

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil			
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers et enseignement universitaire en soins infirmiers	Approuvé	2021-05-25
	Direction des services multidisciplinaires, recherche et enseignement universitaire	Révisé	
Personne(s) concernée(s)	Tous les intervenants œuvrant auprès des usagers en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou admis en hébergement à long terme en déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP)		
Outils cliniques associés	CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes CLI-60058 Mesures de remplacement CLI-60248 Dépistage et évaluation - risque de chute CLI-60314 Évaluation risque de chute pédiatrique Humpty Dumpty CLI-60249 Évaluation et surveillance post chute Dépliant : Prévenez les chutes! Êtes-vous à risque? AMC-DSIEU 6009 Évaluation et interventions liées aux facteurs de risque de chute AMC-DSIEU 6019 Tournée intentionnelle Hébergement AMC-DSIEU 6035 Utilisation et nettoyage toile/civière de chute		

1. Énoncé

Tous les usagers nouvellement admis présentent un risque accru de chuter et de se blesser puisqu'ils se retrouvent dans un milieu qui ne leur est pas familier.

La réduction des blessures causées par les chutes peut contribuer au maintien de la qualité de vie en prévenant la perte de mobilité et la douleur chez les usagers en plus de réduire les réadmissions en centres hospitaliers et les coûts. Cette procédure s'inscrit dans une perspective préventive de sécurité et de qualité qui vise à répondre aux besoins des usagers.

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 et la prévention du déconditionnement;
- 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.

Considérant la mission de milieu de vie pour ces usagers, la notion d'équilibre entre l'intégrité physique et le bien-être émotionnel de ces usagers revêt une grande importance. À cet effet, des moyens doivent être mis en place en regard de la gestion du risque, d'une approche centrée sur l'utilisateur et d'une prise de décision partagée (INESSS, 2020).

2. Champ d'application/Contexte légal

Cette procédure s'appuie sur le Cadre de référence en prévention des chutes (CDR-10124) et vient préciser les spécificités aux secteurs CHSLD et hébergement en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil.

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

La procédure vise à soutenir les recommandations du ministère de la Santé et des Services sociaux (2014) et les exigences d'Agrément Canada qui requiert que les organismes se dotent de moyens de prévention des chutes et de réduction des blessures.

- Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont repérées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire le risque de blessures liées aux chutes (Agrément Canada 2020);
- Une évaluation initiale en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures est effectuée pour les résidents à l'admission au moyen d'un outil normalisé (Agrément 2020);
- Un processus normalisé est suivi pour réévaluer les résidents à intervalles réguliers et quand il y a un important changement dans leur état de santé (Agrément 2020);
- Des protocoles et procédures (fondés sur les conseils en matière de meilleures pratiques quand ils sont disponibles et applicables au milieu) sont mis en œuvre pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en résultent;
- L'information sur les interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes est consignée dans le dossier du résident et communiqué à l'équipe;
- Les membres de l'équipe et les bénévoles reçoivent de la formation, et de l'information est fournie aux usagers, aux familles et aux prestataires de soins pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes (Agrément Canada 2020);
- L'efficacité des précautions en matière de prévention des chutes et de réduction des blessures, de la formation et de l'information est évaluée et les résultats sont utilisés pour apporter des améliorations, au besoin (Agrément Canada 2020).

3. Définitions

Consulter le cadre de référence de prévention des chutes du CISSS de la Montérégie-Ouest (CDR-10124) pour la liste détaillée des termes et définitions.

Professionnels

Le terme « professionnel » désigne l'ensemble des membres du conseil multidisciplinaire et réfère aux membres du personnel titulaires d'un diplôme collégial ou universitaire relié aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche ou à l'enseignement.

Équipe de soins et de services

Les membres de l'équipe de soins et de services sont les intervenants présents sur les lieux qui assurent la continuité des soins de façon coordonnée sur la période de 24 heures.

4. Objectifs

- Réduire les risques de chute, prévenir les accidents évitables et les conséquences.
- Encourager l'autonomie de l'utilisateur et réduire les risques associés au déconditionnement en stimulant la mobilité dans des conditions sécuritaires.
- Améliorer la prestation sécuritaire des soins et des services de nos usagers.
- Assurer la sécurité des usagers après une chute et protéger l'intégrité physique des employés lors de la mobilisation au sol.

5. Intervenants concernés

Tous les intervenants œuvrant auprès des usagers en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil.

6. Rôles et responsabilités

Médecin

- Évaluer l'état fonctionnel de base;
- Évaluer et traiter les problématiques de santé;
- Vérifier le profil de médicaments de l'usager;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Pharmacien

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

Infirmière

- Procéder au dépistage et à l'évaluation du risque de chute en lien avec les facteurs de risque de l'usager;
- 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 prise de médicaments pouvant avoir un impact sur le risque de chute en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire au besoin;
- Appliquer une démarche d'intervention structurée lors d'une chute en fonction des priorités établies et des meilleures pratiques (évaluation et surveillance clinique post chute);
- Procéder à la rédaction du plan thérapeutique infirmier (PTI) 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 et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Infirmière auxiliaire

- 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 : encourager la personne à se mobiliser et lui enseigner les déplacements sécuritaires
- Collaborer aux tournées intentionnelles selon les secteurs.

