

HISTORIQUE DE CHUTES RÉPÉTÉES¹

1. S'informer des causes/circonstances des chutes antérieures

Causes biologiques :

- Liées au vieillissement normal de l'utilisateur :
 - Démarche moins fluide
 - Diminution force musculaire et endurance
 - Déficit visuel, auditif
 - Diminution de la sensibilité
 - Incontinence
- Liées à une pathologie :
 - Sarcopénie (diminution de la masse musculaire associée à la dénutrition)
 - Delirium, troubles cognitifs
 - Infections aiguës
 - Problèmes métaboliques, psychologiques, neurologiques, musculo-squelettiques, cardio-vasculaires, visuels ou autres

Causes liées aux intervenants :

- Mauvaise utilisation des PDSB (principes de déplacements sécuritaires des bénéficiaires) ou des équipements
- Surveillance inadéquate ou insuffisante d'un usager à risque
- Non-respect du PII, PTI ou plan de travail
- Ne pas mettre à proximité les aides techniques
- Ne pas mettre à proximité la cloche d'appel ou ne pas s'assurer d'une bonne utilisation par l'utilisateur

Causes liées au comportement :

- Automédication inadéquate
- Malnutrition ou déshydratation
- Consommation drogues, alcool ou tabac
- Comportements non sécuritaires (ex. : témérité ou peur de chuter)
- Mauvaise utilisation des aides techniques
- Port de chaussures inadéquates

Causes socio-économiques :

- Isolement (vit seul ou réseau social pauvre)
- Niveau de scolarité, analphabétisme
- Faible revenu
- Barrière linguistique

Causes liées à l'environnement :

- Aides techniques non adaptées
- Milieu de vie non adapté aux besoins (ex. : lit, fauteuil, toilette, lieux encombrés)
- Éclairage insuffisant
- Surface glissante

2. Intervenir selon les causes/circonstances identifiées

- Considérer une consultation professionnelle
- Informer le médecin traitant de l'historique de chutes répétées afin d'identifier et traiter les causes médicales et médicamenteuses
- Assigner un lit plus près de la salle de bain et du poste infirmier
- Répondre de façon proactive aux besoins de l'utilisateur sur une base régulière (tournées intentionnelles)
- S'assurer d'une bonne utilisation des aides techniques par l'utilisateur
- Maintenir et améliorer l'autonomie de l'utilisateur
- Considérer un protecteur de hanche pour l'utilisateur à risque de fracture
- Fournir à l'utilisateur et ses proches de l'information sur la prévention des chutes et les conséquences de ces dernières sur la santé
- Clientèle à domicile : Considérer une référence aux programmes PIED, IMP ou au suivi systématique des chuteurs selon les critères d'admissibilité, discuter de la possibilité d'avoir un dispositif de communication en cas de chute à domicile (ex. : bracelet d'urgence médicale)

PRÉSENCE D'ÉTOURDISSEMENT OU DE VERTIGE²

1. Identifier les causes potentielles des étourdissements ou des vertiges, par exemple :

- Hypotension orthostatique (HTO)
- Problèmes vestibulaires
- Malnutrition ou déshydratation
- Pathologie
- Effet indésirable d'un médicament ou interaction médicamenteuse
- Sevrage ou consommation de drogues ou d'alcool

2. Intervenir en fonction des causes identifiées

- Considérer une consultation professionnelle
- Informer le médecin traitant de la présence d'étourdissement ou de vertige afin d'identifier et traiter les causes médicales et médicamenteuses
- Aviser le personnel, l'utilisateur et ses proches d'effectuer des changements de position lents et graduels.
Demander de l'aide au besoin pour assurer la sécurité de l'utilisateur

Symptômes de l'HTO :

- Impression de perdre conscience
- Difficulté à s'exprimer
- Diaphorèse
- Vision embrouillée
- Faiblesse des membres inférieurs
- Déséquilibre
- Vertige

Comment dépister l'HTO?

- MSI – Évaluation de la pression artérielle – signes vitaux

En cas d'HTO :

- Encourager l'utilisateur à bouger les pieds avant le lever pour favoriser le retour veineux
- Enseigner à l'utilisateur à changer de position lentement en se tournant, en s'assoiant ou en se levant avec précaution
- Élever la tête du lit en l'absence de restriction
- Favoriser une hydratation suffisante en l'absence de restriction
- Éviter dans la mesure du possible toute manœuvre vagale
- Considérer le port de bas élastiques
- Éviter les stations debout prolongées

En cas de problèmes vestibulaires :

