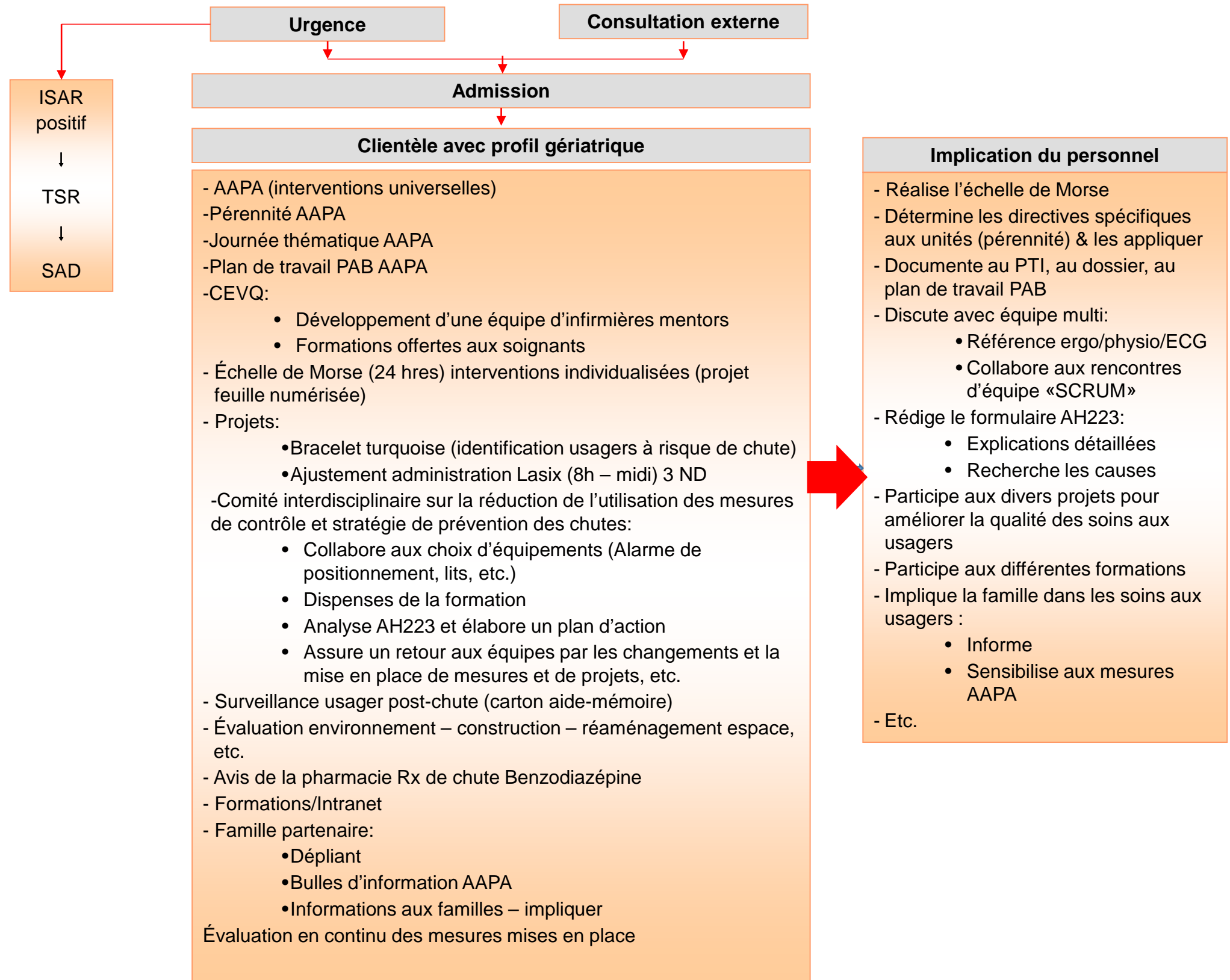




Stratégies en place pour les usagers avec risque de chute





INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

***STRATÉGIE DE
PRÉVENTION DES CHUTES***

OCTOBRE 2008

Révisé Mars 2010

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE	2
2. PRATIQUES EXEMPLAIRES	4
3. ÉTAT DE LA SITUATION	6
4. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES	8
5. PLAN D'ACTION 2007-2011	9
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAPHIE	15
ANNEXES	
Annexe 1 : Nombre d'usagers avec chutes multiples 2005-2008	
Annexe 2 : Situations associées lors des chutes par unités de soins – 2006-2007	
Annexe 3 : Situations associées aux chutes	
Annexe 4 : Statistiques de l'établissement	
Annexe 5 : Prévention des chutes : Interventions universelles	
Grille de dépistage – Échelle de Morse	
Annexe 6 : Outil d'identification de la mobilité : guide d'utilisation	
Annexe 7 : Affiche –Prévention des chutes	

INTRODUCTION

La mise en œuvre d'une stratégie s'avère nécessaire pour réduire les risques de blessures résultant de chutes chez nos clientèles, plus particulièrement chez notre clientèle âgée. Elle exige une démarche à l'échelle de l'organisation devant amener un changement de pratique à plusieurs niveaux.

Le développement d'une stratégie de prévention des chutes constitue une étape incontournable au chapitre de la réduction des mesures de contrôle. De plus, cette stratégie répond adéquatement en matière de sécurité aux orientations ministérielles et aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada.

Ce document présente le contexte et les pratiques exemplaires d'une stratégie de prévention des chutes. Les facteurs de risque chez la clientèle-cible sont expliqués ainsi que les outils et étapes nécessaires à l'implantation d'une telle stratégie en milieu de soins aigus.

