

Les accidents en milieu hospitalier - du risque à la prévention

La gestion des risques 2^e partie

Margot Phaneuf, inf., Ph. D.
Chantal Gadbois, inf., M. SC. Inf., MAP
Infirssources, mai 2009, révisé janvier 2010



Parmi les risques hospitaliers, les accidents, de pair avec les maladies nosocomiales, s'avèrent les plus importants, malgré les études démontrant qu'ils seraient évitables dans une proportion d'environ 50 %. Les coûts humains et financiers de ces accidents sont encore plus troublants. Nous n'avons pas de chiffres précis pour le Québec, mais des informations publiées sur ces événements indésirables aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, montrent qu'ils occasionneraient des frais faramineux qui, selon une estimation américaine, seraient d'environ 2 % des dépenses de la santé. Et il n'y a pas de raison sérieuse de croire qu'il puisse en être autrement au Québec.¹

Malheureusement, en dépit de la *Loi sur l'accès à l'information*, l'article 183.4 (p.5) de la *Loi 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipule que les dossiers et les procès-verbaux des comités de gestion des risques et de la qualité des soins des établissements doivent demeurer confidentiels. De telle sorte que nous disposons de peu d'informations concernant les taux d'accidents dans les hôpitaux et les divers établissements de soins du Québec et les coûts représentés par ces événements malheureux.²

Le rapport du comité ministériel Francoeur, publié en 2001, mentionnait d'ailleurs le caractère évitable de ces accidents et proposait même le développement d'une culture de prévention chez nous.³ Dans ce rapport, il faut cependant préciser que le terme « accident » est vu dans une acception large incluant tout événement évitable qui nuit à l'évolution du malade vers la guérison, c'est-à-dire les infections nosocomiales, les erreurs iatrogènes et les accidents proprement dits. Dans ce texte, ne sont considérés que les traumatismes accidentels reliés aux chutes.

En réponse à la préoccupation de sécurité des soins, la loi 113, sanctionnée le 19 décembre 2002, mettait de l'avant la nécessité pressante de la prestation sécuritaire des soins, au Québec.⁴ Ce texte de loi crée aussi, l'obligation pour les professionnels de déclarer tous les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins. Il engage également les établissements à mettre en place un comité local de gestion des risques et un registre pour consigner

¹. Nathalie de Marcellis-Warin, chercheuse au CIRANO (Montréal) *La gestion des risques dans les établissements de soins au Québec : une réglementation à la hauteur des enjeux* : <http://imdr.eu/v2/extranet/iec-lettre40-noso.htm>

². Assemblée nationale. Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. p. 5 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

³. Rapport Francoeur. 2001. *La gestion des risques une priorité pour le réseau*. Dans Rapport du comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. *D'abord, ne pas nuire... Les infections nosocomiales au Québec. Un problème majeur de santé, une priorité*. p. 12 : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-209-01web.pdf>

⁴. Assemblée nationale. Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. p.2 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

l'occurrence des événements indésirables. De plus, cette loi (LRQ, chapitre 4, article 8) précise que « tout usager a le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçue et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident. »⁵ Dans le cas qui nous intéresse ici, il s'agit plutôt des conséquences de ces accidents.

1-Fonctions du comité local de gestion des risques

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

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident en vue d'assurer la sécurité des usagers ;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté à la victime et à ses proches ;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents pour fins d'analyse des causes et pour recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-209-01web.pdf>

Cette politique de sécurité constitue un volet majeur de la qualité des soins recherchée au Québec depuis de nombreuses années déjà. Comme l'avancé Jacques Rhéaume, en 2001, la politique préconisée de qualité des soins oriente le système vers un nouveau paradigme, celui de *l'adoption du point de vue de l'utilisateur*.⁶ L'énoncé est important puisqu'il implique des aspects de prévention et de

mise en place des moyens nécessaires pour assurer à cet « utilisateur » des pratiques sécuritaires de soins. En réponse à cette préoccupation exprimée dans la Loi 113, lorsqu'un malade tombe ou glisse lors de la prestation des soins, l'infirmière se voit dans l'obligation de remplir le formulaire de déclaration d'incidents et accidents.⁷ Le tableau 1 explicite le rôle du comité local.

Définition des termes

Le rapport Francoeur, élément déclencheur de la Loi 113, utilise le terme « accident aux effets indésirables » pour définir tout inconvénient sérieux qui entrave la guérison d'un malade. Sont ainsi considérés, les incidents et les accidents. *Un incident* est défini dans cette loi comme étant « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, d'un membre du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des

⁵. Assemblée nationale. Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*. p. 5 : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

⁶. François Rhéaume (2001). *Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec*, p.1 : http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Francois_et_Rheaume_2001.pdf.

⁷. Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Rapport. *D'abord, ne pas nuire. Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. p.42 <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-209-01web.pdf>

conséquences ».⁸ Un **accident** possède un caractère de gravité beaucoup plus grand. On peut le définir comme étant un événement imprévisible, mais qui serait évitable et qui occasionne des conséquences graves pour la santé et le bien-être du malade.⁹ Bien entendu, ce terme ne recouvre pas les complications survenues lors du traitement, ni l'aggravation de l'état de santé d'une personne dont la maladie évolue selon son cours naturel, sans que la médecine et la technologie actuelles puissent la freiner.

La gestion des risques d'accident

La prévention des accidents demande la mise en place d'un système de contrôle, comme pour les maladies nosocomiales. La prise de conscience de la vulnérabilité de certaines clientèles a conduit à l'application du concept de la « **gestion des risques** », qui nous vient du monde de

2- Définitions

- **Incident:** « une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, d'un membre du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences »

LRQ. Art. 183.2, p.5 Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

- **Accident:** événement imprévisible, mais évitable qui occasionne des conséquences graves pour la santé et le bien-être du malade.
- Ce terme ne recouvre pas les complications survenues lors du traitement, ni l'aggravation de l'état de santé d'une personne dont la maladie évolue selon son cours naturel, sans que les connaissances et la technologie actuelles puissent la freiner.

l'assurance. Dans le milieu de la santé, cette gestion prend le sens d'approche préventive faisant appel à un large éventail de moyens pour réduire ou éliminer ces risques et pour en limiter les conséquences indésirables lorsqu'ils se réalisent.

En milieu hospitalier et en milieu d'hébergement et de soins de longue durée, cette gestion est une tâche complexe qui demande d'abord aux intervenants qui en sont chargés d'être au courant des directives ministérielles en matière de prévention (Loi 113, rapport Francoeur, etc.). Elle exige aussi une bonne connaissance du milieu, c'est-à-dire des lieux, des personnels et de leurs habitudes de travail, des clientèles, du matériel et des vulnérabilités particulières afin d'identifier les sources possibles d'accidents. Soulignons qu'au nombre des facteurs qui sont en cause, les caractéristiques de l'environnement physique où les soins sont donnés sont souvent citées. Les infirmières et les gestionnaires de soins disposent donc d'une proximité avec le terrain pour défendre la mise en priorité d'aires cliniques sécuritaires, afin de limiter les risques d'accidents sur les unités de soins de courte durée ainsi que dans les milieux de vie en CHSLD.

⁸. Assemblée nationale. (LRQ. Art. 183.2, p.5) Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* :

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

⁹. Idem *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* p. 3 :

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>

La gestion des risques suppose aussi l'intervention de plusieurs personnes qualifiées travaillant en synergie pour identifier les risques majeurs, planifier les mesures d'intervention, et les faire connaître aux intervenants, prévoir des formations sur mesure pour les différents personnels selon leur type d'occupation, procéder au suivi de l'application de ces directives et à des rappels en fonction des besoins, évaluer les résultats obtenus et apporter les correctifs nécessaires.

Ce programme de gestion ne serait cependant pas complet si on omettait de parler des malades, des familles qui ont subi les difficultés d'un accident évitable et si on ne mentionnait pas les tentatives nécessaires pour en réduire les conséquences ou amenuiser les pertes encourues. C'est le rôle du comité local de prévention et de contrôle des risques.¹⁰ Les tableaux 3 et 4 explicitent le concept de gestion des risques.

