



PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES ET DE RÉDUCTION DES BLESSURES ASSOCIÉES



Direction de la santé physique

**Approuvé par le comité de direction
Le 16 août 2012**

Révision décembre 2012

**Élaboré par Manon Paquin
Coordonnatrice clinique-administrative
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier**

**Collaboration :
Danielle Côté, Technicienne en réadaptation physique et formatrice PDSB
Sylvie Labrecque, Chef du service de réadaptation
Mélicca Lalonde , Conseillère en soins infirmiers**

Secrétariat: Marie-Thérèse Cappiello

Adopté par le comité des directeurs le 16 août 2012

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	4
Contexte	5
But	5
Objectifs	6
Définitions	6
Circonstances de chutes	7
Rôles et responsabilités des professionnels et des intervenants	7
Interventions pour prévenir les chutes	10
Facteurs de risque	11
Étapes du processus de prévention des chutes	13
<i>Dépistage</i>	13
<i>Identification des facteurs de risque</i>	14
<i>Interventions</i>	14
Tenue de dossier	16
Interventions post-chute.....	16
Considérations légales	17
Gestion des risques	17
Conclusion	17
Référence	19
 ANNEXES	
<i>Annexe 1 : Les changements physiologiques et les pathologies liées au vieillissement</i>	23
<i>Annexe 2 : Les facteurs de risque</i>	24
<i>Annexe 3 : Évaluation des risques de chutes</i>	42
<i>Annexe 4 : Mesures préventives spécifiques en lien avec les facteurs de risque</i>	44
<i>Annexe 5 : Mesures préventives générales</i>	51
<i>Annexe 6 : Algorithme de l'évaluation des risques de chute et des interventions</i>	53
<i>Annexe 7 : Grille d'évaluation de la sécurité de l'environnement : chambre</i>	54
<i>Annexe 8 : Règle de soins : Évaluation et intervention auprès d'un usager suite à une chute</i>	56

INTRODUCTION

Les chutes représentent une problématique préoccupante chez les aînés et l'incidence augmente avec l'âge. Le vieillissement de la population du territoire contribue à la fragilisation de la clientèle desservie par notre établissement. Il existe une association entre la perte de mobilité, la comorbidité liée au vieillissement des populations et l'augmentation du risque de chute. Les causes des chutes sont généralement multiples mais des facteurs tels que le vieillissement et ses changements physiologiques, les pathologies qui y sont reliées ainsi que l'environnement sont incriminés directement dans les histoires de chutes. La chute est un événement multifactoriel qui peut avoir des conséquences significatives autant d'ordre physique, psychologique, social et économique.

L'importance du problème et de ses conséquences incite notre organisation à mettre en œuvre des mesures préventives pour notre clientèle vulnérable. Compte tenu de notre souci d'améliorer de façon continue la qualité et la sécurité des services offerts à notre population et de nous conformer aux normes de qualité des établissements du réseau de la santé, la mise en place de ce programme de prévention des chutes et de réduction des blessures associées est incontournable et devient une priorité organisationnelle. Les chutes constituent la principale raison évoquée par le personnel pour justifier le recours à la contention. Ce programme s'inscrit donc dans un processus complémentaire en lien avec les orientations ministérielles sur la réduction des contentions ainsi que les principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle à l'intérieur de notre établissement. Par ailleurs, Agrément Canada a établi une stratégie de prévention des chutes comme pratique organisationnelle requise (POR). La présente POR vise à réduire les risques de blessures dues aux chutes et prévoit un certain nombre de tests de conformité, dont les suivants :

- l'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes;
- la stratégie cerne les populations desservies par l'organisation qui sont à risque de subir des blessures attribuables à des chutes;
- la stratégie répond aux besoins précis des populations cernées;
- l'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue afin de cerner les tendances, les causes et la gravité des blessures;
- l'équipe utilise cette information pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes.

Un programme préventif, appuyé sur une revue de tous les éléments nécessaires à l'évaluation et aux interventions, diminue l'incidence des chutes, contribue à réduire la souffrance, la perte d'autonomie et améliore la qualité de vie des usagers. La détection des facteurs de risque et les programmes de prévention des chutes peuvent éliminer la majorité des chutes.

Le présent exercice s'inscrit dans une perspective préventive de sécurité et de qualité qui vise à répondre aux besoins des diverses clientèles desservies par notre établissement et s'adresse aux intervenants de l'Hôpital Santa Cabrini. Une des assises fondamentales de cette démarche repose sur la détection précoce et l'évaluation continue des facteurs de risque de chute par une contribution optimale de tous les intervenants concernés selon leur secteur d'activité.

Ce programme est réalisé à partir de modèles déjà existants ainsi que par une recension de la littérature selon les dernières données probantes. Il est basé sur le principe fondamental du maintien de la meilleure qualité de vie possible des personnes et de la mise en place de pratiques sécuritaires. De plus, il vise la mise en place de stratégies d'interventions multifactorielles pour la personne et son environnement. Ce processus implique une collaboration conjointe entre la personne, ses proches, les membres de l'équipe soignante et les différents professionnels impliqués.

CONTEXTE

Statistiques

Chaque année, une personne âgée sur trois fait une chute et la moitié d'entre elles en font plus d'une (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Les données indiquent que plus de la moitié de ces chutes (57 %) ont eu lieu à domicile, mettant en cause principalement les chutes d'escaliers ou la glissade, le trébuchement ou un faux pas. Selon l'Institut Canadien d'information sur la santé (ICIS), les chutes sont la principale cause d'hospitalisation liées à des blessures graves chez les personnes âgées. La durée moyenne du séjour des hospitalisations à la suite d'une chute chez les personnes âgées est de 16 jours, contre 10 jours pour tout autre type d'hospitalisation chez les personnes âgées. Les chutes qui surviennent au cours d'un séjour hospitalier sont également fréquentes, soit environ 1,5 chute par personne; ces chutes sont surtout reliées aux effets indésirables de la médication ou secondaires à la maladie pour laquelle les personnes sont admises (Allard J., 2007).

Conséquences

Les conséquences des chutes sont souvent désastreuses. De 35 à 40 % des personnes âgées qui sont hospitalisées après une chute présentent une fracture de hanche, environ 7 % vont en mourir (RNAO, 2005) et ce pourcentage s'élève à 50 % pour les personnes de plus de 75 ans (Allard J., 2007). Moins de 30 % des personnes ayant subi une telle fracture retrouveront leur niveau d'autonomie antérieure (Gagnon D.F., 2006). La grande majorité (87 %) des personnes âgées qui sont tombées ont été victimes d'un traumatisme crânien ou rachidien grave. Pour plusieurs aînés, la chute constitue donc l'évènement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie (DGSP, 2004).

Même si les chutes n'engendrent pas de traumatisme physique sérieux, toutes les chutes ne sont pas sans conséquence. Une chute amène souvent un déconditionnement et des conséquences d'ordre psychosocial comme une baisse de l'activité physique, voire un retrait social. Ces signes sont associés au **syndrome postchute** qui se reconnaît par de l'anxiété, la peur de tomber, la perte d'initiative, le refus de se mobiliser, une tendance à la rétropulsion. À défaut de ne pas intervenir promptement, l'usager atteint d'un tel syndrome risque de perdre son autonomie fonctionnelle voire sa condition physique se détériorer au point de devenir grabataire ou de mourir. Les chutes ont également des conséquences sur le personnel soignant qui peut développer un sentiment de culpabilité ou des doutes sur ses compétences professionnelles. Il risque de surprotéger l'usager ou au contraire sous-estimer ses capacités fonctionnelles. Dans un but de protection, il peut même avoir recours aux contentions physiques et chimiques.

Conséquences sociales

En plus de causer de la douleur pour l'individu et sa famille, les blessures dues aux chutes imposent un lourd fardeau économique à la société. Les chutes et les blessures dues aux chutes ont un impact considérable sur l'individu, sur les organisations fournissant des soins de santé et sur le système de santé dans son ensemble. La chute entraîne un repli sur soi de la personne âgée qui tend à renoncer à sa vie sociale, mais plus encore elle inquiète son entourage qui devient très vite demandeur d'une entrée en institution. **Or, il n'y a aucune raison pour que le chuteur à domicile ne chute pas en hébergement.** Le problème est donc plutôt d'organiser le domicile.

BUT

Le programme a pour but d'encadrer et de standardiser la pratique des intervenants afin de prévenir et de réduire le nombre de chutes et les conséquences qui peuvent y être associées, qu'elles soient physiques, psychologiques ou psychosociales. Dans un souci constant de respect et de dignité, ces actions contribueront également à diminuer l'utilisation des mesures de contrôle dans notre établissement.

OBJECTIFS

- Dépister les personnes âgées à risque de chute dès leur admission et de façon régulière;
- Standardiser l'évaluation du risque de chutes selon des outils validés;
- Favoriser un environnement physique sécuritaire afin de prévenir le nombre et les conséquences des chutes;
- Sensibiliser l'usager et ses proches aux risques de chutes;
- Préciser et définir les éléments à considérer dans une démarche clinique soit l'évaluation du risque, la gestion du risque et du suivi post chute ainsi que la promotion de la mobilité dans des conditions sécuritaires;
- Élaborer et mettre en place un plan d'intervention individualisé (PII) pour les personnes à haut risque de blessure par chute et ce, dans une approche interdisciplinaire et en collaboration avec l'usager et ses proches;
- Préserver l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à risque;
- Assurer un continuum de services lors des transferts ou des départs.

DÉFINITIONS

Chute

Une chute est définie comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, pouvant causer une blessure.

Cette définition comprend les situations suivantes :

- une chute sans témoin où l'usager est incapable d'expliquer l'événement et où il existe des preuves indiquant qu'une chute a eu lieu; et
- une « presque-chute » ou « quasi-chute » où l'usager est accompagné au sol par un employé ou un membre de sa famille.

Gagnon (2006) précise également que cet événement accidentel peut se produire lorsque la personne marche, se tient debout, est immobile ou encore à la suite d'une manœuvre de transfert réalisée seul ou avec aide.

Événement sentinelle

Ce sont des événements qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques ou ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

Risque de chute

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

Risque imminent

Caractère de ce qui est imminent, qui menace de survenir très prochainement. Un danger imminent. Par extension. Qui est tout près de se faire, de se produire. Des situations où le risque **est susceptible de se réaliser brusquement et dans un délai rapproché.**

Syndrome post chute

Le syndrome post chute se définit par l'apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée **d'une diminution des activités et de l'autonomie physique**, alors que l'examen clinique et, si besoin, le bilan radiologique ne décèlent **pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique**. Plus généralement, on entend par syndrome post chute un ensemble de troubles psychologiques, de l'équilibre et de la marche observés après une chute. Tout se passe comme s'il se produisait une véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche.

CIRCONSTANCES DES CHUTES

La plupart des chutes se produisent lors de quatre circonstances : en marchant, du lit ou d'une civière, de la position assise et lors de transferts.

Les chutes en marchant

Elles se produisent généralement chez les personnes dont la marche, avec ou sans aide technique, est le moyen de locomotion principal.

Les chutes du lit ou de la civière

On retrouve dans cette catégorie, celles qui se font directement du lit, avec ou sans ridelles, lors du sommeil, lors d'agitation physique ou, pour des raisons d'inaccessibilité aux objets considérés utiles par la personne. Pour les personnes alitées, les chutes peuvent se produire lorsqu'elles tentent de sortir du lit en passant par dessus les côtés de lit ou par le pied du lit. Pour les personnes plus autonomes, les chutes peuvent survenir lors du lever du lit ou lors de mouvements dans l'environnement immédiat du lit.

Les chutes de la position assise

On les observe surtout chez la clientèle se déplaçant en fauteuil roulant de même que chez les personnes grabataires. Ce type de chute survient lorsque la personne est dans son fauteuil roulant ou dans tout autre type de fauteuil. Elles résultent de mouvements volontaires ou non pour se lever, se pencher, se glisser et sont souvent en lien avec des problèmes d'agitation, de confusion mentale, de somnolence ou de positionnement. On inclut aussi dans cette catégorie les chutes du fauteuil gériatrique, de la toilette, de la chaise d'aisance, d'une chaise de douche ou de bain.

Les chutes lors de transfert

Se produisent lors d'un transfert d'un fauteuil vers le lit ou vice-versa ou d'un fauteuil à un autre ou à la chaise d'aisance. La chute peut survenir lorsque la personne fait la manœuvre seule ou avec assistance ou avec l'aide du lève-personne.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS ET DES INTERVENANTS

Les professionnels

La première ligne d'intervention est composée de l'infirmier(e), du physiothérapeute, de l'ergothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique. La deuxième ligne comprend les disciplines suivantes : le médecin, le pharmacien et le nutritionniste. L'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire contribue à l'évaluation du risque de chute mais l'évaluation à l'admission est effectuée systématiquement par l'infirmière.

Un champ d'exercice a été défini pour les professions visées par la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (L.R.Q., 2002, C-33). Sept de ces professions sont touchées par le *programme de prévention des chutes* et sont détaillées ci-contre.

L'infirmier(e)

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. » (Article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (2002).

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- Évaluer la situation de santé de la personne en continu et déterminer la nature du problème, les facteurs étiologiques et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux de la personne;
- Collaborer au bilan comparatif des médicaments ;
- Procéder au dépistage et à l'évaluation du risque de chute;
- Évaluer la capacité d'auto gestion des médicaments ;
- Appliquer une démarche d'intervention structurée lors d'une chute en fonction des priorités établies et des meilleurs pratiques (évaluation et surveillance clinique post chute) ;
- Procéder à la rédaction du plan thérapeutique infirmier de toutes les données pertinentes relatives au risque de chute et aux interventions à mettre en place ;
- Détecter la présence d'hypotension orthostatique selon une méthode précise.

L'infirmier(e) auxiliaire

« Contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir les soins palliatifs.»

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- Contribuer à l'évaluation du risque de chute par la collecte de données et la documentation de ses observations au dossier. Par contre, il est de la responsabilité de l'infirmier(e) d'évaluer le niveau de risque de chute et de la consigner au dossier de chaque usager sur le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Procéder à des rappels auprès de la personne à risque de chute ainsi qu'auprès des préposés aux bénéficiaires (PAB) concernant certaines interventions de prévention ou enseignements, en se référant aux directives infirmières du PTI.

L'ergothérapeute

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale» (Article 37 de la Loi du Code des professions (L.R.Q., c. C-26).

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- Évaluer et interpréter les résultats de l'évaluation des habiletés fonctionnelles (habitudes de vie, environnement physique, environnement social);
- Évaluer et analyser les déficiences, les incapacités et les problématiques environnementales sur les habitudes de vie et la sécurité de la personne;
- Recommander les appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle;
- Adapter l'environnement physique de la personne;
- Évaluer la capacité de gérer et de prendre les médicaments.

Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique

Le physiothérapeute

« Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculo-squelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal» (Ordre des physiothérapeutes du Québec, 2004).

Le thérapeute en réadaptation physique

« À partir de l'évaluation effectuée par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical (non limité aux symptômes, indiquant et documentant le type de structure atteinte), déterminer le plan d'intervention et intervenir dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal ».

Dans les limites du champ d'exercice de leur profession, en lien avec la prévention des chutes, les professionnels en physiothérapie ont pour rôle de :

- Évaluer la sécurité aux déplacements et aux transferts et recommander l'aide technique à la marche, si requise;
- Recommander les appareils suppléant à une déficience physique ou à une incapacité fonctionnelle;
- Recommander et traiter en vue de diminuer la douleur, réduire l'inflammation, augmenter le mouvement et l'endurance, rééduquer la force musculaire, le contrôle moteur, la souplesse et l'équilibre, etc.

Le médecin

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé de l'être humain ainsi qu'à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir » (Article 39.4 du Code des professions).

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- Évaluer l'état fonctionnel de base;
- Évaluer et traiter les problèmes de santé;
- Procéder au bilan comparatif des médicaments à l'admission et aux moments de transition;
- Détecter et traiter l'hypotension orthostatique;
- Faire un examen cardiovasculaire et neurologique;
- Détecter les troubles visuels;
- Diagnostiquer et traiter les risques d'ostéoporose;
- Valider les recommandations du pharmacien et prescrire la médication;
- Collaborer au bilan comparatif des médicaments.

Le pharmacien

« Évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmaco-thérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre les médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé » (L.R.Q., chapitre P-10).

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- mettre à jour les informations pharmaceutiques;
- réviser les médicaments et organiser la médication associée à un risque de chute;
- effectuer le bilan comparatif des médicaments.

Le nutritionniste

« Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé ».

Dans les limites du champ d'exercice de la profession en lien avec la prévention des chutes :

- Évaluer l'apport alimentaire, le poids/indice de masse corporelle;
- Émettre des recommandations visant à favoriser un apport alimentaire approprié et à fortifier les muscles, le tonus;
- Contribuer à la collecte de données.

Contribution des divers intervenants

Le préposé aux bénéficiaires (PAB)

- Contribuer à maintenir un environnement sécuritaire;
- Appliquer les recommandations des professionnels suite à l'évaluation du risque de chute;
- Contribuer à l'évaluation en donnant des informations sur la personne âgée.

Le chef d'unité

- Veiller à l'application du programme de prévention des chutes;
- S'assurer que les tâches et responsabilités sont bien réparties et comprises par tous;
- Assurer un suivi lors de recommandations sur la sécurité de l'environnement par l'équipe interdisciplinaire;
- Analyser les rapports d'accident et d'incident de façon régulière et en faire part au gestionnaire de risque.

L'intervenant social

- Agir à titre de soutien psychosocial en cas de syndrome post chute;
- Faciliter le processus de réadaptation, de répit ou d'hébergement à long terme de concert avec les proches.

La direction des services techniques

- Sensibiliser les intervenants au maintien d'un environnement sécuritaire exempt d'éléments;
- pouvant contribuer à une chute chez la clientèle à risque.

L'entretien ménager

- Replacer à portée de l'usager les pantoufles et les aides techniques requises après les avoir déplacées;
- S'assurer que le plancher est sec et signaler de façon claire les surfaces rendues mouillées par le nettoyage;
- Retirer les obstacles des principaux corridors et des aires de circulation, éviter l'encombrement des espaces (chariots de ménage).

Les visiteurs/familles

- Informer les intervenants de toute habitude de vie du proche âgé pouvant contribuer à une chute;
- Participer à l'élaboration et à la révision du plan d'intervention interdisciplinaire en regard de la prévention des chutes.

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES

Selon la trousse de départ des SSPSM (Soins de santé plus sécuritaires maintenant), il y a quatre approches face aux stratégies d'intervention en cas de chute qui permettent au personnel de contribuer à réduire les chutes et les blessures dues aux chutes :

- L'évaluation des risques;
- La communication et la sensibilisation aux risques de chute;
- La mise en œuvre d'interventions visant les personnes à risque de faire des chutes;
- La personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures causées par les chutes.

INTERVENTIONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES	
1. L'évaluation des risques	L'évaluation des risques de tous les usagers doit se faire lors de l'admission, après un changement de statut significatif, après une chute et sur une base régulière
2. La communication et la sensibilisation aux risques de chute	<ul style="list-style-type: none"> • Communication des résultats de l'évaluation des risques de chute à l'équipe de soins, à l'utilisateur et à sa famille • Éducation de tous les employés sur la prévention des chutes et des blessures dues aux chutes • Éducation de tous les usagers et les familles des personnes jugées à haut risque de faire des chutes selon leur évaluation de risque
3. La mise en œuvre d'intervention visant les personnes à risques de faire des chutes	<p>En lien avec l'utilisateur: Élaboration d'un plan de soins individualisé et interventions basées sur les résultats de l'évaluation des risques</p> <p>Niveau organisationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaboration de politiques organisationnelles de prévention/réduction et de gestion des chutes définissant les rôles et responsabilités pour chaque fournisseur de soins concerné • Élaboration d'approches prévoyant des vérifications régulières de la sécurité, des vérifications environnementales et des modifications dans le cadre de stratégies de prévention des chutes • Étude de chaque chute ou « quasi-chute » afin de définir les facteurs contributifs et de prévenir la répétition de ces incidents
4. La personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures causées par les chutes	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation des individus qui sont à haut risque de se blesser et mettre en œuvre les interventions appropriées • Modification de l'environnement et offre d'appareils personnels destinés à réduire les risques de blessures causées par les chutes

FACTEURS DE RISQUE

Les chutes se produisent lors d'une perte d'équilibre ou d'une incapacité à retrouver l'équilibre et sont la conséquence d'une interaction complexe de facteurs de risque. Le nombre de facteurs de risque et leur intensité sont variables d'un individu à l'autre. De plus, ce n'est pas seulement leur nombre qui détermine le niveau de risque mais aussi l'intensité de chacun d'eux et l'association de plusieurs d'entre eux. Plus le nombre de facteurs de risque augmente, plus le risque pour l'utilisateur de faire une chute et de se blesser est élevé. L'étiologie d'une chute est souvent multifactorielle et, conséquemment, l'évaluation du risque doit tenir compte du plus grand inventaire de facteurs et permettre d'intervenir directement sur le ou les facteurs de risque ciblés et de mettre en place des mesures de remplacement. Depuis mars 2008, le Curriculum canadien sur la prévention des chutes (CCPC) propose une nouvelle classification qui permet de catégoriser les facteurs de risque soit les facteurs biologiques/intrinsèques, comportementaux, socio-économiques et environnementaux.

Les facteurs biologiques/intrinsèques

Les facteurs de risques intrinsèques, incluant la polymédication sont liés aux caractéristiques de la personne, aux changements physiologiques et pathologiques susceptibles d'augmenter le risque de chute chez les personnes âgées (cf . Annexe 1 « *Les changements physiologiques et les pathologies liées au vieillissement* »).

