

RÈGLE DE SOINS INFIRMIERS

PRÉVENTION, ÉVALUATION DES CHUTES ET DES BLESSURES

Direction responsable Direction des soins infirmiers

Date d'entrée en vigueur 2024-06-03

Date de révision 2025-09-26

Période de validité (48 mois)

Table des matières

1. Activités cliniques.....	2
2. Définitions.....	2
3. Mise en contexte.....	4
4. Intervenant(e)s concerné(e)s ou non autorisé(e)s, clientèles, secteurs, programmes-services visés.....	5
5. Conditions générales et spécifiques.....	5
6. Directives.....	7
7. Documents complémentaires.....	23
8. Références.....	23
9. Processus d'élaboration.....	26
10. Processus d'adoption.....	27
11. Dispositions finales.....	27
ANNEXE A - HISTORIQUE DES VERSIONS.....	29
ANNEXE B - REPÉRAGE ADAPTÉ - CLIENTÈLE ADULTE ET GÉRIATRIQUE.....	30
ANNEXE C - ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DE CHUTE EN PÉDIATRIE - HUMPTY DUMPTY.....	32
ANNEXE D - RISQUE DE CHUTE EN SANTÉ MENTALE – WILSON SIMS.....	34
ANNEXE E - ALGORITHMES RISQUE DE CHUTE EN PÉDIATRIE ET EN MATERNITÉ.....	36
ANNEXE F - MATRICE DE HADDON.....	38
ANNEXE G - EXEMPLES D'INTERVENTIONS PRÉVENTIVES.....	39
ANNEXE H - INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DES CHUTES.....	46
ANNEXE I - FORMULAIRE D'ÉVALUATION INITIALE POSTCHUTE - CLIENTÈLE ADULTE ET GÉRIATRIQUE FORMULAIRE POSTCHUTE - CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE.....	47
ANNEXE J - ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION ET DE SURVEILLANCE EN POSTCHUTE SBAR / ISAER ADAPTÉ LORS D'UNE CHUTE.....	51
ANNEXE K - MOBILISATION DES USAGER(-ÈRE)S - RELEVER - CLIENTÈLE ADULTE ET PÉDIATRIQUE.....	54
ANNEXE L - ALGORITHME D'AIDE À LA DÉCISION ET FORMULAIRE DE SURVEILLANCE POUR LES AIDES-SOIGNANT(E)S.....	58
ANNEXE M - FORMULAIRE DE SURVEILLANCE POSTCHUTE - CLIENTÈLE ADULTE ET GÉRIATRIQUE FORMULAIRE DE SURVEILLANCE POSTCHUTE - CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE.....	62
ANNEXE N - DÉTERMINER LA SURVEILLANCE CLINIQUE REQUISE POUR UN(E) USAGER(-ÈRE) AYANT CHUTÉ - CLIENTÈLE ADULTE ET PÉDIATRIQUE.....	66
ANNEXE O - AIDE À LA DÉCISION : SURVEILLANCE CLINIQUE POSTCHUTE - CLIENTÈLE ADULTE ET GÉRIATRIQUE EN COMMUNAUTÉ.....	68

1. Activités cliniques

1.1 Cadre réglementaire et balises déontologiques

- Code des professions (chapitre C-26, art. 37(p) et 37.1 5).
- Agrément Canada.

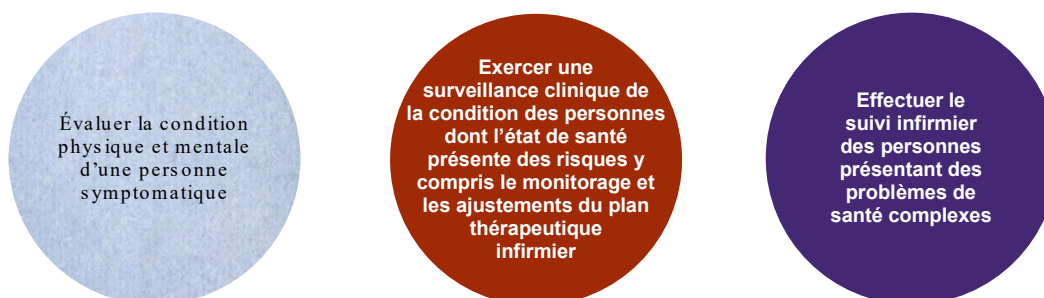
Infirmier(-ière)

- *Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, chapitre I-8)*, art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 1, 17, 18, 25, 42, 44 et 45.1.

Infirmier(-ière) auxiliaire

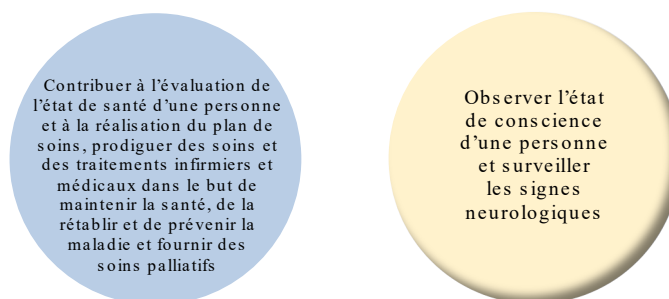
- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, C-26, r. 153.1 – art. 3, 6, 13, 15, 17 et 25.

1.2 Les activités réservées à l'infirmier(-ière) et au CEPI présentées dans la présente règle de soins



Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers.

1.3 Les activités réservées à l'infirmier(-ière) auxiliaire et au CEPIA présentées dans cette règle de soins



Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers.

2. Définitions

- **Aide-soignant(e)** : Toute personne qui n'est pas un(e) professionnel(le) habilité(e) à exercer des activités de soins invasifs et à administrer des médicaments dans le cadre des activités réservées à sa profession. Ce terme n'est pas associé à un titre d'emploi et s'applique à toutes les personnes qui respectent les conditions de formation et d'exercice et qui exercent dans un lieu autorisé (MSSS, 2022).