Préposés aux bénéficiaires / Assistants en réadaptation

- 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.

Ergothérapeute

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle de l'utilisateur au besoin;
- Évaluer la fonction neuro-musculo-squelettique de l'utilisateur présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement afin de développer, de restaurer ou de maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer la situation de handicap et adapter l'environnement, afin de favoriser une autonomie optimale de l'utilisateur;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'utilisateur et ses proches.

Physiothérapeute

- Procéder à l'évaluation fonctionnelle de l'utilisateur;
- Évaluer la fonction neuro-musculo-squelettique de l'utilisateur présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique;
- Élaborer un plan de traitement et appliquer les modalités de traitement en vue de minimiser les déficiences et les incapacités physiques et maximiser le rendement fonctionnel;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'utilisateur et ses proches.

Thérapeute en réadaptation physique (technologue en physiothérapie)

- Réaliser une collecte de données évaluatives portant sur les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculo-squelettique et cardiorespiratoire dans le cadre de l'application du règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (règlement 94m);
- Déterminer la liste de problématiques, 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 délivrés par l'OPPQ (règlement 94m);
- Appliquer les modalités de traitement confiées par le physiothérapeute ou le médecin;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'utilisateur et ses proches.

Psychoéducateur

- Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives de l'utilisateur;
- Déterminer un plan d'intervention et assurer sa mise en œuvre afin de 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'utilisateur dans son environnement;
- Évaluer les résultats et l'efficacité de l'intervention;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'utilisateur, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'utilisateur et ses proches.

Éducateur spécialisé

- 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 activités de la vie quotidienne (AVQ) et activités de la vie domestique (AVD);
- Participer au plan d'intervention en collaboration avec les autres professionnels.

Travailleur social

- Évaluer le fonctionnement social de l'usager en intégrant une réflexion critique des aspects sociaux qui influencent les situations et les problèmes vécus par ce dernier;
- Évaluer le fonctionnement social en cas de syndrome post chute et de l'impact de celui-ci sur le fonctionnement de l'usager et de 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 l'usager et ses proches;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Agent de relation humaine (ARH)

- Procéder au dépistage, à la détection, ainsi qu'à l'appréciation de troubles non diagnostiqués;
- Apprécier les impacts de syndrome post chute auprès des usagers selon les secteurs;
- Agir à titre de soutien psychosocial en cas de syndrome post chute ou de dépression, selon les secteurs;
- Faciliter le processus d'hospitalisation, de réadaptation, de répit ou d'hébergement à long terme de concert avec l'usager et ses proches;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Diététiste/Nutritionniste

- Évaluer l'état nutritionnel de l'usager;
- Déterminer et mettre en œuvre une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins de l'usager afin de maintenir ou rétablir sa santé 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 traitement nutritionnel a été déterminé;
- Partager les résultats de l'évaluation avec l'usager, ses proches et les intervenants et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Psychologue

- Évaluer le fonctionnement psychologique et mental;
- Effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement;
- Soutenir l'usager en cas de syndrome post chute 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 et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Neuropsychologue

- Évaluer les troubles neuropsychologiques et les troubles mentaux chez l'usager;
- Soutenir l'usager en cas de syndrome post chute 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 et échanger sur les interventions à privilégier afin de maximiser une approche interdisciplinaire en tenant compte des choix et volontés de l'usager et ses proches.

Technicien en loisirs

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

Bénévole / Agent de sécurité / Aide de service

- 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'usager.

Usager et ses proches

- Agir comme des partenaires dans la gestion de la maladie et des problématiques;
- Contribuer au respect des interventions primaires;
- Participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de son plan d'intervention en collaboration avec l'équipe d'intervenants.

7. Clientèles visées

	Tous les usagers	Enfants de moins de 3 ans	65 ans et plus	Usagers ayant un problème sous-jacent ou multiple pathologie
Centre d'hébergement et de soins de longue durée	X			
Foyer de groupe de Longueuil		X	X	X
Unité St-Charles			X	X

Selon le jugement clinique de l'infirmière, un dépistage et une évaluation des facteurs de risque pourraient être effectués auprès d'un usager qui n'a pas été visé dans les clientèles à risque.

Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire peuvent également effectuer un dépistage ou une évaluation selon leur jugement clinique et leurs champs d'exercices.

8. Interventions primaires et environnement sécuritaire

Les interventions primaires sont préventives et visent la mise en place d'un environnement sécuritaire. L'ensemble des intervenants doit réaliser les interventions primaires qui sont à sa portée, afin de minimiser les risques de chute.

