnaissance des mouvements ou des objets
- Difficulté à percevoir les éléments de l'environnement ou à saisir comment mobiliser les membres.

- Deux questions doivent être posées à l'usager :

- Avez-vous peur de tomber?
- Avez-vous diminué vos activités par peur de tomber?

Interventions préventives minimales selon le score obtenu (Cocher les interventions selon le score obtenu au dépistage.)



- **IMPORTANT : Utiliser le logo lorsque le score est supérieur à 12 et que l'usager ne doit pas faire ses transferts ou circuler seul.**

À noter qu'il est possible, malgré un score plus élevé que 12, de ne pas utiliser le logo si les risques sont acceptés par l'usager et sa famille ou si l'usager présente un comportement particulier. Si cette situation se présente, il est nécessaire :

- Que la décision soit prise lors d'une discussion interdisciplinaire avec la collaboration et l'accord de la famille;
- Que la discussion et la décision fassent l'objet d'une note au dossier.

Déplacements non sécuritaires > 12

Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter

10. ☐ Tenir une discussion interdisciplinaire

11. ☐ Utiliser le logo « Usager ayant des déplacements non sécuritaires » (avec l'accord de l'usager ou de son proche)

12. ☐ Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil



Commentaires ou autres interventions

N. B. : Une note exige une signature à la fin de celle-ci.

- **Inscrire dans cette section :**

- D'autres facteurs de risque observés;
- D'autres stratégies de prévention utilisées;
- Si un autre professionnel obtient un score différent au dépistage, il l'indique dans cette section et en discute avec l'infirmière;
- Autre.

Grille remplie par

infirmière _____

Date : _____

Grille Physiothérapie - évaluation de la sécurité ☐

Date : _____

Date de la prochaine réévaluation : _____

La prochaine réévaluation doit obligatoirement être faite au plus tard dans 12 mois.

- Une date de réévaluation est obligatoire et est déterminée selon le jugement professionnel. Cette date ne doit pas dépasser 12 mois.



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Physiothérapie – évaluation de la sécurité

☐ Admission Date d'admission _____
☐ Réévaluation Raison de la réévaluation _____
 Sexe _____ Âge _____ Date de l'examen _____

Collecte sommaire de données

| | |
|---|---|
| Diagnostiques principaux Conditions associées et antécédents pertinents | |
| Nombre de médicaments | Accessoire de marche / aide à la mobilité |
| Éléments présents au dossier antérieur ou depuis l'admission <input type="checkbox"/> Histoire de chute. Nombre connu : _____ <input type="checkbox"/> Atteinte cognitive <input type="checkbox"/> Trouble visuel Peur de tomber : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vertiges ou étourdissements <input type="checkbox"/> Trouble auditif <input type="checkbox"/> Utilisation d'un moniteur de mobilité _____ <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Utilisation d'une contention _____ <input type="checkbox"/> Autre _____ Résultat au dépistage des facteurs de risque de chute _____ Date _____ | |
| Subjectif | |
| | |
| Objectif | |
| | |

ELDERLY MOBILITY SCALE (EMS)¹

| | | | |
|----------------|---|---|--|
| Couché à assis | 2 | Indépendant | |
| | 1 | Besoin d'aide d'une personne | |
| | 0 | Besoin d'aide de deux personnes et plus | |
| Assis à couché | 2 | Indépendant | |
| | 1 | Besoin d'aide d'une personne | |
| | 0 | Besoin d'aide de deux personnes et plus | |
| Assis à debout | 3 | Indépendant en moins de 3 secondes | |
| | 2 | Indépendant en plus de 3 secondes | |
| | 1 | Besoin d'aide (verbale ou physique) d'une personne | |
| | 0 | Besoin d'aide de deux personnes et plus | |
| Debout | 3 | Sans aide et peut étendre les bras | |
| | 2 | Sans aide, mais doit se tenir si étend les bras | |
| | 1 | Avec support (s'aide de ses membres supérieurs) | |
| | 0 | Avec l'aide d'une personne | |
| Marche | 3 | Indépendant (avec ou sans canne) | |
| | 2 | Indépendant avec une marchette | |
| | 1 | Avec auxiliaire de marche, mais non sécuritaire ou erratique au changement de direction (demande supervision occasionnelle) | |
| | 0 | Supervision constante ou aide d'une personne | |

CHUTE/PHYS-XXX (aa-ms)

Page 1 de 2

Nom : _____

N° dossier : _____

| | | | |
|---|---|------------------------------|--|
| Vitesse de marche (6 mètres) | 3 | En moins de 15 secondes | |
| | 2 | De 16 à 30 secondes | |
| | 1 | Plus de 30 secondes | |
| | 0 | Incapable de faire le mètres | |
| Déplacement vers l'avant, bras étendus | 4 | Plus de 16 cm | |
| | 2 | De 8 à 16 cm | |
| | 0 | Moins de 8 cm ou incapable | |
| TOTAL | | / 20 | Résultat : Autonome 14-20 Supervision 11-13 Aide ≤ 10 |

| | |
|-----------------------------------|--------------|
| Mobilité au lit | Se retourner |
| | Se remonter |
| Transferts et déplacements | |
| Autres (tests, chaussures) | |

| |
|---------|
| Analyse |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|-----------------|
| Risque de chute |
| |
| |
| |

| |
|------|
| Plan |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--------------|
| Intervention |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|------------|
| Évaluation |
| |
| |

Signature du professionnel en physiothérapie _____ Date _____

¹ Traduction libre par Hélène Riverin de SMITH, Rachael (1994). "Validation and Reliability of the Elderly Mobility Scale", *Physiotherapy*, vol. 80, n° 11, p. 744-747.

Répétition du N° du formulaire



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Analyse de chutes récurrentes

Histoire

| | | |
|--|-----------------|------------------------|
| Diagnostic principal : | | Âge de l'utilisateur : |
| Nombre de chutes depuis 1 semaine : | Depuis 1 mois : | Depuis 1 an : |
| Chutes généralement avec témoin <input type="checkbox"/> sans témoin <input type="checkbox"/> En l'absence de témoin, quel délai s'est-il écoulé entre le dernier moment où l'utilisateur a été vu et celui où il a été trouvé au sol? | | |
| Quelle est la nature de l'activité avant la chute? Se lever <input type="checkbox"/> S'asseoir <input type="checkbox"/> Faire un transfert <input type="checkbox"/> Tenter d'atteindre quelque chose <input type="checkbox"/> Se coucher <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| Chutes survenant souvent au même endroit <input type="checkbox"/> À des endroits variés <input type="checkbox"/> Dans la chambre, près du lit <input type="checkbox"/> Dans le corridor <input type="checkbox"/> Dans la chambre, endroits variés <input type="checkbox"/> Ailleurs, spécifier : _____ Près de la toilette <input type="checkbox"/> À quel moment principalement les chutes ont-elles lieu? _____ | | |
| Chutes avec conséquence : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type de blessures : | | |

Aspects physiques

| | | | |
|---|---|--|--|
| Autonome pour se déplacer sur une courte ou une moyenne distance | | Avec aide technique <input type="checkbox"/> | Sans aide technique <input type="checkbox"/> |
| Type d'aide : _____ | | | |
| Autonome et sécuritaire pour ses transferts : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | Type d'aide requis pour ses transferts : | |
| Continent : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Hypotension orthostatique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | En tout temps <input type="checkbox"/> | Après le repas <input type="checkbox"/> |
| Autres changements observés : | | | |

Aspects cognitifs et psychologiques

| | | | |
|-------------------------------|--|---|--|
| Présence de : | Témérité <input type="checkbox"/> | Agressivité <input type="checkbox"/> | Agitation <input type="checkbox"/> |
| | Symptômes dépressifs <input type="checkbox"/> | Hallucinations <input type="checkbox"/> | Confusion <input type="checkbox"/> |
| | Problème de compréhension <input type="checkbox"/> | ↓ Attention ou concentration <input type="checkbox"/> | Problèmes d'apprentissage <input type="checkbox"/> |
| Autres changements observés : | | | |

CHUTE/INF-XXX (aa-mm)

Page 1 de 3

Nom : _____

N° dossier : _____

Stratégies selon le comportementActivité occupationnelle importante : Oui ☐ Non ☐

Si oui, laquelle? _____

Autres : _____

MédicationConstitue un facteur de risque : Oui ☐ Non ☐Heures d'administration en cause : Oui ☐ Non ☐

Autres changements observés : _____

Environnement – équipement**Utilisation
des ridelles**Une ridelle pleine longueur ☐ J __ S __ N __2 ridelles pleine longueur ☐ J __ S __ N __2 sur 4 ½ ridelles ☐3 sur 4 ½ ridelles ☐4 sur 4 ½ ridelles ☐ J __ S __ N __**Points d'appui**Présence de barres d'appui : Oui ☐ Non ☐ Si oui, où? _____Utilisation par l'utilisateur : Oui ☐ Non ☐Présence d'une barre d'appui de lit : Oui ☐ Non ☐Utilisation par l'utilisateur : Oui ☐ Non ☐L'utilisateur utilise-t-il d'autres points d'appui? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels? _____