Les facteurs comportementaux

Les facteurs de risque comportementaux liés aux chutes comprennent les actions, les émotions ou les choix conscients ou non de la personne âgée. Ils prennent leur source dans les habitudes de vie antérieure de la personne, les troubles de jugement ou encore les troubles cognitifs. Par ailleurs, les comportements à risque tels que la témérité ou une mauvaise évaluation de la situation, la consommation inappropriée d'alcool ou de médicaments, les comportements perturbateurs (agressivité, intrusion et agitation) contribuent à accroître le risque de chute. Parmi les habitudes de vie antérieures, on retrouve le choix des vêtements ou des chaussures inadaptés aux nouveaux besoins de la personne âgée parce que mal ajustés ou encore endommagés. L'inactivité, une mauvaise alimentation, une hydratation inadéquate ou une mauvaise utilisation d'un aide technique à la marche sont également des éléments contributifs au risque de chute. Finalement, la crainte de tomber suite à une ou plusieurs chutes peut favoriser chez la personne âgée le développement du « syndrome post-chute ».

Les facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques liés à la vie en collectivité sont peu documentés. Cependant, pour la clientèle en centre d'hébergement (*Centre d'accueil Dante*), il semble que l'élément le plus susceptible d'avoir un impact est celui de l'isolement. En effet, bien que tous les usagers soient traités équitablement lors des soins, le temps présence en interaction sociale avec les intervenants demeure encore très négligeable (Voyer 2006). La présence physique des autres usagers en hébergement n'est pas gage d'interactions significatives pour la personne âgée en raison de problèmes de santé ayant un impact sur la communication, notamment les troubles cognitifs, l'aphasie et la surdité, chez elle ou chez les autres.

Les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont nombreux et font référence au milieu où gravite la personne âgée. Pour la personne âgée, un nouvel environnement peut recéler divers dangers en commençant par l'immeuble et les objets qui s'y retrouvent. Des escaliers étroits, des corridors encombrés et des fils électriques traînant au sol sont des exemples de facteurs environnementaux contributifs à une chute. Considérant que des actions concrètes peuvent être facilement faites, il est important que les intervenants/usagers/familles soient à l'affût d'identifier les facteurs de risques environnementaux afin de les réduire ou de les éliminer.

Le cadre de référence sur lequel s'appuie notre démarche est basé sur les 12 facteurs de risque tiré du « Guide de prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de soins de courte durée » (1999) de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont ainsi que du programme de formation sur la réduction à la contention et l'isolement « Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement » Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2006). L'annexe 2, définit chacun de ces douze facteurs de risque, décrit les problématiques reliées ainsi que les interventions préventives associées.

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

1. Histoire de chutes antérieures
2. Admission, transfert récent ou changement d'environnement
3. Déficits perceptuels et cognitifs
4. T m rit 
5. Agitation
6. Contentions,  quipement
7. Médication associée à un risque de chute ou polymédication
8. Hypotension orthostatique ou symptômes cliniques

9. Problèmes de mobilité /équilibre

10. Troubles d'élimination

11. Troubles auditifs / visuels

12. Facteurs extrinsèques

ÉTAPES DU PROCESSUS DE PRÉVENTION DES CHUTES (3)

1. DÉPISTAGE

Clientèle ciblée

Pour les usagers de l'hôpital Santa Cabrini, le programme s'adresse systématiquement à toutes les personnes **de 75 ans et plus** ainsi qu'aux personnes âgées de **plus de 65 ans ayant fait une chute dans la dernière année** ou présentant un problème de **mobilité** (lenteur à la marche, perte d'équilibre, etc.). Pour la clientèle plus jeune, l'infirmière selon son jugement clinique, évaluera la pertinence de dépister un risque de chute ou non. Cette approche préventive vise autant la clientèle durant son séjour hospitalier, admise à l'urgence ou en visite dans nos services ambulatoires. Pour la clientèle en attente d'hébergement, toutes les personnes sont ciblées sans égard à leur âge. La clientèle cible doit bénéficier d'une évaluation des risques de chute incluant une revue des facteurs pouvant contribuer à la chute afin de mettre des mesures en place pour les prévenir.

Quand

Le dépistage est réalisé à **l'urgence** dès que la personne est en observation et dans les **24 heures suivant l'admission** sur les unités de soins. Le risque de chute doit faire l'objet d'une **réévaluation** systématique **aux 7 jours** ou plus fréquemment selon l'évolution de la condition clinique de la personne. La réévaluation doit être réalisée dans les 48 heures suivant un **transfert, après une chute et post intervention chirurgicale**

2. IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE ET NIVEAU DE RISQUE

Après avoir ciblée la clientèle, l'infirmière procède à l'identification des facteurs de risque à l'aide du formulaire « Évaluation du risque de chutes» (Annexe 3) qui permet également d'évaluer le niveau de risque de chute. Le niveau de risque de chute permet de reconnaître rapidement le type d'observance que le personnel doit appliquer en regard de l'intensité de risque de chute chez l'utilisateur (de faible à élevé). L'utilisateur qui présente un faible risque de chute demande une vigilance usuelle de la part du personnel tandis qu'un risque modéré signifie qu'en plus des mesures préventives générales, l'utilisateur nécessite une surveillance en lien avec les facteurs de risque identifiés. Finalement, un risque élevé de chute signifie que l'utilisateur nécessite une surveillance soutenue des mesures spécifiques en lien avec les facteurs de risque ainsi qu'une assistance continue lors de ses transferts et de ses déplacements.

Assistance à la mobilité

Dans le but de maintenir le niveau d'autonomie antérieur à l'hospitalisation et de prévenir le déconditionnement, notre établissement a instauré un système d'affiches de couleur. L'affiche appropriée verte, jaune ou rouge est disposée au chevet dès l'arrivée de l'utilisateur et précise le type de mobilité relié à sa condition. Des l'admission l'infirmière identifie le mode de mobilité, détermine l'affiche correspondant au type de mobilité et s'assure de la disponibilité des aides techniques. Une fois cette évaluation réalisée, elle détient les informations pertinentes pour procéder à l'identification du **niveau de risque de chute**.

Maintenons le pas



Manteniamo il passo

3. INTERVENTIONS

Après avoir identifié les facteurs de risque ainsi que le niveau de risque, l'infirmière détermine les interventions spécifiques ou générales à mettre en place pour les prévenir en collaboration avec l'usager, sa famille et les autres intervenants. Lorsqu'un usager est dépisté positif (risque modéré ou élevé), l'infirmière **doit référer automatiquement au plan thérapeutique infirmier (PTI)** et déterminer le problème en lien avec les directives infirmières. Le dépistage positif peut également nécessiter une référence en physiothérapie et aux autres professionnels (pharmacien, ergothérapeute, nutritionniste, etc.) afin que des interventions précoces soient effectuées auprès de l'usager.

Mesures préventives générales

Les mesures préventives générales, appliquées de façon concomitante, ont un rôle important pour assurer une pro-activité dans la prévention des chutes. Elles doivent s'appliquer **systématiquement et de façon continue**, et ce, peu importe le niveau de risque de chute des usagers. Se référer aux mesures préventives générales à l'annexe 5.

Mesures préventives spécifiques

Les mesures préventives spécifiques sont celles reliées aux **facteurs de risque** évalués. L'infirmière procède à l'analyse des facteurs de risque de chute et détermine **selon son jugement clinique** ou en concertation interdisciplinaire, celles à **prioriser**. L'approche préventive des risques de chute implique ainsi de référer l'usager à un professionnel de la santé sans attendre que la problématique évaluée ne se détériore. Les mesures préventives spécifiques sont **personnalisées** et sont mises en place par l'équipe soignante, avec une contribution des différents professionnels. Les mesures préventives spécifiques sont décrites à l'annexe 4.

" Il est important de spécifier que le jugement clinique de l'intervenant a préséance sur l'utilisation d'une grille d'évaluation clinique. Ainsi, il peut arriver que la situation nécessite une intervention particulière malgré le fait que l'usager ait un niveau de risque de chute faible. » (Proulx, D, *CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke*)

Niveau de risque	Interventions	
Risque faible	Aucune aide requise lors des déplacements	Vigilance usuelle Mesures préventives générales
Risque modéré	Assistance occasionnelle lors de ses transferts et ses déplacements	Mesures préventives générales et spécifiques en lien avec les facteurs de risques(PTI)
Risque élevé	Assistance continue lors de ses transferts et de ses déplacements	Surveillance soutenue des mesures spécifiques en lien avec les facteurs de risques(PTI) BRACELET MAUVE

Identification visuelle des usagers à risque de chute

L'utilisation d'indicateurs visuels pour communiquer rapidement avec l'équipe de soins et les membres de la famille est un moyen efficace de transmettre de l'information sur les risques de chutes de l'utilisateur. En plus des affiches indiquant le mode de mobilité, l'utilisateur dépisté à risque élevé, sera identifié visuellement à l'aide d'un **bracelet mauve** indiquant « RISQUE DE CHUTE ». Le personnel qui interviendra auprès de cette clientèle pourra, par cette identification visuelle, porter une attention particulière lors des déplacements ou de toute autre situation pouvant exposer le client à une chute.

UNITÉS SPÉCIFIQUES

À l'urgence¹

Les patients alités sur civières et plus spécifiquement la clientèle âgée de 65 ans et plus est vulnérable à l'alitement prolongé. Quelques heures suffisent pour provoquer un dérèglement de l'adaptation à l'orthostatique. La prise de médication secondaire à la condition médicale ou psychiatrique est une situation qui augmente également les risques de perturbations et de confusion chez la personne âgée. **L'utilisation des ridelles** comme mesure de contention devient une solution temporaire pour s'assurer de la sécurité du patient, dans un contexte où le personnel doit répondre à une multitude de demandes et ne peut assurer une surveillance étroite de l'utilisateur. Par contre, selon plusieurs études sur les incidents et accidents, on relate de nombreuses chutes avec l'utilisation de ridelles. Des mesures préventives simples peuvent contribuer à diminuer les risques de chute et de complications chez la personne âgée à l'urgence :

- Lever précocement et faire marcher la personne âgée dès que possible (ex : l'amener à la toilette plusieurs fois par jour et la nuit);
- Fournir l'aide technique nécessaire aux déplacements;
- Encourager la position assise au fauteuil près de la civière plusieurs heures par jour;
- Au lieu d'utiliser les ridelles, placer la civière à la position la plus basse de façon à diminuer les risques de blessures en cas de chute;
- Installer la personne plus agitée dans un environnement plus calme (bruit, luminosité, stimulation).

Aux cliniques ambulatoires²

Cette clientèle est celle qui se présente dans nos installations pour recevoir des services par le biais des cliniques externes de l'hôpital, de services ambulatoires de type diagnostique ou autres. Cette clientèle dite ambulatoire mérite une attention particulière afin de prévenir les risques de chute. Elle sera dépistée au besoin selon le jugement clinique de l'intervenant au dossier. Toutefois, des interventions simples peuvent faire une différence, soit :

- Garder les espaces libres, dégager les aires de circulation;
- Conserver un endroit permettant aux usagers de s'asseoir;
- Placer à la portée de l'utilisateur les aides techniques requises;
- S'assurer que le plancher est sec et la voie libre en tout temps;
- Être à l'écoute de l'utilisateur et valider ses capacités de mobilisation (transfert fauteuil-debout-sur civière ou table d'examen) et offrir de l'aide au besoin, accorder suffisamment de temps pour les déplacements et les changements de position, positionner confortablement;
- Prendre le temps d'évaluer les autres paramètres : présence de douleur, faiblesse, limitations physiques, recouvrement de l'état initial (suite à une chirurgie mineure, un examen, un test diagnostique ou autres);
- Demander la collaboration des proches et expliquer les risques potentiels de chute;
- Faire de l'enseignement sur la prévention des chutes à l'utilisateur et sa famille;
- Renforcer la bonne utilisation des aides techniques.

¹ Adapté du programme de prévention des chutes CSSSAM-N

² Adapté du programme de prévention des chutes –CSSS des Sommets

TENUE DE DOSSIER

Les professionnels impliqués doivent noter au dossier toute information pertinente à l'évolution de la condition clinique de l'utilisateur. Lorsque le programme est appliqué, les informations suivantes sont consignées au dossier de l'utilisateur, lorsque requis :

- grille d'évaluation du risque de chute;
- mesures préventives générales appliquées et les résultats;
- mesures préventives spécifiques appliquées et les résultats;
- consultations auprès des différents professionnels impliqués;
- notes d'évolution rédigées par les différents professionnels impliqués;
- plan thérapeutique infirmier;
- plan d'intervention interdisciplinaire.

Lors d'une chute, remplir :

- formulaire AH-223;
- examen clinique post-chute ou constats post-chute.

Lors d'un changement de mesures préventives spécifiques :

- modifier le plan thérapeutique infirmier;
- rédiger les notes d'évolution (par le professionnel impliqué).

INTERVENTIONS POST-CHUTE

Le suivi post-chute

Lorsqu'un usager chute, l'infirmière assure le suivi de la situation clinique **dès qu'elle en est informée** que ce soit avec ou sans conséquence apparente. Elle se réfère à la **règle de soins** intitulée «Évaluation et interventions auprès d'un usager suite à une chute» (annexe 8). La chute est une manifestation clinique qui, dans la majorité des cas, est l'indication d'une altération de la condition de santé. Cette condition requiert d'identifier le plus rapidement possible les facteurs en cause afin de corriger la source ou d'assurer la mise en place de mesures préventives.

Évaluation post-chute

Malheureusement, les chutes sont parfois inévitables et afin d'améliorer les pratiques et prévenir la récurrence, l'analyse de chacune d'entre elles est indispensable. Cette analyse nous permet d'en comprendre les causes, de réviser le plan thérapeutique infirmier, le plan d'intervention et d'apporter les correctifs nécessaires à l'environnement ou aux mesures de prévention mises en place.

Une fois que l'utilisateur victime d'une chute est sécurisé et pris en charge, il importe de recueillir immédiatement les informations sur l'incident. Il est impératif que l'évaluation et l'analyse post-chute soient réalisées le plus rapidement possible après celle-ci. Ceci permettra de vérifier les aspects comportementaux, cliniques, environnementaux et organisationnels qui pourraient être impliqués et ce, en collaboration avec l'équipe de soins et l'équipe interdisciplinaire. L'information obtenue devra être intégrée au plan d'intervention interdisciplinaire ainsi qu'au plan thérapeutique infirmier, si nécessaire, de façon à répondre aux nouveaux besoins de l'utilisateur. Il importe d'évaluer promptement, à l'aide de l'information recueillie auprès de témoins de la chute incluant l'utilisateur lui-même, les circonstances et le déroulement précédent et pendant la chute. Ceci pourra inclure un examen précis de l'état du plancher et du matériel impliqué dans l'accident. Les résultats obtenus suite à l'analyse post chute doivent être utilisés pour recommander la mise en place d'interventions visant à éviter la récurrence d'un tel événement.

CONSIDÉRATIONS LÉGALES

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'article 233.1 :

« Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de services, dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier doit déclarer, au directeur général d'un établissement ou, à défaut, à une personne qu'il désigne, tout incident ou accident qu'il a constaté, le plus tôt possible après cette constatation. Une telle déclaration doit être faite au moyen du formulaire prévu à cet effet, lequel est versé au dossier de l'usager. »

Dans ce contexte, toute chute ou quasi-chute d'un usager doit faire l'objet d'une déclaration sur le formulaire AH-223. Sont considérés comme des **accidents**, les chutes ayant eu un impact sur la santé ou le bien-être de l'individu ou dont on appréhende un impact sur la santé ou le bien-être de l'individu. La douleur, les ecchymoses, les égratignures, les bosses et les fractures sont considérées comme des accidents. Une appréhension d'impact sur la santé et le bien-être ayant nécessité des évaluations subséquentes afin de valider s'il y aura des impacts ou non, est aussi considérée comme un accident au sens de la loi.

Les **accidents doivent être divulgués** à l'usager ou à sa famille (si inapte). Le processus de divulgation implique, en plus de la rencontre avec les personnes concernées ou d'un avis téléphonique, de retrouver au dossier de l'usager : qui dit quoi et à qui, quelles ont été les mesures prises pour soutenir l'usager ou sa famille et les mesures prises pour éviter la récurrence ainsi que les réactions des personnes lors de la divulgation.

GESTION DES RISQUES

Chaque trois mois, des indicateurs font l'objet d'une analyse et des rapports statistiques sont soumis au comité de gestion des risques, au conseil d'administration, aux directeurs ainsi qu'aux chefs d'unités. Les indicateurs qui sont utilisés dans le programme actuel de la qualité de gestion des risques de chutes des usagers sont les suivants:

- le nombre de chutes;
- le taux (%) des usagers à risque de chute;
- le taux de chutes par 1000 jours présences;
- le nombre de chutes avec lésions.

Pourcentage de chutes avec conséquence (causant une blessure)

Pour évaluer la gravité des chutes, nous utilisons l'échelle de gravité des incidents/accidents du MSSS qui est une adaptation de la taxonomie NCC MERP (*National Coordinating Council of Medication Error reporting and prevention*). La gravité est évaluée en fonction des conséquences pour la personne touchée. Une conséquence est définie comme un impact sur l'état de santé ou le bien-être de la personne touchée.

CONCLUSION

En raison de leur ampleur et de leurs conséquences, les chutes constituent un problème important. La participation et l'implication active de tous les intervenants sont essentielles afin d'atteindre le but du programme, soit la prévention des chutes et la diminution de leur incidence ou de leurs conséquences chez les usagers durant leur séjour hospitalier tout en assurant la meilleure qualité de vie possible et le maximum d'autonomie. Cette prévention se fera en évaluant les risques de chute et l'environnement, en analysant les chutes et en mettant en place un plan d'intervention personnalisé interdisciplinaire lorsqu'un usager présente un risque ou une problématique de chute. Nos défis en matière de prévention des chutes concernent les mesures à adopter afin d'intervenir efficacement auprès des usagers atteints de déficits cognitifs et de comportements dysfonctionnels. À défaut de mesures efficaces permettant de prévenir les chutes, la recherche de moyens permettant de limiter leurs conséquences s'avère une avenue pour sauvegarder l'autonomie et la qualité de vie de ces usagers.

RÉFÉRENCES

Accreditation Canada Agrément Canada, Livret sur les pratiques organisationnelles requises Évaluation des risques/Stratégie de prévention des chutes, lignes directrices (Septembre 2011).

Agence de santé publique du Canada (ASPC)- Division du vieillissement et des aînés (2006).Médicaments, Ottawa.

Agence de santé publique du Canada (ASPC) - Division du vieillissement et des aînés (2005). *Chez-soi en toute sécurité – Guide de sécurité des aînés*, Ottawa.

Agence de santé publique du Canada (ASPC)- Division du vieillissement et des aînés (2005). *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, Ottawa.

Agence de santé publique du Canada (ASPC) — Division du vieillissement et des aînés (2001). *Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes pour les aînés vivant dans la communauté*, Ottawa.

Allard, J. (1997). *Chutes*. Dans Arcand-Hebert, *Précis pratique de gériatrie*. 2e édition, Edisem-Maloine, FMOQ.

Apotex Inc, Pharmaconseils, volume sept « Les chutes », mars 2003.

Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) (2000). *Encombrement des urgences - Déclaration de position*.

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (2009), *Programme de prévention des chutes et de réduction des conséquences*.

Centre de santé et des services sociaux de Bordeaux-Cartierville-St-Laurent, (2010) « Programme de prévention des chutes », Direction des Soins Infirmiers (DSI).

Centre de santé et des services sociaux de Dorval-Lachine-Lasalle (2011) « Programme de prévention des chutes ».

Centre de santé et des services sociaux de l'Ouest –de-l'Île, West Island Health and Social Center (2011), « *Programme de prévention des chutes* ».

Centre de santé et de services sociaux de Thérèse-de Blainville (2011), Programme de prévention des chutes et des blessures associées.

Centre de santé et de services sociaux des Sommets (2011), Programme de prévention des chutes.

Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-François (2010), Programme de prévention des chutes, Centres d'hébergement East Angus et Weedon.

Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière, *Programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute «Faites des pieds et des mains pour prévenir les chutes* ».

Centre de santé et des services sociaux du Sud-Ouest-Verdun (2009), « *Programme de prévention des chutes et d'intervention en cas de chutes* ».

Centre de santé et de service sociaux Haut-Richelieu-Rouville, Programme de prévention des chutes et de réduction des contentions.

Centre de santé et des services sociaux Jardins-Roussillon (2010). « Programme de prévention des chutes pour la clientèle en Centre d'hébergement », Direction des soins infirmiers et de la

qualité et Direction Personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (DSIQ-PPALV-DP).

CORRIVEAU, H. et Roy P-M. (2007). Les chutes, dans Arcand, M. et Hébert, R. (dir) *Précis pratique de gériatrie*, 3^{ème} édition, chapitre 12 (p. 201-214). Edisem.

DARGENT-MOLINA D et coll. (1996). Fall-related factors and risks of hip-fracture: *the Epidos prospective study*, Lancet, vol. 348, p. 145-149.

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant (2010), Trousse de départ « *Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes* ».

DIRECTION GÉNÉRALE de la Santé Publique (DGSP) (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile- Cadre de référence*, Bibliothèque Nationale du Québec.

Direction des soins infirmiers du CHUM. (2005) .*Guide clinique en soins infirmiers* (2^e éd.). Montréal : Auteur. « *Les chutes* », p.406-421.

Francoeur, L. (2001). *Programme de prévention des chutes en institution*. Direction des soins infirmiers, Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal.

Gagnon, D. F. Les chutes dans Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée au CHSLD*. (pp.239-253). St-Laurent: ERPI. 662 p.

Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1999). *Guide de prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de soins de courte durée*. Entretien téléphonique avec Johanne Senneville, Conseillère spécialisée.

Hôpital Santa Cabrini, Centre d'accueil Dante (2012), « *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : Contentions* », DSSC.