1. CONTEXTE

Le vieillissement de la population

Les personnes âgées représentent un segment de la population en forte croissance au Canada. En 2000, **13%** de la population avaient « 65 ans et plus ». Statistique Canada prévoit qu'en 2021, les personnes âgées représenteront **19%** de l'ensemble de la population. Le groupe des « 85 ans et plus » forme le segment de la population âgée qui connaît la croissance la plus rapide². L'augmentation de ce groupe d'âge revêt une importance considérable en raison des besoins accrus en matière de soins de santé et de soutien social significativement plus élevés que chez d'autres groupes d'âge.

En 1998, les personnes âgées étaient trois fois plus susceptibles que celles de « 45 à 64 ans » d'être hospitalisées. Statistique Canada indique que la durée moyenne de séjour est plus grande chez ces aînés hospitalisés.

L'accroissement de la population âgée est également évident au sein du profil clientèle des usagers hospitalisés dans notre établissement. On observe également que la durée moyenne de séjour de cette clientèle augmente avec l'âge mais diminue au fil des années.

POURCENTAGE DE LA CLIENTÈLE ÂGÉE HOSPITALISÉE			
ANNÉE	65 ans et +	75 ans et +	85 ans et +
2003-2004	48,3 %	23,1 %	4,6 %
2004-2005	49,2 %	24,3 %	4,9 %
2005-2006	49,7 %	24,6 %	5,2 %
2006-2007	51,6 %	26,2 %	5,4 %

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR			
ANNÉE	65 ans et +	75 ans et +	85 ans et +
2003-2004	8,0	9,0	10,8
2004-2005	8,0	8,9	10,4
2005-2006	7,0	8,1	9,5
2006-2007	7,2	8,0	9,3

Chutes chez les aînés

La chute se définit comme un « changement soudain et involontaire de la position d'une personne à un niveau plus bas, tel que sur un objet, sur le sol ou sur un plancher, avec ou sans blessure ». ²

L'Agence de santé publique du Canada, dans son rapport sur les chutes des aînés au Canada (2005) ², reconnaît que les chutes représentent un problème de santé des plus complexes auxquels doivent faire face les aînés. Les chutes ont de fortes répercussions non seulement sur la qualité de vie des aînés (blessures, syndrome post chute) mais aussi sur leurs proches et sur les ressources du système de santé. Elles ont aussi comme conséquence l'augmentation de la durée de l'hospitalisation et peuvent nécessiter un changement d'orientation ou du milieu de vie.

- Près de **62 %** des hospitalisations liées à des blessures chez les aînés sont conséquentes à une chute.
- Le taux de blessures liées aux chutes est neuf fois plus élevé chez les aînés.
- Près de la moitié des aînés subissant une chute présentent une blessure mineure, de **5 à 25 %** subissent une blessure sérieuse, telle qu'une fracture ou une entorse.
- Les chutes sont à l'origine de plus de **90 %** de l'ensemble des fractures de la hanche chez les aînés : de ce nombre, **20 %** décèdent dans l'année consécutive de la fracture.
- Moins de **30 %** des aînés s'étant fracturés une hanche recouvrent leur degré préalable d'autonomie aux déplacements.

Un taux de chute de **2,2 à 7** par **1,000** jours-présence en milieu de soins aigus a été observé. En milieu de réadaptation, ce taux varie de **8 à 19,8** alors qu'en soins de longue durée, le taux est de **11 à 24,9**. Selon O'Connor ¹⁹, **62 %** des chutes en milieu hospitalier pourraient être prévenues. On rapporte que **82 %** des chutes surviennent sans la présence d'un témoin et que **60 %** sont à proximité du lit. La fréquence des chutes est plus élevée dans les premiers jours suivant l'admission, lors d'un transfert ou d'un changement aigu de la condition de santé de l'utilisateur. En milieu de soins aigus, **50 %** des chutes se produisent chez les usagers qui ont chuté une fois ²⁰ et **55 %** dans les mêmes circonstances ¹⁸.

La chute d'un usager en milieu de soins entraîne fréquemment un sentiment de culpabilité chez le personnel soignant et peut avoir comme conséquence le recours à l'utilisation d'une mesure de contrôle.

En conséquence, l'Agence de santé publique du Canada appuie le développement d'une stratégie de prévention des chutes, et ce, tant dans les milieux communautaires que dans les milieux de soins.

2. PRATIQUES EXEMPLAIRES

Plusieurs études et rapports ont permis d'élaborer des directives concernant les pratiques exemplaires en prévention des chutes y incluant le dépistage des facteurs de risque et l'identification des aînés à risque.

Parmi les standards reconnus et élaborés par divers groupes professionnels, on retrouve notamment ceux de : l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario⁴, de l'American Geriatrics Society¹² et du National Institute for Clinical Excellence (Nice)¹³ au Royaume-Uni.

Certaines études ont abordé plus spécifiquement le risque de chute des aînés en milieu de soins aigus. On observe que le risque de chute est supérieur chez les usagers âgés hospitalisés qu'au sein de la communauté.

À l'admission, la personne âgée est confrontée à des facteurs de risque supplémentaires : un environnement nouveau le plus souvent associé à de la confusion, une maladie aiguë, la prise de médicaments affectant l'équilibre. Ceux-ci s'ajoutent aux facteurs de risque liés au vieillissement normal tels que la faiblesse musculaire et la diminution de l'équilibre.

On peut regrouper les facteurs de risque, soit en facteurs intrinsèques ou extrinsèques^{3, 21}.