Sont-ils sécuritaires? Oui ☐ Non ☐**Fauteuil pour les déplacements**Utilisation d'un fauteuil roulant : Oui ☐ Non ☐Utilisation d'un fauteuil de marche : Oui ☐ Non ☐Le fauteuil est-il sécuritaire pour l'utilisateur, considérant ses habitudes ou ses comportements? Oui ☐ Non ☐L'utilisateur utilise-t-il les freins? Oui ☐ Non ☐L'utilisateur se place-t-il bien pour son transfert? Oui ☐ Non ☐**Moniteur de mobilité**Présence d'un moniteur de mobilité : Oui ☐ Non ☐ Localisation : Fauteuil ☐ Lit ☐ Autre _____Option utilisée : Cordelette ☐ Couleur _____ Pince 1 ☐ 2 ☐ Tapis sensitif ☐ Autre _____Moniteur efficace : Oui ☐ Non ☐ Pourquoi? _____**Protecteurs articulaires**Utilisation de protecteurs de hanches : Oui ☐ Non ☐ Souples ☐ J __ S __ N __ Fermes ☐ J __ S __L'utilisateur accepte-t-il de porter le protecteur? Oui ☐ Non ☐L'utilisateur porte-t-il d'autres protecteurs articulaires? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lesquels? _____**Chambre** Est-elle près du poste infirmier? Oui ☐ Non ☐ → Si non, un déménagement est-il possible? Oui ☐ Non ☐L'éclairage est-il suffisant? Oui ☐ Non ☐Le lit est-il à la bonne hauteur? Oui ☐ Non ☐Y a-t-il une toilette dans la chambre? Oui ☐ Non ☐Le trajet vers la toilette est-il dégagé? Oui ☐ Non ☐Un horaire mictionnel est-il en place? Oui ☐ Non ☐ → Est-ce efficace? Oui ☐ Non ☐Les vêtements sont-ils adéquats? Oui ☐ Non ☐ Les chaussures ou les pantoufles sont-elles adéquates? Oui ☐ Non ☐**Autres :** _____

Nom : _____

N° dossier : _____

| | |
|---|--------------------------------------|
| Présence de facteurs de risque qui peuvent être modifiés | Type de modification |
| | |
| Présence de facteurs de risque non modifiables | Type de compensation possible |
| | |

Requêtes professionnelles ou consultations à faire

| | | |
|---|--|---|
| Famille <input type="checkbox"/> | Médecin <input type="checkbox"/> | Pharmacienne <input type="checkbox"/> |
| Infirmière <input type="checkbox"/> | Professionnel en physiothérapie <input type="checkbox"/> | Ergothérapeute <input type="checkbox"/> |
| Nutritionniste <input type="checkbox"/> | Conseillère en milieu de vie <input type="checkbox"/> | Travailleur social <input type="checkbox"/> |
| Chef d'unité <input type="checkbox"/> | Autres <input type="checkbox"/> | |
| Équipe interdisciplinaire complète <input type="checkbox"/> | | |

Motifs de consultation

| |
|--|
| |
|--|

Recommandations

| |
|--|
| |
|--|

Analyse effectuée par :

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Date : _____

Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute¹

| Classe thérapeutique | Produit concerné | | Mécanisme lié aux chutes |
|---|---|---|---|
| Benzodiazépine | Clonazépam Flurazépam Lorazépam | Oxazépam Témazépam | Somnolence Ralentissement psychomoteur Étourdissements Ataxie |
| Antidépresseur | Amitriptyline Citalopram Mirtazapine | Paroxétine Sertraline Venlafaxine | Somnolence Fatigue Étourdissements |
| Antipsychotique | Halopéridol Olanzapine Quétiapine Risperidone | | Hypotension orthostatique Sédation Somnolence Réactions extrapyramidales |
| Narcotique | Codéine Hydromorphone | Morphine Fentanyl | Confusion Somnolence Étourdissements |
| Antihypertenseur | Amlodipine Bisoprolol Fosinopril Irbesartan | Lisinopril Métoprolol Ramipril | Hypotension orthostatique Fatigue |
| Diurétique | Furosémide Hydrochlorothiazide Indapamide | | Hypotension orthostatique Urgence mictionnelle |
| Vasodilatateur | Isosorbide mononitrate Trinitrate de glycérite | | Hypotension orthostatique |
| Hypoglycémiant | Gliclazide Glyburide | | Hypoglycémie |
| Insuline | Insuline | | Hypoglycémie |
| Lévodopa | Lévodopa/carbidopa Lévodopa/bensérazide | | Confusion, étourdissements Hypotension orthostatique |
| Anticonvulsivant | Carbamazépine Gabapentine Lamotrigine Phénytoïne | | Ataxie Somnolence Vision brouillée |
| Antihistaminique 1^{re} génération | Diphenhydramine Dimenhydrinate Hydroxyzine | | Somnolence Fatigue Confusion |
| Médicament anticholinergique | Benztropine Procyclidine | Tolterodine Oxybutynine | Vision brouillée Confusion |

Recommandé par le Département de pharmacie du CRSSS de la BAIE-James.

1 Liste des médicaments les plus utilisés par les pharmaciens pour prévenir les chutes avec la pharmacienne.



Recommandations aux familles

USAGER À RISQUE LÉGER OU MODÉRÉ DE CHUTE

L'unité de soins qui accueille votre proche a à cœur l'autonomie des usagers. Pour cette raison, le CRSSS de la Baie-James a mis en place un programme de prévention des chutes. Par conséquent, votre proche a été évalué pour savoir s'il était à risque de chutes.

D'après cette évaluation, il est à risque léger ou modéré de chute.

Votre participation à la prévention des chutes est très précieuse. À cette fin, voici quelques conseils pouvant contribuer à prévenir une chute.

L'aménagement de la chambre et de la salle de bain

1. Gardez le lit au niveau le plus bas.
2. Gardez la cloche d'appel à proximité de votre proche.
3. Tenez la chambre non encombrée :
 - Rapportez à la maison tout objet que votre proche n'utilise pas ;
 - Maintenez l'aire de circulation dégagée en tout temps ;
 - Portez une attention particulière aux fils électriques et aux fils de téléphone se trouvant dans les aires de circulation ;
 - Rangez la table à roulettes au-dessus du lit ;
 - N'apportez que des objets et des meubles stables afin que votre proche ne se blesse pas en s'appuyant dessus.

Lorsque vous quittez la chambre de votre proche, assurez-vous que :

- Aucun objet ou vêtement empêche de circuler librement ;
- La cloche d'appel ou certains objets personnels importants sont facilement atteignables pour votre proche ;
- Les équipements de prévention (ex. : le moniteur de mobilité) ou de contrôle (contention) sont remis en place.

Les chaussures et les pantoufles

- Les chaussures et les pantoufles doivent être bien ajustées et doivent supporter adéquatement le pied. Un talon bas et large est recommandé.
- Une bande velcro favorise une bonne fermeture et rend aussi la chaussure ou la pantoufle plus faciles à mettre.
- Une chaussure ou une pantoufle fermées au talon assurent une meilleure stabilité à la marche.
- Les pantoufles de type ballerine sont déconseillées.
- Lorsqu'elles sont enlevées, les chaussures ou les pantoufles doivent rester facilement accessibles à votre proche.
- L'utilisation de bas antidérapants peut être un compromis si votre proche oublie de mettre ses pantoufles. Cependant, avant d'en faire l'achat, informez-vous à l'infirmière.

Les vêtements

- Les vêtements doivent être ajustés à la taille de votre proche.
- Un vêtement trop grand risque de traîner au sol.
- Un vêtement trop serré peut entraver les mouvements.
- Les vêtements doivent avoir de bons boutons ou de bonnes fermetures velcro afin d'éviter qu'ils se détachent.

Le maintien de l'autonomie de votre proche et la sécurité des transferts

- Si votre proche utilise une aide à la marche (marchette, canne), gardez celle-ci toujours à proximité.
- Stimulez votre proche dans ses activités, ne les faites pas à sa place.
- Stimulez la marche (par exemple, laissez votre proche se rendre à son placard pour prendre ses vêtements, etc.).
- Si votre proche a des problèmes de mobilité, n'hésitez pas à demander de l'aide au personnel plutôt que de tenter de le déplacer seul.

Si le médecin ou l'infirmière vous informe que votre proche souffre d'hypotension

- Avant qu'il ne se lève du lit, demandez-lui de s'asseoir sur le bord et de se balancer les pieds pendant quelques minutes.
- Lorsqu'il est en position assise, encouragez-le à faire des exercices en étendant et en fléchissant les jambes.
- Rappelez-lui de ne pas basculer la tête vers l'arrière.
- Avisez le personnel si votre proche présente des étourdissements.