Landry, J , Association Québécoise d'établissements de Santé et de Services Sociaux, Personnes âgées et hospitalisation , « *Limiter les dégâts* » (juillet-août 2009).

LAUZON, S et Adam, E. (1996). *Les chutes dans La personne âgée et ses besoins - Interventions infirmières*, Édition du renouveau pédagogique, Saint-Laurent, p. 300-319.

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2004). *Application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé : Guide de l'ergothérapeute*.

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (2004). *La capacité légale de l'infirmière auxiliaire, champ de pratique et activités réservées en vertu de la Loi 90*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.(2009) *Inspection professionnelle pour le client présentant un risque de chute et un client ayant chuté*.

Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec (2004). *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé pour les membres de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*.

Phaneuf, M., Gadbois, C. « *Les accidents en milieu hospitalier - du risque à la prévention* » La gestion des risques 2e partie, Infressources, janvier 2010.

Proulx D, CSSS Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, « Programme de prévention des chutes et de réduction des blessures associées » Octobre 2011

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (2005). *Nursing best practices guideline: Prevention of falls and fall injuries in the older adult*, Toronto.

Résidence Berthiaume -Du Tremblay (Juin 2011), « Programme de prévention des chutes ».

SCHWENDIMANN R., DE GEEST S. et MILISEN K. (2006). *Evaluation of the Morse Fall Scale in Hospitalised patients*, Age and Ageing, 35(3):311-313.

Voyer, P. (2008) « Soins infirmiers en perte d'autonomie, chapitre 17. » Éditions du Renouveau pédagogique. Montréal.

SITES INTERNET

Accreditation Canada Agrément Canada, Livret sur les pratiques organisationnelles requises Évaluation des risques/Stratégie de prévention des chutes, lignes directrices(Septembre 2011)
<http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/ROP%20Handbook%20FR.pdf>

Agence de santé publique du Canada (ASPC)- Données probantes liées aux meilleures pratiques à la prévention des chutes et des blessures causées par celles-ci chez les aînés vivant dans la communauté :
http://www.phac-aspc.gc.ca/seniorsaines/pubs/best_practices/bp_evidence_for_bp_1f.htm

Agence de la santé publique au Canada ,Les meilleures pratiques de prévention des chutes - basées sur l'expérience clinique, <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniorsaines/publications/pro/injury-blessure/falls-chutes/chap4-fra.php>

Cavey, Michel, (2012). « Chutes et prévention des chutes »<http://www.famidac.fr/article543.html>

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant (2010), Trousse de départ « Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes », <http://www.soinsplussécuritairesmaintenant.ca>

Direction générale de la santé publique, 2004. « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile ». Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-232-01.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé, http://www.icis.ca/traumatismes_et_blessures/les_personnes_âgées_et_les_chutes

Phaneuf, M., Gadbois, C. « Les accidents en milieu hospitalier - du risque à la prévention » La gestion des risques 2e partie, Infiressources, janvier 2010
http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_accidents_en_milieu_hospitalier-du_risque_a_la_prevention.pdf

Région sanitaire de Winnipeg, Le Courant, janvier/février 2010, « Moins de blessures liées aux chutes chez les patients hospitalisés grâce au personnel de l'hôpital Grace »
<http://www.wrha.mb.ca/wave/2011/01/gh-injuries-f.php>

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) : [www.rnao.org/best practices](http://www.rnao.org/best_practices)

Rouge 102.7 Astral , pour l'image de la page couverture

ANNEXES

LES CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES ET LES PATHOLOGIES LIÉS AU VIELLISSEMENT

	Changements physiologiques	Pathologies associées
Système musculo-squelettique	Le vieillissement normal de même que différentes pathologies entraînent une modification de la démarche. Ces modifications augmentent la précarité de l'équilibre. La calcification des tendons et des ligaments et l'écrasement progressif des disques intervertébraux contribuent à augmenter les courbures dorsales. Ces changements de posture (tronc vers l'avant, flexion de la colonne cervicale) de même que la modification de l'architecture du pied limitent la stabilité et compromettent la sécurité de la marche, surtout en terrain inégal. La diminution de la force des muscles proximaux, en raison d'une perte de masse musculaire cause un ralentissement de la vitesse de marche, de la longueur et de la hauteur de chaque pas et de la capacité à réagir lors d'une perte d'équilibre	Les limitations fonctionnelles quant à la capacité de marcher, de monter et de descendre des escaliers et de transférer sont causées par l'arthrose (ostéarthrite) des hanches et des genoux et la perte de force musculaire. Certaines affections podiatriques peuvent aussi être en cause (oignons, durillons, etc.). Les déficits moteurs, qui créent de la raideur, des douleurs articulaires ou une modification du patron de marche, sont associés aux problèmes suivants : ostéarthrite (arthrose), ostéomalacie, hémiplégie, spondylose cervicale, maladie de Paget, rhumatisme, arthrite, tendinite, bursite, fibromyosite, blessure ostéo-articulaire traumatique, fracture, entorse, luxation) récente ou ancienne. L'ostéoporose entraîne souvent des fractures spontanées
Système cardio-vasculaire	La capacité d'accélérer le rythme cardiaque pour compenser les différentes baisses de tensions artérielles causées entre autres par la médication est déficitaire chez les personnes âgées. Ce problème est fréquemment accompagné d'une hypoxie et d'une chute	Hypotension orthostatique, syncopes, troubles du rythme, angine de poitrine, infarctus du myocarde, sténose aortique et embolie pulmonaire. De plus, l'hypovolémie secondaire aux diurétiques et aux maladies aiguës, amplifie l'hypotension qui s'accompagne d'étourdissements consécutifs à une diminution de la circulation sanguine cérébrale
Déficits visuels	Déclin normal des facultés visuelles par la diminution de l'acuité, de la sensibilité aux contrastes, de la grandeur du champ visuel	Cataractes : vision embrouillée, hypersensibilité aux éblouissements. Dégénérescence maculaire : perte de la vision centrale. Glaucome : diminution de la vision périphérique. Rétinopathie diabétique : altération du champ visuel
Neurologique	Troubles du cervelet, diminution de la sensibilité de la plante du pied, perte des réflexes ostéo-tendineux, diminution des réflexes posturaux, altération de la précision des gestes. Une atteinte nerveuse peut engendrer une paralysie de l'extension du pied, la pointe accroche alors la marche d'escalier	États confusionnels (démence, délirium), accidents vasculaires cérébraux (AVC), ischémie transitoire (ICT), vertiges, étourdissements d'origine neurologique, ischémies cérébrales, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, neuropathies périphériques, épilepsie, dégénération cervicale, sténose spinale

LES FACTEURS DE RISQUE

1. Histoire de chutes antérieures

Une chute rapportée au cours de la **dernière année** est un facteur prédictif de nouvelle chute.

DÉFINITION

Une ou des chute(s) au cours des 12 mois précédant l'évaluation.

PROBLÉMATIQUE

Les usagers ayant chuté à plus d'une reprise ont un risque important de chuter également à de multiples reprises l'année suivante. Toute chute antérieure augmente par trois fois le risque d'une autre chute. De plus, l'histoire d'une seule chute avec fracture ou autre blessure grave prédispose particulièrement à un épisode semblable.

MESURES PRÉVENTIVES

- Faire l'évaluation (dès l'admission), des chutes antérieures de l'usager afin:
 - d'identifier les moments, lieux et circonstances de survenue
 - de mesurer leurs conséquences
 - de rechercher les facteurs associés à la chute

N.B. L'implication de la famille peut s'avérer importante pour compléter l'histoire de l'usager et établir son profil (exemples: habitudes, peurs, comportements, préférences, etc.)
- Établir en équipe et avec l'aide de la personne des lignes de conduite sécuritaire afin :
 - d'éliminer le ou les facteurs de risques de chute particuliers à la personne
 - d'éviter ou de minimiser les conséquences probables de chute
- Maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne et, avec l'aide de sa famille, l'encourager à participer aux soins et activités visant l'optimisation de la mobilisation
- Au besoin, consulter les professionnels de la réadaptation pour une évaluation de la force et de l'équilibre de la personne
- Référer au médecin pour identifier et corriger les causes médicales possibles de chute, surtout dans le cas de chutes répétitives
- Évaluer périodiquement le niveau de risque de chute et bien l'identifier au dossier, mettre à jour l'information au PTI et au kardex

2. Admission, transfert récent ou changement d'environnement

DÉFINITION

Une admission, un transfert, un changement d'environnement ou une relocalisation à l'intérieur de 2 à 5 jours.

PROBLÉMATIQUE

Une admission, un transfert, un changement d'environnement ou une relocalisation peut constituer une situation d'instabilité pour l'usager et ses proches. Cela peut provoquer de l'insécurité, de la non-collaboration, de l'errance, de l'anxiété, de la désorientation, de l'agitation ainsi que des

tentatives de fugue. De plus, les quelques études effectuées à ce sujet ont démontré que les **cinq** premiers jours d'hospitalisation sont les plus critiques pour les chutes. Il en est de même pour les transferts intrahospitaliers. Pendant cette période, on tentera d'éviter à l'usager des contraintes physiques ou chimiques (médicaments) qui ne font souvent qu'augmenter les risques de chute.

Dans le cas où l'adaptation au nouvel environnement serait plus difficile et prolongée, il faut porter une attention particulière aux comportements que présente l'usager. Les facteurs de risque à considérer seront alors en lien avec les comportements observés (par exemple: errance, agitation, etc.)

MESURES PRÉVENTIVES

Dès l'admission, s'assurer que l'information est donnée à l'usager /famille sur l'environnement sécuritaire et l'importance d'être partenaires avec les intervenants dans la prévention des chutes.

- Favoriser un accueil chaleureux et sécurisant
- Faire la visite de l'unité incluant la salle de bain, le poste des infirmières et la chambre
- Expliquer le déroulement des repas et du coucher, les soins d'hygiène, les changements de quart de travail du personnel
- Être disponible et à l'écoute des usagers
- Aider et assister l'usager au besoin, lors de ses déplacements
- Enseigner dès son arrivée, l'utilisation de la cloche d'appel
- Surveiller étroitement les déplacements de l'usager, surtout durant les trois premiers jours
- Souligner l'importance et la nécessité de demander de l'aide, d'utiliser la cloche d'appel, de porter ou d'utiliser les accessoires habituels (ex. lunettes, appareil auditif, canne, déambulateur ou marchette, fauteuil roulant)
- Souligner l'importance de garder les effets personnels à la portée
- Aviser l'usager de signifier au personnel soignant si présence de maux inhabituels tels étourdissements, nausées, diarrhée ou urgence d'uriner
- Préciser que le personnel soignant répondra rapidement aux demandes de l'usager
- Discuter avec l'usager de ses habitudes de vie personnelles et de tenter de s'y adapter (heures de coucher, hygiène, sieste, collation, etc.)
- Utiliser la veilleuse dans la chambre

3. Déficits perceptuels et cognitifs

DÉFINITION

Altération des processus perceptifs, mnémoniques ou intellectuels (orientation temporo-spatiale, jugement, pensée, mémoire, connaissances). Des troubles perceptifs ou une altération des fonctions cognitives peuvent affecter la capacité de la personne à décoder les stimuli de l'environnement, à reconnaître une situation dangereuse ou à s'orienter dans le milieu.

PROBLÉMATIQUE

De nombreuses études effectuées auprès de personnes âgées révèlent que le risque de chute est cinq (5) fois plus élevé chez celles qui ont des déficits perceptuels et cognitifs.

En raison de problèmes perceptivo cognitifs, il peut survenir une mauvaise perception des dangers existant dans l'environnement (hauteur du lit, distance entre chaises roulantes et toilette...). Les personnes risquent de se placer dans des situations risquées.

Les problèmes de perception peuvent être attribuables à un changement au niveau du cortex visuel. Il peut en résulter, chez certaines personnes, des changements au niveau de la fonction visuo- spatiale. Il leur sera donc difficile d'interpréter adéquatement ce qu'elles voient particulièrement lorsqu'il s'agit des contrastes dans les couleurs et la luminosité.

Les personnes souffrant de démence, et qui dans le passé étaient très actives, peuvent avoir tendance à errer et ce, dans des lieux non sécuritaires.

Certaines personnes peuvent aussi démontrer des comportements perturbateurs (agitation, errance, agressivité).

Les usagers porteurs d'un AVC récent sont sujets à des problèmes de perception.

MESURES PRÉVENTIVES GÉNÉRALES

- Collaborer avec le médecin traitant pour détecter les causes réversibles de déficience cognitive en tentant particulièrement de limiter l'usage des médicaments à action sédatrice ou centrale
- Réorienter régulièrement les personnes désorientées
- Utiliser un langage simple en donnant des directives claires et simples en procédant par étape, n'expliquer que les choses essentielles, éviter les explications longues et compliquées en raison de la capacité d'attention limitée de la personne, vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit
- Utiliser des aide-mémoire, par exemple pour rappeler l'utilisation du déambulateur
- Valoriser la personne
- Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs
- Planifier les interventions diagnostiques ou thérapeutiques en tenant compte si possible de l'état général de la personne: inconfort, douleur, nuit de sommeil, fatigue, préoccupations, effet de la médication
- Éliminer, modifier, et surtout anticiper la source d'inconfort: positionnement, type de chaise, besoin d'éliminer, douleur, soif, etc.
- Amener régulièrement à la salle de bain la personne ne pouvant communiquer ses besoins
- Procurer un sentiment de sécurité soit en rassurant ou en réconfortant la personne, ne serait-ce que par un toucher
- Éliminer ou réduire les causes de restriction externes de la mobilité (ex : contentions)
- Briser l'isolement en offrant des activités adaptées: musique, album de photos, revues, faire marcher
- Consulter au besoin l'ergothérapeute pour une appréciation des fonctions perceptives et cognitives
- Avoir recours à la famille pour surveiller le parent présentant une altération des fonctions cognitives
- Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli pouvant être interprétés

3.1 Comportement perturbateur

- Faire l'analyse du comportement avec la collaboration de l'équipe soignante afin d'en identifier les causes en se posant certaines questions :
 - Qu'est-ce qui se passe?
 - Dans quelles circonstances cela se produit-il?
 - Quelles sont les conséquences?
- Agir sur la cause des comportements perturbateurs ou problématiques compte tenu des capacités réduites de jugement, compréhension, raisonnement de la personne;
- Évaluer les comportements perturbateurs (grille de comportement) afin de comprendre ce qui se passe et impliquer les intervenants dans les soins.

3.2 Errance

Définition

Besoin physiologique d'être toujours en mouvement; les pertes de mémoire et la difficulté à raisonner ou de porter un jugement peuvent occasionner un comportement d'errance. Les causes les plus fréquentes sont :

- Dépression pouvant mener à une psychose;
- Besoin de bouger ou de dépenser de l'énergie;
- Expression d'ennui;
- Manifestation d'inconfort ou d'insécurité;
- Recherche de la toilette ou d'un objet;
- Recherche de la présence d'autres personnes;
- Tentative de fuir;
- Akathisie (besoin irrésistible de bouger relié aux médicaments).

MESURES PRÉVENTIVES SPÉCIFIQUES

- Vérifier les habitudes de l'utilisateur auprès de la famille
- Demander à l'utilisateur où il veut aller
- Offrir d'aller avec lui s'il persiste à vouloir partir
- Distraire l'utilisateur. S'approcher de lui lentement s'il semble affolé
- Éviter d'utiliser la discussion ou l'argumentation
- Offrir fréquemment d'aller à la toilette
- Faire marcher régulièrement et ce, quotidiennement
- Procurer des activités
- Étudier son parcours afin de comprendre ce qui est prévisible
- Examiner ce qui pourrait provoquer l'errance dans l'environnement immédiat (exemple: le niveau de bruit)
- Faire connaître les membres du personnel
- Favoriser l'usage de la chaise berçante si possible

3.3 Delirium

Définition

Type de syndrome cérébral organique réversible qui présente des symptômes ressemblant à un syndrome démentiel. Il se caractérise par une atteinte de l'état de conscience avec fréquemment incohérence et trouble de l'attention, des troubles perceptuels, des troubles de la mémoire et de désorientation ainsi qu'une perturbation du cycle du sommeil. Il est potentiellement réversible, surtout s'il est détecté rapidement.

SIGNES ET SYMPTÔMES DE DELIRIUM selon CAM CONFUSION ASSESSMENT MODE

1. Apparition en quelques heures et fluctuation	<ul style="list-style-type: none">➤ Y a-t-il évidence de changement subit de l'état mental comparé à l'état habituel?➤ Les comportements inhabituels fluctuent-ils, augmentent-ils ou diminuent-ils en sévérité?
2. Inattention	<ul style="list-style-type: none">➤ L'utilisateur a-t-il de la difficulté à maintenir son attention ou à se rappeler ce qu'on vient de lui dire?
3. Désorganisation de la pensée	<ul style="list-style-type: none">➤ Sa pensée est-elle désorganisée ou incohérente? Ex.: conversation décousue, suite illogique d'idées, changement de sujet.
4. Altération de l'état de conscience	<ul style="list-style-type: none">➤ Quel est son degré de conscience: alerte, vigilant, léthargique, hébété, comateux

Les signes et symptômes nos 1 et 2 doivent être présents ainsi que l'un ou l'autre des numéros 3 ou 4

Problématique

L'apparition des signes cliniques est souvent rapide et ceux-ci peuvent durer de quelques heures à quelques semaines. Il importe donc de détecter rapidement la ou les causes afin d'établir un traitement prompt et efficace. Le delirium peut survenir à n'importe quel âge quoique plus fréquemment après 60 ans, en période postopératoire, aux soins intensifs et à l'urgence. Plusieurs facteurs contribuent à l'apparition du delirium. Les causes les plus fréquentes sont d'origine médicamenteuse ou infectieuse, mais les troubles métaboliques, la dépression, la douleur, l'hospitalisation, le stress, l'environnement non familier et la mobilité restreinte sont également des facteurs prédisposants.

MESURES PRÉVENTIVES SPÉCIFIQUES

- **Déceler les facteurs de risque et intervenir rapidement**
 - Éviter les médicaments à risque et notamment la mépéridine (Démérol)
 - Éviter l'arrêt brusque de benzodiazépines, d'alcool ou d'opiacé
 - Corriger rapidement les déséquilibres métaboliques et les autres causes
- **Établir un plan d'intervention, en étroite collaboration avec le médecin**
 - Faire évaluer la médication par le pharmacien ou le médecin
- **Évaluer la présence de douleur et la soulager**
 - Adapter les soins en fonction des signes et symptômes présents
 - S'assurer que les besoins de base sont satisfaits
 - Travailler en collaboration avec la famille: l'informer, encourager sa présence et sa participation au plan de soins et lui offrir du soutien
 - Évaluer les risques associés à l'installation des contentions
 - Diminuer les sources de stress
 - Favoriser un environnement calme
 - Établir une routine et une stabilité
 - Rassurer l'utilisateur fréquemment
 - Réorienter l'utilisateur dans le temps et l'espace
 - Réduire au minimum les causes de restriction de la mobilité
 - Regrouper les interventions pour permettre des périodes de repos
 - Noter au dossier les comportements particuliers de l'utilisateur, leur durée, leur séquence, leur fluctuation, ainsi que le résultat des interventions de soins

4. Témérité ou baisse d'autocritique

DÉFINITION

La témérité est définie comme étant un comportement imprudent. La personne qui démontre de l'imprudence a tendance à surestimer ses habiletés et démontre de l'audace et de l'impulsivité.

PROBLÉMATIQUE

La personne téméraire est souvent celle qui refuse de demander de l'aide et donc se lève du lit seule, se rend à la toilette seule, s'étire pour prendre un objet, etc.

La témérité est parfois une forme de négation de la perte d'autonomie. La personne croyant pouvoir effectuer les mêmes tâches au même rythme, se place en situation de danger. Chez la personne âgée, le temps de réaction étant augmenté, ses réflexes sont diminués ainsi que sa capacité à réagir rapidement lors d'une situation à risque (exemple: la personne âgée qui tentera de se lever seule la nuit pour se rendre à la toilette). Certains troubles neurologiques peuvent affecter la capacité de la personne à reconnaître une situation à risque.

MESURES PRÉVENTIVES

- Apprendre à l'usager à évaluer ses capacités et ses limites, et à adapter ses comportements
- Identifier avec l'usager les situations susceptibles d'accroître les risques d'accident
- Enseigner les modes de comportements sécuritaires
- Vérifier sa compréhension de l'enseignement donné
- Utiliser un détecteur de mouvements
- Utiliser des aide-mémoires
- Dresser la liste des mesures susceptibles de favoriser sa sécurité. Au besoin, disposer dans son environnement des consignes à cet effet
- Inciter l'usager à demander l'aide nécessaire pour les activités jugées dangereuses pour lui-même et le féliciter lorsque cela se produit
- Renforcer, au besoin, la surveillance de l'usager dans ses activités et déplacements et lui fournir l'assistance requise
- Adapter l'environnement (exemple: objets usuels à proximité, éliminer les obstacles dans la mesure du possible)
- En cas de non-utilisation de la cloche d'appel, établir des plans d'interventions réguliers pour répondre aux besoins de la personne (ex. : besoin d'aller à la toilette, faim, soif, etc.)
- Évaluer périodiquement le niveau de risque de chute et bien l'identifier au dossier(PTI)

5. Agitation

Les comportements d'agitation comme les cris, les gestes, les demandes répétitives, la fugue et le délire augmentent les risques de chute de la personne.

PROBLÉMATIQUE

La chute est associée à de nombreuses maladies aiguës. Dans ce contexte, elle est fréquemment reliée à un état d'agitation. Les causes de l'agitation sont multiples:

- La personne âgée qui se retrouve subitement dans un environnement inconnu avec de multiples stimuli, peut vivre de façon passagère de la désorientation accompagnée d'agitation. Cette forme d'agitation traduit souvent la « peur »;
- La personne atteinte d'un déficit cognitif ou neurologique qui ne peut communiquer ses besoins, sa souffrance physique ou psychologique et se sentira frustrée.
Ex : (la soif, le besoin d'éliminer, l'immobilité, la douleur, l'aphasie.).