- **Clientèle admise** : Toute clientèle qui est admise dans un établissement lorsque son état nécessite une hospitalisation ou un hébergement et qu'elle occupe un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement (MSSS, 2023).
- **Clientèle inscrite** : Toute clientèle qui reçoit des services qui ne nécessitent pas son hospitalisation ou son hébergement ou qui n'occupe pas un lit compris dans le nombre figurant au permis de l'établissement ou compris dans une unité de débordement ou de surcapacité (ex. : chirurgie d'un jour, médecine de jour, cliniques externes, clientèle ambulatoire, salle d'attente, RAC, RI-RTF, etc.). (MSSS, 2023).
- **Chute** : « Événement à l'issue duquel une personne se retrouve par inadvertance sur le sol ou sur toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. » (OMS, 2021).
- **Chutes à caractère répétitif** : On considère la chute à caractère répétitif chez l'utilisateur(-ère) ayant une chute et plus par semaine (MSSS, 2020).
- **Dépistage** : « Activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée » (Office des professions du Québec, 2021). On évoque le terme de dépistage lorsqu'on utilise des outils validés scientifiquement pour identifier de façon précoce une maladie ou un trouble chez des personnes qui ne présentent pas encore de symptômes évidents.
- **Détection/repérage** : « Activité qui consiste à relever des indices de trouble non encore identifié ou de facteurs de risques [...]. La détection ne repose pas sur un processus systématisé, mais s'appuie sur la sensibilité des intervenant(e)s aux indices. » (Office des professions du Québec, 2021). La détection est une activité non réservée. Elle peut donc être réalisée par l'ensemble des professionnel(le)s et des intervenant(e)s du secteur de la santé dans les limites de leurs compétences respectives. Le repérage ne repose pas sur un outil validé scientifiquement.
- **Interventions préventives individualisées ou les interventions multifactorielles individualisées** : Interventions utilisées dans le milieu des soins de santé et des services sociaux à la suite de l'identification de facteurs de risque ou de problèmes contribuant au risque de chute. C'est pourquoi les interventions ciblées sont habituellement préventives. L'objectif de celles-ci est d'améliorer, ou à tout le moins, de maintenir l'autonomie en contrant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou qu'ils ne deviennent chroniques. Ces interventions visent le renforcement des capacités, forces et ressources de l'utilisateur(-ère) permettant de prévenir les chutes et les blessures associées et de retarder les dégradations de la santé (MSSS, 2019).
- **Milieu d'hébergement dans la communauté** : Un milieu d'hébergement fait généralement référence à un milieu de vie substitut, situé à l'extérieur des établissements traditionnels comme les CHSLD, et qui permet à des personnes en perte d'autonomie ou ayant des besoins particuliers de vivre dans un environnement plus intégré à la communauté, comme par exemple, les RI-RTF, RAC et les RPA.
- **Précautions universelles** : Interventions de prévention des chutes utilisées dans le milieu des soins de santé et des services sociaux pour tous les usager(-ère)s, qu'ils ou elles soient ou non considéré(e)s à risque de chute. Elles correspondent aux moyens mis en place pour tous les usager(-ère)s desservi(e)s dans la même catégorie de clientèle. (Agrément Canada, 2021).
- **Quasi chute** : Usager(-ère) sur le point de tomber en présence du personnel ou accompagné(e) par le personnel jusqu'au sol ou toute autre surface, telle que : fauteuil, lit, etc. (AH-223-1, 2021-02).
- **Résidence à assistance continue (RAC)** : Résidence accueillant diverses clientèles, soit les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA), les personnes ayant une déficience physique (DP) ou les personnes aux prises avec un trouble mental. (MSSS, 2017). Ces clientèles sont considérées comme inscrites au sein de l'établissement.

- **Ressource intermédiaire et de type familial (RI-RTF)** : Elles agissent dans un esprit de partenariat avec les établissements publics qui assurent le suivi professionnel des usager(ère)s qui leur sont confié(e)s. Elles sont complémentaires à la mission de ces établissements et offrent des services de santé et des services sociaux de qualité aux usager(-ère)s qui les requièrent. (MSSS, 2018). La clientèle appartenant à ces ressources est considérée comme inscrite au sein de l'établissement.
- **Résidence pour personnes âgées (RPA)** : Une résidence pour personnes âgées (souvent appelée résidence privée pour aînés ou RPA) est un milieu de vie collectif destiné aux personnes âgées autonomes ou en légère perte d'autonomie. Elle offre des logements individuels sous bail (chambres ou appartements) et peut offrir différents services adaptés aux besoins des résident(e)s. Ces résidences ont une entente de collaboration avec l'établissement.
- **Risque de chute** : Le risque de chute est considéré comme une probabilité pour l'usager(-ère) de chuter. Cette probabilité s'appuie sur une évaluation objective des facteurs de risque les plus souvent impliqués dans une chute. (CSSS-IUGS, 2011).
- **Risque imminent** : « Un risque imminent est un évènement pouvant provoquer des préjudices à l'usager(-ère) ou à autrui dans l'immédiat. Un risque imminent est à distinguer d'un risque probable. Par exemple, la seule présence d'agitation, de confusion (délirium), d'errance, de problème d'équilibre (risque de chute) et même d'agressivité ne constitue pas nécessairement un danger imminent. » (CIUSSSE-CHUS, 2019).

3. Mise en contexte

Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, pour l'année 2024-2025, les chutes se situent toujours au premier rang des évènements les plus fréquemment déclarés. En effet, selon le système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), elles représentent à elles seules 38 % des évènements indésirables.

Puisqu'une chute peut entraîner des conséquences non négligeables, comme la perte d'autonomie ou même le décès de l'usager(-ère), l'équipe de soins détient une responsabilité quant à la prévention et le suivi postchute. L'évaluation par un(e) professionnel(le) habilité(e) est essentielle pour assurer le suivi approprié, prévenir, détecter précocement et adresser les complications secondaires à la chute. La présente règle de soins est complémentaire au programme en prévention des chutes.

Cette règle de soins infirmiers vise donc à :

- Clarifier les rôles et les responsabilités des membres de l'équipe de soin composée de l'infirmier(-ière), de l'infirmier(-ière) auxiliaire et du ou de la PAB/ASSS¹, dans la prévention et l'évaluation des chutes et des blessures en fonction :
 - Des champs de pratique et des cadres légaux s'appliquant à chacun des titres d'emploi;
 - Des conditions applicables aux différents milieux de soins et services;
 - De l'organisation du travail, des intervenant(e)s présent(e)s et des corridors de services;
 - Du profil clientèle et des spécificités qui lui sont associées.
- Encadrer les actions clés en lien avec trois des activités critiques de soins de l'infirmier(-ière), soit l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier. Lesquelles sont :
 - Identifier les besoins prioritaires individuels de l'usager(-ère) en lien avec la prévention des chutes;
 - Décider et ajuster la surveillance clinique requise et les interventions en fonction des risques, des conséquences et des résultats attendus et obtenus;
 - Offrir une prise en charge appropriée et en temps voulu, ainsi que des interventions adaptées aux besoins de l'usager(-ère) en lien avec son risque de chute ou son épisode de chute.

¹ PAB : Préposé(e) aux bénéficiaires, ASSS : Auxiliaire aux services de santé et sociaux.

« Pour et avec l'utilisateur »

- « Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, nous agissons pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population, tant dans la prestation que dans l'organisation des soins et des services, pour répondre aux besoins individuels et collectifs de santé et de bien-être. » (CIUSSS-CHUS, 2017).
- L'utilisateur(-ère) et ses proches sont intégrés dans toutes les étapes du processus, soit lors de l'évaluation du risque, de l'élaboration du plan et finalement, lors de l'évaluation des résultats. Ils ou elles sont invité(e)s aux rencontres interdisciplinaires afin d'établir ensemble le plan de soins. La participation de membres de la famille à ces rencontres représente une occasion de les impliquer dans les décisions et les interventions entourant la prévention des chutes de leur proche.