Si vous avez des questions, vous êtes invité à consulter l'infirmière. Celle-ci pourra d'ailleurs vous présenter la grille de dépistage des facteurs de risque de chute qui a été remplie pour votre proche. Vous y verrez les facteurs de risque détectés et les stratégies mises en place.

Le comité de prévention des chutes



Recommandations aux familles

USAGER À RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTE

L'unité de soins qui accueille votre proche a à cœur l'autonomie des usagers. Pour cette raison, le CRSSS de la Baie-James a mis en place un programme de prévention des chutes. Par conséquent, votre proche a été évalué pour savoir s'il était à risque de chutes.

D'après cette évaluation, il est à risque élevé de chute.

Votre participation à la prévention des chutes est très précieuse. À cette fin, voici quelques conseils pouvant contribuer à prévenir une chute.

L'aménagement de la chambre et de la salle de bain

1. Gardez le lit au niveau le plus bas.
2. Gardez la cloche d'appel à proximité de votre proche.
3. Tenez la chambre non encombrée :
 - Rapportez à la maison tout objet que votre proche n'utilise pas ;
 - Maintenez l'aire de circulation dégagée en tout temps ;
 - Portez une attention particulière aux fils électriques et aux fils de téléphone se trouvant dans les aires de circulation ;
 - Rangez la table à roulettes au-dessus du lit ;
 - N'apportez que des objets et des meubles stables afin que votre proche ne se blesse pas en s'appuyant dessus.

Lorsque vous quittez la chambre de votre proche, assurez-vous que :

- Aucun objet ou vêtement empêche de circuler librement ;
- La cloche d'appel ou certains objets personnels importants sont facilement atteignables pour votre proche ;
- Les équipements de prévention (ex. : le moniteur de mobilité) ou de contrôle (contention) sont remis en place.

Les chaussures et les pantoufles

- Les chaussures et les pantoufles doivent être bien ajustées et doivent supporter adéquatement le pied. Un talon bas et large est recommandé.
- Une bande velcro favorise une bonne fermeture et rend aussi la chaussure ou la pantoufle plus faciles à mettre.
- Une chaussure ou une pantoufle fermées au talon assurent une meilleure stabilité à la marche.
- Les pantoufles de type ballerine sont déconseillées.
- Lorsqu'elles sont enlevées, les chaussures ou les pantoufles doivent rester facilement accessibles à votre proche.
- L'utilisation de bas antidérapants peut être un compromis si votre proche oublie de mettre ses pantoufles. Cependant, avant d'en faire l'achat, informez-vous à l'infirmière.

Les vêtements

- Les vêtements doivent être ajustés à la taille de votre proche.
- Un vêtement trop grand risque de traîner au sol.
- Un vêtement trop serré peut entraver les mouvements.
- Les vêtements doivent avoir de bons boutons ou de bonnes fermetures velcro afin d'éviter qu'ils se détachent.

Le maintien de l'autonomie de votre proche et la sécurité des transferts

- Si votre proche utilise une aide à la marche (marchette, canne), gardez celle-ci toujours à proximité.
- Stimulez votre proche dans ses activités, ne les faites pas à sa place.
- Stimulez la marche (par exemple, laissez votre proche se rendre à son placard pour prendre ses vêtements, etc.).
- Si votre proche a des problèmes de mobilité, n'hésitez pas à demander de l'aide au personnel plutôt que de tenter de le déplacer seul.

Si le médecin ou l'infirmière vous informe que votre proche souffre d'hypotension

- Avant qu'il ne se lève du lit, demandez-lui de s'asseoir sur le bord et de se balancer les pieds pendant quelques minutes.
- Lorsqu'il est en position assise, encouragez-le à faire des exercices en étendant et en fléchissant les jambes.
- Rappelez-lui de ne pas basculer la tête vers l'arrière.
- Avisez le personnel si votre proche présente des étourdissements.

Utilisation d'un fauteuil roulant

- Assurez-vous que votre proche est bien assis au fond du fauteuil.
- Prévenez le personnel si votre proche a tendance à glisser vers le bord du fauteuil ou s'il est trop penché vers l'avant.
- Si votre proche est capable de se déplacer avec le fauteuil, laissez-le le rouler lui-même.
- Au moment d'aider votre proche à se lever, actionnez toujours les freins du fauteuil roulant.

Si une mesure de contrôle (contention) est utilisée

- Lors de vos visites, vous pouvez retirer la contention.
- Il est cependant important de la remettre avant votre départ et de prévenir l'équipe de soins afin qu'un membre du personnel s'assure que la contention est bien installée.

Si vous avez des questions, vous êtes invité à consulter l'infirmière. Celle-ci pourra d'ailleurs vous présenter la grille de dépistage des facteurs de risque de chute qui a été remplie pour votre proche. Vous y verrez les facteurs de risque détectés et les stratégies mises en place.

Le comité de prévention des chutes



Recommandations aux familles

USAGER DONT LES TRANSFERTS ET LES DÉPLACEMENTS SONT NON SÉCURITAIRES

L'unité de soins qui accueille votre proche a à cœur l'autonomie des usagers. Pour cette raison, le CRSSS de la Baie-James a mis en place un programme de prévention des chutes. Par conséquent, votre proche a été évalué pour savoir s'il était à risque de chutes.

D'après cette évaluation, les transferts et les déplacements de votre proche sont considérés comme non sécuritaires.

Votre participation à la prévention des chutes est très précieuse. À cette fin, voici quelques conseils pouvant contribuer à prévenir une chute.

L'aménagement de la chambre et de la salle de bain

1. Gardez le lit au niveau le plus bas.
2. Gardez la cloche d'appel à proximité de votre proche.
3. Tenez la chambre non encombrée :
 - Rapportez à la maison tout objet que votre proche n'utilise pas ;
 - Maintenez l'aire de circulation dégagée en tout temps ;
 - Portez une attention particulière aux fils électriques et aux fils de téléphone se trouvant dans les aires de circulation ;
 - Rangez la table à roulettes au-dessus du lit ;
 - N'apportez que des objets et des meubles stables afin que votre proche ne se blesse pas en s'appuyant dessus.

Lorsque vous quittez la chambre de votre proche, assurez-vous que :

- Aucun objet ou vêtement empêche de circuler librement ;
- La cloche d'appel ou certains objets personnels importants sont facilement atteignables pour votre proche ;
- Les équipements de prévention (ex. : le moniteur de mobilité) ou de contrôle (contention) sont remis en place.

Les chaussures et les pantoufles

- Les chaussures et les pantoufles doivent être bien ajustées et doivent supporter adéquatement le pied. Un talon bas et large est recommandé.
- Une bande velcro favorise une bonne fermeture et rend aussi la chaussure ou la pantoufle plus faciles à mettre.
- Une chaussure ou une pantoufle fermées au talon assurent une meilleure stabilité à la marche.
- Les pantoufles de type ballerine sont déconseillées.
- Lorsqu'elles sont enlevées, les chaussures ou les pantoufles doivent rester facilement accessibles à votre proche.
- L'utilisation de bas antidérapants peut être un compromis si votre proche oublie de mettre ses pantoufles. Cependant, avant d'en faire l'achat, informez-vous à l'infirmière.

Les vêtements

- Les vêtements doivent être ajustés à la taille de votre proche.
- Un vêtement trop grand risque de traîner au sol.
- Un vêtement trop serré peut entraver les mouvements.
- Les vêtements doivent avoir de bons boutons ou de bonnes fermetures velcro afin d'éviter qu'ils se détachent.

Le maintien de l'autonomie de votre proche et la sécurité des transferts

- Si votre proche utilise une aide à la marche (marchette, canne), gardez celle-ci toujours à proximité.
- Stimulez votre proche dans ses activités, ne les faites pas à sa place.
- N'hésitez pas à demander de l'aide au personnel plutôt que de tenter de déplacer seul votre proche.

Si le médecin ou l'infirmière vous informe que votre proche souffre d'hypotension

- Avant qu'il ne se lève du lit, demandez-lui de s'asseoir sur le bord et de se balancer les pieds pendant quelques minutes.
- Lorsqu'il est en position assise, encouragez-le à faire des exercices en étendant et en fléchissant les jambes.
- Rappelez-lui de ne pas basculer la tête vers l'arrière.
- Avisez le personnel si votre proche présente des étourdissements.

Utilisation d'un fauteuil roulant

- Assurez-vous que votre proche est bien assis au fond du fauteuil.
- Prévenez le personnel si votre proche a tendance à glisser vers le bord du fauteuil ou s'il est trop penché vers l'avant.
- Si votre proche est capable de se déplacer avec le fauteuil, laissez-le le rouler lui-même.