3 - Gestion et risques: définitions

- . Le terme **risque** signifie danger plus ou moins prévisible. Il recouvre la probabilité qu'un événement causant des dommages se produise.
- . Le terme **gestion des risques** vient du monde de l'assurance. Il s'agit d'une approche préventive qui fait appel à un grand éventail de moyens destinés à réduire ou éliminer les risques qu'une situation causant des dommages se produise et à en limiter les effets lorsqu'ils se réalisent.

Michelle Dionne. *La qualité lieu de convergence*. 31 mai 2002. La sécurité du patient une question de qualité : [http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20,Gestion des risques](http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20,Gestion%20des%20risques)

Les candidats les plus susceptibles à ces risques

Tous les malades fortement médicalisés, faibles ou peu conscients, soignés dans nos établissements, pourraient éventuellement être à risque de chute. Toutefois, les personnes les plus exposées à ce genre d'accidents sont les personnes âgées et particulièrement celles qui présentent des troubles cognitifs. La gestion de ce type de risque intéresse de manière particulière les soins à l'urgence, les soins en période péri opératoire et postopératoire, les soins de la douleur, l'aide à la marche, la réadaptation, les soins psychiatriques, les malades suicidaires et toute personne qui, en raison de son âge ou de son état de santé physique ou mentale doit être surveillée de près ou mise sous contentions.

Les personnes âgées ne sont pas les seules à faire face à ce risque.

Le vieillissement est un processus qui se déroule de différentes manières selon les personnes. Il est d'évidence que plus les personnes sont âgées, plus elles sont susceptibles d'être faibles et de présenter des troubles circulatoires, neu-

4- La gestion des risques

Gérer les risques signifie:

- . Identifier les risques possibles dans un établissement de santé
- . Prévenir la réalisation des risques prévus.
- . Tenir compte de l'impact de leur réalisation sur les malades, sur les familles et sur le personnel soignant touchés par la situation.
- . Réduire les conséquences ou les pertes en cas de réalisation des risques.

Adapté de: Michelle Dionne. *La qualité lieu de convergence*. 31 mai 2002. La sécurité du patient une question de qualité : [http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20,Gestion des risques](http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20,Gestion%20des%20risques)

¹⁰ Michelle Dionne. *La qualité lieu de convergence*. La sécurité du patient une question de qualité, 31 mai 2002. p. 16 -.17 : <http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20>

rologiques ou de problèmes articulaires ou neuromusculaires, qui peuvent les rendre à risque d'accident.

Mais l'équation n'est pas si simple. Des personnes beaucoup plus jeunes souffrent aussi de différents troubles physiques ou psychologiques qui sont aussi des facteurs de risques, alors que certaines personnes âgées demeurent encore alertes et en bonne santé.

Les conséquences des chutes chez les personnes âgées

Non seulement la personne âgée est-elle plus à risque de chutes, mais pour elle, leurs conséquences sont généralement plus graves. Au-delà des complications immédiates que peut déclencher la chute, ses conséquences telles les contusions, ecchymoses, luxations, fractures,

5 - Chute : définition

- **Peut être reconnue comme une chute :**
le mouvement non intentionnel et abrupte de tomber, glisser, basculer, trébucher ou de s'écraser d'une personne venant de la position debout, assise ou couchée vers le sol ou vers un niveau inférieur à celui où elle était positionnée. (ex: escalier)

traumatismes crâniens guérissent beaucoup plus lentement que chez le sujet plus jeune. D'autres difficultés peuvent aussi survenir, susceptibles d'altérer son état de santé de manière marquée, en particulier la réduction de la mobilité et la perte de l'autonomie. Un accident majeur au cours du vieil âge signe souvent le début de la dépendance, de la désinsertion sociale et de l'institutionnalisation, quand ce n'est pas tout simplement, la fin de la vie. Une fracture du col du fémur est souvent le début d'un

processus de déclin autant sur le plan physique que psychologique.

La nature des risques

Avec raison, on relie souvent les chutes à la marche, mais cet accident malheureux peut aussi se produire chez une personne assise, par faiblesse, par glissement ou chez une personne alités qui se lève sans aide alors qu'elle est faible ou souffrante. La chute peut aussi se produire chez le malade qui, pour des raisons de confusion ou d'agitation, désire passer par-dessus les ridelles du lit qui sont sensées le protéger. Plusieurs autres facteurs de nature physique, mentale ou comportementale peuvent intervenir pour occasionner ce genre d'accidents, et cela, sans compter les facteurs environnementaux.

Lorsqu'il y a chute, la personne tombe, mais son amour propre tombe aussi.

Incidence des accidents chez les personnes âgées

Au Québec, les accidents sont nombreux chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ils comptent pour environ 2 % des hospitalisations et on estime que dans ce groupe d'âge, une personne sur 3 a été ou sera victime d'une chute. C'est un véritable problème de santé publi-

que.¹¹ Dans le présent document, nous nous limiterons aux accidents qui surviennent en milieu hospitalier, dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), dans les résidences pour gens âgés et à domicile pour les personnes qui reçoivent des soins infirmiers. Le fardeau de la souffrance pour les malades et pour leur famille, la surcharge de soins, l'augmentation des jours d'hospitalisation et les coûts pécuniaires de ces chutes sont très élevés et méritent toute notre attention au regard d'une surveillance accrue et de la mise en place de moyens de détection des personnes à risque.¹²

Des statistiques fédérales montrent « qu'au Canada, le coût des soins de santé lié aux chutes s'élève à 2,8 milliards de dollars, dont près de la moitié est utilisée pour les soins aux personnes âgées qui font des chutes. » Les chutes constituent d'ailleurs la cause la plus commune de blessure chez les personnes du troisième âge. Elles occasionnent plus de 90 % de tous les cas de fractures de la hanche et 80 % des personnes qui survivent à ce type de fracture, perdent leur capacité d'accomplir certaines activités de la vie quotidienne. « En hiver, 80 % des personnes âgées ne sortent pas, par peur de faire une chute sur la glace [...] Elles doivent s'enfermer à l'intérieur parce qu'elles ont trop peur de tomber. »¹³. Photo¹⁴

Les suites d'une chute chez une personne âgée

Le moment de la chute peut se révéler très pénible pour les gens d'un certain âge et ses inconvénients peuvent être lents à rentrer dans l'ordre, mais même si la personne se remet bien, elle demeure souvent craintive et manque de confiance dans ses capacités de se lever et de circuler librement. Il en résulte la sédentarité et avec elle une diminution accrue de ses capacités fonctionnelles, la constipation, la déperdition calcique, le manque d'appétit, les difficultés digestives, les risques d'ulcère de décubitus et même des troubles psychosociaux. On observe qu'environ 40 % des admissions dans les maisons de soins pour personnes âgées sont le résultat direct de chutes. Ces accidents constituent aussi une cause prépondérante de décès : on constate ainsi que 20 % des personnes âgées ayant subi une fracture de la hanche décèdent dans l'année qui suit.¹⁵ Ces statistiques troublantes justifient l'accent que le comité de gestion des risques doit mettre sur la prévention et sur les objectifs qui doivent en diriger l'action.