4. Intervenant(e)s concerné(e)s ou non autorisé(e)s, clientèles, secteurs, programmes-services visés

4.1 Intervenant(e)s concerné(e)s

- Infirmier et infirmière.
- Infirmier et infirmière auxiliaire.
- Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière (CEPI).
- Externe en soins infirmiers.
- Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière auxiliaire (CEPIA).
- Préposé(e) aux bénéficiaires (PAB).
- Auxiliaire en santé et services sociaux (ASSS).

4.2 Clientèles, secteurs, programmes ou services visés

4.2.1 Clientèle visée

L'ensemble de la clientèle (pédiatrique, adulte et gériatrique) du CIUSSS de l'Estrie - CHUS ayant un statut admis, inscrit, bénéficiant d'une entente de services ou de collaboration avec l'établissement. Toutefois, toute personne, qu'il s'agisse de visiteur(-euse), employé(e), bénévole, etc., qui chute sur le terrain de l'établissement doit recevoir l'aide nécessaire et immédiate à sa condition postchute.

4.2.2 Secteurs programmes ou services visés

Ensemble des directions cliniques et services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, incluant celles avec lesquelles la DSI a des ententes contractuelles.

5. Conditions générales et spécifiques

5.1 Conditions générales

5.1.1 Développement des compétences

Dès leur embauche au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, les professionnel(le)s en soins infirmiers exerçant des activités liées à la prévention ainsi qu'à l'évaluation des chutes et des blessures doivent :

- Connaître et s'approprier les documents d'encadrement de la pratique clinique de l'établissement;
- S'assurer d'acquérir les connaissances et les compétences requises en lien avec les caractéristiques de la clientèle et le milieu dans lequel ils ou elles exercent;

- S'assurer de maintenir à jour les connaissances nécessaires à la prévention ainsi qu'à l'évaluation des chutes et des blessures présentées dans cette RSI;
- S'assurer d'acquérir les connaissances nécessaires à la mobilisation sécuritaire de la personne ayant chuté (Principes pour le déplacement sécuritaire de personnes (PDSP)).

5.1.2 Pratiques professionnelles en soins infirmiers

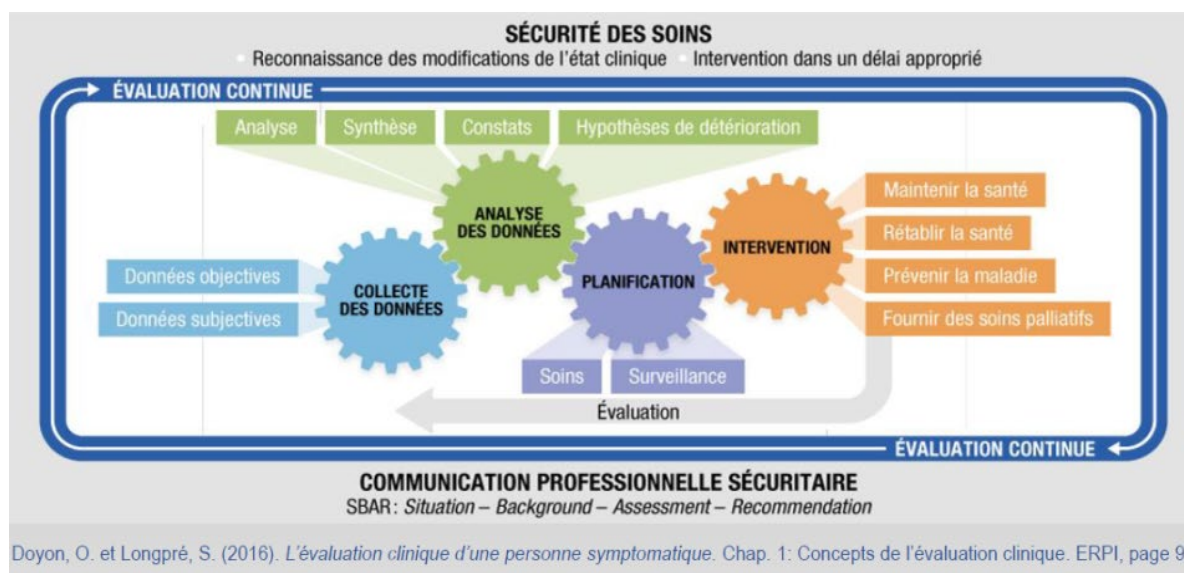
La prévention des chutes s'inscrit dans un continuum de soins et de services et doit prendre en considération les niveaux de risque associés au profil d'autonomie de l'utilisateur(-ère) et aux caractéristiques du milieu dans lequel il ou elle évolue. C'est pourquoi les activités de prévention, de dépistage, d'évaluation, de surveillance et de suivi sont modulées et adaptées en fonction du milieu de soin dans lequel l'utilisateur(-ère) se trouve, comme par exemple, l'organisation du travail et les intervenants sur place.

La personne infirmière ou CEPI applique une démarche systématique de soins infirmiers en tenant compte notamment :

- Des facteurs contribuant et aggravant le risque de chute de l'utilisateur(-ère);
- De l'historique des chutes de l'utilisateur(-ère);
- De sa condition physique et mentale actuelle;
- De l'environnement de soin, des ressources humaines, matérielles et logistiques disponibles;
- Des attentes, préférences et besoins prioritaires de l'utilisateur(-ère) et de ses proches.

La figure ci-dessous présente les cinq étapes essentielles de la démarche systématique des soins infirmiers qui constitue en elle-même le fondement du jugement clinique infirmier basé sur la pratique réflexive. Doyon et Longpré, 2016 : la collecte des données, l'analyse de ces données, la planification, la réalisation des interventions ainsi que de leur réévaluation.

Figure 1 - Démarche systématique de soins infirmiers



Reproduit avec la permission des Éditions ERPI. (Reproduction interdite sans autorisation)

6. Directives

6.1 Section prévention des chutes

6.1.1 Précautions universelles

- L'acronyme SAFE (Sécurité des lieux, Assistance à la mobilité, Facteurs de risque réduit et Enseignement à l'utilisateur(-ère) et à ses proches) décrit les stratégies clés à la base des précautions universelles déterminées par Agrément Canada (2021). Au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, plusieurs secteurs ont intégré ces précautions universelles (SAFE) à l'acronyme PARAchute.
- Dans le dernier livret d'Agrément Canada (2024), l'environnement physique sécuritaire et libre d'obstacles est remis de l'avant comme test de conformité. Un environnement sécuritaire est essentiel pour prévenir les chutes et réduire les blessures qui en découlent.
- Tous les intervenant(e)s en soins infirmiers et d'assistance doivent donc connaître et appliquer les précautions universelles, principalement les actions qui visent un environnement sécuritaire, et ce, pour la clientèle de leur secteur, en collaboration avec l'utilisateur(-ère) et ses proches.