Généralités

- Dégager les aires de déplacements;
- S'assurer que les planchers et les escaliers soient sécuritaires;
- Mettre en évidence les seuils de porte surélevés s'il y a lieu;
- S'assurer que les équipements situés dans les corridors et les aires communes soient munis d'un système de verrouillage des roues;
- Éviter l'encombrement dans la chambre;
- Avoir des équipements sécuritaires et ajustables à la taille de l'usager;
- 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, si requis;
- Identifier et nettoyer les déversements accidentels de liquide immédiatement :
 - Aviser le service d'hygiène et salubrité si disponible;
 - Utiliser des affiches fournies par le secteur d'hygiène et salubrité lorsque les planchers sont mouillés;
- Stimuler l'utilisateur à la mobilité et l'aider au besoin;
- Utiliser les produits d'aide à la marche (ex. : ceinture de marche) au besoin, lorsque requis pour un usager plus faible;
- Sensibiliser l'utilisateur au port de chaussures non glissantes et adaptées à sa condition;
- S'assurer que les tubulures, les appareils, les vêtements et les équipements n'entravent pas la démarche des usagers;
- Laisser à portée de main la cloche d'appel et les objets personnels d'usage courant (ex. : verre d'eau, lunettes, téléphone, livres, télécommande, aides à la mobilité), à moins que la situation ne s'y prête pas (ex. : admission à l'Unité St-Charles et l'Unité SCPD);
- Utiliser des veilleuses ou un éclairage d'appoint;
- Positionner le lit au niveau facilitant le déplacement de l'utilisateur;
- Activer les freins de tous les équipements roulants sauf dans le cas d'une recommandation contraire émise par un professionnel;
- Sensibiliser les employés, les usagers, les bénévoles et les visiteurs à la prévention des chutes.

Pédiatrique

- Utiliser un lit de bébé pour les enfants âgés de moins de 3 ans et toujours laisser les côtés du lit levés au plus haut niveau, sauf lorsque des soins sont prodigués à l'enfant;
- Positionner le lit au niveau le plus bas et bloquer les freins lorsque le lit est stationnaire dans le cas d'enfants âgés de plus de 3 ans :
 - La position haute ou basse des côtés de lit sera laissée au jugement clinique du personnel infirmier ou d'un autre professionnel habilité;
- Transporter l'enfant de façon sécuritaire et appropriée selon son âge et son état de santé (poussette, civière, berceau, lit, fauteuil roulant);
- Utiliser la ceinture de sécurité lors du transport de l'enfant dans un siège de bébé, une poussette, un fauteuil roulant;
- Encourager le port de chaussures/pantoufles munies de semelles antidérapantes et tenant bien aux pieds;
- Assister l'enfant ayant une démarche chancelante lors de ses déplacements :
 - Selon la situation, un banc à roulette ou une ceinture de marche peut être utilisé.

9. Évaluation des risques de chute multifactoriels

Consulter l'annexe A « Modèle d'interventions pour la prévention des chutes et la réduction des blessures » du CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes du CISSS de la Montérégie-Ouest

Fréquence du dépistage et de l'évaluation des facteurs de risque

- Dépister les usagers identifiés à la section 7, selon son champ d'exercice :
 - À l'admission;
 - Lors d'un transfert de chambre, d'unité ou de centre d'hébergement;
 - Après un changement de l'état de santé;
 - Après une chute;
 - Selon le jugement clinique des professionnels.

Directives

L'infirmière, avec la contribution de l'infirmière auxiliaire, effectue un dépistage et une évaluation du risque de chute en utilisant le formulaire approprié de dépistage et d'évaluation lié aux chutes (CLI-60248 Dépistage et évaluation - risque de chute ou CLI-60314 Évaluation risque de chute pédiatrique Humpty Dumpty) :

- L'infirmière ou l'infirmière auxiliaire documente la collecte de données de dépistage et d'évaluation du risque de chute;
- L'infirmière procède à l'identification, l'analyse et l'évaluation du risque de chute.

Lorsque l'utilisateur est considéré à risque de chute :

- L'infirmière communique rapidement les risques à l'utilisateur et ses proches, à l'équipe de soins et service et l'équipe interdisciplinaire;
- Les membres de l'équipe interdisciplinaire effectuent, selon leurs champs d'exercices, une évaluation des facteurs de risque de chute et utilisent au besoin :
 - L'annexe B du CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes du CISSS de la Montérégie-Ouest – Exemple d'interventions reliées aux facteurs de risques;
 - AMC-DSIEU-6009 Évaluation et interventions liées aux facteurs de risque de chute;
 - Une collecte de données afin de déterminer la sécurité aux déplacements;
- Les résultats de l'évaluation des facteurs de risque sont consignés au verso du formulaire « Dépistage et évaluation risque de chute (CLI-60248) » ou sur le formulaire « Évaluation du risque de chute pédiatrique Humpty Dumpty (CLI-60314) ».