- Facteurs intrinsèques :
 - faiblesse musculaire
 - mauvais contrôle de l'équilibre et de la démarche
 - modification de la vue
 - maladie chronique
 - maladie aiguë
 - trouble cognitif aigu ou chronique (delirium, démence)
 - facteur comportemental (syndrome post chute, tendance à prendre des risques)
- Facteurs extrinsèques :
 - environnement : hauteur (lit, chaise, toilette) éclairage, surfaces, manque de zone de repos, encombrement
 - non utilisation de l'auxiliaire de marche: canne, marchette, déambulateur, fauteuil roulant
 - vêtement trop long et chaussure inadéquate
 - manque de formation du personnel

Plusieurs études ont évalué l'efficacité d'une stratégie de prévention des chutes en milieu de soins aigus. Il est reconnu que des interventions multifactorielles et interdisciplinaires sont nécessaires^{6, 12, 22}. De plus, la stratégie doit être un complément du règlement # 18 relatif au protocole d'application des mesures de contrôle.

Les interventions suivantes sont considérées bénéfiques^{3, 12, 14, 17, 21, 22} :

- Traitement des états pathologiques concomitants
- Adaptation pour compenser les déficits
- Modification comportementale
- Révision de la médication
- Programme d'exercices
- Enseignement à l'utilisateur et sa famille

Au niveau organisationnel, la formation du personnel est primordiale afin d'amener un changement de pratique. La révision des procédures incluant l'analyse des rapports statistiques en lien avec la déclaration des chutes, l'inspection régulière des équipements et l'adaptation de l'environnement et des appareils s'avèrent pertinentes.

Les éléments principaux des pratiques exemplaires en prévention des chutes sont les suivants :

- Application des **mesures de prévention universelles** à tous les usagers
- **Identification** des usagers à risque
- Application d'**interventions individualisées** chez l'utilisateur à risque
- **Communication du risque** de chute à l'utilisateur et à sa famille
- **Évaluation post chute** de l'utilisateur

3. ÉTAT DE LA SITUATION

Un sous-groupe de travail du comité interdisciplinaire sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle a débuté ses activités en avril 2007. Une des premières démarches a été l'analyse des différentes statistiques reliées aux chutes dans l'établissement, dont voici les résultats.

Indicateurs de performance				
Chutes sur les unités de soins				
	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Nombre de chutes	368	379	306	323
Taux d'incidence par 1000 jours présence	3,92	3,87	3,22	3,31

Accidents majeurs				
Données pour l'établissement				
	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Accidents majeurs	11	10	17	14
Reliés aux chutes	10	7	9	9
% relié aux chutes	91%	70%	53%	64%

Accidents / Incidents				
Données pour l'établissement				
	2007-2008	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Accidents / Incidents	2161	1849	1705	1475
Chutes	402	401	346	349
% relié aux chutes	19%	22%	20%	24%

Chutes multiples (Annexe 1)

L'analyse des données de l'établissement a permis de constater qu'en 2006-2007, près de 40% des chutes sont causées par des usagers qui ont chuté plus d'une fois ; près de **21 %** des usagers qui ont chuté ont eu au moins 2 chutes.

Il a été constaté que 53,2 % des usagers qui ont chuté plus d'une fois ont été référés en réadaptation suite à une première chute présentée en cours d'hospitalisation. Cependant, 30,6 % des usagers qui ont chuté plus d'une fois ont chuté à 3 reprises et plus ; de ce nombre, 31,6 % des usagers n'ont pas été référés en réadaptation après 2 chutes consécutives au cours de la même hospitalisation. De plus, 21,1 % des usagers n'ont pas été référés en réadaptation après 3 chutes consécutives bien que les pratiques exemplaires en prévention des chutes recommandent une évaluation post-chute.

Situations associées lors des chutes (Annexes 2 et 3)

Les rapports d'accidents 2006-2007 indiquent que les quatre principales situations lors des chutes sont : semi dépendance (**60,9 %**), faiblesse/équilibre (**53,9 %**), confusion/désorientation (**38 %**), urgence mictionnelle/fécale (**24,7 %**). Ces quatre situations se retrouvent également dans les motifs notés dans les rapports des deux années antérieures.

Chutes par groupe d'âge (Annexe 4)

Sur les unités de soins, **81,3 %** des chutes sont chez les usagers de « 65 ans et plus ».

4. ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

La stratégie de prévention des chutes vise à mettre en place des pratiques exemplaires afin de réduire les chutes avec conséquences et de diminuer l'incidence des blessures associées aux chutes. Elle concerne particulièrement les personnes avec un profil gériatrique. La personne qui présente un profil gériatrique est généralement très âgée. Elle a des besoins dans plusieurs dimensions de sa vie, ce qui implique que son équilibre biopsychosocial est rompu ou risque de l'être. Elle présente un ou plusieurs syndromes gériatriques (instabilité posturale, incontinence, immobilité, iatrogénie, troubles de l'intellect, etc.) et une ou plusieurs conditions chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, HTA, insuffisance rénale etc.) Leurs présences entraînent des atteintes fonctionnelles qui nécessitent l'intervention d'une équipe interdisciplinaire.

La stratégie comprend dix objectifs :

1. Documenter une revue de littérature.
2. Mettre en place un groupe de travail interdisciplinaire.
3. Sensibiliser le personnel, les usagers et les familles aux stratégies de prévention universelles.
4. Sensibiliser le personnel aux facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques.
5. Faciliter l'identification des usagers à risque élevé de chute.
6. Faciliter l'application des interventions individualisées associées aux facteurs de risque de l'utilisateur.
7. Assurer l'évaluation de l'utilisateur suite à une chute et ses risques de rechute.
8. Sensibiliser les usagers à risque élevé et leur famille.
9. Évaluer périodiquement la sécurité de l'environnement et des équipements.
10. Implanter une stratégie de prévention des chutes.

