

Cadre de référence

Prévention des chutes

19 Mars 2019

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et participation du comité de travail de prévention des chutes :

- Brigitte Duquette, conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte (DSIEU)
- Louise Harvey, conseillère-cadre qualité de la pratique clinique (DSMREU)
- Patrice Amyot, conseillère-cadre à l'innovation et au développement des outils cliniques (DSMREU)
- Danielle Schinck, chef de service soutien gestion de la qualité et des risques SAPA, SMD, JASP, DQEPE
- Claudine Menard, chef de service SAPA – Suroît (psycho et réadaptation) (DPSAPA)
- Gloria Hodges, chef de service CHSLD (DPSAPA)
- Sylvie Fortin, chef de l'unité de psychiatrie, Hôpital du Suroît (DPSMD)
- Marc-André Massé, chef de l'urgence et de l'unité hospitalière brève – pôle Jardins-Roussillon (DSPEM)
- Jean-François Durand, chef de programme – programmes spécialisés déficience motrice (DM) et déficience du langage (DL) 7 ans et plus – Territoire CISSS Montérégie-Est (Saint-Hyacinthe) et CIUSSS Estrie
- Céline Levesque, chef de programmes Centre mère-enfant, Hôpital du Suroît (DPJASP)
- Christine Leboeuf, chef de l'unité de médecine-pédiatrie du 3e et de l'unité de débordement Suroît (DSIEU)
- Geneviève Leboeuf, conseillère en soins infirmiers (DSIEU)
- Chantal Laroche, conseillère en soins infirmiers (DSIEU)
- Audrée Leboeuf, conseillère en soins infirmiers (DSIEU)
- Marie-Pier Mallet, infirmière support clinique (DSIEU)

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement de pratiques cliniques s'inspirant des meilleures pratiques.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, février 2019.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE	5
AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	7
1. CHAMPS D'APPLICATION	8
2. BUT ET OBJECTIFS	9
2.1 But du Cadre de référence	9
2.2 Objectifs	9
3. FONDEMENTS LÉGAUX (OU ASSISES LÉGALES)	9
4. PRINCIPES DIRECTEURS	10
5. DESCRIPTIONS DES ORIENTATIONS RETENUES	11
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	16
7. MISE EN OEUVRE	22
8. ÉVALUATION	22
9. ANNEXES	23
10. RÉFÉRENCES	24

Liste des abréviations et des acronymes

AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CM	Conseil multidisciplinaire
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux

Lexique

Chute

Évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (2014, MSSS).

Chute à répétition

Un usager qui subit plus de deux chutes dans une période de 6 mois.

- Pour certains usagers, il est possible qu'une condition médicale ou encore un comportement particulier soit à l'origine de chutes répétitives même si un plan d'interventions interdisciplinaire est déjà en place et mis à jour régulièrement. Pour de tels usagers, le niveau de déclaration des chutes dans le registre local peut être ajusté. La non-déclaration devrait représenter une situation exceptionnelle pour les usagers présentant des chutes très nombreuses (MSSS, 2014).

Chute avec blessure

- Sévère : Fractures ou admission à l'hôpital, lacérations qui nécessitent des sutures;
- Modérée : Ecchymoses, entorse, abrasion, éraflure, réduction de la mobilité jusqu'à trois jours suivant la chute ou recours à des soins médicaux (2014, MSSS).

Clinique ambulatoire

Reçoit les usagers sur une base externe, ce qui permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un usager sans que celui-ci soit hospitalisé.

Dépistage

Ensemble de questions ou d'examens effectués auprès d'un usager afin de vérifier s'il est à risque de chute.

Évaluation

Porter un jugement clinique et une réflexion par l'analyse des facteurs de risque de l'usager.

Quasi-chute

Évènement au cours duquel un usager aurait fait une chute s'il n'avait pas été retenu par quelque chose ou par quelqu'un. La quasi-chute peut se produire ou non en présence d'un intervenant. C'est-à-dire que l'usager peut déclarer lui-même l'évènement. La hauteur du point de départ de la quasi-chute et le fait qu'il y ait ou non présence de blessure n'a pas d'importance (2014, MSSS).

Service externe

Font partie d'une unité de soins ambulatoires, qui reçoivent des usagers sur une base externe. Les services de consultation, de traitement, de thérapie et de chirurgie mineure sont offerts sur rendez-vous.

Syndrome postchute

Manifestation clinique chez un usager qui a peur de chuter à nouveau.

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest emploie près de 9 500 personnes, 700 bénévoles et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation.

À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la déficience physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du Ministère de la santé et des services sociaux, est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

Sa vision se présente comme suit : des soins de santé et des services accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des Québécois.

Les ambitions du CISSS de la Montérégie-Ouest ont été établies dans le but de partager une compréhension commune de sa mission ainsi que de s'approprier et d'actualiser la vision ministérielle telle que définie dans sa planification stratégique 2015-2020. Le CISSS de la Montérégie-Ouest réalise donc ses ambitions en osant innover dans ses façons de faire et ainsi, il se démarque et rayonne par :

- L'excellence de son offre de soins et de services intégrés de proximité axée sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité et l'adaptation aux besoins de sa population;
- Son courage à questionner et à améliorer ses pratiques professionnelles, cliniques et de gestion;
- La reconnaissance de la contribution de son personnel et de la mise en place de pratiques de gestion humaine;
- La force de ses liens avec ses partenaires.

Il est constitué des directions suivantes :

- Direction des Programmes Jeunesse et des activités de Santé Publique (DPJASP)
- Direction des Programmes Déficiences (incluant DI-TSA et DP) (DPD)
- Direction du Programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA)
- Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD)
- Direction des soins infirmiers et enseignement universitaire en soins infirmiers (DSIEU)
- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM)
- Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et enseignement universitaire (DSMREU)
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et l'éthique (DQEPE)
- Direction des services techniques (DST)
- Direction de la logistique (DL)
- Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ)
- Direction des ressources financières (DRF)
- Direction Projet de l'hôpital Vaudreuil-Soulanges (DPHVS)

¹ Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le MSSS stipule que plus de 178 275 chutes ont été enregistrées au Registre national des incidents et accidents, dont 240 ont conduit à un décès du 1er avril 2016 au 31 mars 2017. Un groupe d'experts au MSSS croit qu'il s'agit d'une sous-estimation du nombre réel de décès liés aux chutes dans les établissements de santé du Québec, compte tenu du fait que ceux-ci surviennent souvent quelques semaines après la chute et parfois dans un autre établissement. La chute est alors souvent considérée comme un facteur contributif au décès. La même tendance est observée au CISSS de la Montérégie-Ouest, puisqu'au cours de l'année 2016-2017, 7034 chutes ont été déclarées dont 18 ont conduit à un décès.