Si cette frustration n'est pas notée, évaluée et apaisée, il peut en résulter de l'agitation ou du retrait. La personne agitée est moins attentive à son environnement, manifeste souvent de la témérité, évalue mal les risques et se met davantage en situation de danger.

MESURES PRÉVENTIVES

- Tenter d'identifier puis d'éliminer la source de l'agitation chez l'usager en collaboration avec les autres membres de l'équipe et tenter de mieux comprendre les raisons de l'agitation, le message de l'usager
- S'assurer d'une hydratation adéquate en offrant fréquemment un verre d'eau ou de jus, notamment lors de la prise des médicaments
- Éviter autant que possible l'usage de la contention qui pourrait provoquer ou augmenter l'agitation
- Recourir à de la musique dans la chambre
- Demander la participation de la famille, pour connaître davantage les besoins et les goûts de l'usager ou pour le distraire surtout lorsque celui-ci ne peut communiquer
- Fournir une directive à la fois de façon claire, simple et ferme (exemple: «Levez-vous» plutôt que de dire «Voulez-vous vous lever»)
- Réduire les stimuli extérieurs ou l'amener dans un endroit plus calme
- Agir promptement au moindre signe d'agitation afin d'éviter une escalade
- Rassurer la personne. Ceci peut se faire tout simplement en utilisant le toucher
- Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.)
- Assurer une présence étroite lors des périodes d'agitation, allant jusqu'à la surveillance constante tout en s'assurant de ne pas être une source de stimulation

6. Médication et polypharmacie

DÉFINITION

Agent pharmacologique pouvant affecter la cognition de la personne, le contrôle de son équilibre ou sa démarche.

PROBLÉMATIQUE

La médication et plus particulièrement la polymédication, représente un important facteur de risque chez la personne âgée. En raison de leurs effets indésirables et des risques d'interactions médicamenteuses, la prise de plusieurs médicaments (plus de cinq) constitue un facteur de risque supplémentaire). Toutefois, non seulement le nombre de médicaments consommés doivent être pris en considération dans l'évaluation du risque de chute mais le type de médicaments ainsi que l'horaire de l'administration.

Certains médicaments peuvent provoquer des troubles de mouvements (incoordination), d'équilibre (étourdissement, hypotension orthostatique), de perception (confusion, désorientation) et de vigilance (sommolence, fatigue) et avec l'âge, certains déficits acquis ou dus à une maladie peuvent devenir plus marqués sous l'effet de certains médicaments. Les médicaments ont aussi des effets sur des facteurs de risque déjà existant tel que l'hypotension, les troubles de l'équilibre ou de la marche, l'incontinence, les troubles de la vision, les troubles métaboliques, la confusion, l'agitation, la faiblesse musculaire, la somnolence et les étourdissements.

Les médicaments agissant sur **le système nerveux central (S.N.C.)** et sur **le système cardiovasculaire** sont les plus susceptibles de provoquer les chutes en perturbant le mouvement, l'équilibre, la perception de l'environnement et la réaction à cet environnement.

MÉDICAMENTS ET RISQUES DE CHUTES

Classe de médicament	Effets du médicament
Sédatifs hypnotiques, tranquillisants, anxiolytiques	Ont tendance à causer une altération ou une diminution du degré de conscience, à nuire à la cognition et à entraîner la confusion
Benzodiazépines (diazépam, oxazépam, lorazépam, hydrates de chloral, zopiclone)	
Antidépresseurs	Augmentent le risque de chute en entraînant chez la personne une sensation d'anxiété, de nervosité, d'endormissement, de somnolence et une vision trouble
Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline), ISRS (citalopram, fluoxétine, sertraline), IRSNa (venlafaxine, mirtazapine)	
Psychotropes et neuroleptiques	Engendrent souvent des troubles d'agitations, des troubles cognitifs, des étourdissements, une démarche anormale, des troubles d'équilibre, la somnolence et des troubles de la vue (ex : hallucinations)
Narcoleptiques (halopéridol, rispéridone, olanzapine, quétiapine, chlorpromazine, perphénazine).	
Analgésiques narcotiques, opiacés, stimulants.	Causes surtout une altération de l'état de conscience qui engendre la confusion, la somnolence et des possibilités d'hallucinations visuelles
Narcotiques/opiacés (codéine, morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone) Stimulants (methylphénidate) (caféine)	
Anticholinergiques	Entraînent une modification de l'équilibre, une déficience de la coordination motrice, une diminution des réflexes, une déficience cognitive, des troubles de la vision.

Classe de médicament	Effets du médicament
Benzotropine, oxybutynine, timolol, latanoprost, goutte ophtalmique pilocarpine, atropine, dompéridone, métoiclopramide, dicyclomine, hyoscine Alphabloquant : tamsulosin (Flomax)	
Antihistaminiques et Antinauséux	Affectent l'équilibre, nuisent à la coordination, peuvent causer la somnolence et par le fait même, entraîner une augmentation du risque de chute
Antihistaminiques : méclizine, hydroxyzine, diphénhydramine (Benadryl), chlorphéniramine Antinauséux : dimenhydrinate (Gravol), prochlorpérazine, métoclopramide	
Anticonvulsivants	Tendent à diminuer le niveau de conscience (somnolence) ou à causer un déséquilibre (problème d'équilibre)
Gabapentine, acide valproïque, phénytoïne, carbamazépine	
Myorelaxant	Affectent l'équilibre, la coordination motrice, les réflexes, peuvent entraîner une déficience cognitive en causant la somnolence
Baclofène, cyclobenzaprine (Flexeril), méthocarbamol (Robaxial), orphénadrine (Norflex), tizanidine (Zanaflex)	
Antihypertenseurs	Déséquilibrent ou altèrent la pression sanguine et augmentent le risque de chute. Peut se manifester par une syncope
Vasodilatateurs : Diurétiques : Inhibiteurs calciques Alphabloquants : Betabloquants : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine : Autres agents :	hydralazine, minoxidil, nitroglycérine hydrochlorothiazide, furosémide, spironolactone amlodipine, diltiazem, nifedipine, verapamil. terazosin métoprolol, carvédilol, aténolol captopril, énalapril, fosinopril, ramipril amiodarone, digoxine
Insuline, hypoglycémiant oral	La durée d'action peut varier d'un individu à l'autre en raison des divers apports d'insuline exogène ou de médicaments oraux. Une quantité insuffisante ou trop grande d'insuline peut causer une hypo activité ou une hyper activité qui peut entraîner une hypotension orthostatique, des vertiges ou un changement de l'état mental
Médicaments en vente libre, produits naturels ou à base d'herbes médicinales Alcool	Préparations contre la toux et le rhume Médicaments anti-allergies, décongestionnants Produits à base d'herbes médicinales (valériane, kawa, centella asiatique, ginseng, millepertuis, éphédra) Boissons alcoolisées

Tiré de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! Trousse de Départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, Septembre 2010

MESURES PRÉVENTIVES

- Détecter les effets indésirables de la médication dont ceux affectant l'équilibre et la démarche
- Évaluer périodiquement les risques et bénéfices de chaque médicament, en collaboration avec le médecin et le pharmacien
- Renseigner la personne sur l'effet recherché du médicament ainsi que sur les effets secondaires associés au risque de chutes
- Favoriser des approches non médicamenteuses
- Sensibiliser la personne sur l'importance de bien respecter la posologie.
- Vérifier la capacité de prendre ses médicaments (exemple : en pratiquant au besoin l'automédication avant le congé)
- Enseigner à la personne la façon de se lever du lit ou du fauteuil et la prévenir de se rasseoir si elle ressent des étourdissements (cf. volet hypotension orthostatique)

Si la personne prend un ou des médicaments agissant sur le S.N.C. (hypnotiques, sédatifs, tranquillisants)

- Surveiller les manifestations suivantes : **somnolence, diminution de la coordination, troubles de la démarche, étourdissements, hypotension orthostatique, changements de comportement** laissant présager une réaction exagérée à l'effet de la médication
- Inciter la personne à demander de l'aide si elle ressent ces effets secondaires
- Mesurer la TA et le rythme cardiaque selon l'ordonnance médicale, ou selon le jugement clinique de l'infirmière

7. Hypotension orthostatique

DÉFINITION

Chute de la tension artérielle systolique de 20 mm Hg ou plus lors du passage de la position couchée à la position debout ou assise. L'absence d'hypotension orthostatique en position assise n'élimine pas qu'elle puisse apparaître en position debout.

Cette chute de tension peut s'accompagner **d'étourdissements** (signe classique) ou, selon une fréquence moins régulière, **d'une vision faible ou brouillée, de faiblesse ou même d'une syncope**.

PROCÉDURE DE MESURE

- Faire coucher la personne au moins 5 minutes (idéalement 15 minutes) et prendre la lecture de la tension artérielle
- Faire ensuite lever la personne en position debout (ou assise si la position debout est impossible) et mesurer la tension artérielle à 1 minute et à 3 minutes ou à tout autre moment en présence de symptômes cliniques
- La mesure de la fréquence cardiaque peut être prise de façon concomitante de façon à mettre en évidence particulièrement une hypovolémie ou une dysfonction du système nerveux autonome

PROBLÉMATIQUE

L'hypotension orthostatique est plus fréquente chez la personne âgée et chez celles avec maladies débilitantes telles que le diabète. Cette hypotension peut n'être mise en évidence qu'à certains moments de la journée ce qui justifie parfois des mesures répétées. Elle est souvent d'origine multifactorielle (varices, anémie, déshydratation, atteinte S.N.C., médication). De nombreux médicaments peuvent provoquer cette chute de tension (les hypotenseurs, les neuroleptiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, etc.). Ces médicaments sont d'autant plus redoutables s'ils sont utilisés en association. L'immobilisation prolongée est aussi une cause fréquente de cette baisse de tension artérielle.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

- Réviser la médication
- Contrôler à intervalles réguliers (selon la condition clinique) la tension artérielle et le pouls en position couchée et debout
- Éviter les périodes prolongées d'immobilité, si immobilisation prolongée, porter une attention particulière lors des premiers levers
- Surveiller l'apparition de malaise lors des changements de position : étourdissements, faiblesse, vue embrouillée, perte de conscience
- Encourager la personne à changer de position lentement en se tournant, en s'assoiant ou en se levant avec précaution. Ne jamais se pencher ou se relever rapidement
- Faire de l'enseignement sur la façon de se lever du lit ou d'une chaise en insistant sur la pause sur le bord du lit avant de se lever et sur la mobilisation des jambes et des pieds avant de passer à la position debout. Prévenir la personne de se rasseoir ou de se recoucher si elle ressent des étourdissements durant son passage de la position couchée ou assise à la position debout
- S'assurer que la personne est bien hydratée (à moins d'indication contraire)
- Si la personne est symptomatique l'accompagner dans ses déplacements
- Évaluer la pertinence du port des bas élastiques pour les cas de retour veineux diminué aux membres inférieurs
- Élever la tête du lit selon la tolérance de l'utilisateur (20 à 30 degrés)

8. Problème de mobilité et aides techniques

La diminution de la force musculaire au niveau des membres inférieurs est un facteur prédictif de chute. Les chutes sont fréquentes chez les usagers qui se présentent avec des troubles de mobilité. Parmi les problèmes de mobilité, on note : la faiblesse, les troubles de la mobilité des membres, de l'équilibre et de la démarche ainsi que l'instabilité posturale suite à une immobilisation prolongée. Il s'agit donc de planifier des interventions qui permettent à l'utilisateur de s'adapter malgré ces problèmes et ainsi maintenir et favoriser l'autonomie fonctionnelle.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES GÉNÉRALES

- Déterminer, en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante, les raisons de la perte de mobilité chez l'utilisateur
- Maximiser la participation de l'utilisateur à ses soins personnels
- Encourager la **marche** et si nécessaire faire marcher les personnes dans le corridor une ou deux fois par quart de travail (plan de marche)
- Maintenir le lit dans la position la plus basse possible
- Utiliser des demi-ridelles pour aider au transfert du lit et les barres d'appui lors des déplacements (toilette, corridor)
- Placer la chaise d'aisance près du lit pour réduire la distance du déplacement la nuit
- Favoriser la mobilisation en sollicitant particulièrement la **participation de la famille**
- Si nécessaire, changer l'utilisateur de chambre pour le rapprocher de la salle de toilette
- Mettre à la disposition de l'utilisateur un fauteuil adéquat qui comprend : un siège suffisamment haut pour permettre de s'asseoir sans forcer l'articulation de la hanche et du genou, des appuis-bras bilatéraux suffisamment longs pour lui permettre de prendre un appui lors des transferts. Au besoin, consulter l'ergothérapeute pour adapter le siège
- Consulter également le personnel en réadaptation au besoin pour l'enseignement de techniques d'économie d'énergie, l'élaboration d'un programme d'exercices, la détermination d'aide technique ou d'adaptation fonctionnelle
- S'assurer, en collaboration avec l'équipe soignante, que les mesures préventives soient bien comprises et utilisées
- Enseigner à l'utilisateur les précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire et l'encourager lorsqu'il les met en application
- Si l'utilisateur se déplace seul, s'assurer que son aide technique est à sa portée

Précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire

- Entraînement aux techniques de transfert
- Incitation à demander de l'aide, au besoin
- Port de pantoufles et chaussures sécuritaires (chaussures de bonne grandeur fermées, semelles fermes avec talons bas antidérapants)
- Choix de vêtements adéquats ni trop amples, ni trop serrés, ni trop longs
- Utilisation de l'aide technique à la marche

INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

8.1 Faiblesse

La faiblesse est définie comme une fatigue extrême lors d'activités physiques courantes de la vie quotidienne.

- Déterminer les activités où l'aide est requise et l'offrir;
- Choisir le moment où l'utilisateur a le plus d'énergie pour les traitements, la mobilisation;
- Féliciter la personne lors de toute activité physique;
- Évaluer la possibilité d'augmenter graduellement le rythme des activités dans le but d'améliorer la force et l'endurance de la personne;
- Planifier des périodes de repos au besoin.

8.2 Troubles de la mobilité des membres

Les troubles de la mobilité des membres sont définis comme une diminution de l'amplitude des mouvements, de la flexibilité, du contrôle musculaire et de la force pour les exécuter.

- Demander une consultation en physiothérapie;
- Encourager l'utilisateur à suivre les recommandations (aides techniques, adaptations, exercices, etc.).

8.3 Troubles de l'équilibre /de la démarche

Le trouble d'équilibre est défini comme une difficulté transitoire ou chronique chez l'utilisateur à maintenir une position verticale stable. Le trouble de la démarche est défini comme une irrégularité et variabilité de la longueur, largeur ou vitesse d'exécution des pas durant les déplacements.

- Vérifier la médication;
- Placer les objets courants à portée de la main de l'utilisateur;
- Enseigner à l'utilisateur :
 - à se lever lentement;
 - à éviter les virages rapides;
 - à tourner tout son corps et pas seulement sa tête, lorsqu'il effectue un virage;
 - à utiliser son aide technique lors de ses déplacements et les barres d'appui dans les salles de bains et de toilettes;
- Assurer un environnement dégagé de tout obstacle (banc, poubelle, etc.);
- Demander une consultation en physiothérapie/ergothérapie.

8.4 Instabilité posturale post-immobilisation prolongée

Cette instabilité est définie comme une diminution des réflexes posturaux nécessaires aux transferts, à la station debout et à la marche. **Elle peut apparaître en moins de 24 heures d'immobilisation.**

- **Mobiliser le plus tôt possible**
- **Assurer un bon positionnement au lit et au fauteuil**
- **Rééduquer aux transferts et à la marche**
- **Éviter autant que possible l'utilisation de la baignoire ou de l'urinal en favorisant l'utilisation de la toilette ou de la chaise d'aisance avec accompagnement**

9. Troubles d'élimination

DÉFINITION

Personne présentant l'une ou plusieurs des manifestations suivantes: un besoin impérieux d'uriner ou de déféquer, une nycturie, de l'incontinence urinaire ou fécale, de la constipation et de la diarrhée.

PROBLÉMATIQUE

Les troubles d'élimination accentuent le risque de chutes et peuvent se manifester de plusieurs manières, soit par un besoin impérieux d'uriner ou de déféquer, de la nycturie, de l'incontinence urinaire ou fécale, de la diarrhée ou de la constipation.

Ces troubles accentuent non seulement le risque de chutes mais également peuvent favoriser la polymédication, la dépression, l'anxiété, l'insomnie, l'agitation et même induire un delirium et

mener à la grabatisation. On ne saurait trop insister sur l'importance de déterminer l'origine du problème et d'y apporter les correctifs appropriés. La prise de médicaments diurétiques, la difficulté de retrouver la salle de toilette, l'attente prolongée pour obtenir de l'aide pour se rendre à la toilette ou la peur de déranger le personnel constituent d'autres facteurs de risque de chute.

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES

MESURES GÉNÉRALES

- Vérifier s'il y a incontinence ou un autre trouble d'élimination comme la constipation
- Vérifier si la personne est en mesure de se rendre à la toilette seule ou requiert de l'aide
- Éviter autant que possible l'élimination en décubitus avec bassine ou urinal en utilisant plutôt l'urinal en position debout, la toilette ou la chaise d'aisance

MESURES SPÉCIFIQUES

9.1 Incontinence

Émission involontaire d'urine ou de selles :

- Évaluer les causes médicales (par exemple une infection urinaire);
- Développer un plan d'interventions pour répondre aux besoins des personnes surtout celles qui souffrent de démence ou celles qui ont de la difficulté à communiquer leurs besoins;
- Répondre promptement à la demande d'aide (cloche d'appel) et ajuster l'environnement pour que la personne ait accès au papier hygiénique et aux autres objets utilitaires;
- Offrir une assistance plus étroite aux personnes qui reçoivent des laxatifs ou des diurétiques;
- Évaluer la pertinence d'établir un profil urinaire et d'appliquer un programme de soins adapté à la personne tel que méthode de prise en charge par le patient, entraînement vésical, élimination à heures fixes dans la mesure du possible;
- Enseigner la nécessité de réduire l'ingestion de liquide en soirée;
- **Ne pas favoriser le port de culottes d'incontinence (même la nuit)** chez la personne capable de se mobiliser en favorisant l'accompagnement;
- Utiliser la culotte d'incontinence (type Pull Up) pour préserver le plus possible l'autonomie de la personne;
- S'il y a une perte de mobilité, utiliser la chaise d'aisance;
- Si une protection devient nécessaire, favoriser l'utilisation de coussinets d'incontinence avec culottes en filet plutôt que les culottes d'incontinence qui ont tendance à glisser, devenant ainsi un obstacle à la mobilité;
- Utiliser un détecteur de mouvements afin de faire appel au personnel pour les personnes qui ne peuvent plus utiliser la cloche d'appel.

9.2 Nycturie ou besoin impérieux

La nycturie est l'augmentation de la fréquence d'élimination urinaire la nuit. Le besoin impérieux d'uriner est un besoin imminent, fort et urgent d'uriner nécessitant souvent des déplacements vers la salle des toilettes (réduction du temps d'alerte).

- Aviser le médecin afin d'investiguer la fonction urinaire de la personne, afin d'établir la nature du problème et un traitement médicamenteux approprié, s'il y a lieu;
- Contrôler la prise d'excitants tels que boissons caféinées;
- Assigner à la personne un lit près de la salle de toilettes, si possible;
- Ajuster la hauteur du lit pour obtenir un niveau juste supérieur à la hauteur du genou de la personne;
- Au besoin, disposer, à la portée de la personne, urinal, bassin de lit ou chaise d'aisance et papier hygiénique;

- Disposer une cloche d'appel à la portée de la personne, s'assurer que la personne peut en faire usage et répondre promptement à son appel;
- S'assurer que la personne porte des chaussures et des pantoufles sécuritaires pour ses déplacements;
- Ranger les équipements mobiles (exemples: table de repas, banc, tige de soluté, poubelle...) et les effets personnels de la personne;
- Assurer un éclairage adéquat, en tout temps, en utilisant une veilleuse durant la nuit et le jour en évitant l'éblouissement par l'ajustement des rideaux ou des stores.

Si besoin impérieux seulement

- Appliquer un programme d'entraînement vésical en établissant un horaire de mictions où l'on augmente petit à petit les intervalles entre les mictions (ex.: miction aux deux heures pour 24 à 48 heures avec augmentation par intervalles de 15 à 30 minutes);
- Éviter le plus possible les culottes de protection le jour et la nuit en encourageant l'usager à utiliser la cloche d'appel.

Si nycturie seulement

- Enseigner à la personne :
 - À limiter son ingestion de liquide en soirée et l'aider à répartir une hydratation suffisante au cours des autres périodes de la journée;
 - À se lever lentement, afin de prévenir les étourdissements et de permettre à ses yeux de s'habituer à l'éclairage de nuit;
 - À repousser les couvertures au pied du lit avant d'en descendre;
- Si déficit perceptivo-cognitif ou incapacité physique, le personnel devra anticiper les soins de l'usager en le conduisant souvent à la toilette et verra à limiter l'ingestion de liquides en soirée.

10. Troubles auditifs et visuels

DÉFINITIONS

Trouble auditif: perte partielle ou totale de l'audition.

Trouble visuel: altération(s) transitoire(s) ou permanente(s) de la vue, non ou mal compensée(s).