La prévention des chutes

¹¹. Yvonne Robitaille et Jean Gratton. *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*. p. 1. : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/414-ChutesAdultesAgesHospitalisation.pdf>

¹². Sally Lockhart. *Activités de prévention des chutes chez les personnes âgées et les anciens combattants : analyse du contexte* : http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/pdf/Environ_scan_mars_2001.pdf

¹³. Vieillir de façon autonome et active. *Faits concernant les chutes* : <http://www.falls-chutes.com/guide/francais/chutes/chutes1.html>

¹⁴. *Pouvoir vivre à domicile* : <http://www.pvad.net/index.html>

¹⁵. *Chutes et prévention des chutes. Faits concernant les chutes* : <http://www.falls-chutes.com/guide/francais/chutes/chutes1.html>

La prévention de ces accidents peut être considérée du point de vue d'une **prévention primaire** qui s'effectue même en l'absence de manifestation réelle de risque de chute. C'est celle qui s'intéresse particulièrement à l'environnement immédiat du malade pour en corriger les éléments de risques ou au renforcement de sa musculature et de ses capacités d'équilibre « au cas où... ». On peut aussi voir cette prévention en termes de **prévention secondaire**, lorsqu'il y a présence incontestable d'un risque modéré de chutes, par exemple, chez la personne faible, âgée, qui vient se subir une intervention sérieuse ou qui récupère d'un accident vasculaire cérébral. La **prévention tertiaire**, s'applique lorsque l'état de la personne s'est détérioré, lorsque son degré d'autonomie à la marche, sa force musculaire ou son équilibre sont diminués ou si elle fait des chutes répétées.¹⁶

6 - Objectifs pour la prévention des chutes

- Passer en revue les exposés scientifiques sur les programmes de prévention des chutes utilisés dans les soins aigus.
- Identifier les pratiques fondées sur des données probantes qui conviennent.
- Superviser les interventions et présenter des recommandations pour favoriser des pratiques sécuritaires.
- Superviser la mise en œuvre d'un programme de prévention des chutes.
- Surveiller les pratiques au moyen d'études sur la prévalence.
- Identifier tous les intervenants et encourager leur participation.
- Faciliter le réseautage sur ce dossier avec d'autres hôpitaux de soins aigus.

Hôpital d'Ottawa: <http://www.hopitalottawa.on.ca/hy/dept/nursing/qi/groups-1.asp>

Mais quel que soit le point de vue à partir duquel on les regarde, les chutes chez la clientèle âgée représentent un problème personnel et socio sanitaire sérieux qui demande la mise en place d'un programme de prévention bien articulé. Le comité chargé de cette mission doit fournir aux infirmières des objectifs clairs de fonctionnement, d'évaluation des résultats et d'évolution. Le tableau 6 montre un exemple d'objectifs généraux tiré

7 - Facteurs de risque de chutes

Facteurs liés à la personne

- **Âge** : plus de 75 ans.
- **Mobilité réduite, troubles de la marche, équilibre instable.**
- **Antécédents de chutes.**
- **Pathologies physiques ou mentales** : vertiges, anémie, Parkinson, incontinence, mictions impérieuses, confusion, démence, dépression, agitation, AVC, dyspnée.
- **Troubles locomoteurs et neuromusculaires** : arthrite, ostéoporose, faiblesse, douleurs, raideurs ou paralysie au niveau du membre inférieur, des genoux, des hanches, des chevilles.
- **Force des bras, préhension manuelle réduite (pour se tenir).**
- **Diminution de l'acuité visuelle.**
- **Médicaments** : analgésiques, sédatifs psychotropes, hypotenseurs.
- **Comportements** : distraction, consommation d'alcool, de drogues, témérité.

Facteurs liés à l'environnement

- **Aide à la marche** : canne, déambulateur (marchette), béquilles.
- **Lit, fauteuil ou fauteuil roulant mal adapté** : sans bras ou ridelles, trop mou, trop bas ou trop haut.
- **Obstacles ou embaras sur le sol de la chambre ou dans l'environnement** : petits tapis, planchers glissants...
- **Mauvais éclairage.**
- **Utilisation de contentions, de ceintures de rétention ou mise en place de ridelles de lit, non surveillées et desquelles la personne peut vouloir se libérer.**
- **Salles de bain sans barre d'appui, corridors sans main courante ou escaliers sans rampe.**
- **Absence de cloche d'appel.**
- **Port de chaussures mal ajustées.**

¹⁶ . Sc
chez

du programme de prévention de l'Hôpital d'Ottawa.¹⁷ Au niveau du travail de l'équipe de soins, ces objectifs doivent être précisés, opérationnalisés et l'infirmière doit les partager avec ses collègues, dans ses consignes aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires. Le tableau 7 qui précède fait état des principaux facteurs de risque liés à la personne et à l'environnement

Ces objectifs devraient porter sur :

- le repérage des facteurs de risque chez la personne et dans l'environnement;
- l'identification des personnes à risque;
- l'évaluation du niveau de risque que présentent les personnes sur les plans physique et mental;
- la mise en place des mesures de prévention : nutrition appropriée, réévaluation de la médication avec le médecin, disposition des aides nécessaires à la mobilité (canne, déambulateur, fauteuil roulant, orthèse, etc. ;
- la mise en place de mesures de sécurité : ridelles, ceinture de marche, lève-personne, coussinets pour les hanches, contentions (seulement si essentielles).
- la planification d'un programme d'éducation du malade pour le lever ou les transferts sécuritaires;
- L'enseignement au malade des exercices qui renforcent ses muscles ou son équilibre.

8 - Observation des capacités fonctionnelles de la personne

Seule, la personne est-elle capable:

- de se tourner dans son lit et de se lever ?
- de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil en s'aidant des appuis et de se lever ?
- de pivoter alors qu'elle est debout ?
- de marcher ou d'actionner son fauteuil roulant jusqu'aux toilettes ?
- de bloquer les roues du fauteuil roulant ?
- de manipuler ses vêtements et de s'installer sur le siège des toilettes ?
- de se mettre debout pour exécuter les soins d'hygiène ?
- de se lever de la toilette et de se glisser dans le fauteuil roulant ?
- de débloquer les roues du fauteuil roulant ?
- de marcher ou d'actionner son fauteuil roulant jusqu'à sa chambre ?
- de s'asseoir sur le bord du lit et de se recoucher ?

Le tableau 8 offre une liste des principaux points à observer pour évaluer les capacités fonctionnelles de la personne.^{18, 19}

L'évaluation de la capacité fonctionnelle de la personne

Un grand nombre d'accidents se produisent au moment du lever ou du coucher et au moment d'aller aux toilettes, surtout si un transfert

est nécessaire depuis le lit ou à partir du fauteuil roulant. L'observation permet d'évaluer la capacité fonctionnelle de la personne afin de découvrir les dangers potentiels de sa situation afin de les gérer de manière sécuritaire.

¹⁷. Hôpital d'Ottawa. Sous-groupe du programme de prévention des chutes:

<http://www.hopitalottawa.on.ca/hp/dept/nursing/qi/groups-f.asp>

¹⁸. Margot Phaneuf (2007). *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer*. Montréal, Chenelière-Éducation.

¹⁹. Tableau adapté de Société française de documentation et de recherche en médecine générale. (2005). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations* :

http://www.infirmiers.com/inf/protocole/geriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf

On peut aussi poser au malade les questions qui figurent dans le tableau 9 qui suit. Selon les réponses, il faut améliorer certaines conditions permettant à la personne d'agir avec le plus d'autonomie possible. Par exemple, on peut placer le lit plus près du sol, installer une chaise dans le corridor ou à mi-chemin des toilettes pour qu'elle puisse s'y reposer, etc. ; si des aménagements ne sont pas possibles, il faut alors suppléer au manque de capacité d'agir seule.

L'identification de certains facteurs adjuvants

Les facteurs de risque peuvent se retrouver un peu partout dans l'environnement : dans la chambre du malade, la salle de bain, les corridors ou les escaliers. Il faut les rechercher afin de les déceler et de les corriger. Les risques sont aussi présents dans le comportement des personnes qui prennent soin du malade et dans les appareils qu'ils ont à utiliser.