10. Communication et éducation sur les risques de chute

Communiquer les données et les résultats obtenus à l'équipe de soins et de services

Lorsque l'utilisateur présente un risque de chute :

- L'infirmière inscrit les constats de son évaluation au plan thérapeutique infirmier (PTI). Elle inscrit également l'information sur le plan de travail ou tout autre outil de communication nécessaire (ex. : grille d'observation) à l'équipe de soins et services;
- Le professionnel communique l'information à l'équipe de soins et de services;
- Les constats sont également communiqués lors de la rencontre interdisciplinaire (voir section 11).

Communiquer les résultats à l'utilisateur et les proches

Lorsqu'un utilisateur est considéré à risque de chute, les intervenants informent ce dernier et ses proches du risque de chute et des facteurs de risques en les sensibilisant aux conséquences potentielles causées par une chute. Le type de communications utilisées doit être adapté aux capacités de l'utilisateur et de ses proches. Pour ce faire, les intervenants peuvent, entre autres :

- Remettre le dépliant "*Prévenez les chutes! Êtes-vous à risque?*", au besoin;
- Utiliser les affiches qui sont disponibles dans tous les secteurs.

11. Mise en œuvre des interventions ciblant les utilisateurs à risque

Afin de réduire ou d'éliminer les facteurs de risque de chute, l'équipe de soins et de services doit impliquer l'utilisateur et ses proches dans le choix des interventions et de leur mise en œuvre. La détermination des interventions doit être réalisée de concert avec l'utilisateur et ses proches en respect de ses valeurs et ses préférences. La décision finale devrait revenir à l'utilisateur et ses proches tel que soutenu dans les principes de décisions partagés (INESSS, 2020). Les interventions sont appliquées sur les facteurs de risque modifiables et ayant un impact sur la diminution du risque de chute.

L'infirmière, avec la contribution de l'infirmière auxiliaire :

- Initie et ajuste les interventions en ciblant les facteurs de risque de l'usager;
- Rédige les directives au PTI.

Le professionnel:

- Rédige un plan d'intervention disciplinaire (PID) selon son champ d'exercice et selon les besoins de l'usager.

L'infirmière et le professionnel peuvent consulter et utiliser au besoin:

- L'AMC-DSIEU-6009 Évaluation et interventions liées aux facteurs de risque de chute;
- L'annexe B du CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes;
- Le formulaire CLI-60058 Mesures de remplacement.

Rencontre interdisciplinaire

Lors de la rencontre interdisciplinaire, les résultats obtenus par le dépistage du risque de chute et l'évaluation des facteurs de risque associés sont rapportés afin de déterminer les besoins de l'usager.

Les intervenants, l'usager et les proches :

- Partagent les informations sur les bénéfices et inconvénients potentiels des différentes interventions, y compris l'option de ne pas intervenir;
- Prennent des décisions concernant les interventions de prévention des chutes;
- Évaluent l'efficacité des interventions mises en place;
- Apportent les ajustements requis selon les discussions, les évaluations effectuées et l'évolution clinique de l'usager;
- Rédigent un plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Rédigent et ajustent les directives au PTI, au PID, au plan de travail, ou tout autre outil de communication nécessaire (ex. : grille d'observation).

Processus en continu

La situation clinique de l'usager est en constante évolution. Il est donc important d'effectuer le dépistage ou l'évaluation des facteurs de risque régulièrement lors du continuum de soins. Une réévaluation doit être effectuée :

- Lors d'un transfert de chambre, d'unité ou de centre d'hébergement;
- Lors d'un changement de l'état de santé de l'usager;
- Selon le jugement clinique du professionnel;
- Lors d'une chute.

Tournée intentionnelle

La tournée intentionnelle implique des visites structurées aux usagers selon la fréquence établie. Elle est effectuée 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'usager présente-t-il de la douleur?
- L'usager est-il confortable?
- L'usager a-t-il besoin d'aller aux toilettes?
- L'usager a-t-il ses objets personnels à portée de main, notamment la cloche d'appel?

Secteur CHSLD : Consulter l'aide-mémoire clinique : Tournée intentionnelle Hébergement (AMC-DSIEU-6019).

Secteur DI-TSA-DP : La tournée intentionnelle est réalisée selon le jugement clinique de l'infirmière ou du professionnel lorsque l'usager est considéré à risque de chute.

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

12. Interventions après une chute ou une quasi-chute

Consulter l'Annexe C « Modèle d'interventions après une chute ou une quasi-chute » du CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes du CISSS de la Montérégie-Ouest

Accompagnement d'un usager lors d'une chute

Lors d'une activité, il est possible que l'usager ait une faiblesse en présence de l'intervenant. Afin d'éviter des blessures, l'intervenant tente de guider l'usager dans sa chute.