Le MSSS a donc mandaté un groupe d'experts afin d'identifier les meilleures pratiques en matière de prévention des chutes et des risques associés à celles-ci, et d'évaluer la possibilité de les déployer dans tous les milieux concernés. Selon les experts, la prévention des chutes représente un problème complexe; elle dépend d'un ensemble de facteurs s'influençant mutuellement, faisant appel aux connaissances, à la compétence et au jugement des intervenants de la santé. Elle doit, en plus, tenir compte de caractéristiques intrinsèques et de facteurs comportementaux variables selon l'utilisateur à risque et de facteurs environnementaux.

Il est essentiel de développer une culture de sécurité où tous se sentent interpellés et prennent tous les moyens nécessaires à chaque instant pour prévenir les chutes. Le groupe d'experts estime que seule l'élaboration d'un programme complet intégrant une démarche d'amélioration continue couvrant des thèmes tels que : la prévention primaire, secondaire et tertiaire, la responsabilisation, le développement des compétences et du jugement clinique, le suivi et l'évaluation, peuvent parvenir à diminuer le taux de chute de façon durable et entraîner autant une amélioration de la qualité de vie et du niveau fonctionnel des populations à risque que des économies concernant le système, justifiant ainsi l'investissement de ressources humaines et financières (MSSS, 2014).

Selon Agrément Canada 2018, les organismes devraient déterminer et adopter des précautions pour tous les usagers, peu importe les risques de chute. L'acronyme SAFE (sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement à l'utilisateur et à sa famille) décrit les stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes.

Le Centre intégré de santé et de service sociaux de la Montérégie-Ouest accorde une importance primordiale à la sécurité des usagers et c'est dans cette optique, qu'il s'engage dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, par l'adhésion aux recommandations du MSSS et aux pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada.

Une des assises fondamentales de cette démarche repose sur la détection précoce et l'évaluation continue des facteurs de risque de chute par une contribution optimale de tous les intervenants concernés.

La démarche préconisée vise les principes suivants :

- La promotion de l'autonomie;
- Le maintien de la mobilité;
- Le maintien de la meilleure qualité de vie possible;
- L'approche de la pratique collaborative centrée sur l'utilisateur;
- La prestation de soins et de services dans un environnement sécuritaire;
- Le respect de la dignité de l'utilisateur.

1. Champs d'application

Ce cadre de référence comprend plusieurs éléments essentiels basés sur une recension des écrits afin de bien encadrer la démarche reliée à la prévention des chutes. Ces éléments sont principalement : les secteurs ciblés, la clientèle à risque, les facteurs de risque, le continuum d'interventions et, finalement, les interventions primaires (universelles), secondaires (usager) et tertiaires (postchute).

Le cadre de référence de prévention des chutes n'évolue pas en vase clos, il est intégré dans différents programmes, cadres ou procédures. Il doit soutenir d'autres objectifs. Il rejoint entre autres l'AAPA, la philosophie de milieu de vie et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

D'ailleurs, des procédures sont associées à ce cadre de référence afin de préciser certains concepts et directives pour des secteurs spécifiques.

1.1 Intervenants concernés

Le succès de la prévention des chutes repose sur le partenariat et le partage des responsabilités. La collaboration interprofessionnelle est essentielle. Chaque intervenant du réseau a un rôle à jouer et devient un acteur clé selon leurs fonctions :

- L'équipe de direction : le Conseil d'administration, le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ), les directeurs et les gestionnaires;
- Les comités : le Comité de gestion des risques, CMDP, CECII, CIIA et CM
- L'équipe clinique : médecins, pharmaciens, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, assistants en réadaptation, auxiliaires familiales et sociales, aides-soignants, physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, orthophonistes, ergothérapeutes, nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, techniciens en éducation spécialisée, stagiaires, etc.;
- Les intervenants des directions partenaires : Services techniques, hygiène et salubrité, Ressources humaines, Services alimentaires et Service des achats;
- La population : usager ou ses proches;
- Les partenaires : les ressources communautaires, les bénévoles et les responsables de RNI.

1.2 Clientèle à risque

Le CISSS de la Montérégie-Ouest comprend plusieurs services et secteurs d'activités. La clientèle à risque a été identifiée ci-dessous après la recension des écrits et la consultation du comité de travail.

		Tous les usagers	65 ans et plus	Enfants de moins de 3 ans	Usagers ayant un problème sous-jacent ou multiple pathologie	Usagers vulnérables : Onco, dialyse, endoscopie
Usagers hospitalisés ou admis	Urgence		X		X	
	Psychiatrie		X		X	
	Unités de soins		X		X	
	Périnatalité/obstétrique	X				
	Pédiatrie			X	X	
	URFI/UTRF	X				
	Services résidentiels Dépendance	X				
Usagers hébergés	CHSLD/RNI (SAPA)	X				
	RAC/unité St-Charles/RNI DPD		X		X	
	RI Santé mentale	X				
Usagers ambulatoires	Soutien à domicile	X				
	Cliniques ambulatoires		X			
	Services externes		X		X	X

2. Buts et objectifs

2.1 Buts

- Mettre en place une culture de sécurité de prévention des chutes;
- Favoriser une approche harmonisée et interdisciplinaire de prévention des chutes dans tous les secteurs du CISSS de la Montérégie-Ouest.

2.2 Objectifs

- Mettre en place des stratégies d'interventions pour réduire les facteurs de risque par des interventions de préventions primaires, secondaires et tertiaires;
- Les stratégies proposées visent à :
 - Maintenir un environnement sécuritaire;
 - Identifier les usagers à risque de chute;
 - Corriger ou éliminer les facteurs de risque chez l'utilisateur;
 - Encadrer la pratique des intervenants dans une approche intégrée de prévention des chutes;
 - Intervenir de façon curative lors d'une chute.

3. Fondements légaux (ou assises légales)

3.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2. (LSSSS, 2018)

107.1. Tout établissement doit obtenir l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'un organisme d'accréditation reconnue.

183.1. Le plan d'organisation de tout établissement doit aussi prévoir la formation d'un comité de gestion des risques.

183.2. Ce comité a notamment pour fonction de rechercher, développer et promouvoir des moyens visant à :

1. Identifier et analyser les risques d'incidents ou d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers et, plus particulièrement, dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
2. S'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches;
3. Assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents aux fins d'analyse des causes des incidents et des accidents et recommander au Conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et de ces accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

3.2 Agrément

Cerner les risques liés à la sécurité propre à la clientèle desservie (Agrément Canada, 2018)

- Pratique organisationnelle requise (POR): Prévention des chutes et réduction des blessures :
 - Unités d'hospitalisation;
 - Soins de longue durée.
- Critère à priorité élevée : Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu sont repérées et mises en oeuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes;
- Évaluation des risques en matière de sécurité à domicile.

