

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 

Institut universitaire en
santé mentale de Montréal

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE GESTION DES CHUTES

ÉLABORÉ PAR :

**LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
ET DES SERVICES
MULTIDISCIPLINAIRES**

**INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ
MENTALE DE MONTRÉAL**

Novembre 2015





DIRECTION DU PROJET

Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

MEMBRES DU COMITÉ (2014)

Chantal Hamelin, chef de discipline de l'ergothérapie psychiatrique, co-présidente

Guylaine Blais, conseillère clinicienne en soins infirmiers, co-présidente

Élisabeth Welsh, ergothérapeute physique

Michel Bernier, chef de service, hébergement de psychiatrie gériatrique

Carole Fradet, pharmacienne

Dr Gilles Marion, omnipraticien

Daniel Beaugard, assistant infirmier-chef, unité 301

Fadila Chachoua, assistante infirmière-chef, unité 204

COLLABORATEURS INITIAUX

Louise Beauvais, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Nicole Daigle, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Johanne Déziel, physiothérapeute

Catherine Dupré, ergothérapeute

RÉDACTION (VERSION 2015)

Guylaine Blais, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Chantal Hamelin, chef de discipline de l'ergothérapie psychiatrique

Élisabeth Welsh, ergothérapeute physique

COLLABORATEURS À LA RÉDACTION (VERSION 2015)

Émilie Bordeleau, thérapeute en réadaptation physique

Fadila Chachoua, assistante infirmière-chef, unité 204

Carole Fradet, pharmacienne

Dr Gilles Marion, omnipraticien

Geneviève Parent, spécialiste en activités cliniques-volet service social

Service de nutrition clinique

COORDINATION DE LA PRODUCTION

Johanne Gallant, agente administrative, Direction des soins infirmiers

PRODUCTION ET DISTRIBUTION

Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires

REMERCIEMENTS

Les membres du comité désirent remercier toutes les personnes qui ont collaboré à l'élaboration de ce document, notamment les équipes de soins qui, par leurs expériences cliniques et leurs commentaires, ont contribué de façon importante au contenu de ce programme.



Introduction	6
Le rôle des intervenants	9
Les partenaires.....	14
La prévention des chutes : un continuum de services.....	15
Facteurs de risque impliqués dans les chutes	16
Processus d'évaluation des facteurs de risque de chute.....	17
Service privé et risque de chute.....	18
Algorithme de l'évaluation des risques de chute et des interventions.....	19
Grilles d'évaluation des risques de chute	20
Évaluation des risques de chute lors des transferts sans assistance.....	21
Guide explicatif.....	22
Modèle de grille d'évaluation lors des transferts sans assistance	23
Évaluation des risques de chute à la marche.....	24
Guide explicatif.....	25
Modèle de grille d'évaluation à la marche.....	26
Évaluation des risques de chute lors des transferts au lit.....	27
Guide explicatif.....	28
Modèle de grille d'évaluation lors des transferts au lit.....	29
Instrument d'analyse d'une chute.....	30
Modèle d'instrument d'analyse d'une chute.....	31
Facteurs de risque de chute	32
L'âge	33
L'impact du vieillissement sur la physiologie.....	34
État mental	36
L'état mental.....	37
Examen de l'état mental.....	38
Présentation du mini-mental state examination (MMSE) ou FOLSTEIN.....	40
Le MMSE : consignes de passation et de cotation.....	41
Examen de FOLSTEIN sur l'état mental.....	43
Délirium.....	46
Aide-mémoire - Trucs et astuces démence/délirium.....	47
Techniques de relaxation.....	50
Techniques de respiration.....	51
Techniques de relaxation express.....	52
Troubles de l'élimination	53
Incontinence urinaire, constipation et fécalome.....	54
Les exercices du plancher pelvien.....	57
Les exercices de Kegel.....	58
Troubles visuels et auditifs	59
Les troubles visuels et auditifs.....	60
Hypotension orthostatique	61
Hypotension orthostatique.....	62
Le suivi de l'hypotension orthostatique	63

Changement d’environnement	64
Le changement d’environnement.....	65
Facteurs environnementaux	66
Les facteurs environnementaux.....	67
Grille d’évaluation de l’environnement physique.....	69
Grille d’identification des éléments à modifier.....	72
Exemples d’environnements sécuritaires.....	73
Médication	75
Tableaux de la médication en lien avec le risque de chute.....	76
Antécédents de chutes	78
Historique de chutes antérieures.....	79
Difficulté à la marche et à l’équilibre	80
Difficulté à la marche et à l’équilibre.....	81
Ajustement d’une aide à la marche.....	83
Planification d’un horaire de marche.....	84
Réalisation de l’horaire de marche.....	85
Grille pour affichage.....	86
Difficulté à effectuer ses transferts	87
Difficultés aux transferts (fauteuil ou lit).....	88
Comment se lever et s’asseoir de façon sécuritaire.....	90
Confinement à la chaise	91
Syndrome d’immobilisation.....	92
Coussin d’alarme.....	84
Consignes relatives à l’utilisation d’un coussin d’alarme.....	85
Trouble du sommeil	93
L’insomnie.....	94
Interventions en lien avec l’insomnie.....	95
Grille de suivi du sommeil.....	96
Nutrition	97
Nutrition : chute et fracture.....	98
Grille Mini Nutritional Assessment.....	100
Interventions ciblées pour favoriser un état nutritionnel optimal.....	101
Évaluation et retour post-chute	102
Syndrome post-chute.....	103
Évaluation et retour post-chute.....	104
Technique : Savoir se relever suite à une chute.....	105
Grille d’évaluation et suivi post-chute.....	106
Bibliographie	108
 Annexe	
Coussin d’alarme.....	110
Consignes relatives à l’utilisation d’un coussin d’alarme.....	111



Contexte

La qualité des soins, la sécurité et le bien-être des personnes hospitalisées, hébergées ou à domicile sont une préoccupation de premier plan pour l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Déjà, en janvier 2005, un comité multidisciplinaire a été créé afin d'implanter dans les services et les unités de soins de gérontopsychiatrie un programme de prévention et de gestion des chutes. Nous avons alors bénéficié des travaux réalisés par l'Institut universitaire de Gériatrie de Montréal. Le programme a, par la suite, été adapté aux différentes clientèles psychiatriques.

Ce comité, sous la présidence de la Direction des soins infirmiers, s'est assuré au fil des ans de l'application et de la mise à jour du programme. En 2014-2015, la Direction du développement des pratiques professionnelles a procédé à une mise à jour du programme; c'est la version que nous vous proposons aujourd'hui.

Conformément aux cibles proposées par le Programme national de santé publique 2003-2012 du MSSS, soit :

- « la promotion et le soutien auprès des cliniciens de **l'évaluation multidisciplinaire** des facteurs de risque de chute chez les personnes... »;
- « la promotion et le soutien des **mesures multifactorielles de prévention** des chutes destinées aux personnes à risque, notamment celles qui ont déjà fait une chute »,

nous souhaitons proposer un contenu exhaustif d'éléments théoriques en lien avec la problématique des chutes, mais également rendre disponibles des outils cliniques afin de soutenir la démarche d'évaluation et les modes d'interventions des cliniciens et de divers acteurs impliqués dans la prévention et la gestion des chutes.

Nous reprenons ici une opinion de Kimberley et Yates (2012) à l'effet que l'implantation d'un programme et la formation du personnel sont insuffisantes pour rencontrer des objectifs de diminution des chutes : la préoccupation des intervenants quant à la prévention des chutes doit être constante dans le continuum, de l'arrivée de l'utilisateur dans l'établissement jusqu'à son retour dans son milieu de vie. La mise en place de stratégies variées et personnalisées à la situation de l'utilisateur et ciblant les facteurs de risques doit être continue et cohérente. Il s'agit de développer une culture de sécurité où les événements de chutes ne sont pas perçus comme inévitables. Voilà la clé permettant une réduction des chutes chez la clientèle et l'atteinte des objectifs visés. La littérature démontre en effet que cette approche permet d'envisager une réduction de 30 à 40 % du nombre de chutes dans notre établissement.

Buts

Conséquemment, les buts du programme sont :

- Faire connaître la philosophie d'intervention dans le cadre de la prévention et la gestion des chutes;
- Clarifier le rôle de chaque intervenant concerné dans la prévention et la gestion des chutes;

- Intégrer la préoccupation du développement d'une culture de sécurité en lien avec la problématique des chutes (croire que les chutes ne sont pas des accidents inévitables, surtout chez les personnes âgées, et considérer qu'elles peuvent être évitées);
- Utiliser les outils d'évaluation du risque de chute chez les usagers;
- Identifier les usagers à risque de chute, élaborer et mettre en place des stratégies variées et personnalisées;
- Procéder à une évaluation des interventions et les ajuster au besoin;
- Connaître le contenu de l'enseignement à transmettre à l'utilisateur et à ses proches;
- **Privilégier une approche multidisciplinaire.**

Les chutes : une problématique lourde de conséquences

Au Québec, 70 % des chutes se produisent à domicile (MSSS, 2012). Elles sont la cause de 16 000 consultations médicales annuellement et de 9 % du total des visites à l'urgence dans les hôpitaux généraux. En établissement, les chutes représentent 34 % de tous les incidents/accidents rapportés et sont la cause de 267 décès pour la seule année 2013 (INSPQ, 2014)

La proportion des personnes âgées ayant fait au moins une chute est de 15 % chez les personnes de 65 à 74 ans et de 21 % chez les personnes de 75 ans et plus. 46 % des personnes âgées ayant fait une chute ont subi des blessures sévères, soit fractures, luxations, traumatismes cérébraux. Les fractures de la hanche sont les plus fréquentes. 20 % des décès chez les personnes âgées sont attribuables à une chute (Info chutes IUGM, 2015).

Conséquemment, le fardeau financier pour le système de santé est considérable et le nombre important de consultations à l'urgence ajoute une pression importante. Pour les usagers ayant chuté dans un établissement, les durées de séjour peuvent augmenter et certains usagers pourraient être incapables par la suite de retourner à domicile et devront être institutionnalisés. Pour certaines personnes, une chute peut avoir un impact majeur sur l'indépendance fonctionnelle.

Les conséquences d'une chute peuvent avoir un impact important au plan psychologique : les personnes ayant chuté peuvent se sentir plus vulnérables, craindre de chuter à nouveau, éprouver de la honte, de l'humiliation. Elles pourraient vouloir s'isoler, refuser de se mobiliser à nouveau ou développer une anxiété exagérée de chuter encore (syndrome post-chute). Des symptômes anxio-dépressifs peuvent s'installer (UETMIS, 2014).

Philosophie d'intervention du programme

Nous l'avons dit, la question des chutes est une problématique complexe parce qu'elle implique une multitude de facteurs en lien avec la personne elle-même, sa condition physique et mentale ainsi qu'avec l'environnement dans lequel elle évolue. Des enjeux cliniques, éthiques et légaux doivent également être considérés. Par exemple, afin d'assurer la sécurité et le bien-être des usagers, quelles interventions plus ou moins contraignantes doivent être mises en place avec ou sans l'accord de l'utilisateur ou son représentant? Que faire si l'utilisateur ne collabore pas aux directives et aux interventions mises en place? Qui porte le fardeau de la responsabilité lors d'une chute, surtout si l'utilisateur ne collabore pas? Est-ce que l'équipe de soins a su mettre en place les stratégies appropriées pour éviter la chute?

L'objectif est certainement de prévenir et d'éviter les chutes chez la clientèle, mais également de s'assurer de préserver son autonomie. Cela implique que les interventions contraignantes telles les mesures de contrôle seront exceptionnelles et qu'il s'agira de gérer le risque présenté par l'utilisateur. Une approche

multidisciplinaire permettra une évaluation plus précise du risque de chute, mais également un partage de la responsabilité par le choix d'interventions les plus appropriées pour l'utilisateur.

L'évaluation du risque de chute à l'aide de grilles validées permettra d'identifier précisément les facteurs de risque en cause, d'élaborer et d'appliquer des stratégies efficaces et personnalisées. Afin que cette évaluation soit la plus complète possible, l'infirmière doit avoir accès à l'information de diverses sources, mais également des observations des personnes présentes dans l'environnement de l'utilisateur. Plusieurs intervenants de diverses disciplines pourront être interpellés afin de compléter, bonifier, préciser cette évaluation ou même afin de procéder à des évaluations en lien avec leur champ de pratique.



L'évaluation et la recherche de stratégies de prévention et de gestion des chutes pour la clientèle hospitalisée nécessitent la collaboration et l'implication des divers intervenants dont les rôles sont ainsi définis :

(Il s'agit ici d'une proposition qui devra être adaptée aux différents contextes, notamment en hébergement)

Chef d'unité

- Assure le suivi clinico-administratif du programme de prévention et gestion des chutes en donnant de la rétroaction sur les chutes, en informant l'équipe de soins sur le programme, en soutenant les efforts de prévention
- S'assure qu'une analyse des circonstances des chutes sur l'unité est faite avec l'équipe de soins et que des mesures soient prises afin d'éviter la répétition d'autres événements
- S'assure de la déclaration des situations de chute et en fait l'analyse
- Fait les liens entre le programme, les responsabilités de l'organisation, les normes professionnelles et d'agrément et les processus d'amélioration de la qualité
- Assure le respect de la philosophie du programme et du principe de la responsabilité partagée qui le sous-tend
- Identifie les facteurs expliquant une hausse ou une baisse du nombre de chutes sur l'unité
- En collaboration avec l'assistante infirmière-chef, désigne sur son unité une infirmière « porteur du dossier chutes »

Assistante infirmière-chef

- S'assure que le processus clinique soit réalisé : grilles d'évaluation, plan thérapeutique infirmier et plan de soins et de traitement infirmier (au besoin), application des recommandations des consultants au dossier, formulaire d'analyse d'une chute
- Assure le soutien clinique pour identifier des stratégies de prévention et en fait le suivi en collaboration avec l'infirmière de l'utilisateur
- S'assure d'identifier et de corriger les facteurs de risque en lien avec l'utilisateur et l'environnement de l'unité
- S'assure de la transmission de l'information en lien avec les chutes entre les divers quarts de travail
- Identifie les facteurs expliquant une hausse ou une baisse du nombre de chutes sur l'unité
- Procède annuellement et au besoin à une évaluation de l'environnement de l'unité en collaboration avec une ergothérapeute
- Collabore à la réalisation des audits cliniques
- Fait le suivi du programme aux rencontres du comité des assistantes infirmières-chefs

Infirmière « porteur du dossier chutes » : en collaboration avec l'assistante et la chef d'unité

- Assure le leadership clinique de la prévention et gestion des chutes sur l'unité avec la collaboration de l'ensemble du personnel de l'unité
- S'assure d'identifier et de corriger les facteurs de risque de chute en lien avec l'utilisateur et l'environnement de l'unité
- Rapporte le mauvais fonctionnement des appareils : chariots, freins des fauteuils roulants, etc., et s'assure qu'ils soient réparés

- Élabore des activités de sensibilisation et d'information auprès de l'ensemble du personnel de l'unité : enseignement sous forme de rappel des divers éléments du programme, cibler des objectifs spécifiques de diminution du nombre de chutes sur l'unité, etc.
- Contribue aux activités d'évaluation du programme de prévention et de gestion des chutes
- Contribue aux projets de recherche en lien avec la problématique des chutes sur l'unité de soins
- Collabore aux diverses initiatives visant à améliorer ou à diffuser le programme de prévention et de gestion des chutes dans l'ensemble de l'établissement
- Exerce un rôle consultatif auprès de l'ensemble du personnel de l'unité notamment dans les situations de soins en lien avec les chutes
- Identifie les besoins et interventions nécessaires sur l'unité afin d'atteindre les objectifs du programme
- S'assure de transmettre toute l'information concernant le programme au nouveau personnel de l'unité
- Identifie les facteurs expliquant une hausse ou une baisse du nombre de chutes sur l'unité
- Collabore au moins une fois par année en collaboration avec une ergothérapeute à l'évaluation de l'environnement de l'unité; suite à cette évaluation, fait des recommandations à l'assistante, à l'infirmière-chef et à l'ensemble du personnel de l'unité pour améliorer l'environnement et ainsi prévenir les chutes

Infirmière

- Procède à l'évaluation du risque de chute chez l'utilisateur et élabore un plan thérapeutique infirmier où sont précisées les directives visant la prévention et la gestion des chutes
- Avise l'assistante de la nécessité de faire intervenir d'autres professionnels au besoin (ergothérapeute, physiothérapeute, conseillère) afin de préciser l'évaluation du risque et de mettre en place des stratégies de prévention
- Assure le leadership clinique de la prévention des chutes sur l'unité notamment en étant active dans l'observation des facteurs de risque en lien avec l'utilisateur et avec l'environnement
- Réalise le processus clinique de prévention des chutes en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, notamment en enseignant les facteurs de risque et modalités de prévention à l'utilisateur et à ses proches
- Applique des mesures préventives de déconditionnement physique, au besoin
- Transmet à tout intervenant impliqué auprès de l'utilisateur toute l'information nécessaire afin de prévenir une chute, notamment lorsque l'utilisateur reçoit des soins et services à l'extérieur de l'unité
- Lors d'un congé, s'assure de la transmission de l'information en lien avec le risque de chute aux personnes qui accueilleront l'utilisateur dans son milieu de vie

Infirmière auxiliaire

- Contribue à l'évaluation de l'infirmière du risque de chute chez l'utilisateur
- Participe activement au processus de prévention à travers la réalisation du plan de travail et de l'application des directives prévues au plan thérapeutique infirmier
- Exerce une vigilance quant à la détection de facteurs de risque de chute chez l'utilisateur et dans l'environnement
- Participe à l'application des mesures préventives de déconditionnement physique
- Observe et rapporte à l'infirmière tout changement dans la condition de l'utilisateur ainsi que les difficultés d'application du plan d'intervention
- Accompagne l'utilisateur à la marche au besoin ou à toute autre activité de mobilisation

- Rappelle les consignes de sécurité à l'utilisateur lors de l'utilisation des aides techniques
- Rapporte le mauvais fonctionnement des appareils : chariots, freins des fauteuils roulants, etc.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers

- Collabore à la conception, à l'élaboration, à l'implantation et à l'évaluation du programme de prévention et de gestion des chutes
- Agit comme agent de changement et exerce un leadership en matière de développement, d'orientation et d'avancement de la pratique en soins infirmiers en lien avec le programme
- Contribue au développement des ressources humaines au niveau de la formation, du perfectionnement et du développement des compétences en matière de prévention et de gestion des chutes
- S'assure que le personnel de l'ensemble des directions détient les moyens et les formations nécessaires à la réalisation d'une prestation de soins de qualité et sécuritaire en matière de prévention et de gestion des chutes
- Collabore à la mise en place d'interventions en lien avec la prévention et la gestion des risques de chutes dans les situations complexes de soins

Préposé aux bénéficiaires

- Participe activement au processus de prévention à travers la réalisation du plan de travail
- Exerce une vigilance quant à la détection de facteurs de risque de chute chez l'utilisateur et dans l'environnement
- Participe à l'application des mesures préventives de déconditionnement physique
- Observe et rapporte à l'infirmière tout changement dans la condition de l'utilisateur ainsi que les difficultés d'application du plan d'intervention
- Assure une présence et une sécurité auprès de l'utilisateur à risque de chute
- Accompagne l'utilisateur à la marche au besoin ou à toute autre activité de mobilisation
- Rappelle les consignes de sécurité à l'utilisateur lors de l'utilisation des aides techniques
- Rapporte le mauvais fonctionnement des appareils : chariots, freins des fauteuils roulants, etc.

Préposé à l'entretien ménager

- S'assure que l'environnement soit sécuritaire en lien avec la prévention des chutes
- Rapporte toutes situations à risque en lien avec l'environnement

Physiothérapeute/ergothérapeute/thérapeute en réadaptation physique

- Réalise une évaluation du risque de chute lorsque requis (ex. : lorsque, dans les grilles d'évaluation la cote est supérieure à 10 ET si la cote est élevée dans les items se rapportant aux transferts et déplacements à la marche et/ou en fauteuil roulant)
- Fait des recommandations verbales et un rapport écrit dans les plus brefs délais
- Évalue la nécessité d'aide technique, effectue le prêt et s'assure de leur utilisation optimale
- Fait des recommandations et effectue l'enseignement aux clients, à l'équipe ou à la famille
- Effectue une évaluation complète et un suivi régulier en réadaptation physique si la personne a chuté et qu'elle est à risque de chute évident ET si une consultation médicale a été faite au physiatre
- Contribue au développement, à la mise à jour et à l'adaptation du programme aux clientèles
- Soutien le déploiement et le maintien du programme

- Contribue au développement des ressources humaines au niveau de la formation, du perfectionnement et du développement des compétences en matière de prévention et de gestion des chutes

Éducateur & psychoéducateur

- Contribue à l'évaluation et participe activement au processus à travers la réalisation du plan de travail

Médecin

- Évalue le risque de chute en lien avec le diagnostic posé et les traitements associés
- Propose des traitements et des interventions en lien avec la prévention et la gestion des chutes
- Partage avec l'ensemble de l'équipe de soins des conseils ou fait des recommandations afin de prévenir ou de gérer les situations de chutes

Pharmacien

- Contribue au suivi de la thérapie médicamenteuse en lien avec les effets secondaires reliés au médicament lui-même, la dose utilisée, le moment d'administration ainsi que les interactions médicamenteuses qui peuvent être des facteurs qui augmentent le risque de chute de l'utilisateur.

Usager selon sa condition physique et mentale

- S'implique dans l'évaluation de son risque de chute
- Propose des stratégies de prévention des chutes
- Applique les recommandations faites par le personnel de l'unité afin d'éviter une chute

Proches

- Collaborent à l'évaluation du risque de chute et à la mise en place des mécanismes de prévention
- Contribuent à l'application du plan d'intervention pour la prévention et la gestion des chutes
- Soutiennent l'utilisateur dans l'application des recommandations afin de prévenir les chutes

Conseillère à la gestion des risques

- Collabore à l'analyse quantitative et qualitative des événements impliquant les chutes
- Collabore avec les chefs d'unité et avec le personnel à faire le suivi des situations de chutes

Travailleuse sociale

- Contribue à l'évaluation et participe au processus à travers la réalisation du plan de travail
- Évalue et recommande une orientation de la clientèle vers un milieu offrant un cadre sécuritaire approprié
- Évalue et identifie les facteurs de risque reliés aux chutes dans le contexte du suivi en ambulatoire à domicile, ce qui peut conduire à :
 - ✓ Des interventions auprès de l'utilisateur, des proches et/ou des responsables de milieu de vie en collaboration avec d'autres professionnels

- ✓ La sollicitation de services du réseau communautaire
- ✓ Des recommandations de changement de milieu de vie
- Travaille en collaboration avec l'utilisateur et ses proches afin de sensibiliser et d'offrir de l'enseignement

Nutritionniste

- Procède à l'évaluation de l'état nutritionnel de l'utilisateur et élabore le plan de traitement nutritionnel.
- S'assure que les apports nutritionnels répondent aux besoins, surtout en énergie, protéines, calcium et vitamine D.
- Transmet à l'équipe de soins et à l'utilisateur toute l'information concernant le plan de traitement nutritionnel.
- Assure également le suivi et les ajustements du plan de traitement nutritionnel selon l'évolution.

Les milieux d'hébergement doivent établir la contribution de leurs intervenants en fonction de leur réalité respective.



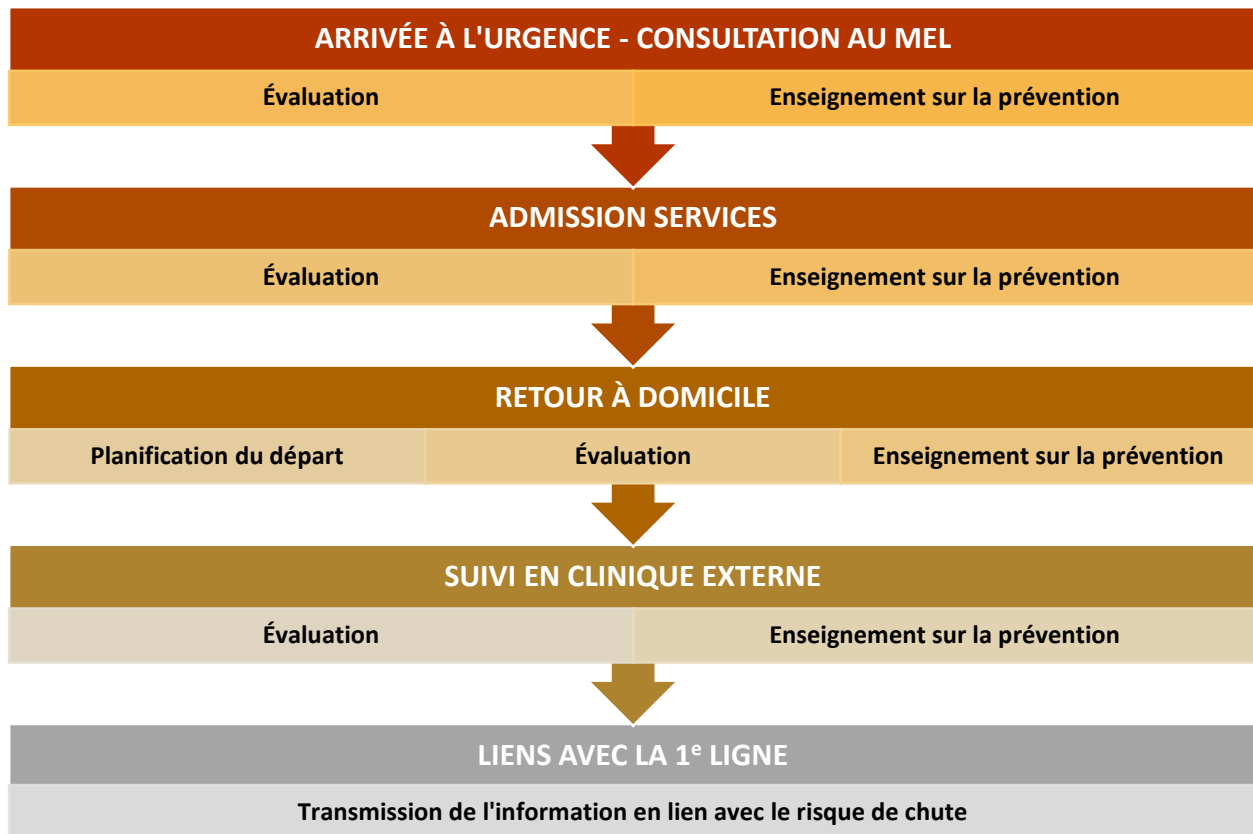
Toutes les personnes qui gravitent à un moment ou à un autre dans l'environnement de l'utilisateur peuvent contribuer à prévenir une chute.