- Consulter l'annexe A

Constat de la chute

La personne qui constate doit :

- Aviser immédiatement l'infirmière, ou en son absence le coordonnateur de soir, de nuit et de fin de semaine;
- Sécuriser les lieux, au besoin;
- Ne pas déplacer l'usager et ne pas mettre d'oreiller sous sa tête;
- Rassurer l'usager en attente des directives infirmières et demeurer près de lui.

Évaluation de l'usager au sol

L'infirmière avec la contribution de l'infirmière auxiliaire doit :

- Faire une évaluation sommaire de l'usager avant même de le déplacer :
 - Évaluer immédiatement l'état de conscience, selon le jugement clinique;
 - Évaluer la présomption d'impact crânien;
 - Contrôler immédiatement les signes neurologiques, selon le jugement clinique;
 - Contrôler les signes vitaux;
 - Vérifier la présence de sang ou de blessure;
 - Évaluer la douleur;
 - Vérifier l'alignement des membres et des sites douloureux;
 - Demander à l'usager de plier lentement ses bras et ses jambes;
 - Effectuer la palpation des membres.
- Communiquer au besoin avec le médecin suite à son évaluation et selon son jugement clinique :
 - Communiquer avec les services d'urgence au besoin.

Mobilisation de l'usager

Aucune suspicion de fracture

L'usager peut se lever seul (Annexe B) :

- Approcher un fauteuil ou le lit;
- Guider les actions que l'usager doit faire;
- Assurer une supervision.

L'usager peut se lever seul avec aide partielle :

- Approcher un fauteuil ou le lit;
- Aider l'usager avec une ceinture de marche ou autre équipement disponible;
- Guider les actions que l'usager doit faire;
- Assurer une assistance selon le niveau d'autonomie;
- Utiliser un levier si l'usager est incapable de se lever dès sa première tentative.

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

L'utilisateur ne peut se lever seul (Annexe C) :

- Utiliser un levier mobile au sol ou levier au plafond avec une toile :
 - Sauf pour usager avec prothèse totale de hanche (PTH) récente de moins de 3 mois;
- En l'absence de levier, communiquer avec les services d'urgence.

Suspicion de fracture ou usager avec PTH récente de moins de 3 mois

Lorsque possible, immobiliser la région où il y a suspicion de fracture, et, en cas de doute, attendre les services d'urgence.

L'utilisateur ne peut pas se lever seul :

- Utiliser un lève-personne au sol ou lève-personne au plafond avec une toile/civière de chute :
 - Mobiliser en bloc;
- Selon les secteurs, communiquer avec les services d'urgence.

Poursuivre l'évaluation de l'utilisateur

L'infirmière :

- Poursuivre l'examen physique selon le formulaire « Évaluation initiale et surveillance post chute » (CLI-60249);
- Prodiguer les soins requis;
- Procéder à l'évaluation factuelle de la chute et des facteurs y ayant contribué;
 - Demander à l'utilisateur ou un témoin d'expliquer la situation qui a causé la chute, si possible;
 - Observer les facteurs de risques présents au constat de la chute (condition de santé, comportements; environnement, etc.);
- Mettre en place la surveillance post chute;
- Aviser les intervenants concernés;
- Compléter le formulaire « Évaluation initiale et surveillance post chute » (CLI-60249);
- Rédiger une note complète au dossier.

N.B. Procéder à l'évaluation lors de chaque chute chez un usager, même lors de chute à répétition.

Aviser les personnes concernées

L'infirmière :

- Aviser le médecin de garde selon son jugement clinique;
- Aviser les équipes de soins;
- Aviser les proches ou le représentant légal de l'utilisateur conformément à la Procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents - usagers:
 - Après avoir obtenu le consentement de l'utilisateur selon la situation;
- Aviser le gestionnaire ou son remplaçant lorsqu'il y a une chute avec conséquence.

Rédiger un rapport d'incident et d'accident

La personne qui a constaté l'événement ou l'infirmière, selon la situation:

- Compléter un rapport d'incident ou d'accident (AH-223) **le plus tôt possible, dans les 24 à 48 heures suivant la chute.**

Évaluation après une chute



Alerte clinique

En cas de constat ou de présomption d'impact crânien, la surveillance minimale doit être effectuée selon les fréquences identifiées sur la grille de surveillance, même si l'utilisateur semble dormir. **Il faut donc réveiller l'utilisateur.**

L'infirmière, avec la contribution de l'infirmière auxiliaire, doit :

- Effectuer le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque de chute;
- Poursuivre la surveillance post chute pour 48 heures minimalement;
- Surveiller l'apparition des symptômes d'un syndrome post chute;
- Ajuster le PTI;
- Effectuer une référence auprès d'un autre professionnel au besoin;
- Aviser le ou les professionnels déjà impliqués dans les interventions de prévention des chutes, qui ajustera le PID au besoin;
- Prévoir une discussion ou une révision du plan d'intervention interdisciplinaire lors de la prochaine rencontre interdisciplinaire.