Lignes directrices de la stratégie de prévention des chutes

- Les interventions universelles (annexe 5) sont appliquées à tous les usagers.
- Les usagers de 65 ans et plus, ou avec profil gériatrique, sont évalués à l'aide de l'échelle de Morse (annexe 5) à l'admission, au transfert, lors d'un changement de l'état et suite à une chute.
- Les usagers à risque de chute élevé, selon l'échelle de Morse, sont identifiés au chevet à l'aide de l'outil d'identification de la mobilité (annexe 6). Le risque élevé est aussi noté au plan thérapeutique infirmier (constats et directives) et au plan de soins et traitements infirmiers (résultat de l'échelle de Morse).
- Des interventions individualisées (directives infirmières) associées aux facteurs de risque sont appliquées aux usagers à risque élevé et sont inscrites au plan thérapeutique infirmier.
- Les usagers à risque élevé ainsi que les proches sont informés des risques respectifs.

- L'utilisateur est référé en physiothérapie suite à une chute attribuable à son état de santé. Tous les usagers qui ont chuté deux fois et plus, peu importe les causes, sont référés en physiothérapie.

Évaluation du risque de chute

Il existe plusieurs grilles d'évaluation dans la littérature, trois ont été validées et sont reconnues pour être utilisées en milieu de soins aigus : échelle de Morse, Stratify et Hendrich Fall Scale^{3, 18, 19, 22}.

L'échelle de Morse a été choisie par les membres du groupe de travail. Elle se complète en quelques minutes et cible les situations associées lors des chutes que nous avons identifiées dans l'analyse des données de l'établissement. L'infirmière est responsable de compléter l'échelle de Morse à l'admission, lors d'un transfert, lors d'un changement de l'état clinique de l'utilisateur et suite à une chute. Le résultat est catégorisé afin de déterminer si le risque est bas ou élevé. À l'admission, les résultats de l'évaluation sont notés dans l'évaluation initiale de l'utilisateur. Notons que l'évaluation initiale de l'utilisateur est photocopiée et gardée avec le plan de soins et traitements infirmiers. Cependant, dans les autres situations notées ci-haut, les résultats sont inscrits dans la note d'observation de l'infirmière et au plan de soins et traitements infirmiers. Lorsque le risque est bas, les interventions universelles de prévention des chutes sont appliquées.

Lorsque l'utilisateur présente un score à risque élevé, l'infirmière identifie le profil individualisé du risque et détermine les directives infirmières individualisées au plan thérapeutique infirmier (PTI). Il est primordial que tous les membres du personnel soignant soient informés de ce risque. Le verso du document de l'échelle de Morse guide les infirmières concernant les interventions à considérer. De plus, dans le cahier à anneaux *Plan thérapeutique infirmier*, des exemples de directives infirmières sont donnés basés sur l'aide-mémoire (format de poche).

5. PLAN D'ACTION 2007-2011

La mise en œuvre de la stratégie de prévention des chutes représente un processus continu afin de maintenir les changements de pratique visés. Le plan d'action a été élaboré et les objectifs, les activités, les indicateurs ainsi que les échéanciers y sont précisés. Tel qu'indiqué dans ce plan d'action, un suivi et un bilan des statistiques seront complétés régulièrement. Les évaluations annuelles des données statistiques permettront d'en évaluer l'impact.

Objectif 1 : Documenter une revue de littérature

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Revue de littérature en utilisant les différents moteurs de recherche. 	Documents depuis 2002 retenus.	Printemps 2007

Objectif 2 : Mettre en place un groupe de travail interdisciplinaire

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Analyse et surveillance des données reliées aux chutes dans l'établissement. 	Taux d'incidence, accidents/incidents, accidents majeurs, usagers à chutes multiples	Périodique
	Pourcentage des chutes liées à : <ul style="list-style-type: none"> - L'intervenant - L'environnement - La personne touchée - L'organisation du travail 	Périodique
	Pourcentage d'usagers qui ont chuté plus d'une fois référés en réadaptation.	Bi annuel
	Pourcentage par classe des médicaments associés aux chutes chez les usagers ayant chuté en 2006-2007.	Juin 2008

Objectif 3 : Sensibiliser le personnel, les usagers et les familles aux stratégies de prévention universelles

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un document écrit pour le personnel soignant. 	Distribution du document « Prévention des chutes – Interventions universelles » sur toutes les unités de soins.	Juin 2007
<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'une affiche (annexe 7). 	Affichage dans chaque chambre, salle des visiteurs et salle des employés.	Automne 2007

Objectif 4 : Sensibiliser le personnel aux facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'affiches. 	Affichage dans les endroits stratégiques.	Été 2007

Objectif 5 : Faciliter l'identification des usagers à risque élevé de chute

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Sélection d'une grille d'évaluation du risque de chute. 	Grille validée en milieu de soins aigus.	Automne 2007
	Audit : pourcentage d'usagers de 65 ans et plus évalués avec la grille à l'admission.	Annuel
<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un outil pour identifier le risque au chevet de l'utilisateur. 	L'outil permettra un ajustement du niveau de risque et de mobilité.	Avril 2008

Objectif 6 : Faciliter l'application des interventions individualisées associées aux facteurs de risque de l'utilisateur

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Développement d'un outil pour le personnel soignant. 	Audit : pourcentage d'usagers à risque élevé dont un profil individualisé du risque a été complété.	Annuel
<ul style="list-style-type: none"> Promotion de l'utilisation de l'alarme de positionnement. 	Nombre de personnes qui ont reçu la formation.	2007-2010

Objectif 7 : Assurer l'évaluation de l'utilisateur suite à une chute et ses risques de rechute

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Recommandation de référer en réadaptation tous les usagers qui ont une chute attribuable à leur état de santé. Tous les usagers qui ont chuté deux fois et plus, peu importe les causes, sont référés en physiothérapie. 	Audit : pourcentage d'usagers qui ont chuté plus d'une fois référés en réadaptation.	Bi annuel
<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'accident/incident à compléter. 	Analyse des données statistiques.	Périodique

Objectif 8 : Sensibiliser les usagers à risque élevé et leur famille.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Élaboration d'un dépliant d'information. 		Automne 2010

Objectif 9 : Évaluer périodiquement la sécurité de l'environnement et des équipements.