LA PRÉVENTION DES CHUTES : Un continuum dans les services



Dès la prise de contact de l'utilisateur avec les services de santé, les intervenants doivent se préoccuper du risque de chute. Bien que la clientèle âgée soit plus vulnérable, les facteurs de risque doivent être identifiés chez toutes les clientèles et des stratégies de prévention doivent être mises en place.



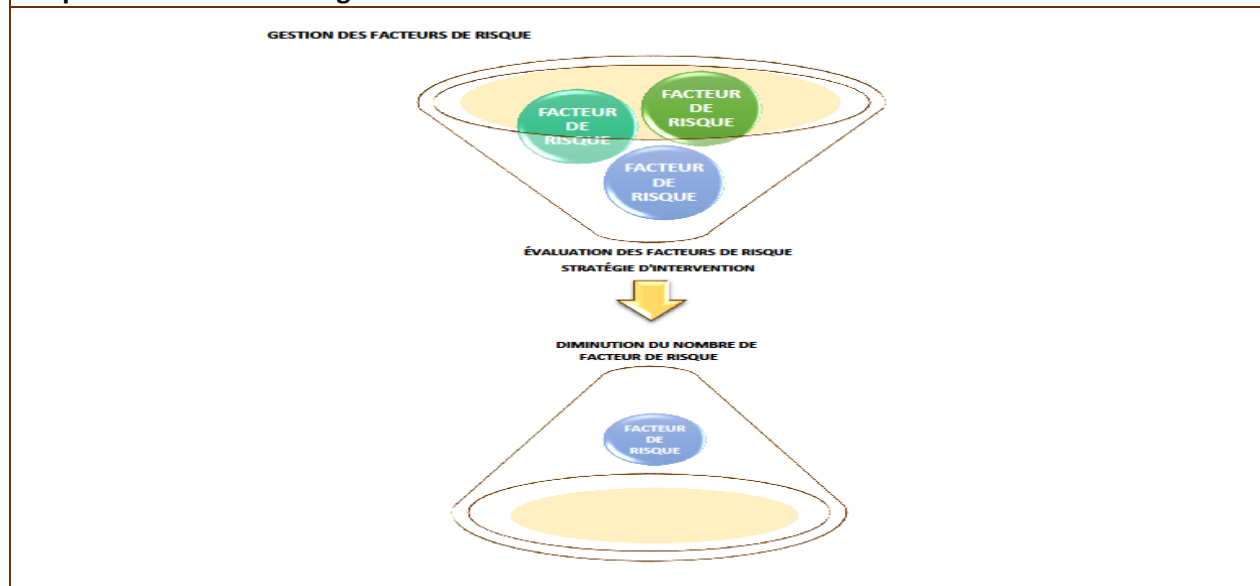
FACTEURS DE RISQUES IMPLIQUÉS DANS LES CHUTES



Plusieurs facteurs de risque peuvent être identifiés et évalués afin de prévenir les situations de chutes. Francoeur (2001) propose un regroupement sous deux thèmes : les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques. Chacun des facteurs de risque présenté dans le tableau ci-dessous est expliqué de façon plus exhaustive dans les sections suivantes du programme.

LES FACTEURS INTRINSÈQUES	LES FACTEURS EXTRINSÈQUES
<p>Les facteurs intrinsèques sont inhérents à la condition de l'utilisateur.</p>	<p>Les facteurs extrinsèques sont externes à l'utilisateur. En règle générale, ce sont les facteurs sur lesquels nous pouvons agir.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • L'âge et les changements physiologiques en lien avec le vieillissement : vision, équilibre, démarche, système musculo-squelettique • Les difficultés à la marche et à l'équilibre • Les difficultés à effectuer des transferts • Le confinement à la chaise • Les troubles du sommeil • Les aspects en lien avec la nutrition : obésité, maigreur, faiblesse • Les pathologies de natures diverses : problèmes neurologiques, cardio-vasculaires, musculo-squelettiques, épilepsie • L'état mental • Les troubles de l'élimination • Les troubles visuels et auditifs • L'hypotension orthostatique • Les substances ingérées : médicaments, alcool, drogue, stimulants divers • Antécédents de chutes • Syndrome post-chute 	<ul style="list-style-type: none"> • Le changement d'environnement • Divers facteurs environnementaux • L'organisation du travail : intensité de soins, expérience du personnel, etc. • L'environnement : promiscuité des usagers, absence de mains courantes, planchers mouillés, etc.

Une fois les facteurs de risques identifiés et catégorisés, il devient plus facile de choisir et de mettre en place des stratégies afin d'en diminuer le nombre au maximum, donc de réduire d'autant le risque de chute chez l'utilisateur.



PROCESSUS D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

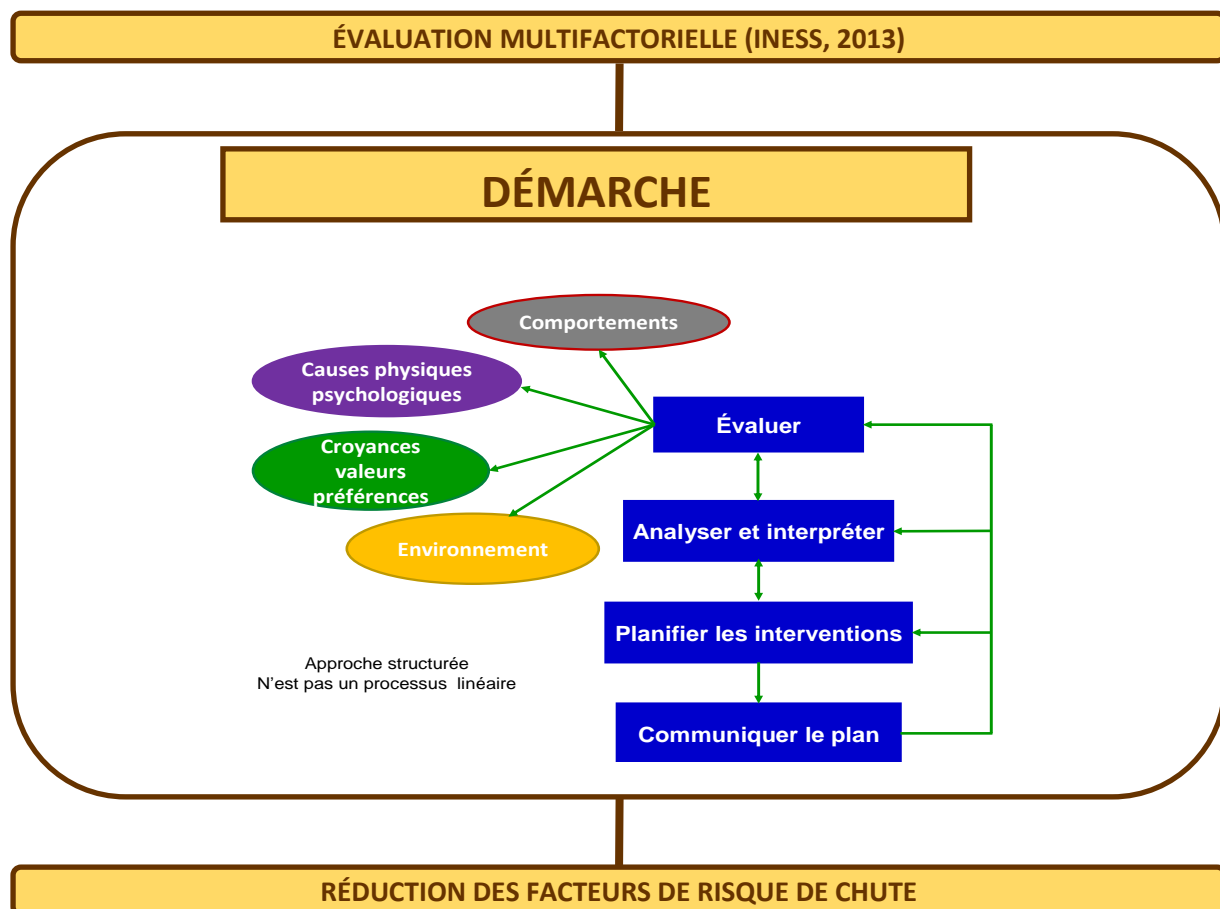


Afin de procéder à une évaluation du risque de chute chez l'utilisateur, l'infirmière doit procéder à une collecte de données complète de diverses sources :

- Le dossier de l'utilisateur
- Les observations faites par les divers intervenants : PAB, infirmière auxiliaire, éducateur et autre professionnel
- Les évaluations antérieures réalisées par des infirmières et autres professionnels ainsi que les recommandations qui ont suivi
- Les informations recueillies auprès de l'utilisateur et ses proches.

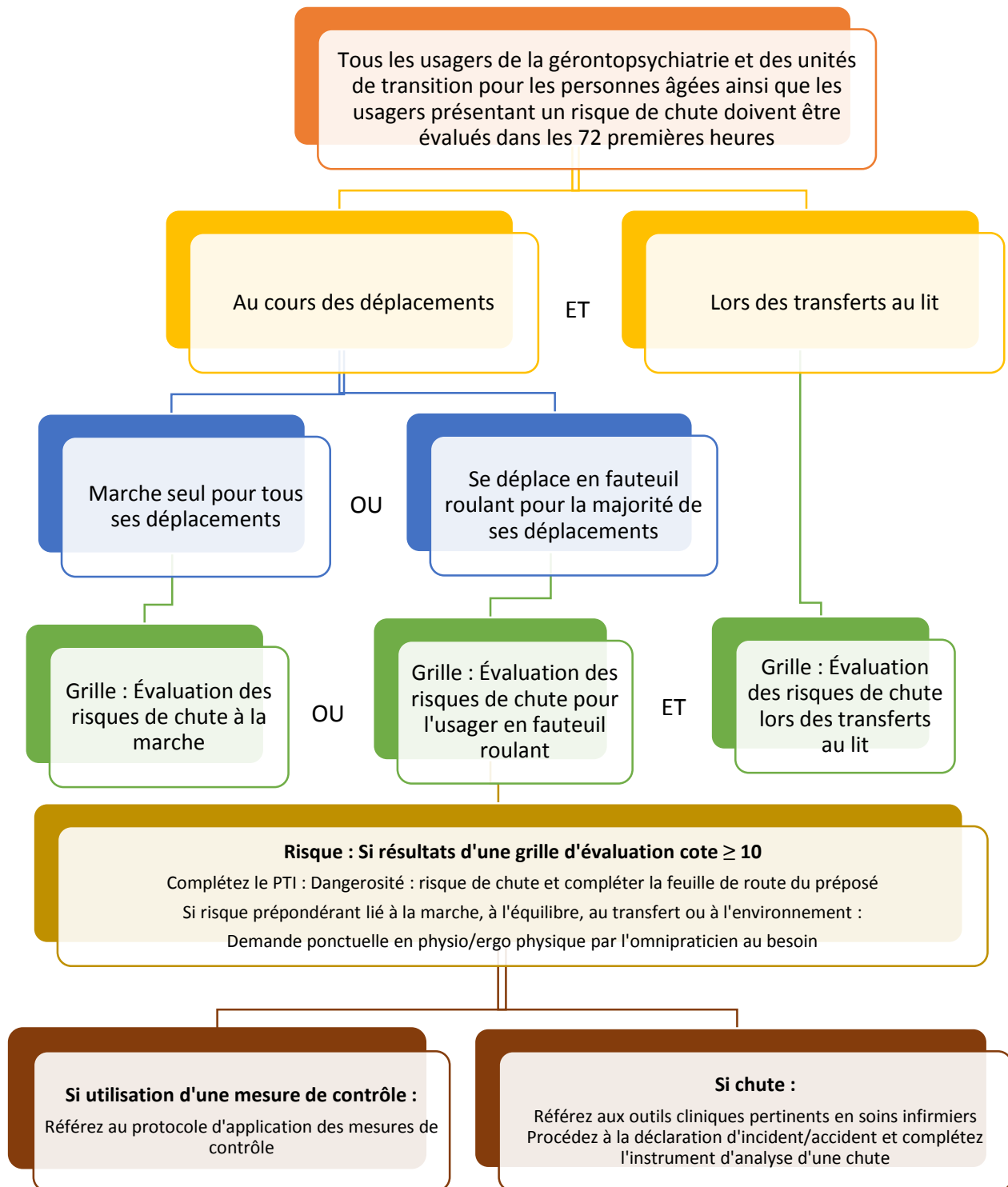
Ces données doivent informer l'infirmière notamment sur les comportements de l'utilisateur, les causes physiques et psychologiques en lien avec le risque de chute, les croyances, les valeurs et les préférences de l'utilisateur ainsi que sur son environnement. Elle devra également procéder à une évaluation de l'état de santé physique et mental de l'utilisateur et appliquer les grilles d'évaluation du risque de chute proposées dans le programme.

Suite à cette collecte et à ces évaluations, l'infirmière pourra procéder à l'analyse et à l'interprétation de l'ensemble des informations recueillies et des éléments évalués, planifier des interventions personnalisées, les communiquer, les appliquer et en faire l'évaluation. Cette démarche systématique permettra un choix approprié d'interventions efficaces et contribuera à prévenir les chutes.





Avant d'instaurer un service privé dans le but de prévenir une chute chez un usager, il est recommandé d'explorer toute autre stratégie en équipe multidisciplinaire. Cette surveillance constante et à proximité de l'usager peut s'avérer plus nuisible qu'aidante : l'expérience clinique nous démontre que l'usager en psychiatrie peut mal tolérer cette proximité et s'agiter davantage. La rencontre multidisciplinaire permettra de cibler de façon plus précise les facteurs en lien avec le risque de chute, de procéder au besoin à des évaluations plus exhaustives et d'en arriver à proposer des stratégies efficaces et sécuritaires.



GRILLES D'ÉVALUATION DU RISQUE DE CHUTE



ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS ET DÉPLACEMENTS EN FAUTEUIL ROULANT (SANS ASSISTANCE)



L'évaluation des risques de chute lors des transferts en fauteuil roulant (sans assistance) s'adresse aux usagers qui se **déplacent en fauteuil roulant** pour la majorité de leurs déplacements dans leur milieu et qui sont **capables d'effectuer les transferts de façon autonome**.

Les chutes lors des transferts se produisent dans les situations suivantes : fauteuil roulant vers le lit, fauteuil roulant vers la chaise, fauteuil roulant vers la toilette.

L'utilisation sécuritaire d'un fauteuil roulant est une tâche complexe qui demande un minimum de capacités physiques et des capacités cognitives relativement préservées. Il faut s'assurer que l'utilisateur peut demeurer attentif, présenter du jugement concret, mémoriser les étapes d'exécution et les effectuer selon une séquence précise pour respecter les **principes de sécurité** lors des transferts.

Cette évaluation est facile et rapide d'utilisation. La majorité des informations sont recueillies par observations de l'utilisateur dans ses activités quotidiennes. Les autres données recherchées sont obtenues par une courte évaluation de l'exécution de certaines activités par l'utilisateur.

Pour compléter l'item # 9 (difficulté à faire ses transferts), il faut procéder par mise en situation. Demander à l'utilisateur de :

- Faire un transfert du fauteuil roulant à la chaise.
(Observer et coter les différentes étapes de l'item # 9)

L'évaluation peut être faite par **l'infirmière de jour**. Par ailleurs, si des variations sont observées sur les autres quarts de travail, l'évaluation peut être reprise par l'infirmière de soir et de nuit au besoin. L'évaluation est faite par l'infirmière en collaboration avec les membres de l'équipe de soins.

10 items sont évalués.

Important : il est à noter que le jugement clinique de l'infirmière prédomine toujours sur la cote obtenue

Un résultat supérieur ou égal à **10** = risque de chute.

Une fois la grille d'évaluation complétée, la classer au dossier de l'utilisateur dans la section soins infirmiers, juste avant les notes au dossier.

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS ET DÉPLACEMENTS EN FAUTEUIL ROULANT (SANS ASSISTANCE)

GUIDE EXPLICATIF

1. Âge avancé

- Augmentation du risque de chute avec l'âge (1 à 2).

2. Chute dans les 6 derniers mois

- 1 ou 2 chutes dans les 6 derniers mois incluant la chute prévisible de l'utilisateur débutant un programme de réadaptation est un indicateur de risque (2).
- Une histoire de 3 chutes et plus dans les 6 derniers mois indique un haut risque de chute (5).

3. Troubles d'élimination

- Les usagers continents avec aide sont à haut risque de chute (4). Ceux qui sont incontinents ou éprouvent d'autres problèmes comme un besoin impérieux d'élimination sont à haut risque également (4).
- Les usagers dont l'incontinence est compensée (ex. : culotte, horaire, etc.) sont moins à risque (2).

4. Problèmes visuels

- Les usagers qui ont un problème visuel léger à modéré non compensé par des lunettes ou un éclairage adéquat ont un facteur de risque de (1), de même que ceux qui ont un handicap visuel plus sévère, mais qui sont adaptés à celui-ci et qui connaissent bien l'unité (plus de 2 semaines sur l'unité).
- Les usagers qui ont un problème visuel modéré à sévère récent, de même que ceux qui ont un problème visuel plus léger, mais dont l'orientation sur l'unité n'est pas complétée (admission de moins de 2 semaines) sont cotés à 3.

5. Hypotension orthostatique

- Prendre T.A. selon la technique de recherche d'hypotension orthostatique. (\downarrow T/A de la position couchée à la position debout)
- Une baisse de T.A. systolique de 20 mm Hg ou une baisse de T.A. systolique de 10 mm Hg avec symptôme (étourdissements) constitue un facteur de risque (2).

6. Changement d'environnement

- L'admission sur une unité ou même le changement de chambre depuis 3 jours et moins, constitue un facteur de risque (2).

7. Médicaments

- D'après la médication reçue au cours des 24 dernières heures, cocher selon que l'utilisateur reçoit 1 ou 2 et plus de médicaments différents. Inclure les PRN et l'alcool pris au cours des huit heures dans ce calcul. Ajouter 1 point s'il y a eu un changement de médication ou de dosage depuis 48 heures.

8. État mental

- Altération cognitive significative : incluant toutes les difficultés intellectuelles assez sévères pour nuire aux AVQ (désorientation, perte de mémoire, altération du jugement, apraxie, baisse de concentration, mauvaise assimilation des consignes, mauvaise exécution des consignes pour immobiliser le fauteuil roulant avant de se lever...).
- Une désorientation momentanée, ou une fluctuation de l'état mental accroissent les risques de chute (4).
- L'héminégligence (non-perception ou inattention entourant la moitié du corps) est source de risque (3).
- La témérité inclut l'impulsivité, l'imprudence et la hardiesse. L'utilisateur exprime ces comportements en faisant fi des directives, tente de se lever seul, escalade les côtés de lit pour se lever, se défait de ses contraintes, ne demande pas d'aide...
- Le syndrome post-chute limite la mobilisation de l'utilisateur ce qui entraîne une rigidité de mouvement pouvant causer une récurrence de chute.

9. Difficulté à faire ses transferts

- Une perte d'équilibre pour s'asseoir ou se lever ainsi qu'en station debout peut occasionner des chutes (2).
- La perte d'équilibre chez l'utilisateur lors du pivot augmente fortement le risque de chute (instabilité dans la chaîne de mouvements lors d'un transfert, si mal exécuté) (4).
- La combinaison des méthodes de déplacements (fauteuil roulant et quadripode/déambulateur/canne) augmente les risques de chute (4).

10. Autres facteurs de risque

- Indiquer tout autre facteur qui pourrait nuire aux transferts et occasionner des risques de chutes (ex. : douleur, chaussures mal ajustées ou habillement complexe, fatigue, détérioration de l'état de santé, retrait récent d'une contention, etc.). Pondérer ce facteur de risque (de 1 à 3) et l'indiquer.

Faire l'évaluation de l'utilisateur selon les observations, pendant son quart de travail à la date indiquée et apposer ses initiales.

Interprétation : un score de 10 points et plus indique un risque de chute aux transferts.

MODÈLE



LHL0061

NO DE DOSSIER : _____
 NOM / PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 NO D'ASS. MALADIE : _____ EXP. : _____
 MÉDECIN TRAITANT : _____
 UNITÉ / CLINIQUE : _____

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS SANS ASSISTANCE

		A	B	C	D													
A. INITIALES	NOM ET SIGNATURE	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">ANNÉE</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MOIS/JOUR</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>INITIALES</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				ANNÉE					MOIS/JOUR				INITIALES			
ANNÉE																		
	MOIS/JOUR																	
	INITIALES																	
B. INITIALES	NOM ET SIGNATURE																	
C. INITIALES	NOM ET SIGNATURE																	
D. INITIALES	NOM ET SIGNATURE																	
FACTEURS DE RISQUE																		
<i>(encerclez lorsque pertinent)</i>																		
1. ÂGE AVANCÉ																		
70 à 79 ans		1	1	1	1													
80 ans et plus		2	2	2	2													
2. CHUTES DANS LES 6 DERNIERS MOIS																		
1 ou 2 chutes		2	2	2	2													
3 chutes ou plus		5	5	5	5													
3. TROUBLES D'ÉLIMINATION																		
Continence mais avec aide		4	4	4	4													
Incontinence non compensée ou autres problèmes		4	4	4	4													
Incontinence compensée par culotte ou autre		2	2	2	2													
4. PROBLÈMES VISUELS:																		
Légers ou modérés compensés par des verres		0	0	0	0													
Auxquels la personne s'est adaptée et qui connaît bien l'unité		1	1	1	1													
Récents ou admission depuis moins de 2 semaines		3	3	3	3													
5. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE																		
↓ de la pression artérielle systolique ≥ 20 mm Hg ou $\downarrow \geq 10$ mm Hg avec étourdissements au passage de la position couchée à la position debout		2	2	2	2													
6. CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT																		
0-3 jours		2	2	2	2													
7. MÉDICAMENTS (selon la médication des derniers 24 heures, incluant les PRN et alcool consommé dans les 8 dernières heures)																		
1 médicament		1	1	1	1													
2 médicaments différents ou plus		2	2	2	2													
changement de médication ou dosage ≤ 48 heures		1	1	1	1													
8. ÉTAT MENTAL ALTÉRÉ																		
Altération cognitive significative telle désorientation, perte de mémoire, altération du jugement, apraxie, baisse de concentration, mauvaise assimilation, mauvaise exécution des consignes pour immobiliser le fauteuil roulant avant de se lever, etc.		3	3	3	3													
Fluctuation de l'état mental		4	4	4	4													
Héminegligence		3	3	3	3													
Témérité		2	2	2	2													
Syndrome post-chute : peur de tomber à nouveau, crée un niveau d'anxiété exagéré		1	1	1	1													
9. DIFFICULTÉS À FAIRE SES TRANSFERTS																		
Préparation non adéquate : application des freins, position du fauteuil roulant		2	2	2	2													
Perte d'équilibre passant de la position assise à debout		2	2	2	2													
Perte d'équilibre en position debout		2	2	2	2													
Perte d'équilibre au cours du pivot		4	4	4	4													
Perte d'équilibre passant de la position debout à assise		2	2	2	2													
Utilisation d'une aide technique + fauteuil roulant		4	4	4	4													
10. AUTRES FACTEURS DE RISQUE																		
Tels : douleur, chaussures mal ajustées ou habillement complexe, fatigue, détérioration de l'état de santé, retrait récent d'une contention (à l'interne seulement), etc.		1	1	1	1													
Pondérer ce facteur de risque (de 1 à 3) et l'indiquer.		2	2	2	2													
		3	3	3	3													
TOTAL : risque de chute de ≥ 10																		

728992 (Rév. 2011-01)
© Hôpital Louis-H. Lafontaine (2011)

EVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS SANS ASSISTANCE

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE À LA MARCHÉ



L'évaluation des risques de chute à la marche chez la personne ambulante permet d'objectiver et de pondérer le risque de chute pour chaque usager qui effectue ses déplacements quotidiens en marchant, avec ou sans aide à la marche.

Cette évaluation est facile et rapide à compléter. La majorité des informations sont recueillies par observations de l'usager dans ses activités quotidiennes. Les autres données recherchées sont obtenues par une courte évaluation par mise en situation avec l'usager. L'instrument détecte de façon fiable les usagers à risque de chute, même ceux dont l'allure générale ne présente pas de facteurs de risque à première vue. De plus, il est assez sensible pour déceler les variations dans le temps du risque de chute chez un même usager.

Pour les usagers qui utilisent une aide à la marche (cane, marchette, etc.), **l'évaluation doit se faire avec l'aide technique** dont se sert généralement l'usager et le spécifier.

Pour compléter l'item # 8 (difficulté à la marche et à l'équilibre), il faut procéder par mise en situation (avec l'aide à la marche utilisée).