9 - Questions à poser au malade pour évaluer ses facteurs de risque

- Éprouvez-vous des difficultés à vous lever d'une chaise ?
- Manquez-vous d'équilibre ?
- Recherchez-vous un appui lors de déplacements ?
- Avez-vous peur de tomber ?
- Avez-vous peur de ramasser un objet par terre ?
- Avez-vous peur de marcher à l'extérieur et évitez-vous de sortir ?
- Éprouvez-vous de la douleur à la marche ?
- Éprouvez-vous des vertiges ou des étourdissements au lever du lit ?
- Éprouvez-vous des vertiges ou des étourdissements dans les changements de directions ?
- Avez-vous de la difficulté à voir les obstacles ?
- Vous plaignez-vous du fait qu'il fait sombre malgré un bon éclairage ?
- Portez-vous vos lunettes ?
- Avez-vous perdu l'appétit ?
- Négligez-vous la préparation des repas ?
- Consommez-vous plus de quatre médicaments chaque jour ?
- Prenez-vous des médicaments qui ont un effet sédatif (somnifères, tranquillisants, sédatifs ou antidépresseurs) ou qui font baisser la tension (diurétiques, hypotenseurs) ?
- Prenez-vous de l'alcool ?
- Est-ce que vous vivez une période de dépression ? Un épisode aigu (fièvre, infection urinaire, etc.) ?
- Votre capacité de faire quelque chose d'habituel a-t-elle diminué ?

Il est important de connaître les habitudes de déplacement du malade ainsi que ses perceptions de sa capacité d'exercer sa mobilité. Plusieurs facteurs peuvent entrer en jeu dans les chutes ou dans les restrictions aux déplacements que s'imposent les personnes : la peur de tomber, certains problèmes de santé invalidants ou des difficultés visuelles, la baisse des réflexes pour éviter une chute, de même que certains comportements personnels constituent des causes fréquentes. Il ne faut pas oublier qu'il existe des personnes qui chutent fréquemment, sans que l'on puisse identifier la cause de cette tendance à l'accident : elles souffrent de ce que l'on appelle des « drop attacks ».

Les fractures les plus fréquentes sont celles de la colonne, de la hanche et du poignet.

L'évaluation du niveau de risque de la personne vulnérable

Non seulement faut-il repérer les facteurs de risque dans l'environnement et les habitudes, mais il est aussi nécessaire de mesurer le propre degré de risque de la personne afin de procéder à des interventions appropriées.²⁰ Cette appréciation est particulièrement importante pour toute personne du troisième âge ou souffrant de problèmes neurologiques, articulaires ou circulatoires. Elle est aussi nécessaire avant le premier lever à la suite d'une intervention majeure, particulièrement si elle a touché les articulations de la hanche, du genou ou du pied et chez le malade ayant souffert d'un accident vasculaire cérébral.

L'évaluation ne doit pas se faire une fois pour toutes à l'arrivée du malade. Elle doit être répétée à intervalles réguliers selon son état.

Il faut aussi garder à l'esprit la possibilité de chute chez les personnes souffrant d'anémie, de diabète, de basse pression et chez celles qui reçoivent des médicaments susceptibles de causer la faiblesse, les vertiges ou les étourdiments. Ce dépistage doit évidemment s'effectuer en fonction de l'âge des malades, mais aussi en fonction de leur sexe, les femmes de race blanche et de petit poids y étant plus sujettes; il doit

aussi se faire en fonction des pathologies présentes et du niveau de dépendance, car comme nous l'avons vu, l'âge n'est pas le seul critère déterminant. « Selon le cas, cette évaluation devrait être répétée à intervalles réguliers, fixée dans le plan thérapeutique infirmier et notée au dossier. »^{21, 22}

Les moyens et méthodes à utiliser

Dans les centres, il existe plusieurs instruments, sous forme d'échelle, qui ont été développés afin d'évaluer les capacités de la personne à se lever et à circuler avec ou sans aide. Quel que soit le moyen retenu

10 - Tests pour le repérage des personnes à risque

Questions	Norme
Svp, voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ? (1 à 2 minutes au chronomètre ; faire 3 tests successifs.	Le patient doit se lever d'un siège et faire environ 3 mètres, tourner et revenir s'asseoir sans aide, avec ou sans canne. Le déficit de mobilité commence après 20 secondes, il est important au-delà de 29 secondes.
Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ?	Anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes.
Poussée sternale	Un déséquilibre à la poussée est prédicteur du risque de chute. À rapprocher des sensations de déséquilibre, yeux ouverts ou fermés.
Que pensez-vous de ... ?	Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand leur attention est sollicitée ailleurs, par exemple réfléchir pour répondre à une question.

²⁰. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire*. P. 22-23 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf.pdf

²¹. *Understanding Fall Risk, Prevention, & Protection*, p.6 :

<http://www.size-wise.net/getattachment/2d5c6915-509c-4d99-a653-bef8bcc56fdc/SW-Fall-Risk-Toolkit.aspx>

²². John Dempsey Hospital, University of Connecticut Health Center. *Clinical Protocol Nursing Practice Manual*. http://nursing.uhc.edu/nursing_standards/docs/Falls-%20Risk%20Identification.%20Prevention%20Management.%20and%20Treatment.pdf

pour procéder à cette évaluation, l'important est qu'elle soit effectuée. Les résultats obtenus permettent d'ajuster le plan thérapeutique et l'infirmière peut communiquer les consignes aux autres membres de l'équipe.

Le test présenté au tableau 10 permet d'évaluer et de mesurer avec davantage de précision les capacités de la personne.²³

L'histoire des chutes antérieures

L'évaluation des capacités de la personne est importante, mais il est aussi très utile de savoir si elle a déjà fait des chutes. En effet, l'histoire des chutes antérieures est particulièrement éclairante, car les études démontrent que 50 % des personnes qui ont déjà chuté retombent peu de temps après.

Ce que peut faire l'infirmière

L'infirmière a un rôle particulièrement important face à la prévention des chutes. Ses interventions de prévoyance des risques et de correction de certaines faiblesses chez le malade touchent plusieurs dimensions : l'identification des risques liés à la personne et à l'environnement, l'évaluation de la personne à risque, la vérification des médicaments, la surveillance de l'alimentation, les exercices de renforcement musculaire et de l'équilibre ainsi que les interventions pour contrôler l'incontinence.

Autres mesures d'observation

De manière plus précise, l'infirmière, que ce soit dans un centre ou à domicile, peut aussi procéder à une vérification de l'état des pieds, de l'hypotension orthostatique, évaluer l'orientation de la personne dans le temps et l'espace et bien connaître les pathologie dont elle souffre, car les chutes sont souvent des

11 - Étude de la démarche et de la posture	
En position assise	<input type="checkbox"/> la personne est stable <input type="checkbox"/> elle glisse <input type="checkbox"/> elle tombe sur le côté
Pour se lever d'une chaise	<input type="checkbox"/> elle peut le faire seule <input type="checkbox"/> elle est incapable de se lever seule <input type="checkbox"/> elle doit utiliser un déambulateur
Au moment du lever	<input type="checkbox"/> elle ne présente pas de signe de déséquilibre <input type="checkbox"/> elle est vacillante <input type="checkbox"/> elle doit se tenir à quelque chose
En position debout	<input type="checkbox"/> elle marche à grands pas assurés <input type="checkbox"/> elle marche à petits pas hésitants <input type="checkbox"/> elle peut résister à un déséquilibre léger <input type="checkbox"/> elle amorce une chute au moindre déséquilibre <input type="checkbox"/> elle garde son équilibre lorsque les yeux sont fermés pendant 5 s. <input type="checkbox"/> elle perd l'équilibre lorsque les yeux sont fermés pendant 5 s. <input type="checkbox"/> elle peut pivoter de 360 degrés en faisant des pas continus <input type="checkbox"/> elle peut pivoter de 360 degrés en faisant des petits pas
Pendant la marche	<input type="checkbox"/> elle se déplace en regardant devant elle <input type="checkbox"/> elle se déplace en regardant par terre
Au moment de s'asseoir	<input type="checkbox"/> elle juge bien les distances et s'assoit en maîtrisant le geste <input type="checkbox"/> elle juge mal les distances, se laisse tomber dans la chaise

