



GUIDE DE PRATIQUE CLINIQUE POUR LA PRÉVENTION ET LA GESTION DES CHUTES

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

© Tous droits réservés, CHUM, 2021



Rédaction sous la direction conjointe de :

Lucie Bédard, cogestionnaire clinico-administrative, regroupement médecine, DSI
Lawrence Fillion, conseiller en soins spécialisés – personnes âgées, DSI

Membres du comité :

Nicolas Allanot, technicien en loisir, DSM
Nathalie Caya, cogestionnaire – urgence et ambulatoire, DAMU
Catherine Dufault, infirmière-chef d'unité – médecine de jour
Élodie Mercuri, conseillère qualité et gestion des risques, DQEPE
Lucie Plouffe, chef adjointe d'ergothérapie et de physiothérapie, DSM
Gabriel Seyer, spécialiste en activités cliniques, DSM
Roxanne St-Cyr, conseillère en communication, DCAI

Avec la collaboration de :

Geneviève D'Aoust (CSS)
Jean-Christophe Farrell (technicien en loisirs)
Steve Gagné (CSS)
Caroline Houle (ICU)
Mériem Mennai (conseillère en communication)
Louise Simard (AICU)

Nous tenons à remercier les équipes des secteurs ambulatoires et les patients partenaires qui ont participé aux nombreux groupes de travail. De plus, nous remercions chaleureusement Mme Huguette Bellerose, directrice adjointe à la DSI, pour avoir mandaté un comité de prévention des chutes interdirectionnel et d'avoir guidé la présentation des recommandations.

Membres des groupes de travail dans les secteurs ambulatoires :

Marie-Christine Bertrand (CSI), Shana Bissonnette (ICPA), Alexia Bosch (CSI), Karina Brodeur (CSI en santé et sécurité du travail), Laure Raphaël Brossard (ICU), Audrey Chouinard (CSS), Marie-Thibault Clément (CSI), Marie-Andrée Côté (patiente partenaire), Diane Croteau (ICU), Sylvie Desbiens (AIC des IPO), Ginette Daviau (ICU), Catherine Dufault (ICU), Lyne Durocher (AIC), Mihaela Drugus (AIC par intérim), Isabelle Fortin (AIC), Mathieu Gingras (ICU), Jessika Jasmin (AIC), Steve Labbé (ICU), Nicole Lavoie (ICU), Andrée Lebeau (AIC), Fanny Martin (IPS), Geneviève Morissette (ICU), Charlotte Perrier (ICPA), Michel Poirier (patient partenaire), Isabelle Sauvageau (ICU), Isabelle Sévigny (CSS) et Isabelle Tremblay (ICU).

Table des matières

INTRODUCTION.....	6
DÉFINITIONS.....	6
CONTEXTE	7
PHILOSOPHIE ET VALEURS	7
BUT ET OBJECTIFS DU GUIDE	8
INTERVENANTS ET PERSONNES CONCERNÉES	8
PORTRAIT AU CHUM	9
RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS	9
FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE	13
Facteurs de risque biologique (RNAO, 2017).....	13
Facteurs de risque environnemental ou situationnel (RNAO, 2017).....	14
Facteurs de risque de nature comportementale ou psychologique (lié à une activité) (RNAO, 2017)..	14
Facteurs de risque socio-économique (RNAO, 2017)	14
PRÉVENTIONS DE CHUTES – AGRÉMENT CANADA.....	14
Description de la norme.....	14
Clientèle visée	14
Mise en œuvre au CHUM.....	15
Tests de conformité	15
Conseils	15
Engagement du CHUM en lien avec les processus d’Agrément Canada	16
Plan de communication pour préparer une visite d’Agrément Canada pour la prévention des chutes	17
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES – MESURES UNIVERSELLES	18
STRATÉGIE UNIVERSELLE #1 : Appliquer une approche intégrée à composantes multiples.....	18
STRATÉGIE UNIVERSELLE #2 : Appliquer des mesures générales de prévention des chutes pour tous les patients	18
Éducation du patient et des proches :	19
Maintien d’un environnement sécuritaire :.....	19
Adoption d’une approche de soin préventive :	20
STRATÉGIE UNIVERSELLE #3 : Dépister et identifier au moyen d’un bracelet spécifique, les patients présentant un risque élevé de chutes qui nécessitent une vigilance accrue de la part de toute personne en contact avec ces patients.....	21

STRATÉGIE UNIVERSELLE #4 : Établir avec le patient et ses proches un plan de prévention des chutes qui respecte ses droits individuels et tient compte des bénéfices et inconvénients des interventions préventives	22
STRATÉGIE UNIVERSELLE #5 : Améliorer les axes de circulation et l'accès au CHUM.....	22
STRATÉGIE UNIVERSELLE #6 : Stratégies de communication multidisciplinaires	23
STRATÉGIE UNIVERSELLE #7 : Améliorer les informations sur l'orientation dans les espaces physiques au CHUM	24
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES SUR LES UNITÉS DE SOINS	25
STRATÉGIE POUR UNITÉ DE SOINS #1 : Identifier la présence de facteurs de risque de chute individuels et appliquer les mesures additionnelles et spécifiques de prévention à l'admission, après un changement significatif de la condition du patient et après une chute	25
STRATÉGIE POUR UNITÉ DE SOINS #2 : Prévenir et identifier le délirium	27
STRATÉGIE SPÉCIFIQUE AU SECTEUR MÈRE-ENFANT	27
Prévention des chutes et réduction des blessures	27
Maman	27
Bébé	27
Général.....	28
STRATÉGIES ET DE MESURES PRÉVENTIVES ET ALTERNATIVES RISQUE DE CHUTE.....	28
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES EN AMBULATOIRE ET EN CLINIQUE EXTERNE	29
Méthodologie de travail	29
Implication des bénévoles	29
Principes généraux pour le maintien d'un environnement sécuritaire dans les secteurs ambulatoires	29
Ensemble des cliniques ambulatoires.....	30
Cliniques externes sans intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient	30
Cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient	31
Cliniques externes et ambulatoires de gériatrie.....	31
Cliniques d'oncologie	32
Clinique d'ophtalmologie.....	32
Endoscopie.....	33
Hémodialyse.....	34
Procédures pour l'hémodialyse	34
Cliniques de neurologie et de neurochirurgie	35
Clinique d'orthopédie	35

Perspectives	36
Conclusion pour l'ensemble des cliniques externes et ambulatoires	36
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES À L'URGENCE	37
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES : Autres recommandations du comité interdisciplinaire.....	38
INTERVENTIONS POST CHUTE.....	39
ANALYSE DES RAPPORTS D'ANALYSES APPROFONDIES	39
MODALITÉS D'APPLICATION DU GUIDE DE PRATIQUE	42
MÉCANISMES ORGANISATIONNELS DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DES CHUTES.....	43
Indicateurs de résultats	43
CONCLUSION.....	44
RÉFÉRENCES.....	45
ANNEXE 1 – MESURES ADDITIONNELLES EN PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES SPÉCIFIQUES.....	46

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) est engagé et convaincu de l'importance de mettre en place des mesures pour la prévention des chutes et pour la sécurité des patients. Notre registre des incidents et des accidents comporte de nombreux rapports de chutes qui sont un rappel constant de poursuivre nos objectifs d'amélioration de nos pratiques cliniques.

Depuis la première version du Guide de prévention des chutes en 2015, de nombreux efforts ont été déployés pour réaliser les stratégies. De nouvelles stratégies se sont ajoutées dans la version de 2018, mais également une standardisation de l'évaluation des patients suite à une chute et l'ajout d'informations pour l'utilisation du rapport d'analyse approfondie concernant les chutes sentinelles.

Avant de produire ce nouveau Guide de prévention et de gestion des chutes, un comité interdirectionnel de prévention des chutes a été mandaté par la DSI. Ce comité interdisciplinaire a permis de raffiner notre prévention des chutes et de réduction des blessures pour l'ensemble du CHUM, ainsi que de préciser nos stratégies pour plusieurs secteurs ambulatoires.

Le présent document se veut un guide pour toutes personnes œuvrant au CHUM.

DÉFINITIONS

CHUTE : Événement 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 (OMS, 2018)

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

RISQUE DE CHUTE : Le risque de chute est considéré comme une probabilité qu'à la personne de chuter. Cette probabilité s'appuie sur une évaluation objective des facteurs de risques.

PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES : Moyen de rendre visibles les risques de chute dans un établissement. Le but principal du programme doit être de sensibiliser les équipes soignantes. Pour y parvenir, la problématique des chutes dans l'établissement se doit d'être décrite de manière concrète, spécifique et refléter la réalité unique de l'établissement (MSSS, 2014). Selon l'OMS (2018), l'efficacité d'un programme de prévention des chutes se mesure par la réduction du nombre de personnes qui sont victimes de chutes, ainsi que le taux de chutes et la gravité des traumatismes qui en résultent.

CONTEXTE

La prévention des chutes représente un enjeu majeur pour tous les établissements de santé. Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013), les chutes et les blessures reliées aux chutes sont des problèmes fréquents et sérieux touchant les personnes âgées hospitalisées ou hébergées dans les établissements de soins de courte durée. À ce titre, les taux de chutes rapportés dans les hôpitaux varient approximativement de 1,3 à 9 pour 1000-lits par jour (Maïke-Lye et al., 2013; Olivier et al., 2009). De plus, le CHUM est un hôpital à vocation tertiaire et quaternaire qui dessert une population vieillissante de la grande région de Montréal, dont les tableaux cliniques sont souvent complexes et propices à augmenter les risques de chutes.

PHILOSOPHIE ET VALEURS

Les valeurs du CHUM en lien avec la prévention des risques sont (DG, 2003) :

- Le patient est d'abord bien accueilli. Il est soigné avec compétence, compassion et équité, dans la dignité, l'intimité, la confidentialité et le respect de son identité linguistique, culturelle et religieuse;
- Le CHUM assume une responsabilité sociale envers sa communauté. Il préconise une approche globale en intervenant de façon tangible sur les plans préventifs et curatifs en complémentarité avec tous les intervenants du réseau;
- Le CHUM s'engage à l'amélioration continue de la qualité tant des soins et des services que des formations et des compétences. Il vise l'excellence à tous les niveaux.

La vision qui guide notre gestion du risque au CHUM est (DQEPE, 2020) :

- Élargir le concept de qualité à celui de qualité globale et intégrée, enrichissant la culture des soins sécuritaires, fondée sur des données probantes et appuyées par la perspective transversale de l'expérience patient;
- Positionner la qualité en tant que préoccupation centrale du CHUM et responsabilité partagée pour l'ensemble des intervenants et gestionnaires.

Par conséquent, les valeurs de continuité, d'accessibilité, d'intégrité, d'humanisme, de performance, de collaboration et d'innovation ont guidé la rédaction et les orientations du guide de prévention et de gestion des chutes.

L'approche qui sous-tend ce guide valorise donc :

- Le maintien de l'autonomie;
- La reconnaissance de l'expérience du patient;
- La relation de partenariat et d'implication des proches;
- La reconnaissance de la compétence et de la contribution de chaque membre de l'équipe soignante;
- La qualité et la continuité des soins dans un environnement sécuritaire.

BUT ET OBJECTIFS DU GUIDE

Le but principal du guide est de promouvoir un ensemble de stratégies visant la réduction des chutes et ainsi, assurer la sécurité de toutes personnes recevant des soins ou des services dans notre milieu.

Afin d'y parvenir, plusieurs conditions sont incontournables et correspondent aux objectifs de ce guide soient :

- Intégrer systématiquement l'ensemble des mesures générales de prévention des chutes à notre pratique quotidienne, et ce, dans tous les contextes de soins, tant en ambulatoire que pour la clientèle hospitalisée;
- Identifier les personnes à risque de faire une chute par des actions précises au moment de l'accueil dans les secteurs ambulatoires;
- Dépister précocement les patients présentant des facteurs de risques de chute par une évaluation ciblée à l'admission ou au cours du séjour;
- Mettre en place des interventions spécifiques correspondantes au niveau de risques évalués pour prévenir une chute ou lors d'une chute;
- Favoriser une continuité de soins par le biais de mécanismes de transmission d'informations intra professionnelles, interprofessionnelle et inter services efficaces;
- Préciser les rôles et les responsabilités des différents acteurs impliqués pour une approche concertée et interdisciplinaire;
- Définir les moyens pour évaluer l'efficacité des stratégies de prévention des chutes et leur application.

De plus, ce guide inclut des interventions en gestion des événements de chutes, dont les objectifs sont :

- Identifier les interventions standardisées à réaliser suite à un événement de chute;
- Évaluer la nécessité de faire un rapport d'analyse approfondie si la chute est un événement sentinelle;
- Promouvoir des interventions spécifiques en lien avec les conclusions des rapports d'analyse approfondie.

INTERVENANTS ET PERSONNES CONCERNÉES

- L'ensemble des intervenants, des médecins et professionnels de la santé travaillant au CHUM;
- L'ensemble du personnel administratif des secteurs ambulatoires et des unités de soins
- La clientèle et leurs proches;
- Les équipes de directions et les membres des principales instances ou comités;
- Les bénévoles;
- Les professeurs de stages, superviseurs et enseignants ainsi que l'ensemble des étudiants de toutes les disciplines.

PORTRAIT AU CHUM

Au CHUM, le taux de chute est de 4,5 (nombre de chutes par 1000 jours présence) lors de l'année administrative 2019-2020 pour les patients hospitalisés, par comparaison le taux en 2017-2018 était de 4,7 et celui de 2018-2019 de 4,0. À l'échelle nationale, des études menées dans les milieux de soins de courte durée révèlent des taux de chute allant de 1,3 à 8,9 par tranche de 1000 jours patients, les taux étant plus élevés dans les unités spécialisées en gériatrie, en neurologie, etc. (Agrément Canada et Institut Canadien d'information sur la santé, 2014). Au Québec, l'INESSS (2013) rapporte les données de deux revues systématiques suggérant des taux presque identiques, soit de 1,3 à 9 pour 1000-lits par jour. Le CHUM s'est fixé une norme visée de 6,0 par 1000 jours présence. Un plan ambitieux sera mis en place à partir de l'année administrative 2021-2022 pour abaisser cette norme de 0,3 par 1000 jours présence chaque année pendant la prochaine décennie, la norme à partir du 1^{er} avril 2021 sera de 5,7 par 1000 jours présence.