Demander à l'usager de :

- se tenir debout, les pieds rapprochés, pendant 30 secondes (se tenir près de l'usager pour éviter les déséquilibres);
 - marcher droit devant sur une distance de 5 mètres;
 - traverser un encadrement de porte;
 - marcher, tourner et revenir sur ses pas;
 - s'asseoir et se lever d'un fauteuil.
- (Observer et coter les différentes étapes de l'item # 8)

Cette évaluation est en fait un **outil de dépistage** et ne s'applique que pour les déplacements sur courte distance, soit dans une unité en milieu institutionnel. Pour connaître les capacités d'un usager à se déplacer sur de plus longues distances ou à utiliser des escaliers, la consultation d'un physiothérapeute est conseillée. L'évaluation peut être faite par **l'infirmière de jour**. Par ailleurs, si des variations sont observées sur les autres quarts de travail, l'évaluation peut être reprise par les infirmières de soir et de nuit au besoin. L'évaluation est faite par l'infirmière en collaboration avec les membres de l'équipe de soins.

11 items sont évalués.

Important : Il est à noter que le jugement clinique de l'infirmière prédomine toujours sur la cote obtenue

Un résultat supérieur ou égal à **10** = risque de chute.

Une fois la grille d'évaluation complétée, la ranger au dossier de l'usager dans la section soins infirmiers, juste avant les notes au dossier.

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE À LA MARCHÉ GUIDE EXPLICATIF

- 1. Âge avancé**
 - Augmentation du risque de chute avec l'âge.
- 2. État mental altéré**
 - Altération cognitive significative : inclus toutes les difficultés intellectuelles (désorientation, perte de mémoire, altération du jugement, etc.) assez importantes pour nuire au déroulement des activités de la vie quotidienne. Appliquer le MMSE, p. 33
 - Lorsque la désorientation est par période ou qu'il y a fluctuation de l'état mental, le risque de chute est accru.
- 3. Troubles d'élimination**
 - Les usagers ambulants qui sont incontinents sont à haut risque de chute (5). Ceux qui font des incontinenances occasionnelles ou qui ont des difficultés du type urgence mictionnelle font également partie de cette catégorie.
 - Les usagers incontinents dont les inconviénients sont entièrement compensés (culottes d'incontinence, serviettes hygiéniques, etc.) sont cotés à 2.
 - Les usagers continents qui nécessitent de l'aide pour marcher ou s'installer à la toilette sont à risque modéré (3).
 - Les usagers continents (des selles et des urines) et autonomes pour cette activité ne sont pas considérés à risque en regard de ce facteur.
- 4. Problèmes visuels**
 - Les usagers qui ont un problème visuel léger à modéré non compensé par des lunettes ont un facteur de risque de (1), de même que ceux qui ont un handicap visuel plus sévère, mais qui se sont adaptés à celui-ci et qui connaissent bien l'unité (plus de 2 semaines sur l'unité).
 - Les usagers qui ont un problème visuel modéré à sévère **récent**, de même que ceux qui ont un problème visuel plus léger, mais dont l'orientation sur l'unité n'est pas complétée (admission de moins de 2 semaines) sont cotés à 3.
- 5. Hypotension orthostatique**
 - Prendre T.A. selon la technique de recherche d'hypotension orthostatique. (↓T/A de la position couchée à la position debout)
 - Une baisse de T.A. systolique de 20 mm Hg ou une baisse de T.A. systolique de 10 mm Hg avec symptôme (étourdissements) constitue un facteur de risque (2).
- 6. Changement d'environnement**
 - L'admission sur une unité ou même le changement de chambre depuis 3 jours et moins constitue un facteur de risque (2).
- 7. Chutes dans les 6 derniers mois**
 - Une histoire de 2 chutes et plus dans les 6 derniers mois indique un haut risque de chute (5).
 - Si les causes des chutes ont été clairement **identifiées et résolues**, le risque est moindre (1) de même pour ceux qui n'ont fait qu'une chute.
- 8. Difficulté à la marche et à l'équilibre**
 - Évaluer la démarche avec l'aide technique dont se sert généralement l'utilisateur et le spécifier.
 - Demander à l'utilisateur de :
 - ✓ se tenir debout, les pieds rapprochés, pendant 30 secondes (se tenir près de la personne pour éviter les déséquilibres);
 - ✓ marcher droit devant sur une distance de 5 mètres;
 - ✓ traverser un encadrement de porte;
 - ✓ marcher, tourner et revenir sur ses pas;
 - ✓ se lever d'un fauteuil et s'asseoir.
 - L'utilisateur doit se tenir debout et marcher avec un écart entre les pieds, inférieur ou égal à sa largeur d'épaules. Il doit garder son équilibre debout et en marchant, démontrer des mouvements harmonieux lors de la marche et ne pas prendre appui sur le mobilier ou la rampe.
 - De plus, noter si l'utilisateur éprouve des **difficultés** ou adopte un **comportement non sécuritaire** en se levant de la position assise et en s'assoiant à un fauteuil.
- 9. Confiné à la chaise**
 - Est considéré « confiné à la chaise », un usager qui ne fait pas tous ses déplacements en marchant à l'unité ou, est assis ou couché pratiquement toute la journée.
 - De même un usager que l'on **contraint au fauteuil** une partie de la journée, fait partie de cette catégorie.
- 10. Consommation de médicaments**
 - D'après la médication reçue au cours des 24 dernières heures, cocher selon que l'utilisateur reçoit 1 ou 2 et plus de médicaments différents. Inclure les PRN et l'alcool pris au cours des huit heures dans ce calcul. Ajouter 1 point s'il y a eu un changement de médication ou de dosage depuis 48 heures.
- 11. Autres facteurs de risque**
 - Indiquer tout autre facteur qui pourrait nuire à la marche et occasionner des risques de chutes (ex. : douleur aiguë, chaussures mal ajustées, étourdissements, fatigue, détérioration de l'état de santé, etc.). Pondérer ce facteur de risque (de 1 à 3) et l'indiquer.

Faire l'évaluation de l'utilisateur selon les observations, pendant son quart de travail à la date indiquée et apposer ses initiales.
Interprétation : un score de 10 points et plus indique un risque de chute à la marche.

MODÈLE



NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ EXP. : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

UNITÉ / CLINIQUE : _____

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE À LA MARCHÉ

A. INITIALES	NOM ET SIGNATURE	ANNÉE	A	B	C	D
B. INITIALES	NOM ET SIGNATURE					
C. INITIALES	NOM ET SIGNATURE					
D. INITIALES	NOM ET SIGNATURE					
FACTEURS DE RISQUE		MOIS/JOUR	(encerchez lorsque pertinent)			
1. ÂGE AVANCÉ 70 à 79 ans 80 ans et plus			1 2	1 2	1 2	1 2
2. ÉTAT MENTAL ALTÉRÉ Altération cognitive assez importante pour nuire au déroulement des activités de la vie quotidienne Fluctuation de l'état mental			2 4	2 4	2 4	2 4
3. TROUBLES D'ÉLIMINATION Sonde et / ou stomie Incontinence compensée (avec culotte d'incontinence ou autre protection) Continence mais avec aide Incontinence occasionnelle ou totale ou urgence mictionnelle			1 2 3 5	1 2 3 5	1 2 3 5	1 2 3 5
4. PROBLÈMES VISUELS Légers ou modérés compensés par des verres Auxquels la personne s'est adaptée et qui connaît bien l'unité Récents ou admission depuis moins de 2 semaines			0 1 3	0 1 3	0 1 3	0 1 3
5. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE ↓ de la pression artérielle systolique ≥ 20 mm Hg ou ↓ ≥ 10 mm Hg avec étourdissements au passage de la position couchée à la position debout			2	2	2	2
6. CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT 0-3 jours			2	2	2	2
7. CHUTES DANS LES 6 DERNIERS MOIS 1 chute ou facteurs de risque de chutes résolus 2 chutes ou +			1 5	1 5	1 5	1 5
8. DIFFICULTÉ À LA MARCHÉ ET À L'ÉQUILIBRE Utilisation d'une aide technique : spécifiez : _____ Large base de support Incapable de maintenir ses pieds rapprochés en station debout durant 30 sec. Incapable de marcher droit sur une distance de 5 mètres Ralentissement des mouvements Démarche chancelante, titubante Prend appui à certaines occasions Problème d'équilibre lors d'un virage Difficulté à se lever Difficulté à s'asseoir			1 1 1 1 1 1 1 2 2	1 1 1 1 1 1 1 2 2	1 1 1 1 1 1 1 2 2	1 1 1 1 1 1 1 2 2
9. CONFINEMENT À LA CHAISE			3	3	3	3
10. MÉDICAMENTS (selon la médication des derniers 24 heures, incluant les PRN et alcool consommé dans les 8 dernières heures) 1 médicament 2 médicaments différents ou plus Changement de médication ou dosage ≤ 48 heures			1 2 1	1 2 1	1 2 1	1 2 1
11. AUTRES FACTEURS DE RISQUE Tels : témérité, douleur aiguë, chaussures mal ajustées, étourdissements, fatigue, détérioration de l'état de santé, etc. Ponderer ce facteur de risque (de 1 à 3)			1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
TOTAL : risque de chute de ≥ 10						

0728990 (Rév. 2011-01)
© Hôpital Louis-H. Lafontaine (2011)

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE À LA MARCHÉ



L'évaluation des risques de chute lors des transferts au lit s'applique à **tous les usagers hospitalisés**, ambulants ou non (voir l'algorithme).

Il est à noter que l'évaluation des risques de chute lors des transferts au lit est faite à l'admission, le plus tôt possible. Pour coter l'item # 1, il est nécessaire d'utiliser le résultat d'une autre évaluation (évaluation des risques de chute à la marche chez la personne âgée ambulante ou évaluation des risques de chute lors des transferts sans assistance chez la personne âgée).

Les chutes du lit et dans la chambre sont fréquentes en institution (Francoeur, 2001). Plusieurs études dans les milieux de soins de longue durée ont démontré que les chutes du lit occupent une large proportion d'accidents (20 à 55 %) (Gurwitz et al., 1994; Nicolas et al., 1999; Thapa et al., 1994; dans Francoeur, 2001). Ainsi, ces chutes surviendraient de la façon suivante :

- usager qui tombe du lit;
- chute en se levant ou en se couchant;
- l'usager qui, malgré des contraintes, tente de se lever ou de passer par-dessus les ridelles ou le pied de lit.

Certains usagers peuvent démontrer une démarche sécuritaire, mais présenter un risque de chute lors des transferts au lit. Dans certains cas, un usager qui a perdu la capacité de marcher peut persister à vouloir se lever du lit pour un besoin mictionnel par exemple et se trouve alors à risque de chute du lit. Certaines contraintes comme les ridelles ou les contentions peuvent réduire les risques de chutes du lit, mais dans d'autres circonstances, générer des conséquences encore plus graves. Cette évaluation est faite par **l'infirmière de soir**, cependant les infirmières de jour et de nuit peuvent juger nécessaire de refaire l'évaluation sur leur quart de travail si des différences sont observées.

9 items sont évalués.

Important : Il est à noter que le jugement clinique de l'infirmière prédomine toujours sur la cote obtenue

Un résultat supérieur ou égal à **10** = risque de chute.

Une fois la grille d'évaluation complétée, la classer au dossier de l'usager dans la section soins infirmiers, juste avant les notes au dossier.

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS AU LIT

GUIDE EXPLICATIF DES VARIABLES (tiré de la grille de Berryman)

1. Capacité à la marche et aux transferts

- Marche ou se transfère seul sans risque : pour un usager qui score < 10 à la grille d'évaluation des risques de chute à la marche chez la personne âgée ambulante ou lors des transferts sans assistance chez la personne âgée (0).
- Marche ou se transfère avec risque : une cote de 10 et plus d'après les mêmes grilles (4).

2. Difficulté à se lever ou à se mettre au lit

- Un usager de **petite taille**, c'est-à-dire lorsque ses pieds ne touchent pas le sol quand il est assis au bord du lit, a de la difficulté lorsqu'il se met au lit ou se lève, de même qu'un usager obèse.
- L'usager qui présente des **troubles moteurs** soit une paralysie, de la rétropulsion ou de la rigidité est également à risque; de même que celle qui présente des **troubles d'équilibre** lorsqu'il se lève ou qu'il se couche.
- Les **problèmes de pantoufles** proviennent de pantoufles mal ajustées, difficiles à enfiler, avec semelles glissantes ou non utilisées (l'usager circule nu-pieds ou nu-bas). Cet item comprend également la difficulté à mettre les orthèses correctrices.

3. Facteurs liés à l'élimination (attention : dans cette section les cotes s'additionnent)

- L'usager continent est considéré « à risque » à cause des gestes qu'il pourrait poser en vue de satisfaire ce besoin.
- Celui qui est connu pour uriner la nuit (**nycturie**) l'est encore plus et davantage s'il souffre d'urgence mictionnelle.
- L'usager qui présente de l'incontinence urinaire, surtout si elle est récente, est également à risque. Cette catégorie comprend ceux qui ressentent encore le besoin d'uriner (verbalisé ou non) ou sentent qu'ils sont souillés et pour lesquels aucune mesure compensatoire n'est instaurée.

4. État mental

- Un usager **incapable de retenir les consignes** demeure toujours à risque de chute s'il a la capacité de se lever.
- L'usager **téméraire est impulsif**, il fait preuve d'imprudence et de hardiesse. Il fait fi des consignes, ne demande pas d'aide et n'attend pas lorsqu'il désire quelque chose. Celui qui a tenté de passer par le pied du lit ou par-dessus les ridelles est considéré téméraire.
- Celui qui démontre de l'anxiété facilement observable (verbale ou non verbale) ou qui présente une période d'agitation ou en a présenté lorsqu'il était couché dans les 15 derniers jours, a un risque de chute considérablement augmenté.

5. Médication sédatrice ou dépressive du SNC

- administrée dans les heures précédant le coucher, cette médication augmente le risque de chute si l'usager tente de se lever.

6. Problèmes pouvant altérer le sommeil

- L'usager qui fait de l'insomnie lorsqu'il est au lit, causée par la **douleur** ou toute autre chose, est considéré à risque.

7. Hypotension orthostatique

- Une baisse de la T.A. systolique de 20 mm Hg ou une baisse de T.A. systolique de 10 mm Hg avec symptômes (étourdissements) constitue un facteur de risque.

8. Facteurs environnementaux

- Un environnement dérangent (bruits, voisin inquiétant, etc.) constitue un facteur de risque. La situation de l'usager qui serait loin de toute surveillance est aussi à considérer.

9. Autres facteurs de risque

- Indiquer tout autre facteur qui pourrait nuire aux transferts au lit et occasionner des risques de chutes (ex. : douleur aiguë, fatigue, détérioration de l'état de santé, etc.). Pondérer ce facteur de risque (de 1 à 3) et l'indiquer.

Faire l'évaluation de l'usager selon les observations, pendant son quart de travail à la date indiquée et apposer ses initiales.

Interprétation : un score de 10 points et plus indique un risque de chute à la marche.

MODÈLE



LHL0060

NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ EXP. : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

UNITÉ / CLINIQUE : _____

ÉVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS AU LIT

A. INITIALES	NOM ET SIGNATURE	ANNÉE	A	B	C	D
B. INITIALES	NOM ET SIGNATURE		MOIS/JOUR			
C. INITIALES	NOM ET SIGNATURE		INITIALES			
D. INITIALES	NOM ET SIGNATURE					
FACTEURS DE RISQUE			<i>(encerclez lorsque pertinent)</i>			
1. CAPACITÉ À LA MARCHÉ ET AUX TRANSFERTS						
Marche ou se transfère seul sans risque (si aide technique spécifique)			0	0	0	0
Marche ou se transfère seul avec risque, i.e. une cote ≥ 10 sur la grille d'évaluation en lien avec les déplacements			4	4	4	4
2. DIFFICULTÉ À SE LEVER OU À SE METTRE AU LIT						
Les pieds ne touchent pas au sol lorsqu'assis au bord du lit			2	2	2	2
Obésité : Indice de Masse Corporelle > 30			2	2	2	2
Troubles moteurs : parésie, paralysie, mouvements choréïques			2	2	2	2
Difficulté à se lever ou à se coucher			2	2	2	2
Problèmes de pantoufles ou chaussures			2	2	2	2
3. FACTEURS RELIÉS À L'ÉLIMINATION						
Continence			2	2	2	2
Incontinence non compensée			2	2	2	2
Nycturie			2	2	2	2
Urgence mictionnelle			3	3	3	3
4. ÉTAT MENTAL						
Incapacité de retenir les consignes			2	2	2	2
Témérité			4	4	4	4
Agitation ou anxiété importante ≤ 15 jours			3	3	3	3
5. MÉDICATION SÉDATIVE OU DÉPRESSIVE DU SNC						
Administrée dans les heures précédant le coucher			4	4	4	4
6. PROBLÈMES POUVANT ALTÉRER LE SOMMEIL						
Insomnie ou douleur ou autre			2	2	2	2
7. HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE						
\downarrow de la pression artérielle systolique ≥ 20 mm Hg ou $\downarrow \geq 10$ mm Hg avec étourdissements au passage de la position couchée à la position debout			2	2	2	2
8. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX						
Bruits, voisin inquiétant, loin du lieu de surveillance, etc.			2	2	2	2
9. AUTRES FACTEURS DE RISQUE						
Tels : douleur aiguë, étourdissements, fatigue, détérioration de l'état de santé, etc. Ponderer ce facteur de risque (de 1 à 3) et l'indiquer.			1	1	1	1
			2	2	2	2
			3	3	3	3
TOTAL : risque de chute de ≥ 10						

728991 (Rév. 2011-01)
© Hôpital Louis-H. Lafontaine (2011)

EVALUATION DES RISQUES DE CHUTE LORS DES TRANSFERTS AU LIT



L'instrument d'analyse d'une chute est un outil qui permet de faire une analyse poussée d'une situation entourant une chute afin d'émettre des recommandations qui permettront d'éviter, dans la mesure du possible, la récurrence d'un tel événement. Il est complété par l'infirmière chaque fois qu'une chute survient, en parallèle avec le formulaire **AH-223**. L'instrument d'analyse sert à guider les observations de l'infirmière lorsqu'une chute survient. Il permet aussi de guider la réflexion et éventuellement de prévenir la récurrence.

L'instrument d'analyse d'une chute est composé de différentes sections :

Avant la chute :

Dans cette première section, il s'agit de faire ressortir la condition de l'utilisateur précédemment à la chute. On veut connaître toute situation aiguë qui aurait pu favoriser la chute, de même que des conditions connues qui ont en apparence un lien avec la chute, comme des diagnostics médicaux ou psychiatriques. Dans cette section, il est important de mentionner la date de la dernière évaluation du risque de chute, de même que la cote octroyée. En effet, si l'on se rend compte que l'évaluation a été effectuée il y a plus de 6 mois, ou que des problématiques supplémentaires ont fait leur apparition depuis la dernière évaluation (p.ex. détérioration de la condition physique ou de l'état mental) on pourrait considérer comme pertinent de la reconduire de nouveau.

Précédemment à la chute, l'utilisateur :

Ici, on veut connaître plus particulièrement les circonstances qui ont précédé la chute. On recherche plus particulièrement à connaître l'action ou le comportement de la personne qui a chuté.

Lors de la chute, l'utilisateur présentait :

Malgré que des diagnostics psychiatriques et médicaux aient été relevés à la première section, cette troisième section s'attarde à revoir les symptômes aigus qui ont pu avoir une incidence sur la chute.

Environnement :

Ici, on pousse l'analyse au-delà des symptômes, des comportements et des actions de l'utilisateur. On recherche particulièrement des éléments de l'environnement qui pourraient avoir un impact sur la chute. Il peut s'agir de facteurs liés à l'utilisateur (p.ex. n'a pas utilisé ses lunettes pour circuler), de facteurs liés au milieu physique (p.ex. éclairage, plancher mouillé), de facteurs liés à l'équipement (p.ex. freins non appliqués sur le fauteuil roulant, chaise instable ou brisée), ou de facteurs liés au milieu de soins et social (p.ex. a été bousculé par quelqu'un).

Après la chute, l'utilisateur présentait :

Cette dernière section vise à connaître les conséquences de la chute sur l'utilisateur.

MODÈLE



LHL0063

INSTRUMENT D'ANALYSE D'UNE CHUTE

NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ EXP. : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

UNITÉ / CLINIQUE : _____

ENDROIT : _____

NO D'ÉVÉNEMENT ATTRIBUÉ AU AH-223 (NOM CHEF DE SERVICE) : _____

COMPLÉTÉ PAR : _____

DATE DE LA CHUTE : ANNÉE : _____ MOIS : _____ JOUR : _____ HEURE DE LA CHUTE : _____

Avant la chute :

Situations aiguës (précisez plus bas)

- Changement de médication \leq 5 jours
 - PRN reçu dans les heures précédentes
 - Anesthésies : ECT chirurgie post-op - Il y a : _____ h
 - Intoxication
 - Effets secondaires indésirables
 - Témérité
 - Autres : _____
- Précisez : _____

Conditions connues (précisez plus bas)

- Troubles anxieux Troubles humeur
 - Troubles cognitifs Troubles perceptuels et pensée
 - Glycémie mal contrôlée Épilepsie
 - Hypotension orthostatique
 - Épisode de soins : Dangerosité - risque de chute
 - Chute(s) \leq 6 mois Utilisation habituelle de contentions
- Précisez : _____

Précédemment à la chute, l'usager :

- A trébuché ou glissé A effectué un transfert de position assise A fait un virage soudain S'est levé du lit
- A présenté une urgence mictionnelle A fourni un effort physique quelconque Transportait quelque chose
- A présenté de l'agitation psychomotrice Avait comportement impulsif / agressif

Lors de la chute, l'usager présentait :

- Somnolence Problèmes visuels Étourdissements / vertiges
- Faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps Trouble d'élocution (difficulté d'articulation / de prononciation)
- Trouble d'évocation (difficulté à traduire ses idées en mots) Difficulté à se tenir debout et à marcher
- Faiblesse soudaine des deux jambes Douleur à la poitrine Souffle court (respiration superficielle)
- Palpitations Agitation désorganisation Confusion désorientation
- Convulsions Incontinence Facultés affaiblies (drogue / alcool)
- Inconscience Douleurs

Environnement :

Facteurs reliés à l'usager

- Vêtements qui nuisent aux mouvements Chaussures mal ajustées Chaussures non utilisées
 - Appareils auditifs non utilisés Lunettes non utilisées Environnement peu familier
- (Changement de chambre ou de milieu \leq 5 jours ou \leq 2 semaines en présence de troubles cognitifs)

Facteurs liés au milieu physique

- Lit trop haut ou trop bas Mauvais éclairage Obstacles : _____
- Plancher mouillé ou glissant

Facteurs liés à l'équipement

- Freins non appliqués / usés Côtés de lit non sécuritaires 1 ou 2 côtés de lit utilisés
- Siège instable Aide technique à la marche inadéquate / mal adaptée non utilisée
- Appui instable Équipement insuffisant ou en mauvaise condition
- Pris dans les draps Autre (précisez) : _____

Facteurs liés au milieu de soins et social

- A été bousculé Intervention en lieu avec l'application de contentions
- Intervention lors d'un transfert (cocher le (s) type (s) correspondant) : Toilettes Bain Lit Fauteuil

Après la chute, l'usager présentait :

- Douleurs (précisez) : _____
- Perte de mobilité (précisez) : _____
- Changement dans les signes vitaux : c'est-à-dire _____
- Étourdissements / Perte de conscience
- Difficultés à : _____
- Aucune blessure apparente

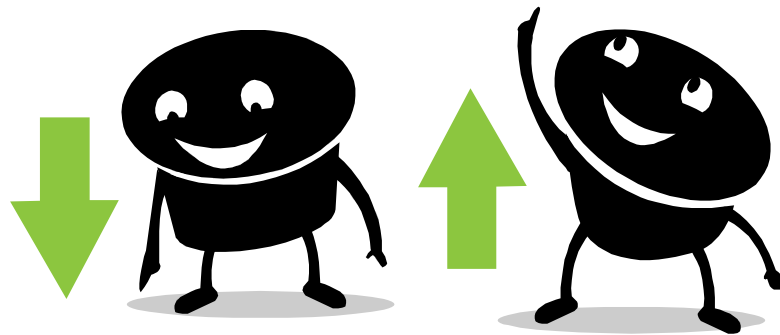
728007 (rév. 2010-09)
© Hôpital Louis-H. Lafontaine (2010)

INSTRUMENT D'ANALYSE D'UNE CHUTE

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE



L'ÂGE



L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LA PHYSIOLOGIE



Même le vieillissement normal entraîne une perte des capacités fonctionnelles de l'ensemble des systèmes de l'organisme chez la personne; celle-ci devient plus vulnérable aux efforts, au stress et aux maladies. Les personnes qui souffrent d'une maladie chronique ou aiguë présentent une vulnérabilité encore plus grande. Le tableau suivant présente les effets du vieillissement sur les divers systèmes (sous réserve de la variabilité individuelle).

IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LES SYSTÈMES	
SYSTÈMES	IMPACTS
Métabolisme	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Masse maigre ↑ Masse grasse ↑ Résistance à l'insuline ↓ Réserve des neutrophiles ↓ Production de globules rouges qui s'aggrave avec le stress
Système nerveux <ul style="list-style-type: none"> • Système nerveux central • Nerfs périphériques 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Temps de réaction ↓ Performances mnésiques (nouvelles informations) ↓ Capacité d'attention ↑ Temps de traitement de l'information ↓ Capacité à intégrer de nouveaux concepts abstraits ↑ Désorganisation des rythmes circadiens : perturbation du sommeil ↓ Sensibilité des récepteurs de la soif ↓ Nombre de neurones ↓ Sensibilité proprioceptive : instabilité posturale, difficulté avec équilibre unipodale
Organes des sens <ul style="list-style-type: none"> • Vision • Ouïe 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Accommodation : presbytie ↑ Opacification du cristallin : cataracte ↓ Efficacité de l'appareil cochléovestibulaire ↓ Baisse progressive de l'audition
Système cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Débit cardiaque à l'effort ↑ Masse cardiaque ↑ Épaisseur des parois cardiaques ↓ Efficacité du remplissage ventriculaire ↑ Rigidité des artères ↑ Pression artérielle

IMPACT DU VIEILLISSEMENT SUR LES SYSTÈMES	
SYSTÈMES	IMPACTS
Système respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Élasticité ↓ Volume des muscles respiratoires ↓ Légère de la saturation
Appareil digestif	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Flux salivaire ↓ Efficacité de l'appareil bucco-dentaire ↓ Sécrétions acides dans l'estomac ↓ Temps de transit intestinal et péristaltisme ↓ Masse et débit sanguin hépatiques
Appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Densité de la fibre musculaire ↓ Force musculaire ↓ Densité minérale osseuse ↓ Résistance mécanique des os ↓ Amincissement des cartilages ↑ Fragilité ↑ Ostéophytes
Appareil urinaire	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Nombre de néphrons fonctionnels ↓ Capacité d'élimination du rein ↓ Capacité de concentration et de dilution des urines

(MSSS, 2011)

Le vieillissement entraîne un risque accru de chute en raison de la diminution de l'efficacité des systèmes de l'organisme. Chez la clientèle souffrant d'un problème de santé mentale chronique, cette diminution peut être accentuée par la prise de médication au long cours et par le mode de vie ne permettant pas le maintien d'une bonne santé globale.

L'ÉTAT MENTAL





La littérature et les résultats de recherche traitant du risque de chute chez la clientèle en psychiatrie sont peu nombreux et les auteurs s'entendent pour reconnaître que des recherches additionnelles et plus concluantes sont nécessaires (Dyke et Singley, 2014). L'information disponible à ce jour est tout de même intéressante. Hendrich (2013) propose même une grille d'évaluation (The Hendrich II Fall Risk Model) pour identifier les usagers à risque de chutes en psychiatrie. L'auteure relève entre autres facteurs :

1. Les effets secondaires de la médication psychiatrique surtout lors d'un début de traitement (dont l'hypotension orthostatique)
2. Les situations où l'usager est en phase aiguë de la maladie
3. La chronicité de la maladie mentale
4. La confusion, la désorientation, l'altération du jugement, l'impulsivité, les vertiges, les étourdissements
5. Les symptômes de la dépression : fatigue, perte d'énergie, ralentissement psychomoteur, troubles du sommeil, perte d'appétit et perte de poids, diminution de la mobilité, diminution de l'attention et de la capacité de concentration
6. Les problèmes d'élimination

Ces facteurs de risque peuvent être évalués dans les grilles validées proposées par le présent programme. Au fur et à mesure de leur publication, de nouvelles données probantes seront éventuellement intégrées.

Interventions :

- Établir une routine quotidienne
- Encadrer les comportements à risque
- Encadrer les comportements perturbateurs
- Diminuer les stimulations et procurer un environnement calme
- Offrir des périodes d'écoute et faire verbaliser l'usager
- Ramener dans la réalité concrète sans chercher à convaincre



APPARENCE			
Habillement, tenue, hygiène, maquillage, état des cheveux et des ongles	<input type="checkbox"/> Propre	<input type="checkbox"/> Négligé	<input type="checkbox"/> Désordonné
	<input type="checkbox"/> Meticulosité excessive	<input type="checkbox"/> Maniééré	<input type="checkbox"/> Extravagant
		<input type="checkbox"/> Inapproprié	<input type="checkbox"/> _____
Expression faciale	<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Perplexe	<input type="checkbox"/> Tendu
	<input type="checkbox"/> Confus	<input type="checkbox"/> En alerte	<input type="checkbox"/> _____
Contact visuel	<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Fuyant	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Absent	<input type="checkbox"/> Fluctuant	
Apparence physique	<input type="checkbox"/> Poids normal	<input type="checkbox"/> Malformations physiques	<input type="checkbox"/> Signes distinctifs
	<input type="checkbox"/> Maigreur	<input type="checkbox"/> Cicatrices	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Tatouage	
Attitude	<input type="checkbox"/> Coopérative	<input type="checkbox"/> Séducteur	<input type="checkbox"/> Évasive
	<input type="checkbox"/> Hostile	<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Arrogante
	<input type="checkbox"/> Perplexe	<input type="checkbox"/> Tonique	<input type="checkbox"/> Théâtrale
	<input type="checkbox"/> Dramatique	<input type="checkbox"/> Mutisme	<input type="checkbox"/> Ambivalente
	<input type="checkbox"/> Méfiante	<input type="checkbox"/> Puéiril	<input type="checkbox"/> Désinhibée
	<input type="checkbox"/> Familère	<input type="checkbox"/> Fermée	<input type="checkbox"/> _____
COMPORTEMENT MOTEUR			
Activité psychomotrice	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ralentissement	<input type="checkbox"/> Catatonie
	<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Rigidité	<input type="checkbox"/> Stéréotypie
	<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Apathie	<input type="checkbox"/> _____
Gestes	<input type="checkbox"/> Souples	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Brusques
	<input type="checkbox"/> Spasmes	<input type="checkbox"/> Tremblements	<input type="checkbox"/> Répétitifs
	<input type="checkbox"/> Bizarres	<input type="checkbox"/> Grimaces	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Maniérisme	<input type="checkbox"/> Compulsifs	
LANGAGE			
Qualité	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Répétitif	<input type="checkbox"/> Pauvre
	<input type="checkbox"/> Spontané	<input type="checkbox"/> Stéréotypé	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Monocorde		
Débit	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Rapide	<input type="checkbox"/> Hésitant
	<input type="checkbox"/> Lent	<input type="checkbox"/> Volubile	<input type="checkbox"/> _____
Particularités	<input type="checkbox"/> Ton faible	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Bégaiement
	<input type="checkbox"/> Ton élevé	<input type="checkbox"/> Peu loquace	<input type="checkbox"/> _____
HUMEUR ET AFFECT			
Humeur	<input type="checkbox"/> Euthymique	<input type="checkbox"/> Colérique	<input type="checkbox"/> Euphorique
	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Anxieuse	<input type="checkbox"/> Exaltée
	<input type="checkbox"/> Déprimé	<input type="checkbox"/> Labile	<input type="checkbox"/> _____
Affect	<input type="checkbox"/> Concordant	<input type="checkbox"/> Émoussé	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Inapproprié	<input type="checkbox"/> Plat	



OPÉRATION DE LA PENSÉE				
Cours / processus		<input type="checkbox"/> Logique	<input type="checkbox"/> Désorganisé	<input type="checkbox"/> Fuite des idées
		<input type="checkbox"/> Cohérent	<input type="checkbox"/> Circonstancié	<input type="checkbox"/> Écholalie
		<input type="checkbox"/> Blocages	<input type="checkbox"/> Tangentiel	<input type="checkbox"/> Néologismes
		<input type="checkbox"/> Relâchement des associations	<input type="checkbox"/> Logorrhée	<input type="checkbox"/> Salade de mots
			<input type="checkbox"/> Persévération	<input type="checkbox"/> _____
Contenu		<input type="checkbox"/> Préoccupations	<input type="checkbox"/> Dévalorisation	<input type="checkbox"/> Ruminations
		<input type="checkbox"/> Découragement	<input type="checkbox"/> Obsessions	<input type="checkbox"/> Méfiance
		<input type="checkbox"/> Désespoir	<input type="checkbox"/> Phobies	<input type="checkbox"/> _____
Délire		<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> De référence	<input type="checkbox"/> Mystique
		<input type="checkbox"/> De persécution	<input type="checkbox"/> De contrôle	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> De grandeur		
PERCEPTIONS				
Hallucinations		<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Tactiles	<input type="checkbox"/> Gustatives
		<input type="checkbox"/> Auditives	<input type="checkbox"/> Olfactives	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> Visuelles		
Autres troubles perceptuels		<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Dépersonnalisation	<input type="checkbox"/> Déréalisation
		<input type="checkbox"/> Illusions		<input type="checkbox"/> _____
FONCTIONS COGNITIVES				
Niveau de conscience		<input type="checkbox"/> Hyperalerte	<input type="checkbox"/> Léthargique	<input type="checkbox"/> Comateux
		<input type="checkbox"/> Alerté	<input type="checkbox"/> Stuporeux	
Orientation	Espace	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant	<input type="checkbox"/> Confus
	Temps	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant	<input type="checkbox"/> Confus
	Personnes	<input type="checkbox"/> Orienté	<input type="checkbox"/> Hésitant	<input type="checkbox"/> Confus
Mémoire	Immédiate : répéter une série de 3 mots (fleur, journée, charité) immédiatement puis 5 min plus tard		<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
	Ancienne : date de naissance, date du mariage, école fréquentée dans sa jeunesse, etc.		<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
	Récente : repas précédent, activités de la journée et de la veille, etc.		<input type="checkbox"/> Intacte	<input type="checkbox"/> Altérée
Attention et concentration	Nommer les mois de l'année à l'envers. Compter en descendant à partir de 20 jusqu'à 1.		<input type="checkbox"/> Concentré	<input type="checkbox"/> Difficultés
			<input type="checkbox"/> Distractible	
JUGEMENT ET AUTOCRITIQUE				
Jugement	Capacité d'évaluer une situation correctement et d'y réagir de façon adéquate. Ex. : Que feriez-vous si vous étiez au cinéma et que vous sentiez de la fumée?			<input type="checkbox"/> Préservé
				<input type="checkbox"/> Altéré
				<input type="checkbox"/> Absent
Autocritique	Capacité de reconnaître ses difficultés et son besoin d'aide		<input type="checkbox"/> Bonne	<input type="checkbox"/> Superficielle
			<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Absente

Institut universitaire en santé mentale de Québec

PRÉSENTATION DU MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) OU FOLSTEIN

Le MMSE est un instrument rapide et standardisé d'évaluation des fonctions cognitives. C'est un outil utilisé de façon systématique dans l'examen de la personne âgée en neurologie, en gériatrie, en psychiatrie et en médecine interne.

Il est largement utilisé partout dans le monde. Il peut être réalisé par un professionnel de la santé pour autant que ce dernier ait pris connaissance du processus d'application. La durée d'application pour un professionnel expérimenté est de 5 à 10 minutes.

Le test ne permet pas à lui seul de déterminer un diagnostic ni de préciser le type de démence. Le résultat du MMSE doit être interprété en considérant l'âge de la personne, son état affectif et son niveau culturel. Il doit nécessairement s'accompagner du test de l'horloge présenté plus loin.

Les questions du MMSE portent sur :

- L'orientation dans le temps (5 points)
- L'orientation dans l'espace (5 points)
- Le rappel immédiat de 3 mots (3 points)
- L'attention (5 points)
- Le rappel différé des 3 mots (3 points)
- Le langage (8 points)
- Les praxies constructives (1 point)

Pour un score maximal de 30 points.

Voici l'indication du score obtenu :

- MMSE > 27 = absence de dysfonctionnement cognitif
- MMSE entre 24 et 27 = déficit cognitif léger avec souvent des capacités préservées de vaquer aux occupations quotidiennes : conduire une voiture, faire la cuisine, voir à ses finances personnelles
- MMSE < 24 = démence



Il est essentiel d'examiner le sujet dans le calme et de lui donner un temps suffisant pour les réponses. Il ne faut pas hésiter à renforcer positivement les bonnes réponses et à minimiser les erreurs. « *Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.* »

ORIENTATION DANS LE TEMPS

« *Quelle est la date d'aujourd'hui?* »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, poser les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous?
2. En quelle saison?
3. En quel mois?
4. Quel jour du mois?
5. Quel jour de la semaine?

Pour ces items, seules les réponses exactes sont prises en compte. Cependant, lors des changements de saison ou de mois, permettre au sujet de corriger une réponse erronée, en lui demandant : « *Êtes-vous sûr?* » Si le sujet donne 2 réponses (lundi ou mardi), lui demander de choisir et ne tenir compte que de la réponse définitive.

Cotation : chaque réponse juste vaut 1 point.

ORIENTATION DANS L'ESPACE

« *Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.* »

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville?
9. Dans quelle province ou région administrative est situé ce département?
10. À quel étage sommes-nous?

Pour tous ces items, n'acceptez que les réponses exactes. Les seules tolérances admises concernent :

- Pour la question n° 6 : lorsque le sujet vient d'une autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville lorsqu'il n'existe qu'un seul hôpital dont le nom peut ne pas être connu du patient. Si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical ou de la rue où il se trouve.
- Pour la question n° 8 : lorsque le nom de la ville et du département sont identiques (Paris) ou celui du département et de la région (Nord), il faut s'assurer que le sujet comprend l'emboîtement des structures administratives. Le numéro du département n'est pas admis. Si le sujet le donne, il faut lui demander de préciser le nom qui correspond à ce numéro. Chaque réponse juste vaut 1 point. Accorder un délai maximum de 10 secondes.

APPRENTISSAGE

« *Je vais vous donner 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir, je vous les redemanderai tout à l'heure* » :

11. Cigare (ou citron)
12. Fleur (ou clé)
13. Porte (ou ballon)

« *Répétez les 3 mots* ».

Donner les 3 mots groupés, 1 par seconde, face au patient, en articulant bien. Accorder 20 secondes pour la réponse. Compter 1 point par mot répété correctement au premier essai. Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement dans la limite de 6 essais. En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que les 3 mots ont été enregistrés.

ATTENTION ET CALCUL

« *Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête* ».

Il est permis d'aider le patient en lui présentant la première soustraction : « *100-7 combien cela fait-il?* » et ensuite : « *Continuez* ». On arrête après 5 soustractions et on compte 1 point par soustraction exacte c'est-à-dire lorsque le pas de 7 est respecté, quelle que soit la réponse précédente ; ex. : 100, 92, 85 le point n'est pas accordé pour la première soustraction, mais il l'est pour la seconde.

14. Première soustraction
15. Deuxième soustraction
16. Troisième soustraction
17. Quatrième soustraction
18. Cinquième soustraction

Si le sujet demande, en cours de tâche, combien il faut-il retirer? Il n'est pas admis de répéter la consigne (« *Continuez comme avant* ».) S'il paraît, néanmoins, indispensable de redonner la consigne, il faut repartir de la consigne initiale (« *Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois* ».) Lorsque le sujet ne peut ou ne veut effectuer les cinq soustractions, il est nécessaire, pour maintenir le principe d'une tâche interférente, de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'envers (« *Pouvez-vous épeler le mot MONDE à l'envers en commençant par la dernière lettre* »). [Toutefois, lorsque le patient a des difficultés manifestes dans le compte à rebours, il est préférable de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'endroit avant de lui demander de l'épeler à l'envers pour le remettre en confiance.] Dans cette épreuve, le nombre de lettres placées successivement dans un ordre correct est compté (ex. : EDMON = 2). Le GRECO recommande de systématiquement faire passer cette épreuve, même si le compte à rebours est correct. Dans tous les cas, le résultat n'est pas pris en compte pour le score total.

RAPPEL

« *Quels étaient les 3 mots que vous ait demandé de répéter et de retenir tout à l'heure?* »

19. Cigare (ou citron)

20. Fleur (ou clé)
21. Porte (ou ballon)

Accorder 10 secondes pour répondre. Compter 1 point par mot correctement restitué.

LANGAGE ET PRAXIES CONSTRUCTIVES

Désignation « *Quel est le nom de cet objet?* »

22. Montrer un crayon
23. Montrer une montre

Il faut montrer un crayon et non un stylo ou un stylo à bille. Aucune réponse autre que crayon n'est admise (1 point). Le sujet ne doit pas prendre les objets en main.

Répétition

24. « *Écoutez bien et répétez après moi : Pas de, mais, de si, ni de et* ».

La phrase doit être prononcée lentement, à haute voix, face au patient. Si le patient dit ne pas avoir entendu, ne pas répéter la phrase (si l'examineur a un doute, il peut être admis de vérifier en répétant la phrase à la fin du test). Ne compter 1 point que si la répétition est absolument correcte.

Compréhension orale

Poser une feuille de papier blanc sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « *Écoutez bien et faites de que je vais vous dire* :

25. *Prenez mon papier dans la main droite*
26. *pliez-le en deux*

27. *et jetez-le par terre* »

Compter 1 point par item correctement exécuté. Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire : « *Faites ce que je vous ai dit de faire* ».

Compréhension du langage écrit

28. Tendre une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères FERMEZ LES YEUX et dire au sujet : « *Faites ce qui est marqué.* »

Comptez 1 point si l'ordre est exécuté. Le point n'est accordé que si le sujet ferme les yeux. Il n'est pas accordé s'il se contente de lire la phrase.

Dessin et langage écrit

29. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle sont dessinés 2 pentagones qui se recoupent sur 2 côtés et dire « *Voulez-vous recopier mon dessin?* »

Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents. On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps d'une minute.

30. « *Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.* »

Donner 1 point si la phrase comprend au minimum un sujet et un verbe, sans tenir compte des erreurs d'orthographe ou de syntaxe.



EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL



DT9088

Nom de l'établissement _____

A) Orientation		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET																														
Demander au sujet :																																	
1- Quel est	{ <table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>D</td> <td>L</td> <td>M</td> <td>Me</td> <td>J</td> <td>V</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>l'année</td> <td>le mois</td> <td>le jour</td> <td colspan="7">le jour de la semaine</td> </tr> <tr> <td colspan="10">La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	_____	_____	_____	D	L	M	Me	J	V	S	l'année	le mois	le jour	le jour de la semaine							La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/>										5	()
_____	_____	_____	D	L	M	Me	J	V	S																								
l'année	le mois	le jour	le jour de la semaine																														
La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/>																																	
2- Où sommes-nous	{ <table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Province</td> <td>Pays</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ville, village</td> <td>Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Étage</td> </tr> </table>	_____	_____	Province	Pays	_____	_____	Ville, village	Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)		Étage	5	()																				
_____	_____																																
Province	Pays																																
_____	_____																																
Ville, village	Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.)																																
	Étage																																
B) Enregistrement																																	
3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :																																	
	chemise, bleu, honnêteté () ou chaussure, brun, modestie () ou chandail, blanc, charité ()	3	()																														
Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis. Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1 ^{er} essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.																																	
Nombre d'essais : _____																																	
C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)																																	
4- <input type="checkbox"/>	Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 :																																
	$100 - 7 = ()$ $93 - 7 = ()$ $86 - 7 = ()$ $79 - 7 = ()$ $72 - 7 = ()$ 65 . Donner 1 point pour chaque bonne réponse.	5	()																														
<input type="checkbox"/>	Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : _____ (écrire les lettres)																																
D) Rétention mnésique																																	
5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :	chemise, bleu, honnêteté () ou chaussure, brun, modestie () ou chandail, blanc, charité ()	3	()																														
E) Langage																																	
6-	Montrer au sujet un crayon () une montre () et lui demander de nommer l'objet.	2	()																														
7-	Demander au sujet de répéter la phrase suivante : « Pas de si ni de mais ».	1	()																														
8-	Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps : « Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi ».	3	()																														
N.B. : Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.																																	

Traduction et adaptation française non validées du « Mini-Mental State » de Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. : « Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician ». J. Psychiatr Res, 12 : 189-198, 1975, à partir des travaux du centre de gériatrie Hôpital d'Youville Sherbrooke de Québec.



Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

E) Langage (suite)

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante :

« FERMEZ VOS YEUX »

COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
1	()

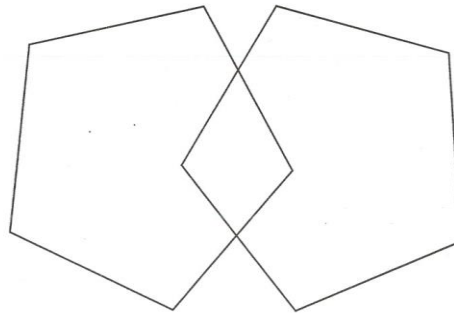
10- Demander au sujet d'écrire une phrase : _____

1	()
---	-----

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1	()
---	-----

COTE MAXIMALE : 30

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :

Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives. Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : _____ Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant somnolent

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation : _____

Date

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Signature _____

TEST DE L'HORLOGE

Doit être complété avec le MMSE

**L'utilisateur doit dessiner le cadran d'une horloge
avec les chiffres puis indiquer 11 h 10.**

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to draw a clock face and indicate the time 11:10.

L'interprétation du résultat devra se faire par le psychiatre.



Le délirium est un syndrome organique aigu, habituellement transitoire et réversible qu'il faut distinguer de la démence, laquelle est un processus irréversible. Il peut se présenter à tout âge chez les usagers, mais les personnes âgées y sont plus vulnérables.

Les causes du délirium sont multiples : maladie aiguë, condition postchirurgicale, intoxication, cardiopathies, troubles métaboliques, maladies cérébrales, comorbidité, effets secondaires d'une médication psychotropes, notamment les sédatifs, les narcotiques, les benzodiazépines, les antiépileptiques, etc. Il peut également survenir chez la clientèle plus vulnérable qui vit un ensemble d'événements intenses.

La prévalence chez les personnes âgées admises en centre hospitalier varie de 10 à 31 %; le diagnostic est souvent posé tardivement d'où la nécessité pour les équipes de soins d'être vigilantes pour la détection des signes et symptômes suivants :

- Perturbation de l'état de conscience
- Hypersensibilité aux stimuli/état léthargique, somnolence
- Atteinte de l'attention
- Perturbation du fonctionnement cognitif :
 - ✓ Désorientation
 - ✓ Déficit de la mémoire
 - ✓ Anomalies dans le processus de la pensée (discours incohérent, illogique)
 - ✓ Troubles perceptuels (hallucination, illusions)
 - ✓ Idées délirantes, agitation/apathie, labilité émotionnelle, perturbation du cycle éveil/sommeil
 - ✓ Symptômes fluctuants dans une même journée

Il est important de référer à l'omnipraticien rapidement afin d'identifier et traiter la cause sous-jacente et d'éviter les facteurs qui aggravent le délirium. Des soins de soutien du personnel infirmier sont nécessaires afin d'éviter les complications et favoriser la récupération fonctionnelle.

Le délirium : traitement

- Identifier et traiter la cause sous-jacente
- Éviter les facteurs qui aggravent le délirium
- Offrir des soins de soutien pour éviter les complications et favoriser la récupération fonctionnelle
- Contrôler le tableau comportemental

Interventions :

- Revoir avec le médecin traitant et le pharmacien la pertinence de l'administration de sédatifs HS
- Diminuer la luminosité dans la chambre de l'usager
- Diminuer les bruits
- Éviter d'intervenir auprès de l'usager pendant la nuit : prise des signes vitaux, ponctions veineuses, changement de pansement, etc.
- Évaluer la possibilité d'une infection urinaire chez l'usager
- Évaluer la possibilité de toute autre infection chez l'usager (pneumonie, ulcérations cutanées, etc.)
- Favoriser des activités apaisantes : marche, écoute musicale, etc.