²³. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations*, p. 6 : http://www.infirmiers.com/inf/protocole/geriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf.

marqueurs de l'état de santé des gens âgés. Il faut rappeler, entre autres, que chez le diabétique, les neuropathies ou les variations importantes de glycémie peuvent causer des chutes. L'infirmière peut aussi avoir à sa disposition les résultats des tests d'évaluation mentale pour se renseigner (Ex. : Folstein) et prévoir des mesures de prévention, car les personnes qui souffrent d'une démence de type Alzheimer ont deux fois plus de risques de chute que les autres malades. Elle peut aussi consulter les tests posturaux et d'équilibre, s'ils ont été faits par le médecin ou la physiothérapie. Si elle possède les connaissances nécessaires, il lui est aussi possible de les effectuer. Le tableau 11 fournit un exemple facile à exécuter.²⁴

Vérification des médicaments

Il est également important que l'infirmière vérifie les médicaments que reçoit la personne. Les malades âgés sont souvent polymédicalisés et il est parfois nécessaire de demander au médecin si un allègement pharmacologique ne serait pas possible afin d'améliorer leurs capacités de se déplacer sans risque de chute. Il faut aussi noter que certains médicaments sont plus susceptibles que d'autres de causer des sensations de faiblesse ou de vertige. Les médicaments affectant le système nerveux central sont particulièrement incriminés et les différents neuroleptiques ainsi que les substances analgésiques opiacées ou non opiacées, sont parmi les plus souvent mises en cause, et ce, en plus des hypotenseurs, des diurétiques, des différentes formes d'anti-inflammatoires et autres.

12 - Médicaments causes potentielles de chutes	
Médicaments psychotropes et analgésiques	Médicaments cardio-vasculaires
Psychotropes : antidépresseurs tricycliques et neuroleptiques	Diurétiques
Sédatifs et hypnotiques	Inhibiteurs calciques
Benzodiazépines	Dérivés nitrés
Analgésiques opiacés et non opiacés	Anti arythmiques de type 1a
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), aspirine	Digoxine

Société française de documentation et de recherche en médecine générale.
Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée
http://www.infirmiers.com/infirmiers/protocoldegeriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf

Le tableau 12 fournit une liste non exhaustive des médicaments qui sont le plus souvent causes de chutes. Il arrive qu'une même personne doive prendre plusieurs de ces médicaments à la fois. L'infirmière doit alors indiquer une alerte à son plan thérapeutique afin que le personnel soit avisé du risque possible de chute pour cette personne et de la surveillance accrue qui lui est nécessaire.²⁵

Si la médication ne peut pas être modifiée, il ne faut pas oublier d'avertir la personne des effets secondaires possibles de son traitement afin qu'elle prenne elle-même, les précautions qui s'imposent.



²⁴. Margot Phaneuf (2007). *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer*. Montréal, Chenelière-Éducation, p.

²⁵. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire*. p. 29 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf.pdf

La surveillance alimentaire

La surveillance de la nutrition s'avère également importante avec les personnes âgées. En raison de la faiblesse, de la fatigue, et parfois du désintéressement face à la nourriture, celles-ci restreignent leur alimentation à un nombre limité d'aliments, par exemple les céréales ou le « thé et biscuits ». Cet éventail insuffisant d'aliments nourrissants cause certaines déficiences de nutriments essentiels, en particulier un manque de calcium et de vitamine D, cause d'ostéoporose et de fragilité osseuse. Aussi, l'infirmière doit-elle non seulement superviser ce que mange la personne, mais aussi faire son éducation dans une optique de prévention des chutes.

Les interventions face à l'incontinence urinaire

13 - Exercices de Kegel	
	Étape 1: S'asseoir au bord d'une chaise et bien écarter les pieds et les genoux. Mettre les coudes sur les genoux et se pencher vers l'avant. Le pelvis devrait toucher le siège.
	Étape 2: Fermer les yeux et imaginer que vous essayez de retenir un gaz.
	Étape 3: Resserer fortement les muscles autour du rectum et du canal urinaire, puis soulever le pelvis de façon à l'éloigner de la chaise.
	Ne pas: <ul style="list-style-type: none">. pousser en forçant. utiliser les muscles du ventre, des cuisses ou des fesses. retenir son souffle.

Le traitement de l'incontinence : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch4_f.htm

L'incontinence urinaire est identifiée comme étant une cause de chute en raison surtout des mictions impérieuses qui obligent la personne à se hâter vers les toilettes. Les difficultés de mobilisation, les douleurs aux articulations, aux pieds et les mouvements mal calculés et mal équilibrés,

deviennent alors des risques de chute. Là aussi l'infirmière peut intervenir pour proposer à la personne des exercices susceptibles de renforcer ses sphincters. Le tableau 13 les explicite. Elle doit aussi lui indiquer certains aliments diurétiques à éviter tels que le thé, le café, les boissons gazeuses et les aliments très sucrés.²⁶

Lorsqu'une chute se produit

Il arrive qu'en dépit des mesures de prévention, de l'évaluation et de la surveillance des personnes à risque, certaines tombent de leur chaise, de leur lit, en marchant, en circulant dans un escalier ou en tentant de passer outre aux limites des ridelles du lit ou d'autres moyens de protection.

Dans ces cas, il faut agir rapidement. Il est nécessaire de tout de suite s'agenouiller ou s'asseoir près de cette personne en la prenant dans les bras pour la rassurer et lui dire que nous sommes

²⁶ *Le traitement de l'incontinence* : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch4_f.htm

là pour l'aider. Puis, avant de tenter de la relever, il faut évaluer la situation par un regard circulaire autour de la personne et de son lieu de chute. Il faut tout de suite vérifier si elle est consciente et si c'est le cas, lui demander ce qu'elle éprouve et regarder dans quel état elle semble être? Est-elle très souffrante, peu souffrante, très anxieuse ou relativement calme? Un membre ou une articulation semble-t-il déformé? Qu'elle a été la hauteur de la chute? Comment a-t-elle touché le sol? Sur la tête, sur les fesses et le dos ou sur les mains? Le tableau 14 foutit quelques interventions à faire en cas de chute. Si la personne semble sérieusement atteinte, il ne faut pas surtout pas la déplacer et immédiatement demander de

14 - Interventions en cas de chute

Évaluer rapidement la situation.

Si la personne semble sérieusement blessée, appeler à l'aide et ne pas la déplacer. Sinon :

- Prendre les paramètres vitaux, apprécier les signes neurologiques et évaluer ses blessures. Au besoin prévenir le médecin.
- S'agenouiller ou s'asseoir près de la personne, la prendre dans ses bras pour la rassurer, puis la laisser se reposer quelques minutes tout en l'observant.
- Si elle peut le faire, l'aider à se relever et la conduire à son lit.
- Observer son comportement, ses signes vitaux et neurologiques pendant les six heures qui suivent.
- En cas de doute de fracture, mettre une attelle sous le membre ou une planche sous le dos avant tout déplacement.
- Remplir le formulaire de déclaration des incidents/accidents.
- À domicile, si la personne semble blessée, appeler l'ambulance.

l'aide. Après un premier examen global, rapide, la prise des signes vitaux s'impose de même que des signes neurologiques. Si la personne est très souffrante, si les signes vitaux montrent une atteinte sérieuse, il est nécessaire de faire appel à un médecin. S'il

semble y avoir un traumatisme grave à un membre ou à la colonne, il est plus prudent de demander l'aide de plusieurs aidants afin de placer des attelles sous les membres atteints et/ou une planche d'appui pour soutenir le dos avant de remettre la personne blessée au lit.