Si une mesure de contrôle (contention) est utilisée

- Lors de vos visites, vous pouvez retirer la contention.
- Il est cependant important de la remettre à votre départ et de prévenir l'équipe de soins afin qu'un membre du personnel s'assure que la contention est bien installée.

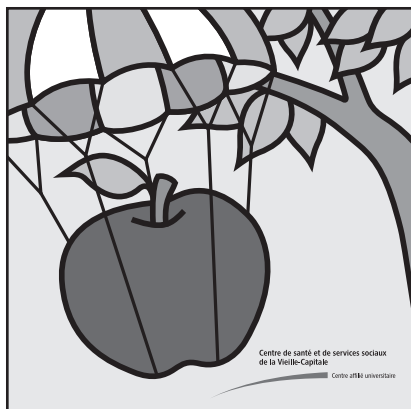
Utilisation du logo permettant d'identifier l'utilisateur à haut risque de chutes

- Le logo est fixé à la porte de la chambre de l'utilisateur et à son fauteuil ou à son aide à la marche, s'il y a lieu.
- Toute personne présente sur l'unité est sensibilisée au fait que le logo indique que l'utilisateur est à haut risque de chutes; elle devrait donc aller voir cet utilisateur, lorsqu'il est aperçu dans une situation à risque, pour l'aider, le calmer ou sonner la cloche d'appel et attendre qu'un employé de l'équipe de soins intervienne selon les besoins.

Si vous avez des questions, vous êtes invité à consulter l'infirmière. Celle-ci pourra d'ailleurs vous présenter la grille de dépistage des facteurs de risque de chute qui a été remplie pour votre proche. Vous y verrez les facteurs de risque détectés et les stratégies mises en place.

Le comité de prévention des chutes

Logo pour les usagers ayant des déplacements non sécuritaires



Lorsqu'un usager obtient un score supérieur à douze sur la grille de dépistage des facteurs de risque de chute, il est considéré à haut risque de chutes et ayant des déplacements non sécuritaires. Une surveillance accrue est alors recommandée. L'engagement de toutes les personnes qui évoluent dans le milieu de vie de l'utilisateur s'avère précieux.


Afin que ces personnes puissent agir auprès des usagers à haut risque de chutes, un logo a été créé permettant de les identifier et d'optimiser leur surveillance. Le logo symbolise le mouvement. Il est conçu de telle sorte qu'il ne stigmatise pas l'utilisateur.

Déplacements non sécuritaires > 12
Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter

10. ☐ Tenir une discussion interdisciplinaire

11. ☒ **Utiliser le logo « Usager ayant des déplacements non sécuritaires » (avec l'accord de l'utilisateur ou de son proche)**

12. ☐ Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil



Une fois l'intervention cochée dans l'outil de dépistage, l'infirmière fixe une affiche plastifiée du logo à la chambre de l'utilisateur et à son aide à la marche ou à son fauteuil roulant. Un utilisateur ainsi identifié peut donc compter sur tous les employés pour assurer sa sécurité. En effet, le logo indique au personnel que :

Toute personne présente sur l'unité est sensibilisée au fait que le logo indique que l'utilisateur est à haut risque de chutes ; elle devrait donc aller voir cet utilisateur, lorsqu'il est aperçu dans une situation à risque, pour l'aider, le calmer ou sonner la cloche d'appel et attendre qu'un employé de l'équipe de soins intervienne selon les besoins.

À noter qu'il est possible, malgré un score plus élevé que douze, de ne pas utiliser le logo si les risques sont acceptés par l'utilisateur et sa famille ou si l'utilisateur présente un comportement particulier (ex. : troubles psychotiques). Si cette situation se présente, il est nécessaire :

- Que la décision soit prise lors d'une discussion interdisciplinaire avec la collaboration et l'accord de l'utilisateur et de la famille, si possible ;
- Que la discussion et la décision fassent l'objet d'une note au dossier.

Réévaluation

Ce logo demande d'assurer une vigilance constante. Il doit donc être utilisé de façon judicieuse. C'est pourquoi les utilisateurs bénéficiant de cette stratégie doivent être réévalués régulièrement afin que le logo soit retiré si leur score au dépistage de risque de chute devient inférieur à douze.

Le positionnement au fauteuil

Un bon positionnement au fauteuil roulant assure le confort, mais peut également contribuer à réduire les chutes.

Principes de base d'un bon positionnement

- Les fesses doivent être centrées et bien au fond du fauteuil.
- Le dos de l'utilisateur doit être bien appuyé contre le dossier.
- Les pieds doivent être bien à plat au sol ou sur les appui-pieds.



Pour contrer le glissement du bassin vers l'avant

- Vérifier l'ajustement de la ceinture. Changer le modèle de ceinture ou de fauteuil au besoin.
- Fixer le coussin.
- Ajouter une surface antidérapante sur l'assise.
- Ajouter un biseau crural.
- Réduire la hauteur siège-sol.
- Mettre l'assise en bascule arrière lorsque le fauteuil le permet.



Pour contrer la bascule du tronc vers l'avant

Mettre l'assise en bascule arrière lorsque le fauteuil le permet.

Le moniteur de mobilité

Le moniteur de mobilité est un appareil conçu pour détecter les mouvements. Il permet donc :

- D'avertir lorsqu'un usager tente de se lever de son lit ou de son fauteuil roulant ;
- De connaître les habitudes de levée d'un usager ;
- De rappeler à l'utilisateur de demander de l'aide avant de se lever.

Plusieurs options sont disponibles lors de l'utilisation du moniteur de mobilité :

- Cordelettes de différentes longueurs ;
- Tapis sensitifs de différentes dimensions ;
- Système infrarouge.

Critères d'installation au lit ou au fauteuil pour prévenir le risque de chute

Un moniteur de mobilité peut être installé au fauteuil ou au lit avec un côté de lit baissé lorsque l'utilisateur :

- Est à risque non imminent de chutes (il a la capacité de marcher seul sur une courte distance de façon sécuritaire) et risque de se lever seul de façon occasionnelle ;
- N'a pas la capacité de marcher, mais risque de faire seul, de façon occasionnelle seulement, le transfert du lit vers le fauteuil ou du fauteuil vers le lit.

Un moniteur de mobilité avec ou sans tapis sensitif peut être installé au lit avec les deux côtés de lit levés :

- Lorsque l'utilisateur n'a pas la capacité de marcher et présente un faible risque de tenter de passer par-dessus les ridelles ou le pied du lit.



IMPORTANT

Ne pas utiliser le moniteur de mobilité lorsque l'utilisateur :

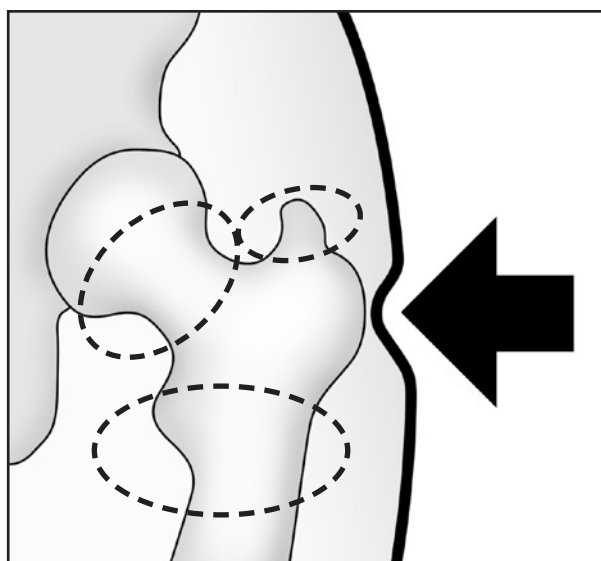
- Est à risque imminent de chutes sitôt levé du fauteuil ou du lit avec un côté de lit baissé ;
- N'est pas à risque imminent de chutes et se lève de façon répétitive ;
- Est à risque modéré ou élevé de passer par-dessus le côté de lit ou le pied de lit (utiliser un moniteur de mobilité en combinaison avec une contention, au besoin).

Le moniteur de mobilité informe le personnel des tentatives de transfert de l'utilisateur. Cependant, pour chaque avertissement, il est essentiel d'analyser pourquoi l'utilisateur tente de se lever afin de répondre à ses besoins et de réduire les risques de chute.

Les protecteurs de hanches

La fracture proximale du fémur est fréquente chez l'ainé. Dans 95 % des cas, elle est occasionnée par une chute. Pour qu'une chute provoque une fracture, il faut que la force d'impact appliquée sur le fémur dépasse sa solidité. Trois conditions influencent le risque de fracture de la hanche lors d'une chute :

1. Le point d'impact de la chute (sur la hanche ou près de celle-ci);
2. Les réactions de protection de la personne;
3. Les tissus mous de la hanche qui peuvent absorber l'énergie de l'impact de la chute.