PROBLÉMATIQUE

Une détérioration sensorielle tant auditive que visuelle peut accroître le risque de chute en rendant l'usager moins apte à éviter les dangers. Qu'il s'agisse d'une difficulté à maintenir le focus sur un objet, d'un trouble d'adaptation à la luminosité, d'une diminution de la capacité à évaluer les distances, d'une perte partielle ou totale de l'audition (où l'individu n'entend pas adéquatement la consigne), nous devons être vigilants à souligner de tels problèmes pour ensuite voir à les corriger ou du moins les atténuer et ainsi placer l'usager hors de danger. Un problème d'audition ou de vision peut affecter les capacités de la personne à communiquer, à reconnaître les stimuli de l'environnement et cela la rend plus à risque de chute.

MESURES PRÉVENTIVES

S'assurer que tous les objets utilitaires requis (papier mouchoir, cadran, cloche d'appel, etc.) soient à portée de main.

Trouble visuel	Trouble auditif
<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer : <ul style="list-style-type: none"> - que l'évaluation ophtalmologique et/ou optométrique a (ont) été faite(s) et en prévoir une au besoin - du remplacement des verres très égratignés - que tous les équipements requis soient à la portée de l'utilisateur (cane, marchette) ➤ Garder les verres correcteurs propres et à la portée de la main de la personne en tout temps et s'assurer au coucher que ceux-ci sont au chevet ➤ Aviser la personne qu'elle éprouvera probablement un trouble d'accommodation de l'œil à la vision de nuit, en cas d'administration d'une médication qui produit une constriction de la pupille ➤ Accompagner la personne au besoin dans ses déplacements ➤ Informer la personne de tout changement dans la disposition du mobilier ou de l'équipement et s'assurer d'un environnement libre d'obstacles ➤ Garder les endroits bien éclairés, tout en évitant le plus possible des reflets lumineux provoqués par les éclairages directs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer le médecin s'il y a lieu, afin d'identifier la cause et l'éliminer lorsque possible (exemple: bouchon de cérumen). ➤ Demander une consultation en orthophonie au besoin ➤ Entretenir régulièrement la prothèse auditive, vérifier périodiquement son fonctionnement adéquat (efficacité des piles, volume...) et s'assurer qu'elle soit au chevet au coucher ➤ Éliminer les bruits de fond le plus possible. Diminuer les stimuli de l'environnement (bruit excessif, forte luminosité, etc.) ➤ Parler directement devant la personne et la regarder ➤ S'assurer d'un éclairage approprié, utiliser des phrases courtes, ajuster le ton de la voix et ralentir le débit ➤ Utiliser un amplificateur portatif au besoin si disponible ➤ Utiliser le langage écrit et les indices visuels et tactiles, au besoin. Laisser à la portée de la personne un papier et un crayon pour le langage écrit ➤ Vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit

11. Facteurs extrinsèques

PROBLÉMATIQUE

Les facteurs extrinsèques constituent l'ensemble des facteurs reliés à la personne ou à son environnement qui sont susceptibles d'augmenter le risque de chute. Les éléments habillement, aides techniques et l'environnement constituent d'importants facteurs de risque. Ce sont des perturbations à l'équilibre qui doivent être surmontées par les personnes afin d'éviter de chuter. Le degré auquel ces facteurs posent un problème pour l'utilisateur dépend de sa vulnérabilité et de ses incapacités ainsi que de la fréquence d'exposition aux situations dangereuses.

11.1 Habillement

- Proposer de se vêtir de la robe de chambre ou de la jaquette courte ou semi-longue;
- Informer sur l'importance des souliers ou pantoufles fermés, bien ajustés, à talons bas et à semelles antidérapantes;
- S'assurer que les pantalons soient bien tenus par un élastique ou une ceinture et de la bonne longueur;
- Favoriser, autant que possible, l'utilisation des coussinets protecteurs. Lorsque la culotte d'incontinence avec filet est requise, s'assurer qu'elle est bien ajustée pour éviter le glissement. S'assurer que la culotte d'incontinence soit de la bonne taille pour éviter qu'elle ne tombe lors des déplacements.

11.2 Aides techniques à la marche

- S'assurer que les aides soient sécuritaires, en bon état et bien ajustées (exemple : ne pas utiliser les tiges de soluté comme aide à la marche!);
- Faire appel à la physiothérapeute pour évaluer au besoin, la nécessité d'aide technique et le type ou son utilisation adéquate.

11.3 Environnement

- **Éclairage**: s'assurer d'un éclairage suffisant en évitant l'éblouissement. Informer l'utilisateur du mode d'utilisation des interrupteurs qui doivent être bien visibles et accessibles.
- **Planchers** : voir à ce que les planchers soient secs, sans reflets, sans bris de revêtement, sans objets ou fils sur le sol.
- **Lit** : s'assurer que les freins sont appliqués, les manivelles sont en retrait, les ridelles sont fixées solidement ou en position basse pour usagers autorisés à circuler. Mettre le lit à la position adaptée à la personne, sauf pour les techniques de soins. La hauteur idéale devrait permettre, lorsque la personne est assise sur le bord du lit, que ses pieds touchent le plancher et que ses genoux soient fléchis à un angle de 90°.
- **Cloche d'appel** : la placer à la portée de la main, tant au lit, au fauteuil qu'à la salle de bain. S'assurer que l'utilisateur peut l'utiliser et installer une rallonge au besoin.
- **Fauteuil** :
 - Utiliser une chaise ou un fauteuil qui permet à la personne de s'asseoir et de se relever facilement;
 - S'assurer que la hauteur du siège est juste au-dessus de la hauteur du genou de la personne;
 - S'assurer que les accoudoirs sont larges et excèdent environ un pouce le rebord antérieur du siège.
- **Fauteuil roulant** : en bon état et freins efficaces. À utiliser à bon escient et s'assurer que les appuis-pieds soient relevés lors des transferts et les freins appliqués.
- **Disposition des meubles** : éviter l'encombrement afin de permettre de circuler librement même avec marchette ou fauteuil roulant. S'il y a lieu, disposer les meubles en fonction du handicap ou des besoins spécifiques de l'utilisateur.
- **Équipement médical** : s'assurer que l'équipement médical n'est pas une entrave à la marche (exemples : tiges à soluté, sacs à sonde...).
- **Salle de bains** : signaler tout équipement défectueux ou manquant (barre d'appui, tapis antidérapant, banc de bain, siège de toilette surélevé); enseigner à l'utilisateur à l'utiliser adéquatement; utiliser si nécessaire une chaise à l'extérieur du bain ou au lavabo.
- **Corridors** : s'assurer qu'il y a le minimum d'encombrement et un accès optimal aux rampes de circulation.
- **Consultation en ergothérapie** : consulter au besoin pour : évaluation des transferts au bain, à la toilette, au fauteuil et au fauteuil roulant, recommandations et enseignement (exemple : choix et utilisation d'aides techniques).

12. Contentions, équipement

DÉFINITION

Une contention est définie comme la restriction ou la limitation des mouvements d'une personne par des moyens physiques. Elle comprend **tout genre d'équipement** qui est attaché ou adjacent au corps, qui le garde dans une position choisie par le soignant et ne peut être facilement contrôlé et enlevé par la personne (contention iatrogénique). L'installation d'une contention afin de prévenir la chute constitue, en soi, un autre facteur de risque qu'il ne faut pas sous-estimer. Toutes les mesures de remplacement mentionnées précédemment sont des moyens concrets pour éviter de recourir à la contention et, le cas échéant, des moyens qui permettent d'en réduire la durée. Ces éléments constituent **un standard de pratique** en matière de prévention des chutes.

PROBLÉMATIQUE

Les contentions physiques sont souvent utilisées pour prévenir les chutes, positionner l'utilisateur et gérer les troubles de comportement comme l'errance ou l'agitation due à un delirium.

Or, il a été démontré que l'utilisation des contentions ne réduit en rien la fréquence des chutes puisque les usagers chutent même contentionnés. Les contentions quant elles peuvent entraîner des conséquences graves comme la détérioration de l'état général, l'augmentation de l'agitation, le repli sur soi, la perte d'autonomie, l'incontinence et même le décès. Par conséquent, les contentions physiques ne doivent être considérées qu'en dernier recours et ce, lors de situations très précises et sous étroite surveillance. Lorsque les tentatives de diminuer le risque de chutes se sont avérées inefficaces et avant d'utiliser une contention physique, explorer les mesures alternatives telles que décrites dans la politique #DSP.12.01 sur le Contrôle de l'utilisation des contentions et de l'isolement et le Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : contentions.

MESURES PRÉVENTIVES

- Dès l'admission, identifier l'utilisateur à risque de chute
- Tenter d'agir le plus possible, s'il y a lieu, sur le facteur de risque
- Répondre le plus promptement possible à la cloche d'appel
- Permettre à la personne de s'exprimer
- Répéter des consignes et encourager les comportements adéquats
- Évaluer périodiquement les effets de la médication
- Identifier les sources de l'agitation (cf. : volet agitation)
- Surveillance plus étroite (placer l'utilisateur près du poste des intervenants)
- Participation de la famille, des bénévoles
- Implantation d'un horaire d'élimination
- Détecteur de mouvement
- Maintien de la marche assuré par l'équipe de soins ou en encourageant la participation des proches de l'utilisateur
- Évaluation de la marche et rééducation par le personnel en physiothérapie
- Évaluation et enseignement des transferts par le personnel de réadaptation et participation des proches de l'utilisateur
- Utiliser des traitements peu inconfortables, par exemple :
 - Utiliser un bouchon intermittent plutôt qu'une ligne intraveineuse continue
 - Utiliser un coussinet de protection plutôt qu'une sonde urinaire ou une culotte d'incontinence
 - Si une sonde urinaire est nécessaire, songer à utiliser un sac à cuisse



No de chambre		No de dossier	
Nom			
Prénom			
DDN	NAM	Exp.	

ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

Directives

Clientèle 75 ans et + ou 65 et + avec troubles de la mobilité ou toute autre condition clinique jugée à risque par l'infirmière
Compléter :

- observation (urgence)
- à l'admission (à l'unité)
- aux 7 jours
- lors de transfert d'unité, en post-op, post-chute ou lors de changement dans la condition de santé

DATE :										
FACTEUR DE RISQUE	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
1. HISTOIRE DE CHUTE(S) ANTÉRIEURE(S)										
2. ADMISSION, TRANSFERT RÉCENT OU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT										
3. DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS										
4. TÊMÉRITÉ										
5. AGITATION										
6. CONTENTION / ÉQUIPEMENT										
7. MÉDICATION										
8. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE										
9. PROBLÈMES DE MOBILITÉ / ÉQUILIBRE										
10. TROUBLES D'ÉLIMINATION										
11. TROUBLES AUDITIFS / VISUELS										
12. FACTEURS EXTRINSÈQUES										
NIVEAU DE RISQUE										
COMPLÉTÉ PAR : (INITIALES)										
SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	UNITÉ	SIGNATURE DE L'INFIRMIÈRE	INITIALES	UNITÉ					
Niveau de risque	Interventions									
Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> > Vigilance usuelle > Mesures préventives générales 									
Risque modéré	<ul style="list-style-type: none"> > Mesures préventives générales et spécifiques en lien avec les facteurs de risques (PTI) 									
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> > Surveillance soutenue des mesures spécifiques en lien avec les facteurs de risques (PTI) > BRACELET MAUVE 									

Ne rien inscrire dans la marge

Programme de prévention des chutes

TABLEAU SYNTHÈSE DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE	
FACTEURS	DÉFINITION
1. HISTOIRE DE CHUTE(S) ANTÉRIEURE(S)	Une chute au cours des 12 mois précédant l'évaluation.
2. ADMISSION, TRANSFERT RÉCENT OU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT	ADMISSION Admission d'un usager à l'unité de soins.
	TRANSFERT Transfert d'un usager d'une unité de soins à l'autre ou changement d'environnement à l'intérieur de 2 à 5 jours.
3. DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS	Caractéristiques qui se retrouvent chez l'usager ayant des déficits reliés entre autres à la mémoire, l'orientation, la concentration, le jugement et les praxies.
4. TÉMÉRITÉ	Hardiesse, imprudence, impulsivité. L'usager a tendance à surestimer ses habiletés et démontre de l'audace et de l'impulsivité.
5. AGITATION	Manifestation extérieure, physique et motrice, d'un état d'excitation. État d'une personne en proie à des émotions et des impulsions diverses et qui ne peut rester au repos.
6. CONTENTION OU ÉQUIPEMENTS	Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap, ainsi que tout appareillage relié à l'usager limitant ses déplacements (IV, tube gavage, sonde urinaire, etc.).
7. MÉDICATION ASSOCIÉE À UN RISQUE DE CHUTE (incluant l'alcool ou polymédication / gestion de sa médication)	La prise d'anxiolytiques, de psychotropes (antidépresseurs et tranquillisants), de sédatifs et d'hypnotiques (tous et entre autres les benzodiazépines), et de certains médicaments cardiovasculaires (voir « liste des médicaments ») ou prise de 5 médicaments sur ordonnance ou plus.
8. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE ET SES SYMPTÔMES CLINIQUES ASSOCIÉS	Diminution de la pression systolique de plus de 20 mm Hg ou de la diastolique de plus de 10 mm Hg au moment où la personne passe d'une position couchée ou assise à la station debout et que cette baisse est encore présente trois minutes après le changement de position. Symptômes cliniques : Cette chute de tension peut s'accompagner d'étourdissements (signe classique), scotome, faiblesse, perturbation de l'état de conscience, fatigue, nausées, syncopes, chutes, convulsions.
9. PROBLÈMES DE MOBILITÉ / ÉQUILIBRE AVEC OU SANS UTILISATION D'AIDES TECHNIQUES	Faiblesse musculaire ou troubles de l'équilibre ou de la démarche. Utilisation d'une aide technique à la marche (béquilles, canne, marchette, etc.)
10. TROUBLES D'ÉLIMINATION	Caractéristiques qui s'appliquent à un usager présentant une ou plusieurs manifestations suivantes : un besoin impérieux d'uriner et/ou déféquer, la nycturie, l'incontinence urinaire et/ou fécale, la diarrhée et la constipation.
11. TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS	Trouble auditif Perte partielle ou totale de l'audition.
	Trouble visuel Altération transitoire ou permanente de la vue, non ou mal compensée.
12. FACTEURS EXTRINSÈQUES	Environnement physique inadéquat ou inadapté : surface des planchers glissante, éclairage inadéquat, aides techniques inadaptées. L'habillement inadéquat ou inadapté de l'usager (chaussures trop grandes, vêtements trop longs, port de bas sans chaussures, etc.).

Ne rien inscrire dans la marge



No dossier IPL

HSC442

No de visite
Page 2 de 2

MESURES PRÉVENTIVES SPÉCIFIQUES EN LIEN AVEC LES FACTEURS DE RISQUE

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
HISTOIRE DE CHUTE(S) ANTÉRIEURE(S)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire l'évaluation (dès l'admission), des chutes antérieures de l'usager afin: <ul style="list-style-type: none"> - d'identifier les moments, lieux et circonstances de survenue - de mesurer leurs conséquences - de rechercher les facteurs associés à la chute <p><i>N.B. L'implication de la famille peut s'avérer importante pour compléter l'histoire de l'usager et établir son profil (exemples: habitudes, peurs, comportements, préférences, etc.)</i></p> ➤ Établir en équipe et avec l'aide de la personne des lignes de conduite sécuritaire afin : <ul style="list-style-type: none"> - d'éliminer le ou les facteurs de risques de chute particuliers à la personne - d'éviter ou de minimiser les conséquences probables de chute ➤ Maintenir et améliorer l'autonomie fonctionnelle de la personne et, avec l'aide de sa famille, l'encourager à participer aux soins et activités visant l'optimisation de la mobilisation ➤ Au besoin, consulter les professionnels de la réadaptation pour une évaluation de la force et de l'équilibre de la personne. ➤ Référer au médecin pour identifier et corriger les causes médicales possibles de chute, surtout dans le cas de chutes répétitives ➤ Évaluer périodiquement le niveau de risque de chute et bien l'identifier au dossier, mettre à jour l'information au PTI et au karex
ADMISSION, TRANSFERT RÉCENT OU CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser un accueil chaleureux et sécurisant ➤ Faire la visite de l'unité incluant la salle de bain, le poste des infirmières et la chambre ➤ Expliquer le déroulement des repas et du coucher, les soins d'hygiène, les changements de quart de travail du personnel ➤ Être disponible et à l'écoute des usagers ➤ Aider et assister l'usager au besoin, lors de ses déplacements ➤ Enseigner dès son arrivée, l'utilisation de la cloche d'appel ➤ Surveiller étroitement les déplacements de l'usager, surtout durant les trois premiers jours ➤ Souligner l'importance et la nécessité de demander de l'aide, d'utiliser la cloche d'appel, de porter ou d'utiliser les accessoires habituels (ex. lunettes, appareil auditif, canne, déambulateur ou marchette, fauteuil roulant) ➤ Souligner l'importance de garder les effets personnels à la portée ➤ Aviser l'usager de signifier au personnel soignant si présence de maux inhabituels tels étourdissements, nausées, diarrhée ou urgence d'uriner ➤ Préciser que le personnel soignant répondra rapidement aux demandes de l'usager ➤ Discuter avec l'usager de ses habitudes de vie personnelles et de tenter de s'y adapter (heures de coucher, hygiène, sieste, collation, etc.) ➤ Utiliser la veilleuse dans la chambre
DÉFICITS PERCEPTUELS ET COGNITIFS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Collaborer avec le médecin traitant pour détecter les causes réversibles de déficience cognitive en tentant particulièrement de limiter l'usage des médicaments à action sédatrice ou centrale ➤ Réorienter régulièrement les personnes désorientées ➤ Utiliser un langage simple en donnant des directives claires et simples en procédant par étape, n'expliquer que les choses essentielles, éviter les explications longues et compliquées en raison de la capacité d'attention limitée de la personne, vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utiliser des aide-mémoire, par exemple pour rappeler l'utilisation du déambulateur ➤ Valoriser la personne ➤ Avoir des repères dans l'environnement : horloge, calendrier, objets significatifs ➤ Planifier les interventions diagnostiques ou thérapeutiques en tenant compte si possible de l'état général de la personne: inconfort, douleur, nuit de sommeil, fatigue, préoccupations, effet de la médication ➤ Éliminer, modifier, et surtout anticiper la source d'inconfort: positionnement, type de chaise, besoin d'éliminer, douleur, soif, etc ➤ Amener régulièrement à la salle de bain la personne ne pouvant communiquer ses besoins ➤ Procurer un sentiment de sécurité soit en rassurant ou en réconfortant la personne, ne serait-ce que par un toucher ➤ Éliminer ou réduire les causes de restriction externes de la mobilité (ex : contentions) ➤ Briser l'isolement en offrant des activités adaptées: musique, album de photos, revues, faire marcher ➤ Consulter au besoin l'ergothérapeute pour un dépistage des pertes perceptives et cognitives ➤ Avoir recours à la famille pour surveiller le parent présentant une altération des fonctions cognitives ➤ Adapter l'environnement pour diminuer les stimuli pouvant être interprétés
	<p>Comportement perturbateur</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faire l'analyse du comportement avec la collaboration de l'équipe soignante afin d'en identifier les causes en se posant certaines questions. <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui se passe? • Dans quelles circonstances cela se produit-il? • Quelles sont les conséquences? • Agir sur la cause des comportements perturbateurs ou problématiques compte-tenu des capacités réduites de jugement, compréhension, raisonnement de la personne ➤ Évaluer les comportements perturbateurs (grille de comportement) afin de comprendre ce qui se passe et impliquer les intervenants dans les soins. <p>Errance</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vérifier les habitudes de l'usager auprès de la famille ➤ Demander à l'usager où il veut aller ➤ Offrir d'aller avec lui s'il persiste à vouloir partir ➤ Distraire l'usager. S'approcher de lui lentement s'il semble affolé ➤ Éviter d'utiliser la discussion ou l'argumentation ➤ Offrir fréquemment d'aller à la toilette ➤ Faire marcher régulièrement et ce, quotidiennement ➤ Procurer des activités ➤ Étudier son parcours afin de comprendre ce qui est prévisible ➤ Examiner ce qui pourrait provoquer l'errance dans l'environnement immédiat (exemple: le niveau de bruit) ➤ Faire connaître les membres du personnel ➤ Favoriser l'usage de la chaise berçante si possible ➤ Encourager des périodes de repos pour éviter l'épuisement à la marche <p>Délirium</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Déceler les facteurs de risque et intervenir rapidement <ul style="list-style-type: none"> • Éviter les médicaments à risque et notamment la mépéridine (Démérol) • Éviter l'arrêt brusque de benzodiazépines, d'alcool ou d'opiacé • Corriger rapidement les déséquilibres métaboliques et les autres causes