15- Les circonstances des chutes

- Avant les repas, les chutes peuvent indiquer une baisse du taux de sucre et nécessiter une petite collation au milieu de la matinée ou de l'après-midi.
- Après les repas, elles peuvent être le signe d'une hypotension postprandiale. Il faut alors garder la personne assise pour quelques minutes ou l'accompagner après les repas.
- Au lever, à la station debout, elles peuvent être le symptôme de l'effet de certains médicaments. Une révision s'impose.
- À la suite de mouvements de la tête, elles peuvent être indicatrices d'une compression des vaisseaux carotidiens ou vertébraux qui entrave la circulation cérébrale. Une évaluation médicale peut se révéler utile.
- Dans les toilettes, elles peuvent indiquer certaines incapacités motrices. Une assistance appropriée est alors nécessaire pour aider la personne à manipuler ses vêtements, à s'asseoir ou à procéder à ses soins d'hygiène.
- En fin de journée, elles peuvent être causées par la fatigue. Une sieste dans l'après-midi peut se révéler utile.
- En concomitance avec certains problèmes physiques (fièvre, toux, hypertension), elles demandent une investigation médicale (Rader, 1995, p. 158).
- Par dérochement subit des jambes et perte soudaine de leur tonus, sans atteinte sensorielle, les chutes sont dues à un syndrome d'insuffisance vertébro-basilaire (*Drop-attack*) et exigent un examen médical.

Si elle peut se relever, on peut la tenir par en arrière, sous les bras pour l'aider à se soulever et la conduire à son fauteuil ou à son lit. Même si aucun traitement particulier ne s'impose, après une chute, il faut surveiller les paramètres vitaux ainsi que les signes neurologiques pendant six heures et, ensuite, dûment remplir le formulaire d'incidents/accidents. Il faut aussi indiquer les détails de la chute de même que les mesures qui ont été prises au regard de cet accident.²⁷

16- Facteurs de risque	État	Points alloués	Score du malade
Histoire de chute	Oui	25	
	Non	0	
Pathologie(s) secondaire(s)	Oui, 2 ou + (mentionner)	15	
	Non	0	
Aide (mentionner)	Fournitures adaptées	30	
	Béquille/canne/déambulateur, lève-personne.	15	
	Aucun/alité/ fauteuil roulant/infirmière	0	
Marche,	incapacité	10	
	faible	0	
Transferts	Normal/ alité	20	
État mental	Oubli des consignes	15	
	Bien orienté	0	

Échelle de Morse :
<http://www.sizewise.net/getattachment/2d5c6915-509c-4d99-a653-bef8bcc56fdc/SW-Fall-Risk-Toolkit.aspx>

Risque élevé
= 45 et +
Modéré
= 25 à 44
Faible = 0-24

Analyse de ce qui a causé la chute

Une chute doit être considérée comme un événement grave. Lorsqu'elle se présente, il faut évaluer la situation et en chercher la ou les causes afin de les éviter à l'avenir. Ce type d'étude peut nous apprendre des éléments fort intéressants, susceptibles de nous aider dans notre rôle de protection du malade. On observe qu'à certains moments de la journée, certaines activités sont plus propices aux chutes et les remarquer nous fournit des indications précieuses sur

17- Les programmes de prévention les plus efficaces

Intègrent les éléments suivants :

- la rééducation de la force musculaire des muscles porteurs ;
- la rééducation de l'équilibre et de la marche ;
- l'apprentissage de l'usage approprié des moyens d'assistance : cannes, déambulateurs, béquilles, etc. ;
- l'enseignement du lever et des transferts sécuritaires ;
- l'aménagement de l'environnement : lit surbaissé, ridelles, coussins par terre, etc ;
- correction des troubles visuels ;
- ajustement des ordonnances médicamenteuses.

http://www.infirmiers.com/inf/protocole/geriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf

leurs causes. Le tableau 15 en explicite un certain nombre.²⁸

²⁷. Margot Phaneuf (2007) *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer*. Montréal, Chenelière-Éducation, p.

Les consignes infirmières et les chutes

Depuis l'arrivée du Plan thérapeutique infirmier, l'infirmière doit transmettre ses consignes de prévention des chutes pour certains malades à ses collègues soignantes de l'équipe. Elle porte la responsabilité du constat d'évaluation du risque de chute, de son intensité et de ses causes présumées, mais si des interventions particulières de surveillance ou d'aide à la marche s'imposent, elle doit les communiquer dans ses consignes à l'infirmière auxiliaire et à la préposée aux bénéficiaires. Il est aussi de son ressort de bien documenter la situation. Le tableau 16 présente l'échelle de Morse, un exemple permettant de quantifier le risque. Le tableau 17, décrit les programmes de prévention les plus performants.²⁹

Les exercices de renforcement musculaire et de l'équilibre

Dans une optique, soit de prévention primaire, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas encore de signes de risque de chutes, soit dans une perspective de prévention tertiaire, c'est-à-dire, lorsque la personne a déjà fait l'expérience de ces accidents indésirables, l'infirmière, en raison de son rôle d'éducatrice, à la santé et à la prévention, doit proposer aux malades des exercices visant le renforcement des muscles des membres inférieurs, des fesses et de sa capacité d'équilibre afin de rendre la marche et le lever plus sécuritaires. Il ne faut pas non plus oublier le renforcement des muscles des membres antérieurs afin de faciliter par exemple, la préhension des appareils de marche ou de la main-courante dans un corridor, pour se tenir et pour augmenter sa capacité de se pousser avec les bras pour se lever. Des exercices pour l'amplification de la capacité respiratoire s'avèrent aussi importants, car la dyspnée nuit souvent aux efforts des personnes âgées. Il faut aussi préciser que, chez ces personnes, la circulation cérébrale est souvent ralentie, ce qui nuit à leur équilibre. D'ailleurs, plusieurs personnes qui ont fait une chute disent qu'elles ont perdu l'équilibre. Des exercices de rotation et de flexion du cou augmentent sa souplesse, certains mouvements renforcent les articulations et les muscles fessiers et divers positionnements des pieds accentuent l'effet sur l'équilibre.³⁰ Voir les exercices placés en annexe.



²⁸. *Le traitement de l'incontinence* : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch4_f.htm

²⁹. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations* p. 8 :

http://www.infirmiers.com/inf/protocole/geriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf

³⁰. Société Scientifique de Médecine Générale. *Recommandations de bonne pratique. Prévention des chutes chez les personnes âgées*. p. 51 -53 : <http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/chutes.pdf>
<http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/chutes.pdf>

Enseigner à la personne comment se relever

Pour de nombreuses questions relatives aux accidents, l'enseignement au client est un élément précieux des soins infirmiers et il en est de même des moyens de se relever à la suite d'une chute.³¹

En dépit des mesures de prévention mises en place, le malade peut quand même tomber et lorsque sa condition physique est assez bonne, il peut parfois se relever seul ou au moins atteindre un moyen d'alerter le personnel afin qu'on vienne à son secours. Il est donc important d'enseigner à la personne à risque de chute et qui est suffisamment forte, une méthode pour se relever de manière aussi sécuritaire que possible.

Il faut cependant lui spécifier que si elle est tombée sur la tête, si elle ressent un vertige ou de fortes douleurs au dos ou aux membres, il est plus prudent de ne pas tenter de se relever seule. Il est alors plus utile de crier afin que quelqu'un puisse venir l'aider ou aller avertir le personnel.