Précision en contexte de fin de vie (Université Laval, 2019)¹

L'infirmière, avec la contribution de l'infirmière auxiliaire doit :

- Effectuer l'évaluation initiale dans toutes les situations de chute afin de mesurer les conséquences immédiates sur l'utilisateur, de déterminer la façon la plus sécuritaire de le relever, ainsi que l'intensité de la surveillance et du suivi post chute requis;
- Déterminer un suivi personnalisé selon les constats effectués (douleur, déchirure cutanée, fracture, etc.) et viser prioritairement le confort et le bien-être de l'utilisateur;
- Prendre en considération les volontés de l'utilisateur et de son représentant;
- Tenir compte du contexte de fin de vie;
- En situation où il y a une suspicion d'impact crânien, déterminer les suivis requis et cibler des paramètres non invasifs tels que la respiration, la présence de signes d'inconfort général, de nausées ou de vomissements, etc.

Rencontre et plan d'intervention interdisciplinaire

Organiser une rencontre interdisciplinaire au besoin en collaboration avec l'utilisateur et les proches ou consulter un membre de l'équipe interdisciplinaire. Ajuster le plan d'intervention interdisciplinaire, les directives au PTI, le PID, le plan de travail ou tout autre outil de communication nécessaire selon les champs d'exercices des professionnels.

13. Documentation

- CLI-60058 Mesures de remplacement
- CLI-60248 Dépistage et évaluation - risque de chutes
- CLI-60314 Évaluation risque de chute pédiatrique Humpty Dumpty
- CLI-60249 Évaluation et surveillance post chute
- Plan thérapeutique infirmier
- Plan d'intervention disciplinaire
- Plan d'intervention interdisciplinaire
- Plan de travail

¹Précision sur la surveillance clinique postchute pour 48 heures en contexte de soins palliatifs et en fin de vie

14. Annexe(s)

Annexe A : Accompagner lors d'une chute

Annexe B : Se lever du sol et s'asseoir

Annexe C : Relever l'usager du sol et le transférer au lit avec le lève-personne mobile au sol

15. Référence(s)

Agrément Canada (2020). Pratiques organisationnelles requises, Prévention des chutes et réduction des blessures. P. 65-69.

Agrément Canada (2018). Réadaptation

Agrément Canada (2014). Prévention des chutes : des données probantes à l'amélioration des soins de santé au Canada

ASSTSAS (2009). Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires

ASSTSAS. *Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)*, fiche PDSB E12

<https://asstsas.qc.ca/pdsb/relever-la-cliente-du-sol-et-la-transférer-au-lit-avec-le-leve-personne-mobile-au-sol>

ASSTSAS. *Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)*, fiche PDSB E13

<https://asstsas.qc.ca/pdsb/relever-la-cliente-du-sol-et-la-transférer-au-lit-avec-le-leve-personne-mobile-au-sol-0>

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Ouest (2018). CDR-10124 Cadre de référence de prévention des chutes

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Montérégie-Ouest (2017). PRO-10045 Procédure de déclaration et d'analyse des incidents et des accidents-usagers.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). Conciliation du milieu de soins et du milieu de vie en centre d'hébergement et soins de longue durée. Gouvernement du Québec.

Université Laval (2019). Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement. Évaluation et suivi postchute avec ou sans impact crânien dans un contexte de soins de fin de vie

Inspiré de :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017). Preventing falls and reduction injury from falls

Centre Hospitalier Universitaire de Sainte-Justine (2018). Programme de prévention des chutes et de réduction des blessures du CHU Sainte-Justine. Montréal CHU Ste-Justine.

Institut canadien pour la sécurité des usagers (2010). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes

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

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 2e édition

Voyer, P (2017). L'examen clinique de l'aîné 2e édition Guide d'évaluation et de surveillance clinique