4. Principes directeurs

Qualité des soins et sécurité des usagers

La sécurité des usagers est souvent considérée comme une composante de la qualité, de sorte que les pratiques visant à améliorer la sécurité des usagers entraînent généralement une amélioration de la qualité globale des soins. La notion de sécurité des usagers est forcément liée aux événements indésirables. La mesure des événements indésirables et des erreurs constitue le fondement de la sécurité des usagers. Les sources d'informations sont multiples : dossiers des usagers, bases de données administratives, autres bases de données, etc. Des indicateurs de sécurité des usagers existent et sont documentés (SIDIEF, 2015).

Pratiques fondées sur les données probantes

Pour travailler en interdisciplinarité, les individus doivent partager une vision commune, qui transcende les frontières professionnelles, administratives et géographiques. Les pratiques fondées sur les données probantes favorisent le consensus bien davantage que les pratiques

fondées sur des croyances, des traditions ou des attachements historiques. Or, les consensus augmentent indéniablement les chances d'obtenir de bons résultats (MSSS, 2014).

Pratique collaborative interprofessionnelle

La prévention des chutes et des blessures associées est un domaine d'interventions complexes où il est impossible d'être compétent en agissant seul. Les intervenants de proximité (préposés aux bénéficiaires, assistants en réadaptation, auxiliaires aux services de santé et sociaux, aides-soignants, infirmières auxiliaires, infirmières), les professionnels et les bénévoles sont des joueurs clés, peu importe leur position dans la hiérarchie. Les médecins doivent également s'impliquer. Les gestionnaires doivent soutenir pleinement la démarche. Le personnel des directions techniques et d'hygiène et salubrité doit contribuer en assurant un environnement propice à la prévention des chutes (MSSS, 2014).

Participation de l'utilisateur et des proches

La prévention des chutes ne peut se faire sans la participation de l'utilisateur et de ses proches. Il est essentiel d'intégrer l'utilisateur et ses proches dans toutes les étapes du processus, de l'évaluation du risque à l'élaboration du plan et, finalement, à l'évaluation des résultats. De plus, il est essentiel d'assurer une réelle représentation de l'utilisateur aux comités de prévention des chutes, il doit être membre à part entière de l'équipe qui reverra le cadre de référence de prévention de l'établissement, car il est le plus habilité à mettre en perspective le point de vue des usagers (MSSS, 2014).

Continuité

La prévention des chutes doit transcender les frontières de l'établissement. La prévention des chutes en établissement ne peut être prise isolément. Elle s'inscrit dans un continuum. La prévention à domicile permet de réduire les risques chez les usagers suite à un séjour à l'hôpital ou en réadaptation. Par ailleurs, celles qui sont identifiées à risque ou ayant déjà chuté doivent être prises en charge (MSSS, 2014).

5. Description des orientations retenues

Les lignes directrices du MSSS proposent trois types d'interventions :

- Les interventions primaires (universelles);
- Les interventions secondaires personnalisées pour l'utilisateur en lien avec ces facteurs de risque, selon l'évaluation;
- Les interventions tertiaires (postchutes).

5.1 Intervention primaire (universelle) et environnement sécuritaire dans tous les secteurs du CISSS

À ce premier niveau, les interventions sont préventives et elles s'adressent qu'aux conditions environnementales :

- Dégager les aires de déplacements;
- Avoir des équipements sécuritaires et ajustables à la taille de l'utilisateur;

- Prévoir des tapis antidérapants et absorbants à l'entrée des bâtiments;
 - Signaler l'accumulation de neige et de glace l'hiver;
- Installer des rampes solides dans les salles de bain, les chambres et les couloirs;
- Utiliser des affiches fournies par le secteur de l'hygiène et salubrité lorsque les planchers sont mouillés;
- Aider l'utilisateur et le stimuler à la mobilité;
- Sensibiliser l'utilisateur au port de chaussures adaptées à sa condition;
- Sensibiliser les employés, les usagers, les bénévoles et les visiteurs à la prévention des chutes.

5.1.1 Clientèle hospitalisée, admise, inscrite ou hébergée

- Amener l'utilisateur à bien connaître le milieu;
- Garder les objets personnels (autorisés) des usagers dans un endroit sécuritaire et accessible;
- Garder la cloche d'appel à un endroit accessible en tout temps pour l'utilisateur, selon les secteurs;
- Positionner le lit au niveau facilitant le déplacement de l'utilisateur et bloquer les freins;
- Utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint.

5.2 Modèle d'interventions

Le modèle d'interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures permet de mettre en place des stratégies d'interventions pour tous les usagers. La revue de littérature a permis de préciser les usagers à risque selon les secteurs, ce qui permet d'évaluer les risques chez les usagers et de mettre en place les stratégies nécessaires (annexe A).

Le modèle d'interventions s'appuie sur quatre grands principes :

- Évaluation des risques multifactoriels;
- Communication et éducation sur les risques de chute;
- Mise en œuvre d'interventions ciblant les usagers à risque;
- Personnalisation des interventions ciblant les usagers les plus à risque de blessures liées à une chute.

5.2.1 Évaluation des risques multifactoriels

5.2.1.1 Processus de dépistage

Le dépistage doit être réalisé chez l'utilisateur considéré à risque de chute dès l'admission ou lors du 1^{er} rendez-vous (section 2.2). Lorsque l'intervenant effectue un dépistage, il doit vérifier si l'utilisateur a eu des antécédents de chutes dans les 12 derniers mois. En ajout à cette vérification, différentes interventions (examens physiques ou questionnaires) sont mises en place afin de détecter si l'utilisateur est réellement à risque de chute. Les procédures spécifiques selon les secteurs précisent les modalités de dépistage selon le type de clientèle.

5.2.1.2 Processus d'évaluation par l'identification des facteurs de risque

Selon les experts, il n'est pas recommandé d'utiliser des outils standardisés d'évaluation des risques de chute, puisqu'il a été démontré que leurs capacités à discriminer les chuteurs des non-chuteurs peuvent être limitées. Il est donc préconisé que l'évaluation du risque de chute soit considérée comme un cycle perpétuel d'évaluation, d'interventions et d'ajustements. Les intervenants doivent avoir le réflexe de penser aux risques de chute dès qu'un facteur de risque apparaît, disparaît ou se modifie. Comme les risques de chute sont fluctuants, l'évaluation doit se faire régulièrement. Voici les facteurs de risque selon quatre catégories, dont certains sont modifiables:

BIOLOGIQUES/INTRINSÈQUES					
	Modifiable		Modifiable		Modifiable
Âge avancé (75 ans et plus)		Cardiovasculaire		Maladies aiguës (fièvre, infection, etc.)	x
Cancer		Cardiopathie	x	MPOC	
Capacité motrice		Trouble du rythme	x	Neurologique	
Arthrose/Ostéoporose/Arthrite		Hypotension orthostatique	x	AVC	
Faiblesse musculaire	x	Chirurgie		Parkinson	
Perte d'équilibre	x	Déficits ou troubles de la vision	x	Sclérose en plaques	
Problème de flexibilité	x	Déficits ou troubles auditifs	x	Épilepsie	
Difficulté dans les transferts	x	Élimination		Santé mentale	
Déformation du pied	x	Incontinence urinaire	x	Dépression	x
Amputation		Urgence mictionnelle	x	Trouble neurocognitif et autre trouble cognitif	
		Étourdissement	x	Délirium	x
		Hémophilie			
COMPORTEMENTAUX					
	Modifiable		Modifiable		Modifiable
Antécédents de chute		Médicaments		Multitâches	x
Peur de chuter	x	Polymédication et plusieurs médicaments peuvent être associés à un risque de chute.	x	Sommeil	x
Aide technique	x			Sédentarité	x
Autonomie	x				
Consommation d'alcool	x				
Consommation de marijuana	x				
Dénutrition et déficit en vit. D	x				
ENVIRONNEMENTAUX/EXTRINSÈQUES					
	Modifiable		Modifiable		Modifiable
Équipements ou matériaux de soins	x	Risque dans l'environnement physique		Séjour prolongé à l'hôpital	x
Mesures de contrôle	x	Domicile	x		
		Lieux publics (CISSS)	x		
SOCIO-ÉCONOMIQUES					
	Modifiable		Modifiable		Modifiable
Analphabétisme	x	Manque de moyen financier			
Barrière de langue	x	Rénovations			
Isolement ou soutien familial insuffisant	x	Achat de nourriture			
		Achat de chaussures appropriées			

5.2.2 Communication et éducation sur les risques de chute

5.2.2.1 Équipe de soins et de services

La communication des résultats de dépistage et d'évaluation des facteurs de risque doit être communiquée rapidement à l'équipe de soins et de services afin de permettre une mobilisation et mettre en place des actions. Selon les secteurs d'activités, le service de bénévoles devrait être informé. Sensibiliser également tout le personnel à la prévention des chutes et à la réduction des blessures, et aux facteurs de risque propres aux chutes.

5.2.2.2 Usager et ses proches

L'information et l'éducation peuvent contribuer à la modification des comportements à risque. Il est donc préconisé de favoriser la participation de l'utilisateur et de ses proches au choix des interventions qui seront mises en place. Une sensibilisation peut également être faite par différents médias comme des vidéos, des affiches ou des dépliants. Le matériel vidéo est préféré à l'écrit.

5.2.3 Mise en œuvre d'interventions et d'interventions personnalisées ciblant les usagers plus à risque

5.2.3.1 Interventions secondaires (reliées aux facteurs de risque de l'utilisateur)

Les interventions secondaires visent le renforcement des capacités, des forces et des ressources individuelles permettant d'éviter la survenue d'une chute et retarder la dégradation de la santé. Elles visent aussi l'adoption, le maintien de comportement favorable à la santé et à la sécurité. Il est donc nécessaire de procéder à une évaluation des utilisateurs à risque. Dès qu'il y a un risque de chute, l'intervenant devra mettre en place des interventions en lien avec les facteurs de risque de l'utilisateur. Les interventions secondaires sont également préventives, mais s'adressent à l'utilisateur. Elles sont aussi réputées pour être les plus efficaces.

Le tableau de l'annexe B cite les principaux facteurs de risque modifiables, ainsi que quelques exemples des méthodes d'évaluations et d'interventions possibles selon les différents champs d'exercices.

Les méthodes d'évaluations et d'interventions sont adaptées par des procédures spécifiques aux différents secteurs.

5.2.3.2 Plan d'interventions

Le risque de chute doit être documenté à l'admission ou dès le 1^{er} rendez-vous selon le champ de pratiques du professionnel concerné. Les modalités de tenue de dossier sont établies par les ordres professionnels. Le résultat de l'évaluation et les interventions sont documentés au dossier tout au long du continuum de services et se retrouvent parmi les outils cliniques suivants selon les secteurs :

- Formulaire d'interventions en lien avec les facteurs de risque de l'utilisateur;
- Plan d'interventions individualisé;
- Plan thérapeutique infirmier (PTI);
- Plan d'interventions interdisciplinaire.

Il est essentiel que les décisions et les interventions de prévention des chutes soient prises en équipe interdisciplinaire.

5.2.3.3 Tournées intentionnelles

Selon le MSSS (2014), la tournée intentionnelle est reconnue comme une pratique exemplaire au Canada et aux États-Unis. Elle implique des visites structurées aux usagers toutes les heures, effectuées par les membres de l'équipe de soins et de services et a pour but de vérifier et de répondre aux quatre besoins suivants :

- L'utilisateur présente-t-il de la douleur?
- L'utilisateur est-il confortable?
- L'utilisateur a-t-il besoin d'aller aux toilettes?
- L'utilisateur a-t-il ses objets personnels à portée de main, notamment la cloche d'appel?

La précision de fonctionnement sera clarifiée dans les procédures selon les secteurs d'activités.

5.3 Interventions tertiaires (postchute)

Les interventions tertiaires sont des interventions curatives puisqu'elles sont mises en place après l'apparition de symptômes ou d'un dommage à la santé. Le but est de ralentir la détérioration de la santé, d'éviter les complications, de soulager les symptômes et de guérir.

Le modèle d'interventions après une chute ou une quasi-chute explique bien les démarches à mettre en place (annexe C).

- Évaluer l'utilisateur;
- Rédiger un rapport d'incident et accident;
- Évaluer l'événement suivant la chute;
- Réviser ou rédiger le plan d'interventions.

5.3.1 Syndrome postchute

En plus des conséquences physiques reliées à la chute, l'intervenant doit porter attention aux signes du syndrome postchute :

Phase aiguë :

- Anxiété;
- Perte d'initiative;
- Refus de se mouvoir;
- Tendance rétroulsive avec flexion des genoux lors du lever au fauteuil.

Le syndrome postchute peut évoluer rapidement vers sa forme avancée :

- Régression psychomotrice;
- Peur de tomber;
- Marche précautionneuse : Les pieds semblent aimantés au sol, tandis que les mains s'agrippent au mobilier ou au soignant.

Il est donc très important d'intervenir rapidement et de mettre en place un plan d'interventions.

En cas de persistance du syndrome postchute, l'utilisateur risque d'avoir une baisse de l'autonomie fonctionnelle, une détérioration de sa condition physique au point de devenir grabataire et même entraîner un décès (Voyer, 2013).

6. Rôles et responsabilités

La prévention des chutes est l'affaire de tous. Tous les intervenants, peu importe leurs fonctions, ont un rôle à jouer. Chaque intervenant doit connaître son rôle et celui des autres membres de l'équipe interdisciplinaire afin de maximiser la collaboration et d'assurer la sécurité des usagers. Tous devraient agir en tant qu'agent multiplicateur en prévention des chutes.