Le niveau de gravité le plus fréquent des chutes ayant eu lieu au cours de cette même année est un niveau de gravité D signifiant que l'accident est sans conséquence. Cependant, le taux de chutes causant une blessure s'élève à 0,47 (gravité E1 à I). Parmi celles-ci, le taux de chutes sévères s'élève à 0,19 pour l'exercice 2019-2020.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTS

La collaboration et le partage d'expertise sont des conditions essentielles pour atteindre l'objectif clinique de réduire les chutes par une meilleure connaissance de la clientèle. La contribution de chaque personne en contact avec la clientèle incluant les proches est impérative.

Intervenants	Rôles en prévention des chutes
<p>La personne et ses proches Cette personne soignée, dans la mesure de ses capacités, agit comme partenaire actif dans la gestion de sa santé. Dans l'équipe, ses compétences et celle de ses proches pour composer avec sa condition de santé et l'expérience de l'hospitalisation sont prises en compte. Les interventions sont orientées de façon à lui permettre d'avoir du pouvoir sur sa vie et son expérience de santé. Concrètement, le patient participe aux décisions le concernant, fait des choix éclairés et s'engage à son rythme dans les soins exigés par sa condition.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Informer l'équipe de ses habitudes de vie à domicile;- Exprimer ses choix et ses objectifs;- Établir, en partenariat avec les différents intervenants, les moyens préventifs et les objectifs de soins en lien avec la prévention des chutes;- Participer aux discussions entourant la tolérance au risque de chute versus le maintien de son autonomie et la prévention du déclin fonctionnel.

Intervenants	Rôles en prévention des chutes
<p>L'infirmière Cette personne évalue l'état de santé, son exercice consiste 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 et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (LégisQuébec, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informer les patients et leurs proches des principaux facteurs de risque de chute et des mesures de sécurité générales; - Dépister et évaluer la présence de facteurs de risque de chute individuels chez la personne et, déterminer, en collaboration avec celle-ci, ses proches et les membres de l'équipe soignante, les stratégies les plus appropriées pour les prévenir; - Orienter et coordonner les interventions de l'équipe de soins infirmiers (infirmière auxiliaire et préposés aux bénéficiaires) et effectuer le suivi des résultats de soins escomptés chez le patient; - Assurer la continuité des soins et réévaluer la condition de santé du patient selon son jugement clinique. Tout au cours de l'épisode de soins du patient, l'infirmière tient compte de ses préoccupations et de l'évolution de sa condition afin d'ajuster ou d'adapter les meilleures stratégies de prévention des chutes avec les outils cliniques dont elle dispose.
<p>L'infirmière auxiliaire Cette personne contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne soignée et à la réalisation du plan de soins, prodigue des soins et 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 (LégisQuébec, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler en complémentarité avec les différents intervenants en identifiant le risque de chute et en signalant à l'infirmière toute observation particulière pouvant contribuer à une chute; - Contribuer à mieux connaître les préoccupations et besoins spécifiques de ces derniers et ainsi, à contribuer à l'identification des meilleures stratégies de prévention; - Par le biais des différentes activités de soins qu'elle réalise, elle soutient et applique les interventions privilégiées pour prévenir les chutes; - Contribuer à informer les patients et les familles des facteurs de risque de chute et des mesures de sécurité.
<p>Le préposé aux bénéficiaires Cette personne assure une présence et occupe plusieurs rôles auprès de la personne soignée (assistance dans les soins d'hygiène, la mobilisation, l'alimentation et le confort).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - D'observer chez le patient toutes particularités relatives à sa condition de santé physique ou mentale pouvant influencer l'intensité du risque de chute; - Rapporter à l'infirmière ses observations et contribuer à l'identification des meilleures stratégies de prévention des chutes; - Contribuer à l'atteinte des résultats de soins chez le patient en intervenant selon les directives infirmières; - Favoriser la continuité des soins en partageant toute information relative aux préoccupations des patients et de leurs proches, à un changement de condition de santé du patient qui pourrait influencer le risque de chute; - Assurer la sécurité de la clientèle en appliquant, dans le cadre de ses activités quotidiennes, les mesures universelles de prévention des chutes.

Intervenants	Rôles en prévention des chutes
<p>Le pharmacien Cette personne évalue et assure l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmaco thérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir la santé, de la rétablir ou d'offrir le soulagement approprié des symptômes (LégisQuébec, 2020). Cette personne fait l'analyse du dossier pharmacologique du patient, incluant l'histoire médicamenteuse ou le bilan comparatif des médicaments (BCM), les médicaments prescrits, l'observance au traitement et les modifications récentes de la médication.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribuer à identifier le risque de chute du patient; - Recommander le traitement pharmacologique réduisant au minimum le risque de chute tout en tenant compte de la condition du patient et des objectifs poursuivis par le traitement médical; - Soutenir les autres membres de l'équipe soignante dans l'identification des effets indésirables de certains médicaments ayant une influence sur le risque de chute et dans l'ajustement de ceux-ci.
<p>Le médecin Cette personne évalue et diagnostique toute déficience de la santé de l'être humain, son exercice consiste à prévenir et à traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir (LégisQuébec, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contribue à toutes les étapes du processus de prévention des chutes, notamment en diagnostiquant toutes conditions, pathologies ou facteurs cliniques qui influencent le risque de chute; - Propose un plan de traitement qui tient compte de la condition du patient et du risque de chute évalué; - Soutiens les autres membres de l'équipe soignante dans l'analyse des conditions pouvant influencer le risque de chute et dans la détermination des moyens de les prévenir.
<p>Le physiothérapeute Cette personne fait l'évaluation des déficiences et des incapacités de la fonction physique reliées au système neurologique, musculo-squelettique et cardiorespiratoire, à la détermination du plan de traitement et à la réalisation d'interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal (LégisQuébec, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec l'équipe à l'identification des facteurs de risque de chute chez le patient et détermine avec l'équipe de soins, les stratégies de prévention les plus adaptées tout en maintenant ou en améliorant la mobilité; - Soutenir les intervenants dans l'évaluation de la capacité du patient à se mobiliser de façon sécuritaire; - Émettre des recommandations aux autres membres de l'équipe soignante concernant les transferts et la marche afin de prévenir les chutes.
<p>L'ergothérapeute Cette personne évalue les habiletés fonctionnelles, détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'interventions, développe, restaure ou maintient les aptitudes, compense les incapacités, diminue les situations de handicap et adapte l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale (LégisQuébec, 2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec l'équipe à l'identification des facteurs de risques de chute chez le patient et détermine avec l'équipe de soins, les stratégies de prévention les plus adaptées en recommandant les aménagements ou le matériel pouvant contribuer à réduire les chutes; - Identifier avec les autres membres de l'équipe soignante les mesures alternatives pour réduire le risque de chute et les conséquences d'une chute pour les patients les plus à risque et les soutenir dans l'application de celles-ci; - Exercer un rôle particulièrement important dans la recherche d'alternatives aux contentions.

Intervenants	Rôles en prévention des chutes
<p>La nutritionniste</p> <p>Cette personne évalue l'état nutritionnel (incluant l'histoire pondérale et histoire nutritionnelle) et la capacité fonctionnelle du patient à se nourrir. Elle adapte le plan de traitement nutritionnel afin de viser l'atteinte des besoins nutritionnels de la clientèle âgée et favoriser une alimentation pour le confort.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer l'état nutritionnel de la personne afin d'intervenir de façon proactive sur les facteurs nutritionnels pouvant contribuer aux risques de chutes et blessures reliées aux chutes; - Soutenir les autres membres de l'équipe soignante dans l'optimisation d'une alimentation nutritive et de qualité répondant aux besoins particuliers de la personne; - Soutenir l'application des régimes et des consistances indiquées en tenant compte des allergies, des intolérances alimentaires dans le but de favoriser ou maintenir un état nutritionnel optimal.
<p>La personne bénévole</p> <p>Cette personne s'implique à l'amélioration et le maintien de la qualité de vie des patients et de leurs proches durant leur passage à l'hôpital. Les activités de la personne bénévole sont un complément essentiel au travail des équipes soignantes. Elle oriente, guide, écoute, accompagne, participe à diverses activités et contribue à une plus grande humanisation des soins (CHUM, 2021).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sur les unités de soins, s'informer à l'infirmière pour déterminer les capacités de mobilisation du patient; - Identifier les risques en lien avec l'environnement et les équipements et de transmettre ses observations aux personnes concernées; - Interpeller rapidement l'équipe de soins sur les unités, le personnel des services ou cliniques, ou les agents de sécurité dans les aires communes en présence d'une personne qui est à risque de chuter ou qui a chuté; - En cas d'urgence, si une personne dit qu'elle ne se sent pas bien, l'encourager à s'asseoir si elle en est capable et obtenir de l'aide du personnel soignant ou de la sécurité;
<p>Le gestionnaire</p> <p>Cette personne veille à la dispensation et à la qualité des soins prodigués par son équipe, elle assure l'application des interventions du guide de pratique auprès de la clientèle en contrôlant son utilisation et en favorisant sa diffusion ainsi que sa compréhension par chaque membre de l'équipe de soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le travail de collaboration intra et interdisciplinaire dans la prévention des chutes et les interventions post chutes; - Influencer son équipe dans l'adoption d'une approche centrée sur le patient et ses proches et soutient le développement des compétences à évaluer le risque de chute et à intervenir de façon proactive et systématique; - Participer activement à l'analyse des chutes se produisant sur son unité ou son service ambulatoire et s'assure que les mécanismes d'évaluation relatifs à l'implantation du guide et aux indicateurs à mesurer sont en place; - Diffuse tous les résultats d'évaluation et taux périodiques concernant les chutes afin de mobiliser son équipe vers une démarche d'amélioration continue.

Intervenants	Rôles en prévention des chutes
<p>Les agents administratifs Occupant une place stratégique à l'accueil, cette personne est importante dans l'observation des personnes soignées présentant un risque de chute autant dans un contexte de soins aigus qu'en ambulatoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les risques potentiels de chutes et transmettre ses observations aux intervenants concernés; - Saisir les occasions de transmettre de l'information à la clientèle ou aux familles à l'égard de la prévention des chutes; - En ambulatoire, contribuer à diminuer le risque de chute dès la prise de rendez-vous en questionnant la clientèle à cet effet et en donnant certaines consignes de prévention; - Intervenir auprès de celle-ci lors des visites selon les interventions préconisées dans ce guide.
<p>Tout autre professionnel de la santé et tout le personnel des directions techniques et de l'hygiène et la salubrité Ces personnes sont présentes dans tous les secteurs de l'établissement, elles contribuent au rôle stratégique qu'elles détiennent en lien avec la prévention des chutes principalement dans l'application des mesures universelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les risques en lien avec l'environnement et les équipements et de transmettre ses observations aux personnes concernées et proposer des pistes de solutions; - Saisir les occasions de transmettre de l'information à la clientèle ou aux familles à l'égard de la prévention des chutes; - Intervenir et de communiquer rapidement ses observations à l'équipe de soins en présence d'une personne qui est à risque de chuter ou qui a chuté.

FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

En centre hospitalier, les chutes résultent souvent de la combinaison de facteurs associés au patient, à l'environnement ainsi qu'au personnel soignant. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres de façon complexe (Gagné, Voyer et Gagnon, 2013; Agence de santé publique du Canada, 2014). La prochaine section présente la liste des facteurs de risque faisant l'objet du guide de prévention des chutes au CHUM, ils proviennent des lignes directrices sur les pratiques exemplaires du RAO (2017).

Facteurs de risque biologique (RAO, 2017)

- Âge avancé
- Histoire de chutes antérieures
- Certaines maladies (p. ex., dégénérescence maculaire, glaucome, démence)
- Altération de l'équilibre, de la démarche ou de la mobilité, y compris un handicap, une amputation, une faiblesse musculaire (en particulier dans les jambes), un ralentissement des réflexes (puissance réactive)
- Déficiences cognitives : confusion ou altération de l'état mental, délirium
- Déficience visuelle
- Incontinence
- Malnutrition et sarcopénie associée (perte de masse et de force musculaire)
- Symptômes :
 - Vertige, étourdissements
 - Trouble du sommeil
 - Hypotension orthostatique

Facteurs de risque environnemental ou situationnel (RNAO, 2017)

- Polypharmacie (plus de 3 médicaments)
- Utilisation de certains médicaments (p. ex., anticonvulsants, tranquillisants, antihypertenseurs, opiacés/narcotiques, antidépresseurs)
- Séjour prolongé à l'hôpital
- Besoin d'aide pour les déplacements
- Utilisation d'une mesure de contrôle
- Ridelles

Facteurs de risque de nature comportementale ou psychologique (lié à une activité) (RNAO, 2017)

- Se dépêcher; ne pas porter attention
- Prendre des risques (grimper sur une chaise)
- Sédentarité
- Peur de tomber
- Effectuer deux tâches simultanément
- Mauvaise utilisation d'appareils et d'accessoires fonctionnels
- Port de chaussures sans support
- Abus de substances (c.-à-d. drogues et alcool)

Facteurs de risque socio-économique (RNAO, 2017)

- Incapable d'assumer les coûts de chaussures avec support
- Incapable d'assumer les coûts de certains médicaments, d'aliments nutritifs
- Aucun soutien social; isolement
- Incapable de lire (p. ex., instructions sur les bouteilles de médicaments)

PRÉVENTIONS DE CHUTES – AGRÉMENT CANADA

Description de la norme

Selon Agrément Canada (2019), pour la prévention des chutes et la réduction des risques des chutes, des précautions universelles doivent être mises en œuvre, de la formation et de l'information doivent être offertes et les activités entreprises doivent être évaluées. La prévention des chutes et la réduction de risques de chutes sont considérées comme une pratique organisationnelle requise (POR), ce qu'il signifie que leurs conformités sont essentielles pour améliorer la sécurité des patients et minimiser les risques (Agrément Canada, 2019).