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

ANNEXE A

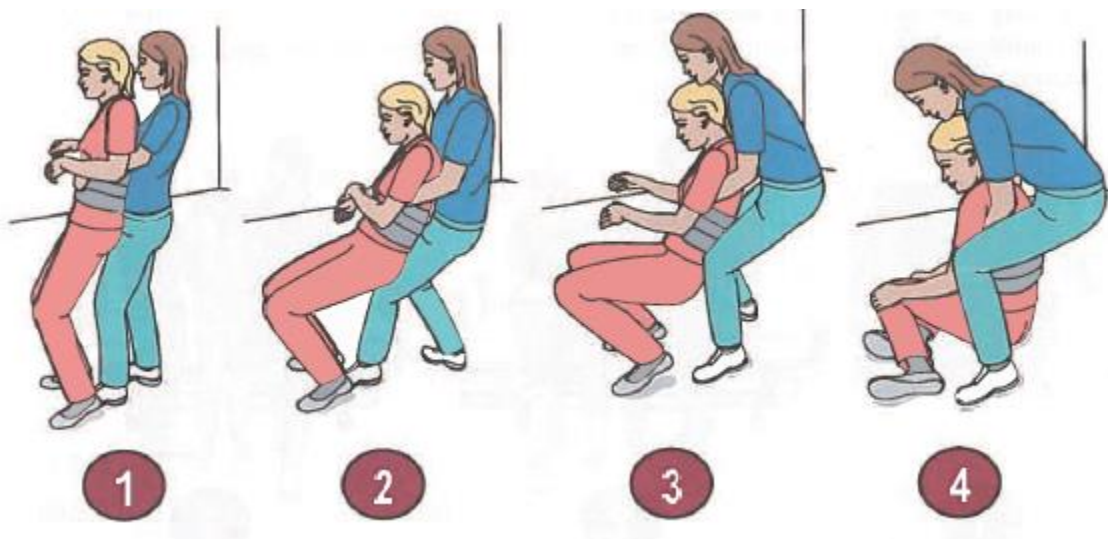
ACCOMPAGNER LORS D'UNE CHUTE

Lors d'une intervention, il est possible que l'utilisateur ait une faiblesse. Afin d'éviter des blessures, l'intervenant tente de guider l'utilisateur dans sa chute.

Cette méthode se fait relativement rapidement en suivant le mouvement naturel et en évitant de retenir l'utilisateur.

Particularité du mouvement :

- Entraîner l'utilisateur vers soi pour ne pas être déporté vers l'avant ou vers l'extérieur et perdre l'équilibre;
- Faire glisser d'abord l'utilisateur sur sa cuisse, si possible;
- Fléchir les genoux et écarter les pieds;
- Faire glisser l'utilisateur entre ses jambes;
- Poursuivre la descente en reculant à petits pas jusqu'au sol pour amortir l'impact;



- Permettre à l'utilisateur de s'allonger, au besoin;
- Rassurer l'utilisateur;
- L'installer confortablement en attendant de déterminer les gestes à faire.

Référence : ASSTSAS (2009). Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), p.112

ANNEXE B

SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR			Supervision 
Caractéristiques de la cliente : fait les mouvements par elle-même, mais peut avoir besoin d'être guidée ou stimulée.			
Étape 1  • Se tourner sur le côté.	Étape 2  • Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc.	Étape 3  • S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.	
Étape 4  • Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras.	Étape 5  • Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever.	Étape 6  • Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.	

Référence : ASSTSAS (2009). *Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)*, page13

ANNEXE C

RELEVER LA CLIENTE DU SOL ET LA TRANSFÉRER AU LIT AVEC LE LÈVE-PERSONNE MOBILE AU SOL

Équipement

1^{re} étape : installer la toile double cuissarde

Caractéristiques de la cliente : pas de fracture, ne peut se relever par elle-même | faiblesse dans les membres inférieurs et supérieurs.



Avant d'utiliser le lève-personne, l'infirmière doit évaluer l'état de santé de la cliente. L'utilisation d'une toile dotée de sangles au niveau des hanches apporte une sécurité supplémentaire pour des clients agités et anxieux qui risquent de basculer latéralement.

Étape 1



INTERVENANTE 1

- Placer un oreiller sous la tête de la cliente, puis tourner la cliente sur le côté.

INTERVENANTE 2

- Installer la toile sur la cliente en utilisant des repères afin de la centrer.
- Insérer une partie de la toile sous la cliente.

Étape 2



INTERVENANTE 2

- Ramener la cliente sur le dos et la tourner légèrement vers soi.

INTERVENANTE 1

- Sortir la toile placée sous la cliente et l'étendre.

Étape 3



INTERVENANTE 2

- Ramener la cliente sur le dos, au centre de la toile.

Étape 4



INTERVENANTES 1 ET 2

- Croiser les petites sangles l'une dans l'autre, puis insérer chacune des grandes sangles extérieures dans la boucle de la petite sangle.

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

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

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

Référence : ASSTSAS. Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), fiche PDSB E12
<https://asstsas.qc.ca/pdsb/relever-la-cliente-du-sol-et-la-transférer-au-lit-avec-le-lève-personne-mobile-au-sol>

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

ANNEXE C (suite)

RELEVER LA CLIENTE DU SOL ET LA TRANSFÉRER AU LIT AVEC LE LÈVE-PERSONNE MOBILE AU SOL

Équipement

2^e étape : relever la cliente du sol

Caractéristiques de la cliente : pas de fracture, ne peut se relever par elle-même | faiblesse dans les membres inférieurs et supérieurs.



Avant d'utiliser le lève-personne, l'infirmière doit évaluer l'état de santé de la cliente. L'utilisation d'une toile dotée de sangles au niveau des hanches apporte une sécurité supplémentaire pour des clients agités et anxieux qui risquent de basculer latéralement.