6.1.2 Repérage/dépistage du risque de chute

En cohérence avec Agrément Canada (2024), modifiant ses exigences quant à l'obligation d'utiliser un outil normalisé pour le dépistage du risque de chute, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS a retiré la complétion de l'échelle de Morse comme pratique attendue. En effet, selon les données probantes, aucun outil spécifique d'évaluation du risque de chutes ne peut être recommandé en raison des faibles valeurs prédictives répertoriées dans la littérature (CIUSSSE-CHUS, 2024). Dans la même lignée, le rapport du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (2025) recommande d'effectuer le repérage des usager(-ère)s à risque de chutes en favorisant le jugement clinique plutôt qu'en utilisant des outils de cotation avec stratification du niveau de risque (ex. : grilles de cotation, niveau de risque faible, moyen, élevé).

Ainsi, pour la clientèle adulte, hospitalisée ou non, un repérage est demandé à l'aide du formulaire « Repérage du risque de chute et évaluation des facteurs de risque - Clientèle adulte et gériatrique (FDCU-GR-005-B1002) section 1. En effet, on recommande de considérer les usager(-ère)s de 65 ans et plus en centre hospitalier potentiellement à risque de chutes et de procéder à un repérage (CIUSSSE-CHUS, 2025). Une analyse multifactorielle, adaptée aux facteurs de risques individuels est souhaitée pour les personnes repérées à risques de chute.

La personne âgée (65 ans et plus) en CHSLD ou avec une perte d'autonomie est automatiquement considérée à risque de chute (CIUSSSE-CHUS, 2025) et l'intervenant(e) complète directement la section 2 du formulaire (verso) soit l'évaluation des facteurs de risque (section 6.3).

Pour la clientèle pédiatrique et celle de santé mentale et dépendance, des échelles sont toujours utilisées afin de déterminer le niveau de risque. On retrouve les différents formulaires présentant ces outils en annexe, soit :

- Clientèle adulte et gériatrique : Repérage du risque de chute et évaluation des facteurs de risque clientèle adulte et gériatrique (Annexe B);
- Clientèle pédiatrique (incluant pédopsychiatrie) : Échelle de dépistage Humpty Dumpty (Annexe C);
- Clientèle en santé mentale : Échelle de repérage Wilson Sims (Annexe D).

La complétion des formulaires de repérage/dépistage peut être assurée autant par l'infirmier(-ière) auxiliaire que l'infirmier(-ière). Ces formulaires doivent être complétés pour tous les usager(-ère)s à l'admission, lors d'un transfert interunités, lors d'un changement de la condition physique et mentale ou pour tout changement de la condition pouvant affecter les capacités de la personne (force, équilibre, habiletés cognitives, etc.).

Pour les **clientèles ambulatoires**, telles que la chirurgie d'un jour, l'endoscopie, la médecine de jour et les cliniques externes, le programme du [CIUSSS de l'Estrie-CHUS - Programme de prévention des chutes « PARACHUTE ADAPTÉ » pour les clientèles ambulatoires | Méthodes de soins informatisées \(expertise-sante.com\)](#) (CIUSSS-CHUS, 2021) est en cours de révision. Actuellement, le personnel considère d'emblée la clientèle à risque de chute et applique les précautions universelles.

Pour la **clientèle de l'urgence**, l'infirmier(-ière) détermine si l'utilisateur(-ère) est à risque de chute en considérant les quatre éléments suivants (CIUSSS-CHUS, 2023) :

- Consulte pour une chute;
- A déjà chuté dans la dernière année²;
- Présente un trouble de mobilité, d'équilibre connu ou un trouble neurocognitif majeur (TNCM);
- Reçoit une médication pouvant affecter sa vigilance, provoquer des étourdissements ou un autre état pouvant le ou la placer dans la catégorie à risque de chute.

Une réponse positive à un des quatre éléments signifie que l'utilisateur(-ère) est à risque de chute.

L'infirmier(-ère) procède aux actions du protocole interdisciplinaire [CIUSSS de l'Estrie-CHUS - Protocole interdisciplinaire - Prise en charge interdisciplinaire des usagers consultant l'urgence pour une chute ou étant à risque de chute | Méthodes de soins informatisées \(expertise-sante.com\)](#) (PID-ER-001) (CIUSSS-CHUS, 2023).

Pour la clientèle **en pédiatrie ou en maternité**, se référer aux algorithmes de l'annexe E.

6.1.3 Évaluation des facteurs de risque de chute

Pour les différentes clientèles, l'évaluation des facteurs individuels est complétée en présence d'un repérage/dépistage positif ou selon le jugement clinique de l'intervenant(e). Pour la clientèle hébergée ou en perte d'autonomie, l'infirmier(-ière) ou l'infirmier(-ière)auxiliaire effectue directement l'évaluation des facteurs de risque (section 2 du formulaire) afin de définir les interventions préventives personnalisées en matière de prévention des chutes.

Le verso du formulaire présente les principaux facteurs de risque de chute à évaluer chez la personne âgée ainsi que les facteurs aggravants. L'évaluation des facteurs de risque de chute permet à l'infirmier(-ière) de déterminer le niveau de gravité et d'anticiper la probabilité ou l'imminence du danger pour l'utilisateur(-ère). L'analyse, soit la section 3 du formulaire pour la clientèle adulte et gériatrique, revient par conséquent à l'infirmier(-ière). Le même principe s'applique pour l'outil dédié à la clientèle en santé mentale et celui de la pédiatrie.

L'infirmier(-ière) auxiliaire contribue de façon significative à l'évaluation des facteurs de risque de chute en recueillant un ensemble de données (OIIAQ, 2021). Il ou elle peut notamment recueillir les informations suivantes et les transmettre à l'infirmier(-ière) :

- Les antécédents de chute au cours de la dernière année et leur contexte;
- Les signes de troubles de la démarche, de l'équilibre et/ou de la mobilité;
 - Tests d'évaluation de la marche : « timed up and go », test de la marche sur 6 mètres, test de la marche de type talon-orteil.
- La présence d'effets secondaires liés à un médicament potentiellement inapproprié au profil pharmacologique de la personne;
- Un antécédent pertinent (ex. : dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataractes, hypotension orthostatique, parkinson, trouble de mobilité, changement dans l'état mental);

² Une chute dans les 12 derniers mois est le meilleur prédicteur d'une récurrence de chute. (Montero-Odasso et al, 2022).

- L'utilisation adéquate ou non d'un accessoire de marche, le cas échéant;
- Un besoin non répondu, un comportement à risque, le niveau de compréhension de ce risque par l'utilisateur(-ère);
- Toute autre information qu'il ou elle juge pertinente selon son jugement clinique (ex. : douleur, perte d'autonomie, trouble d'élimination, signes de déshydratation).

La matrice de Haddon est un outil complémentaire permettant d'optimiser l'évaluation des facteurs de risque en regard des chutes (MSSS, 2019) (Annexe F).