Clientèle visée

- Toute personne hospitalisée sur les unités de soins
- Toute personne qui effectue une visite en clinique ambulatoire
- Toute personne inscrite ou admise à l'urgence

Mise en œuvre au CHUM

Depuis 2015, la prévention des chutes a été prise en charge par des équipes interdisciplinaires et inter-directionnelles. À partir de 2018, la prévention et la gestion des chutes ont été fusionnées avec les activités du Comité de l'Approche adapté à la personne âgée (AAPA) du CHUM, qui est devenu le Comité AAPA et de prévention des chutes. Le présent Guide de prévention et de gestion des chutes est le document central de la stratégie globale du CHUM pour favoriser une harmonisation des pratiques organisationnelles et regrouper dans un seul document l'ensemble des efforts entrepris pour assurer la prévention des chutes.

Tests de conformité

Ce sont les exigences particulières que les visiteurs d'Agrément Canada évaluent sur place pour déterminer si l'établissement respecte la POR (voir Tableau 1). Toutes les exigences doivent être atteintes pour être considérées conformes à cette POR.

Tableau 1. Critères du test de conformité pour la prévention des chutes

Les précautions universelles en matière de prévention des chutes, applicables au milieu, sont déterminées et mises en œuvre pour assurer un environnement sécuritaire qui permet de prévenir les chutes et de réduire les blessures causées par les chutes.
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.
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.

Conseils

De plus, Agrément Canada (2019) fournit des conseils pour guider la pratique selon des données probantes (voir Tableau 2). Bien que les conseils ne soient pas obligatoires pour être conforme à la POR, ils peuvent contribuer à atteindre les objectifs de pratiques sécuritaires.

Tableau 2. Conseils pour la prévention des chutes

Conseils	Exemples
Précautions selon l'acronyme SAFE, soit la sécurité des lieux, l'assistance à la mobilité, les facteurs de risque réduits et l'enseignement au client et à sa famille.	<ul style="list-style-type: none">- Familiariser le patient avec le milieu- Placer le bouton d'appel à un endroit atteignable en tout temps- Observer l'utilisation du bouton d'appel- Garder les biens personnels à portée du patient- Installer des rampes solides dans la salle de bain, les chambres et les couloirs- Garder les lits à faible hauteur et bloquer les freins- Fournir des chaussures antidérapantes bien ajustées au patient- Utiliser une veilleuse ou un éclairage d'appoint- Garder le sol propre et sec- Nettoyer rapidement les liquides renversés- Garder de l'ordre dans les aires où les soins sont dispensés
Formation sur la prévention des chutes et la	<ul style="list-style-type: none">- Formation offerte aux membres de l'équipe et aux bénévoles

réduction des blessures, sur les précautions universelles et les stratégies de prévention des chutes	- Information facile à comprendre aux besoins des patients, famille et membre de l'équipe
Évaluation régulière des activités de prévention des chutes et de réductions des blessures	- Discussion d'équipes, entrevues, sondages ou vérifications - Réunion de bilan après une chute

Engagement du CHUM en lien avec les processus d'Agrément Canada

Suite à la première visite de 2013, le CHUM a obtenu l'agrément, qui était valide jusqu'en décembre 2018. Le CHUM a maintenu un processus permanent d'amélioration continue de la qualité. Dans le cadre d'un maintien de la certification, une visite d'Agrément Canada est prévue au CHUM pour octobre 2021. Les normes du manuel de santé physique (pratiques de qualité et sécuritaires, autant pour les activités cliniques que de gestion), qui inclue la prévention des chutes, font partie des éléments qui seront évalués dans ce nouveau processus.

Ce guide clinique fait partie de cet engagement du CHUM à l'amélioration continue de nos pratiques de soins.

Plan de communication pour préparer une visite d'Agrément Canada pour la prévention des chutes

Mise en contexte à faire auprès de toute personne œuvrant au CHUM

Les chutes sont les accidents les plus fréquents au CHUM. Elles représentent pour tous un enjeu important où chaque geste, attention ou intervention peut faire une différence pour la sécurité de nos patients. C'est le comité AAPA et prévention des chutes qui travaille principalement à améliorer nos pratiques et à mettre en œuvre des mesures de prévention. Au CHUM, nous considérons que toute personne hospitalisée et qui consulte à l'urgence ou en clinique est à risque de chute, et qu'il est important de faire des interventions et des identifications pour ceux-ci. Nous avons trois messages clés qui sont volontairement simplifiés pour être accessibles à l'ensemble du personnel.

Trois messages clefs pour l'ensemble du personnel au CHUM

1. L'identification d'un risque de chute est faite à un moment clé de la trajectoire de soins du patient par une collecte de données et une évaluation de l'infirmière. Toute l'équipe aide l'infirmière en fournissant des informations.
2. La communication du risque de chute se fait de plusieurs façons : les infirmières et les infirmières auxiliaires ont cette information dans leur plan thérapeutique infirmier et dans le kardex, les préposées sont informées sur leur plan de travail. Enfin, on met des bracelets jaunes au patient à risque élevé de chute et des bandes jaunes à l'entrée de la chambre sur les unités de soins.
3. Chacun dans notre travail, nous appliquons des mesures préventives, par exemple en protégeant les patients d'un dégât d'eau ou encore en évitant d'encombrer les corridors.

Enfin, il est important de rappeler à toute personne œuvrant au CHUM qui aperçoit une chute ou une quasi-chute, qu'elle doit aviser rapidement l'infirmière du patient. Après une chute, l'infirmière déclare l'accident, elle assure un suivi de l'état de santé et une évaluation des conséquences à l'aide d'une note d'évaluation post-chute. Dans certains services transversaux, les professionnels peuvent faire eux-mêmes une déclaration d'incident ou d'accident.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES – MESURES UNIVERSELLES

Les principaux éléments du cadre de référence en lien avec les stratégies choisies sont présentés dans le texte qui suit. C'est à la lumière des résultats probants et de consensus d'experts du CHUM que les stratégies suivantes ont été retenues.

STRATÉGIE UNIVERSELLE #1 : Appliquer une approche intégrée à composantes multiples

Selon l'Agence de santé publique du Canada (ASPC, 2014), *peu de recherches ont porté sur la prévention des chutes dans les établissements de soins actifs. La portée de la majorité des études publiées est limitée par des échantillons de faible taille et par des données insuffisamment détaillées. Cependant, deux examens de preuves existantes ont établi que le ciblage de plusieurs facteurs de risque et les exercices physiques supervisés sont efficaces chez les patients dont l'hospitalisation dépasse trois semaines (p.40)*. L'ASPC ajoute qu'une prévention efficace des chutes est le fruit d'un effort concerté dont la réussite repose sur une intervention multifactorielle.

La prévention des chutes au CHUM s'inscrit donc dans une intégration de la prévention dans l'ensemble des outils cliniques et dans les formulaires d'évaluation et d'observations des patients dans les divers milieux cliniques. Nous favorisons également des processus d'amélioration dans les milieux cliniques utilisant des composantes multiples comme de l'enseignement aux patients, l'utilisation de questions ciblées pour les risques de chutes, la réalisation d'outils de communications interprofessionnelles, etc.

STRATÉGIE UNIVERSELLE #2 : Appliquer des mesures générales de prévention des chutes pour tous les patients

De façon générale, nous considérons que tous les patients sont d'emblée à risque de chute en raison de la présence de facteurs de chute reconnus :

- Situation de santé instable;
- Environnement inconnu;
- Introduction ou augmentation de la dose de médicaments fréquemment utilisés ayant des effets secondaires pouvant affecter l'équilibre et la démarche comme ceux produisant un effet hypnotique, sédatif, tranquillisant, de somnolence, de diminution de coordination, des étourdissements, de l'hypotension orthostatique ou des changements de comportements;
- Condition physique influencée par la préparation requise à des tests diagnostiques (jeûne, prémédication, etc.)

De plus, une revue systématique et une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés (Goodwin et al, 2014) visant la prévention des chutes des personnes âgées indiquent que les interventions à composantes multiples qui ne sont pas déterminées selon les facteurs de risque individuels sont efficaces pour réduire le taux de chutes. Les auteurs de cette étude concluent que cette approche devrait aussi être considérée comme une option.

Si le fait d'être un patient à l'urgence ou sur les unités d'hospitalisation consiste en soi un risque de chute, il n'est toutefois pas requis d'indiquer ce risque dans les notes professionnelles puisque des interventions préventives générales sont appliquées pour tous ces patients.

Les mesures générales de prévention des chutes sont catégorisées en trois volets :

- Éducation du patient et des proches;
- Maintien d'un environnement sécuritaire;
- Adoption d'une approche de soin préventive.

Éducation du patient et des proches :

- Dès l'admission, s'assurer que de l'information est donnée au patient/famille sur l'environnement sécuritaire et l'importance d'être partenaire avec les intervenants dans la prévention des chutes;
- Remettre la fiche santé sur la prévention des chutes à la clientèle à risque « *Prévenir les chutes à l'hôpital* » disponible sur le site web du CHUM et dans Hospitalis (4005067);
- Renseigner le patient sur le déroulement des repas et du coucher;
- Enseigner l'importance d'aviser le personnel soignant si : présence de maux inhabituels tels étourdissements, nausées, diarrhées ou urgence d'uriner;
- Enseigner l'importance d'informer le personnel d'une habitude particulière en lien avec la prise de médicaments (par ex.; Ativan 1 mg BID prescrit, mais prend un demi-comprimé au coucher seulement);
- Informer les patients/famille des effets secondaires possibles d'une nouvelle médication ou du changement de dosage d'un médicament habituel;
- Ne pas banaliser le risque de chute comme étant un événement normal en cours d'hospitalisation;
- Faire la visite de l'unité ou orienter le patient à l'urgence : la salle de bain, poste des infirmières et la chambre.

Maintien d'un environnement sécuritaire :

- Mettre en place des repères visuels pour identifier les toilettes;
- Voir à ce qu'un côté de corridor soit libre de tout obstacle afin que la main courante puisse être tenue sans entrave;
- S'assurer d'allumer une veilleuse ou que l'éclairage permette des déplacements sécuritaires de nuit;
- S'assurer que le plancher est sec, libre d'objets et que des fils n'entravent pas à la circulation;

- Positionner le lit/civière à la hauteur appropriée, de sorte que lorsque le patient est assis, l'angle pied/cheville et cuisse/jambe soit de 90 degrés. Expliquer le fonctionnement des touches de positionnement du lit;
- S'assurer que les freins du lit/civière ou du fauteuil roulant soient toujours barrés;
- Privilégier les équipements qui sont ajustables à la taille de la personne;
- Maintenir une demi-ridelle levée pour aider le patient dans ses transferts au lit. Ne jamais lever les quatre ridelles afin d'éviter que le patient tente de franchir les ridelles ou le pied du lit pour se lever (enseigner cet élément à la famille);
- Placer la cloche d'appel à la portée du patient (au lit et au fauteuil) et vérifier si l'utilisation est adéquate. S'assurer que le type de cloche soit approprié pour la condition du patient (exemple : cloche type pastille ou à languette pour un patient avec faiblesse aux mains);
- Garder les effets personnels (ex. : eau, téléphone, mouchoirs, lunettes) ainsi que son aide à la marche (cane, déambulateur, fauteuil roulant) à la portée du patient;
- Voir à ce que le patient porte des chaussures sécuritaires et des vêtements qui n'entravent pas à ses mouvements (demander à la famille d'apporter les vêtements ou chaussures au besoin).

Adoption d'une approche de soin préventive :

- Surveiller l'apparition de tous les facteurs de risque et, le cas échéant, appliquer les interventions spécifiques;
- Connaître les habitudes et la capacité du patient, ses AVQ et besoins d'aide;
- Demander à la famille si elle peut assurer une présence assidue au moins dans les premiers jours d'hospitalisation (selon leurs limites et leurs disponibilités);
- Évaluer la force musculaire des jambes avant de mobiliser le patient, demander une consultation au physiothérapeute au besoin;
- Assigner la civière à l'urgence ou en ambulatoire la plus près possible des toilettes;
- Faire asseoir la personne lors des soins d'hygiène et de l'habillage;
- Surveiller les déplacements (stabilité à la marche et équilibre) spécialement lors de l'admission ou d'un transfert d'unité, d'un changement de condition, de traitement ou d'environnement;
- Encourager les déplacements et à faire les exercices recommandés en remettant également la fiche santé « *Rester actif à l'hôpital pour récupérer, il faut bouger* » disponible sur le site web du CHUM et dans Hospitalis (4005067);
- Répondre rapidement aux cloches d'appel : une réponse tardive contribue aux chutes;
- Adapter l'alimentation afin de réduire les facteurs nutritionnels pouvant contribuer au risque de chute (ex. : hypoglycémie, déshydratation, dénutrition);
- Tenir compte des particularités de la personne âgée; appliquer les interventions préventives AINÉES prévues dans l'approche AAPA, pour prévenir le déclin fonctionnel;
- Soulager les patients de façon optimale et régulière pour faciliter leur mobilisation (médication, glace, chaleur, etc.);
- Limiter, si possible, les traitements invasifs (ex. : sonde, soluté) ou les cesser le plus tôt possible ou substituer par certains appareillages afin de ne pas entraver la mobilité (ex: sac à cuisse pour sonde, bouchon membrane si soluté non requis).