L'impact sur le fémur et les zones possibles de fracture

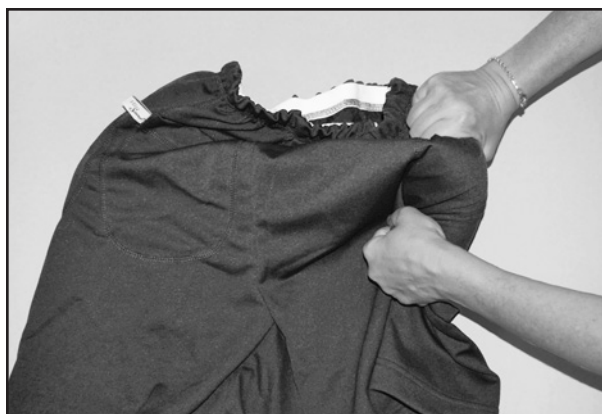
Les protecteurs de hanches permettent de réduire le risque de fracture en diminuant la force d'impact de la chute sur l'os du fémur. Alors que les protecteurs à coquilles fermes dispersent l'énergie, les coquilles souples l'absorbent. Bien que les protecteurs fermes soient plus efficaces pour diminuer la force d'impact d'une chute, les usagers adoptent davantage l'utilisation des protecteurs souples, ceux-ci étant moins contraignants. Voilà pourquoi les deux modèles ont leur utilité en gériatrie.

L'utilisation des protecteurs de hanches a comme objectifs :

- La réduction du risque de fracture de la hanche;
- Le maintien de la mobilité et la prévention de la fonte musculaire et de la porosité osseuse;
- L'amélioration de la confiance de l'usager en ses capacités.



Protecteur ferme



Protecteur souple



PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES CHUTES

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Critères d'utilisation de la culotte avec protecteurs de hanches

- Usager qui circule seul, avec ou sans aide à la marche, et qui présente un risque de chute associé à un ou à plusieurs des critères suivants :
 - Peur de tomber avec limitation des activités ;
 - Chute dans les derniers six mois avec blessure ;
 - Indice de masse corporel (IMC) bas ;
 - Ostéoporose connue ;
 - Antécédent de fracture après 50 ans ;
 - Diminution de l'éveil à la sécurité.
- L'usager doit donner son accord.

Critères de retrait des protecteurs de hanches

- L'usager ne tolère pas le port des culottes avec protecteurs.
- L'usager est accompagné dans tous ses déplacements.
- L'usager ne circule plus.
- L'usager présente une rougeur persistante ou une plaie à la hanche au site d'insertion des coquilles.
- L'usager n'est pas tombé dans les six derniers mois.
- L'évaluation du professionnel en physiothérapie démontre que les protecteurs ne sont plus nécessaires.

Chez les personnes âgées, le principal facteur qui influence le niveau d'efficacité des culottes avec protecteurs de hanches est la fidélité du port des protecteurs. Il est donc important de s'assurer que l'usager les porte.

Stratégies pour l'observance du port des protecteurs de hanches

L'équipe de soins et le personnel de réadaptation doivent :

- Expliquer à l'usager et à sa famille l'utilité de la culotte avec protecteurs de hanches ;
- Encourager l'usager à porter la culotte ;
- S'assurer que la taille de la culotte permet une mise en place adéquate des coquilles sur les grands trochanters ;
- S'assurer que l'usager porte bien la culotte identifiée à son nom.

Utilisation de culottes avec protecteurs de hanches

| Type de protecteurs | Coquilles fermes | Coquilles souples |
|---|--|--|
| Propriété | <ul style="list-style-type: none"> - Dispersion de l'énergie - Efficacité supérieure | <ul style="list-style-type: none"> - Absorption de l'énergie - Efficacité moindre |
| Description de l'équipement fourni | Deux culottes et une paire de coquilles | Deux culottes avec coquilles en gel intégrées sont fournies à l'utilisateur. |
| Critères de sélection | <ul style="list-style-type: none"> - Usager qui ne se couche pas seul. - Usager qui ne va pas aux toilettes seul. | <ul style="list-style-type: none"> - Usager qui se couche seul. - Usager qui va aux toilettes seul. |
| Consignes de sécurité | L'utilisateur ne doit pas porter la culotte lorsqu'il est couché. | L'utilisateur peut porter cette culotte lorsqu'il est couché. |
| Port de la culotte | L'utilisateur peut porter une culotte d'incontinence en dessous. | L'utilisateur peut porter une culotte d'incontinence en dessous. |
| Entretien | <ul style="list-style-type: none"> - Les culottes sont lavables à la machine. - Retirer les coquilles avant de mettre la culotte au lavage. - Ne pas utiliser de javellisant. - Ne pas sécher à la sècheuse. | <ul style="list-style-type: none"> - Les culottes sont lavables à la machine, à l'eau chaude (95 °C ou 200 °F). - Ne pas utiliser de javellisant. - Sécher à haute température. - Ne pas nettoyer à sec. - Ne pas repasser. |

Explication des résultats des tests d'équilibre et de marche

Évaluation de la sécurité : Elderly Mobility Scale (EMS)

| | |
|---------|---|
| 14 à 20 | L'utilisateur est indépendant. Ses capacités physiques lui permettent de faire ses AVQ seul. Ce n'est pas un indice fiable du niveau d'équilibre. Il est recommandé de faire un BERG ou un TUG lorsque l'utilisateur obtient un score de 14 et plus. |
| 11 à 13 | L'utilisateur a besoin de supervision ou d'une aide légère pour ses AVQ et ses déplacements. |
| ≤ 10 | L'utilisateur est dépendant pour ses déplacements et a besoin d'une aide modérée ou importante pour ses AVQ. |

Vitesse de marche

- Vitesse moyenne de marche confortable pour un sujet sain adulte (40 à 60 ans) : 0,87 à 1,13 m/s.
- Vitesse moyenne de marche confortable pour un sujet sain adulte (70 ans et plus) : 0,85 à 0,94 m/s.
- Vitesse de marche confortable pour des personnes âgées fragiles : 0,36 à 0,42 m/s.

Test d'équilibre BERG

| | |
|-------|--|
| 45-56 | L'utilisateur peut marcher seul sans accessoire. Faible risque de chute. |
| 21-44 | Risque de chute modéré. Aide à la marche ou aide recommandée. |
| 0-20 | L'utilisateur ne peut pas marcher de façon sécuritaire. Fauteuil roulant recommandé. Risque élevé de chute. |

Timed Up and Go (TUG)

| | |
|-----------------|---|
| < 10 secondes | L'utilisateur est indépendant avec ou sans aide à la marche : faible risque de chute. |
| > 13,5 secondes | a) Sans histoire de chute dans la dernière année : risque modéré de chute. b) Avec histoire de chute dans la dernière année : risque élevé de chute. |
| > 30 secondes | L'utilisateur nécessite de l'aide pour la plupart de ses transferts et de ses déplacements. |

Test de double tâche : parler en marchant (test de Lundin-Olsson)

Lorsque vous marchez avec un usager, posez-lui une question après une distance de quelques mètres (ex. : Quel âge avez-vous ?) tout en continuant à marcher. Si celui-ci s'arrête pour parler, le test est positif et indique que l'utilisateur est plus fragile et donc plus à risque de tomber. Ce test est particulièrement utile avec les usagers ayant des troubles cognitifs sévères et dont la compréhension ne permet pas des tests de marche ou d'équilibre complexes.

La médication : un facteur de risque important

Extrait de la formation initiale du *Programme de prévention des chutes*

Généralités

- La prise de médicaments augmente le risque de chute.
- Jusqu'à preuve du contraire, c'est toujours la faute du médicament.

Outil de dépistage des facteurs de risque de chute

Facteurs de risque

Encercler la cote si l'usager prend cinq médicaments ou plus incluant les prn.

| | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| 9. Médication <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les prn | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance de l'apparition d'effets indésirables | <input type="checkbox"/> |
|--|---|--|--------------------------|



C'est ce qui est généralement reconnu comme étant un facteur de risque, **peu importe quels sont ces médicaments**. Sont exclus les gouttes, les crèmes et onguents, les vitamines et les minéraux.

Encercler la cote s'il y a utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique.

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique | 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance de la présence de somnolence diurne | <input type="checkbox"/> |
|---|---|--|--------------------------|



Les trois premiers de ces groupes de médicaments ont fait leurs preuves de façon irréfutable comme agents augmentant le risque de chute. Les narcotiques sont également inclus, car ils sont considérés comme à risque élevé.

Interventions

Aviser le pharmacien si :

- Vous observez et notez l'apparition d'un ou de plusieurs des effets indésirables suivants chez l'usager : hypotension orthostatique, étourdissements, ralentissement psychomoteur, confusion, vision brouillée, urgence mictionnelle, hyper ou hypoglycémie ;
- Si l'usager présente de la somnolence diurne ;
- Si l'usager consomme de l'alcool ou des drogues.