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Création d'un groupe d'évaluation interdisciplinaire. 	Audit : pourcentage de conformité selon les normes de la littérature.	Hiver 2009 2009-2011 (annuel)

Objectif 10 : Planter une stratégie de prévention des chutes

ACTIVITÉS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<ul style="list-style-type: none"> Formation du personnel. 	Nombre de personnes formées.	2008-2009 1 ^{ère} phase : 3 ^e ND, 5 ^e PC et 7 ^e PC. Déploiement sur les autres unités des soins en continuité à la formation sur la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle.
<ul style="list-style-type: none"> Suivi et intégration de la formation. 	Nombre de capsules d'information.	2008-2009
<ul style="list-style-type: none"> Communications : journal l'Aval et kiosque au Carrefour. 	Nombre d'articles rédigés. Nombre d'activités promotionnelles réalisées.	2008-2009

CONCLUSION

La stratégie de prévention des chutes s'inscrit particulièrement dans un des objectifs organisationnels de notre établissement, c'est-à-dire de développer une culture de sécurité et de viser l'excellence en matière de qualité des soins et des services tel qu'il est indiqué dans le plan stratégique 2008-2013.

La mise en œuvre de cette stratégie démontre la préoccupation de l'établissement envers l'amélioration des soins à la clientèle et la gestion des risques. L'implication des différents professionnels à tous les niveaux sera nécessaire afin d'amener le changement de pratique visé, car le travail en interdisciplinarité est un gage de succès dans l'application de ces stratégies. Un suivi de l'implantation permettra d'en évaluer l'impact.

BIBLIOGRAPHIE

1. Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. *Répertoire des initiatives canadiennes de prévention des chutes chez les aînés, 2005.*
2. Agence de santé publique du Canada. *Rapport sur les chutes des aînés au Canada, 2005.*
3. ARONOVITCH Sharon A. *Falls and patient safety for older adults.* Ostomy/Wound Management, 52(10), 2006, p. 22-34.
4. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*, mars 2005.
5. BARNETT Karen. Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust. *Reducing Patient Falls Project.* Janvier 2001-Mars 2002.
6. COUSSEMENT Joke, MSN, De Paepe Leen, MSC, Schwendimann RN, PhD, Denhaerynck Kris, RN, PhD, Dejaeger Eddy, MD, PhD, and Milisen Koen, RN, PhD. *Interventions for Preventing Falls in Acute- and Chronic-Care Hospital : A Systematic Review and Meta-Analysis.* The American Geriatrics Society, 56 : 29-36, 2008.
7. FARLEY, France. *Programme de prévention de chutes à l'Hôpital Montfort, 2003.* Adapté du projet d'implantation d'un outil d'évaluation de prévention des chutes au 4^e Sud de l'Hôpital Montfort.
8. FISHER Rory H., Alexander Neil N. *Preventing falls in older patients : assessment and intervention.* Patientcare, décembre 2006, p. 28-33.
9. FONDA David et al. *Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital.* MJA, vol. 184, no. 8, avril 2006, p. 379-382.
10. FONDA David et al. *Sustained reduction in serious fall-related injuries in older people in hospital.* The Medical Journal of Australia, 2006, 184 (8).
11. Francoeur Louise. Direction des soins infirmiers, Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Soins infirmiers gériatriques : Programme de prévention des chutes en institution, 2001.*
12. Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. American Geriatrics Society, 2001, vol. 49, p. 664-672.

13. Guidelines commissioned by the National Institute for Clinical Excellence (NICE). Royal College of Nursing, *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*, novembre 2004, 284 p.
14. HAINES Terry P. et al. *Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting : randomised controlled trial*. BMJ, vol 328, mars 2004, p. 1-6.
15. HEALY Frances et al. *Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients : a randomised controlled trial*. Age and Ageing, vol. 33, no. 4, 2004, p. 390-395.
16. KANNUS Pekka et al. *Preventing falls among elderly people in the hospital environment*. The Medical Journal of Australia, 2006.
17. MCCARTER-BAYER Annie, Hall Kathleen. *Preventing falls in acute care: Program in Southern Arizona*. Journal of Gerontological Nursing, mars 2005, p. 25-33.
18. MORSE Janice M. *Preventing patient falls*. SAGE Publications, 1997, 151.
19. O'CONNOR Patricia et al. *Taking Aim at Fall Injury Adverse Events : Best Practices and Organizational Change*. Healthcare Quarterly, vol. 9, Special Issue, octobre 2006, p. 43-49.
20. OLIVER David. *Prevention of falls in hospital in patients. Agendas for research and practice*. Age and Ageing, vol. 33, no. 4, 2004.
21. RUBENSTEIN Laurence Z., Josephson Karen R. *Falls and Their Prevention in Elderly People: What Does the Evidence Show ?* The Medical Clinics of North America, 2006, 807-824.
22. SCWENDIMANN René et al. *Fall prevention in a swiss acute care hospital setting reducing multiples falls*. Journal of Gerontological Nursing, mars 2006, p. 13-22.
23. VASSALO Michael et al. *The Effect of Changing Practice on Fall Prevention in a Rehabilitative Hospital : The Hospital Injury Prevention Study*. American Geriatrics Society, 2004, vol. 52, no. 3, p. 335-339.
24. WIEMS Cheryl A. et al. *The falls risk awareness questionnaire*. Journal of Gerontological Nursing, août 2006, p. 43-50.