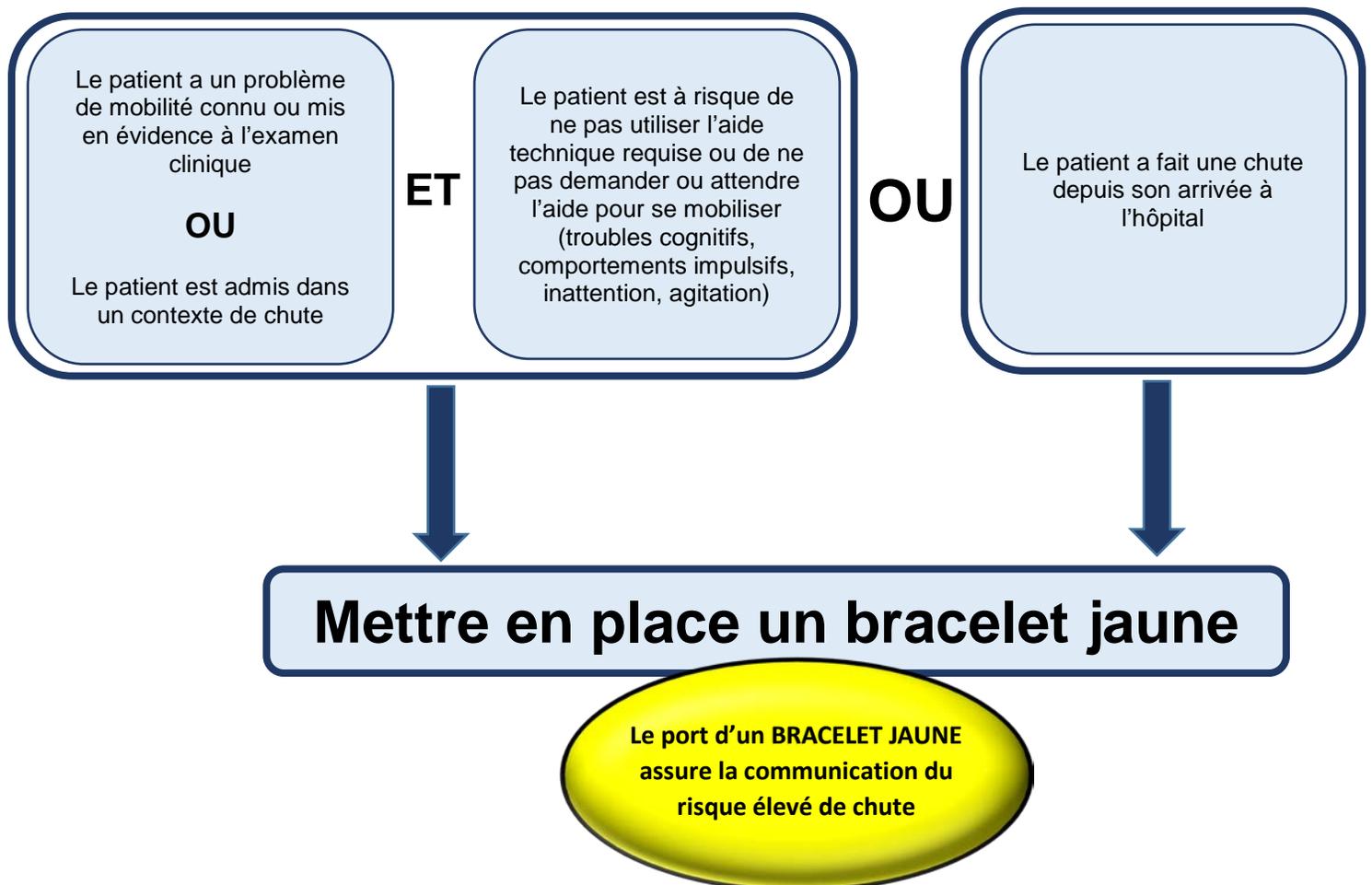
STRATÉGIE UNIVERSELLE #3 : Dépister et identifier au moyen d'un bracelet spécifique, les patients présentant un risque élevé de chutes qui nécessitent une vigilance accrue de la part de toute personne en contact avec ces patients

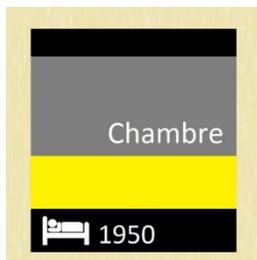
L'INESSS (2013) rapporte les résultats d'un modèle ontarien de stratégie de prévention des chutes qui a permis de réduire de 15% le nombre total des chutes dans leur établissement. Ce modèle comportait, entre autres, les éléments suivants :

- La communication du risque élevé de chute lors des rapports d'équipe et des transferts de patients;
- La communication du risque de chute par des illustrations affichées près du patient ou par le port d'un bracelet visible.

L'utilisation d'une identification permet de cibler les personnes à haut risque de chute. Son but est d'augmenter la vigilance de tous afin d'intervenir au bon moment. De plus, pour la clientèle hospitalisée, le bracelet assure une communication simple du risque de chute auprès de toutes les personnes des différents secteurs ou endroits visités ou occupés par le patient au cours de son séjour.

ALGORITHME DE PRISES DE DÉCISIONS POUR METTRE EN PLACE UNE SURVEILLANCE DE RISQUE ÉLEVÉ DE CHUTES AVEC LE BRACELET JAUNE





Lorsqu'une personne est identifiée comme étant à haut risque de chute et que le port du bracelet jaune est nécessaire. Si le patient est hospitalisé sur une unité de soins, il faut également identifier la chambre de ce patient à l'aide d'une bande jaune placée dans la pochette d'identification de la chambre. La bande jaune permet d'alerter le personnel infirmier que le patient de cette chambre est à haut risque de chute et qu'il faut donc accroître la vigilance et la surveillance.

STRATÉGIE UNIVERSELLE #4 : Établir avec le patient et ses proches un plan de prévention des chutes qui respecte ses droits individuels et tient compte des bénéfices et inconvénients des interventions préventives

En présence de facteurs de risque individuels, établir avec le patient et ses proches un plan d'intervention qui tient compte, entre autres : de l'ampleur du risque de chute et de ses conséquences possibles; du maintien de l'autonomie, de la qualité de vie et des capacités physiques du patient et; de la prévention des complications associées à la réduction de la mobilité.

Dans cette perspective, il est possible que des activités préventives recommandées ne soient pas appliquées. Ainsi, lorsqu'un patient en mesure de décider de ses soins ou son représentant perçoit que certaines activités pour prévenir les chutes (ex. toujours attendre l'aide d'une personne pour marcher) sont un fardeau trop élevé et briment son autonomie, sa liberté d'agir ou sa qualité de vie, les activités de prévention peuvent être réduites au minimum tolérable par le patient avec son autorisation ou celle de son représentant/famille.

STRATÉGIE UNIVERSELLE #5 : Améliorer les axes de circulation et l'accès au CHUM

Une liste de recommandations pour améliorer l'accessibilité du CHUM a été rédigée par un groupe de travail du comité interdirectionnel de prévention des chutes. Voici les principales recommandations qui devront être opérationnalisées dans les prochains mois :

Préparer l'arrivée des patients :

- Mettre en place une mise en garde sur les distances de marche lors de la prise de rendez-vous

Passage du métro :

- Bonifier le nombre de bancs de repos disponibles (passer de 3 bancs à 6 bancs)
- Conserver un parc de fauteuils roulants accessibles

Sensibilisation du personnel et des bénévoles :

- Utiliser des marqueurs de civisme comme dans le métro pour indiquer que ces places sont prioritaires aux personnes à mobilité réduite
- Déployer une campagne de sensibilisation au civisme visant les personnes à mobilité réduite

Prévention organisationnelle continue :

- Garder les espaces de circulations dégagés et propres
- S'assurer que la signalétique pour les déplacements soit lisible et cohérente
- S'assurer que les déplacements d'équipements motorisés soient sécuritaires en tout temps
- Revoir l'horaire des robots nettoyeurs de plancher (heure de faible affluence) et adresser la déficience de signalisation de plancher mouillée associée à l'utilisation de ces véhicules motorisés

Ajout de banc dans les salles d'attente ou en périphérie :

- Ajouter des bancs accessibles dans les principaux axes de déplacements entre les services.
- Améliorer l'offre de place assise intraservice de la radiologie au D 03.
- Avoir une politique de communication pour encourager les prises de sang dans les cliniques communautaires, car les places assises disponibles sont limitées, éventuellement avoir des places dégagées strictement réservées aux personnes âgées de 75 ans et plus ou à mobilité réduite, également avoir une communication qui encourage les accompagnateurs à céder leurs places aux patients en attentes d'un prélèvement.
- Développer une communication sur l'utilisation prioritaire des salles d'attente des cliniques ambulatoires par les patients et encourager les accompagnateurs à libérer les places disponibles au besoin (pauses et dîners)

STRATÉGIE UNIVERSELLE #6 : Stratégies de communication multidisciplinaires

Une liste de recommandations pour les communications multidisciplinaires au CHUM a été rédigée par un groupe de travail du comité interdirectionnel de prévention des chutes. Voici les principales recommandations :

Unité de soins	<ul style="list-style-type: none">▪ Utilisation du bon de transport interne #3060365<ul style="list-style-type: none">▪ Revoir la politique associée 31-100 (politique sur la gestion des déplacements sécuritaires des usages au CHUM)▪ Réaliser des audits du taux de complétion des formulaires▪ Insérer un indicateur jaune pour favoriser le repérage des patients à risque de chute en vue des déplacements dans les différents logiciels (ex. : Visibilité ou Oacis)▪ Avoir un affichage au chevet des patients sur le tableau blanc (ex.: transferts et déplacements sécuritaires 4004881 et/ou bracelet jaune, groupe de travail - communication aux PAB)
Ambulatoire	<ul style="list-style-type: none">▪ Stratégies de prévention et sensibilisation du patient en amont▪ Ajouter une question simple (ex.: Avez-vous de la difficulté à vous déplacer?) dans l'ensemble des communications. Afin de les inciter à venir accompagner si la réponse est affirmative.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES SUR LES UNITÉS DE SOINS

STRATÉGIE POUR UNITÉ DE SOINS #1 : Identifier la présence de facteurs de risque de chute individuels et appliquer les mesures additionnelles et spécifiques de prévention à l'admission, après un changement significatif de la condition du patient et après une chute

L'évaluation des risques de chute est requise pour tous les patients lors de l'admission, après un changement de statut significatif, après une chute et sur une base régulière (Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP], 2015).

Le choix a été fait de ne pas utiliser un outil de dépistage validé pour identifier les patients à risque de chute, mais de plutôt d'identifier, pour chaque patient, les facteurs de risque de chute et d'intervenir en fonction de ceux-ci. Les évidences et les opinions d'experts suivantes ont justifié cette position.

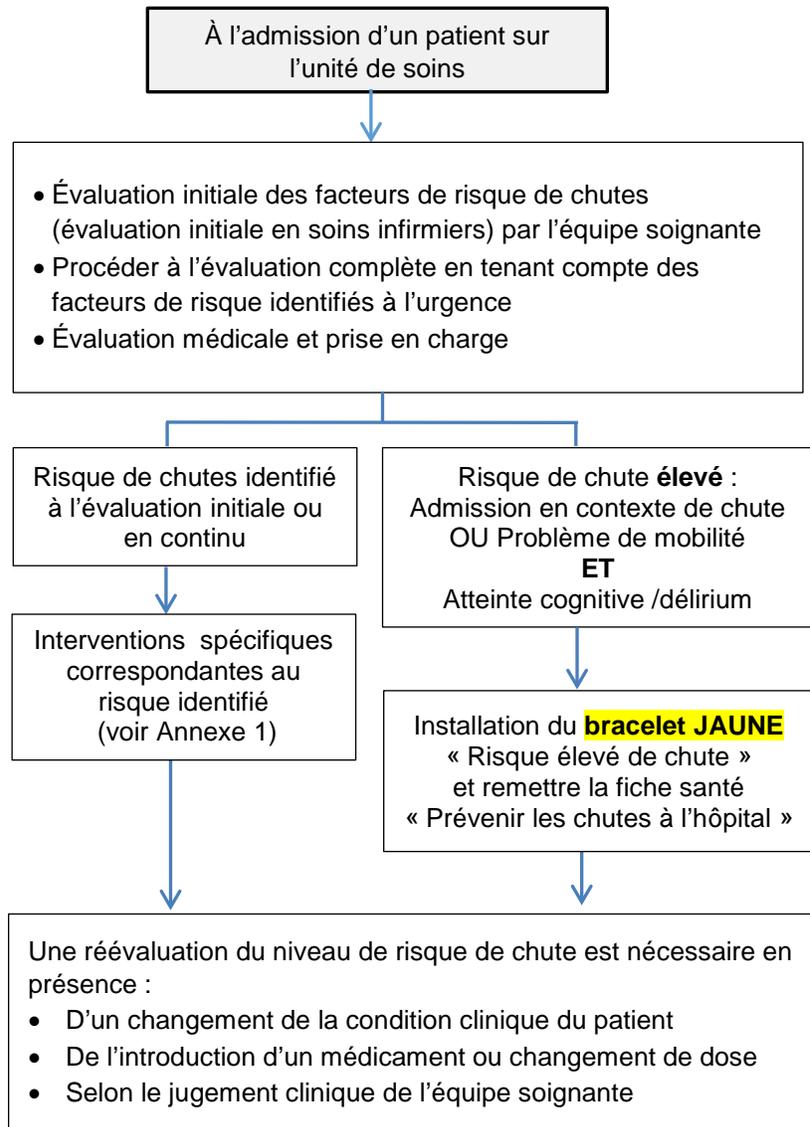
Selon une revue systématique et une méta-analyse effectuée par Haines, Hill, Walsh et Osborne (2007), les outils de dépistage du risque de chute STRATIFY et MORSE ainsi que le jugement clinique infirmier ont une valeur d'exactitude comparable. Selon eux, ces outils sont fiables et bénéfiques dans certains contextes particuliers, mais leur performance est inégale et varie selon les pathologies présentées par les groupes de patients.

Par ailleurs, si la réalisation d'une évaluation multifactorielle du risque de chute est le point de départ de la prévention des chutes, celle-ci doit être suivie d'une intervention spécifique (intervention multifactorielle personnalisée) selon les facteurs de risque identifiés (Agence de santé publique du Canada, 2014).

Au CHUM, tous les patients hospitalisés font l'objet d'une évaluation initiale en soins infirmiers comprenant l'identification des principaux facteurs de risque de chute. Le formulaire d'évaluation a été révisé en 2016 de façon à faciliter et préciser l'ensemble des facteurs contributifs à une chute. Le formulaire #3098491 « *Collecte d'informations et d'évaluation infirmière* » est accessible dans PRINTO. Lorsqu'un facteur de risque de chute est identifié, il est communiqué aux membres de l'équipe soignante. Ce risque est inscrit au plan thérapeutique infirmier ainsi que les directives spécifiques en lien avec pour les facteurs de risque pouvant être traités, améliorés ou maîtrisés pendant le séjour. Se référer également à l'algorithme de prévention des chutes sur les unités de soins à la page suivante.