Que la personne puisse se relever ou non ne change rien à la nécessité de la routine de vérification et de surveillance post-chute dont nous avons déjà parlé : paramètres vitaux, signes neurologiques, vérification des lésions éventuelles et planification des actions appropriées. Le formulaire d'incidents/accidents demeure aussi à remplir avec les détails de l'événement.³²

Une prévention appropriée à l'âge et à la condition de la personne

La prévention est un facteur majeur face au phénomène des chutes en milieu hospitalier et voici les mesures à appliquer selon l'état de vieillissement de la personne. Une synthèse est présentée au tableau 18 à la page suivante.³³

³¹. Magot Phaneuf, 2008. *Enseigner pour soigner*. Infiressources, Carrefour clinique, section enseignement au client. http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Enseigner_pour_soigner.pdf

³². *Ce que vous devez faire si vous tombez* : <http://www.culture.gov.on.ca/seniors/french/programs/seminars/falls/docs/FallTips.pdf>

³³. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire*. p. 38 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf.pdf

Tableau 18 : Vue d'ensemble des mesures de prévention des chutes

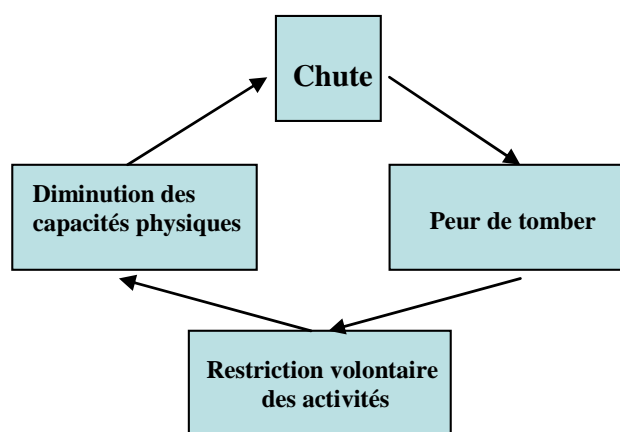
Tableau. Principales stratégies proposées pour la prévention des chutes et des fractures selon le vieillissement

Étapes du vieillissement	Évaluation	Stratégies spécifiques	Stratégies communes à toutes les étapes
Personnes âgées en bon état de santé vivant à domicile	Évaluation de la chute éventuelle et/ou des facteurs de risque de chute (cf. repérage)	- Encouragement à poursuivre l'activité physique - Mise en place selon les besoins de programmes de rééducation adaptés	- Correction des déficits neuro-sensoriels - Attention particulière au pied de la personne âgée (chaussage et soins) - Conseils nutritionnels
Personnes âgées fragiles à domicile ou en institution	Idem + évaluation gériatrique standardisée (MMS, ADL, IADL, statut nutritionnel, troubles de l'équilibre et de la marche) + évaluation de l'habitat	- Programmes d'intervention en fonction des résultats, notamment apprentissage du relever - Aménagement de l'habitat (dont la mise en place des systèmes de télé-alarme)	(préventifs), correction des déficits nutritionnels le cas échéant (notamment chez les personnes âgées dépendantes) - Mesures préventives et/ou curatives de l'ostéoporose, dont la supplémentation en vitamine D, surtout chez les personnes confinées à domicile ou en institution
Personnes âgées dépendantes vivant en institution	Idem + évaluation des polyopathologies	- Prise en charge des polyopathologies, en particulier des démences de type Alzheimer - Remise en question des contentions éventuelles	- Recherche et correction d'éventuels facteurs de risque iatrogènes, allègements thérapeutiques chaque fois que possible

MMS: *Mini Mental Statement*; ADL: *Activities of Daily Living*; IADL: *Instrumental Activities of Daily Living*

Tableau 19

Toutes ces mesures de prévention sont importantes et devraient faire partie d'un programme bien planifié. Elles demeurent nécessaires même si certaines personnes font quand même des chutes, car cela ne veut pas dire que tout est perdu. Elles peuvent éviter des accidents subséquents et de nombreuses complications. Et, dans certains cas, elles peuvent vaincre le **syndrome post-chute** qui entraîne souvent la restriction des activités et la désinsertion sociale.³⁴



Syndrome post-chute

³⁴. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire.* p. 23 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf.pdf

Conclusion

Les chutes ne sont pas les fruits du hasard et comme nous l'avons vu, une foule de facteurs les préparent en amont. En visant ces causes potentielles, l'infirmière peut avoir une action préventive spectaculaire, mais à la condition qu'elle soit bien au fait des sources qui sont facteurs de risques pour toute personne fortement médicalisée, souffrante, confuse, ou instable sur ses jambes. Les soignantes de l'équipe, par leur action concertée, leur esprit d'observation et leur fidélité à fréquemment évaluer les capacités fonctionnelles de leurs malades, sont des agents de prévention irremplaçables. Il vaut toujours mieux prévenir les maux que de chercher à les guérir!

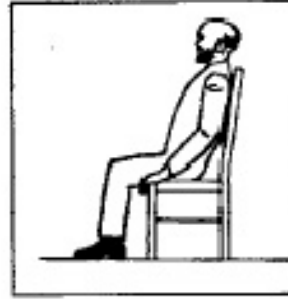
Annexe

Voici quelques exercices utiles.^{35 36}

Renforcement musculaire

EXERCICE 2.1 En position assise :

- le tronc légèrement incliné vers l'arrière, appuyé sur la chaise
- les pieds bien à plat sur le sol
- redresser le tronc, droit, vers l'avant
- retourner en appui sur le dossier



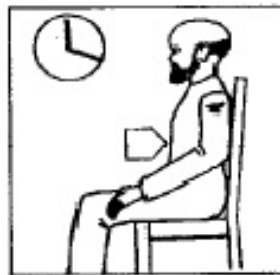
EXERCICE 2.2 En position assise :

- inspirer lentement en gonflant le ventre
- expirer lentement, en se forçant à rentrer le ventre
- essayer de tenir l'expiration de plus en plus longtemps (5 à 15 secondes)

À répéter 10 fois

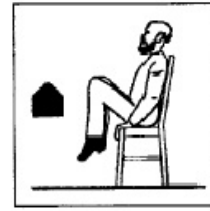
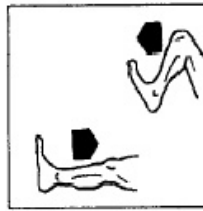
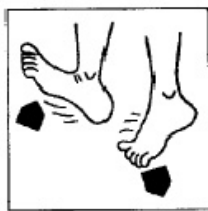
³⁵. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique. *Prévention des chutes chez les personnes âgées*. <http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/chutes.pdf>

³⁶. Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique. *Prévention des chutes chez les personnes âgées* : <http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/chutes.pdf>



EXERCICE 2.3 « Désankylosage » le matin, au lever (ou après une station assise prolongée) :

- Flexion-extension des chevilles 20 fois, lentement, dans toute l'amplitude articulaire.
- Circumduction des chevilles 20 fois, lentement, dans toute l'amplitude articulaire, vers la droite, puis vers la gauche.
- Flexion-extension des genoux 20 fois, lentement, dans toute l'amplitude articulaire
- En position assise, flexion-extension des hanches 45°, 20 fois, lentement, dans toute l'amplitude articulaire.

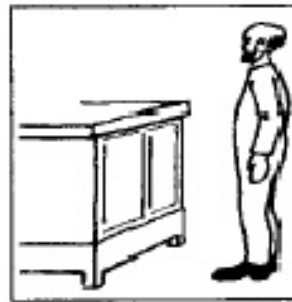
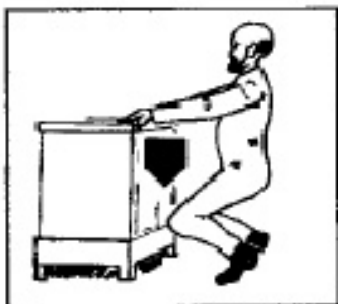
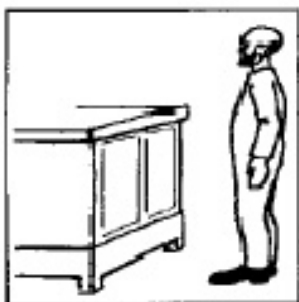


EXERCICE 2.4 Renforcement des muscles du pied :

- debout sur la pointe des pieds (de 10 à 30 fois)
- élévation sur les talons (de 10 à 30 fois)
- combiner les 2 (de 10 à 30 fois)