6.1 Gestionnaire

- Soutenir l'équipe et mettre en place les moyens nécessaires pour favoriser la prévention des chutes.

6.2 Médecin

« L'exercice de la médecine consiste à évaluer et à diagnostiquer toute déficience de la santé chez l'être humain en interaction avec son environnement, à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes » (Loi médicale, M-9, art.31).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Évaluer l'état fonctionnel de base;
- Évaluer et traiter les problèmes de santé;
- Vérifier le profil de médicaments de l'utilisateur;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.3 Infirmière

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (OIIQ, 2016).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Procéder au dépistage ou à l'évaluation du risque de chute en lien avec les facteurs de risque de l'utilisateur;

- Évaluer la situation de santé de l'usager en continu et déterminer la nature du problème, les facteurs étiologiques et les besoins physiologiques, psychosociaux et environnementaux de l'usager;
- Évaluer la capacité de l'usager à prendre ses médicaments en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire au besoin;
- Appliquer une démarche d'interventions structurées lors d'une chute en fonction des priorités établies et des meilleures pratiques (évaluation et surveillance clinique postchute);
- Procéder à la rédaction du plan thérapeutique infirmier de toutes les données pertinentes relatives aux facteurs de risque de chute et aux interventions à mettre en place;
- Coordonner et collaborer à la tournée intentionnelle selon les secteurs;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.4 Infirmière auxiliaire

« Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir les soins palliatifs » (Code de profession, art. 37p).

- Contribuer au dépistage et à l'évaluation par la collecte de données et la documentation de ses observations au dossier;
- Suivre les directives au PTI;
- Contribuer à maintenir un environnement sécuritaire;
- Appliquer les recommandations des professionnels suite à l'évaluation du risque de chute;
- Favoriser la mobilisation de l'usager;
- Collaborer aux tournées intentionnelles selon les secteurs.

6.5 Préposé aux bénéficiaires, assistant en réadaptation, auxiliaire aux services de santé et sociaux, aide-soignant ou préposé en ergothérapie/physiothérapie

- Contribuer à maintenir un environnement sécuritaire;
- Appliquer les recommandations des professionnels suite à l'évaluation du risque de chute;
- Contribuer à l'évaluation en transmettant des informations concernant l'usager;
- Rapporter les observations sur le changement de l'état de l'usager;
- Favoriser la mobilisation de l'usager;
- Collaborer aux tournées intentionnelles selon les secteurs.

6.6 Ergothérapeute

« Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitements et d'interventions, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement » (Code de profession, art. 37o).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle de l'utilisateur;
- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique de l'utilisateur présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitements afin de développer les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer la situation de handicap et adapter l'environnement;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.7 Physiothérapeute

« Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologiques, musculosquelettiques et cardiorespiratoires, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal » (Code de profession, art 37n).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle de l'utilisateur;
- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique de l'utilisateur présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
- Élaborer un plan de traitements et appliquer les modalités de traitement en vue de minimiser les déficiences et incapacités physiques et maximiser le rendement fonctionnel;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.8 Thérapeute en réadaptation physique

Ce professionnel de la santé intervient lorsque la condition du patient qui le consulte a déjà été évaluée par le physiothérapeute ou le médecin. Par la suite, il recueille et analyse les renseignements inscrits au dossier de l'utilisateur afin de contribuer à l'élaboration et à l'application du plan de traitements en plus d'en assurer le suivi. Il apporte des conseils sur la posture et l'hygiène de vie et donne des exercices afin d'améliorer la condition physique. (OPPQ)

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Réaliser une collecte de données évaluatives dans le cadre de l'application du règlement sur les catégories de permis délivrées par l'OPPQ (règlement 94m);
- Déterminer la liste de problèmes, les objectifs de traitement et le choix des modalités de traitement pour certains usagers dans le cadre de l'application du règlement sur les catégories de permis délivrées par l'OPPQ (règlement 94m);
- Appliquer les modalités de traitement confiées par le physiothérapeute ou le médecin;
- Partager les résultats de la collecte de données avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.9 Pharmacien

« Évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments afin de notamment détecter et prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, préparer, conserver et remettre des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes » (Loi sur la pharmacie, P10, art.17).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Mettre à jour les informations pharmaceutiques;
- Réviser les médicaments associés à un risque de chute lors de demande de consultation.

6.10 Diététiste/Nutritionniste

« Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'interventions visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé » (Code de profession art. 37. c).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Évaluer l'apport alimentaire, le poids et l'indice de masse corporelle;
- Déterminer le plan de traitements nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
- Surveiller l'état nutritionnel des usagers dont le plan de traitements nutritionnel a été déterminé;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.11 Neuropsychologue

Le neuropsychologue évalue les fonctions cognitives en ce qui a trait à la manière de penser, de se sentir et de se comporter. Dans son interprétation des résultats et de son analyse clinique, il tient compte de l'ensemble des informations au sujet des fonctions cognitives, des comportements, de l'histoire personnelle et de l'état de santé de l'usager. Le neuropsychologue peut suggérer des recommandations ou réaliser certaines interventions afin d'optimiser le fonctionnement de l'usager. Le titre et la pratique du neuropsychologue sont réservés aux psychologues qui possèdent une attestation de formation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques.

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Évaluer les fonctions cognitives de l'usager selon les besoins;
- Soutenir l'usager en cas de syndrome postchute ou de dépression, selon les secteurs;
- Émettre des recommandations en lien avec son évaluation;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.12 Travailleur social

« Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'interventions et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement » (code de profession, art. 37 d ii).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Évaluer le fonctionnement social en prévention des chutes;
- Évaluer le fonctionnement social en cas de syndrome postchute et l'impact de celui-ci sur le fonctionnement de l'usager et ses interactions avec son milieu;
- Intervenir en soutien psychosocial auprès de l'usager et de ses proches au besoin;
- Faciliter le processus d'hospitalisation, de réadaptation, de répit ou d'hébergement à long terme de concert avec les proches;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.13 Agent de relation humaine (ARH)

Personne qui exerce des activités de conception, d'actualisation, d'analyse et d'évaluation dans un ou plusieurs programmes sociaux tels que mentionnés dans le document « Nomenclature des titres d'emploi des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (mars 2016) ».

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Apprécier les impacts de syndrome postchute auprès des usagers selon les secteurs;
- Détecter les indices de troubles;
- Agir à titre de soutien psychosocial en cas de syndrome postchute ou de dépression, selon les secteurs;
- Faciliter le processus d'hospitalisation, de réadaptation, de répit ou d'hébergement à long terme de concert avec les proches;
- Partager les résultats de l'appréciation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.14 Psychoéducateur

« Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'interventions et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement » (code de profession, art 37 g ii).