Le médecin et les autres professionnels de l'équipe soignante portent aussi une attention particulière aux facteurs de risque de chute dans le cadre de leurs évaluations initiales et continues. En ce qui concerne la pratique médicale, que ce soit à l'urgence ou sur les unités d'hospitalisation, il est particulièrement conseillé d'appliquer les recommandations sur le dépistage, la prise en charge du délirium ainsi que les chutes secondaires à un trouble de la marche et de l'équilibre ou de syncopes.

ALGORITHME DE PRÉVENTION DES CHUTES AUX UNITÉS DE SOINS



STRATÉGIE POUR UNITÉ DE SOINS #2 : Prévenir et identifier le délirium

Les patients atteints de délirium présentent des facteurs de risque de chute comme l'inattention, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, des atteintes cognitives et de l'état de conscience ainsi que des troubles perceptuels.

Dans sa synthèse des connaissances sur les chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé, l'INESSS (2013) rapporte :

- La prévalence du délirium varie de 6 à 56 % dans les hôpitaux;
- Une étude démontrant que 34% des patients hospitalisés qui ont fait une chute présentaient des signes de délirium;
 - Une étude rétrospective ayant permis de démontrer que 96% des patients hospitalisés qui ont chuté présentaient des signes de délirium. Dans cette perspective, la prévention du délirium, son identification et son traitement précoce pourraient réduire le risque de chute (exemple au CHUM : Approche AAPA).

Se référer aux interventions préventives AINÉES, en consultant les documents intitulés « *Approche AAPA* » et « *Soins du patient atteint de délirium ou à risque de l'être* ». Ces documents sont disponibles via Hospitalis.

STRATÉGIE SPÉCIFIQUE AU SECTEUR MÈRE-ENFANT

Prévention des chutes et réduction des blessures

> Pensez-vous que l'équipe a adopté une stratégie de prévention des chutes ? La réponse est oui ! Et ce, dès l'admission. Voici quelques exemples :

Maman

- Démontrer le fonctionnement de la cloche d'appel et du lit dès son arrivée;
- Inciter la personne à demander de l'aide;
- Suite à une analgésie par péridurale, l'infirmière évalue la force musculaire des jambes avant de la mobiliser;
- Suite à l'accouchement, le personnel avise les patientes de demander de l'aide avant de se lever pour la première fois;
- Aviser le personnel du risque de chute, de la cause et des interventions planifiées (PTI) (césarienne, péridurale, perte de sang accrue).

Bébé

- S'assurer que les quatre côtés de la table chauffante soient remontés;
- Ne pas laisser le nouveau-né sans surveillance directe dans un endroit autre que son berceau ou l'incubateur;
 - S'assurer d'une supervision constante du bébé lors de la pesée;
- S'assurer de positionner le nouveau-né au berceau ou dans les bras d'une tierce personne lors de la mobilisation de la maman;
- Transférer le nouveau-né en post-partum en peau à peau sur la mère ou dans le berceau selon l'état clinique de la mère et du nouveau-né;

- Transférer un nouveau-né qui nécessite des soins hors de la chambre des parents dans le berceau positionné à plat;
- Informer la famille qu'il est recommandé de ne pas se promener dans les corridors d'hôpital avec le bébé dans les bras puisqu'il y a beaucoup de circulation et en cas de situation d'urgence.
- Informer la famille de toujours placer le nouveau-né dans son berceau si la personne qui prend le nouveau-né se sent étourdie ou s'endort;
- Enseigner à la famille l'importance de ne jamais dormir dans le même lit ou fauteuil que le nouveau-né
- Informer la famille de ne jamais déplacer la coquille du berceau pour la mettre sur le lit de maman;
- S'assurer que l'environnement physique de la pouponnière ou de la chambre est dégagé;

Général

- L'équipe porte une attention particulière à :
 - Dégager le corridor le plus possible et placer le matériel du même côté dans le corridor ;
 - Mettre le lit au plus bas, laisser une ridelle baissée;
 - Appliquer les freins au matériel mobile (ex. : fauteuil et lit).
- Main courante disponible le long des corridors.
- Formation sur les principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire (PDSB) pour tous les préposés travaillant au CHUM.

STRATÉGIES ET DE MESURES PRÉVENTIVES ET ALTERNATIVES RISQUE DE CHUTE

- Plusieurs outils cliniques d'interventions et de moyens de prévention des chutes sont à la disposition de l'infirmière:
 - Guide clinique et guide de stratégies et de mesures préventives et alternatives du risque de chute (document intranet);
- Lorsqu'une chute se produit : remplir un rapport d'accident (AH-223) et utiliser le formulaire Évaluation post chute et aide-mémoire 4004967. L'équipe cherche les causes et si requis, revoit le plan de soins et ses façons de faire.

Pour toutes questions, contactez l'infirmière clinicienne spécialisée en périnatalité.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES EN AMBULATOIRE ET EN CLINIQUE EXTERNE

Méthodologie de travail

Un groupe de travail a donc été créé en 2019 dans le but de déterminer des stratégies réalistes pour améliorer la prévention des chutes dans le secteur ambulatoire. Le travail s'est poursuivi en groupes plus restreints avec l'accompagnement de l'infirmière clinicienne – coach clinique AAPA pour déterminer des stratégies spécifiques dans les secteurs accueillant des clientèles plus à risque (oncologie, endoscopie, hémodialyse, ophtalmologie, neurologie et neurochirurgie, orthopédie, gériatrie).

Implication des bénévoles

- Les bénévoles sont les premières personnes que les patients ou visiteurs rencontrent à leur arrivée au CHUM. Ils jouent un rôle majeur dans la prévention des chutes, notamment parce qu'ils :
- Repèrent les patients à risque de chute;
- Proposent une aide technique ou humaine aux patients et visiteurs pour faciliter leurs déplacements depuis l'une des entrées principales ou à la fin d'un RDV en clinique externe. L'assistance à la mobilité est un élément incontournable dans un programme de prévention des chutes;
- Avisent le personnel clinique ou administratif de la clinique s'ils ont accompagné ou observé dans la salle d'attente un patient qu'ils jugent à risque de chute;
- Avisent le personnel administratif de la clinique s'il manque des fauteuils roulants;
- Selon leur disponibilité, répondent aux demandes des patients dans les salles d'attente des cliniques externes et vérifient que l'environnement de celles-ci est sécuritaire (voir annexe 2). Le maintien d'un environnement sécuritaire est également un élément incontournable dans un programme de prévention des chutes.

Principes généraux pour le maintien d'un environnement sécuritaire dans les secteurs ambulatoires

- Espaces de circulation dégagés
- Absence de liquide sur le sol
- Éclairage adéquat
- Aides techniques et effets personnels à la portée
- Fauteuils roulants disponibles
- Alerte immédiate de toute irrégularité de l'environnement susceptible de provoquer une chute

Le cas échéant;

- Freins barrés
- Civière au plus bas
- Cloche d'appel à la portée
- Accompagnateur présent auprès du patient

Ensemble des cliniques ambulatoires

Recommandations pour l'ensemble du secteur ambulatoire
<p><i>Implication des bénévoles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer les patients à risque de chute dans les axes de circulation et dans les salles d'attente ▪ Proposer un fauteuil roulant et/ou leur aide aux patients et visiteurs pour faciliter leurs déplacements depuis l'une des entrées principales ou à la fin d'un rendez-vous ▪ Aviser le personnel clinique ou administratif s'ils ont accompagné ou observé dans la salle d'attente un patient qu'ils jugent être à risque de chute ▪ Aviser le personnel administratif s'il manque des fauteuils roulants ▪ Répondre aux demandes des patients dans les salles d'attente et vérifier que l'environnement est sécuritaire, selon leur disponibilité
<p><i>Ensemble des cliniques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter des conseils pour la prévention des chutes (tels que "venir accompagner", "consulter le site web du CHUM" où de l'information spécifique sera disponible) lors de la prise de RDV, de la confirmation et du rappel du RDV ▪ Rendre disponibles des fauteuils roulants à l'entrée de chacune des cliniques externes ▪ Automatiser l'ouverture des portes ▪ S'assurer ou rendre conforme l'ensemble du parc de civières en ce qui concerne la fixation solide du matelas à la structure ▪ Installer des cloches d'appel dans les secteurs où le patient est alité et où la surveillance d'un personnel clinique n'est pas constante ▪ Installer des freins fonctionnels et accessibles sur les bureaux mobiles des bénévoles, et les en informer, et tout autre mobilier sur lesquels les patients et visiteurs seraient susceptibles de prendre appui ▪ Remplacer les fauteuils avec assise profonde et dossiers inclinés vers l'arrière, ou du moins, installer des accoudoirs sur chacun

Cliniques externes sans intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient

Cliniques externes sans intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient	
<i>Recommandations</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Maintenir un environnement sécuritaire, spécifier en quoi cela consiste dans le guide de pratique clinique	Ensemble du personnel
Installer des affiches de sensibilisation au risque de chute	NA
Mettre à disposition les fiches santé sur la prévention des chutes dans le secteur ambulatoire	Agentes administratives

Cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient

Cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient	
<i>Recommandations (cumulatives à celles décrites dans la section "cliniques externes sans intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient)</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Repérer les patients à risque de chute parmi les patients âgés de 65 ans et plus en intégrant la question "Avez-vous fait une chute dans la dernière année ?" dans la borne d'enregistrement	NA
Ajouter un indicateur dans le logiciel utilisé par la clinique pour indiquer une réponse positive	NA
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent au patient positif au repérage</i>	
Remettre la fiche santé au patient	Agentes administratives
Proposer au patient de se faire raccompagner après son rendez-vous par le service des bénévoles ou le service Transport-patient	Agentes administratives
Assurer une vigilance accrue, notamment lors des déplacements et en répondant rapidement aux besoins des patients	Ensemble du personnel clinique

Cliniques externes et ambulatoires de gériatrie

Recommandations pour la clinique de gériatrie	
<i>Recommandations</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Surveiller les patients en salle d'attente (tous les patients doivent venir accompagnés à la clinique)	Agente administrative
À l'appel, vérifier que le patient peut se lever seul ou avec l'aide de son accompagnateur, au besoin prévenir les infirmières cliniciennes	Agente administrative
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients de la clinique externe</i>	
Évaluer le risque de chute	Géiatres et neurologues Infirmières cliniciennes
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients venant pour une évaluation d'un jour</i>	
Évaluer le risque de chute	Infirmières cliniciennes Professionnels de la réadaptation physique, déterminés suite à l'analyse de la demande du médecin référant
Ajuster l'aide technique ou en fournir une nouvelle, au besoin	Professionnels de la réadaptation physique
Offrir un raccompagnement en fauteuil roulant au besoin	Agente administrative

Cliniques d'oncologie

Recommandations pour la clinique d'oncologie	
<i>Recommandations</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Identifier, à la première rencontre avec une IPO et avant chaque traitement, les facteurs de risque de chute que présente le patient	IPO, lors l'évaluation initiale, et infirmières via le formulaire d'évaluation des symptômes post-chimiothérapie (modifié)
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients qui présentent des facteurs de risque de chute</i>	
Informé le patient des facteurs de risque identifiés	IPO et infirmières
Remettre la fiche santé au patient	IPO et infirmières
Atténuer ou corriger les facteurs de risque identifiés	IPO et infirmières
Aviser le médecin et/ou l'IPO des facteurs de risque identifiés et des interventions entreprises	IPO et infirmières
Sensibiliser les patients au risque de chute via la séance d'information	Formateurs
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent à l'ensemble des patients</i>	
Instaurer une tournée effectuée à chaque heure pour maintenir un environnement sécuritaire et répondre aux demandes des patients dans la salle d'attente	Bénévoles de Virage
Participer à la formation sur l'évaluation des facteurs de risque et les interventions ciblées animées par la CSI	IPO et infirmières

Clinique d'ophtalmologie

Recommandations pour la clinique d'ophtalmologie	
<i>Recommandations (cumulatives à celles décrites dans la section "cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient)</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Instaurer une tournée effectuée à chaque heure pour maintenir un environnement sécuritaire et répondre aux demandes des patients dans la salle d'attente	PAB
Envoyer aux patients concernés une fiche sur la dilatation de la pupille pour les informer de la diminution de la vision associée et les sensibiliser au risque de chute associé	Agentes administratives

Endoscopie

Recommandations pour l'endoscopie	
<i>Recommandations</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Repérer les patients à risque de chute parmi les patients âgés de 65 ans et plus en intégrant la question "Avez-vous fait une chute dans la dernière année ?" dans la borne d'enregistrement	NA
Ajouter une alerte dans le logiciel e-Visite en cas de réponse positive	NA
Remettre la fiche santé au patient positif au repérage	Agentes administratives
Proposer au patient de se faire raccompagner après son rendez-vous par le service des bénévoles ou le service Transport-patient	Agentes administratives
Confirmer ou infirmer le risque de chute suite à l'évaluation	Infirmière
Supprimer l'alerte "risque de chute", si risque de chute infirmé	Infirmière
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients dont le risque de chute a été confirmé</i>	
Installer un bracelet jaune au patient, si risque de chute confirmé	Infirmière
Attribuer une civière visible en tout temps, si risque de chute confirmé	AIC
Informier le patient des facteurs de risque identifiés et des mesures qui seront prises pour assurer leur sécurité	Infirmière
Permettre à la famille d'être présente auprès du patient	Infirmière
Assurer une vigilance accrue, notamment en supervisant chacun des déplacements et en répondant rapidement aux besoins des patients	Ensemble du personnel clinique
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent à l'ensemble des patients</i>	
Inviter les patients à se rendre à la salle de bain avant la procédure	Agentes administratives ou infirmières
Installer les patients obèses sur des civières adaptées	Infirmière
Assurer une surveillance constante et maintenir les ridelles relevées tant que le niveau de sédation est supérieur à 0	Infirmière
Ajouter l'absence d'HTO et modifier le niveau de sédation (égal à 0) dans les critères de congé du formulaire	NA
Ajouter « Faire preuve de prudence et privilégier les activités calmes » dans les conseils donnés pour les prochaines 24 heures du formulaire	NA

Hémodialyse

Recommandations pour l'hémodialyse	
<i>Recommandations</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Évaluer, au minimum annuellement, les facteurs de risque de chute que présente le patient	Infirmière
Figurer le résultat dans la feuille de route du traitement	NA
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients qui présentent des facteurs de risque de chute</i>	
Informé le patient des facteurs de risque identifiés	Infirmière
Remettre la fiche santé au patient et lui faire de l'enseignement	Infirmière
Atténuer ou corriger les facteurs de risque identifiés	Infirmière, AIC, TS
6Superviser ou accompagner chacun des déplacements des patients, selon les facteurs de risque qu'ils présentent	Ensemble du personnel clinique
Participer à la formation PDSB afin d'effectuer des déplacements sécuritaires	Infirmières auxiliaires et PAB
Participer à la formation sur l'évaluation des facteurs de risque et les interventions ciblées animées par le CSI	Infirmières
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent à l'ensemble des patients</i>	
Proposer aux patients d'aller à la salle de bain avant chaque début de traitement et spécifier que celui-ci ne sera pas interrompu, en expliquer la raison	Infirmière
Observer procédure spécifique si le patient doit aller à la selle pendant le traitement	Ensemble du personnel clinique
Dépister l'HTO à la fin du traitement et observer procédure spécifique le cas échéant	Infirmière

Procédures pour l'hémodialyse

- Conduite à tenir en cas d'HTO post-traitement
 - Demander au patient d'attendre 15 à 20 minutes avant de procéder à nouveau au dépistage de l'HTO. Si l'HTO est persistante, offrir un bouillon de poulet au patient.
- Conduite à tenir si le patient nécessite d'aller à la selle per-traitement

Si le patient est installé au lit, installer une bassine.