Déposé au CCASI le 27 novembre 2008

Adopté au CCSS le 27 novembre 2008

Préparé par :

Martine Côté, infirmière clinicienne, équipe de consultation gériatrique

Sophie Julien, ergothérapeute, service de réadaptation

Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie, service de réadaptation

DSI/ad 17 juin 2008 Révisé le 23 mars 2010

H:\Nouvelle DSI\Secteur Clinique\Consultation gériatrique\Chute\Stratégie de prévention des chutes.doc

SITUATIONS ASSOCIÉES LORS DES CHUTES PAR UNITÉ DE SOINS**2006-2007**

	POURCENTAGES												
SITUATIONS ASSOCIÉES	2 ^e ND	3 ^e PC	3 ^e ND	3 ^e SI	4 ^e Est	4 ^e Ouest	4 ^e UC	5 ^e PC	6 ^e PC	6 ^e SI	7 ^e PC	Urgence	Moyenne
Agité/agressif	5,6	2,4	2,8		4,7			2,4			3,5	8,3	3,8
Confus/désorienté	50	31,7	65,3		20,9	31,8		36,2	20	66,7	32,8	25	38
Dépendant	16,7	22	9,7		16,3	4,6		14,5	14,3		10,4		13,6
Endormi/somnolent	16,7	2,4	8,5			9,1		7,2	5,7		3,5		7,6
Faiblesse/équilibre	55,6	48,8	47,2	50	53,5	63,6	50	48,2	54,3		63,8	58,3	53,9
Ridelles levées	22,2	7,3	11,1		9,3	9,1		12,1	2,9		12,1	25	12,3
Semi-dépendant	38,9	36,6	62,5	100	23,3	50	100	72,3	48,6	100	48,3	50	60,9
Urgence mictionnelle/fécale	11,1	29,3	16,6		25,6	36,4		37,4	25,7	33,3	17,2	25	24,7

SITUATIONS ASSOCIÉES LORS DES CHUTES

	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Agité/Agressif	2,7 %	2,6 %	3,2 %
Confus/Désorienté	36,4 %	26,3 %	40,4 %
Dépendant	12,5 %	5,5 %	11,2 %
Endormi/Somnolent	5,5 %	4,6 %	6,9 %
Faiblesse/Équilibre	52,1 %	70,5 %	80 %
Ridelles levées	10,5 %	11,3 %	,6 %
Semi-dépendant	52,1 %	56,7 %	59 %
Urgence mictionnelle/fécale	24,7 %	23,7 %	20,4 %

Martine Côté, inf. clinicienne
Équipe de consultation gériatrique

STATISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

POURCENTAGE DES CHUTES PAR GROUPE D'ÂGE SUR LES UNITÉS DE SOINS EXCLUANT L'URGENCE

%	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Moins de 65 ans	18,7	20,6	19,2
65 ans à 74	23,5	23,2	21,4
75 ans à 84	43	38,9	39,6
85 ans et +	14,8	17,3	19,8

POURCENTAGE DES CHUTES PAR GROUPE D'ÂGE À L'URGENCE

%	2006-2007	2005-2006	2004-2005
Moins de 65 ans	25	32	11,8
65 ans à 74	16,7	28	23,5
75 ans à 84	50	28	47
85 ans et +	8,3	12	17,7

Martine Côté, inf. clinicienne
Équipe de consultation gériatrique



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

PRÉVENTION DES CHUTES

Voire sécurité,
notre priorité

PROFIL INDIVIDUALISÉ DU RISQUE DE CHUTE

RISQUE BAS : Morse 0- 45 → Interventions universelles

RISQUE ÉLEVÉ : Morse 46 et + → Compléter section A et noter le risque au plan thérapeutique infirmier (PTI), au plan de soins et au chevet. S'assurer que toutes les interventions universelles soient aussi appliquées.

A) PROFIL INDIVIDUALISÉ DU RISQUE ET INTERVENTIONS À CONSIDÉRER : Cocher tout ce qui s'applique

- Antécédents de chute/Peur de tomber : 1-2-3-4-5-6-7-8-17-19-20
- ↓ Mobilité/↓ équilibre/faiblesse : 1-2-3-4-5-6-7-8-16-17-19-20
- Étourdissements/HTO : 1-4-5-6-7-8-9-15-17
- Médicaments : psychotropes, sédatifs, narcotiques : 4-5-7-8-9-11-17-19-20
- Cognition altérée/jugement altéré/témérité : 2-4-5-6-7-8-10-11-12-13-14-17-19-20
- Appareils (IV, O₂, sonde ...) : 4-5-6-7-8-16-18
- Troubles d'élimination (urinaire ou fécale) : urgence/incontinence/nycturie : 7-14-16-17
- État des pieds altéré/ Plaie/↓ Sensibilité : 1-2-5
- Déficits visuels/auditifs : 4-5-7-14-21-22
- Autre