Rôle du pharmacien

- Évaluer, à l'admission, le risque de chute lié à la médication de l'usager et à ses diagnostics. Cette évaluation est mise dans la note d'admission sous l'onglet « Notes d'évolution ». Si approprié, suggérer une solution de rechange médicamenteuse ou une diminution de dose.
- Recommander une vigilance accrue lors de la modification d'un médicament, si nécessaire.

- Réviser l'ensemble des médicaments au besoin (à la suite d'une chute, par exemple).
- Réviser systématiquement l'ensemble des médicaments une fois par année (sommaire).

Le pharmacien émet des recommandations au médecin en considérant :

- Les risques et les bénéfices ;
- Une médication alternative ;
- Une réduction possible de la dose.

Pourquoi viser la plus petite dose efficace ?

Il arrive souvent, après la chute d'un usager, que le pharmacien propose une diminution de la dose des médicaments qui peuvent y contribuer (principalement les benzodiazépines, les antipsychotiques et les antidépresseurs). Les études démontrent que cette intervention diminue le risque de chute de façon importante.

Ces diminutions de doses se font par étapes. Il est parfois possible de faire un sevrage complet d'un médicament sans que l'usager en soit affecté. Le plus souvent, une réduction de la dose est possible.

Pour connaître la limite de la réduction, il faut parfois la dépasser. Selon la situation, si l'usager va bien malgré les diminutions de doses, celles-ci se poursuivent jusqu'à ce qu'il semble moins bien tolérer la diminution. Il est alors possible de revenir à l'étape précédente. À ce moment-là, nous sommes en droit de penser que nous avons atteint la plus petite dose efficace, celle qui occasionnera le moins d'effets secondaires.

Médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute

Les classes les plus à risque sont :

- Les benzodiazépines ;
- Les antidépresseurs ;
- Les antipsychotiques ;
- Les narcotiques.

A. Les benzodiazépines :

- Clonazépam
- Flurazépam
- Lorazépam
- Oxazépam
- Témazépam

Cette classe de médicaments augmente le risque de chute à cause de ses effets indésirables : somnolence, ralentissement psychomoteur, étourdissements, ataxie, diminution du degré de conscience et confusion.

Lorsqu'un médicament de cette classe est nécessaire, le lorazépam, l'oxazépam et le témazépam sont à privilégier chez les personnes âgées.

B. Les antidépresseurs

- Amitriptyline
- Citalopram
- Mirtazapine
- Paroxétine
- Sertraline
- Venlafaxine

Cette classe de médicaments augmente le risque de chute à cause de ses effets indésirables : somnolence, étourdissements et fatigue.

Parmi ces médicaments, l'amitriptyline est celui qui augmente le plus le risque de chute car, en plus des effets indésirables liés à cette classe, il a aussi des effets anticholinergiques : vision brouillée et confusion. Il est maintenant surtout utilisé comme coanalgésique.

Lorsqu'un médicament de cette classe est nécessaire, les produits à privilégier sont le citalopram, la mirtazapine et la venlafaxine.

C. Les antipsychotiques

- Halopéridol
- Olanzapine
- Quétiapine
- Risperidone

Cette classe de médicaments augmente le risque de chute à cause de ses effets indésirables : somnolence, étourdissements, hypotension orthostatique, démarche anormale, trouble d'équilibre, agitation, troubles cognitifs.

On privilégie un ou l'autre selon les effets souhaités et ceux à éviter.

- La risperidone est le médicament privilégié pour réduire l'agitation. Par contre, elle est à éviter si l'usager présente des symptômes parkinsoniens.
- La quétiapine cause plus de somnolence, ce qui peut être avantageux si l'usager a des problèmes de sommeil, mais elle cause aussi plus d'hypotension orthostatique, ce qui augmente le risque de chute.
- L'olanzapine cause plus de problèmes métaboliques : gain de poids, problèmes d'hyperlipidémie et d'hyperglycémie.

D. Les narcotiques

- Codéine
- Morphine
- Hydromorphone
- Fentanyl

Cette classe de médicaments augmente le risque de chute à cause de ses effets indésirables : somnolence, étourdissements, confusion et risque d'hallucination.

Au CSSS de la Vieille-Capitale, pour les personnes âgées, on privilégie la morphine.

Autres médicaments à risque

Médicaments anticholinergiques

Plusieurs médicaments ont des propriétés anticholinergiques dont les antihistaminiques de première génération comme la diphenhydramine, le dimenhydrinate, l'hydroxyzine et plusieurs médicaments en vente libre. Ces médicaments peuvent causer de la confusion et une vision brouillée.

L'amitriptyline, la cyclobenzaprine, la quétiapine et l'olanzapine ont d'importantes propriétés anticholinergiques.

Le furosémide, la warfarine et la digoxine sont aussi des médicaments ayant certaines propriétés anticholinergiques, mais de plus faible intensité.

Il est possible de calculer la charge anticholinergique des médicaments d'un usager. La prise de plusieurs médicaments ayant des propriétés anticholinergiques, même si elles sont faibles, peut amener une importante augmentation du risque de chute.

Antihypertenseurs

Les antihypertenseurs peuvent causer de l'hypotension, de l'hypotension orthostatique et du déséquilibre.

Diurétiques

Les diurétiques peuvent causer de l'hypotension et des urgences mictionnelles.

Hypoglycémians

Les hypoglycémians peuvent causer de l'hypoglycémie (la metformine est la moins en cause). Surveiller surtout le gliclazide, le glyburide et l'INSULINE.

Dans un contexte de prévention des chutes, il est important d'aviser les intervenants lorsqu'un usager présente de l'hypotension ou de l'hypoglycémie, puisque ces deux facteurs augmentent le risque de chute.

Situations pouvant augmenter le risque de chute

- Début de traitement
- Augmentation de la dose
- Interaction médicamenteuse
- Utilisation des médicaments administrés prn

Il paraît évident qu'un début de traitement ou une augmentation de la dose peut augmenter le risque de chute. Une vigilance accrue est demandée que ce soit pour la tension, la glycémie ou la somnolence selon le médicament en cause.

Utilisation des prn

L'utilisation d'un prn est considérée comme un début de traitement ou une augmentation de dose, selon le cas.

- Si le médicament est seulement prescrit prn, le fait de donner une dose prn constitue un début de traitement à chaque administration, puisque l'usager n'a développé aucune tolérance à ce produit.
- Si le médicament est prescrit régulier et prn, le fait de donner une dose prn constitue une augmentation de la dose puisque, cette journée-là, l'usager reçoit plus que sa dose habituelle.

Parmi les médicaments les plus souvent donnés prn se trouvent le lorazépam, l'halopéridol et la morphine. Tous ces médicaments peuvent causer des effets indésirables importants augmentant le risque de chute. Une vigilance accrue est donc nécessaire lors de l'utilisation de médicaments administrés prn.

Lorsque survient une chute, un lien doit être recherché entre la chute et la prise de médicaments administrés prn.

Histoire de chute

Lorsqu'on veut évaluer le lien entre une chute d'un usager et ses médicaments, il est important de savoir dans quel contexte la chute est survenue.

- Est-ce au changement de position ?

Ce pourrait être causé par de l'hypotension orthostatique, elle-même augmentée par les antihypertenseurs.

- Est-ce suite à la prise d'un médicament administré prn ?

Évaluer ce qui a été donné dans les derniers jours pour juger de l'effet cumulatif.

- Est-ce avant un repas ?

L'hypoglycémie pourrait être en cause, et la médication hypoglycémiante pourrait être révisée à la baisse.

Conclusion

- Il est important de prendre connaissance de l'évaluation du risque de chute en relation avec les médicaments que prend l'usager. Cette évaluation est inscrite dans les notes d'évolution.
- Prendre note : le risque de chute est plus élevé en début de traitement ou après une augmentation de la dose d'un médicament à risque.
- Lors d'utilisation de médicaments administrés prn, il faut assurer une vigilance accrue pour détecter l'apparition d'effets indésirables.
- Il est important de bien documenter les circonstances d'une chute.
- La collaboration interdisciplinaire est essentielle pour viser la plus petite dose efficace afin de diminuer le risque de chute.