Tel que mentionné, l'évaluation des facteurs de risque se fait suite à un repérage positif à l'admission ou lors d'un changement dans la condition clinique de l'utilisateur(-ère). Cette analyse multifactorielle des facteurs de risques individuels n'est pas nécessairement une évaluation exhaustive pour tous les usager(-ère)s. Il revient aux professionnel(le)s, selon leur jugement clinique, d'ajuster le niveau d'analyse et d'évaluation de façon pertinente, au cas par cas.

Pour les milieux d'hébergement, une réévaluation des facteurs de risque peut se faire annuellement en l'absence de changement dans la condition de l'utilisateur(-ère) dans la dernière année.

6.1.3.1 Évaluation des facteurs de risques des usager(-ère)s dans leur milieu de vie (domicile, RPA, RI)

- Le programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) vise à améliorer ou à maintenir l'autonomie des aîné(e)s en offrant des services adaptés et une approche professionnelle pour prévenir les chutes à domicile chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les étapes incluent le dépistage des problèmes, l'évaluation des facteurs de risque, la mise en place d'interventions personnalisées et la réévaluation de la situation de la personne.
- Le programme IMP présente 7 facteurs de risques associés aux chutes : les capacités motrices, les médicaments, l'environnement domiciliaire, la dénutrition, l'hypotension orthostatique, les troubles de vision et la consommation d'alcool. Pour chacun de ces facteurs de risque, il propose des outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention.
- Pour les usager(-ère)s vivant dans leur domicile, l'outil *Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés* (IREDA) peut être utilisé par le personnel infirmier afin de dépister des éléments spécifiques au domicile de l'utilisateur(-ère) qui augmentent le risque de chutes. En identifiant ces risques, les professionnel(le)s de la santé peuvent mettre en œuvre des interventions ciblées pour améliorer la sécurité et prévenir les chutes, assurant ainsi un environnement plus sécuritaire.

6.1.4 Plan d'intervention infirmier

Finalement, en cohérence avec son champ d'exercice, l'infirmier(-ière) planifie et met en place les interventions préventives adaptées et les documente dans le plan thérapeutique infirmier (PTI), le plan de travail du/de la PAB et le plan d'intervention interdisciplinaire (PII). La réévaluation de l'efficacité de ces mesures mises en place doit également faire partie des interventions planifiées au PTI. Il ou elle s'assure qu'une communication adéquate est installée avec les intervenant(e)s concerné(e)s, en incluant l'utilisateur(-ère) et ses proches. (Présentation d'exemples d'interventions préventives à l'annexe G).

Dans une culture de soins et services centrée sur l'utilisateur(-ère), le CIUSSS de l'Estrie - CHUS favorise la participation de l'utilisateur(-ère) et de ses proches en les informant, les écoutant et en les consultant afin de les engager dans la prévention des chutes (ex. : valider les connaissances et la compréhension que l'utilisateur(-ère) a de sa condition de santé, vérifier sa perception de sa condition ainsi que ses croyances, ses attentes, etc.).

Pour la clientèle extrahospitalière, des programmes de prévention des chutes chez l'aîné(e) sont offerts comme le programme Pieds et IMP. La référence vers ces programmes peut être incluse au plan d'intervention de l'infirmier(-ière).

6.1.4.1 Clientèle avec des besoins particuliers

Certaines clientèles peuvent parfois présenter des comportements téméraires ou avoir des difficultés à retenir les consignes de sécurité, les rendant ainsi plus à risque de chute, comme par exemple, les clientèles ayant une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble neurocognitif majeur (TNCM), des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ou des troubles liés à l'usage de substances. L'infirmier(-ière) doit tenir compte de ces facteurs en plus de l'objectif de soins et/ou du PII de l'usager(-ère), afin d'adapter sa démarche et le suivi clinique.

L'usager(-ère) ou son/sa représentant(e), à titre de partenaire de l'équipe de soins et services, peut prendre la décision d'assumer un risque lorsque le consentement est libre et éclairé.

Malgré l'acceptation, l'infirmier(-ière) a l'obligation d'informer l'usager(-ère) et sa famille des risques et de mettre en place des mesures alternatives, et ce, dans une approche de réduction des nuisances.

Les interventions préventives retenues et, le cas échéant, un refus de se soumettre à une mesure de prévention des chutes doivent être documentés au dossier de l'usager(-ère).

L'annexe H présente un algorithme résumant la pratique attendue en matière de prévention des chutes.

6.1.5 Rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins en matière de prévention des chutes

Rôles et responsabilités	Inf*. et CEPI	Externe	Inf. aux.* et CEPIA	P.A.B* et AS*	Usager/usagère	Famille et proche aidant(e)
1. Appliquer les précautions universelles du secteur.	X	X	X	X	Contribue	Contribue
2. Accompagner l'usager(-ère) dans ses déplacements au besoin.	X	X	X	X		X
3. Effectuer le dépistage du risque de chute de tout usager(-ère) inscrit(e) ou admis(e) par des questions ou par des tests de la marche (« timed up and go », marche de type talon-orteil et la marche sur 6 mètres).	X	Contribue	X			
4. Participer au repérage/détection d'un risque de chute d'un usager(-ère) en rapportant à l'infirmier(-ière) ou à l'infirmier(-ière) auxiliaire tout changement de sa condition physique et mentale.		X		X	X	X
5. Évaluer les facteurs de risque individuels de chute pour l'usager(-ère) chez qui le risque a été identifié.	X	Contribue	Contribue	Contribue	Contribue	Contribue
6. Déterminer et ajuster les interventions préventives au PTI, PII et au plan de travail du PAB, en collaboration avec l'usager(-ère), les proches et l'équipe multidisciplinaire.	X	Contribue	Contribue	Contribue	Contribue	Contribue
7. Consulter d'autres professionnel(le)s lorsque la situation requiert leur expertise (référencement : physiothérapeute, ergothérapeute, etc.).	X		Contribue			

Rôles et responsabilités	Inf*. et CEPI	Externe	Inf. aux.* et CEPIA	P.A.B* et AS*	Usager/ usagère	Famille et proche aidant(e)
8. Appliquer les directives infirmières inscrites au PTI, plan de soins PAB ou PII, pour qui des interventions préventives ont été déterminées.	X	X	X	X		X
9. Signaler à l'infirmier(-ière) responsable de l'usager(-ère) toute problématique en lien avec le risque de chute de celui-ci/celle-ci.	X	X	X	X	Contribue	X
10. Encourager toutes les activités de mobilisation pour préserver l'autonomie à la marche et aux activités de vie quotidienne.	X	X	X	X		X
11. Contribuer à l'évaluation et à la détermination du plan multidisciplinaire en prévention des chutes (ex. : mesures alternatives, mesures de contrôle).	X	X	X	X	X	X
12. Participer aux discussions en lien avec le plan de soins et les interventions préventives à mettre en place pour la prévention du déclin fonctionnel.	X	X	X	X	X	X

* Inf : Infirmier(-ière), Inf. aux. : infirmier(-ière) auxiliaire, PAB : préposé(e) aux bénéficiaires, AS : aide-soignant(e).