<p>1. Signes et symptômes pouvant indiquer la présence d'une douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grimaces, crispation du visage, faciès rougeâtre ou pâle, lèvres pincées, sourcils froncés. • Cris ou gémissements inhabituels permanents ou lors de la mobilisation, difficulté à parler, ↓ ou ↑ du ton de la voix, mutisme, langage incompréhensible, demandes répétées, bavardage incessant • Agitation ou immobilité, pleurs, larmes, frottement du site douloureux, changement de position au toucher, mouvements de protection ou de résistance • Dilatation des pupilles, transpiration abondante, changements dans les signes vitaux
<p>2. Signes et symptômes de déshydratation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sécheresse des muqueuses • Persistance du pli cutané au sternum et au front • Peau chaude et sèche
<p>3. Signes et symptômes de la dysphagie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lenteur à s'alimenter • Aliments qui restent dans la bouche • La mastication et l'action d'avaler sont difficiles, douloureuses ou répétées • Reflux nasal • Toux répétée • Raclements de gorge • Modification de la voix • Infections respiratoires à répétition
<p>4. Position adéquate lors des repas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tronc et cuisses à 90° • Les pieds au sol ou sur un appuie-pieds • La tête légèrement penchée vers l'avant • La mâchoire et le cou formant un angle de 45°
<p>5. Signes comportementaux d'un besoin d'éliminer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bouge d'une jambe à l'autre, se tortille, etc. • Essaie de défaire sa ceinture, sa fermeture à glissière, etc. • Essaie de sortir de la civière ou du lit • Se touche les parties génitales
<p>6. Approche privilégiée dans un contexte de délirium et d'agitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établir un contact visuel, se nommer et appeler la personne par son nom de famille avant de donner une consigne à la fois ou faire un soin • Être souriant et détendu et avoir un ton de voix doux, rassurant et parler lentement • Expliquer les interventions et respecter le rythme de la personne : donner une consigne à la fois et attendre sa réaction • Faire des phrases simples et courtes, au besoin répéter jusqu'à 3 fois • Faire des gestes ou des démonstrations pour se faire comprendre • Utiliser des pictogrammes • Ne pas parler fort, argumenter ou vouloir raisonner la personne • Utiliser des stratégies de diversion pour donner les soins invasifs et les soins d'hygiène et d'incontinence

- Intégrer dans les conversations des éléments d'orientation (les 3 sphères) à plusieurs reprises. Ex. : « Quel beau lundi matin aujourd'hui! »
- Mettre une horloge et un calendrier à la vue de la personne
- Orienter la personne dans l'environnement en le lui décrivant et lui donnant des points de repère
- Permettre à la personne d'exprimer ses craintes, préoccupations, émotions et la rassurer
- Chercher à obtenir le consentement de la personne
- Stimuler la personne par l'entremise du toucher (à utiliser de manière judicieuse avec les personnes agitées)
- Faire participer la personne aux soins
- Informer les aidants sur l'importance de leur présence au chevet et leur demander d'apporter des effets personnels significatifs pour la personne
- Réduire les bruits environnants
- Avoir un éclairage propice à l'orientation et au repos
- En présence d'agitation, tenter de tenir la personne à l'écart des situations ou des individus qui risquent de provoquer des comportements perturbateurs

7. Approche privilégiée pour la personne qui crie

- Adopter l'approche privilégiée dans un contexte de délirium et d'agitation
- Demander aux proches de lui tenir la main et de lui parler doucement
- Placer la personne devant une fenêtre et la distraire (ne pas surstimuler)
- Lui donner un objet doux à serrer dans ses bras
- Isoler en dernier recours dans un endroit calme et sans stimulation sensorielle

8. Approche privilégiée pour la personne qui présente des épisodes d'errance diurnes ou nocturnes ou un désir de fuguer (l'errance est souvent l'expression d'une insécurité, de l'ennui ou d'un besoin physique non comblé)

- Occuper la personne à de petites tâches répétitives et significatives (classer des feuilles, plier des serviettes, défaire des nœuds, etc.)
- Faire marcher (de préférence en AM ou début PM pour qu'elle dépense son énergie, ce qui facilitera le sommeil)
- Au coucher, amener la personne à son lit/civière, lui proposer de se coucher un petit instant, demeurer près d'elle de 10 à 15 min, le temps qu'elle s'endorme. Lui dire de fermer les yeux
- Conduire la personne à la toilette
- Donner une collation substantielle pour induire le sommeil (sandwich avec du lait)
- Éviter de lui dire qu'elle dérange les autres. À la place, lui indiquer par un geste de garder le silence
- Permettre à la personne de dormir au salon dans un fauteuil confortable avec une couverture et un oreiller
- Installer la personne au fauteuil/lit/civière dès que les paupières se ferment
- Coucher la personne habillée si elle refuse de se déshabiller
- Ranger les vêtements personnels à un endroit difficile d'accès (fugue)
- ↓ les stimuli en conduisant la personne à sa chambre et/ou détourner l'attention en lui proposant une activité significative (ex. : écouter de la musique qu'elle aime)
- Utiliser des techniques de relaxation
- Utiliser un bracelet anti-fugue ou un détecteur de mouvements
- Utiliser des barrières visuelles
- Avoir un environnement sécuritaire

9. Signes avant-coureurs du syndrome crépusculaire

- Marche de plus en plus
- Marmonne ou parle plus fort
- Circule près de la sortie
- Essaie d'ouvrir la porte ou demande aux passants de l'aider
- Semble chercher quelque chose

10. Approche privilégiée pour la personne qui a des hallucinations, des illusions ou des idées délirantes

- Adopter l'approche privilégiée dans un contexte de délirium et d'agitation
- Ne pas confronter ou argumenter avec la personne
- Tenter de rassurer la personne en lui disant que vous êtes près d'elle et vous allez régler le problème
- Éviter d'entrer dans son monde, lui dire que nous ne voyons pas ce qu'elle voit, mais que nous la croyons
- Tenter de détourner son attention en lui proposant un autre sujet significatif pour la personne
- Si la perception demeure et cause beaucoup d'anxiété, entrer dans son monde
- Demeurer près de la personne
- Si illusions, enlever l'objet qui cause l'illusion et dire que tout est terminé
- Apporter un meilleur éclairage
- Décrire l'environnement pour aider la personne à identifier et à mieux voir les objets
- Si idées délirantes, accorder de l'attention à la personne lorsqu'elle n'en a pas

11. Approche privilégiée pour la personne qui fait preuve d'agressivité verbale ou physique

- Adopter l'approche privilégiée dans un contexte de délirium et d'agitation
- Demeurer calme et prendre conscience de nos propres émotions et réactions
- Garder une distance de manière à voir toute la personne en position debout ou se mettre au pied du lit/civière si la personne est couchée
- Ne pas tourner le dos à la personne
- Approcher la personne à un angle de 45° du côté faible ou non dominant
- Éviter de reculer, faites plutôt des pas en biais si vous êtes trop près
- Détourner l'attention en évoquant un souvenir ancien significatif ou en proposant une activité significative et agréable ou une collation
- ↓ les stimuli
- Éloigner les autres usagers
- Éviter d'utiliser le mot « Pourquoi »

© Ducasse, C., Senneville, J, Leclerc, S, CCSI et Leblanc, J., inf. clinicienne au suivi de la clientèle en gériatrie (2013).



1Techniques inspirées de Jacobson : La détente progressive

Avant tout, je m'installe :

- Je m'assois confortablement, le corps droit
 - Mes jambes sont décroisées, mes pieds touchent le sol
 - Mes mains reposent sur mes cuisses, mes doigts sont fléchis sans crispation
 - J'ai tamisé la lumière et j'ai réduit le bruit.
-
- Je ferme les yeux
 - Je prends de profondes respirations, inspirant par le nez et en expirant par la bouche
 - Je contracte mes jambes. Je sens la tension dans le pied, le mollet, la cuisse. Je conserve cette tension environ 10 secondes
 - Je relâche
 - Je prends conscience de l'effort que je fais pour contracter mes muscles et du bienfait qui s'installe lorsque je commande aux muscles de se relâcher
 - Je contracte les muscles de mon abdomen, de mes fesses, de mon dos. Je maintiens ces contractions environ 10 secondes et je relâche
 - Je me concentre sur le bienfait ressenti lorsque la tension baisse
 - Maintenant, mes jambes, mon tronc sont détendus
 - Je contracte mes bras. Je sens la tension des muscles dans mes mains, mes bras, mes épaules. Je conserve cette tension environ 10 secondes et je relâche
 - Je prends conscience de la sensation de bien-être qui s'installe lorsque je me détends
 - Je contracte tous les muscles de ma figure : bouche, yeux, front. Je maintiens ces contractions environ 10 secondes et je relâche
 - J'inspire profondément. Je me laisse envahir par ce mouvement de détente qui va de mes pieds à la tête. Par ma respiration, je maintiens cet état. Je suis bien. Je vais profiter au maximum de cet instant. Ces cinq minutes de détente sont aussi profitables que si j'avais dormi une heure
 - Après plusieurs mouvements respiratoires, je me prépare à reprendre contact avec mes activités quotidiennes : j'étire mes membres l'un après l'autre. Lorsque je me sens prêt, j'ouvre les yeux

¹ Adapté de Jacobsen, E. (1980). Savoir relaxer pour combattre le stress. Montréal : Les Éditions de l'Homme.



Les respirations profondes pour favoriser la détente

- Installez-vous en position assise, debout ou couchée
- Laissez vos bras détendus le long du corps
- Vos jambes sont décroisées
- Inspirez très lentement par le nez en faisant gonfler votre abdomen
- Expirez par la bouche aussi lentement que possible
- Concentrez votre attention sur votre respiration
- Visualisez que les tensions se libèrent après chaque expiration
- Répétez 3 à 4 fois

C'est un exercice facile qui peut être pratiqué partout et qui est très efficace!



Source : Guylaine Blais, inf. B. Sc., M. Sc ©.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers



Relaxation express :

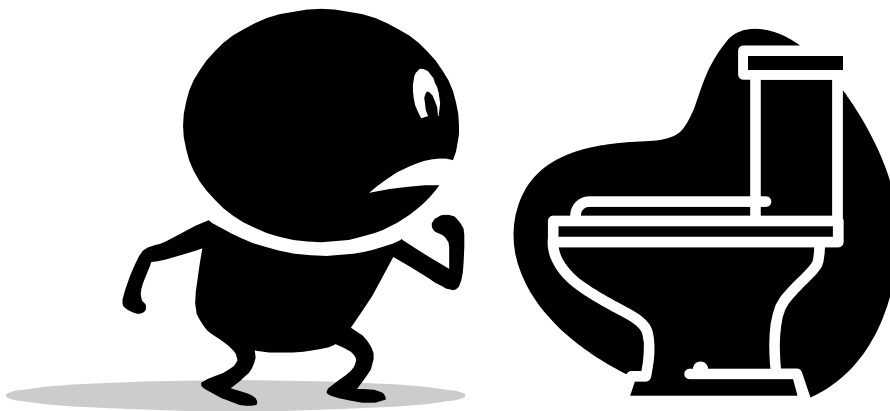
- Toujours en fermant les yeux et en m'installant de façon confortable, le corps droit et les pieds touchant par terre, je prends quelques instants de détente;
- Très lentement, je prends ma grande inspiration, puis j'expire;
- Je répète ces inspirations/expirations tant que j'en sens le besoin;
- Je prends le temps de réaliser les tensions qui sont présentes dans mon organisme;
- Je détends mes membres inférieurs;
- Je détends mon tronc en portant une attention toute particulière à mes épaules;
- Je détends mes membres supérieurs;
- Je détends ma tête, j'efface les plis autour de ma bouche, sur mon front. Je détends mes paupières. Je respire calmement;
- Tout mon corps est détendu. Je réalise que le fait de m'arrêter quelques minutes m'aide à faire le plein d'énergie. Je profite pleinement de l'instant. Je respire à fond et j'expire également à fond;
- J'ouvre les yeux lentement. Je bouge mes mains. Je m'étire. Je bâille. Je me lève doucement.

Techniques inspirées de Schultz : La sensation de lourdeur

- Je ferme les yeux. Je suis calme. Je respire calmement;
- Mon bras droit est lourd, je peux à peine le soulever tant il est lourd;
- Mon bras gauche est lourd, je peux à peine le soulever tant il est lourd;
- Je suis calme. Je suis bien. Tout mon corps est lourd. Cette lourdeur me permet de me détendre. Je suis très calme. Je me repose. Je profite de chaque seconde de cette lourdeur.



TROUBLES DE L'ÉLIMINATION





Définition de l'incontinence urinaire :

L'incontinence urinaire se définit comme toute perte urinaire involontaire, qu'elle soit aiguë ou chronique. L'incontinence aiguë apparaît soudainement, souvent suite à un problème de santé, à l'action d'un médicament ou à un retour postopératoire.

L'incontinence chronique apparaît de façon plus lente et insidieuse suite à des atteintes du système vésico-sphinctérien et elle s'aggrave avec le temps.

Prévalence :

- 10 à 30 %, des personnes âgées vivant à domicile en souffrent
- 30 à 35 % des personnes âgées hospitalisées présentent des problèmes d'incontinence aigus ou chroniques

On reconnaît cinq types d'incontinence :

- associée à de l'impériosité : sensation urgente d'uriner
- associée à un effort : toux, rire, se pencher, etc.
- par regorgement de la vessie qui atteint sa capacité de remplissage
- fonctionnelle : en raison d'un problème d'accès à la toilette, d'un trouble de mobilité pour s'y rendre ou d'un trouble cognitif
- mixte : urgence mictionnelle et effort

Les principales causes de l'incontinence urinaire :

- les maladies dégénératives chroniques
- les accidents vasculaires cérébraux
- le diabète
- le délirium
- la consommation d'irritants de la vessie (caféine, alcool, chocolat, thé, boissons gazeuses, etc.)
- la diminution de la mobilité physique
- l'action de certains médicaments

Définition de la constipation :

La constipation se définit par la présence de deux symptômes :

- Deux selles ou moins par semaine et/ou
- Des difficultés d'évacuation intestinale
 - ✓ Effort de défécation
 - ✓ Selles dures
 - ✓ Sensation d'évacuation incomplète
 - ✓ Blocage anorectal
 - ✓ Nécessité de manœuvres manuelles pour faciliter l'évacuation

Définition du fécalome :

Le fécalome est une accumulation compacte de matières fécales dans le rectum avec absence d'évacuation depuis plusieurs jours. L'expulsion spontanée est impossible. De fausses diarrhées ou de l'incontinence fécale chez la personne constipée sont souvent les signes de la présence d'un fécalome.

Prévalence :

- 25 à 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile
- Un pourcentage encore plus élevé, mais non précisé en milieu d'hébergement
- La constipation est plus fréquente chez les femmes

Les principales causes de la constipation :

- Altération de la fonction anorectale avec le vieillissement : diminution de la force musculaire des parois abdominales et baisse de tonus musculaire
- Mobilité réduite
- Modification des habitudes alimentaires et hydriques

On reconnaît deux types de constipation :

- **De nature organique**
 - ✓ Maladie obstructive du côlon (ex. : cancer)
 - ✓ L'effet d'un ou des médicaments
 - ✓ Une maladie métabolique (ex. : hypothyroïdie)
 - ✓ Une maladie neurologique (ex. : maladie de Parkinson)
- **De nature fonctionnelle**
 - ✓ Un transit colique lent
 - ✓ Une dysfonction du plancher pelvien
 - ✓ Un syndrome de l'intestin irritable

Les facteurs de risque de chute en lien avec l'incontinence urinaire, la constipation ou un fécalome :

- Les obstacles environnementaux (encombrement de la chambre, du corridor, toilette trop éloignée, etc.)
- Disponibilité du personnel pour l'accompagnement à la toilette
- Efforts physiques pour éliminer (choc vagal)

Interventions :

- Désencombrer la chambre et le passage pour faciliter l'accès à la toilette
- S'assurer que le lit est à une hauteur appropriée pour faciliter le lever
- Adapter la toilette avec des barres d'appui, un siège surélevé
- Rapprocher l'utilisateur de la salle des toilettes
- S'assurer que les aides techniques sont à la portée de main de l'utilisateur : canne, marchette, fauteuil roulant, chaussures sécuritaires

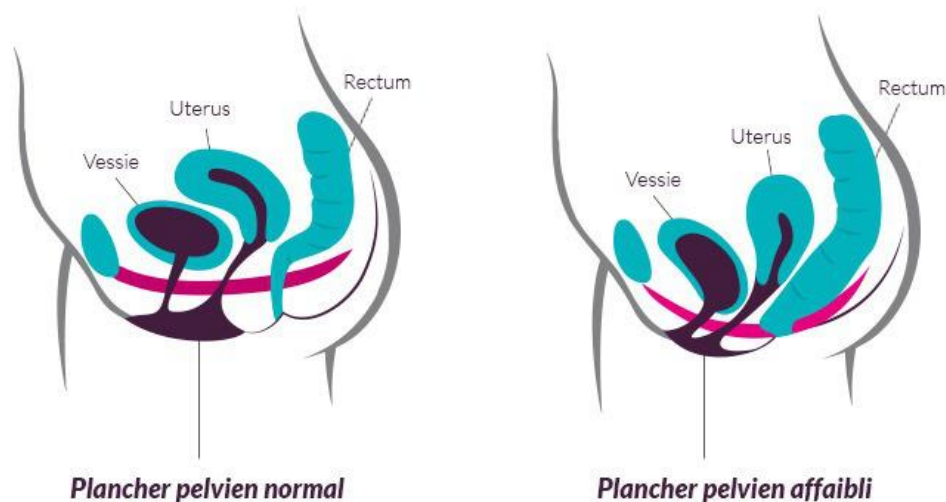
- S'assurer que les lunettes et la cloche d'appel sont à portée de main
- Prévoir une veilleuse dans la chambre
- Laisser une chaise d'aisance dans la chambre
- Établir un horaire mictionnel
- Encourager l'utilisateur à uriner avant le coucher et au lever
- Rappeler régulièrement à la personne de vider complètement sa vessie lors de la miction
- Rappeler à l'utilisateur ayant des déficits cognitifs d'aller à la toilette et l'y accompagner si nécessaire
- Éviter l'utilisation d'une culotte d'incontinence à la première incontinence urinaire
- Maintenir un apport liquidien (eau, lait, jus, boissons, soupes, etc.) de 1,5 à 2,0 L/jour
- Éviter la consommation excessive de caféine (>400mg/jour)
- Éviter la consommation de liquides dans les 3 heures avant l'heure du coucher
- S'assurer que la culotte d'incontinence tienne bien en place et qu'elle est de la bonne taille pour l'utilisateur
- Surveiller l'évolution des manifestations cliniques d'une infection urinaire
- Enseigner à l'utilisateur incontinent à l'effort les exercices de Kegel (voir en annexe)
- Au besoin, solliciter l'intervention de la nutritionniste
- Faire de l'enseignement à l'utilisateur quant aux problèmes d'élimination,

Adapté du cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier de l'IUGM et du CSSS-IUGS, 2012.



Une solution à la faiblesse du plancher pelvien

La musculature du plancher pelvien est formée de 3 couches musculaires qui referment la base du bassin. Elle s'étend comme un hamac entre le pubis et le coccyx. La faiblesse de cette musculature peut entraîner des pertes d'urine ou de selles, la difficulté à retenir les gaz intestinaux et une diminution de la satisfaction sexuelle. La musculature du plancher pelvien peut s'affaiblir suite à une grossesse, période où le plancher pelvien s'étire (s'affaiblit) sous le poids (pression) de l'utérus qui augmente de volume. D'autres situations comme la constipation chronique, la toux à répétition et les sports de sauts peuvent augmenter la pression sur le plancher pelvien et par conséquent l'affaiblir.



Les exercices de Kegel

Nommés exercices de Kegel parce qu'ils ont été mis au point par le Dr Arnold H. Kegel dans les années 1950, ces exercices visent le renforcement de la musculature du plancher pelvien. Lorsque la force du plancher pelvien augmente, le serrement exercé sur l'urètre (conduit par lequel l'urine s'écoule de la vessie) est plus grand. Par conséquent, l'urine ne s'écoule pas lors d'une toux ou d'un éternuement. De la même façon, le serrement est plus grand sur le canal anal ce qui permet d'éviter les pertes de selles ou de gaz.

Les exercices de Kegel représentent la méthode la plus simple pour réduire les muscles du plancher pelvien

Dans la plupart des cas, les pertes d'urines ou de selles, la difficulté à retenir les gaz intestinaux et la diminution de la satisfaction sexuelle causée par l'affaiblissement du plancher pelvien peuvent être guéries, traitées ou contrôlées avec succès. Les exercices de Kegel représentent la méthode la plus simple pour réduire les muscles du plancher pelvien, mais ne sont pas toujours suffisants pour régler complètement le problème.



Pour faire les exercices de Kegel

1. Choisir un endroit tranquille où l'usager pourra se concentrer sur vos exercices.
 - Dans la position couchée sur le dos, genoux fléchis, l'usager resserre les muscles du plancher pelvien comme pour retenir les urines et les selles.
2. L'usager serre les muscles pendant 5 à 10 secondes en expirant lentement par la bouche, puis en relâchant pendant 10 à 20 secondes. Répéter 10 fois.
3. L'usager relâche tous les autres muscles comme les muscles fessiers, les abdominaux ou les muscles de l'intérieur des cuisses qui pourraient compenser l'effort des muscles du plancher pelvien.
4. Faire 3 séries de 10 répétitions, deux fois par jour, cinq jours sur sept.
5. Lorsque l'usager maîtrise les exercices en position couchée sur le dos, il les fait en position assise et debout.

Quelques conseils :

Attention!

Il ne faut pas pratiquer les exercices de Kegel sur la toilette en stoppant le jet d'urine, puisque l'interruption fréquente de la miction peut interférer avec le fonctionnement des réflexes vésicaux et augmenter les risques d'infection urinaire.

L'usager doit penser à serrer les muscles du plancher pelvien avant de tousser, éternuer ou soulever un poids.

Persister

Les résultats devraient commencer à apparaître après 4 à 6 semaines. Lorsque l'usager aura atteint l'objectif de renforcement, il doit rester attentif aux situations qui affaiblissent le plancher pelvien (la constipation, la toux ou l'éternuement à répétition, les sauts, etc.). Il faut compenser l'affaiblissement du plancher pelvien par quelques séances de renforcement au besoin.

Consulter au besoin

Suite à une évaluation, le (la) physiothérapeute pourra élaborer un plan de traitement personnalisé qui vous aidera à obtenir le renforcement du plancher pelvien.

TROUBLES VISUELS ET AUDITIFS





Infos pratiques :

- Les altérations du système visuel peuvent modifier la perception de l'environnement de l'utilisateur et accroître le risque de chute.
- Les altérations concernent, entre autres, l'acuité visuelle, la diminution de la perception des profondeurs, la réduction du champ visuel et la diminution de la sensibilité aux contrastes, qui sont toutes nécessaires pour effectuer des déplacements sécuritaires.
- La vision joue également un rôle dans le maintien de l'équilibre.
- La perte partielle ou totale de l'audition peut occasionner une difficulté à comprendre les consignes.

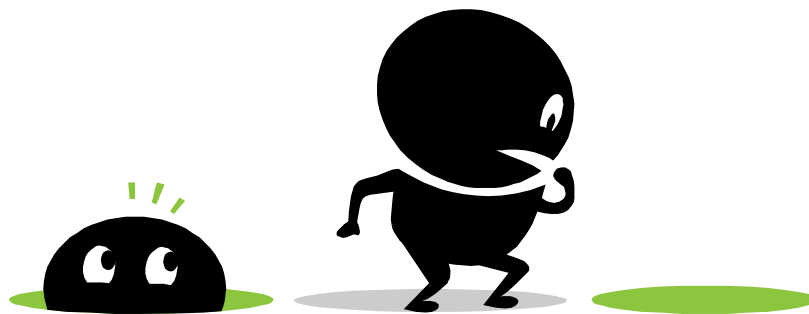
Interventions préventives pour le trouble visuel :

- Référer aux ressources appropriées (ex. optométrie, ophtalmologie, audiologie)
- S'assurer de passer un examen visuel annuel
- S'assurer que les lunettes sont accessibles (ex. : sur table de chevet)
- S'assurer que l'utilisateur porte ses lunettes
- Vérifier le bon état et la propreté des lunettes
- Accompagner l'utilisateur dans ses déplacements au besoin
- Si possible, placez la cloche d'appel à portée de main
- S'assurer que l'environnement est libre d'obstacle
- Orienter régulièrement l'utilisateur dans son environnement
- Informer l'utilisateur d'une modification/changement de mobilier ou de l'équipement
- S'assurer que l'environnement est bien éclairé, mais éviter les reflets lumineux pouvant causer de l'éblouissement.

Interventions préventives pour le trouble auditif :

- Informer le médecin afin d'identifier la cause du trouble visuel ou auditif
- Référer aux ressources appropriées (audiologie)
- S'assurer que les appareils auditifs sont accessibles (ex. : sur table de chevet).
- S'assurer que l'utilisateur porte ses prothèses auditives
- Vérifier le bon état des prothèses auditives
- Parler directement devant l'utilisateur et le regarder, capter son attention
- Si possible, placez la cloche d'appel à portée de main
- Utiliser des phrases courtes et ralentir le débit verbal
- Utiliser le langage écrit au besoin ainsi que des indices visuels (ex. : affiches)
- Vérifier la compréhension des consignes.

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE





Précaution

Un dépistage de l'hypotension orthostatique devrait être fait de façon systématique lorsque l'origine d'une chute est incertaine.

Définition :

L'hypotension orthostatique est causée par une baisse soudaine de la pression artérielle lors d'un changement de position. La personne peut alors éprouver des malaises et des sensations désagréables qui ont un impact sur son confort et sa sécurité.

Sans élaborer davantage sur la physiopathologie, retenons que lorsque la personne passe de la position couchée à la position assise ou debout, un déplacement vasculaire se produit sous l'effet de la gravité. Le système nerveux sympathique réagit en provoquant un accroissement de la fréquence et de la force de contraction du cœur en même temps qu'une vasoconstriction des vaisseaux sanguins périphériques. Ce mécanisme permet à la personne d'effectuer ces changements de position en tout confort. Cependant, cette adaptation peut être défailante et provoquer chez la personne de l'hypotension orthostatique et contribuer à augmenter le risque de chutes.

Présence d'hypotension orthostatique

Lors du passage de la position couchée à la position debout ou assise :

Chute de pression systolique de 20 mmHg **OU** chute de pression diastolique de 10 mmHg
ET absence de retour à la normale après 3 minutes.

Prise de lectures de la pression artérielle lorsqu'une hypotension orthostatique est soupçonnée :

1. prendre la pression artérielle et le pouls en position couchée sur le dos à la suite d'une période de repos de 5 minutes;
2. prendre la pression artérielle et le pouls 1 minute après le changement de position de couchée à assise (les pieds à plat au sol) **OU** couchée à debout;
3. reprendre la pression artérielle et le pouls 3 minutes après le changement de position de couchée à assise (les pieds à plat au sol) **OU** couchée à debout.

(msi-aqess-Évaluation de la pression artérielle, 2009-07-20)

Précaution

La procédure pour évaluer l'hypotension orthostatique devrait être réalisée de la même façon par tous les professionnels afin de pouvoir comparer les résultats.

Le pouls doit obligatoirement être mesuré, car ces données pourront permettre de déterminer la source de l'hypotension orthostatique.

Signes et symptômes :

▪ Étourdissements	▪ Faiblesse	▪ Céphalée
▪ Vision floue	▪ Vertiges	▪ Trouble ou perte d'équilibre
▪ Syncope	▪ Convulsion	▪ Chutes

Les symptômes sont plus susceptibles de se produire le matin, après les repas ou après un effort qui stimulerait le nerf vague.