Bibliographie

- ACCIDENT COMPENSATION CORPORATION (ACC) (2006). *Standing Up to Falls: Your Guide to Preventing Falls and Protecting your Independence*, [En ligne], p. 9. [<http://www.acc.co.nz/search-results/index.htm?ssUserText=standing+up+to+fall+your+guide+to+preventing+falls+and+protecting>].
- ACTIVE MOBILITY CENTRE (2010). *Hip Protectors and Fall Mats*, [En ligne]. [<http://www.activemobility.co.uk/shop/hips-hip-protector-pants-p-1409.html>].
- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, L'Agence, Division du vieillissement et des aînés, 71 p.
- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS) (2006). *Bonne utilisation des barrières de lit*, Saint-Denis, L'Agence, 13 p.
- ALLET, Lara, et autres (2008). "Gait Alterations of Diabetic Patients while Walking on Different Surfaces", *Gait & Posture*, vol. 29, n° 3, p. 488-493.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, BRITISH GERIATRICS SOCIETY et AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION (2001). "Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 49, n° 5, p. 664-672.
- ANNA AND HARRY BORUM CENTER FOR GERONTOLOGICAL RESEARCH (2004). *Mobility Decline Prevention: Training Module*, Los Angeles, The Anna and Harry Borun Center for Gerontological Research, 60 p.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (AIIAO) (2008). *Directives d'amélioration du Collectif national sur la prévention des chutes dans les établissements de soins de longue durée*, L'Association, 12 p.
- AUSTRALIAN COUNCIL FOR SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE (2005). *Implementation Guide for Preventing Falls and Harm from Falls in Older People*, Best Practice Guidelines for Australian Hospitals and Residential Aged Care Facilities, 106 p.
- BÉDARD, Amélie, et autres (2007). *La prévention des chutes chez les aînés : évaluation d'une intervention préventive auprès des médecins de première ligne de deux secteurs de CLSC de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 86 p.
- BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAULT et Diane SERGERIE (2007). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation*, Institut national de santé publique, 672 p.
- BENES, Heike, et autres (2007). "Definition of Restless Leg Syndrome, How to Diagnose It, and How to Differentiate It from RLS Mimics", *Movement Disorders*, vol. 22, n° S18, p. S 401-S408.
- BOGLE THORBAHN, Linda D., et Roberta A. NEWTON (1996). "Use of the Berg Balance Test to Predict Falls in Elderly Persons", *Physical Therapy*, vol. 76, n° 6, p. 576-583.
- BOHANNON, Richard W. (1997). "Comfortable and Maximum Walking Speed of Adults Aged 20-79: Reference Values and Determinants", *Age and Ageing*, vol. 26, n° 1, p. 15-19.
- BOUSHON, Barbara, et autres (2008). *Transforming Care at the Bedside How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls*, Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, 75 p.

- BOUWEN, Anne, Jan DE LEPELEIRE et Frank BUNTINX (2008). "Rate of Accidental Falls in Institutionalised Older People with and without Cognitive Impairment Halved as a Result of a Staff-Oriented Intervention", *Age and Ageing*, vol. 37, n° 3, p. 306-310.
- BROWN, Cynthia J., et autres (2005). "Changes in Physical Therapy Providers' Use of Fall Prevention Strategies Following a Multicomponent Behavioural Change Intervention", *Physical Therapy*, vol. 85, n° 5, p. 394-403.
- CAMERON, Ian D., et autres (2009). *Interventions for Preventing Falls in Older People in Nursing Care Facilities and Hospital (Review)*, The Cochrane Library, 97 p.
- CAPEZUTI, Elizabeth, et autres (2009). "Bed-Exit Alarm Effectiveness", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 49, n° 1, p. 27-31.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2009). *Falls Among Older Adults: An Overview*, [En ligne]. [<http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>].
- CHANG, John T., et autres (2004). "Interventions for the Prevention of Falls in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Clinical Trials", *British Medical Journal*, vol. 328, mars, p. 1-7.
- CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY (2001). *Effectiveness of Falls Prevention and Rehabilitation Strategies in Older People: Implications for Physiotherapy*, Londres, The Chartered Society of Physiotherapy, 24 p.
- CONSEIL CONSULTATIF SCIENTIFIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE L'OSTÉOPOROSE DU CANADA (2010). « Lignes directrices de pratique 2010 pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada : sommaire », *Journal de l'Association canadienne médicale*, 13 p.
- COX, Helen, et autres (2008). "Educating Nursing Home Staff on Fracture Prevention: A Cluster Randomised Trial", *Age and Ageing*, vol. 37, n° 2, p. 167-172.
- CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE (2006a). *Évaluation et suivi de l'utilisateur ayant chuté*, Règle de soins infirmiers, Québec, Le CSSS, 19 p.
- CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE (2006b). *Protocole sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention et isolement)*, [Révision octobre 2009], Québec, Le CSSS, 90 p.
- DELBAERE, Kim, et autres (2008). "Development and Validation of Fall Risk Screening Tools for Use in Residential Aged Care Facilities", *The Medical Journal of Australia*, vol. 189, n° 4, p. 193-196.
- DITE, Wayne, et Vivienne A. TEMPLE (2002). "A Clinical Test of Stepping and Change of Direction to Identify Multiple Falling Older Adults", *Archives of Physical and Medicine Rehabilitation*, vol. 83, n° 11, p. 1566-1571.
- ENSRUD, Kristine E., et autres (2002). "Central Nervous System-Active Medications and Risk for Falls in Older Women", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 10, p. 1629-1637.
- EXERCISE AND SCREENING FOR YOU (EASY). [En ligne]. [www.easyforyou.info].
- FABER, Marjan J., Ruud J. BOSSCHER et Piet C. W. VAN WIERINGEN (2006). "Clinimetric Properties of the Performance-Oriented Mobility Assessment", *Physical Therapy*, vol. 86, n° 7, p. 944-954.
- FOUGEYROLLAS, Patrick, et autres (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap, 166 p.
- FRANCŒUR, Louise (2001). *Programme de prévention des chutes en institution*, Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 139 p.

- GAGNON, Nadine, et autres (2005). "Affective Correlates of Fear of Falling in Elderly Persons", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 13, n° 1, p. 7-14.
- GARDNER, Melinda M., et autres (2001). "Practical Implementation of an Exercise-Based Falls Prevention Programme", *Age and Ageing*, vol. 30, n° 1, p. 77-83.
- HANSMA, A. H. G., Marielle H. EMMELOT-VONK et H. J. J. VERHAAR (2010). "Reduction in Falling After a Falls-Assessment", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 50, n° 1, p. 73-76.
- HEALTH CARE ASSOCIATION OF NEW JERSEY (HCANJ) (2007). *Fall Management Guideline*, Hamilton, HCANJ, 32 p.
- HENDRICH, Ann, et autres (1995). "Hospital Falls: Development of a Predictive Model for Clinical Practice", *Applied Nursing Research*, vol. 8, n° 3, p. 129-139.
- HIEN, Le T.T., et autres (2005). "Atypical Antipsychotic Medications and Risk of Falls in Residents of Aged Care Facilities", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 8, p. 1290-1295.
- HIPROTECTOR (2010). *Fall Prevention Hip Fractures*, [En ligne]. [<http://www.hiprotector.com/doctor.html>].
- HOWE, Tracey E., et autres (2007). *Exercise for Improving Balance in Older People (Review)*, The Cochrane Library, 152 p.
- KINGSTON, Paul (2000). "Falls in Later Life: Status Passage and Preferred Identities as a New Orientation", *Health*, vol. 4, n° 2, p. 216-233.
- KUJUBU, Dean A., and Sherif R. ABOSEIF (2008). "An Overview of Nocturia and the Syndrome of Nocturnal Polyuria in the Elderly", *Nature Clinical Practice Nephrology*, vol. 4, n° 8, p. 426-435.
- LAUZON Sylvie, et Evelyne ADAM (1996). *La personne âgée et ses besoins : interventions infirmières*, Paris, Éditions Seli Arslan, 867 p.
- LORD, Stephen R., et autres (2003). "Differing Risk Factors for Falls in Nursing Home and Intermediate-Care Residents who Can and Cannot Stand Unaided", *Journal of The American Geriatrics Society*, vol. 51, n° 11, p. 1645-1650.
- LUECKENOTTE, Annette G., et Deborah Marks CONLEY (2009). "A Study Guide for the Evidence-Based Approach to Fall Assessment and Management", *Geriatric Nursing*, vol. 30, n° 3, p. 207-216.
- LUNDIN-OLSSON, Lillemor, et autres (2000). "The Mobility Interaction Fall Chart", *Physiotherapy Research International*, vol. 5, n° 3, p. 190-201.
- MANCKOUNDIA, Patrick, et autres (2007). « La rétroimpulsion du sujet âgé : mise au point sur un symptôme grave et proposition d'une échelle pour une évaluation quantifiée », *La revue de médecine interne*, vol. 28, n° 4, p. 242-249.
- MANCKOUNDIA, Patrick, et autres (2007). « Syndrome de désadaptation psychomotrice », *La revue de médecine interne*, vol. 28, n° 2, p. 79-85.
- MONTERO-ODASSO, Manuel, et autres (2005). "Gait Disorders Are Associated with Non-Cardiovascular Falls in Elderly People: A Preliminary Study", *BMC Geriatrics*, vol. 5, p. 1-15.
- MONTERO-ODASSO, Manuel, et autres (2007). "A Flowchart System to Improve Fall Data documentation in a Long-Term Care Institution: A Pilot Study", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, n° 5, p. 300-306.
- MOOYEON, Oh-Park., et autres (2011). "Transient Versus Persistent Fear of Falling in Community-Dwelling Older Adults: Incidence and Risk Factors", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, n° 7, p. 1225-1231.