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir un plan d'intervention, en étroite collaboration avec le médecin <ul style="list-style-type: none"> • Faire évaluer la médication par le pharmacien ou le médecin ➤ Évaluer la présence de douleur et la soulager <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les soins en fonction des signes et symptômes présents • S'assurer que les besoins de base sont satisfaits. • Travailler en collaboration avec la famille: l'informer, encourager sa présence et sa participation au plan de soins et lui offrir du soutien • Évaluer les risques associés à l'installation des contentions • Diminuer les sources de stress • Favoriser un environnement calme • Établir une routine et une stabilité • Rassurer l'utilisateur fréquemment • Réorienter l'utilisateur dans le temps et l'espace • Réduire au minimum les causes de restriction de la mobilité • Regrouper les interventions pour permettre des périodes de repos • Noter au dossier les comportements particuliers de l'utilisateur, leur durée, leur séquence, leur fluctuation, ainsi que le résultat des interventions de soins
<p>TÉMÉRITÉ OU BAISSÉ D'AUTOCRITIQUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apprendre à l'utilisateur à évaluer ses capacités et ses limites et à adapter ses comportements ➤ Identifier avec l'utilisateur les situations susceptibles d'accroître les risques d'accident ➤ Enseigner les modes de comportements sécuritaires ➤ Vérifier sa compréhension de l'enseignement donné ➤ Utiliser un détecteur de mouvements ➤ Utiliser des aide-mémoires ➤ Dresser la liste des mesures susceptibles de favoriser sa sécurité. Au besoin, disposer dans son environnement des consignes à cet effet ➤ Inciter l'utilisateur à demander l'aide nécessaire pour les activités jugées dangereuses pour lui-même et le féliciter lorsque cela se produit ➤ Renforcer, au besoin, la surveillance de l'utilisateur dans ses activités et déplacements et lui fournir l'assistance requise ➤ Adapter l'environnement (exemple : objets usuels à proximité, éliminer les obstacles dans la mesure du possible) ➤ En cas de non-utilisation de la cloche d'appel, établir des plans d'interventions réguliers pour répondre aux besoins de la personne (ex. : besoin d'aller à la toilette, faim, soif, etc.) ➤ Évaluer périodiquement le niveau de risque de chute et bien l'identifier au dossier PTI ➤ S'assurer que l'utilisateur utilise ses aides techniques et que ceux-ci sont toujours à sa portée
<p>AGITATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenter d'identifier puis d'éliminer la source de l'agitation chez l'utilisateur en collaboration avec les autres membres de l'équipe et tenter de mieux comprendre les raisons de l'agitation, le message de l'utilisateur ➤ S'assurer d'une hydratation adéquate en offrant fréquemment un verre d'eau ou de jus, notamment lors de la prise des médicaments ➤ Éviter autant que possible l'usage de la contention qui pourrait provoquer ou augmenter l'agitation ➤ Recourir à de la musique dans la chambre ➤ Demander la participation de la famille, pour connaître davantage les besoins et les goûts de l'utilisateur ou pour le distraire surtout lorsque celui-ci ne peut communiquer ➤ Fournir une directive à la fois de façon claire, simple et ferme (exemple: «Levez-vous » plutôt que de dire «Voulez-vous vous lever» ➤ Réduire les stimuli extérieurs ou l'amener dans un endroit plus calme

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agir promptement au moindre signe d'agitation afin d'éviter une escalade ➤ Rassurer la personne. Ceci peut se faire tout simplement en utilisant le toucher ➤ Proposer des diversions (télévision, radio, jeux, etc.) ➤ Assurer une présence étroite lors des périodes d'agitation, allant jusqu'à la surveillance constante tout en s'assurant de ne pas être une source de stimulation
MÉDICATION ET POLYPHARMACIE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Détecter les effets indésirables de la médication dont ceux affectant l'équilibre et la démarche ➤ Assurer le soulagement de la douleur afin de favoriser la mobilisation ➤ Évaluer périodiquement les risques et bénéfices de chaque médicament, en collaboration avec le médecin et le pharmacien ➤ Évaluer la possibilité d'ajuster l'horaire de la médication afin d'optimiser les capacités de l'usager ➤ Renseigner la personne sur l'effet recherché du médicament ainsi que sur les effets secondaires associés au risque de chutes ➤ Favoriser des approches non médicamenteuses ➤ Sensibiliser la personne sur l'importance de bien respecter la posologie ➤ Vérifier la capacité de prendre ses médicaments (exemple : en pratiquant au besoin l'automédication avant le congé) ➤ Enseigner à la personne la façon de se lever du lit ou du fauteuil et la prévenir de se rasseoir si elle ressent des étourdissements (cf. volet hypotension orthostatique)
HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réviser la médication ➤ Contrôler à intervalles réguliers (selon la condition clinique) la tension artérielle et le pouls en position couchée et debout ➤ Éviter les périodes prolongées d'immobilité, si immobilisation prolongée, porter une attention particulière lors des premiers levers ➤ Surveiller l'apparition de malaise lors des changements de position : étourdissements, faiblesse, vue embrouillée, perte de conscience ➤ Encourager la personne à changer de position lentement en se tournant, en s'assoiant ou en se levant avec précaution. Ne jamais se pencher ou se relever rapidement ➤ Faire de l'enseignement sur la façon de se lever du lit ou d'une chaise en insistant sur la pause sur le bord du lit avant de se lever et sur la mobilisation des jambes et des pieds avant de passer à la position debout. Prévenir la personne de se rasseoir ou de se recoucher si elle ressent des étourdissements durant son passage de la position couchée ou assise à la position debout ➤ S'assurer que la personne est bien hydratée (à moins d'indication contraire). ➤ Si la personne est symptomatique l'accompagner dans ses déplacements ➤ Évaluer la pertinence du port des bas élastiques pour les cas de retour veineux diminué aux membres inférieurs ➤ Élever la tête du lit selon la tolérance de l'usager (20 à 30 degrés)
PROBLÈME DE MOBILITÉ ET AIDES TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déterminer, en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante, les raisons de la perte de mobilité chez l'usager ➤ Maximiser la participation de l'usager à ses soins personnels ➤ Encourager la marche et si nécessaire faire marcher les personnes dans le corridor une ou deux fois par quart de travail (plan de marche). ➤ Maintenir le lit dans la position la plus basse possible ➤ Utiliser des demi-ridelles pour aider au transfert du lit et les barres d'appui lors des transferts à la toilette ➤ Placer la chaise d'aisance près du lit pour réduire la distance du déplacement la nuit ➤ Favoriser la mobilisation en sollicitant particulièrement la participation de la famille ➤ Si nécessaire, changer l'usager de lit pour le rapprocher de la salle de toilette ➤ Mettre à la disposition de l'usager un fauteuil adéquat qui comprend : un siège

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<p>suffisamment haut pour permettre de s'asseoir sans forcer l'articulation de la hanche et du genou, des appuis-bras bilatéraux suffisamment longs pour lui permettre de prendre un appui lors des transferts. Au besoin, consulter l'ergothérapeute pour adapter le siège</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Consulter également le personnel de réadaptation au besoin pour l'enseignement de techniques d'économie d'énergie, l'élaboration d'un programme d'exercices, la détermination d'aide technique ou d'adaptation fonctionnelle ➤ S'assurer, en collaboration avec l'équipe soignante, que les mesures préventives soient bien comprises et utilisées ➤ Enseigner à l'utilisateur les précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire et l'encourager lorsqu'il les met en application
TROUBLES D'ÉLIMINATION	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vérifier s'il y a incontinence ou un autre trouble d'élimination comme la constipation ➤ Vérifier si la personne est en mesure de se rendre à la toilette seule ou requiert de l'aide ➤ Éviter autant que possible l'élimination en décubitus avec bassine ou urinal en utilisant plutôt l'urinal en position debout, la toilette ou la chaise d'aisance
TROUBLES AUDITIFS ET VISUELS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer que tous les objets utilitaires requis (papier mouchoir, cadran, cloche d'appel, etc.) soient à portée de main <p>Troubles auditifs</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer le médecin s'il y a lieu, afin d'identifier la cause et l'éliminer lorsque possible (exemple: bouchon de cérumen) ➤ Demander une consultation en orthophonie au besoin ➤ Entretien régulièrement la prothèse auditive, vérifier périodiquement son fonctionnement adéquat (efficacité des piles, volume...) et s'assurer qu'elle soit au chevet au coucher ➤ Éliminer les bruits de fond le plus possible. Diminuer les stimuli de l'environnement (bruit excessif, forte luminosité, etc.) ➤ Parler directement devant la personne et la regarder ➤ S'assurer d'un éclairage approprié, utiliser des phrases courtes, ajuster le ton de la voix et ralentir le débit ➤ Utiliser un amplificateur portatif au besoin si disponible ➤ Utiliser le langage écrit et les indices visuels et tactiles, au besoin ➤ Laisser à la portée de la personne un papier et un crayon pour le langage écrit ➤ Vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit <p>Troubles visuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer : <ul style="list-style-type: none"> • que l'évaluation ophtalmologique et/ou optométrique a (ont) été faite(s) et en prévoir une au besoin • du remplacement des verres très égratignés • que tous les équipements requis soient à la portée de l'utilisateur (cane, marchette) ➤ Garder les verres correcteurs propres et à la portée de la main de la personne en tout temps et s'assurer au coucher que ceux-ci sont au chevet ➤ Aviser la personne qu'elle éprouvera probablement un trouble d'accommodation de l'œil à la vision de nuit, en cas d'administration d'une médication qui produit une constriction de la pupille ➤ Accompagner la personne au besoin dans ses déplacements ➤ Informer la personne de tout changement dans la disposition du mobilier ou de l'équipement et s'assurer d'un environnement libre d'obstacles

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garder les endroits bien éclairés, tout en évitant le plus possible des reflets lumineux provoqués par les éclairages directs
FACTEURS EXTRINSÈQUES	<p>Habillement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer de se vêtir de la robe de chambre ou de la jaquette courte ou semi-longue ➤ Informer sur l'importance des souliers ou pantoufles fermés, bien ajustés, à talons bas et à semelles antidérapantes ➤ S'assurer que les pantalons soient bien tenus par un élastique ou une ceinture et de la bonne longueur ➤ Favoriser, autant que possible, l'utilisation des coussinets protecteurs. Lorsque la culotte d'incontinence avec filet est requise, s'assurer qu'elle est bien ajustée pour éviter le glissement. S'assurer que la culotte d'incontinence soit de la bonne taille pour éviter qu'elle ne tombe lors des déplacements <p>Aides techniques à la marche</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ S'assurer que les aides soient sécuritaires, en bon état et bien ajustées (exemple : ne pas utiliser les tiges de solutés comme aide à la marche!) ➤ Faire appel au personnel de physiothérapie pour évaluer au besoin, la nécessité d'aide technique et le type ou son utilisation adéquate <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Éclairage : s'assurer d'un éclairage suffisant en évitant l'éblouissement. Informer l'utilisateur du mode d'utilisation des interrupteurs qui doivent être bien visibles et accessibles ➤ Planchers : voir à ce que les planchers soient secs, sans reflets, sans bris de revêtement, sans objets ou fils sur le sol ➤ Lit : s'assurer que les freins sont appliqués, les manivelles sont en retrait, les ridelles sont fixées solidement ou en position basse pour usagers autorisés à circuler. Mettre le lit à la position adaptée à la personne, sauf pour les techniques de soins. La hauteur idéale devrait permettre, lorsque la personne est assise sur le bord du lit, que ses pieds touchent le plancher et que ses genoux soient fléchis à un angle de 90° ➤ Cloche d'appel : la placer à la portée de la main, tant au lit, au fauteuil qu'à la salle de bain. S'assurer que l'utilisateur peut l'utiliser et installer une rallonge au besoin ➤ Fauteuil : <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une chaise ou un fauteuil qui permet à la personne de s'asseoir et de se relever facilement; • S'assurer que la hauteur du siège est juste au-dessus de la hauteur du genou de la personne; • S'assurer que les accoudoirs sont larges et excèdent environ un pouce le rebord antérieur du siège ➤ Fauteuil roulant : en bon état et freins efficaces. À utiliser à bon escient et s'assurer que les appuis-pieds soient relevés lors des transferts et les freins appliqués ➤ Disposition des meubles : éviter l'encombrement afin de permettre de circuler librement même avec marchette ou fauteuil roulant. S'il y a lieu, disposer les meubles en fonction du handicap ou des besoins spécifiques de l'utilisateur

FACTEURS DE RISQUE	INTERVENTIONS
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Équipement médical : s'assurer que l'équipement médical n'est pas une entrave à la marche (exemples : tiges à soluté, sacs à sonde...) ➤ Salle de bains : signaler tout équipement défectueux ou manquant (barre d'appui, tapis antidérapant, banc de bain, siège de toilette surélevé); enseigner à l'utilisateur à l'utiliser adéquatement; utiliser si nécessaire une chaise à l'extérieur du bain ou au lavabo ➤ Corridors : s'assurer d'un minimum d'encombrement .Les paniers, chariots et autres équipements doivent toujours être du même côté du corridor ➤ Consultation en ergothérapie : consulter au besoin pour : évaluation des transferts au bain, à la toilette, au fauteuil et au fauteuil roulant, recommandations et enseignement (exemple : choix et utilisation d'aides techniques)
<p>CONTENTIONS/ÉQUIPEMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dès l'admission, identifier l'utilisateur à risque de chute ➤ Tenter d'agir le plus possible, s'il y a lieu, sur le facteur de risque ➤ Répondre le plus promptement possible à la cloche d'appel ➤ Permettre à la personne de s'exprimer ➤ Répéter des consignes et encourager les comportements adéquats ➤ Évaluer périodiquement les effets de la médication ➤ Identifier les sources de l'agitation (cf. : volet agitation) ➤ Surveillance plus étroite (placer l'utilisateur près du poste des intervenants) ➤ Participation de la famille, des bénévoles ➤ Implantation d'un horaire d'élimination ➤ Détecteur de mouvement ➤ Maintien de la marche assuré par l'équipe de soins ou en encourageant la participation des proches de l'utilisateur ➤ Évaluation de la marche et rééducation par le personnel de physiothérapie ➤ Évaluation et enseignement des transferts par le personnel de réadaptation et participation des proches de l'utilisateur ➤ Utiliser des traitements peu inconfortables, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un bouchon intermittent plutôt qu'une ligne intraveineuse continue • Utiliser un coussinet de protection plutôt qu'une sonde urinaire ou une culotte d'incontinence • Si une sonde urinaire est nécessaire, songer à utiliser un sac à cuisse

MESURES PRÉVENTIVES GÉNÉRALES

MESURES PRÉVENTIVES GÉNÉRALES

Dès l'admission, s'assurer que l'information est donnée à l'utilisateur/famille sur l'environnement sécuritaire et l'importance d'être partenaires avec les intervenants dans la prévention des chutes :

- Faire la visite de l'unité incluant la salle de bain, le poste des infirmières et la chambre; indiquer le déroulement des repas et du coucher;
- Souligner l'importance et la nécessité de demander de l'aide, d'utiliser la cloche d'appel, de porter ou d'utiliser les accessoires habituels (ex. lunettes, appareil auditif, canne, déambulateur ou marchette, fauteuil roulant);
- Vérifier l'utilisation appropriée de la cloche d'appel;
- Souligner l'importance de garder les effets personnels à la portée du patient;
- Aviser le personnel soignant si présence de maux inhabituels tels étourdissements, nausées, diarrhée, urgence d'uriner;
- Préciser que le personnel soignant répondra rapidement aux demandes du patient
- Surveiller l'apparition de tous facteurs de risque et, le cas échéant, appliquer les interventions spécifiques;
- Faire des tournées préventives régulières q 2 h.;
- Anticiper les besoins du patient : demander s'il désire par exemple se rendre à la toilette. Favoriser le partage de ces responsabilités entre les membres de l'équipe intradisciplinaire.

Mettre en place des interventions en tenant compte des caractéristiques de l'utilisateur/famille :

- Encourager et surveiller les déplacements (stabilité de la démarche, équilibre), surtout les trois premiers jours suivant l'admission et encore plus la nuit;
- Prévoir l'aide à la marche et lors des déplacements à la toilette;
- Voir à ce qu'il porte des chaussures sécuritaires et des vêtements qui n'entravent pas ses mouvements;
- Limiter, si possible, les traitements invasifs (ex. soluté IV, sonde);
- Adapter l'alimentation afin de réduire les facteurs nutritionnels pouvant contribuer au risque de chute (ex. : hypoglycémie, déshydratation, dénutrition);
- Informer des effets secondaires d'une nouvelle médication ou de l'augmentation de dosage d'un médicament habituel;
- Offrir des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques (ex. glace, massage) pour soulager la douleur;
- Ne pas banaliser le risque de chute comme étant un événement normal en cours d'hospitalisation;
- Tenir compte des particularités de la personne âgée, pour prévenir le déclin fonctionnel.

Maintenir un environnement sécuritaire afin de réduire le risque de chute :

- Placer la cloche d'appel à la portée du patient (autant au lit qu'au fauteuil) et s'assurer qu'elle est du type approprié (si douleur ou faiblesse aux mains, une cloche de type pastille ou à languette peut être installée par le service d'ergothérapie) ;
- Répondre rapidement aux cloches d'appel : une réponse tardive contribue aux chutes;

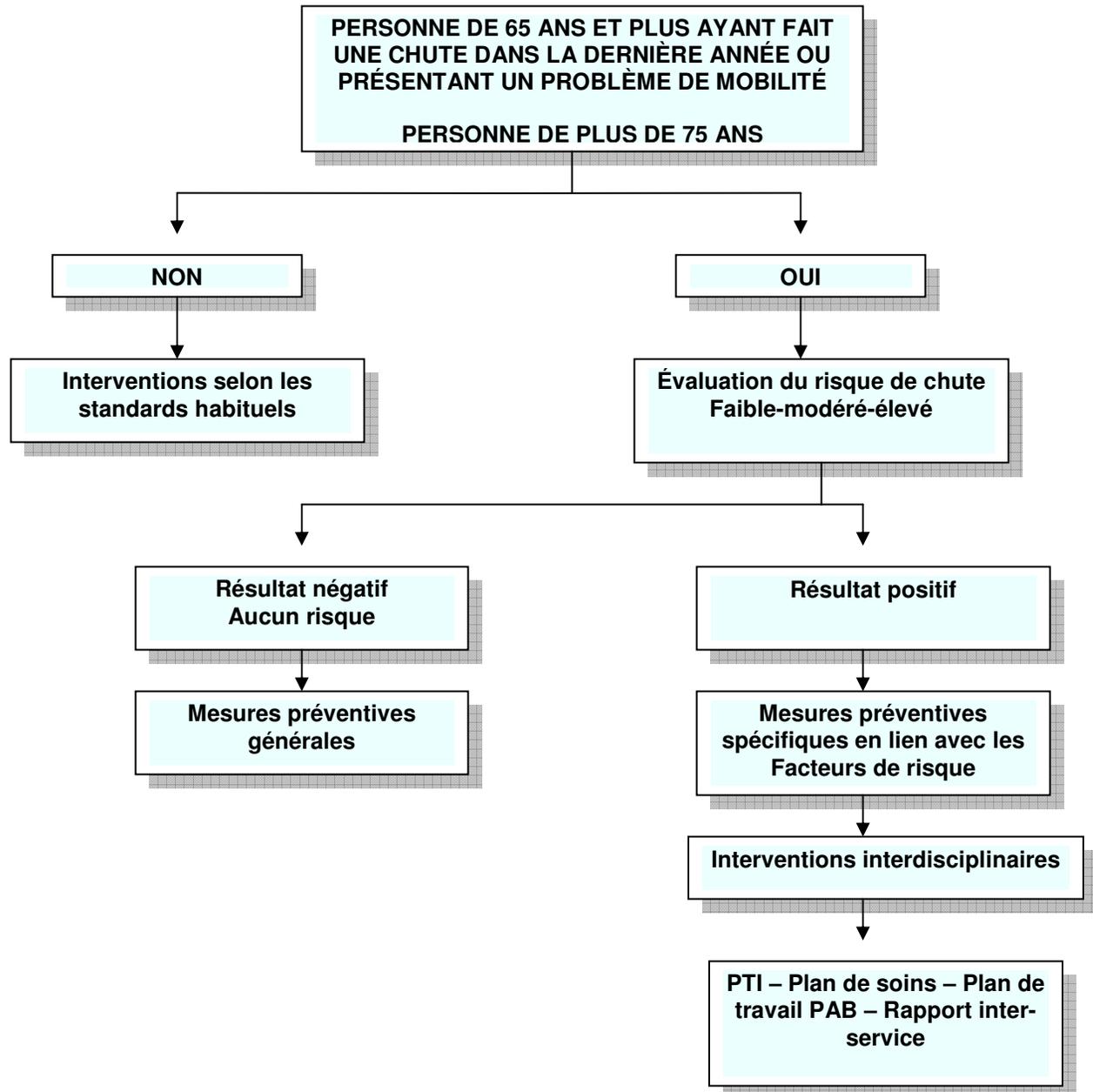
- S'assurer que l'équipement dont le patient a besoin pour marcher (ex. : canne, déambulateur ou marchette, chaise d'aisance) et tous ses effets personnels (ex. : eau, téléphone, mouchoirs, lunettes) sont à proximité;
- Positionner le lit à la hauteur appropriée, de sorte que lorsque le patient est assis, l'angle pied/cheville et cuisse/jambe soit à 90°, les freins barrés et les manivelles en retrait;
- Expliquer au patient/famille l'importance de maintenir une demi-ridelle levée pour assurer son équilibre, pour se déplacer au lit. Ne pas laisser les quatre ridelles levées afin d'éviter qu'il ait à franchir les ridelles remontées ou le pied du lit;
- Voir à ce qu'un côté du corridor soit libre de tout obstacle en tout temps. Les paniers, chariots et autres équipements doivent toujours être du même côté du corridor;
- Allumer une veilleuse ou s'assurer que l'éclairage permet les déplacements sécuritaires du patient pendant la nuit;
- S'assurer en tout temps que le plancher de la chambre est sec, libre d'objets et que des fils n'entravent pas la circulation;
- Mettre en place des repères visuels de l'espace et d'identification des toilettes.

MESURES PRÉVENTIVES SPÉCIFIQUES

Le plan d'action détaillé est en lien avec les facteurs de risques et est inscrit au PTI. Il se fait en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire

- Amener à la toilette plus fréquemment;
- Installer un bracelet mauve;
- Transférer l'usager plus près du poste des infirmières (si possible);
- Consultation en physiothérapie/ergothérapie;
- Évaluer la pertinence d'un moniteur de mobilité.