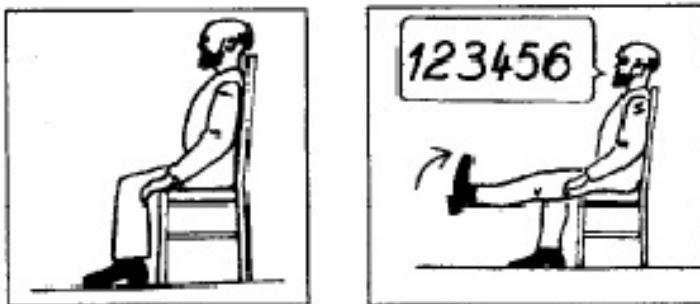
EXERCICE 2.5 Renforcement du muscle de la cuisse :

- debout devant un meuble ou une table
- plier les genoux à 45°
- puis étendre



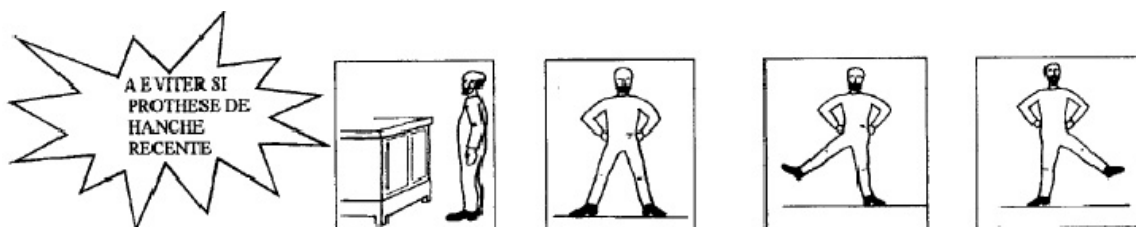
Si trop douloureux :

- en position assise, hanches et genoux pliés à 90°
- étendre une jambe en comptant lentement jusqu'à 6, puis relâcher
- bien étirer les orteils vers soi



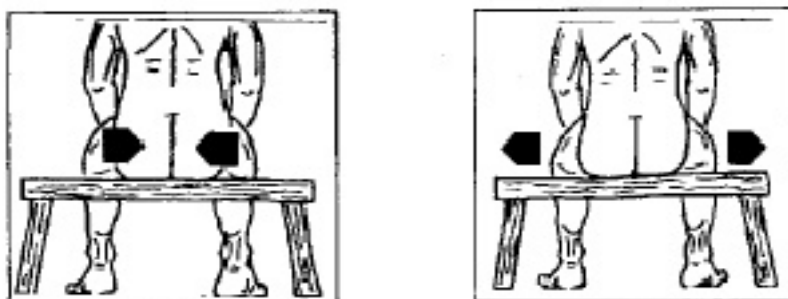
EXERCICE 2.6 Renforcement des muscles fessiers :

- debout devant un meuble ou une table
- jambes écartées et tendues, écarter la jambe vers le côté à 45°, puis revenir
- jambe droite, puis gauche



EXERCICE 2.7 Renforcement des muscles fessiers :

- en position assise ou couchée
- serrer les fesses, en comptant lentement jusqu'à 5, puis relâcher.



Travail de l'équilibre avec mouvements de la tête et des yeux :



Exercices en position debout (en gardant le tronc bien droit)

- faire des mouvements de la tête de la gauche vers la droite
- faire des mouvements de la tête du bas vers le haut

EXERCICE 3.3 Avec les pieds bien joints :



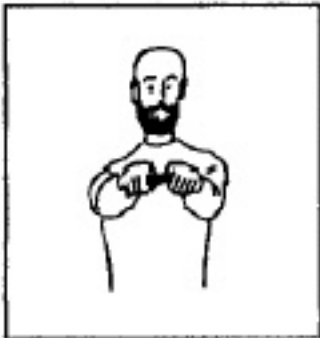
Avec les yeux fermés (sauf si trouble d'équilibre)



Exercices en position assise puis en position debout :

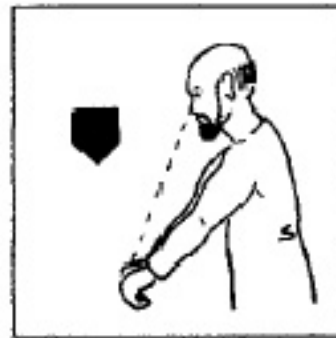
EXERCICE 3.4 Tenir un stylo ou une cuillère, les bras tendus, à deux mains

- fixer l'objet du regard
- faire des mouvements de rotation du tronc vers la gauche, puis vers la droite, en fixant toujours l'objet



EXERCICE 3.5 Tenir un stylo ou une cuillère, les bras tendus, à deux mains

- fixer l'objet du regard
- faire des mouvements des bras vers le pas puis vers le haut (sans bouger le tronc)



Bibliographie/webographie

- Assemblée nationale. Projet de loi no 113 (2002, chapitre 71) *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux* :
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C71F.PDF>
- *Ce que vous devez faire si vous tombez* :
<http://www.culture.gov.on.ca/seniors/french/programs/seminars/falls/docs/FallTips.pdf>
- Comité d'examen sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales (2005). *D'abord, ne pas nuire. Les infections nosocomiales au Québec, un problème majeur de santé, une priorité*. Rapport du comité :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-209-01web.pdf>
- De Marcellis-Warin, Nathalie, chercheure au CIRANO (Montréal) *La gestion des risques dans les établissements de soins au Québec : une réglementation à la hauteur des enjeux* : <http://imdr.eu/v2/extranet/iec-lettre40-noso.htm>
- Dionne, Michelle (2002). *La qualité lieu de convergence*. La sécurité du patient une question de qualité :
<http://www.fep.umontreal.ca/handicap/documentation/dionne112003AHQ.ppt#270,20>
- Hôpital d'Ottawa. Sous-groupe du programme de prévention des chutes :
<http://www.hopitalottawa.on.ca/hp/dept/nursing/qi/groups-f.asp>
- John Dempsey Hospital, University of Connecticut Health Center. *Clinical Protocol Nursing Practice Manual* : http://nursing.uchc.edu/nursing_standards/docs/Falls-%20Risk%20Identification,%20Prevention%20Management,%20and%20Treatment.pdf
- Lockhart, Sally. *Activités de prévention des chutes chez les personnes âgées et les anciens combattants : analyse du contexte* : http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/les-regions/atlantique/pdf/Environ_scan_mars_2001.pdf
- Phaneuf, Margot (2007). *Le vieillissement perturbé. La maladie d'Alzheimer*. Montréal, Chenelière-Éducation.
- Phaneuf, Margot (2008). *Enseigner pour soigner*. Infiressources, Carrefour clinique, section enseignement au client.
http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Enseigner_pour_soigner.pdf
- *Pouvoir vivre à domicile* : <http://www.pvad.net/index.html>
- Rapport Francoeur (2001). *La gestion des risques une priorité pour le réseau*. Rapport du comité ministériel :
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-915.pdf>

- Rhéaume, François (2001). *Les systèmes de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux du Québec* : http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Francois_et_Rheaume_2001.pdf p1.
- Robitaille, Yvonne et Jean Gratton. Institut national de santé publique du Québec (2006). *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation* : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/414-ChutesAdultesAgesHospitalisation.pdf>
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale. *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Argumentaire* : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/prevention_des_chutes_-_argumentaire.pdf
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale. (2005). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Recommandations* : http://www.infirmiers.com/inf/protocole/geriatrie/Prevention_chutes_recos.pdf
- Société Scientifique de Médecine Générale. Recommandations de bonne pratique. *Prévention des chutes chez les personnes âgées* : <http://www.ssmg.be/docs/rbp/textes/chutes.pdf>
- *Understanding Fall Risk, Prevention, & Protection* : <http://www.size-wise.net/getattachment/2d5c6915-509c-4d99-a653-bef8bcc56fdc/SW-Fall-Risk-Toolkit.aspx>
- *Le traitement de l'incontinence* : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/info_exchange/incontinence/exch4_f.htm
- Vieillir de façon autonome et active. *Faits concernant les chutes* : <http://www.falls-chutes.com/guide/francais/chutes/chutes1.html>