- Considérer une référence en physiothérapie pour une réadaptation vestibulaire

ÉTAT MENTAL ALTÉRÉ³

- Évaluer régulièrement l'état mental de l'utilisateur et surveiller tout changement
- Évaluer les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD)
- Rechercher les causes réversibles
- Considérer une consultation professionnelle
- Informer le médecin traitant pour identifier et traiter les causes médicales et médicamenteuses
- Prévenir le delirium
- Orienter régulièrement l'utilisateur sans le confronter (ex. : « Bon matin », « Quelle belle journée d'automne »)
- Effectuer une surveillance plus étroite de l'utilisateur
- Assigner un lit plus près du poste infirmier (à vue)
- S'assurer que l'utilisateur porte ses lunettes ou appareils auditifs
- Répondre de façon proactive aux besoins de l'utilisateur sur une base régulière (tournées intentionnelles)
- Évaluer la présence de douleur, l'anticiper et la soulager
- Adopter une approche sécurisante et calme
- Utiliser un langage simple (ex. : donner les directives claires et simples en procédant par étape, n'expliquer que les choses essentielles, éviter les explications longues et compliquées, vérifier la compréhension des consignes en questionnant sur ce qui vient d'être dit)
- Surveiller les signes de sevrage ou d'effets indésirables de la médication
- Considérer un système d'alarme et de mouvement
- Respecter le rythme de l'utilisateur et planifier les interventions en fonction de l'état de l'utilisateur
- Maintenir et améliorer l'autonomie de l'utilisateur
- Superviser les déplacements
- Limiter l'emploi de mesures de contrôle en optimisant l'utilisation d'alternatives (à moins d'un risque imminent)
- Veiller à ce que les aides techniques soient à proximité de l'utilisateur
- Installer des repères dans l'environnement (ex. : indiquer où se trouve la salle de bain)
- Laisser une lumière allumée dans la salle de bain la nuit
- Adapter l'environnement pour éviter la surcharge sensorielle
- Limiter les changements d'environnement et de personnel
- Effectuer de la diversion selon les intérêts de l'utilisateur pour l'occuper et réduire les comportements perturbateurs
- Impliquer les proches aidants, encourager leur présence au chevet et dans les soins

TROUBLES DE LA MOBILITÉ, PROBLÈME D'ÉQUILIBRE OU DE DÉMARCHE⁴

1. Identifier les signes cliniques d'un trouble de la mobilité, d'un problème d'équilibre ou de démarche

Assis à debout
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prend plus de deux essais pour se lever ▪ Recherche un appui pour maintenir son équilibre ▪ Présente une instabilité posturale (antéropulsion, rétropulsion, latéropulsion)
Marche 3 mètres en ligne droite puis revient s'asseoir
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche un appui pour maintenir son équilibre ▪ Présente une instabilité posturale à la marche ou lors du demi-tour (antéropulsion, rétropulsion, latéropulsion)
Debout à assis
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juge mal les distances lorsque s'assoit ▪ Se laisse tomber lorsque s'assoit

2. Intervenir

- Identifier les causes potentielles
- Considérer une consultation professionnelle
- Informer le médecin traitant pour identifier et traiter les causes médicales et médicamenteuses
- Maintenir et améliorer l'autonomie de l'utilisateur
- Réduire l'utilisation des cathéters, sondes, drains, etc.
- Limiter l'emploi des mesures de contrôle en optimisant l'utilisation d'alternatives (à moins d'un risque imminent)
- Superviser les déplacements
- Considérer l'utilisation d'aide(s) technique(s)
- Veiller à ce que les aides techniques soient à proximité de l'utilisateur
- Assigner un lit plus près de la salle de bain et du poste infirmier
- Fournir à l'utilisateur et ses proches de l'information sur les déplacements sécuritaires
- Considérer une référence au programme PIED au congé de l'utilisateur

RÉFÉRENCES

- ¹ Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2017); Institut canadien pour la sécurité des patients (2013); Programme interprofessionnel de prévention des chutes et des blessures reliées aux chutes du CISSS Jeanne-Mance; Programme de prévention des chutes du CISSS de l'Outaouais; Programme de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes de l'hôpital Fleurimont et à l'Hôtel-Dieu – PARACHUTE du CISSS Estrie et CIUSSS Sherbrooke; Programme de prévention des chutes du CISSS de Laval (2015).
- ² Programme de prévention des chutes du CISSS de Laval (2015).
- ³ Institut canadien pour la sécurité des patients (2013); Ministère de la santé et des services sociaux (2014); Programme de prévention des chutes du CISSS de Laval (2015).
- ⁴ CHU de Québec – Université Laval (2019); Ministère de la santé et des services sociaux (2014); Programme de prévention des chutes du CISSS de Laval (2015).