Si le patient est installé au fauteuil,

- Restituer le sang au patient ;
- Le dé-perfuser de l'appareil de dialyse ;
- Effectuer le dépistage de l'HTO selon la méthode de soins du CHUM, observer procédure spécifique si le test est positif ;
- Superviser ou assister le déplacement et utiliser l'aide technique, le cas échéant ;
- Re-perfuser le patient à l'appareil de dialyse ;

Retirer un volume à valider avec médecin avant la fin du traitement pour compenser la restitution.

Cliniques de neurologie et de neurochirurgie

Recommandations pour les cliniques de neurologie et neurochirurgie	
<i>Recommandations (cumulatives à celles décrites dans la section "cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient)</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Instaurer une tournée effectuée à chaque heure pour maintenir un environnement sécuritaire et répondre aux demandes des patients dans la salle d'attente	PAB
Repérer les patients à risque de chute dans la salle d'attente et aviser l'infirmière, le cas échéant	PAB et agentes administratives
Participer à la formation sur le repérage des patients à risque de chute	PAB et agentes administratives
Installer une barre d'appui rabattable dans les salles de bains des patients	NA
<i>Les recommandations suivantes s'appliquent aux patients ayant subi un AVC ou atteints d'une SLA, d'une SEP ou de la maladie de Parkinson</i>	
Identifier les facteurs de risque de chute que présente le patient à chaque visite pour les patients atteints d'une SLA et lorsque vus par l'infirmière, à la demande du médecin ou du patient, pour les patients atteints d'une SEP ou de la maladie de Parkinson	Infirmières cliniciennes
Atténuer ou corriger les facteurs de risque identifiés (enseignement, référence au CLSC, dépistage de l'HTO, révision de la médication)	Infirmières cliniciennes
Créer des vidéos sur l'utilisation des aides techniques et les principes de mobilisation	ICU, AIC, CSS, DEAC
Participer à la formation sur l'évaluation des facteurs de risque et les interventions ciblées animées par le CSI ou l'ICU	Infirmières cliniciennes

Clinique d'orthopédie

Recommandations pour la clinique d'orthopédie	
<i>Recommandations (cumulatives à celles décrites dans la section "cliniques externes avec intervention/préparation impliquant un risque de chute accru pour le patient)</i>	<i>Personnel responsable de les mettre en application</i>
Instaurer une tournée effectuée à chaque heure pour maintenir un environnement sécuritaire et répondre aux demandes des patients dans la salle d'attente	PAB

Perspectives

Le même travail pourrait être effectué pour la clinique de la douleur, car les patients y reçoivent des médicaments sédatifs, pour le secteur de la radio-oncologie, de même que pour la cohorte de patients souffrant de troubles vestibulaires de la clinique d'ORL du fait des facteurs de risques que ces clientèles présentent. 23 et 4 incidents-accidents sont survenus entre le 1^{er} février 2018 et le 27 février 2019 respectivement en radiologie et dans la clinique d'urologie, ce qui justifierait l'intérêt de se pencher sur la question de la prévention des chutes dans ces secteurs.

Conclusion pour l'ensemble des cliniques externes et ambulatoires

Alors que les normes de pratiques d'Agrément Canada, concernant la prévention des chutes dans le secteur ambulatoire, sont larges, les recommandations du MSSS sont plus précises et complexes. Il préconise, en effet, que la clientèle ciblée soit la clientèle de 65 ans et plus, quel que soit le type de clinique, ainsi que l'ensemble de la clientèle des secteurs de l'oncologie, de l'endoscopie et de l'hémodialyse, et que soient mises en œuvre des interventions primaires et secondaires, dont par exemple : l'évaluation et l'ajustement de la médication, les exercices de force et d'équilibre, l'évaluation de la nutrition, l'examen de la vue, etc. Bien que certaines de ses recommandations ont été suivies par les groupes de travail de quelques cliniques, telles que : « Évaluer de façon systématique les facteurs de risque de chute modifiables de toute personne âgée de 65 ans et plus, se présentant à l'urgence ou à la clinique médicale, ayant fait une chute dans les douze derniers mois ».

Par ailleurs, tel que mentionné à plusieurs reprises dans ce document, dans le but de réaliser le dépistage des facteurs de risque en un temps limité, ce sont des questions simples qui ont été retenues par les groupes de travail. Cependant, celles-ci découlent d'un consensus d'experts au CHUM, mais il se peut qu'elles échouent à dépister effectivement les facteurs de risque ciblés. L'adoption de tests standardisés et validés, tels que l'échelle de Morse, bien que plus chronophages et demandant parfois une formation spécifique, devrait être envisagée.

De plus, le fait que le patient consulte fréquemment uniquement un médecin restreint la mise en œuvre d'évaluations et d'interventions personnalisées. Ceux-ci n'ayant pas pris part aux discussions, leur rôle dans la prévention des chutes n'a pas été défini.

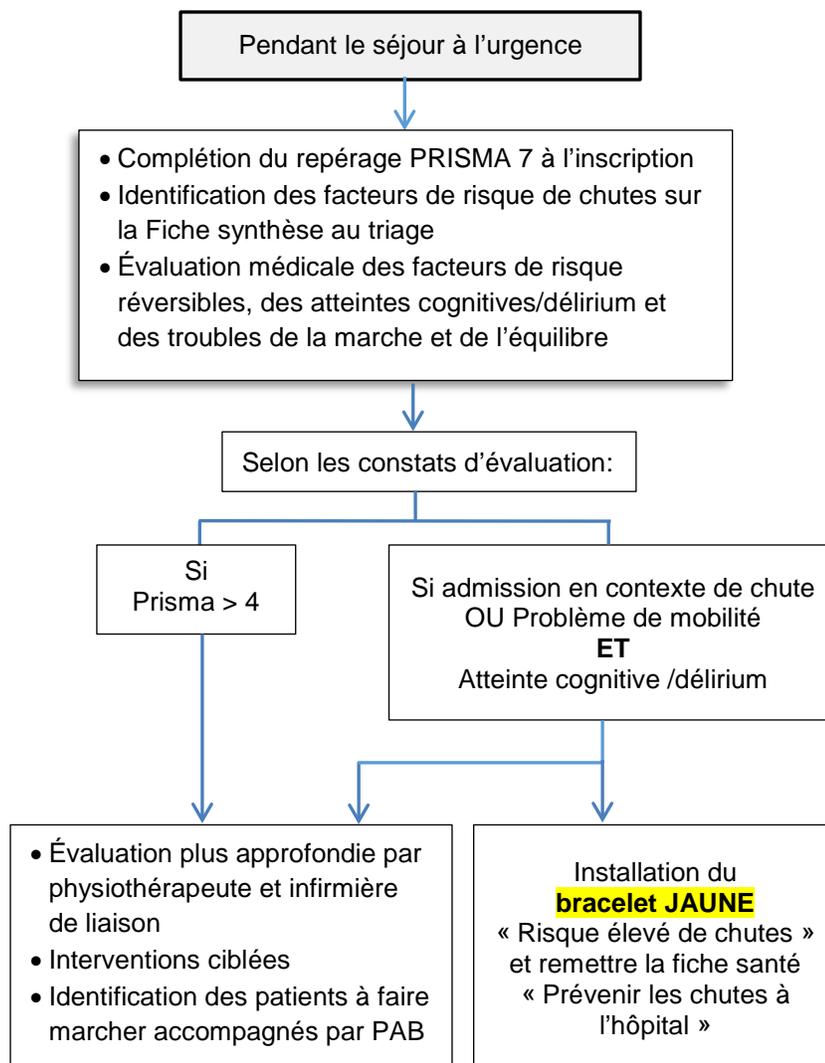
STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES À L'URGENCE

Dépister les risques de chute à l'urgence

La condition globale du patient est évaluée dès l'arrivée au triage et à l'aire d'observation à l'aide du questionnaire « PRISMA 7 » est fait par le personnel de l'Accueil-Admission. Le PRISMA 7 est un outil de repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave; il est uniquement disponible dans Siurge. Également, l'identification des facteurs de risque de chute est indiquée par l'infirmière sur la fiche synthèse et s'il y a lieu, par le médecin via les notes d'évolution médicales.

Pendant la période d'observation à l'urgence, l'infirmière évalue en continu les risques des patients, notamment les capacités des patients à se transférer et à marcher. Elle informe les PAB de toutes les interventions nécessaires pour assurer des déplacements sécuritaires des patients,

ALGORITHME DE PRÉVENTION DES CHUTES À L'URGENCE



Si, dès l'admission à l'urgence, les facteurs de risque associés à un risque élevé de chute et à une vigilance particulière sont ciblés, un bracelet jaune est installé au patient.

Lors du transfert du patient à l'unité de soins, la fiche synthèse et le bracelet jaune (s'il y a lieu) assurent la communication du risque de chute identifié et des précautions à prendre.

STRATÉGIES DE PRÉVENTION DES CHUTES : Autres recommandations du comité interdisciplinaire

- Un nouveau cyber apprentissage de sensibilisation générale serait inévitable pour l'ensemble du personnel et les bénévoles, afin de faire connaître les différents outils stratégiques en place dans l'organisation;
- Avoir une cartographie simple de l'ensemble des outils disponible au CHUM disponible rapidement pour la communauté;
- S'assurer d'avoir du matériel (ex. : chaise roulante) disponible dans des emplacements bien identifiés dans l'ensemble du CHUM;
- Favoriser des audits de la prévention des chutes permettant un affichage visuel des performances AAPA du genre tableau de bord, avec diffusion sur l'intranet;
- Mettre en place un indicateur de taux de chutes par unité, incluant des indicateurs de résultats (AH-223) et de performance (par exemple; complétion de l'évaluation initiale), fréquence de mise à jour à déterminer;
- Favoriser l'autonomie de chaque regroupement avec le SSSS pour faire le suivi des chutes;
- Encourager les ICU des secteurs ambulatoires à se procurer une patère à revue rotative ou un présentoir fixe pour les fiches santé et se procurer des fiches spécifiques pour leur secteur, incluant la prévention des chutes en ambulatoire (à venir) et la prévention des chutes à domicile (à venir).

INTERVENTIONS POST CHUTE

Bien que ce guide traite de la prévention des chutes, il est aussi important de considérer la qualité des interventions après une chute. Malgré l'application d'un grand nombre d'interventions préventives, le risque de chute demeure toujours présent. Dans cette perspective, une évaluation systématique et rigoureuse doit être effectuée dans les meilleurs délais, et ce, malgré le fait que les chutes aient des conséquences de gravité variable.

Le document « *Note d'évolution en soins infirmiers – Évaluation post chute* » accessible dans PRINTO (#4004967) inclut une grille d'évaluation immédiate, une évaluation du contexte de la chute, un aide-mémoire de surveillance post chute et l'algorithme de déplacement du patient en post chute. Ce document permet à l'infirmière de procéder à l'évaluation initiale complète, d'assurer les interventions justifiées incluant la divulgation à la famille ou aux proches et de déterminer le suivi infirmier requis.

Également, le Rapport d'analyse approfondie est une grille d'analyse d'une chute qui favorise une meilleure compréhension de l'événement, l'identification des causes, un réajustement ou un rehaussement des interventions les plus appropriées et la prévention de sa récurrence. Ce rapport est achevé par l'infirmière-chef d'unité avec le soutien collaboratif des CSS/ICS de la DSI en collaboration avec d'autres directions : DAMU et DSM.

ANALYSE DES RAPPORTS D'ANALYSES APPROFONDIES

Voici une compilation d'accident de chutes réelles et un résumé des défaillances identifiées et du plan d'action mise en place.