6.2 Section postchute

6.2.1 Évaluation lors d'une chute

6.2.1.1 Professionnelle et professionnel habilité à évaluer

Les seuls professionnelles et professionnels habilités à évaluer un usager ou une usagère en postchute sont les infirmières, infirmiers, CEPI (selon son champ de pratique légale), médecins, ergothérapeutes et physiothérapeutes.

Selon son champ d'exercice, l'infirmier(-ière) auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne ayant chuté. En plus de son rôle dans le dépistage et dans l'évaluation des facteurs de risque, il ou elle peut, par exemple, dans le cadre de l'évaluation initiale, contribuer à la collecte des données : prendre les signes vitaux, observer l'état de conscience et surveiller les signes neurologiques. Toutefois, l'interprétation des données demeure une activité réservée à l'infirmier(-ière). L'infirmier(-ière) auxiliaire, en respectant son champ de pratique, doit agir en collaboration avec l'infirmier(-ière) pour l'évaluation postchute de l'usager(-ère).

6.2.2 Éléments d'évaluation

- Un formulaire d'évaluation initiale a été élaboré pour l'ensemble des clientèles adultes du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (Annexe I). Une adaptation pour la clientèle pédiatrique se trouve également à l'annexe I.
- Dans les secteurs où un(e) infirmier(-ière) est avisé(e) d'une chute à distance (ex. : RPA), ce formulaire (annexe I) peut servir de guide pour orienter la personne sur place dans la collecte des données pertinentes à recueillir auprès de l'usager(-ère). Ainsi infirmier(-ière) pourra procéder à l'évaluation de la condition de l'usager(-ère) à distance. Il est à noter que certains éléments de cette collecte de données ne pourront être recueillis par des non-professionnel(le)s, par exemple : les réflexes pupillaires.
- La complétion du formulaire d'évaluation initiale peut être amorcée par l'infirmier(-ière) auxiliaire et l'infirmier(-ière) complète la collecte à partir des données recueillies auprès de l'infirmier(-ière) auxiliaire, de l'usager(-ère) et des témoins de la chute ou de ses circonstances, s'il y a lieu.

- Il est important de questionner l’usager(-ère) sur l’histoire de la chute. Les éléments suivants peuvent aider à déterminer la gravité de la situation :
 - Prodrome (symptômes précédant la chute);
 - Contexte (médicale ou mécanique);
 - Cinétique (hauteur, vitesse, surface d’impact, etc.);
 - Zones d’impact (ce qui a touché le sol en premier).
- Par contre, si une fracture est soupçonnée, la palpation et la mobilisation passive des membres pour détecter une douleur sont prises en charge par un(e) seul(e) professionnel(le), en l’occurrence l’infirmier(-ière), afin d’éviter des manœuvres supplémentaires.
- L’évaluation et l’analyse des données relèvent de la responsabilité de l’infirmier(-ière). Ces données lui permettront d’établir le niveau de gravité, d’anticiper et de minimiser les complications possibles. De plus, ceci lui permettra d’établir les interventions en collaboration avec l’usager(-ère) et ses proches, le suivi nécessaire au PTI et auprès de l’équipe soignante.
- Le tableau de l’annexe J résume les éléments standards d’évaluation et de surveillance de base de l’usager(-ère) après une chute. Il convient cependant de noter que des éléments pourraient être ajoutés, selon la clinique de l’usager(-ère) et la cinétique de la chute.

6.2.3 Décision de relever l’usager(-ère)

- L’infirmier(-ière) évalue la condition physique et mentale de la personne ayant chuté et, selon les données d’évaluation sommaires recueillies, il ou elle détermine si la personne peut ou non se mobiliser ou être mobilisée et en détermine les modalités, telles que planche, collet cervical, mobilisation en bloc (Annexe K).
- Selon le contexte de soins, l’infirmier(-ière) auxiliaire peut décider de relever ou non une personne ayant chuté (OIIAQ, 2021).
- Dans tous les cas, l’état de la personne nécessite une évaluation par un(e) professionnel(le) habilité(e) à le faire, et ce, dans les meilleurs délais suivant la chute ou la quasi-chute (OIIAQ, 2021).
- Dans les milieux d’hébergement communautaires, les aides-soignant(e)s ne peuvent pas relever l’usager(-ère) après la chute.

6.2.4 Rôles et responsabilités de l’équipe de soins lors de la chute selon les professionnel(le)s présent(e)s

DIRECTIVES 1 INTERVENTIONS REALISEES PAR L’INFIRMIER(-IERE) PRÉSENCE INFIRMIÈRE dans l’installation	DIRECTIVES 2 INTERVENTIONS REALISEES PAR L’INFIRMIER(-IERE) AUXILIAIRE SANS PRÉSENCE INFIRMIÈRE dans l’installation	DIRECTIVES 3 INTERVENTIONS REALISEES PAR L’AIDE- SOIGNANT(E) SANS PRÉSENCE INFIRMIÈRE OU INFIRMIÈRE AUXILIAIRE dans l’installation
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur place à proximité. OU ▪ Peut se déplacer depuis une autre unité/étage pour évaluer et intervenir. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présence d’un(e) infirmier(-ière) auxiliaire qui contribue à l’évaluation initiale (collecte des données). ▪ L’infirmier(-ière) auxiliaire intervient selon les directives de l’infirmier(-ière) à distance et applique le suivi postchute déterminé par celui-ci ou celle-ci. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L’aide-soignant(e) s’appuie sur l’algorithme « Aide à la décision pour les aides-soignants » (annexe L) pour collecter des observations et les transmettre à un(e) infirmier(-ière) disponible à distance. ▪ À la demande de l’infirmier(-ière) disponible à distance, il ou elle intervient selon ses directives et en fonction de ses habiletés et compétences.