INTERVENTIONS EN LIEN AVEC LE FACTEUR DE RISQUE « HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE » (PSTI)



✓	CHOISIR LES INTERVENTIONS PERTINENTES
<input type="radio"/>	Procéder à la prise de tension artérielle et le pouls selon la procédure en vigueur à différents moments dans les 24 heures
<input type="radio"/>	Procéder à l'enseignement à la personne et à ses proches sur les changements graduels de position
<input type="radio"/>	Aider la personne à se lever le matin en passant de la position couchée à assise puis debout en prenant des pauses entre chaque position
<input type="radio"/>	Accompagner la personne pour ses déplacements
<input type="radio"/>	Fournir à la personne un moyen de demander de l'aide (cloche d'appel, alarme)
<input type="radio"/>	Assure une surveillance particulière auprès de la personne lorsqu'elle se déplace
<input type="radio"/>	Éviter la station debout prolongée
<input type="radio"/>	Élaborer un horaire mictionnel pour la nuit
<input type="radio"/>	Utiliser un urinal ou un fauteuil d'aisance pour la nuit
<input type="radio"/>	Éviter que la personne force pendant la défécation ou les mictions
<input type="radio"/>	Éviter les chaleurs excessives ainsi que les douches ou les bains trop chauds
<input type="radio"/>	S'assurer d'un apport hydrique quotidien de 2 à 2.5 litres (attention aux contre-indications)
<input type="radio"/>	Croiser et décroiser les jambes et serrer et desserrer les mains à quelques reprises
<input type="radio"/>	Élever la tête de lit de 10 à 20 degrés
<input type="radio"/>	Prendre de petits repas fréquents, faibles en glucides
<input type="radio"/>	Réduire ou cesser la consommation d'alcool ou d'anxiolytiques
<input type="radio"/>	Envisager l'utilisation de bas de compression
<input type="radio"/>	S'assurer de la sécurité des lieux (chambre, corridor, salle à manger, etc.) pour ne pas accentuer le risque de chute
<input type="radio"/>	Adapter un programme d'activité physique selon la tolérance de la personne (voir exemple ci-inclus)
<input type="radio"/>	Adapter les activités physiques en position assise ou couchée afin d'éviter l'apparition des symptômes
<input type="radio"/>	Augmenter les séances au fauteuil et les séances à la marche
<input type="radio"/>	Réviser le profil pharmacologique
<input type="radio"/>	Modifier l'heure de la prise de médicaments
<input type="radio"/>	S'assurer du traitement de la cause sous-jacente de l'hypotension orthostatique (diabète, problème cardiaque, déshydratation, atteintes du système nerveux central, syndrome d'immobilité, etc.)
<input type="radio"/>	Aviser le médecin
<input type="radio"/>	Autres interventions :
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	

Adapté de Frenette, F. et al. L'hypotension orthostatique : évaluation et interventions de l'infirmière. Perspective Infirmière, novembre-décembre 2009. OIIQ.

CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT





Il est démontré que dans les trois premiers jours d'hospitalisation, un usager est plus à risque de chute. En effet, lorsqu'une personne se retrouve dans un nouvel environnement avec de multiples stimuli, elle peut devenir inquiète et anxieuse puisqu'elle n'a plus ses repères. Cela peut occasionner de l'agitation ainsi que de la désorientation, surtout chez la personne âgée. Il s'agit d'une période d'adaptation.

Interventions préventives :

- Visite guidée de l'environnement en compagnie du personnel dès les premières heures de l'admission
- Réorientation au besoin les jours suivants
- Identifier les endroits communs avec des pictogrammes
- Identifier la chambre de l'usager avec une photo ou un objet significatif
- Préciser à l'usager les horaires/le fonctionnement de l'unité ou de la résidence
- S'assurer que l'usager sait où sont rangés ses effets personnels et qu'il peut y accéder au besoin
- Discuter avec l'usager de ses habitudes de vie (heure de coucher, hygiène, sieste...) et tenter de s'y adapter
- Assurer une surveillance aux 15 minutes, surtout pendant les trois premiers jours
- Chambre à proximité des toilettes
- Chambre à proximité du poste
- L'usager occupera le lit près de la porte
- Au besoin, utiliser la chambre d'observation
- Si possible, placez la cloche d'appel à portée de main
- S'assurer de réorienter l'usager lors des transferts intra ou inter unité.

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX



LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX



Tel que discuté en début de programme, les facteurs environnementaux sont des éléments sur lesquels nous avons un réel pouvoir d'agir. Voici dans un premier temps des façons de faire que tout le personnel doit considérer dans sa pratique :

- **Vous êtes responsable de signaler ou de corriger toute anomalie dans l'environnement qui constitue un risque à la sécurité des usagers ou du personnel**
- **Vous devez signaler tout matériel défectueux**

Et dans un second temps, afin d'évaluer de façon plus spécifique le risque de chute en lien avec l'environnement dans votre milieu, référez-vous à la **grille d'évaluation de l'environnement physique**. Elle peut se compléter soit dans une unité ou dans un milieu de vie.

À la fin de la grille, vous pourrez compléter une liste de priorités quant aux éléments à modifier afin de diminuer le risque de chute dans votre milieu. **Vous êtes donc invité à désigner un ou des membres de votre équipe qui compléteront la grille à une fréquence donnée!**

Pour le domicile, vous devez vous référer au dépliant remis à l'utilisateur sur la prévention des chutes qui comprend une grille des éléments à considérer pour diminuer le risque de chute à domicile. Nous vous invitons à effectuer l'évaluation avec la personne ou à lui remettre le document et valider dans un deuxième temps avec elle les éléments problématiques. Il est aussi important de vérifier le soutien nécessaire pour mettre en application les mesures préventives ou adaptations au domicile. Vous pouvez vous référer au service d'ergothérapie physique ou au CLSC de quartier si vous avez des questions.

Voici quelques éléments de l'environnement à considérer :

- S'assurer que l'**éclairage** est adéquat et suffisant, éviter l'éblouissement. Installer une veilleuse au besoin pour la nuit
- S'assurer que les interrupteurs sont accessibles et informer l'utilisateur de la façon dont ils fonctionnent, au besoin
- S'assurer que les **planchers** sont secs, sans reflet, sans bris de revêtement
- S'assurer que les **aires de circulation** sont bien dégagées
- S'assurer que l'accès aux mains-courantes est optimal et qu'elles sont bien fixées
- S'assurer que le **lit** est à la bonne hauteur (assis sur le bord du lit, les pieds doivent toucher au sol et les genoux fléchis à près de 90 degrés)
- S'assurer que les freins sont appliqués sur le lit, que les manivelles sont en retrait, que les ridelles sont solidement fixées, au besoin
- S'assurer que les freins sont appliqués sur tout matériel à roulettes
- S'il y a lieu, placer la **cloche d'appel** à proximité de l'utilisateur et y répondre rapidement. En d'autres cas, s'assurer que l'utilisateur dispose d'un système permettant de contacter le personnel au besoin
- Utiliser une **chaise avec appui-bras** qui permet à l'utilisateur de s'asseoir et de se lever de façon plus sécuritaire
- S'assurer que la hauteur de l'assise de la chaise est légèrement plus haute que le genou de l'utilisateur
- S'il y a lieu, s'assurer que le **fauteuil roulant** est en bon état et que les freins sont efficaces
- **Dans la salle de bain** : signaler tout équipement défectueux ou manquant (barre d'appui, tapis antidérapant dans le bain ainsi qu'à la sortie, banc de bain); enseigner à l'utilisateur à les utiliser adéquatement. Au besoin, installer une chaise à l'extérieur du bain-douche (ex. pour s'habiller en

position assise)

- Les meubles sont disposés de façon sécuritaire.

Effectuer une consultation en ergothérapie physique au besoin pour toute adaptation de l'environnement.

Voici quelques éléments de l'habillement à considérer :

- Informer l'utilisateur, la famille et les proches de l'importance de porter des chaussures et pantoufles adéquates : talon fermé, semelles antidérapantes et basses, bout large
- S'assurer de bien ajuster la culotte d'incontinence afin d'éviter qu'elle ne glisse
- S'assurer que les pantalons/jupe ne traînent pas au sol et favoriser des vêtements qui ne sont pas trop serrés et qui sont faciles à enfiler et à attacher.



CORRIDORS ET AUTRES VOIES DE CIRCULATION			
Situation visée			
Éclairage :	OUI	NON	N/A
• L'éclairage de jour/soir est fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les veilleuses sont fonctionnelles et libres d'obstruction par des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planchers :	OUI	NON	N/A
• Absence de surface mouillée ou glissante sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de reflets sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de déchirure, de bordure roulée ou de bris dans le revêtement du plancher et des seuils de portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les lieux de passage sont libres d'encombrement par de l'équipement ou du mobilier (tel que chariot, tabouret, cordon électrique, table roulante, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murs :	OUI	NON	N/A
• Les rampes de circulation sont solidement fixées sur tous les murs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation combinée de l'écriture et des pictogrammes pour l'identification des différents espaces sur l'unité, installés perpendiculairement au mur (toilette, salle à manger, salon, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALLE DE SÉJOUR			
Situation visée			
Éclairage :	OUI	NON	N/A
• L'éclairage est fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planchers :	OUI	NON	N/A
• Absence de surface mouillée ou glissante sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de reflets sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de déchirure, de bordure roulée ou de bris dans le revêtement du plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence d'objets qui traînent sur le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilier :	OUI	NON	N/A
• Le mobilier et l'équipement sont disposés de façon sécuritaire pour les déplacements des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chacun des fauteuils ou chacune des chaises est solide et stable sur sa base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les appuis-bras de chacune des chaises et de chacun des fauteuils sont solides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALLE À MANGER			
Situation visée			
Éclairage :	OUI	NON	N/A
• L'éclairage est fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planchers :	OUI	NON	N/A
• Absence de surface mouillée ou glissante sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de reflets sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de déchirure, de bordure roulée ou de bris dans le revêtement du plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence d'objets qui traînent sur le sol (serviette de table, cordon électrique, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON	N/A
Mobilier :			
• Le mobilier et l'équipement sont disposés de façon sécuritaire pour les déplacements des personnes (tables, chaises, chariots, etc.), libérer 1 mètre entre les tables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les chaises sont stables et solides, munies d'accoudoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les tables sont stables et solides et les pieds de table en position très externe pour permettre un dégagement pour les jambes et les fauteuils roulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BLOCS SANITAIRES (SALLES DE BAIN ET TOILETTES)			
Situation visée			
Éclairage :	OUI	NON	N/A
• L'éclairage est fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les veilleuses sont fonctionnelles et libres d'obstruction par des objets (Procure un éclairage de nuit pour la sécurité et l'orientation des personnes ainsi que la surveillance pour le personnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planchers :	OUI	NON	N/A
• Absence de seuil de porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de surface mouillée ou glissante sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de reflets sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les lieux sont exempts d'encombrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation de tapis antidérapants au fond des baignoires et des douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Utilisation de tapis antidérapants sur le plancher à la sortie des bains et douches (éviter les serviettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murs :	OUI	NON	N/A
• Les barres d'appui sont solidement fixées au mur autour des bains ou sur le bord du bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les barres d'appui sont solidement fixées au mur dans les douches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les barres d'appui sont solidement fixées au mur dans chaque toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les barres d'appui sont suffisantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les barres d'appui sont situées aux endroits appropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilier :	OUI	NON	N/A
• Présence de toilettes surélevées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Barres d'appui à proximité du lavabo pour toilette partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présence de mitigeur d'eau pour le bain/douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présence de banc de bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présence de lève-patient électrique et/ou chaise de bain hydraulique fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présence de fauteuil avec accoudoirs près de chaque bain ou douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHAMBRE À COUCHER

Situation visée			
Éclairage :	OUI	NON	N/A
• L'éclairage est fonctionnel (commutateurs et ampoules/fluorescents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les veilleuses sont fonctionnelles et libres d'obstruction par des objets (Procure un éclairage de nuit pour la sécurité et l'orientation des personnes ainsi que la surveillance pour le personnel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planchers :	OUI	NON	N/A
• Absence de seuil de porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de surface mouillée ou glissante sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de reflets sur le plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de déchirure, de bordure roulée ou de bris dans le revêtement du plancher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence de tapis ou de carquette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absence d'objets qui traînent sur le sol (souliers, vêtements, literie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilier :	OUI	NON	N/A
• Bon dégagement autour du lit (le mobilier et l'équipement sont disposés de façon sécuritaire afin de permettre les déplacements faciles des personnes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hauteur du lit adéquate pour la personne (arrive juste au-dessus des genoux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les freins sont appliqués avec efficacité aux 4 roulettes de chaque lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les manivelles de chacun des lits sont en retrait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Les ridelles (côtés de lit) de chacun des lits sont solidement fixées et conservent leur position d'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Présence d'un fauteuil de chambre avec accoudoirs pour s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accès facile aux vêtements pour les personnes autonomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Accès facile aux chaussures et pantoufles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Meubles avec coins arrondis pour éviter les blessures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRILLE POUR L'IDENTIFICATION DES ÉLÉMENTS À MODIFIER



LIEU : _____

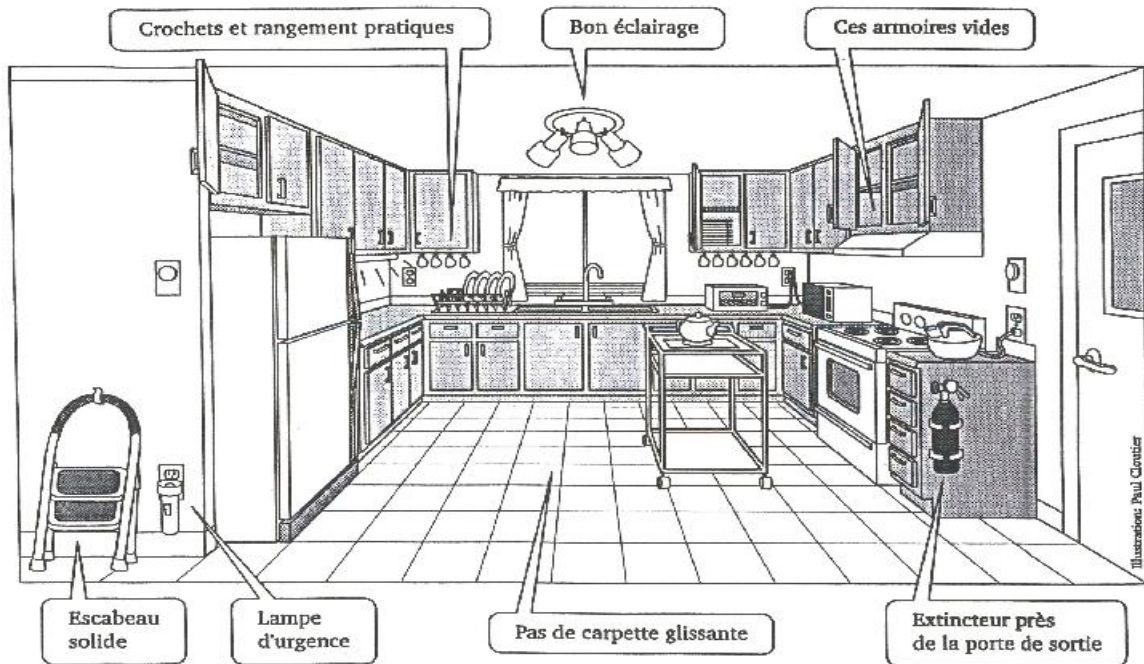
DATE : _____

Problèmes identifiés	Mesures de correction envisagées par l'équipe	Date de réalisation

Réalisé par : _____



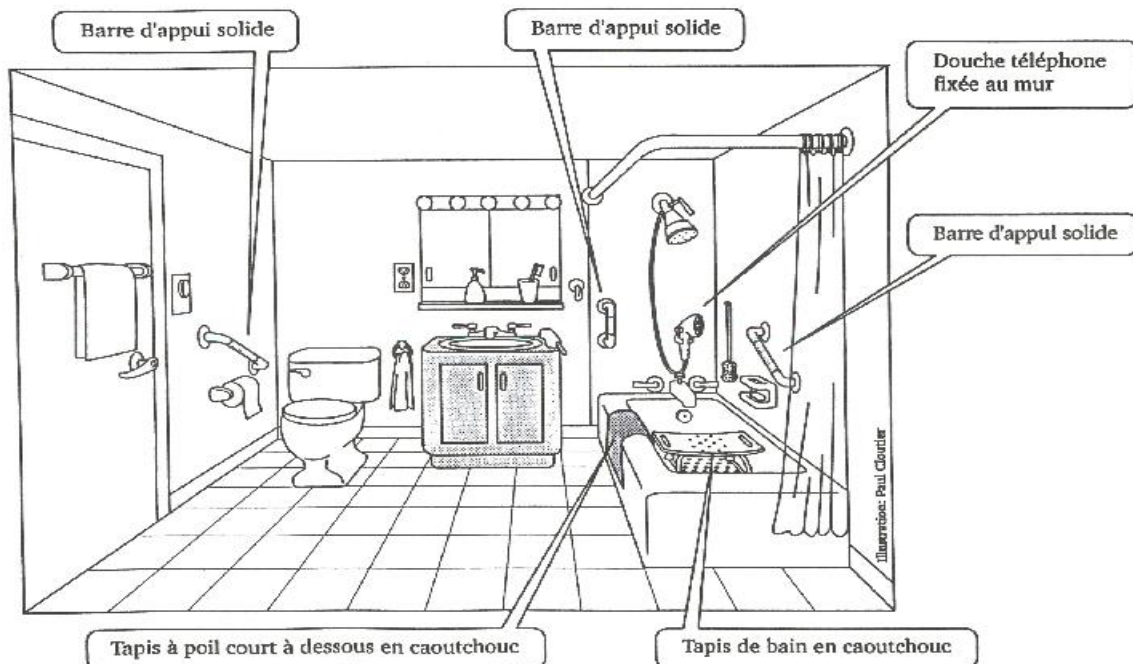
Dans votre cuisine, ne mettez pas les **pieds** dans les plats !



© Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002)

P.L.R.D., édition 2002

Dans votre salle de bains, ayez **le pied** marin !



© Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002)

P.L.R.D., édition 2002



Dans votre chambre, levez-vous du bon **pied** !

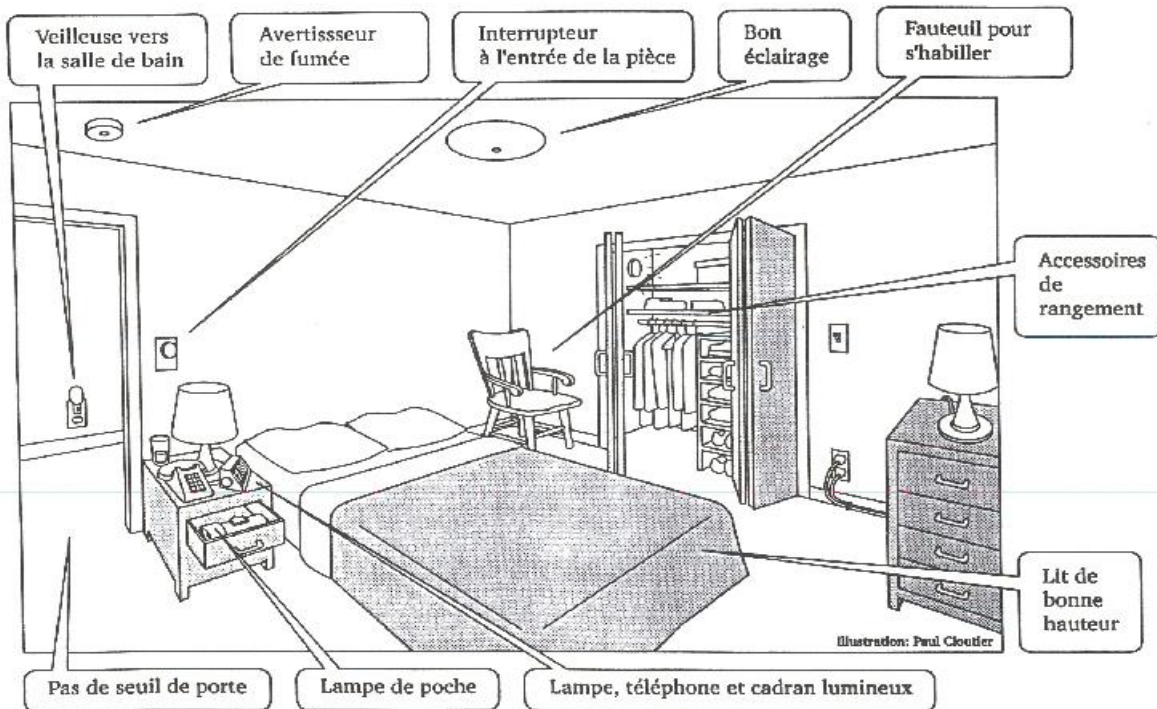


Illustration: Paul Cloutier

© Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002)

R.I.E.D., édition 2002

Dans votre salon, gardez les **pieds** sur terre !

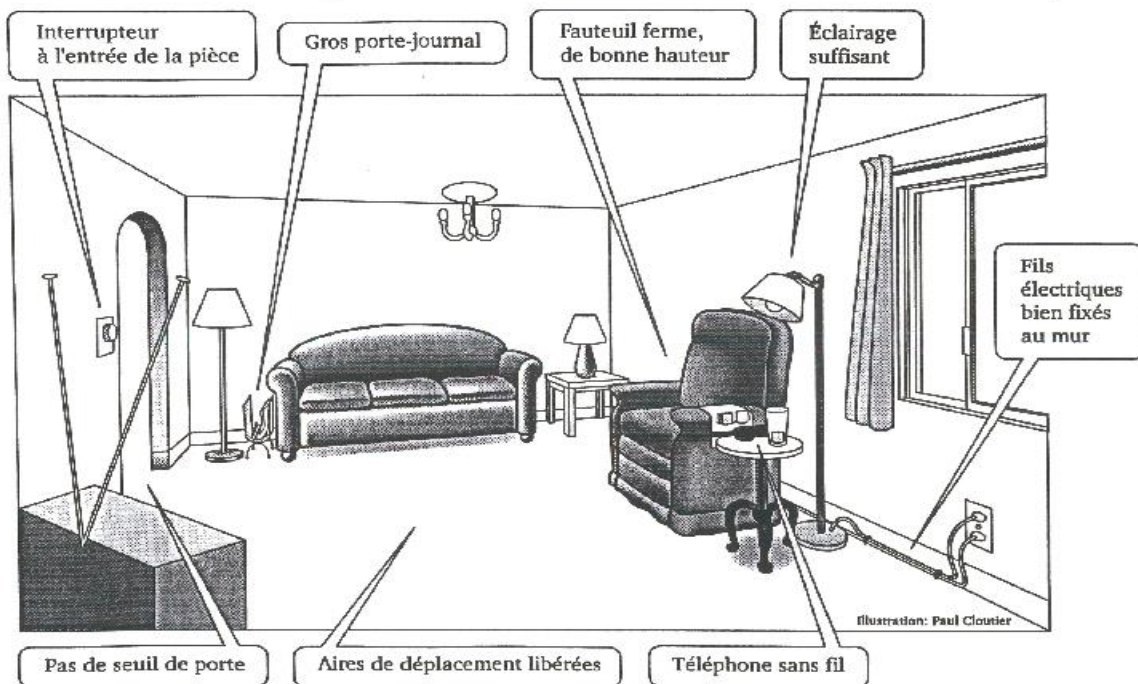


Illustration: Paul Cloutier

© Direction de santé publique de Montréal-Centre (2002)

R.I.E.D., édition 2002

MÉDICATION





Les effets secondaires de plusieurs médicaments ont une incidence sur le risque de chutes :

MÉDICAMENT	CLASSE DE MÉDICAMENTS	EXEMPLE DE MÉDICAMENTS NOM/GÉNÉRIQUE/COMMERCIAL/ LISTE EXHAUSTIVE	EFFETS SECONDAIRES EN LIEN AVEC (RISQUE DE CHUTE)
À VISÉE CARDIO-VASCULAIRE	Antagoniste des récepteurs angiotensine II (ARA II)	Irbesartan (Avapro) Losartan (Cozaar)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique
	Antiarythmique 1A	Disopyramide (Rythmodan) Quinidine (Biquin durule) Procainamide (Pronestyl)	<ul style="list-style-type: none"> Propension à induire des syncopes
	Antihypertenseurs centraux	Clonidine (Catapress)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique Fatigue
	Bêta-bloqueurs	Bisoprolol (Monacor) Metoprolol (Lopresor) Atenolol (Tenormin)	<ul style="list-style-type: none"> Bradycardie Hypotension orthostatique Fatigue
	Bloqueurs des canaux calciques (BCC)	Amlodipine (Norvasc)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique
	Cardiotrope	Digoxin/Lanoxin	À risque de toxicité : <ul style="list-style-type: none"> Vision brouillée Fatigue Nausées (perte de poids) Diarrhée
	Dérivés nitrés	Nitrodur, Isordil	<ul style="list-style-type: none"> Confusion, désorientation
	Diurétiques	Hydrochlorothiazide (hydrodiuril) Furosemide (Lasix)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique Hypokaliémie Fatigue Urgence mictionnelle
	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	Captopril (Capoten) Enalapril (Vasotec)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique
	Vasodilateurs	Hydralazine (Apresoline)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique
À VISÉE NEUROLOGIQUE (EFFETS SUR LE SNC)	Anticholinergiques	Cogentin, Kémadrin, Artane	<ul style="list-style-type: none"> Tachycardie Vision brouillée Confusion
	Anticonvulsivants	Acide valproïque (Épival) Carbamazepine (Tegretol) Gabapentine (Neurontin) Phénytoïne (Dilantin)	<ul style="list-style-type: none"> Ataxie Vision brouillée Somnolence Instabilité posturale Étourdissement
	Antidépresseurs	Tricycliques (Elavil) IMAO (Nardil, Parnate)	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension orthostatique Sédation



MÉDICAMENT	CLASSE DE MÉDICAMENTS	EXEMPLE DE MÉDICAMENTS NOM/GÉNÉRIQUE/COMMERCIAL/ LISTE NON EXHAUSTIVE	EFFETS SECONDAIRES EN LIEN AVEC (RISQUE DE CHUTE)
À VISÉE NEUROLOGIQUE (effet sur le SNC)		ISRS (Celexa, Paxil) Venlafaxine (Effexor XR) Mirtazapine (Remeron)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fatigue ▪ Ataxie
	Antihistaminiques à effet central	Dimenhhydrinate (Gravol) Diphenhydramine (Benadryl) Hydroxyzine (Atarax)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étourdissement ▪ Somnolence
	Antiparkinsoniens	Bromocriptine Lévodopa Sélegiline Anticholinergiques* et tout médicament donnant ces effets	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypotension orthostatique ▪ Étourdissement ▪ Somnolence
	Antipsychotiques	Phénothiazines Butyrophénones (ex. : Haldol) Quétiapine (Séroquel) Clozapine (Clozaril) Olanzapine (Zyprexa) Risperidone (Risperdal) Ziprasidone (Zeldox) etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypotension orthostatique ▪ Effets extrapyramidaux ▪ Sédation
	Barbituriques	Butalbital (inclus dans Fiorinal) Phénobarbital (Métabolite de Mysoline)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sédation ▪ Étourdissement
	Benzodiazépines et médicaments apparentés	Ativan, Rivotril, Serax, Dalmane, etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sédation ▪ Étourdissement ▪ Ralentissement psychomoteur ▪ Instabilité posturale
	Dérivés morphiniques	Analgésiques narcotiques : Codéine Hydrocodone (Hycodan) Hydromorphone (Dilaudid) Morphine Oxycodone (Supeudol) etc.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sédation ▪ Instabilité posturale
MÉDICAMENTS POUR TROUBLES URINAIRES	a-bloquants	Doxazosine (Cardura) Tamsulosine (Flomax) Terazosine (Hytrin)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tachycardie ▪ Troubles de l'élimination ▪ Vision brouillée ▪ Confusion

(D'après INSP-MSSS, 2007; APES-MSSS, 2006)

Mise à jour par Carole Fradet, pharmacienne / septembre 2008

ANTÉCÉDENTS DE CHUTES





La personne ayant chuté dans la dernière année est hautement à risque de chuter à nouveau (Friedman, Munoz et al, 2002). Ce risque est encore amplifié si la personne présente des troubles de l'équilibre et de la marche ou si la chute a entraîné une fracture ou des blessures graves. Ces usagers doivent faire l'objet d'une évaluation exhaustive. L'implication de divers professionnels permettra d'instaurer des stratégies multifactorielles. Certaines personnes âgées placées dans une telle situation pourront même être intégrées dans un programme de prévention spécifique sous la supervision du service d'ergothérapie et physiothérapie.