Description de l'évènement	Résumé des défaillances	Résumé du plan d'action
Chute avec fracture de hanche en allant à la toilette	<ul style="list-style-type: none">Évaluation initiale non faite	<ul style="list-style-type: none">Faire un rappel de compléter l'évaluation initiale
Chutes de 5 patients entre le 27 décembre 2018 et le 25 avril 2020, dont 4 en médecine de jour et 1 à l'urgence. Les matelas semblaient mal fixés aux civières. Conséquences : douleur, abrasion, ou aucune selon les cas	<ul style="list-style-type: none">Les velcros ne sont pas toujours installés aux mêmes endroits,Les systèmes de fixation ne sont pas systématiquement vérifiés avant l'installation d'un patient,Il n'y a pas d'entretien préventif des systèmes de fixation,Le processus de remplacement des velcros n'est pas optimisé ou pas suffisamment connu de tous.	<ul style="list-style-type: none">Harmoniser les pratiques d'installation des velcrosS'assurer que les préposés aux bénéficiaires vérifient que les systèmes de fixation sont fonctionnels.Faire une tournée mensuelle pour vérifier les civièresÉvaluer la possibilité de diriger l'achat de prochaines civières et matelas compatibles sécuritaires où les velcros ne sont pas nécessaires

<p>Patient aux soins intensifs, sous héparine I.V qui chute face contre terre. Le patient est décédé le lendemain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions et éléments de prévention de chutes non identifiées. • Notes infirmières incomplètes • Dépistage du délirium • Évaluation initiale non complétée aux soins intensifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de prévention des chutes à adapter aux soins critiques • Pratique réflexive • Protocole de prévention du délirium • Réévaluation du projet d'identification du meilleur moment pour compléter l'évaluation initiale
<p>Patient trouvé au sol suite à l'alarme déclenchée par le lit (lit armé), dis ne pas avoir été frappé à la tête. Détérioration progressive du patient jusqu'au décès.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail dû à la pandémie (augmentation des ratios, personnel non disponible pour soins continus) • Évaluation initiale non faite • Plusieurs évaluations poste-chute non faites et/ou non notées (PTI, SN, SV, etc.) Cela pourrait être lié au fait que l'état du patient s'est détérioré très rapidement (manque de temps). • Interprétation erronée du niveau de soins 3 (le niveau de soins 3 n'exclut pas l'EIR) • Notes au dossier non complétées (médecin, infirmière) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suggestion d'ajouter une case dans le formulaire du niveau de soin pour inclure si l'équipe peut demander ou non l'EIR lorsque le patient est niveau de soin 3. • Coaching sur l'utilisation du CAM pour détecter le délirium. • Suggestion d'éviter le plus possible que l'AIC ait des patients à sa charge. • Retour aux équipes de soins sur l'application des stratégies de prévention post-chute et diffusion du « Guide de pratique clinique pour la prévention des chutes et interventions post-chutes » • Rappel sur les critères de l'EIR et de la possibilité de demander l'EIR lorsque le patient est niveau de soin 3 • Rappels et audits sur la complétion de l'évaluation initiale dans les premiers 24heures suivant l'admission.
<p>Patiente trouvée par terre aux toilettes. Fracture de la hanche gauche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'évaluation du risque de chute malgré les facteurs de risques existants chez la patiente (troubles de mouvement + médication). • Suivi post-chute non complété. 	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir avec le personnel infirmier les facteurs de risque de la chute (fait avec la • Participation de l'infirmier impliqué dans l'accueil et l'évaluation initiale de la patiente, monter une situation clinique et une pratique réflexive). • Revisiter le PTI et les principes associés (lien avec l'évaluation initiale, l'évaluation continue, les directives, l'application des directives, les notes infirmières, etc.).
<p>Chute avec fracture à la hanche droite en circulant dans la chambre. Une chute était prévisible et toute l'équipe (incluant conjointe et fille) était d'accord pour prendre ce risque plutôt que d'installer des contentions 24 h sur 24 h et de créer un déclin fonctionnel (déconditionnement physique) chez le patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manque la surveillance des signes neurologiques post chute 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier tous les risques à l'admission, mettre le PTI à jour • Faire signes neuro post chute quand trauma crânien suspecté x 24 h malgré un résultat de scan cérébral normal réalisé dans les premières 24 h.

<p>Patient sous héparine IV retrouvé au sol en décubitus dorsal. Présence d'une douleur au niveau de la cheville droite. Légère déformation, sensible au toucher. Ne se rappelle pas comment est tombé ni la raison pour laquelle il s'est levé du lit. Présence de liquides verdâtres au sol à côté. Ne se rappelle pas d'avoir vomi. Conséquence : Fracture à la cheville</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation initiale non- réalisée et PTI incomplet. • Absences de mesures préventives de chute. • Absence d'évaluation des signes neurologiques. • Déplacement du patient avec un drap plutôt qu'une toile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rappel à l'équipe de l'importance de compléter l'évaluation initiale afin de dépister les risques et de la surveillance lors d'une chute sans témoin, ainsi que le remplissage du PTI. • Retour sur les endroits où le personnel peut trouver les toiles pour les port-o-lift. • Aide-mémoire des endroits pour trouver les toiles pour les porto-lift au poste avec les AIC. • Retour auprès de l'équipe sur l'importance de la tenue de dossier : notes complètes, à jour et lisibles. • Audits sur la complétion des évaluations initiales et du PTI (quantité et qualité des informations).
<p>Chute en se déplaçant à la salle de bain</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de chute non inscrit au PTI • Suivi de la médication (intensité de la douleur ni le soulagement de la douleur au PIC d'action post administration du tylnol) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier tous les risques à l'admission, mettre le PTI à jour + mettre les interventions préventives au risque de chute en place dès l'admission • Établir un plan d'intervention avec le patient et sa famille lors qu'un risque de chute est identifié • Évaluer l'intensité de la douleur avant et au PIC d'action post administration d'une analgésie
<p>Patiente retrouvée assise au sol dans sa chambre proche du lavabo par PAB Conséquences: hémorragie intracrânienne, l'état de santé de la patiente était hypothéqué, toutefois la chute a précipité la détérioration de son état de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation initiale et identification du risque de chute non fait • PTI non réajusté en post chute 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrire le constat de chute au PTI et la directive infirmière (surveillances x 48 h ou 54 h post-chute, si présomption d'impact crânien) • Documenter la collecte de données à l'admission du patient à l'unité afin d'identifier rapidement le risque de chute et mettre les mesures en place. • De façon générale, connaître les besoins d'information ou de formation du personnel en lien avec la gestion du risque de chute, la gestion des chutes et la documentation associée • Identification du risque de chute sur le bracelet, dans les documents de communication clinique
<p>Chute à une unité de soins. Patiente retrouvée par terre. Elle est passée par-dessus les ridelles de son lit. Elle voulait partir chez elle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PTI non réajusté post chute • Non-conformité en lien avec la surveillance de base x 48 h : documentation de l'absence ou la présence de douleur, l'évaluation du soulagement de la douleur au PIC d'action du médicament et l'inspection du site ayant subi 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrire le constat de chute au PTI et la directive infirmière (surveillances x 48 h ou 54 h post-chute, si présomption d'impact crânien) • Documenter au dossier les surveillances de base post chute x 48 h, tel que : l'absence ou la présence de douleur, l'évaluation du

	<p>l'impact post-chute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-conformité en lien avec la surveillance accrue, si présomption d'impact crânien x 54 h: Il manque une fréquence de prise de SN 	<p>soulagement de la douleur au PIC d'action du médicament, l'inspection du site d'impact post-chute et la surveillance accrue des SN x 54 h, si présomption d'impact crânien</p> <ul style="list-style-type: none"> • De façon générale, connaître leurs besoins d'information ou de formation en lien avec la gestion du risque de chute, la gestion des chutes et la documentation associée.
--	---	--

MODALITÉS D'APPLICATION DU GUIDE DE PRATIQUE

Le guide de prévention et de gestion des chutes se veut un incontournable pour tous les employés de CHUM en contact avec la clientèle. Dès l'accueil et l'intégration des nouveaux employés, ce document devrait faire l'objet d'une lecture et d'une appropriation des éléments spécifiques au titre d'emploi occupé, au rôle confié et à l'environnement ou au contexte de travail futur.

Bien que plusieurs documents annexés soient déjà connus et utilisés par les professionnels, médecins et l'ensemble des travailleurs qui gravitent autour de la clientèle, il n'en demeure pas moins important de diffuser ce guide auprès de toutes les directions cliniques et de soutien. Le contenu du guide étant exhaustif, des fiches, tableaux, et algorithmes d'interventions y ont été annexés de façon à pouvoir y référer rapidement et en extraire au besoin les informations spécifiques souhaitées. Le guide est accessible sur l'intranet du CHUM.

MÉCANISMES ORGANISATIONNELS DE SURVEILLANCE ET DE SUIVI DES CHUTES

Afin d'assurer un processus continu d'amélioration de la qualité des soins en ce qui concerne la prévention des chutes, des mécanismes de surveillance et de suivi sont prévus. Nécessaires, ces mécanismes permettent d'apprécier objectivement les impacts de l'application des stratégies harmonisées et adoptées dans ce guide.

Plusieurs modalités de suivi sont existantes :

- Analyse, par les gestionnaires responsables, des circonstances entourant les rapports d'analyses approfondies des chutes sentinelles, élaboration de recommandations et validation ou mise en œuvre de celles-ci. Aussi, le rapport d'analyse approfondie permet une réflexion plus éclairée quant aux causes d'une chute et à l'application des stratégies préconisées;
- Analyse des constats issus des rapports statistiques périodiques d'incidents/accidents et mise en place de mesures d'amélioration de la qualité, en collaboration avec les gestionnaires concernés. Le taux de chutes /1000 jours présence est également un indicateur suivi dans le Tableau de bord de la qualité suivi de près par le Conseil d'administration du CHUM et le comité de gestion des risques et de la qualité (CGRQ);
- Suivi de l'implantation des composantes de l'AAPA et des stratégies de prévention des chutes ainsi que leurs impacts par un comité interdisciplinaire.

Le relevé périodique des chutes s'effectue à partir du formulaire de déclaration d'incident /accident (AH-223). Le logiciel SSSS compile tous les événements de quasi-chutes et de chutes, des plus bénins au plus graves.

Indicateurs de résultats

- Taux de chutes /1000 jours présence usager ;
- Proportion (%) de chutes avec conséquences et selon l'échelle de gravité prévue au programme ministérielle;
- Taux d'utilisation des contentions.

La réalisation de ces mesures est impérative pour obtenir une lecture juste et précise des enjeux entourant cette préoccupation clinique que représentent les chutes dans notre milieu. De plus, afin de réduire significativement ces accidents, le partage de ces résultats et les discussions les entourant sont essentiels parmi les gestionnaires concernés et l'ensemble des équipes soignantes de tous les secteurs.

CONCLUSION

Au CHUM, comme pour d'autres établissements de santé de soins tertiaires, la prévention des chutes compte depuis longtemps parmi les préoccupations cliniques. Bien qu'en soi, la rédaction d'un guide de pratique clinique ne soit pas une garantie de soins plus sécuritaires et de qualité optimale, nous croyons qu'il s'agit tout de même d'un outil de référence essentiel pour l'ensemble des intervenants. Il démontre également l'intérêt et la volonté de poser des actions concrètes pour diminuer le plus possible ce type d'accidents chez la clientèle. La sensibilisation, le dépistage, l'évaluation des risques, les interventions universelles ou spécifiques sont des jalons importants dans la prévention des chutes. La portée de ces actions est cependant influencée par le travail d'équipe intra et interdisciplinaire, la collaboration et le partenariat avec le patient et ses proches, autres éléments essentiels à l'atteinte de notre objectif.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2014). Chutes chez les aînés au Canada. Deuxième rapport. Ottawa, ON.
- Agrément Canada Institut Canadien d'information sur la santé (2014). Prévention des chutes : des données probantes pour amélioration des soins de santé au Canada. Ottawa, ON.
- Agrément Canada (2019). Santé physique : Manuel d'évaluation. Ottawa, ON.
- Direction Générale [DG] (2003). Valeurs – Extrait du plan directeur du CHUM au 6000 Saint-Denis, décembre 2001. Montréal : CHUM.
- Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique [DQEPE] (2020). Qualité et gestion des risques – Vision. Disponible sur l'intranet du CHUM. <https://portail.chum.rtss.qc.ca/Folder.php?sid=1374798>
- Gagné, C., Voyer, P. et Gagnon, D.F. (2013). Les chutes. Dans Voyer (dir.). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. 2e édition. 335-335. Montréal : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Goodwin et al., (2014). Multiple component interventions for preventing falls and fall-related injury among older people: systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics. DOI: 10.1186/1471-2318-14-15.
- Haines, T..P., Hill, K., Walsh, W. et Osborne, R. (2007). Design-Related Bias in Hospital Fall Risk Screening Tool Predictive Accuracy Evaluations: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Gerontology, 62(6), 664-672.
- Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP] (2015). Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Trousse de départ. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2013). Chutes chez les patients hébergés dans les établissements de santé (soins de courte et de longue durée). Synthèse des connaissances et des références rédigée par Elene Morarescu. Québec, Québec : INESSS.
- Miake-Lye, I. M., Hempel, S., Ganz, D. A., & Shekelle, P. G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. Annals of Internal Medicine, 158(5 Pt 2), 390–396. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00005>
- MSSS (2014). Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication : De la stratégie à l'action – Volet : Chutes. Gouvernement du Québec, Québec.
- Oliver, D., et Healy, F. (2009). Falls risk prediction tools for hospital inpatients: do they work? Nursing Times, 105(7), 18–21.
- OMS (2018). Les chutes. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- RNAO (2017). Empêcher les chutes et réduire les blessures associées, 4^e éd. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

ANNEXE 1 – MESURES ADDITIONNELLES EN PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUES DE CHUTES SPÉCIFIQUES

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
<p>Histoire de deux chutes ou plus dans la dernière année ou d'une chute lors des trois derniers mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer avec le patient sa perception des causes et l'histoire de la chute; • Explorer les conséquences de cette chute : blessures, perte de confiance en ses capacités de se déplacer seul, instauration de crainte de se déplacer; • Maintenir ou améliorer l'autonomie fonctionnelle du patient en maximisant sa participation aux soins; • Encourager le patient à se mobiliser avec précautions, supervision ou aide au besoin; • Encourager la participation et l'encouragement de sa famille; • Informer le médecin ainsi que l'équipe interdisciplinaire de la chute antérieure afin d'identifier et minimiser les facteurs de risques associés au patient. Mettre en place des mesures additionnelles pertinentes.