DIRECTIVE 1 - INTERVENTIONS EN PRÉSENCE D'UN(E) INFIRMIER(-IÈRE) DANS L'INSTALLATION		
<p>DIRECTIVE GÉNÉRALE AU PERSONNEL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valider la sécurité des lieux. ▪ Éviter de mobiliser l'utilisateur(-ère) : le ou la laisser au sol sans le ou la mobiliser jusqu'à l'arrivée de l'infirmier(-ière) ou autre professionnel(le) habilité(e) à l'évaluation. ▪ Assurer une présence auprès de l'utilisateur(-ère) afin de le ou la rassurer. ▪ Vérifier s'il ou elle s'est cogné(e) la tête, observer sa position corporelle et rechercher les indices pouvant expliquer le contexte de la chute. ▪ Si l'utilisateur(-ère) veut se relever et refuse de rester immobile et qu'il ou elle est capable de le faire sans aide, guider la personne dans ses mouvements naturels. Il est possible de l'accompagner en prenant un appui sur une chaise, étape par étape (Annexe L). ▪ Considérant que dans un contexte de chute, la mobilisation peut révéler des blessures non détectées à l'évaluation initiale, le personnel est invité à apporter l'aide minimale requise à la mobilisation usuelle de l'utilisateur(-ère) tout en restant attentif aux nouvelles manifestations physiologiques. 		
INFIRMIER(-IÈRE)- CEPI	INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE - CEPIA	PAB / ASSS / AIDE-SOIGNANT(E)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procéder à l'examen clinique initial postchute. ▪ Observer l'environnement pour identifier des causes possibles et apporter les correctifs. ▪ Analyser la situation et, selon la criticité, les facteurs de risques et les conséquences immédiates de la chute, orienter vers une évaluation médicale ou aviser l'équipe médicale de la chute en temps requis. ▪ Prodiger les premiers soins requis ou donner les directives à l'infirmier(-ière) auxiliaire ou au PAB/ASSS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer à l'évaluation par la complétion du formulaire d'évaluation. ▪ Prodiger les premiers soins requis (glace, pansement, analgésique, etc.) et toute autre intervention requise, selon les directives de l'infirmier(-ière). ▪ Collaborer au lever de l'utilisateur(-ère) de façon sécuritaire, selon les directives de l'infirmier(-ière). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer au lever de l'utilisateur(-ère) de façon sécuritaire, selon les directives de l'infirmier(-ière). ▪ Rapporter à l'infirmier(-ière) ou l'infirmier(-ière) auxiliaire toute observation ou information pertinente en lien avec la chute de l'utilisateur(-ère).

INFIRMIER(-IÈRE) - CEPI	INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE - CEPIA	PAB / ASSS / AIDE-SOIGNANT(E)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer si l'usager(-ère) peut être relevé(e) ou non, et la façon la plus sécuritaire de procéder, selon sa condition clinique (Annexe K). ▪ Déterminer et appliquer les interventions immédiates à réaliser : médication PRN, ordonnances collectives, transfert en centre hospitalier. ▪ Poursuivre son évaluation par la complétion du formulaire d'évaluation initiale en postchute de la personne (au lit ou au fauteuil). ▪ Prendre les mesures immédiates pour éviter une récurrence. ▪ Déterminer ou ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) en précisant la fréquence et la durée du suivi postchute désirées, selon son évaluation, le type de chute et les facteurs de risque de complication. ▪ Assurer la mise à jour du plan de travail et autres outils utilisés par l'infirmier(-ière) auxiliaire et l'aide-soignant(e) pour assurer la continuité des soins au sein de l'équipe. ▪ Assurer le suivi auprès du représentant(e), le cas échéant, dans les meilleurs délais, selon la gravité de la situation. ▪ Consulter d'autres professionnels lorsque la situation requiert leur expertise (référencement : physiothérapeute, ergothérapeute, etc.) ▪ Documenter au dossier l'évaluation de la chute 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le ou la premier(-ière) employé(e) informé(e) ou témoin de la chute rédige le rapport d'incident-accident (AH-223/SISSS). 		

DIRECTIVES 2 - INTERVENTIONS EN PRÉSENCE D'UN(E) INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE, SANS INFIRMIER(-IÈRE) DANS L'INSTALLATION.

Lorsqu'un(e) infirmier(-ière) est disponible à distance, par exemple l'infirmier(-ière) de garde pour les soins à domicile, il ou elle réalise l'évaluation initiale lors d'une chute en se basant sur les informations fournies par l'infirmier(-ière) auxiliaire, l'aide-soignant(e) et la ou le proche qui est présent avec l'utilisateur(-ère). En fonction de la situation clinique de l'utilisateur(-ère) et de son propre jugement clinique, il ou elle détermine si une évaluation en présentiel est nécessaire et dans quel délai. Avec la participation de la ressource qui se trouve avec l'utilisateur(-ère), il ou elle s'assure de la réalisation des interventions décrites dans la directive 1.

DIRECTIVE GÉNÉRALE AU PERSONNEL

- Valider la sécurité des lieux.
- Éviter de mobiliser l'utilisateur(-ère) : le ou la laisser au sol sans le ou la mobiliser jusqu'à l'arrivée de l'infirmier(-ière) auxiliaire.
- Assurer une présence auprès de l'utilisateur(-ère) afin de le ou la rassurer.
- Vérifier s'il ou elle s'est cogné(e) la tête et observer sa position corporelle et rechercher les indices pouvant expliquer le contexte de la chute.
- Si l'utilisateur(-ère) veut se relever et refuse de rester immobile et qu'il ou elle est capable de le faire sans aide, le ou la guider dans ses mouvements naturels. Il est possible de l'accompagner en prenant un appui sur une chaise, étape par étape (Annexe L).
- Considérant que, dans un contexte de chute, la mobilisation peut révéler des blessures non détectées à l'évaluation initiale, le personnel est invité à apporter l'aide minimale requise à la mobilisation usuelle de l'utilisateur(-ère) tout en restant attentif aux nouvelles manifestations physiologiques.

INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE - CEPIA	PAB / ASSS / AIDE-SOIGNANT(E)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contribuer à l'évaluation par la complétion du formulaire d'évaluation. ▪ Observer l'environnement pour identifier les causes possibles et apporter les correctifs ▪ Selon la gravité de la situation et les conséquences immédiates de la chute, orienter vers une évaluation médicale immédiate/transfert (911) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un changement de l'état de conscience; ○ La présence de sang ou de liquide au niveau du nez, des oreilles et de la bouche; ○ Une déviation ou une déformation d'un membre; ○ Présence d'une blessure d'allure grave ou de douleur importante. ▪ Prodiguer les premiers soins requis (glace, pansement, analgésique, etc.) et toute autre intervention immédiate requise. ▪ Déterminer si l'utilisateur(-ère) peut être relevé(e) ou non et la façon la plus sécuritaire de procéder, selon sa condition clinique (Annexe K). Au besoin, se référer à un(e) professionnel(le) habilité(e). ▪ Communiquer avec l'infirmier(-ière) pour l'informer de la situation et des interventions déjà réalisées. ▪ Appliquer les interventions, selon les directives infirmières : médication PRN, ordonnances collectives, transfert en centre hospitalier, au besoin. ▪ Assurer le suivi auprès du ou de la représentant(e), le cas échéant, dans les meilleurs délais, selon la gravité de la situation. ▪ Rédiger une note au dossier. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Collaborer avec l'infirmier(-ière) auxiliaire pour relever l'utilisateur(-ère) de façon sécuritaire. ▪ Rapporter à l'infirmier(-ière) auxiliaire toute observation ou information pertinente en lien avec la description de la chute et la condition de l'utilisateur(-ère) au moment de la chute.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le ou la premier(-ière) employé(e) informé(e) ou témoin de la chute rédige le rapport d'incident-accident AH-223/SISSS). 	