B) INTERVENTIONS INDIVIDUALISÉES À CONSIDÉRER

1. Encourager les exercices/mobilisations régulières (impliquer la famille)/Favoriser la participation aux AVQ
2. Consulter en physiothérapie et/ou ergothérapie
3. Identifier les causes des chutes antérieures
4. Discuter du besoin de demander de l'aide pour se mobiliser/afficher un aide-mémoire
5. Informer l'utilisateur et sa famille des activités à risque
6. Rester avec l'utilisateur à la salle de bain
7. Favoriser un environnement nocturne sécuritaire (pas d'encombrement, veilleuse)
8. Anticiper les besoins de base : élimination, hydratation, nutrition, soulagement de la douleur, mobilisation
9. Informer l'utilisateur d'aviser l'infirmière si étourdissements/consulter en physiothérapie si cause vestibulaire
10. Assigner l'utilisateur au même personnel lorsque possible
11. Orienter fréquemment les 3 sphères/mettre des repères significatifs/objets personnels
12. Encourager la présence de la famille au chevet
13. Évaluer l'utilisateur pour les causes réversibles des troubles cognitifs
14. Identifier les toilettes par un pictogramme
15. Ajuster les heures des médicaments, éviter la déshydratation, port de bas élastiques, pomper les jambes lors des changements de position, se lever lentement
16. Appliquer une cédule urinaire surtout après les repas, au coucher/corriger les infections urinaires/placer le lit près des toilettes, utiliser la chaise d'aisance PRN la nuit, réduire ingestion liquide le soir
17. Faire évaluer la médication par le médecin et/ou le pharmacien
18. Évaluer la pertinence de garder le soluté, sonde, O₂ ...
19. Utiliser l'alarme de positionnement
20. Rapprocher du poste
21. Diminuer les éblouissements/assurer la propreté des lunettes
22. Minimiser les bruits/évaluer la présence de cérumen aux oreilles/S'assurer du port de l'appareil auditif
23. Autre

ÉCHELLE DE MORSE CATÉGORIES

			Score
1.	L'utilisateur a des antécédents de chutes (chute récente)	Non	0
		Oui	25
2.	L'utilisateur a un diagnostic secondaire	Non	0
		Oui	15
3.	L'utilisateur utilise une aide à la marche	- Aucune/repos au lit/aide infirmière	Oui 0
		- Béquilles/canne/marchette	Oui 15
		- Se tient aux meubles	Oui 30
4.	L'utilisateur est relié à de l'équipement	Non	0
		Oui	20
5.	Démarche/Transfert de l'utilisateur	- Normal/repos au lit/immobile	Oui 0
		- Faible	Oui 10
		- Restreint (précaire)	Oui 20
6.	État mental de l'utilisateur	- Connaît ses propres capacités	Oui 0
		- Surestime/oublie ses limites	Oui 15

CONSIGNES

→ Compléter l'échelle de Morse chez les usagers de 65 ans et plus ou avec un profil gériatrique :

- à l'admission
- lors d'un transfert
- lors d'un changement aigu de la condition
- suite à une chute

→ Écrire le résultat de l'échelle de Morse sur la note de l'infirmière et au PSTI :


- si risque de chute **BAS** :
 - pas d'intervention au PTI mais appliquer interventions universelles.
- si risque de chute **ÉLEVÉ** :
 - inscrire interventions individualisées appropriées au PTI (directives infirmières)
 - informer l'utilisateur et ses proches.

→ Référer en physiothérapie :

- après une 1^{re} chute attribuable à l'état de santé de l'utilisateur
- après une 2^e chute pour toute autre raison

INTERVENTIONS UNIVERSELLES

- Cloche d'appel accessible : informer l'utilisateur comment l'utiliser, répondre rapidement.
- Accessoires personnels accessibles : pichet d'eau, mouchoirs, urinoir ...
- Lit : position basse, freins appliqués.
- Toilette : utiliser siège surélevé si nécessaire.
- Fauteuil/chaise : hauteur appropriée, avec appuie-bras, freins appliqués.
- Utilisation judicieuse des ridelles (deux demies ridelles).
- Lunettes et appareil auditif accessibles, propres et fonctionnels.
- Aide à la marche accessible et en bon état (cane, marchette, déambulateur).
- Chaussures/pantoufles : fermées, semelles antidérapantes.
- Vêtements : ne doivent pas traîner au sol.
- Aires libres d'embûches : enlever les équipements non nécessaires, fils, minimiser l'encombrement, surfaces mouillées.
- Éclairage adéquat (veilleuse la nuit), éviter les éblouissements.
- Aviser l'utilisateur, si nécessaire, de demander de l'aide pour les mobilisations, aller à la toilette.
- Orienter l'utilisateur dans l'environnement à l'admission et lors de transfert à nouvelle chambre.

 <p>INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC</p>	<p>OUTIL D'IDENTIFICATION DE LA MOBILITÉ</p> <p>Guide d'utilisation</p>	<p>Février 2010</p>
--	---	----------------------------

PRÉAMBULE

L'outil d'identification de la mobilité, élaboré par le groupe de travail interdisciplinaire en prévention des chutes, s'intègre aux stratégies déployées pour prévenir et réduire l'incidence des chutes à l'IUCPQ. Cet outil cible particulièrement la clientèle de 65 ans et plus et celle présentant un profil gériatrique. Cependant, il peut être utilisé pour toute autre clientèle.

OBJECTIF DE SOINS

Cet outil permet l'identification, au chevet de l'utilisateur, de la mobilité et du risque de chute.