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
<p>Problème de mobilité : patient qui présente une démarche ralentie ou précautionneuse, qui tend à prendre appui sur les meubles ou murs, qui a des pertes d'équilibre à la marche et aux transferts, qui a une faible tolérance à l'effort ou qui présente une boiterie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser le plus tôt possible après une immobilisation prolongée; • Évaluer les capacités physiques du patient et identifier le niveau d'aide requis aux transferts et à la marche; • Suite à une immobilisation prolongée (24 heures), informer le patient des risques d'instabilité posturale et de diminution des réflexes posturaux requis aux transferts, à la station debout et à la marche; • Favoriser l'utilisation des toilettes ou de la chaise d'aisance, avec assistance au besoin; • Si la chambre est partagée, si possible, attribuez au patient le lit le plus près de la toilette; • Favoriser la prise des repas au fauteuil; • Encourager la marche au corridor avec l'aide technique requise et assistance au besoin, le plus souvent possible, selon la tolérance et l'inscrire au programme de marche; • Mentionner au patient ayant un trouble d'équilibre ou de démarche de se lever lentement, d'éviter les virages rapides, d'utiliser les mains courantes (rampes) et les barres d'appui dans les salles de bains; • Encourager la pratique des exercices actifs. Se référer à la fiche d'éducation à la santé « <i>Rester actif à l'hôpital pour récupérer, il faut bouger</i> ». • Demander une consultation en physiothérapie au besoin afin d'obtenir une évaluation plus approfondie des déficits; • Optimiser l'analgésie et faire des références aux consultants au besoin (pharmacien, physiatrie, clinique antidouleur).

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
Comportement impulsif, témérité, troubles cognitifs et perceptuels	<ul style="list-style-type: none"> • Observer attentivement les déplacements afin d'identifier les comportements et les moments où le patient est plus à risque de chuter; • Renforcer la surveillance lors de ses déplacements, fournir l'assistance requise et l'inscrire au programme de marche; • Discuter avec le patient de ses capacités et limites et de l'adoption de comportements sécuritaires; • Inciter le patient à demander de l'aide lorsqu'il entreprend des activités dangereuses pour sa sécurité et le féliciter lorsqu'il collabore. Évaluer sa compréhension et sa collaboration ultérieure; • Établir au besoin une entente verbale ou écrite de collaboration en tenant compte des facteurs qui influencent la non-collaboration; • Mettre le patient dans une chambre plus près du poste; • En d'agitation psychomotrice, discutée avec le médecin des causes réversibles possibles; • En cas de désorientation dans l'environnement, mettre en place des repères visuels de l'espace et d'identification des toilettes; • En cas d'agitation, d'hallucinations, de désorientation, informer le médecin afin qu'il investigate les causes réversibles et prescrive le traitement approprié, si requis; • Effectuer des tournées préventives chaque heure et PRN afin d'anticiper les besoins du patient; • Demander la présence de la famille, jour, soir, nuit selon entente à l'admission; • Transférer le patient dans une chambre la plus près du poste des infirmières; • Si le patient ne peut retenir les consignes, intensifier la surveillance. En l'absence de contre-indications, utilisez, si requis, un moniteur de mobilité¹; • Évaluer q8h et PRN la nécessité d'un PAB en surveillance accrue ou en soins continus; • Appliquer, en dernier recours, la contention physique selon le protocole.

¹ Moniteur de mobilité : dispositif qui consiste à l'utilisation d'un coussin sensible muni d'un émetteur que l'on place sous le patient au lit ou au fauteuil. Le coussin est relié à un moniteur qui émet un signal d'alarme lorsqu'un changement de pression est détecté par le coussin sensible.

Buts :

- Utiliser comme mesure préventive pour la clientèle identifiée à risque de chute ou d'errance invasive;
- Permettre aux intervenants intra et interprofessionnels d'intervenir plus rapidement auprès de la clientèle identifiée à risque afin d'éviter le recours à une mesure plus restrictive pour le patient, comme la contention;
- Augmenter la qualité de vie des patients par le maintien de l'autonomie et de la mobilité.

L'utilisation de ce dispositif n'est pas recommandée pour le patient qui :

- Bouge continuellement, ce qui fait en sorte que son poids n'exerce pas une pression suffisante et constante sur le coussin;

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
Prise de médicaments affectant la vigilance, l'équilibre, la démarche ou la tension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les médicaments affectant l'équilibre et la démarche et en discuter avec le médecin; • Surveiller l'effet des médicaments à risque (au pic d'action) produisant un effet hypnotique, sédatif, tranquillisant, de somnolence, de diminution de coordination, de trouble de la démarche, des étourdissements, de l'hypotension orthostatique ou des changements de comportement. Accroître la surveillance lors d'une nouvelle ordonnance ou lorsqu'une dose est augmentée; • Enseigner au patient certaines précautions à prendre dont la façon de se lever progressivement du lit ou du fauteuil et de se rasseoir s'il présente des étourdissements (mesures spécifiques pour l'hypotension orthostatique); • Porter une attention particulière lors des premiers levers à la suite d'une immobilisation prolongée.
Hypotension orthostatique et étourdissements	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer s'il y a hypotension orthostatique (\downarrow de PA \geq 20 mmHg ou PA systolique debout $<$ 90 mmHg), q 8 h pendant 3 jours en présence d'un malaise ou lors d'un changement de position (étourdissements, faiblesse, vue embrouillée, diaphorèse ou perte de conscience); • Enseigner au patient à faire des exercices circulatoires avec les chevilles et à ouvrir et fermer les mains. Élever la tête du lit et demeurer dans cette position quelques minutes. Rester sur le bord du lit quelques minutes avant de se lever. S'il ressent un malaise, reprendre la position antérieure. S'il tombe, tenter de se protéger avec ses bras ou d'amortir sa chute en s'appuyant contre un mur ou un meuble; • Si le patient ne peut compenser l'hypotension orthostatique, s'assurer qu'une personne est présente lorsque le patient se lève du lit, va aux toilettes, ou se penche, lors de la prise de certains médicaments, d'immobilisation prolongée, de déshydratation, en présence de varices, d'âge avancé.

- Se lève du lit ou du fauteuil et marche trop rapidement pour qu'on puisse intervenir suffisamment rapidement pour prévenir une chute;
- Tente de se lever trop fréquemment; l'alarme se déclenche plusieurs fois par heure et devient une source de stress et de sur stimulation.

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
<p>Troubles d'élimination : besoin impérieux ou fréquent d'uriner (incontinence de stress, urgence mictionnelle), nycturie, diarrhée, incontinence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient n'utilise pas la cloche d'appel lorsqu'il ressent le besoin d'éliminer, établir un profil d'élimination pendant 48 ou 72 heures, puis amener aux toilettes selon son horaire. Si ce n'est pas possible, l'amener aux toilettes toutes les deux ou trois heures; • Si le patient a besoin de surveillance, lui offrir de l'amener aux toilettes selon un horaire; • S'il est capable d'utiliser un bassin de lit, le lui offrir; • S'il est capable de se déplacer sans aide, mettre une chaise d'aisance avec freins barrés, à proximité; • Lors de mictions impérieuses ou d'incontinence d'effort, mettre en place un coussinet et lui offrir quand même de l'amener à la toilette; • Lorsque tous les autres moyens ont échoué ou lors d'une incontinence fécale et urinaire, utiliser une culotte d'incontinence; • Encourager l'hydratation durant la journée. Limiter la consommation de caféine quelques heures avant le coucher.
<p>Peur de tomber</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer le patient et procéder lentement lors des transferts, favoriser la participation du patient. Assurer une surveillance ou une aide à la marche. • Favoriser un environnement sécurisant (prévoir une chaise à proximité en cas de faiblesse) • Demander une consultation en physiothérapie si le problème persiste.

RISQUE ou PROBLÈME	INTERVENTIONS
<p>Problème d'audition ou de vision non compensé</p> <p>Problème de communication verbale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que le patient porte ses appareils compensatoires. Aviser un proche de les apporter; • Utiliser, si requis, un amplificateur personnel de soins (de type pocket talker); • S'assurer que l'éclairage est suffisant et qu'une veilleuse est utilisée la nuit; • Faire appel à un interprète au besoin; • Utiliser un tableau de communication; • Faire équipe avec la famille; • Si la problématique est nouvelle, demander une consultation en orthophonie (évaluation des troubles et entraînement à l'usage d'aides techniques à la communication).

Synthèse des mesures de précautions universelles pour la prévention des chutes en fonction des milieux

Facteurs de risque de chute	
Biologique	Âge avancé • Histoire de chutes antérieures • Certaines maladies (p. ex., glaucome, démence) • Altération de l'équilibre, de la démarche ou de la mobilité • Déficiences cognitives • Déficience visuelle • Incontinence • Malnutrition • Symptômes : vertiges, étourdissements, trouble du sommeil, hypotension orthostatique
Environnemental ou situationnel	Polypharmacie (plus de 3 médicaments) • Utilisation de certains médicaments • Séjour prolongé à l'hôpital • Besoin d'aide pour les déplacements • Utilisation d'une mesure de contrôle • Ridelles
De nature comportementale ou psychologique (liés à une activité)	Se dépêcher; ne pas porter attention • Prendre des risques • Être sédentaire • Avoir peur de tomber • Effectuer deux tâches simultanément • Ne pas utiliser les appareils et d'accessoires fonctionnels de la bonne façon • Porter des chaussures sans support • Abuser de substances (c.-à-d. drogues et alcool)
Socio-économique	Incapacité d'assumer les coûts de chaussures avec support • Incapacité d'assumer les coûts de certains médicaments, d'aliments nutritifs • Aucun soutien social; isolement • Incapable de lire (p. ex., instructions sur les bouteilles de médicaments)

Stratégies universelles de prévention des chutes	
#1	Appliquer une approche intégrée à composantes multiples
#2	Appliquer des mesures générales de prévention des chutes pour tous les patients : éducation du patient et de ses proches, maintien d'un environnement sécuritaire, adoption d'une approche de soin préventive
#3	Dépister et identifier, au moyen d'un bracelet spécifique, les patients présentant un risque élevé de chutes qui nécessitent une vigilance accrue de la part de toute personne en contact avec ces patients
#4	Établir avec le patient et ses proches un plan de prévention des chutes qui respecte ses droits individuels et tient compte des bénéfices et inconvénients des interventions préventives
#5	Améliorer les axes de circulation et l'accès au CHUM
#6	Utiliser des stratégies de communication multidisciplinaires
#7	Améliorer les informations sur l'orientation dans les espaces physiques au CHUM

Trois messages clés pour l'ensemble du personnel au CHUM		
<p>1. L'identification d'un risque de chute est faite à un moment clé de la trajectoire de soins du patient par une collecte de données et une évaluation de l'infirmière. Toute l'équipe aide l'infirmière en fournissant des informations.</p>	<p>2. La communication du risque de chute se fait de plusieurs façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmières et infirmières auxiliaires : cardex et PTI • PAB : plan de travail du PAB • Tous : feuille de transferts et déplacement sécuritaires, bracelet jaune et bande jaune à l'entrée des chambres des patients 	<p>3. Chacun de nous, dans notre travail, appliquons des mesures préventives, par exemple en protégeant les patients d'un dégât d'eau ou encore en évitant d'encombrer les corridors.</p>

Synthèse des mesures de précautions universelles pour la prévention des chutes en fonction des milieux

Stratégies de prévention des chutes et recommandations générales, fréquence d'évaluation du risque et outils cliniques						
	Milieu hospitalier		Milieu ambulatoire et clinique externe			
	Unité de soins	Unité mère-enfant	Clinique ambulatoire <small>(gériatrie, oncologie, ophtalmologie, endoscopie, orthopédie, hémodialyse, neurologie et neurochirurgie)</small>	Clinique externe sans intervention/préparation	Clinique externe avec intervention/préparation	Urgence
Stratégies de prévention des chutes et recommandations générales	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier la présence de facteurs de risque de chute individuels et appliquer les mesures additionnelles et spécifiques de prévention • Prévenir et identifier le délirium • Mettre un bracelet jaune selon l'algorithme de prévention des chutes • Inscrire au programme de marche les patients touchés 	<p>Maman : À la suite d'une analgésie péridurale ou à la suite de l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aviser le personnel du risque de chute <p>Bébé : Lors du transfert du nouveau-né</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire l'enseignement à la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Implication des bénévoles • Principes généraux pour le maintien d'un environnement sécuritaire 			
			<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des patients à risque de chute • Fournir des aides techniques au besoin • Instaurer une tournée à effectuer chaque heure par le personnel • Mettre un bracelet jaune selon l'algorithme de prévention des chutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches de sensibilisation au risque de chute 	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des patients à risque de chute • Indicateur dans l'outil clinique de documentation de la clinique si réponse positive • Premier lever séquencé 	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage avec PRISMA-7 • Identifier les facteurs de risque de chute sur la « Fiche synthèse au triage » • Mettre un bracelet jaune selon l'algorithme de prévention des chutes
Fréquence d'évaluation du risque	<ul style="list-style-type: none"> • À l'admission • Lors d'un changement de la condition clinique du patient • Après une chute • Selon le jugement clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • À l'admission • Lors des transferts du nouveau-né 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès l'arrivée dans le milieu • Avant les traitements (oncologie) • Annuellement (hémodialyse) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès l'arrivée dans la clinique externe 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès l'arrivée à la borne d'enregistrement de la clinique externe • Vigilance accrue lorsque repérage positif 	<ul style="list-style-type: none"> • Dès l'arrivée au triage et à l'aire d'observation • En continu pendant la période d'observation
Outils cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Le Guide de pratique clinique – Prévention des chutes et interventions post-chutes (Hospitalis), incluant les algorithmes de prévention des chutes • Le formulaire #3098491 Collecte d'informations et d'évaluation infirmière (Printo) • Le Guide de stratégies et de mesures préventives et alternatives - risque : chute (document intranet) • Les Fiches santé : Prévenir les chutes à l'hôpital et Prévenir les chutes lors de votre rendez-vous à l'hôpital (document intranet) • Le PRISMA-7 - Programme de recherche sur l'intégration de maintien de l'autonomie : Guide d'utilisation (Hospitalis) 					

Lorsqu'une chute se produit : remplir un rapport d'accident (AH-223) et utiliser le formulaire Évaluation post chute et aide-mémoire 4004967. L'équipe cherche les causes et si requis, revoit le plan de soins et ses façons de faire.