ALGORITHME DE L'ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE ET DES INTERVENTIONS



GRILLE D'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DE L'ENVIRONNEMENT : CHAMBRE

Chambre	Problèmes identifiés : Cochez O : oui ou N : non													
	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
Éclairage														
Éclairage fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)														
Veilleuses fonctionnelles et libres d'obstruction par des objets														
Planchers														
Absence de surface mouillée														
Absence de surface glissante														
Un panneau d'avertissement est installé lorsque les planchers sont mouillés														
Absence de déchirure, de bordure roulée ou de bris dans le revêtement														
Absence d'objets qui traînent sur le sol														
Mobilier / équipement disposés de façon sécuritaire pour les déplacements														
Lit et civière: freins efficaces aux 4 roulettes														
Lit et civière : manivelle en retrait														
Lit et civière : en position abaissée														
Lit et civière : ridelles solidement fixées														
Autres														
L'utilisateur peut se rendre à la salle de bain sans rencontrer d'obstacle sur son chemin														
Le téléphone et les effets personnels de l'utilisateur sont à sa portée														
Le bouton ou le cordon d'appel d'urgence de la salle de bain est en place et fonctionne correctement?														
Les aides techniques utilisées par l'utilisateur sont ajustées en fonction de l'utilisateur														
Les marchettes, cannes et béquilles sont munies d'embouts antidérapants et en bon état														
Les freins des fauteuils roulants fonctionnent adéquatement														
Les appuis-pieds des fauteuils roulants peuvent s'ouvrir facilement														
L'environnement immédiat de l'utilisateur est sécuritaire (autour de son lit ou de son fauteuil)														
Les équipements présents dans la chambre sont requis par sa condition														
Les corridors sont suffisamment éclairés														
Les corridors ne sont pas encombrés (un côté est libéré)														

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DU SAVOIR

Objet: Évaluation et intervention auprès d'un usager suite à une chute	Règle de soins infirmiers:	RSI. 03.2013
Référence à un protocole: <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	Date de mise en vigueur: Janvier 2013	
<p>Professionnels visés:</p> <p>Toutes les infirmières, les infirmières auxiliaires, les candidates à la profession d'infirmières (CEPI), les externes en soins infirmiers, les stagiaires en soins infirmiers ainsi que les stagiaires en soins et assistance en soins infirmiers œuvrant à l'Hôpital Santa Cabrini.</p>		
<p>Clientèle, secteurs visés:</p> <p>Toute la clientèle de l'Hôpital Santa Cabrini, au cours du séjour hospitalier ou en externe provenant des services ambulatoires ayant subi une chute avec ou sans conséquence pour l'usager.</p>		
<p>Préambule :</p> <p>Une chute est définie comme un changement soudain, involontaire et non intentionnel de la position d'une personne à un niveau plus bas, d'un mouvement abrupte de tomber, glisser, basculer, trébucher, s'écraser ou encore lors d'une manœuvre de transfert effectué par une seule personne ou deux personnes, ou à l'aide d'un moyen mécanique, sur une surface, sur le sol, sur un plancher, avec ou sans blessure.</p>		

Contexte

Articles de lois légiférant sur l'évaluation et l'intervention post-chute

Code de déontologie des infirmières:

Article 17

L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances.

Article 18

L'infirmière ou l'infirmier doit tenir à jour ses compétences professionnelles afin de fournir des soins et traitements selon les normes de pratique généralement reconnues.

Loi sur les infirmières et les infirmiers:

- 36.** L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie, ainsi qu'à fournir les soins palliatifs.

Alinéa 1°

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;

Alinéa 2°

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;

Alinéa 10°

Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;

Code des professions

- 37.** L'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs;

- 37.1.** Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer:

L'infirmière auxiliaire doit:

- a) Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques;
- b) Prodiger des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier;
- c) Appliquer les directives du plan thérapeutique infirmier;
- d) Aviser l'infirmière des résultats de ses observations auprès de l'usager.

Conditions

- A) L'infirmière doit connaître les méthodes d'évaluation et d'intervention suite à la chute d'un usager
- B) L'infirmière doit assurer un suivi auprès du médecin, de la famille, de l'équipe de soins et de l'équipe multidisciplinaire;
- C) L'infirmière doit évaluer les facteurs de risque en cause et assurer la mise en place des mesures visant à prévenir la récurrence des chutes;
- D) L'infirmière doit transmettre les informations pertinentes concernant l'évaluation et les mesures préventives à mettre en place aux membres de l'équipe.
- E) L'infirmière doit initier ou réviser le plan thérapeutique infirmier

Directives

Les chutes produisent des traumatismes par décélération. Il devient donc primordial d'obtenir des données pertinentes afin de comprendre le mécanisme du traumatisme ainsi que d'évaluer et d'anticiper le risque potentiel de blessures.

Les éléments à considérer pour une chute sont :

- La hauteur de la chute
- Le type de surface
- Le point d'impact au niveau anatomique`

Gestes immédiats à poser suite à une chute :

- L'équipe de soins vérifie la sécurité des lieux et assure un espace de travail suffisant autour de l'utilisateur;
- L'équipe de soins rassure l'utilisateur;
- L'équipe de soins avise **immédiatement l'infirmière**. Tout usager assigné à l'infirmière auxiliaire faisant une chute doit faire l'objet d'une évaluation par l'infirmière immédiatement et pris en charge par cette dernière.
- L'infirmière évalue l'utilisateur avant qu'il soit déplacé par l'équipe. Si l'utilisateur se relève après la chute, l'infirmière doit être avisée rapidement afin de procéder à l'évaluation et donner les soins requis. Le médecin doit être avisé de toute chute, des constats de l'évaluation et des interventions le plus rapidement possible.

TABLEAU 1- ÉVALUATION INITIALE DE L'USAGER

L'infirmière effectue un examen **sommaire** de la personne au sol. Il est impératif d'évaluer et d'intervenir simultanément. Les mots-clés : **évaluer-intervenir-réévaluer**

L'= Histoire (cinétique de la chute)

A= Aération des voies aériennes (ouverture des voies aériennes et immobilisation cervicale si besoin)

B= Besoin respiratoire (ex : fréquence, qualité, amplitude, symétrie, utilisation des muscles accessoires)

C= Circulation (ex : évaluation du pouls, remplissage capillaire (N = < 2 secondes), présence de saignements externes non contrôlés, couleur de la peau, diaphorèse, température)

D= Désordre neurologique AVPU (Alert (*alerte*), Verbal (*verbal*), Pain (*douleur*), Unresponsive (*inconscient*))

E = Exposition à l'environnement: dévêtir l'utilisateur pour l'évaluation physique



TABLEAU 2- ÉVALUATION SECONDAIRE DE L'USAGER

L'infirmière poursuit l'examen **secondaire** de la personne au sol.

F : L'INFORMATION CONCERNANT L'USAGER

Évaluation

- Raison de l'hospitalisation, antécédents et allergies.
- Médication (vérifier particulièrement si anticoagulothérapie en cours)
- Présence/absence de symptômes pré-chute (étourdissement, douleur, vertige, nausée)

Interventions

- Prise des signes vitaux et neurologiques stat puis selon fréquence indiquée à l'annexe 1
Si instabilité, prendre ceux-ci aux 15 à 30 minutes jusqu'à l'arrivée du médecin.
N.B. L'évaluation des signes neurologiques comprend : l'échelle de Glasgow, la réaction des pupilles et la force musculaire.
- Faire glycométrie, si pertinent selon l'histoire clinique
- Si apparition d'hématome et sous anticoagulothérapie: effectuer un suivi particulier.

TABLEAU 2- ÉVALUATION SECONDAIRE DE L'USAGER (suite)

5- TRAUMATISME RÉGION ABDOMINALE/BASSIN/HANCHES

Évaluer et documenter si présence ou absence de :

Abdomen

- Douleur à la palpation; à la mobilisation; sensibilité à la pression sur les crêtes iliaques;
- Bruits intestinaux diminués ou absents;
- Présence de rigidité abdominale;
- Présence d'hématome ou d'ecchymose;
- Hématurie.

Bassin/Hanches

- Douleur à la palpation et mobilisation ; présence de position antalgique, de raideur ou de rigidité lors de la mobilisation.
- Présence d'une déformation de la jambe : angulation anormale, rotation de la jambe ou raccourcissement de la jambe;
- Engourdissement et perte de la sensibilité du membre;
- Difficulté pour l'usager de bouger sa jambe;
- Apparition d'un œdème rapidement.

Interventions

- Assurer la surveillance de l'ABCD (*l'évaluation initiale*) ;
- Administrer un analgésique si douleur, selon l'ordonnance;
- Le médecin doit être avisé de la chute, des constats de l'évaluation et des interventions effectuées.

6- TRAUMATISME AU NIVEAU DES EXTRÉMITÉS

Évaluer et documenter si présence ou absence de :

Membres supérieurs et inférieurs

- Évaluer la nature de l'atteinte et le degré de surface des téguments (lacération, abrasion, écoulement sanguin, œdème);
- Présence de douleur récente ou ancienne (avant la chute);
- Douleur à la palpation et/ou à la mobilisation.
- Présence de toute modification suspecte du contour de l'articulation;
- Modification de la couleur de la peau (pâleur) et de la température (froide);
- Diminution ou absence de force musculaire;
- Présence d'incapacité ou diminution de capacité fonctionnelle, perte de sensibilité;
- Présence de déformation, raccourcissement du membre (os long);
- Présence de signes d'inflammation ou présence d'hématome.

Interventions

- Assurer la surveillance de l'ABCD (*l'évaluation initiale*) ;
- Contrôler saignement par une pression au site
- Désinfecter la/les plaie(s) et appliquer un pansement si besoin;
- Immobiliser le membre et le surélever dépendant du type de traumatisme;
- Évaluer les signes neurovasculaires;
- Appliquer de la glace;
- Administrer un analgésique si douleur, selon l'ordonnance;
- Garder le traumatisé à jeun si possibilité d'opération;
- Lorsque l'usager collabore : lui demander de plier tranquillement ses bras et ses jambes;
- Si l'usager ne peut collaborer à l'examen, palper les épaules, les bras, les jambes en évitant tout déplacement;
- Vérifier l'apparition d'hématome au cours des **48 heures** suivant l'accident;
- Le médecin doit être avisé de la chute, des constats de l'évaluation et des interventions effectuées.

MOBILISATION DE L'USAGER SUITE À LA CHUTE

Une fois l'évaluation initiale et secondaire complétées ET si tous les paramètres sont satisfaisants, vous pouvez mobiliser l'utilisateur.

L'infirmière :

A) Détermine le niveau d'assistance à fournir à l'utilisateur selon son état et les blessures soupçonnées.

a) Si l'utilisateur est apte à participer et qu'aucune lésion crânienne, cervicale et/ou rachidienne, ni une fracture des membres supérieurs ou inférieurs ne sont soupçonnées :

- Faites participer l'utilisateur en respectant le mouvement naturel. Deux intervenants doivent être présents pour guider l'utilisateur étape par étape et l'assister au besoin, selon ses capacités. Se référer à l'annexe 4 «*Se relever du sol et s'asseoir*» pour la technique illustrant la façon sécuritaire de procéder.
- Étape 1: Demander à l'utilisateur de se tourner sur le côté.
- Étape 2: Ensuite, lui demander de redresser son tronc tout en prenant appui sur ses mains.
- Étape 3: Installer une chaise ou un fauteuil roulant (avec les freins enclenchés) devant l'utilisateur et lui demande de s'agenouiller en s'appuyant sur la chaise ou fauteuil roulant.
- Étape 4: Lui indiquer de fléchir un des genoux, de mettre le pied au sol puis de s'appuyer sur les appuie-bras de la chaise ou fauteuil utilisé.
- Étape 5: Demander à l'utilisateur de se relever doucement en poussant sur la jambe fléchie, tout en s'appuyant sur les appuie-bras de la chaise ou fauteuil pour se relever.
- Étape 6: Finalement, lui indiquer de prendre appui sur l'un des appuie-bras et l'utiliser pour se tourner et le faire asseoir.

Si l'utilisateur est incapable de participer suffisamment, le lève-personne doit être utilisé.

b) Si l'utilisateur n'est pas apte à participer OU qu'il semble présenter une fracture aux membres supérieurs ou inférieurs, mais qu'aucune lésion crânienne, cervicale et/ou rachidienne n'est soupçonnée :

- Utiliser le lève-personne pour mobiliser l'utilisateur.

c) Si une lésion cervicale et/ou rachidienne est soupçonnée :

- Mettre en place un collet cervical et mobiliser l'utilisateur uniquement en bloc. Se référer aux annexes 2 et 3 pour les techniques illustrant la façon sécuritaire de procéder.
- L'utilisateur doit par la suite être transféré sur civière en utilisant la planche de transfert ou la civière-scoop. Se référer à l'annexe 5 pour la technique d'utilisation de la civière-scoop.

d) Dans le cas d'une **chute avec lésion crânienne**, si un coup de fouet (ou «*whiplash*») a été observé ou est soupçonné, il est possible que l'utilisateur ait également une lésion cervicale. Il faut alors installer un collet cervical et mobiliser en bloc jusqu'à preuve du contraire. Se référer aux annexes 2 et 3 pour les techniques illustrant la façon sécuritaire de procéder. L'utilisateur doit par la suite être transféré sur civière en utilisant la planche de transfert ou la civière-scoop. Se référer à l'annexe 5 pour la technique d'utilisation de la civière-scoop.

Après avoir installé l'utilisateur à l'endroit approprié à sa condition, et selon le lieu de la chute (lit, civière, fauteuil, chaise ou au fauteuil roulant) l'infirmière complète l'évaluation et l'examen physique, s'il y a lieu, en vue d'identifier les causes ainsi que les conséquences de la chute et ce, même si la personne s'est relevée sans aide et que la chute semble sans conséquence.

SUIVI POST CHUTE

Au cours des 48 heures suivant la chute, l'infirmière assure par la suite, en collaboration avec l'infirmière auxiliaire, la surveillance de l'usager et intervient selon la situation observée.

Se référer à l'annexe 1 pour les paramètres et fréquences d'évaluation durant cette période.

COMPLÉTER L'ÉVALUATION DE L'ACCIDENT

À l'aide des témoins de la chute et après observation du lieu de la chute :

L'infirmière examine l'état du plancher et du matériel présent dans les lieux où l'accident s'est produit (levier, lit, fauteuil), de même que la disposition des meubles et des autres accessoires ayant pu causer directement ou indirectement la chute.

À partir du dossier, l'infirmière :

- Vérifie la dernière date d'évaluation du risque de chute;
- Révise les récents changements cliniques notés au dossier;
- Identifie les facteurs de risque de complication de la chute (ex. prise d'anticoagulants, ostéoporose);
- Identifie les causes probables de la chute et réévalue le risque de chute avec l'équipe soignante;
- Complète la grille de risque de chute et effectue les ajustements nécessaires;
- Initie ou révisé le PTI en y inscrivant des directives pertinentes au suivi du patient.

AVISER LES PERSONNES CONCERNÉES

L'infirmière avise les personnes concernées afin de leur transmettre les informations en lien avec la condition de l'usager suite à la chute, les circonstances entourant la chute, les conséquences et les interventions réalisées suite à la chute :

- Informe l'assistante-infirmière chef, le chef d'unité ou le coordonnateur aussitôt que possible
- Informe le médecin traitant aussitôt que possible. En présence d'une ou des situations suivantes, le médecin doit être avisé sans délai :
 - les signes d'une fracture sont probables
 - la chute entraîne de la douleur
 - une lacération nécessite des points de sutures
 - une altération de l'état de conscience de l'usager ou des signes neurologiques instables est présente
 - en présence d'instabilité des signes vitaux
 - une détérioration de l'état général de l'usager s'ensuit
- Informe la famille dans les meilleurs délais.
- Informe l'usager ou son représentant légal dans la situation où la chute a eu des conséquences physiques, selon les indications de la politique sur la divulgation¹, ou elle s'assure que la communication soit établie avec le professionnel qui devra subséquemment aviser l'usager ou son représentant légal.

RÉDIGER LE RAPPORT D'INCIDENT/ACCIDENT

Le rapport d'incident/accident (AH-223) doit être complété par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire qui constate la chute.

¹ Dans le cadre de la Loi 113, les institutions du MSSS ont l'obligation de divulguer tout accident ayant eu des conséquences physiques sur un usager.

ÉCRIRE UNE NOTE AU DOSSIER

Lors de la chute, l'infirmière consigne au dossier les éléments d'évaluation initiale et secondaire, ainsi que les interventions effectuées par l'équipe, tels qu'indiqués en annexe 1.

Par la suite, les données et les interventions peuvent être colligées par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire, selon la situation clinique.

ASSURER UN SUIVI À L'ÉQUIPE DE SOINS INFIRMIERS ET AUX AUTRES PROFESSIONNELS CONCERNÉS

L'infirmière :

- Informe les membres de l'équipe de soins infirmiers concernés par la situation;
- Transmet aux préposés les consignes nécessaires aux soins et au suivi de l'utilisateur;
- Assure le suivi et la continuité des soins lors du rapport inter-service. Un suivi de la condition de la personne au cours des 48 heures suivantes devrait être effectué, ainsi qu'une note au dossier devrait être inscrite pour chaque quart;
- Informe les autres professionnels de la condition de l'utilisateur lors des rencontres multidisciplinaires
- Informe la coordonnatrice en l'absence du chef d'unité de la condition de l'utilisateur au cours des 48 prochaines heures.

INITIER OU RÉVISER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

L'infirmière :

- Fait la synthèse des causes probables de la chute, qu'elles soient médicales, environnementales ou organisationnelles et assure le suivi avec le chef d'unité ou le coordonnateur.
- Fait une mise à jour de la grille de risque de chute.
- Fait une mise à jour du plan thérapeutique infirmier.

L'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires :

- Contribuent à la réalisation du PTI selon les directives énoncées par l'infirmière

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT

Programme de prévention des chutes et réduction des blessures associées, DSSC, Hôpital Santa Cabrini, 2012.

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Règle de soins : Évaluation et intervention suite à une chute d'un usager, CSSS Dorval-Lachine-LaSalle

Règle de soins : Évaluation et intervention suite à une chute d'un usager, CSSS Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Règle de soins : Intervention infirmière après une chute ou lorsqu'une personne est retrouvée sur le sol, CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord

L'examen clinique dans la pratique infirmière. Brulé et Cloutier, 2002

Soins infirmiers en traumatologie, une urgence. Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 2003.

Emergent management of trauma. Scaletta et Schaidler, 2001.

Fiche PDSB : Se relever du sol et s'asseoir. ASSTSAS. Tiré de www.asstsas.qc.ca/fiches-pdsb.html.

Émise par:	Adele Ferrante Directrice des soins infirmiers et du savoir	2013-01-28
	Nom et titre	Date
Rédigée par:	Valérie Gazemar, conseillère à la formation	2011-03-03
	Line Dumas, responsable programme de traumatologie	2012-11-26
	Melissa Lalonde, conseillère à la formation	2012-12-03
	Nom et titre	Date
Personnes consultées :	Membres du comité exécutif du Conseil des Infirmières et Infirmiers	2012-03-21
	Danielle Côté, thérapeute en réadaptation physique	2012-12-07
	Nom et titre	Date
Validée par :	Comité Exécutif du Conseil des Infirmières et Infirmiers	
	Nom et titre	
Adoptée par le CII le:		2013-01-22
		Date
Révisée par:		
	Nom et titre	Date

ANNEXE 1

OUTIL D'ÉVALUATION DES PARAMÈTRES LORS D'UNE CHUTE (ÉVALUATION STAT)

DOCUMENTER AU DOSSIER LES PARAMÈTRES SUIVANTS:

1- L'évaluation initiale :

- Paramètres de L'ABCD

2- L'évaluation secondaire :

- Paramètres identifiés par le signe ✓ : inscrire si absence ou présence
- Paramètres identifiés par le signe ✱ : inscrire si présence ou particularité

1- ÉVALUATION INITIALE (examen au sol et interventions en conséquence)

L'= HISTOIRE (de la chute)

A= AÉRATION DES VOIES AÉRIENNES (ouverture voies aériennes et immobilisation cervicale PRN)

B= BESOIN RESPIRATOIRE (FR, qualité, amplitude, symétrie, utilisation muscles accessoires)

C= CIRCULATION (FC, remplissage capillaire, saignements externes incontrôlés, coloration, diaphorèse, T° peau)

D= DÉSORDRE NEUROLOGIQUE AVPU (Alert (*alerte*), Verbal (*verbal*), Pain (*douleur*), Unresponsive (*inconscient*))

E = EXPOSITION À L'ENVIRONNEMENT: dévêtir usager pour évaluation physique

2- ÉVALUATION SECONDAIRE (examen se poursuit au sol et interventions en conséquence)

F = INFORMATIONS CONCERNANT L'USAGER

- Diagnostic, ATCD, allergies, FADM
- ✓ SV et SN; glycémie (si pertinent);
- ✓ Absence ou présence de douleur, étourdissement ou nausée pré-chute

G = EXAMEN TÊTE AUX PIEDS

TRAUMA RÉGION CRÂNIENNE

- ✓ Douleur, céphalée
- ✓ Déformation
- ✓ Hématome périorbitaire et/ou mastoïde (Signes de fx à la base du crâne)
- ✓ Lacération cuir chevelu ou visage
- ✓ Liquide clair ou sang (*oreilles, nez ou bouche*)
- ✓ Perte de conscience
- ✓ N ° et/ou V °
- ✱ Amnésie
- ✱ Paralysie faciale
- ✱ Pupilles inégales de novo

TRAUMA RÉGION CERVICALE

- Évaluation des symptômes associés à une fracture cervicale dont :
- ✓ Douleur / sensibilité au toucher
 - ✓ Déformation au niveau du cou
 - ✓ Hématome
 - ✓ Lacération
 - ✓ Paresthésie ou paralysie des MS et/ou MI
 - ✱ Oedème

N.B. Mise en place d'un collet cervical et mobilisation en bloc obligatoire

TRAUMA MAXILLO-FACIAL

- ✓ Douleur
- ✓ Déformation au visage
- ✓ Hématome
- ✓ Lacération
- ✱ Épistaxis
- ✱ Crépitements au toucher
- ✱ Oedème périorbitaire et facial
- ✱ Vision altérée, diplopie

N.B. Peut être associé à des traumatismes du crâne et de la colonne cervicale.