Très tôt, lors de l'admission de l'utilisateur, l'infirmière doit questionner l'utilisateur et ses proches afin :

- D'identifier le lieu, le moment et les circonstances de la chute;
- De connaître la fréquence des chutes;
- De connaître les conséquences de la chute : fracture, lésion, sentiments de peur, de honte, etc.;
- De connaître les stratégies que l'utilisateur ou ses proches ont mises en place afin d'éviter une répétition d'un événement semblable et les résultats;
- De sensibiliser l'utilisateur et ses proches au risque d'une éventuelle chute, de ses conséquences possibles et de l'importance de leur collaboration dans l'évaluation du risque de chute et dans la recherche de stratégies pour les éviter.

Il est important que l'utilisateur et ses proches prennent conscience du fait que les chutes sont évitables et qu'il ne s'agit pas d'un événement banal et normal dans un contexte où la personne est vieillissante. L'enseignement par rapport aux facteurs de risque de chute spécifiques à l'utilisateur et aux stratégies de prévention mises en place doit se faire immédiatement après l'admission de l'utilisateur, pendant la période d'hospitalisation, avant le congé et par la suite dans les activités de suivis lors du retour à domicile. Le dépliant « **Soyez actifs dans la prévention des chutes** » devra être expliqué et remis à l'utilisateur.

DIFFICULTÉ À LA MARCHE ET À L'ÉQUILIBRE





Les limitations articulaires ainsi qu'une diminution de la force, surtout au niveau des membres inférieurs, sont des indicateurs d'un risque de chute.

L'équilibre résulte de l'intégration de plusieurs systèmes : sensoriel, nerveux et musculo-squelettique. Avec l'âge, cette intégration ne se fait pas aussi bien et les réactions sont ralenties. De plus, certaines pathologies chroniques peuvent atteindre ces systèmes (ex. maladie de Parkinson) ou un déconditionnement physique (fonte musculaire, diminution des amplitudes articulaires) peuvent provoquer des troubles de l'équilibre.

Les troubles de la démarche sont définis par une irrégularité et une variabilité de la longueur, largeur ou vitesse d'exécution des pas durant le déplacement.

Observations qui peuvent nous indiquer que la personne présente ce facteur de risque :

Si l'usager :

- marche en prenant appui avec les mains sur les meubles ou les murs
- est déséquilibré ou fait de petits pas de côté à la marche
- lors du changement de direction, il est chancelant ou instable
- présente une démarche à petits pas
- présente une démarche avec pieds écartés (large base de support)
- interrompt sa marche pour parler (ne peut faire les deux activités en même temps)
- a une posture en flexion du tronc (vers l'avant ou l'arrière)
- regarde ses pieds en marchant

Exemples d'aides techniques à la mobilité :

- canne
- canne quadripode
- béquille canadienne
- marchette
- fauteuil roulant manuel
- ambulateur

Interventions préventives :

- Observer les situations et les moments où se présentent les problèmes
- Évaluer les causes
- Référer au médecin traitant lorsqu'il y a des éléments qui nécessitent une évaluation médicale
- Référer pour une évaluation « risque de chute » conjointe en physiothérapie et ergothérapie physique
- S'assurer que l'usager utilise son aide technique ainsi que les barres d'appui et les mains-courantes, puis faire des rappels réguliers
- S'assurer que l'usager utilise son aide technique correctement et effectuer du renforcement positif lorsqu'il le fait bien

- S'assurer que l'aide technique est accessible facilement (dans la chambre, à la salle à manger, etc.)
- Instaurer un horaire de marche
- Installer une chaise d'aisance à la chambre
- Rapprocher la chambre du poste ou de la salle de toilette
- Être à l'affût du syndrome d'immobilisation; mobiliser le plus tôt possible
- Augmenter la surveillance lors des déplacements
- Utiliser des protecteurs de hanche
- Utiliser un coussin d'alarme sur le siège
- Utiliser un coussin d'alarme au lit
- Établir un horaire mictionnel (voir facteur de risque de troubles de l'élimination)
- Informer l'utilisateur d'utiliser la cloche d'appel lorsqu'il doit se lever de son lit
- S'assurer du confort de l'utilisateur
- S'assurer que les chaussures sont adéquates (bonne grandeur, fermées, semelles antidérapantes, ferme et talon bas).
- Autres



LA CANNE



- 1. La canne du côté de la jambe saine diminue le poids du corps porté par la jambe blessée ou faible tout en gardant l'alternance naturelle des bras lors de la marche.**
- 2. Le corps bien droit avec les épaules relâchées.**
- 3. L'embout de caoutchouc à 15 cm du pied.**
- 4. L'appui-main au pli du poignet.**

LA MARCHETTE



- 1. Le corps bien droit avec les épaules relâchées.**
- 2. Les appuis-main au pli du poignet.**
- 3. Le corps ne doit pas toucher la barre antérieure et, en général, les talons doivent être vis-à-vis les pattes arrière.**

Adapté de : Ajuster votre aide à la marche, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2012

PLANIFICATION D'UN HORAIRE DE MARCHÉ



Nom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier : _____

Horaire (préciser l'heure au besoin) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aide à la marche :

CANNE <input type="checkbox"/> 	MARCHETTE <input type="checkbox"/> 	DÉAMBULATEUR <input type="checkbox"/> 	AUTRE <input type="checkbox"/> : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	--	---	--

Aides requises :

Stimulation verbale	Consignes	Aide X 1	Aide X 2	Aide X 2 et fauteuil roulant	Ceinture de marche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres précisions (consignes, distance, durée, etc.) :

RÉALISATION DE L'HORAIRE DE MARCHÉ



Cocher la case appropriée lorsque la marche a été réalisée :

Semaine du : _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine du : _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine du : _____



	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Semaine du : _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
AM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

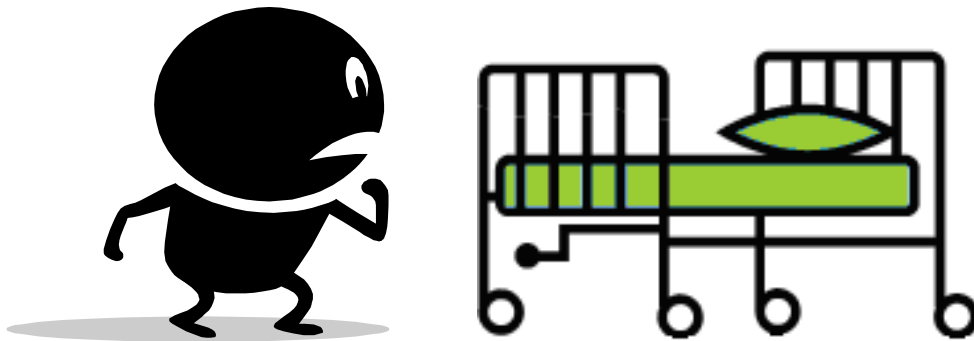


NOM DE L'USAGER : _____ DATE : _____

USAGER À RISQUE DE CHUTE	
Aide technique à la marche	
CANNE	<input type="checkbox"/>
MARCHETTE	<input type="checkbox"/>
DÉAMBULATEUR	<input type="checkbox"/>
	
Accompagnement nécessaire à la marche	
1 INTERVENANT	<input type="checkbox"/>
2 INTERVENANTS	<input type="checkbox"/>
	

Adapté de Carroll, P.H. et al (2012)

DIFFICULTÉ À EFFECTUER SES TRANSFERTS



DIFFICULTÉS À EFFECTUER SES TRANSFERTS (fauteuil ou lit)



Observations qui peuvent nous indiquer que l'utilisateur présente ce facteur de risque :
Si l'utilisateur :

- Fait plusieurs essais pour se relever de l'assise
- S'assoit sans contrôler sa descente
- S'assoit rapidement ou se précipite pour s'asseoir
- S'assoit sans s'orienter vis-à-vis du siège
- Utilise beaucoup ses membres supérieurs pour se lever ou contrôler sa descente
- Présente de la difficulté à mettre ses pieds dans le lit
- Présente de la difficulté à descendre ses pieds du lit
- Présente de la difficulté à se tourner en position latérale dans le lit.

Les comportements ci-dessous peuvent contribuer à augmenter les risques :

- Agitation
- Témérité
- Anxiété
- Mauvaise autocritique de ses capacités

Interventions préventives :

- Instaurer une routine de soins et d'activités
- Observer les situations et les moments où se présentent les difficultés
- Enseigner les étapes d'un transfert approprié (avec ou sans l'aide technique) et vérifier la compréhension de l'utilisateur :
 - ✓ assis-debout
 - ✓ debout-assis
 - ✓ assis-couché
 - ✓ couché-assis
- Offrir de l'aide lors des transferts :
 - ✓ supervision étroite
 - ✓ consignes verbales courtes et simples
 - ✓ aide physique d'un intervenant
 - ✓ aide physique de deux intervenants
 - ✓ utilisation du Sara-Stedy
 - ✓ utilisation du lève-personne
- Utiliser un coussin d'alarme sur le siège
- Utiliser un coussin d'alarme au lit
- Référer en ergothérapie physique, par exemple, pour la recommandation d'une aide technique telle que barre d'appui au lit ou une adaptation du positionnement
- Établir un horaire mictionnel
- Informer l'utilisateur d'utiliser la cloche d'appel lorsqu'il doit se lever de son lit

- Voir au maintien de l'autonomie de l'utilisateur
- Utiliser une ridelle levée
- Utiliser les deux ridelles levées (protocole d'application des mesures de contrôle)
- Mettre à la disposition de l'utilisateur un fauteuil adéquat, suffisamment haut (légèrement au-dessus du genou) et avec des appuis-bras bilatéraux suffisamment longs pour que l'utilisateur prenne appui lors du transfert
- S'assurer que le lit est à la bonne hauteur (assis sur le bord du lit, les pieds doivent toucher au sol et les genoux fléchis à près de 90 degrés)
- Au besoin référer en physiothérapie



Comment se LEVER et s'ASSEOIR de façon sécuritaire

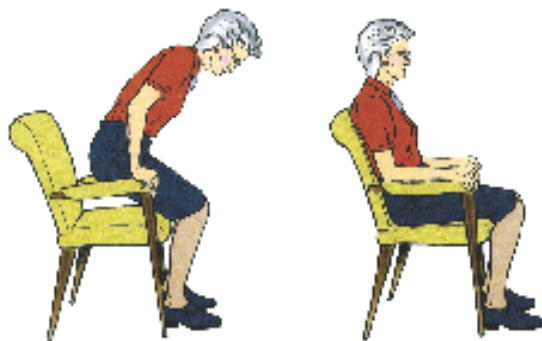
S'ASSEOIR



- Le fauteuil doit être stable,
- De bonnes chaussures vous donneront un appui solide,

DIRECTIVES

- 1 Se placer dos au fauteuil et tenir les pieds écartés,
- 2 Reculer jusqu'à ce que les jambes touchent le fauteuil,
- 3 Se pencher vers l'avant et plier les genoux,
- 4 Appuyer les mains sur les accoudoirs ou sur le siège,



- 5 Reculer le fessier et descendre doucement, tout en restant penché vers l'avant,
- 6 S'asseoir bien au fond du fauteuil,



Si l'usager utilise un fauteuil roulant, assurez-vous lors du transfert:

- d'appliquer les freins;
- d'enlever les appuis-pieds et les appuis-jambes,

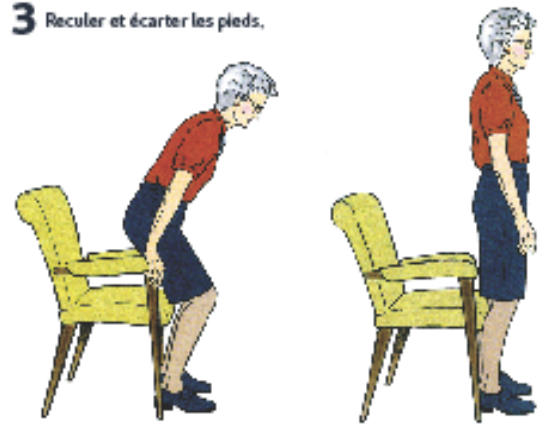
SE LEVER



- Le fauteuil doit être stable,
- De bonnes chaussures vous donneront un appui solide,

DIRECTIVES

- 1 Appuyer les mains sur les accoudoirs ou sur le siège,
- 2 Avancer le fessier jusqu'au milieu du siège,
- 3 Reculer et écarter les pieds,
- 4 Se pencher vers l'avant,



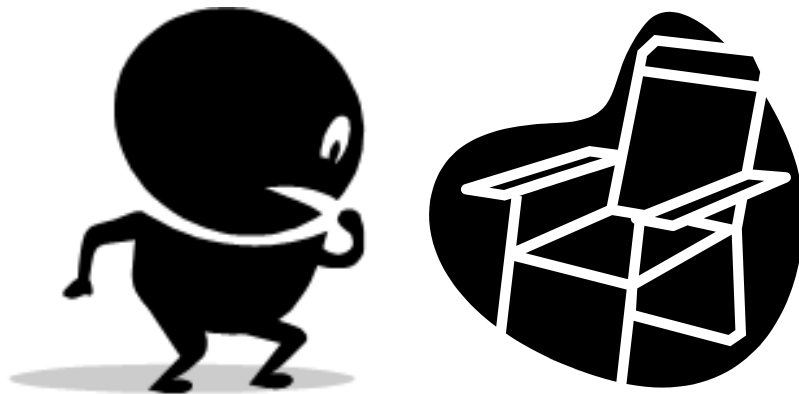
- 5 Se lever en poussant sur les pieds et les mains puis se redresser,
- 6 Se tenir droit pendant quelques secondes avant de se déplacer,



Si l'usager utilise un fauteuil roulant, assurez-vous lors du transfert:

- d'appliquer les freins;
- d'enlever les appuis-pieds et les appuis-jambes,

CONFINEMENT À LA CHAISE





Définition :

Ensemble de symptômes et de signes cliniques d'ordre biologique et psychologique qui découlent de l'immobilité.

L'immobilisation peut prendre différentes formes :

- de légère (sédentarité et diminution de la performance à l'effort léger)
- à sévère (maladie chronique - état grabataire).

Personnes à risque et risques associés :

- Personnes âgées (plus de 85 ans) présentant une atteinte cognitive, plus fréquent chez les femmes.

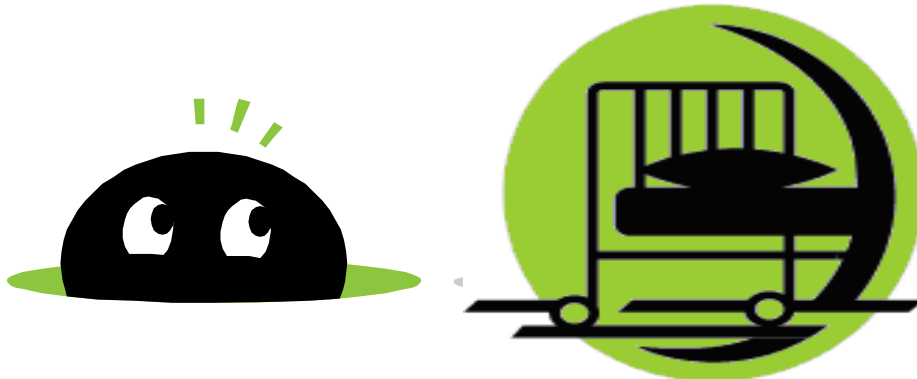
Risques associés :

- Détérioration des divers systèmes de l'organisme et perte d'autonomie importante.

Interventions préventives :

- Assurer un positionnement adéquat (éviter la triple flexion des MI)
- Mobiliser rapidement la personne
- Participer le plus possible dans les AVQ
- Assurer une bonne hydratation
- Utiliser des bas de compression anti-embolique
- S'assurer que la surface du matelas est appropriée
- Faire appel à l'ergo\physio pour programme d'exercices

LE TROUBLE DU SOMMEIL



L'INSOMNIE



L'insomnie se manifeste par des difficultés à l'endormissement, à demeurer endormi pendant toute la nuit et à se sentir reposé au réveil : elle se présente sous différentes formes :

- **Intermittente** où l'endormissement est facile, mais où la nuit est marquée de périodes de réveils fréquents;
- **Initiale** où l'endormissement est difficile, mais le sommeil est continu par la suite pendant le reste de la nuit;
- **Insomnie de fin de nuit** où les réveils involontaires se produisent très tôt le matin.

Avec l'âge, les personnes présentent souvent des difficultés à l'endormissement; le sommeil est perçu comme moins réparateur et les périodes d'éveils nocturnes sont fréquentes. La polymédication, les troubles cognitifs, l'anxiété, les douleurs physiques, l'inactivité physique amplifient les troubles du sommeil.

De jour, la personne peut ressentir divers inconforts telles la somnolence, la léthargie, l'irritabilité, une baisse de la capacité d'attention et de concentration, une accentuation des douleurs physiques ou des symptômes psychiatriques, une hypersensibilité au froid, etc.; le manque de sommeil peut avoir un impact important sur le fonctionnement ou sur la cognition. La personne peut alors être plus vulnérable au risque de chute.

En 2008, Stone publiait les résultats d'une recherche mettant en lumière le lien entre le manque de sommeil et le risque de chute :

- Comparées aux femmes qui dormaient 7 à 8 heures par nuit, celles qui dormaient 5 heures ou moins avaient un risque augmenté de **52 %**.
- Un sommeil nocturne fragmenté ou trop court augmentait le risque de chute à **36 %**.

Le trouble du sommeil pouvant être un facteur contributif à la chute, il devra apparaître dans la section « Autres facteurs de risque » des grilles d'évaluation du risque de chute.



✓	CHOISIR LES INTERVENTIONS PERTINENTES
<input type="radio"/>	Rechercher l'origine du trouble de sommeil (au besoin, utiliser la grille de suivi du sommeil)
<input type="radio"/>	Soulager la douleur avec une médication dont l'effet couvrira les heures de la nuit
<input type="radio"/>	Planifier l'administration des diurétiques en matinée ou au maximum 4 heures avant le coucher
<input type="radio"/>	Faciliter l'endormissement par l'administration d'un PRN contre la douleur 30 minutes avant le coucher
<input type="radio"/>	Revoir l'horaire d'administration des médicaments
<input type="radio"/>	Diminuer les bruits, la lumière ou toute autre source de stimulation sur l'unité
<input type="radio"/>	Offrir des repas et des collations légers, facilement digestibles
<input type="radio"/>	Éviter la cigarette et les boissons stimulantes avant le coucher
<input type="radio"/>	S'assurer d'une installation confortable au lit
<input type="radio"/>	Observer et consigner au dossier les éléments problématiques du sommeil à l'aide de la grille du suivi du sommeil
<input type="radio"/>	Accorder du temps d'écoute à la personne avant le coucher afin d'apaiser son anxiété
<input type="radio"/>	Vérifier si l'action d'un médicament ou ses effets secondaires causent un trouble du sommeil : consulter le médecin ou le pharmacien
<input type="radio"/>	Identifier les éléments de l'environnement qui peuvent contribuer à perturber le sommeil : literie inconfortable, environnement peu familier, voisin de chambre bruyant ou inquiétant, etc.
<input type="radio"/>	Limiter les siestes de jour à un maximum de 40 minutes
<input type="radio"/>	Développer une routine des périodes d'éveil/sommeil à heures fixes pour les levers et les couchers
<input type="radio"/>	Favoriser les activités de détente le soir : marche, écoute musicale, etc.
<input type="radio"/>	Fournir de l'information ou la documentation sur les techniques de relaxation (voir en annexe)
<input type="radio"/>	S'exposer à la lumière du jour afin d'aider à régulariser l'horloge biologique
<input type="radio"/>	Autres interventions :
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	

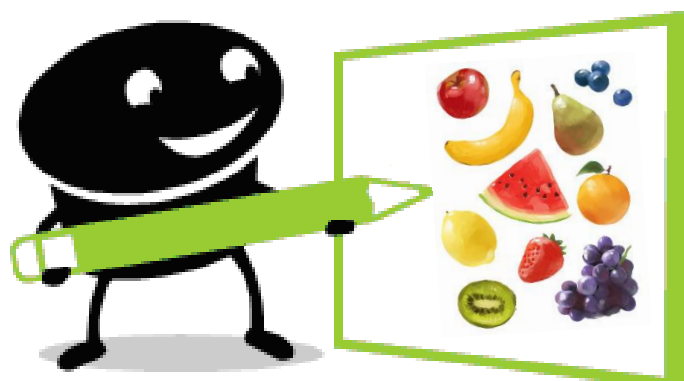
GRILLE DE SUIVI DU SOMMEIL (Évaluation sur 7 nuits)



JOUR _____

<input type="radio"/>	Sommeil réparateur	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Insomnie intermittente	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Insomnie initiale	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
<input type="radio"/>	Insomnie de fin de nuit	Oui <input type="radio"/>	Non <input type="radio"/>
FACTEURS ASSOCIÉS			
<input type="radio"/>	Problème physique :		
<input type="radio"/>	Douleur, inconfort :		
<input type="radio"/>	Symptôme psychiatrique :		
<input type="radio"/>	Anxiété, peur :		
<input type="radio"/>	Problème d'incontinence :		
<input type="radio"/>	En lien avec l'administration d'un médicament :		
<input type="radio"/>	Environnement :		
<input type="radio"/>	Repas, collation :		
<input type="radio"/>	Prise de stimulants (liqueur, boissons énergisantes, cigarette, etc. :		
<input type="radio"/>	Sieste en journée :		
<input type="radio"/>	Routine d'endormissement :		
<input type="radio"/>	Inactivité en journée :		

NUTRITION





La malnutrition est l'un des paramètres contribuant à la survenue de la chute et de la fracture de la hanche.

Elle se définit comme un apport insuffisant en protéines ou en énergie (calories) pendant une période de temps prolongée, entraînant une perte des réserves de graisses ou musculaires. (Academy of Nutrition and Dietetics -2013)

Elle est donc en lien direct ou indirect avec une augmentation des risques de :

- Perte de masse musculaire et des réserves de graisse
- Trouble de la marche et de l'équilibre
- chutes
- Présence d'ostéoporose et de fractures. (Hébuterne X. et coll. 2009)

Concrètement, plusieurs associations ont été démontrées dans la littérature entre des déficiences nutritionnelles et des facteurs prédisposant aux chutes et fractures. Par exemple :

- Des apports insuffisants en protéines et en calcium, associés à une carence en vitamine D, peuvent être responsables d'une diminution de la masse musculaire et osseuse. (Hébuterne X. et coll. 2009)
- Un manque d'exposition au soleil entraîne une diminution des réserves en vitamine D (hypovitaminose D) et aggrave ainsi la perte de masse osseuse (ostéopénie). (Hébuterne X. et coll. 2009).
- De manière générale, chez les personnes âgées, la malnutrition est associée à l'allongement de la durée de séjour hospitalier, à l'apparition de plaies de pression et un risque accru d'infections nosocomiales (ex. : C. difficile). (Hébuterne X. et coll. 2009).
- Selon une étude allemande, une prise en charge de la dénutrition permettrait de réduire le risque de chutes de 26 %. Un enrichissement en énergie et en protéines de l'alimentation est donc recommandé chez les personnes âgées dénutries. (INESSS 2013. Hébuterne X. et coll. 2009)
- En prévention des chutes, un apport suffisant en calcium et en vitamine D peut réduire le nombre de chutes de 22 %. (Hébuterne X. et coll. 2009).