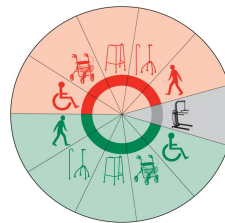
PARTICULARITÉS

- Les personnes habilitées à ajuster l'outil sont l'infirmière et les professionnels de la réadaptation, soit les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.
- Suite à l'évaluation de la mobilité et du risque de chute, les différents professionnels impliqués se communiquent leurs résultats. La décision en équipe interdisciplinaire se prendra en respect des expertises spécifiques à chacun.

ALERTE NURSING

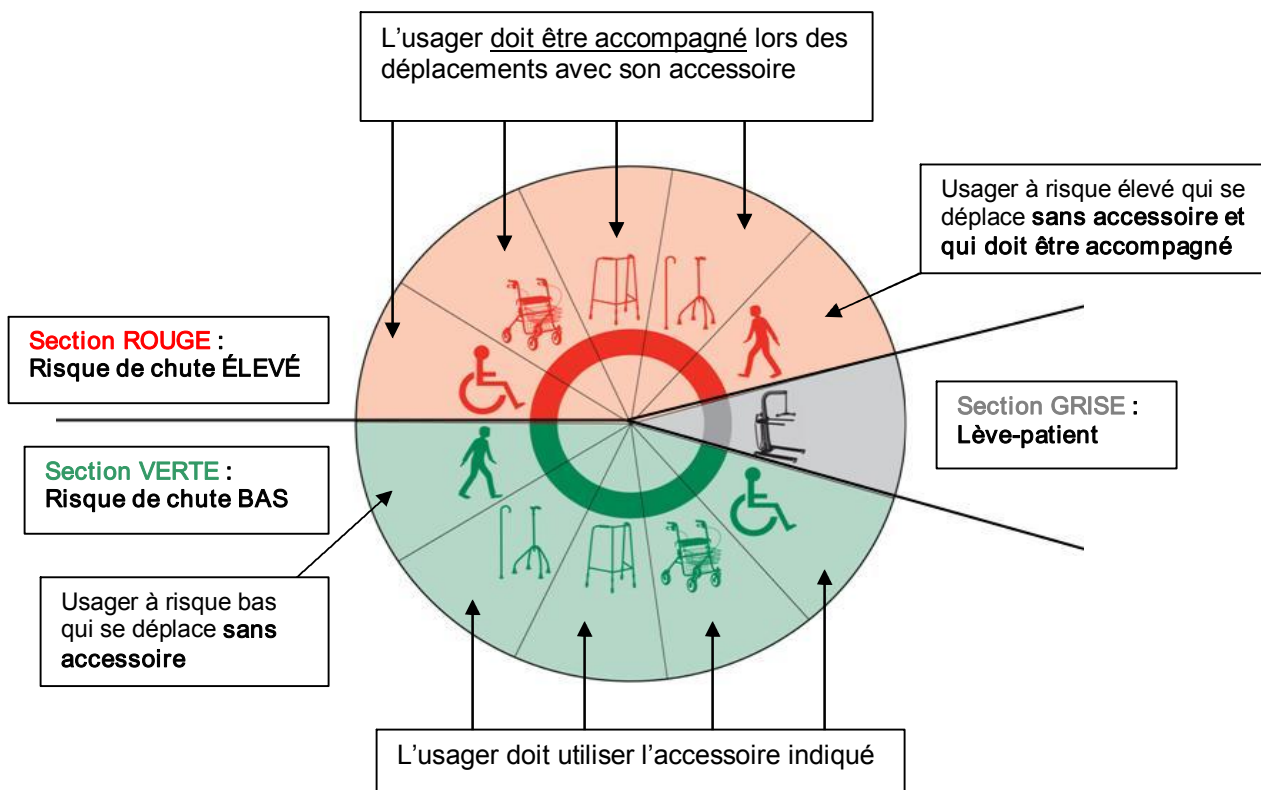
À chaque quart de travail, l'infirmière doit s'assurer que l'identification de la mobilité et du risque de chute à l'aide de l'outil correspond aux données inscrites au PSTI et au PTI, s'il y a lieu. S'il y a incohérence, elle doit réévaluer la mobilité de l'utilisateur et ajuster l'outil en conséquence.

MATÉRIEL REQUIS : Outil d'identification de la mobilité



MARCHE À SUIVRE

À chaque évaluation des conditions de mobilité et du risque de chute, le professionnel qui a procédé à l'évaluation ajuste l'outil.



ENTRETIEN DE L’AFFICHE

Au départ de l'usager, l'affiche est nettoyée par les PAB, avec le produit usuel pour désinfection. L'affiche doit ensuite être replacée à l'envers, à la tête du lit, jusqu'à sa prochaine utilisation.

RÉFÉRENCES

FRANCOEUR Louise. Direction des soins infirmiers, Institut universitaire de gériatrie de Montréal. *Soins infirmiers gériatriques : Programme de prévention des chutes en institution*, 2001.

O'CONNOR Patricia et al. *Taking Aim at Fall Injury Adverse Events: Best Practices and Organizational Change*. Healthcare Quarterly, vol. 9, Special Issue, octobre 2006, p. 43-49.

MORSE Janice M. *Preventing patient falls*. SAGE Publications, 1997, 151 p.

Prévention des chutes



Orientation de l'utilisateur

- Conscientiser l'utilisateur à l'environnement lors de son admission ou lors d'un transfert.
- Aviser l'utilisateur, s'il en a besoin, de demander de l'aide pour les mobilisations.

Aires de circulation dégagées

- Éviter l'encombrement et enlever les équipements superflus.
- Placer les fils de façon sécuritaire.
- Repérer les surfaces mouillées et aviser.

Utilisation de la salle de toilette

- Utiliser un siège de toilette surélevé, lorsque recommandé.
- Assurer une surveillance étroite si nécessaire.