TRAUMA AUX EXTRÉMITÉS

- ✓ Douleur
- ✓ Déformation et/ou mobilité ↓ des articulations et membres
- ✓ Hématome
- ✓ Lacération
- ✱ Téguments: abrasion, œdème
- ✱ Peau pâle et froide
- ✱ ↓ ou absence force musculaire
- ✱ ↓ capacité fonctionnelle et/ou sensibilité
- ✱ Signes d'inflammation

TRAUMA ABDOMEN / BASSIN / HANCHE

- Abdomen**
- ✓ Douleur abdomen ou crêtes iliaques
 - ✓ Hématome
 - ✓ Lacération
 - ✱ Bruits intestinaux ↓ ou absents
 - ✱ Rigidité abdominale
 - ✱ Hématurie
- Bassin/Hanches**
- ✓ Douleur/raideur à la mobilisation
 - ✓ Déformation MI (*rotation externe, raccourcissement*)
 - ✱ Engourdissement, perte de sensibilité et mobilité ↓ (MI)
 - ✱ Apparition rapide d'œdème

TRAUMA RÉGION THORACIQUE

- ✓ Douleur et /ou déformation et/ou hématome et/ou lacération (*trachée et/ou cage thoracique*)
- ✱ Apparence cage thoracique :
 - Emphysème s/c
- ✱ Qualité du mvt. respiratoire:
 - ↓ amplitude, FR. anormale
 - Bruits surajoutés
 - Dyspnée ou tachypnée
 - Utilisation muscles accessoires
 - Mvts. thoraciques asymétriques
- ✱ Auscultation :
 - Entrée d'air bilatérale anormale
 - ↓ Bruits cardiaques
- ✱ Cou :
 - Turgescence des jugulaires

En tout temps aviser le médecin lors d'une chute.

Pour des informations additionnelles sur les signes et symptômes ou les interventions, se référer à la règle de soins infirmiers de la chute.

N.B. Installer en position ½ assise seulement si aucun trauma cervical, rachidien, thoraco-lombaire

OUTIL D'ÉVALUATION DES PARAMÈTRES AD 48 HEURES POST-CHUTE (APRÈS L'ÉVALUATION INITIALE ET SECONDAIRE)

* N.B. Documenter au dossier tous les paramètres vérifiés.

En tout temps aviser le médecin si blessures graves et/ou anomalies des SV – SN.

CHUTE SANS IMPACT CRÂNIEN

SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES

- a) **PARAMÈTRES ET FRÉQUENCE**
- ✓ Signes vitaux (SV) et signes neurologiques (SN)
 - ✓ Absence ou présence d'un changement dans l'état mental
 - ✓ Absence ou présence de douleur
 - ✓ Absence ou présence de céphalée
 - ✓ Mobilité des membres
 - ✓ Absence ou présence d'hématome (description)
 - ✓ Indication de peur ou de crainte de rechute
 - ✓ Tout autre paramètre jugé pertinent
- **1 fois / quart et PRN x 48 heures**

CHUTE AVEC IMPACT CRÂNIEN VISUALISÉ OU SOUPÇONNÉ

SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES

- a) **PARAMÈTRES ET FRÉQUENCE :**
- ✓ SV et SN
 - ✓ Absence ou présence d'un changement dans l'état mental, de nausée et/ou vomissement et/ou céphalée
 - Aux 15 minutes la 1^{re} heure post-chute
 - Répéter après une heure
 - Puis aux 2 heures X 4 heures
 - Puis aux 4 heures X 24 heures
 - Puis 1 fois / quart x 48 heures post-chute
- b) **PARAMÈTRES ET FRÉQUENCE :**
- ✓ Absence ou présence de douleur
 - ✓ Mobilité des membres
 - ✓ Absence ou présence d'hématome (description)
 - ✓ Indication de peur ou de crainte de rechute
 - ✓ Tout autre paramètre jugé pertinent
- **1 fois / quart et PRN x 48 heures post-chute**

EN PRÉSENCE DE BLESSURES GRAVES ET/OU ANOMALIE DES SIGNES VITAUX ET/OU NEUROLOGIQUES

- Aviser immédiatement le médecin
- Vérifier les SV, les SN et si détérioration de l'état de l'utilisateur q 15 à 30 min. Jusqu'à ce que le médecin soit avisé de la situation, puis assurer la surveillance requise selon l'ordonnance médicale.

ANNEXE 2

DIRECTIVES CONCERNANT LA MISE EN PLACE D'UN COLLET CERVICAL RIGIDE (CHUTE D'UN USAGER)

Si une lésion cervicale est soupçonnée lors d'une chute, l'installation d'un collet cervical et la mobilisation en bloc sont obligatoires jusqu'à preuve du contraire.

Dans le cas d'une chute avec lésion crânienne, si un coup de fouet (« whiplash ») a été observé ou est soupçonné, il est possible que l'utilisateur ait également une lésion cervicale. Il faut alors installer un collet cervical et mobiliser en bloc jusqu'à preuve du contraire.

Informations générales :

- Seuls le médecin et l'infirmière sont habilités à mettre en place un collet cervical rigide, ils ont également le rôle de **leader** (tenir la tête et coordonner l'équipe) lors de la mobilisation en bloc. Cependant les autres membres de l'équipe peuvent maintenir la tête de l'utilisateur durant la procédure.
- Le collet cervical doit être correctement ajusté. Il doit supporter la mâchoire inférieure de l'utilisateur et maintenir la colonne cervicale en **position neutre**.
- On doit mobiliser l'utilisateur en **tout temps** en bloc et ce jusqu'au retrait du collet rigide.
- L'infirmière doit informer l'utilisateur de demeurer en décubitus dorsal et de ne pas se mobiliser par lui-même en aucun temps;
- La **décision** de retirer le collet cervical appartient uniquement au **médecin**.
- Avisez immédiatement le médecin si paresthésie et/ou toute problématique ou changement dans la condition clinique de l'utilisateur (changement dans l'état de conscience, nausées/vomissements, agitation, etc.).
- L'infirmière doit colliger le tout dans le dossier de l'utilisateur les données pertinentes et les interventions effectuées.
- Le chef d'unité ou la coordonnatrice d'activités cliniques demeurent des personnes ressources au besoin, tout comme les infirmières de la salle d'urgence.



Procédure de mise en place d'un collet cervical

1. Points importants



- La technique de placement peut s'appliquer autant sur une victime couchée qu'assise ;
- L'immobilisation cervicale d'un usager traumatisé doit être réalisée en **position neutre** ;
- On doit s'assurer de maintenir **solidement** la tête lors de toute manipulation à l'aide d'une **tierce personne** ;

2. Points importants (suite)



- Placer la tête en position neutre « **Yeux vers l'avant** ».
- **Maintenir la tête** jusqu'à l'immobilisation définitive de la colonne cervicale.
- Dégager les vêtements amples et retirer les bijoux.

3. Évaluer la hauteur du cou



- Choisir la grandeur appropriée du collet en mesurant l'espace entre le menton et le dessus de l'épaule.
- Appliquer le dos de la main contre le cou et appuyer sur le muscle de l'épaule.
- À l'aide des doigts, mesurer la hauteur entre les deux points d'appui du collier : le **bout du menton** et le dessus de la musculature de **l'épaule**.

4. Adapter la taille du collet



- Reporter le nombre de doigts évalués sur la limite inférieure face externe du collet jusqu'au trou de réglage visible au-dessus des doigts étant la limite supérieure.
- La **limite inférieure** se situe au **bord du plastique rigide** (appui de l'épaule).
- La **limite supérieure** (hauteur du menton) est identifiée par le **trou de réglage** restant visible au-dessus des doigts appliqués sur le collet.

5. Régler la hauteur du collet



- Régler la hauteur du collet en saisissant la mentonnière et en la faisant glisser jusqu'au repère souhaité.

6. Verrouiller les côtés



- S'assurer que le collet est correctement verrouillé des **deux côtés**.

7. Préformer le collet



- Préformer la partie avant du collet pour l'enrouler efficacement autour de la gorge de l'utilisateur.

8. Placer le collet



- Replier la languette de velcro vers l'intérieur du collet pour glisser plus facilement celle-ci derrière la nuque de l'utilisateur.

9. Glisser le collet



- Tandis que le leader maintient solidement la tête en position neutre, une autre personne dégage les cheveux et glisse la partie arrière du collet sous la nuque jusqu'à l'apparition de la bande de velcro du côté opposé.

10. Placer le collet



- La partie du collet vient **enrouler** le menton en rasant au maximum le sternum.

11. Maintenir le collet en place



- Fermer solidement le collet par la sangle velcro

12. Collet mis en place



- La taille du collet ne peut jamais être réglée lorsqu'il est placé sur l'utilisateur.

- (Référence : Stifneck Select, Document explicatif usage prévu . Laerdal et Emergency Nurses Association (2000) Trauma Nursing Core Course (TNCC) 5th édition Illinois. Emergency Nurses Association (2000) Trauma Nursing Core Course (TNCC) 5th édition Illinois

ANNEXE 3

DIRECTIVES CONCERNANT LA MOBILISATION EN BLOC AVEC UNE PLANCHE DE TRANSFERT

Objectif : Établir une coordination efficiente des acteurs afin d'exécuter une mobilisation en bloc sécuritaire à l'aide d'une planche de transfert pour la clientèle ayant chuté et présentant un risque d'atteinte cervicale.

Informations générales :

La seule façon d'exécuter une technique de mobilisation en bloc est de **travailler en équipe**.

- Seul le médecin, l'infirmière ou le technologue en imagerie médicale sont habilités à tenir le rôle de **leader** (maintenir la tête et coordonner l'équipe) lors de la mobilisation en bloc;
- Avant de procéder au déplacement du traumatisé, le leader et l'équipe doivent se partager de l'information pertinente:
 1. L'état du patient,
 2. Les blessures et les sites douloureux,
 3. Les points qui complexifient la procédure de déplacement: poids et taille du patient, force du personnel.
- Le leader est la personne prenant place à la tête du traumatisé et assure la stabilité de la colonne cervicale lors des déplacements en maintenant la tête en tout temps;
 - Assure le maintien de l'alignement du corps de manière conforme et sécuritaire (menton, nombril).
 - Voit à ce que les autres intervenants soient prêts avant de procéder.
 - Est le seul et unique responsable du décompte (1-2-3) afin d'amorcer la mobilisation en bloc et des consignes s'y attachant.
- Éviter tout mouvement brusque durant la mobilisation;
- L'infirmière se doit de colliger dans le dossier de l'utilisateur les données pertinentes et les interventions effectuées.

Rappel : Un collet cervical doit être mis en place et correctement ajusté (voir annexe 1). On se doit également de mobiliser l'utilisateur en bloc en tout temps et ce jusqu'au retrait du collet rigide (décision médicale).

1. Personnel requis pour la technique



- Ce transfert requiert une équipe de 5 personnes: 1 infirmière leader + 4 personnes

2. Interventions avant mobilisation



- L'infirmière se place à la tête de l'utilisateur **dans son champ de vision**. Elle se présente et explique l'intervention souhaitée à l'utilisateur. Elle avise l'utilisateur qu'il ne peut en aucun temps se mobiliser par lui-même

3. Immobilisation de la tête de l'utilisateur



- L'infirmière immobilise la tête de l'utilisateur en disposant ses mains et ses bras de chaque côté de sa tête de façon à maintenir un contrôle ferme;
- Elle est la **seule** à coordonner l'équipe à chacune des étapes.

4. Positionnement de l'assistant #1



Assistant #1

- Se positionne près de la tête du traumatisé et la partie supérieure de son corps.
- Il place une main sous l'**épaule** du traumatisé et l'autre sur le **bassin**

5. Positionnement de l'assistant #2



Assistant #2

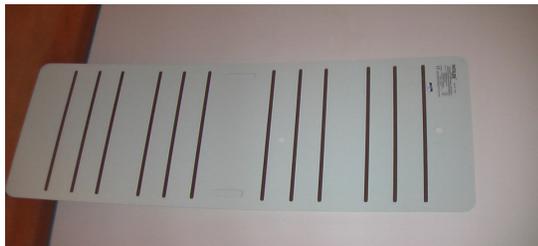
- Se positionne du même côté du lit que l'assistant #1, près des hanches et des jambes.
- Il place une main au niveau de **bassin** et l'autre au niveau du **genou**.

6. Positionnement des mains



- Les mains des assistants #1 et #2 **se croisent** au niveau du **bassin**.

7. Planche de transfert



Assistant #3

- S'assure d'aller chercher une planche de transfert. Il se mettra du côté opposé des assistants # 1 et 2

8. Synchronisation du mouvement



- L'infirmière leader informe les assistants #1 et #2 que le mouvement en bloc se fera après avoir compté jusqu'à 3.
- À 3, l'infirmière dirige les assistants #1 et 2 à mobiliser en bloc l'utilisateur vers eux.

7. Maintien de l'alignement



- L'infirmière leader assure le maintien de l'alignement de la tête et de la colonne (menton, nombril) tout au long de la mobilisation.

8. Glisser la planche



Assistant #3

- Installe la planche sous l'utilisateur

9. Retour position initiale



- L'infirmière leader redonne le même signal (compte jusqu'à 3) afin de revenir à la position initiale.

10. Positionnement assistants #3 et 4



Assistant #3

Se positionne près de la tête de l'utilisateur et la partie supérieure de son corps

Assistant #4

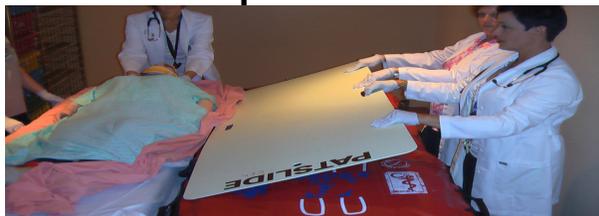
Se positionne près des hanches et des jambes de l'utilisateur.

11. Transfert de l'utilisateur



- Au décompte du leader jusqu'à 3, l'assistant #3 et #4 font glisser l'utilisateur sur la planche en empoignant le drap.

12. Retirer la planche de transfert



- Les assistants #1 et #2 tirent doucement la planche vers eux de façon à retirer celle-ci après que l'utilisateur ait été glissé sur la civière ou dans son lit.

Référence : Mobilisation sécuritaire des traumatisés à risque : un travail d'équipe. Line Dumas coordonnatrice clinico-administratif/ programme de traumatologie

ANNEXE 4

DIRECTIVE SUR LA FAÇON SÉCURITAIRE D'ASSISTER UN USAGER À SE RELEVER (USAGER SANS LÉSION CRÂNIENNE, CERVICALE ET/OU RACHIDIENNE; SANS FRACTURE DES MEMBRES SUPÉRIEURS / INFÉRIEURS SOUPÇONNÉE ET USAGER APTE À PARTICIPER)

FICHE PDSB

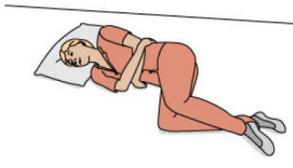
MANŒUVRES AU SOL | S28

SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR

Supervision



Caractéristiques de la cliente : fait les mouvements par elle-même, mais peut avoir besoin d'être guidée ou stimulée.

Étape 1	Étape 2	Étape 3
 <ul style="list-style-type: none"> • Se tourner sur le côté. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc. 	 <ul style="list-style-type: none"> • S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.
Étape 4	Étape 5	Étape 6
 <ul style="list-style-type: none"> • Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever. 	 <ul style="list-style-type: none"> • Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.

Mise en garde : la manœuvre telle que décrite ne peut remplacer une formation complète en PDSB et ne garantit pas la sécurité en toute circonstance. Des adaptations peuvent être nécessaires selon la situation de travail.

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

www.asstsas.qc.ca/fiches-pdsb.html

ANNEXE 5

DIRECTIVES CONCERNANT L'UTILISATION DE LA CIVIÈRE - SCOOP

Informations générales :

La civière-scoop est une civière comprenant deux éléments séparables. Elle sert principalement à relever plus facilement un usager du sol vers une civière ou un lit et ce, en respectant au maximum l'axe tête-cou-tronc, limitant ainsi les risques d'aggravation des blessures. La matière alu/fibre permet également une désinfection de l'ensemble de façon pratique et rapide. La civière-scoop peut supporter un poids maximal de 150 KG.

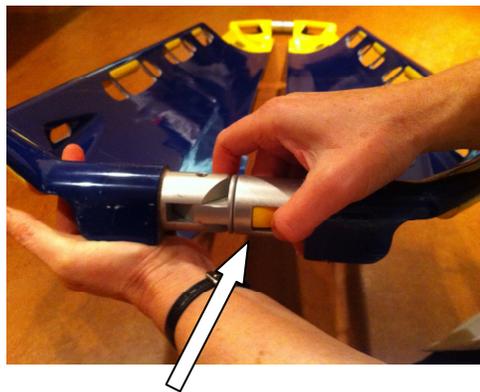
1. Personnel requis

- Quatre à cinq personnes peuvent être requises pour son utilisation dépendant du poids de la personne à soulever.
- **Cinq personnes doivent être présentes si une mobilisation en bloc est requise.** Une mobilisation en bloc est requise en présence d'une immobilisation cervicale (collet) ou si une lésion rachidienne est présente ou soupçonnée (*Se référer aux annexes 2 et 3 pour les directives concernant le collet cervical et la mobilisation en bloc*).



2. Ouvrir la civière-scoop

- Pour installer l'usager, ouvrir une ou les deux fermetures situées en haut et en bas de la civière-scoop en poussant sur le **bouton A**, permettant la séparation en deux éléments distincts.



Bouton A



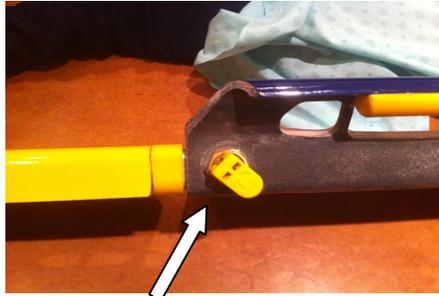
3. Positionner les deux éléments de chaque côté de l'usager

- Positionner les deux éléments sur le côté de la victime après avoir réglé la longueur en fonction de la taille du patient



4. Régler la longueur

- Pour régler la longueur, soulever le petit **levier B** (jaune) de 90° et tirer les deux tubes aussi loin que nécessaire. Enclencher ensuite le levier B dans les trous de retenue.
- Répéter cette étape de chaque côté de la civière-scoop.



Levier B



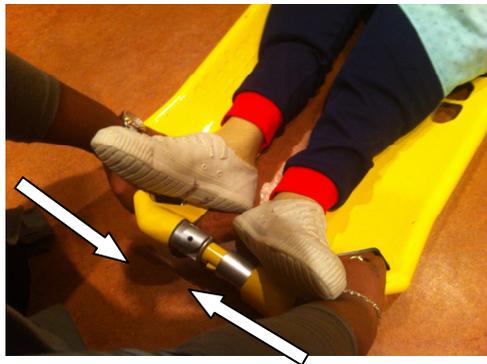
5. Glisser les éléments et les réunir sous l'utilisateur

- Glisser les deux éléments de chaque côté sous l'utilisateur.
- Au besoin, mobiliser l'utilisateur pour permettre de glisser les 2 éléments. Une mobilisation en bloc est requise en présence d'une immobilisation cervicale (collet) ou si une lésion rachidienne est présente ou soupçonnée. *(Se référer aux annexes 2 et 3 pour les directives concernant le collet cervical et la mobilisation en bloc).*
- Les éléments passent sous la personne puis on réunit chaque extrémité afin de les verrouiller. Il faut être prudent pour ne pas pincer les vêtements ou les parties charnues.



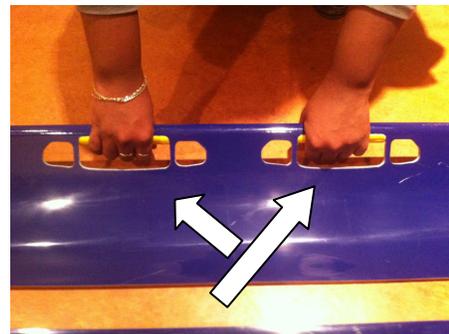
6. Enclencher les verrous

- Pour la fermeture des deux éléments, enclencher les verrous situés dans le haut et dans le bas de la civière-scoop. S'assurer de la fermeture adéquate des verrous.



7. Mobilisation de l'utilisateur avec la civière-scoop

- Pour une utilisation adéquate, la civière-scoop **doit être soulevée par les poignées se trouvant de chaque côté et non pas par les tubes aux extrémités**. Ceci peut être dangereux pour l'utilisateur et endommager la civière-scoop



8. Transport de l'utilisateur avec la civière-scoop

- Une fois l'utilisateur installé sécuritairement sur la civière-scoop, le transporter vers la civière ou le lit.
- **Selon le poids de l'utilisateur, quatre à cinq personnes peuvent être requises pour le transport.**
- **Cinq personnes doivent être présentes si une mobilisation en bloc est requise.** Une mobilisation en bloc est requise en présence d'une immobilisation cervicale (collet) ou si une lésion rachidienne est présente ou soupçonnée. (Se référer aux annexes 2 et 3 pour les directives concernant le collet cervical et la mobilisation en bloc).



8. Transport de l'utilisateur avec la civière-scoop (suite)

- Déposer l'utilisateur sur la civière ou le lit et procéder au retrait de la civière-scoop.



- Ouvrir les fermetures situées en haut et en bas de la civière-scoop en poussant sur le **bouton A**. Retirer les 2 éléments de celle-ci en veillant à ne pas blesser l'utilisateur.



Bouton A

- Au besoin, mobiliser l'utilisateur pour permettre le retrait des 2 éléments. Respecter l'immobilisation cervicale et la mobilisation en bloc, s'il y a lieu.