Étape 1



INTERVENANTE 1

- Ouvrir la base du lève-personne et l'approcher de la cliente.
- Appliquer les freins et descendre le cintre du lève-personne pour pouvoir y accrocher les sangles de la toile.

Étape 2



INTERVENANTES 1 ET 2

- Accrocher les sangles de la toile au cintre du lève-personne.
- Retirer les freins du lève-personne.

Étape 3



INTERVENANTE 1

- Actionner la manette du lève-personne pour relever la cliente en s'assurant que sa tête ne heurte pas le mât.

INTERVENANTE 2

- Établir un contact visuel avec la cliente et la sécuriser.
- Une fois les sangles tendues, vérifier qu'elles sont bien insérées dans les crochets.

Étape 4



INTERVENANTE 1

- Lever la cliente à une hauteur facilitant son transfert sur une chaise ou sur un lit.

INTERVENANTE 2

- Sécuriser la cliente au besoin.

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

Le genre utilisé correspond à celui présenté dans les illustrations.

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

Référence : ASSTSAS. *Principe pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB)*, fiche PDSB E13
<https://asstsas.qc.ca/pdsb/relever-la-cliente-du-sol-et-la-transférer-au-lit-avec-le-leve-personne-mobile-au-sol-0>

Prévention des chutes pour les usagers admis en CHSLD ou admis en hébergement à long terme en DI-TSA-DP de l'unité St-Charles et du Foyer de groupe de Longueuil

Processus d'élaboration / révision		
Rédigé par	Brigitte Duquette, conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte	2019-09-13
Révisé par	Mireille Burnham, conseillère-cadre à la qualité et à la surveillance de l'acte	2020-09-04
Personnes consultées	Andreia Mendes, conseillère en soins infirmiers	2020-09-04
	Roxanne Patrice-Quirion, conseillère en soins infirmiers	2019-10-18
	Linda Payment, Coordinatrice Centre d'hébergement de Coteau-du-Lac et Centre d'hébergement Laurent-Bergevin	2019-09-13
	Marie-Noëlle Giroux, Conseillère gestion de la qualité et des risques	2019-10-24
	Isabelle Perreault, coordonnatrice du programme spécialisé TC-TGC	2019-11-13
	Amélie Clément, chef de programme du programme spécialisé trouble du comportement (TC) et trouble grave du comportement (TGC), Unité St-Charles	2019-11-13
	Mervil, Nuevarens, Infirmier clinicien assistant du supérieur immédiat	2019-11-13
	Myrda Dieudonné, Infirmière	2019-11-13
	Diane Demers, Assistant du supérieur immédiat	2019-11-13
	Leyla Benhadj, Chef (intérim) du Foyer de groupe en déficience physique de Longueuil	2019-11-13
	Guy Lemay, conseiller en soins infirmier	2020-09-04
	Marie-Josée Pié, infirmière chef d'équipe CHSLD St-Rémi	2019-10-01
	Véronique Noiseux, ergothérapeute CHSLD Châteauguay	2019-10-20
	Karyne Haineault, Thérapeute en réadaptation physique CHSLD Châteauguay	2019-10-20
	Annie Girard, coordonnatrice CHSLD Châteauguay	2019-10-20
	Patricia Aubin, chef de service CHSLD Châteauguay	2019-10-20
	Chantal Massicotte, infirmière clinicienne	2019-10-01
	Annick Chaloux, chef de service soutien gestion de la qualité et des risques, DPSAPA, DPSMD, DPJASP	2020-09-02
	Anne-Marie Breton, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2020-09-23
	Amila Kazi-Tani, agente de planification, de programmation et de recherche, Soutien à la gestion des risques, DQPE	2021-01-22

Historique du document		
Approuvé par	Sylvie Collette, Directrice adjointe des soins infirmiers à la qualité et l'évolution de la pratique	2021-02-11
Approuvé par	Conseil Multidisciplinaire	2021-03-26
Approuvé par	Conseil des infirmiers et infirmières	2021-02-11
Approuvé par	Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2021-04-08
Approuvé par	Comité de coordination clinique	2021-05-25

Annulation d'outils cliniques existants	
En date d'entrée en vigueur mentionnée, cette procédure clinique vient annuler les outils cliniques suivants :	
Installation(s)	Annulation
Centres d'hébergement Vaudreuil-Soulanges	- PO-DSI-GRQ-SP-003 Prévention des chutes - Dépistage du risque de chutes - 171-2701 - Évaluation initiale et surveillance post chute-2103-oct15
Centres d'hébergement Jardin-Roussillon	- Programme de prévention des chutes en CH - Grille d'évaluation post-chute soins infirmiers-jr - plan d'intervention interdisciplinaire – prévention des chutes - grille de dépistage-jr
Centres d'hébergement Haut St-Laurent	- Programme de prévention des chutes et blessures associées - DSIQRA-GR-05 Prévention des chutes et suivis postchutes - Grille d'évaluation des risques de chute à la marche chez usager