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Déterminer un plan d'interventions en collaboration avec les autres professionnels;
- Évaluer les résultats et l'efficacité de l'intervention;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants afin de maximiser une approche interdisciplinaire.

6.15 Éducateur spécialisé

L'éducateur spécialisé effectue une *évaluation continue des besoins et des habiletés adaptatives, principalement à travers l'observation, l'évaluation du fonctionnement au quotidien, le soutien et l'accompagnement journalier des personnes. (Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec)

*Non applicable dans un contexte d'activités réservées pour les clientèles vulnérables inscrites dans la loi 21.

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Procéder au dépistage, à l'estimation, à la détection, à l'identification ainsi qu'à l'appréciation de troubles non diagnostiqués.
- Effectuer de l'accompagnement éducatif;
- Stimuler les AVQ (activités de la vie quotidienne) et AVD (activités de la vie domestique);
- Participer au plan d'interventions en collaboration avec les autres professionnels.

6.16 Kinésiologue

Le kinésiologue évalue la condition physique et ses déterminants ainsi que la dynamique du mouvement d'une personne qui présente ou non des facteurs personnels perturbés. Il établit un plan de traitements et d'interventions par le moyen de l'activité physique, puis en assure sa réalisation dans le but d'améliorer ou de rétablir la santé. Ses fonctions s'étalent de la dimension fonctionnelle à la performance, et ce, selon les fondements biopsychosociaux. (Fédération des kinésiologues du Québec)

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont, entre autres :

- Réaliser une collecte de données auprès de l'usager en lien avec sa condition physique et ses déterminants;
- Participer au plan d'interventions en collaboration avec les autres professionnels en vue d'améliorer la condition physique et ses déterminants;
- Appliquer les modalités prévues au plan d'interventions visant l'amélioration de la condition physique.

6.17 Technicien en loisirs

Le technicien en loisirs planifie, gère et organise des programmes d'activités sociales, culturelles et sportives en plus d'en assurer l'animation dans un service de loisirs ou une résidence pour personnes âgées. Il veille à faire preuve de créativité et d'originalité pour adapter les activités aux besoins des personnes afin de susciter la participation en grand nombre. (<http://avenirensante.gouv.qc.ca/carrieres/technicien-en-loisir>)

Les activités professionnelles réalisées en lien avec la prévention des chutes sont, entre autres :

- Proposer des activités pour tous les usagers;
- Participer à l'élaboration d'un plan d'interventions individualisé.

6.18 Bénévole

Les activités réalisées en lien avec la prévention des chutes sont, entre autres :

- Contribuer à maintenir un environnement sécuritaire;
- Appliquer les directives des intervenants liées à la prévention des chutes;
- Rapporter les observations sur les situations à risque;
- Rapporter les observations sur le changement de l'état de l'utilisateur.

6.19 Usager et ses proches

Les activités réalisées en lien avec la prévention des chutes sont entre autres :

- Agir comme des partenaires actifs dans la gestion de la maladie et des problèmes;
- Participer aux interventions en collaboration avec l'équipe d'intervenants.

6.20 Services techniques

Les intervenants de l'équipe des services techniques ont un rôle important au niveau de la prévention des chutes en assurant un environnement sécuritaire :

- Collaborer à maintenir un environnement sécuritaire;
- Rapporter et intervenir lors d'observation de situation à risque;
- Assurer le maintien des interventions primaires (Section 6.1).

7. Mise en œuvre

Puisque le cadre de référence s'adresse aux différentes clientèles du CISSS, différentes modalités d'implantation sont mises en place afin de s'adapter aux secteurs d'activités.

L'implantation dans les différents secteurs inclut l'importance de faire des liens avec la politique de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents et les différents cadres de référence ou programmes tels que : l'AAPA, la philosophie de milieu de vie et l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle. Elle inclut également de la sensibilisation, de l'information et de la formation aux différents intervenants en regard de la prévention des chutes.

8. L'évaluation

Processus

Permet de valider la conformité au processus clinique mis en place.

- Des audits de dossiers ou d'observation sont faits 2 fois par année :
 - Audit de dépistage et d'évaluation du risque de chute;
 - Audit d'évaluation postchute;
 - Audit de l'environnement.

Résultat

Permet de donner des cibles d'amélioration.

9. Annexes

Annexe A : Modèle d'interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures

Annexe B : Exemple d'interventions reliées aux facteurs de risque

Annexe C : Modèle d'interventions après une chute ou une quasi-chute

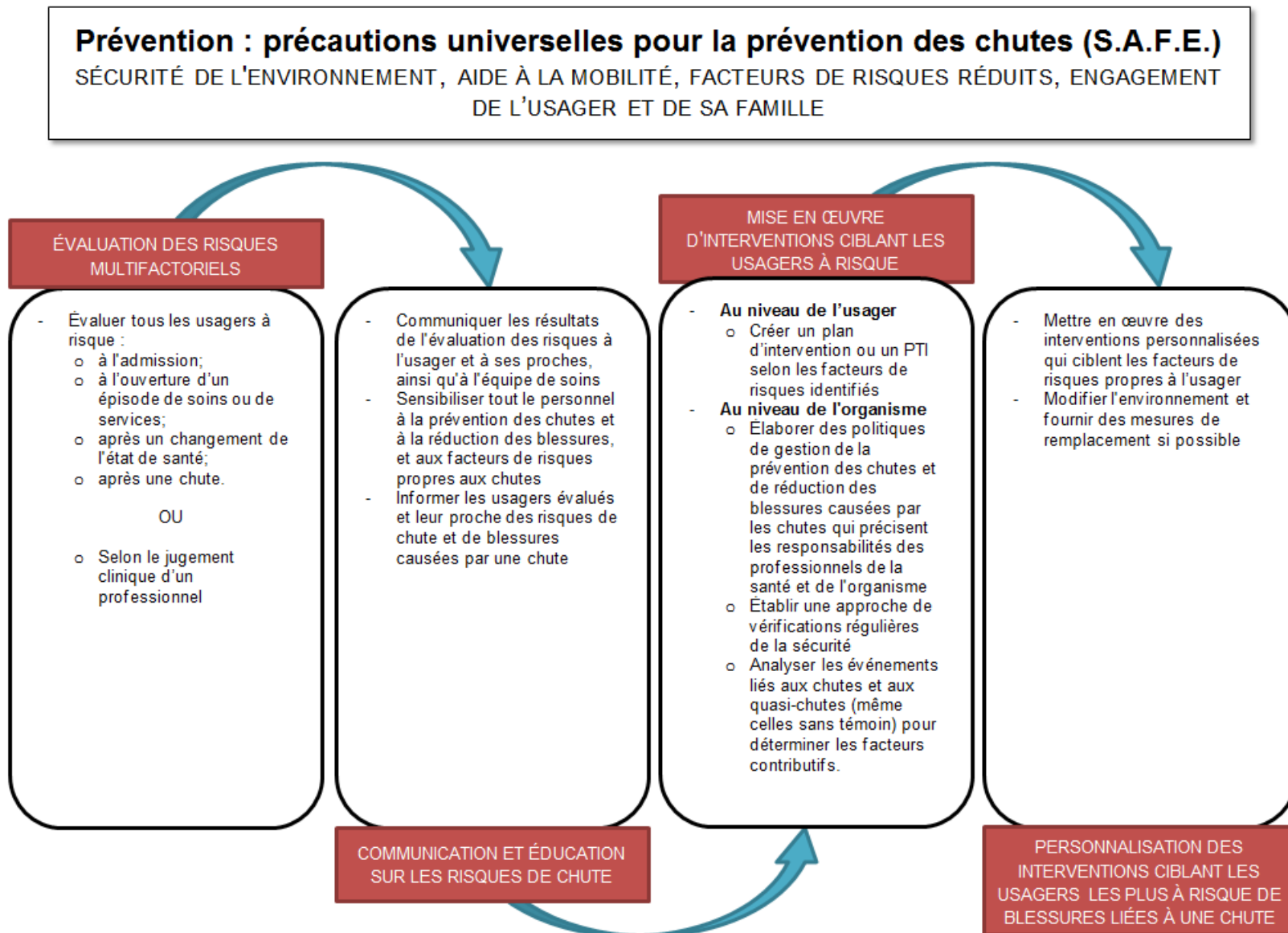
10. Références

- Agrément Canada (2014). Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Preventing falls and reduction injury from falls
- CSSS Haut St-Laurent (2013). Programme de prévention des chutes et des blessures associées
- CSSS Jardins-Roussillon (2013). Programme de prévention des chutes pour la clientèle hospitalisée
- CSSS du Suroît (2010). Programme de prévention des chutes
- CSSS de Vaudreuil-Soulanges (2009). Politique sur la prévention des chutes
- INESSS (2013). Chute chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée)
- INSPQ (2009). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : guide d'implantation
- INSPQ (2011). Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : Recommandation préliminaire à l'élaboration d'un guide de pratique clinique
- Institut canadien pour la sécurité des usagers (2010). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes
- J. Morisod M. Coutaz, *Le syndrome postchute : comment le reconnaître et le traiter*, Revue médicale Suisse. volume 3. 3265, 2007. Référé à <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-132/32651>
- Legis Québec (2018). Code des professions C-26
- MSSS (2014). Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : de la Stratégie à l'action. Volet Chute
- MSSS (2014). Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du groupe vigilance pour la sécurité des soins
- MSSS (2017). Rapport 2016-2017 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec
- OIIQ (2016). Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières et des infirmiers
- Voyer, P (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie 2^e édition
- Voyer, P (2017). L'examen clinique de l'aîné 2^e édition Guide d'évaluation et de surveillance clinique
- SRSOR (2014). Programme de prévention des chutes Ensemble pour une meilleure qualité de vie
- SIDIIEF (2015). La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale

Processus d'élaboration/révision		
Rédigé par	Brigitte Duquette, conseillère-cadre à la surveillance et à la qualité de l'acte	2018-06-18
Révisé par		
Personnes consultées	Membres du comité de travail de prévention des chutes	2018-09-21
	Membres du conseil des infirmiers et des infirmières	2018-11-28
	Membres du conseil multidisciplinaire	2018-11-28
	Membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2018-12-12
	Membres du comité de gestion des risques	2019-01-16

Historique du document		
ADMINISTRATIF		Date AAAA-MM-JJ
Approuvé par	Inscrire le prénom, nom et titre Le Comité de direction	
CLINIQUE		Date 2019-03-19
Approuvé par	Philippe Besombes, Directeur des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire en soins infirmiers Le Comité de coordination clinique	
Commentaires		

Annexe A : Modèle d'interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures



Cadre de référence de la prévention des chutes

Annexe B : Exemple d'interventions reliées aux facteurs de risque

Voici une liste des principaux facteurs de risque modifiables et quelques exemples de méthodes d'évaluation et d'interventions possibles selon les différents champs d'exercices.

Biologiques/intrinsèques	
Facteurs de risque	Exemples d'évaluations et interventions
Capacité motrice : Arthrose/ostéoporose/ arthrite Faiblesse musculaire Perte d'équilibre Altération de l'amplitude des mouvements Difficulté dans les transferts Déformation du pied	• Déterminer en interdisciplinarité les raisons de perte de mobilité de l'utilisateur; • Effectuer un examen clinique ciblé : ○ Force musculaire des membres supérieurs et inférieurs; ○ Examiner l'utilisateur à s'asseoir et se lever à trois reprises de sa chaise; ○ Évaluer la capacité de l'utilisateur à ramasser un objet au sol tel qu'un ustensile; • Inspecter les pieds (cors, ongles, etc.); • Évaluer le besoin d'aide à la marche (Marchette, canne, etc.) • Référer au médecin au besoin; • Proposer des exercices d'équilibre et de renforcement musculaire (ex. Tai-chi ou Programme PIED); • Favoriser la mobilisation en sollicitant la participation du proche aidant; • Enseigner à l'utilisateur et à son proche aidant les précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire et les encourager à les utiliser; ○ Technique de transfert; ○ Demander de l'aide au besoin; ○ Port de chaussures sécuritaires; ○ Utilisation des rampes de sécurité; • Proposer de porter des vêtements protecteurs; • Utiliser un moniteur de mobilité; • Installer un tapis de chute.
Cardiovasculaire : Hypotension orthostatique Trouble du rythme et de conduction	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Vérifier la pression artérielle lors d'un changement de position; • Ausculter le cœur; • Aviser le médecin traitant en spécifiant si l'hypotension orthostatique est accompagnée de symptômes cliniques; • Participer à la révision de la médication avec le médecin et le pharmacien; • S'assurer que l'utilisateur est bien hydraté (à moins de restriction liquidienne); • Enseigner à l'utilisateur et au proche aidant, la technique de lever progressif; • Rappeler à l'utilisateur de se lever du lit ou du fauteuil lentement; • Garder la tête de lit à 30 degrés; • Proposer de porter des vêtements protecteurs;