- MOULDING, N. T., C. A. SILAGY et D. P. WELLER (1999). "A Framework for Effective Management of Change in Clinical Practice: Dissemination and Implementation of Clinical Practice Guidelines", *Quality in Health Care*, vol. 8, n° 3, p. 177-183.
- NABHANI, Farhad, et James BAMFORD (2002). "Mechanical Testing of Hip Protectors", *Journal of Materials Processing Technology*, vol. 124, n° 3, p. 311-318.
- NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE (NCG) (2006). *Prevention of Falls in the Elderly*, Guideline synthesis, 63 p.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2004). *Clinical Practice Guideline for the Assessment and Prevention of Falls in Older People*, Londres, Royal College of Nursing, 284 p.
- NEWTON, P. J., et autres (2007). "Barriers and Facilitators to the Implementation of the Collaborative Method: Reflections from a Single Site", *Quality & Safety in Health Care*, vol. 16, n° 6, p. 409-414.
- NORDIN, Ellinor, et autres (2008). "Prognostic Validity of the Timed Up-and-Go Test, a Modified Get-Up-and-Go Test, Staff's Global Judgement and Fall History in Evaluating Fall Risk in Residential Care Facilities", *Age and Ageing*, vol. 37, n° 4, p. 442-446.
- ODDSSON, Lars I. E., Patrick BOISSY et Itshak MELZER (2007). "How to Improve Gait and Balance Function in Elderly Individuals—Compliance with Principles of Training", *European Review of Aging and Physical Activity*, vol. 4, n° 1, p. 15-23.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (2009). « Plan thérapeutique infirmier », [En ligne]. [<http://www.oiiq.org/infirmieres/plan/index.asp>] (Consulté le 7 septembre 2010).
- PAGE, Phil, et autres (2004). *The Active Aging Toolkit: Promoting Physical Activity in Older Adults for Healthcare Providers*, [En ligne]. [<http://www.firststepstoactivehealth.com/downloads/files/Toolkit-whitepaperREV2-16-04.pdf>].
- PANEL ON PREVENTION OF FALLS IN OLDER PERSONS. AMERICAN GERIATRICS SOCIETY AND BRITISH GERIATRICS SOCIETY (2011). "Summary of the Updated American Geriatrics Society/ British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 59, n° 1, p. 148-157.
- PARKER, Martyn J., William J. GILLESPIE et Lesley D. GILLESPIE (2005). *Hip Protectors for Preventing Hip Fractures in Older People (Review)*, The Cochrane Library, 41 p.
- PEEL, Nancye M., Roderick J. MCCLURE et Joan K. HENDRIKZ (2007). "Psychosocial Factors Associated with Fall-Related Hip Fractures", *Age and Ageing*, vol. 36, n° 2, p. 145-151.
- PEREIRA, Catarina L. N., Peter VOGELAERE et Fátima BAPTISTA (2008). "Role of Physical Activity in the Prevention of Falls and their Consequences in the Elderly", *European Review of Aging and Physical Activity*, vol. 5, n° 1, p. 51-58.
- PILON, Manon (2009). *L'exercice chez la personne âgée : efficace, oui mais à quelle intensité?* Journée thématique de la formation continue 2009, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.
- QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Québec, Direction générale de la santé publique, Le Ministère, 108 p.
- QUEENSLAND GOVERNMENT (2003). *Falls Prevention: Best Practice Guidelines*, Quality Improvement and Enhancement Program, 117 p.
- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2002). *Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines*, Toronto, RNAO, 91 p.

- REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) (2007). *Falls Prevention: Building the Foundations for Patient Safety: A Self-Learning Package*, Toronto, Nursing Best Practice Guidelines Program, RNAO, 15 p.
- RUBENSTEIN, Laurence Z., et Karen R. JOSEPHSON (2006). "Falls and their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show?", *The Medical Clinics of North America*, vol. 90, n° 5, p. 807-824.
- SANTÉ CANADA (2008). *Côtés de lit dans les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers et dans le cadre des soins à domicile : statistiques sur les piégeages entre les côtés de lit*, 4 p.
- SATTIN, Richard W. (1992). "Falls Among Older Persons: A Public Health Perspective", *Annual Review of Public Health*, vol. 13, p. 489-508.
- SCHNELLE, John F., et autres (2002). "Translating Clinical Research into Practice: A Randomized Controlled Trial of Exercise and Incontinence Care with Nursing Home Residents", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, n° 9, p. 1476-1483.
- SCOTT, Vicky, et autres (2003). *A Review of the Literature on Best Practices in Falls Prevention for Residents of Long-Term Care Facilities*, [En ligne].
[<http://www.injuryresearch.bc.ca/Publications/Final%20LTC%20Lit%20review.pdf>].
- SCOTT, Vicky, et autres (2006). *Fall Screening Tool: Residential Care*, 2 p.
- SCOTT, Vicky, et autres (2007). "Multifactorial and Functional Mobility Assessment Tools for Fall Risk among Older Adults in Community, Home-Support, Long-Term and Acute Care Settings", *Age and Ageing*, vol. 36, n° 2, p. 130-139.
- SCOTT, Vicky, et autres (2010). "A Public Health Approach to Fall Prevention among Older Persons in Canada", *Clinics in Geriatrics Medicine*, vol. 26, n° 4, p. 705-718.
- SHAW, Fiona E., et autres (2003). "Multifactorial Intervention after a Fall in Older People with Cognitive Impairment and Dementia Presenting to the Accident and Emergency Department: Randomised Controlled Trial", *British Medical Journal*, vol. 326, January, p. 1-6.
- SHIMADA, Hiroyuki, et autres (2010). "Physical Factors Underlying the Association Between Lower Walking Performance and Falls in Older People: A Structural Equation Model", *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 53, n° 2, p. 131-134.
- SOINS DE SANTÉ PLUS SÉCURITAIRES MAINTENANT (2010). *Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes : trousse de départ*, 144 p.
- TAMBLYN, Robyn, et autres (2005). "A 5-Year Prospective Assessment of the Risk Associated with Individual Benzodiazepines and Doses in New Elderly Users", *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 53, n° 2, p. 233-241.
- TAYLOR, Jo A. (2002). "The Vanderbilt Fall Prevention Program for Long-Term Care: Eight Years of Field Experience with Nursing Home Staff", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 3, n° 3, p. 180-185.
- TAYLOR, Jo A., et autres (2005). *The Falls Management Program: A Quality Improvement Initiative for Nursing Facilities*, Atlanta, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 152 p.
- TAYLOR, Jo A., et autres (2007). "A Model Quality Improvement Program for the Management of Falls in Nursing Homes", *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 8, n° 3, p. S26-S36.
- THEODOS, Phyllis (2003). "Fall Prevention in Frail Elderly Nursing Home Residents. A Challenge to Case Management: Part I", *Lippincott's Case Management*, vol. 8, n° 6, p. 246-251.

- THEODOS, Phyllis (2004). "Fall Prevention in Frail Elderly Nursing Home Residents. A Challenge to Case Management: Part II", *Lippincott's Case Management*, vol. 9, n° 1, p. 32-44.
- TINETTI, Mary E. (2003). "Preventing Falls in Elderly Persons", *The New England Journal of Medicine*, vol. 348, n° 1, p. 42-49.
- TINETTI, Mary E., et autres (2008). "Effect of Dissemination of Evidence in Reducing Injuries from Falls", *The New England Journal of Medicine*, vol. 359, n° 3, p. 252-261.
- VAN NIEUWENHUIZEN, Roos. C., et autres (2010). "Assessing the Prevalence of Modifiable Risk Factors in Older Patients Visiting an ED Due to a Fall Using CAREFALL Triage Instrument", *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 28, n° 9, p. 994-1001.
- VAN SCHOOR, N. M., et autres (2006). "Biomechanical Comparison of Hard and Soft Hip Protectors, and the Influence of Soft Tissue", *Bone*, vol. 39, n° 2, p. 401-407.
- VOYER, Philippe (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée au CHSLD*, Les Éditions du renouveau pédagogique, 162 p.
- VOYER, Philippe (2011). *L'examen clinique de l'aîné*, Les Éditions du renouveau pédagogique, 232 p.
- WAGNER, Laura M., et autres (2005). "Use of a Content analysis Procedure for the Development of a Falls Management Audit Tool", *Journal of Nursing Measurement*, vol. 13, n° 2, p. 101-113.
- WAGNER, Laura M., Vicky SCOTT et Mara SILVER (2011). "Current Approaches to Fall Risk Assessment in Nursing Homes", *Geriatric Nursing*, vol. 32, n° 4, p. 238-244.