Finalement, l'activité physique apparaît comme indispensable pour améliorer l'efficacité de la prise en charge nutritionnelle et l'augmentation de la masse musculaire. La combinaison d'apports nutritionnels adéquats à l'activité physique régulière permet d'améliorer plus rapidement le statut nutritionnel et la force musculaire. (Hébuterne X. et coll. 2009).

Le dépistage de la malnutrition et la référence à une nutritionniste permettront d'évaluer l'état nutritionnel et d'établir un plan de traitement personnalisé afin de diminuer les risques de chutes et les conséquences qui en découlent.

En lien avec « Autres facteurs de risque » dans les **Grilles d'évaluation des risques de chutes** :

- Si l'usager est à risque de chutes selon les grilles d'évaluation, remplir la grille du Mini Nutritional Assessment (MNA) (version courte) pour dépister les risques de malnutrition.
- Si le questionnaire MNA (version courte) donne un score correspondant à un « Risque de malnutrition » (pointage de 8 à 11), se référer au tableau : **Interventions ciblées pour favoriser un état nutritionnel optimal.**

En cas de « Malnutrition avérée » (pointage de 0 à 7), faire parvenir une demande d'intervention en nutrition clinique afin qu'un plan de traitement nutritionnel individualisé soit établi.



Mini Nutritional Assessment

MNA[®]

Nestlé
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

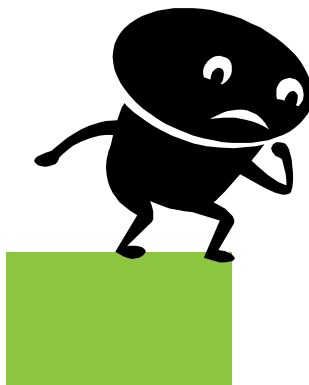
Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

Dépistage	
<p>A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?</p> <p>0 = baisse sévère des prises alimentaires 1 = légère baisse des prises alimentaires 2 = pas de baisse des prises alimentaires</p>	<input type="checkbox"/>
<p>B Perte récente de poids (<3 mois)</p> <p>0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids</p>	<input type="checkbox"/>
<p>C Motricité</p> <p>0 = au lit ou au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile</p>	<input type="checkbox"/>
<p>D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?</p> <p>0 = oui 2 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>E Problèmes neuropsychologiques</p> <p>0 = démence ou dépression sévère 1 = démence légère 2 = pas de problème psychologique</p>	<input type="checkbox"/>
<p>F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)²</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Score de dépistage (sous-total max. 14 points)</p> <p>12-14 points: état nutritionnel normal 8-11 points: à risque de dénutrition 0-7 points: dénutrition avérée</p> <p>Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation globale	
<p>G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?</p> <p>1 = oui 0 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>H Prend plus de 3 médicaments par jour ?</p> <p>0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>I Ecarrea ou plaies cutanées ?</p> <p>0 = oui 1 = non</p>	<input type="checkbox"/>
<p>J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?</p> <p>0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas</p>	<input type="checkbox"/>
<p>K Consomme-t-il ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> • Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <p>0,0 = si 0 ou 1 oui 0,5 = si 2 oui 1,0 = si 3 oui</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?</p> <p>0 = non 1 = oui</p>	<input type="checkbox"/>
<p>M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)</p> <p>0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1,0 = plus de 5 verres</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>N Manière de se nourrir</p> <p>0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté</p>	<input type="checkbox"/>
<p>O Le patient se considère-t-il bien nourri ?</p> <p>0 = se considère comme dénutri 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition</p>	<input type="checkbox"/>
<p>P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?</p> <p>0,0 = moins bonne 0,5 = ne sait pas 1,0 = aussi bonne 2,0 = meilleure</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Q Circonférence brachiale (CB en cm)</p> <p>0,0 = CB < 21 0,5 = CB ≥ 21 ≤ 22 1,0 = CB > 22</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>R Circonférence du mollet (CM en cm)</p> <p>0 = CM < 31 1 = CM ≥ 31</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Évaluation globale (max. 16 points)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Score de dépistage</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Score total (max. 30 points)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>Appréciation de l'état nutritionnel</p> <p>de 24 à 30 points <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal de 17 à 23,5 points <input type="checkbox"/> risque de malnutrition moins de 17 points <input type="checkbox"/> mauvais état nutritionnel</p>	

Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2008;10:458-465.
Rubenstein LZ, Harter JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001;56A: M398-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2008; 10:468-487.
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
© Nestlé, 1994, Révision 2008. N67200 12/99 10M
Pour plus d'informations : www.mna-elderly.com

INTERVENTIONS CIBLÉES POUR FAVORISER UN ÉTAT NUTRITIONNEL OPTIMAL

Interventions indirectes	Exemples
Observer les facteurs pouvant affecter les apports oraux et les consigner au dossier médical.	Comportement problématique pendant le repas, refus de s'alimenter, proportion du repas consommé, aversions multiples, contraintes économiques, contraintes religieuses, évitement d'aliments/groupes d'aliments, etc.
Chaque mois, mesurer et consigner le poids de l'utilisateur au dossier médical.	
S'assurer une prise prandiale de 3 repas par jour.	
Valider auprès du médecin si une supplémentation en calcium ou en vitamine D est pertinente.	
Interventions directes	Exemples
Ajuster le menu en fonction des préférences et aversions alimentaires de l'utilisateur.	
Développer une routine de repas à des heures fixes afin de stimuler l'appétit.	
Au repas, assurer une atmosphère agréable afin de stimuler l'appétit.	Favoriser une ambiance calme, éviter les distractions, encourager les activités sociales et agréables au moment du repas...
Favoriser une prise prandiale de 3 repas par jour.	
Offrir 2 collations par jour minimum.	
Encourager la consommation d'aliments riches en protéines à chaque repas (incluant le déjeuner).	Volaille, bœuf, poisson, tofu, légumineuses, noix et graines, œufs, beurre d'arachide, creton, etc.
Encourager la consommation d'aliments riches en énergie (calories).	Lait entier, fruits séchés, mets gratinés, noix et graines, smoothies, crème glacée, crêpes, muffin, confiture, miel, etc.
Encourager la consommation de laits et substituts.	Fromage, yogourt, boisson de soya fortifiée en calcium et vitamine D, lait, dessert au lait, soupe au lait, gruau au lait, etc.
Encourager la consommation d'aliments sources de calcium.	Jus d'orange enrichi en calcium, légumes verts foncés (épinard, chou...), sardines et saumon en conserve avec arêtes, amandes, etc.
Encourager l'utilisateur à s'exposer à la lumière du jour entre les mois d'avril et d'octobre afin de favoriser la synthèse de vitamine D.	



ÉVALUATION ET RETOUR POST-CHUTE



Définition :

Ensemble de symptômes qui peuvent survenir suite à une chute. Ils peuvent être d'ordre physique (ex. : akinésie) et psychologique (ex. : anxiété face à se mobiliser de nouveau, perte de confiance en soi, choc émotionnel). En effet, cette anxiété associée à la peur de tomber de nouveau fait en sorte que la personne limite ses déplacements. Par conséquent, après quelque temps, la personne perd de ses capacités physiques (diminution de l'endurance, difficulté à la marche), ce qui a un impact sur son rendement dans l'ensemble de ses activités quotidiennes (AVQ, AVD, loisirs) et elle tend à s'isoler. Évidemment tous ces comportements peuvent occasionner des symptômes anxio-dépressifs.

Voici des éléments à observer chez la personne, qui peuvent correspondre à un syndrome post-chute :

- Elle exprime une peur de tomber
- Elle ne se mobilise plus sans aide
- Elle restreint ses déplacements
- Elle cherche à prendre appui sur les objets
- Elle se déplace de façon "précautionneuse" (ex. : petits pas traînants au sol)

Interventions :

- Il est important d'intervenir de façon précoce en réadaptation et avec toute l'équipe multidisciplinaire afin que la personne reprenne ses automatismes à la marche et à l'équilibre.
- Écouter et rassurer la personne, en la faisant verbaliser sur ses craintes.
- Mettre des stratégies en place pour que la personne reprenne confiance en ses capacités.

Catalogue.cssslaval.qc.ca "Programme de prévention des chutes du CSSS de Laval, 2011



1re étape :

Lorsque survient une chute, les intervenants doivent agir avec prudence en laissant l'utilisateur sur place sans tenter de le relever ou de le déplacer jusqu'à ce que l'infirmière procède à l'évaluation initiale complète. Les intervenants doivent rassurer l'utilisateur et lui expliquer la nécessité d'une évaluation par l'infirmière.

2e étape :

L'infirmière procède à un examen sommaire de l'utilisateur en ciblant les aspects suivants :

- L'utilisateur s'est-il frappé la tête lors de la chute?
- Y a-t-il présence de sang ou de liquide clair au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche?
- Y a-t-il des lésions visibles (coupures, abrasions, lacérations, etc.)?
- Les membres sont-ils bien alignés?
- Où se situe la douleur?
- L'utilisateur peut-il mobiliser doucement les bras et les jambes?
- Se sent-il capable de se relever seul? Avec aide?

3e étape :

En présence d'une blessure à la tête, d'une suspicion de fracture ou si l'utilisateur est en traitement d'anticoagulant ou d'antiplaquettaire, l'utilisateur ne doit pas être mobilisé ou déplacé. Les intervenants doivent l'installer de façon confortable et exercer une surveillance constante en attendant l'arrivée de l'omnipraticien. L'infirmière doit procéder à la prise des signes vitaux et à l'évaluation de l'état mental et physique toutes les 15 minutes jusqu'à l'arrivée du médecin.

4e étape :

Si l'utilisateur peut faire une mise en charge, s'il n'est pas blessé et ne présente pas de douleur, l'infirmière l'aidera à se relever en lui donnant les consignes suivantes :

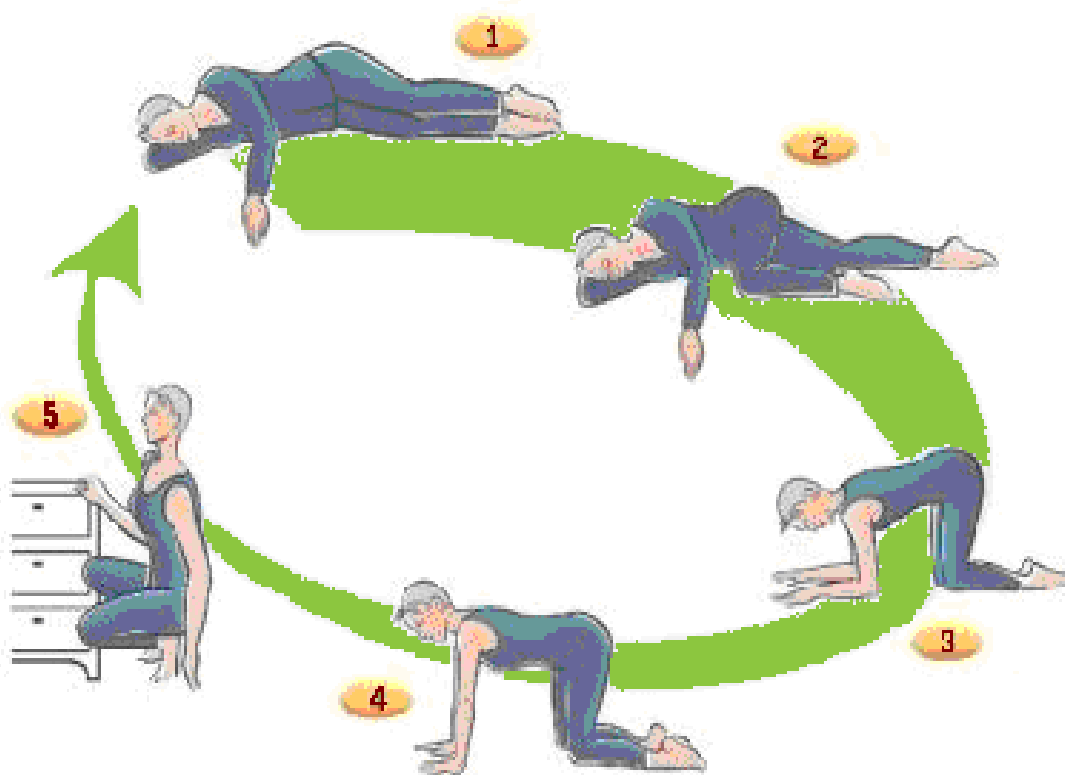
- Se tourner sur le côté;
- Prendre appui sur un avant-bras afin de s'agenouiller;
- Prendre appui sur une chaise stable et relever une jambe (position du chevalier);
- S'asseoir sur la chaise et prendre une pause;
- Se mettre debout et marcher lentement vers un endroit calme.

5e étape :

SI NÉCESSAIRE l'infirmière procède à une évaluation plus complète à l'aide de la grille « *Évaluation et suivi post-chute* ».



1. Allongée sur le dos, basculez sur le côté en ramenant votre bras et votre jambe devant vous. Effectuez lentement chaque mouvement.
2. En appui sur le flanc, retournez-vous sur le ventre, le plus doucement possible.
3. Pliez une jambe et prenez appui sur vos bras en vous aidant de vos coudes et de votre genou plié.
4. Mettez-vous à quatre pattes.
5. Hissez-vous sans hâte et sans brutalité, en vous appuyant sur une chaise ou sur un meuble, par exemple.





Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

ÉVALUATION ET SUIVI POST-CHUTE

NO DE DOSSIER : _____

NOM /PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ EXP : _____

MÉDECIN TRAITANT : _____

UNITÉ/CLINIQUE : _____

Date survenue de la chute : ____/____/____ Heure de la chute : _____

Présence de symptômes avant la chute : non oui si oui précisez : _____

Brève description de la chute : _____

Suspicion d'impact crânien / traumatisme crânien : non oui

Altération de l'état mental : non oui

Altération du comportement : non oui

ÉVALUATION INITIALE (par l'infirmière)

Paramètres		Description (description si modification ou anomalie)
État de conscience	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Modifié	
État mental	<input type="checkbox"/> Sans particularité / habituel <input type="checkbox"/> Modifié	
Comportement de l'usager	<input type="checkbox"/> Sans particularité / habituel <input type="checkbox"/> Modifié	
Alignement et mobilité des membres	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Déformation des membres	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
Signes neuro-vasculaires (CCMSPRO)	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	Voir page suivante
Présence de douleur	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	PQRSTU : voir page suivante
Présence de lacération / blessures	<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Présence	
Signes vitaux	<input type="checkbox"/> Pris (inscrire sur formulaire « Signes vitaux »)	

Signature de l'infirmière :		
Signes neuro-vasculaires (CCMSPRO)		
Paramètres		Description (description si modification ou anomalie)
Coloration	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Chaleur	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Mobilité	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Sensibilité	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Pouls	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Retour capillaire	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	
Oedème	<input type="checkbox"/> Sans particularité <input type="checkbox"/> Anormal	

Présence de douleur :

PQRSTU	Questions
P : Provoquer / Pallier	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur? • Que faisiez-vous lorsque la douleur est apparue? • Qu'est-ce qui aggrave votre douleur? • Qu'est-ce qui aide à soulager votre douleur? • Est-ce la première fois que cela vous arrive?
Q : Qualité /Quantité	<ul style="list-style-type: none"> • Décrivez-moi votre douleur. • Quelle est la sensation que vous ressentez? • À combien évaluez-vous votre douleur sur une échelle de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur insupportable)?
R : Région et irradiation	<ul style="list-style-type: none"> • À quel endroit ressentez-vous de la douleur? • Pointez cette région avec votre doigt. • Est-ce que vous ressentez de la douleur ailleurs?
S : Signes et symptômes associés Sévérité (intensité)	<ul style="list-style-type: none"> • Ressentez-vous d'autres malaises en plus de cette douleur? • Prendre les signes vitaux et observer le client pour documenter les signes associés (ex.: expression faciale, position du corps, etc.)
T : Temps (début) Durée (progression)	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis quand avez-vous de la douleur? • Est-ce que votre douleur est continue ou intermittente? Si elle est intermittente, à quels moments de la journée la ressentez-vous?
U : <i>Understand</i> (Signification pour le client)	<ul style="list-style-type: none"> • De quel problème croyez-vous qu'il s'agit? (un client qui a vécu une expérience antérieure similaire ou qui souffre d'un problème de santé chronique se connaît très bien). • Demander au client s'il a d'autres douleurs connues et s'il a des traitements associés à ces problèmes, le cas échéant.



Abraham, S.P. Psychiatric nursing director's perceptions of the factors contributing to patient falls in psychiatric inpatient unit. University of Phoenix, 2012 : D.H.A. 188p.

Alan C. Tsai., Mei-Yen Lai. Mini nutritional assessment and short-form Mini nutritional assessment can predict the future risk of falling in older adults – Results of a national cohort study. *Clinical nutrition* (2014); 33 : p. 844-849.

Allain-Lemieux, J. Prévenir les chutes chez les aînés durant un séjour transitoire dans une institution psychiatrique. Université de Montréal, août 2014. (Présentation PowerPoint)

Al-Khatib, Y. et al. Prevention stratégies to reduce falls in psychiatric settings. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 51(5), 28-34. 2013.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ. Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Ontario, 2010.

Butcher, L., The No-Fall Zone. *Hospitals and Health Networks*. 87(6) : 26-30. Juin 2013.

Cloutier, L. et Leclerc, C. L'évaluation de la condition mentale : Comment allez-vous aujourd'hui? *Perspective infirmière*, mars-avril 2014, pp.29-31.

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, La prévention des chutes : être en sécurité à domicile. 2010.

CSSS de la Pointe de l'Île, Politique et procédure de prévention des chutes. 2010.

CSSS du Sud de Lanaudière, Programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute. Juin 2012.

CSSS de la Vieille-Capitale. Programme de prévention des chutes. 2012.

Deandrea, S. et al. Risk Factors for Falls in older people in nursing homes and hospitals. A Systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56 (2013). 407-45.

Direction de la santé publique de Montréal, Prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.). www.dsp.santemontreal.ca. 31 août 2015

Duerksen, D.R. et al. Physician's perceptions Regarding the Detection and Management of Malnutrition in Canadian Hospitals: Result of a Canadian Malnutrition Task Force Survey. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Juin, 2014.

Dykes, P.C., Adding targeted multiple interventions to standard fall prevention interventions reduces falls in an acute care setting. *Evidence Based Nursing*, Octobre 2012 ; 15(4) : 109-110.

Frenette, F. et al. L'hypotension orthostatique : évaluation et interventions de l'infirmière. *Perspective Infirmière*, novembre-décembre 2009 : 30-33.

Guay, B., et Morin, C.M. Comment évaluer un problème d'insomnie. *Le Médecin du Québec*, vol.37, no.9, septembre 2009. 97-109.

Guide de poche du manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) : terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition. Academy of Nutrition and Dietetics ; [traduction, Isabelle Galibois en collab. avec Diététistes Canada]. Québec : Presses de l'Université Laval c2013.

- Hébuterne, X. et al. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Springer, Paris, 2009
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé*. Gouvernement du Québec, 2013.
- Institut national de santé publique, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Guide d'implantation-IMP, 2^e édition, Gouvernement du Québec, 2009.
- Institut national de santé publique, *Trousse des outils de dépistage et d'évaluation pour la prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*. Guide d'implantation. Gouvernement du Québec, avril 2008.
- Institut national de santé publique, Robitaille, Y. et Gratton, J. *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*. Gouvernement du Québec, 2005.
- Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Proulx, D. *Programme de prévention des chutes et des blessures associées*. Octobre 2011.
- Juneau, A. et al., *Le protocole Sprint : protocole de reconditionnement*. Institut universitaire de gériatrie de Montréal : Janvier 2013.
- MSI-AQESS-Évaluation de la pression artérielle -2009-07-20.
- Ministère de la santé et des services sociaux. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : sommeil*. Direction des communications, Québec, 2012.
- Moraescu E. *Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte de de longue durée)*, INESSS. Québec. 2013.
- Nestlé nutrition institute. *Mini nutritionnel assesment* ©. [document électronique]. Nestlé, révision 2009, http://www.mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf
- Régie régionale de la santé et des services sociaux. Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. *Répertoire des outils et ressources disponibles en prévention des chutes pour les personnes âgées vivant à domicile*.1998, 238 p.
- Stone, K.L. et al. *Actigraphy-measured sleep characteristics and risk of falls in older women*. *Archives of International Medicine*. Nov. 2008; 168: 1768-1775.
- Van Venrooij L.M.W., de Vos R., et al. *Quick-and-easy nutritional screening tools to detect disease-related undernutrition in hospital in- and outpatient settings : A systematic review of sensitivity and specificity*. *European e-Journal of Clinical Nutrition and metabolism* (2007); vol. 2 : p. 21-37
- Weinberg, J. et al., *An inpatient fall prevention initiative in a tertiary care hospital*. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, Juillet 2011 ; 37 (7) : 317-25.
- Yates, K., Creech Tart, R. *Acute care patients falls : evaluation of a revised fall prevention program following comparative analysis of psychiatric and medical patient falls*. *Applied Nursing Research*, Mai 2012 : 25 (2) : 68-74.



COUSSIN D'ALARME

Principe de fonctionnement

Le système est composé d'un coussin-alarme et d'un moniteur. C'est l'absence du poids du corps de l'utilisateur surveillé qui déclenche l'alarme. Le personnel est avisé par une alarme sonore que l'utilisateur a quitté le lit ou le fauteuil. Pour arrêter l'alarme, il suffit d'appuyer sur le bouton « reset » sur le moniteur blanc ou placer le bouton à « off » pour le moniteur beige.

Les moniteurs *beiges* doivent être activés dès que l'utilisateur est assis ou couché sur le coussin. Les moniteurs *blancs* s'activent automatiquement après 2 bips.

Il est possible d'ajuster le délai et le volume de l'alarme. Pour ce faire, aviser le département d'ergothérapie physique au poste 2902. La durée de vie d'un coussin est d'un an d'utilisation.

But

- Ce système permet une surveillance à distance et augmente la rapidité de l'intervention
- Il s'agit d'une alternative à la contention
- Il permet la prévention des chutes tout en donnant à l'utilisateur un maximum de liberté
- Il permet de documenter les déplacements nocturnes d'un utilisateur

Il est important au départ de rechercher la cause possible d'un accident ou d'un déplacement à risque. Il ne faut pas oublier que ce système ne remplace pas le besoin de surveillance et que l'utilisation doit être temporaire.

Critères

- Usager désorienté, confus
- Déplacements à risque de chute
- Problème d'équilibre
- Pour des utilisateurs qui sont dans l'incapacité, pour des raisons physiques ou psychiques, d'utiliser les moyens classiques d'appel mis à leur disposition (p.ex. clochette d'appel au chevet).

Installation

Au lit : Le coussin est positionné sous les draps et le piqué du lit, au niveau des épaules et du tronc

Au fauteuil : le coussin est sur l'assise du fauteuil, sous le piqué (voir annexe).

Le moniteur se place à proximité du coussin et est facilement accessible pour le personnel. Pour plus de sécurité, le fil est attaché à la structure du lit avec une attache de plastique de type « *Tie-wrap* ».

Si le moniteur sonne sans raison, il est important de vérifier la connexion entre le coussin et le moniteur ainsi que l'état des piles à l'aide du voyant lumineux sur le moniteur.

CONSIGNES RELATIVES À L'UTILISATION D'UN COUSSIN D'ALARME



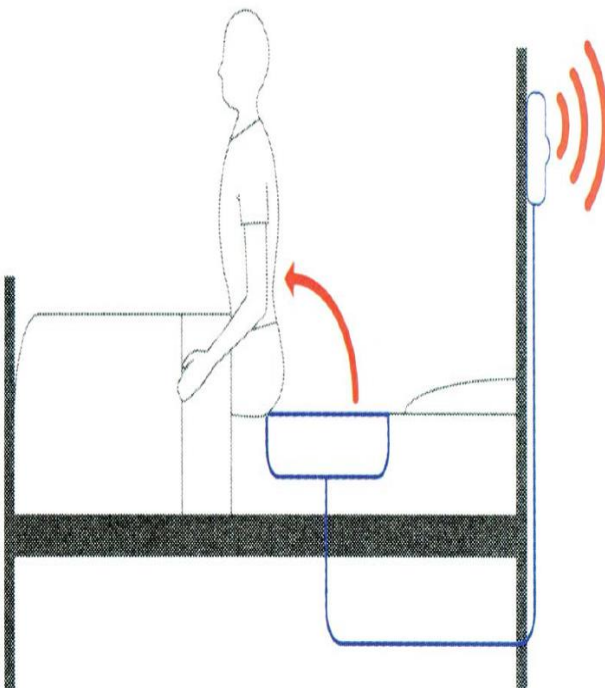
À surveiller :

- **La connexion** : La connexion entre le coussin et le moniteur doit être bien installée.
- **Les piles** : Un voyant lumineux à activer permet de vérifier l'état des piles. S'il demeure allumé au rouge tout le temps : il faut changer les piles.

Apposer l'affiche au chevet lorsque le coussin alarme est utilisé pour un usager.

- **Ne pas oublier d'activer le moniteur dès que l'usager est couché ou assis.**

COUSSIN ALARME



COUSSIN ALARME