	• Utiliser un moniteur de mobilité; • Installer un tapis de chute.
Déficit ou trouble de la vision : Cataracte Dégénérescence maculaire Glaucome Autres	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Vérifier la présence de lunette bifocale, car elle peut affecter l'évaluation de la distance lors de déplacements; • Évaluer l'acuité visuelle : ○ Utiliser l'échelle de Rosenbaum; • Référer au médecin au besoin; • Référer en optométrie afin de corriger le trouble de la vue et voir la possibilité d'éliminer des verres à double foyer; • Mettre en place un éclairage adéquat; • Placer à la portée de la main le matériel nécessaire; • Accompagner l'utilisateur dans ses déplacements; • Informer l'utilisateur s'il y a un changement dans la disposition du mobilier ou de l'équipement et s'assurer d'un environnement libre d'obstacles; • Référer aux spécialistes de l'institut Nazareth et Louis-Braille, au besoin.
Déficit ou trouble auditif	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Vérifier la présence d'un bouchon de cérumen; • Effectuer un test de chuchotements; • Référer au médecin au besoin; • S'assurer de l'utilisation de l'appareil auditif au besoin; • Éliminer les bruits de fond le plus possible; • Parler directement devant l'utilisateur et le regarder; • Utiliser des phrases courtes, bien articuler les mots et ajuster le ton de la voix; • Utiliser le langage écrit au besoin : laisser un crayon à la portée de la main; • Demander la participation du proche aidant.
Élimination Incontinence urinaire Urgence mictionnelle	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Questionner l'utilisateur sur la présence de ces problèmes; • Surveiller les signes d'infection urinaire; • Vérifier si l'utilisateur a besoin d'aide pour aller aux toilettes; • Considérer installer l'utilisateur près de la toilette; • Évaluer le besoin d'une chaise d'aisance; • Éviter autant que possible l'élimination en décubitus avec bassine ou urinal; • Mettre en place un horaire d'élimination; • Augmenter l'hydratation (à moins de restriction liquidienne);

	• Enseigner l'entraînement vésical; • Enseigner des exercices pelviens; • Offrir du soutien psychologique.
Maladie aiguë Fièvre infection	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Procéder à un examen clinique sommaire; • Effectuer l'examen clinique de l'abdomen; • Effectuer une auscultation pulmonaire; • Référer au médecin au besoin.
Neurologique AVC Épilepsie Maladie Parkinson Scérose en plaque	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Réaliser un examen neurologique ciblé; • Documenter les crises d'épilepsie; • Évaluer la coordination des membres supérieurs et inférieurs; • Référer au médecin au besoin; • Enseigner sur les risques de chute et les déplacements sécuritaires; • Proposer de porter des vêtements protecteurs; • Utiliser un moniteur de mobilité; • Installer un tapis de chute.
Santé mentale Dépression	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Procéder à la détection des signes de dépression; • Évaluer le risque suicidaire; • Référer au médecin au besoin; • Offrir du soutien psychologique.
Trouble neurocognitif et autre trouble cognitif Délirium	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Effectuer un examen cognitif; • Référer au médecin au besoin; • Éliminer et anticiper les sources d'inconfort; • Aider à l'orientation dans le temps, l'espace et l'entourage; • Utiliser des repères dans l'environnement tels que : horloge, calendrier, objets significatifs, identification de la chambre; • Proposer des décorations personnalisées; • Intégrer le proche aidant dans les soins; • Réduire les bruits; • Mettre en place un éclairage adéquat selon le contexte; • Effectuer une surveillance régulièrement; • Briser l'isolement;

	• Considérer rapprocher l'usager près du poste; • Favoriser une approche calme, douce et chaleureuse; • Proposer de porter des vêtements protecteurs; • Utiliser un moniteur de mobilité; • Installer un tapis de chute.
Comportementaux	
Facteurs de risque	Exemples d'évaluations et interventions
Aide technique Utilisation d'une aide à la marche	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Évaluer l'utilisation de la marchette ou de la canne; • Ajuster la hauteur des équipements; • Enseigner sur la bonne utilisation des aides techniques à la marche; • Placer à la portée de la main son aide technique;
Consommation • Alcool • Cannabis • Autres drogues	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Questionner l'usager sur la consommation; • Utiliser l'outil d'évaluation des symptômes de sevrage ou autre outil pertinent; • Surveiller les signes de sevrage; • Enseignement sur les bonnes habitudes de vie; • Enseignement sur les risques de la consommation pouvant provoquer des chutes ou augmenter.
Dénutrition et déficit en vitamine D	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Évaluer la capacité de l'usager à mastiquer et à déglutir, selon son champ d'exercice; • Encourager l'hydratation; • Encourager la participation au repas; • Encourager la prise de collation nutritive; <i>Vitamine D</i> • Référer au médecin; • Assurer le suivi en lien avec les examens de laboratoires; • Vérifier les résultats de laboratoire; • Proposer ou prescrire un supplément de vitamine D.
Médicaments Plus de 4 médicaments Mauvaise utilisation des médicaments	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Vérifier si l'usager prend adéquatement et suit le traitement médicamenteux; • Vérifier les moyens utilisés pour prendre la médication et respecter la posologie; • Surveiller les effets secondaires de la médication; • Réviser la médication en collaboration avec le médecin; • Demander une consultation avec le pharmacien; • Effectuer de l'enseignement sur la prise du médicament;

	• Renseigner l'usager et le proche aidant des effets secondaires associés au risque de chute et sensibiliser à la prévention; • Effectuer de l'enseignement sur la médication et l'usage de drogues ou d'alcool.
Sommeil	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Évaluer la qualité du sommeil; • Compléter le journal du sommeil au besoin; • Favoriser le sommeil par une saine alimentation et un rituel du couché.
ENVIRONNEMENTAUX/EXTRINSÈQUES	
Facteurs de risque	Exemples d'évaluations et interventions
Équipement ou matériel de soins	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Vérifier si l'usager a un dispositif médical qui le contraint dans ses déplacements; • Enseigner sur la sécurité lors des déplacements; • Placer à la portée de la main le matériel nécessaire.
Mesures de contrôle	• Considérer des mesures de remplacement; ◦ Consulter le formulaire « Mesures de remplacement »; • Consulter la procédure d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.
Risques dans l'environnement physique Domicile Lieux publics (CISSS)	• Déterminer en interdisciplinarité les besoins d'évaluation et d'interventions; • Effectuer une inspection visuelle des lieux; • Mettre en place des interventions primaires; • Familiariser l'usager avec son milieu, identifier les situations et les contributeurs aux risques de chute; • Remettre le dépliant de prévention des chutes; • Adapter l'environnement; • Assurer de la sécurité des nouveau-nés, des enfants et des jeunes (bassinette, barrières de sécurité dans les escaliers, barres d'armoires, etc.) • Enseigner sur la sécurité.
SOCIO-ÉCONOMIQUES	
Facteurs de risque	Exemples d'évaluations et interventions
Analphabétisme Barrière de langage	• Proposer l'aide d'un interprète.
Isolement ou soutien familial insuffisant	• Référer à des organismes communautaires.

Annexe C : Modèle d'interventions après une chute ou une quasi-chute