DIRECTIVES 3 - INTERVENTIONS EN PRÉSENCE D'UN(E) AIDE-SOIGNANT(E), SANS INFIRMIER(-IÈRE) OU INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE DANS L'INSTALLATION

Lorsqu'un(e) infirmier(-ière) est disponible à distance, par exemple l'infirmier(-ière) de garde pour les soins à domicile, il ou elle réalise l'évaluation initiale lors d'une chute en se basant sur les informations fournies par l'aide-soignant(e) ou la ou le proche qui est présent avec l'utilisateur(-ère). En fonction de la situation clinique de l'utilisateur(-ère) et de son propre jugement clinique, il ou elle détermine si une évaluation en présentiel est nécessaire et dans quel délai. Avec la participation de la ressource qui se trouve avec l'utilisateur(-ère), il ou elle s'assure de la réalisation des interventions décrites dans la directive 1.

DIRECTIVES GÉNÉRALES AU PERSONNEL

- Valider la sécurité des lieux.
- Laisser l'utilisateur(-ère) au sol sans le ou la mobiliser.
- Assurer une présence auprès de l'utilisateur(-ère) afin de le ou la rassurer.
- Vérifier s'il ou elle s'est cogné(e) la tête et observer sa position corporelle et rechercher les indices pouvant expliquer le contexte de la chute.
- Si l'utilisateur(-ère) veut se relever et refuse de rester immobile et qu'il ou elle est capable de le faire sans aide, le ou la guider dans ses mouvements naturels. Il est possible de l'accompagner en prenant un appui sur une chaise, étape par étape (Annexe L).
- Considérant que dans un contexte de chute, la mobilisation peut révéler des blessures non détectées à l'évaluation initiale, le personnel est invité à apporter l'aide minimale requise à la mobilisation usuelle de l'utilisateur(-ère) tout en restant attentif aux nouvelles manifestations physiologiques.
- L'algorithme « Aide à la décision pour les aides-soignants » (Annexe L) guide la ou le PAB, l'ASSS ou l'aide-soignant(e) dans ses interventions. Le formulaire de collecte des données est également disponible à l'annexe L.
- Observer l'environnement pour identifier des causes possibles et apporter les correctifs.
- Si l'utilisateur(-ère) présente une de ces conditions suivantes, la ou le PAB ou l'ASSS communique directement avec le service d'urgence (911) :
 - Altération de l'état de conscience (somnolent(e), répond peu ou pas aux questions, aux stimuli, à la douleur);
 - Présence de sang ou de liquide au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche;
 - Présence d'une déformation ou d'une déviation d'une partie du corps;
 - Présence d'une douleur intense;
 - Impact crânien avec prise d'un ou des médicaments suivants : **Coumadin** (warfarine), **Effient** (prasugrel) **Arixtra** (fondaparinux), **Fragmin** (daltéparine), **Innohep** (tinzaparine), **Lovenox** (enoxaparin);
 - Ou toute autre condition nécessitant une prise en charge médicale (ex. : douleur à la poitrine, palpitations).
- En absence de(s) condition(s) mentionnée(s) ci-dessus, superviser/accompagner l'utilisateur(-ère) dans son lever.
 - Si l'utilisateur(-ère) peut se lever seul(e) :**
 - Superviser le lever, avec l'aide d'une chaise, par exemple, et des consignes verbales;
 - Éviter de tenir le bras de l'utilisateur(-ère) pour le ou la soutenir, car il y a risque de causer des blessures;
 - Si apparition de douleurs vives, cesser la manœuvre, aider l'utilisateur(-ère) à se mettre en position confortable et sécuritaire et communiquer avec le 911.
 - Si l'utilisateur(-ère) ne peut pas se lever seul(e) :**
 - Éviter de mobiliser l'utilisateur(-ère) et communiquer avec le 911;
 - Assurer les premiers soins immédiats et une présence pendant l'attente des ambulancier(-ières).
- En tout temps, communiquer avec un(e) professionnel(le) habilité(e), soit l'infirmier(-ière) responsable ou 911 et suivre ses directives.

6.2.5 Surveillance postchute

6.2.5.1 Surveillance clinique d'un(e) usager(-ère) ayant chuté

- Ne jamais sous-estimer la gravité d'une chute. Les signes et les manifestations de blessures peuvent être tardifs et survenir plusieurs jours après la chute.
- Le suivi postchute est assumé en collaboration entre l'infirmier(-ière) et l'infirmier(-ière) auxiliaire.
- La durée de la surveillance clinique recommandée est de 48 heures minimum et pourrait être prolongée selon le portrait clinique de l'usager(-ère). En effet, l'infirmier(-ière) devrait toujours garder une certaine vigilance pour les usager(-ère)s âgé(e)s ou avec des facteurs de risque (voir conditions associées à un suivi étroit) ayant chuté au cours du dernier mois et présentant un changement dans leur condition physique ou mentale.
- Un formulaire présentant les éléments de surveillance postchute, a été élaboré pour l'ensemble des clientèles adultes du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (Annexe M). Une adaptation pour la clientèle pédiatrique se trouve également dans cette annexe.
- En plus du formulaire, la fréquence de la surveillance clinique associée à la gravité de l'événement est décrite dans l'algorithme « Déterminer la surveillance clinique requise pour un usager (adulte ou âgé) ayant chuté » (Annexe N).
- L'infirmier(-ière) analyse les données obtenues à chaque quart de travail et au besoin. Par la suite, il ou elle ajuste la fréquence du suivi, selon les données recueillies. Une note d'évaluation justificative figure, le cas échéant, au dossier.
- Il est important de rappeler qu'aucune prescription médicale ne peut se substituer à l'obligation légale de l'infirmier(-ière) d'assurer la surveillance clinique requise. L'infirmier(-ière) demeure pleinement responsable de l'évaluation et de la surveillance clinique, en vertu de son champ d'exercice et de ses obligations déontologiques. Conformément à l'article 25 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers, il ou elle doit faire preuve de disponibilité et de diligence, et, selon l'article 44, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des usager(-ère)s et éviter toute situation de négligence. Il ou elle doit donc établir ses priorités cliniques, exercer son jugement professionnel et assumer la responsabilité des décisions et des interventions qu'il ou elle met en œuvre. Cette imputabilité souligne l'importance d'une collaboration efficace et d'une communication constante avec les membres de l'équipe, notamment les infirmier(-ière)s auxiliaires, qui contribuent à l'exercice de son activité réservée d'évaluation.

6.2.5.2 Conditions associées à un suivi étroit

- **Présence d'impact crânien ou présomption d'impact crânien.**

En présence d'une des conditions suivantes, l'usager(-ère) est considéré comme victime de chute avec impact crânien :

- Traces et marques évidentes d'impact crânien;
- Il ou elle présente une altération de l'état de conscience, de l'état mental ou un changement dans son comportement;
- Impact crânien objectivé par l'usager(-ère) ou rapporté par un témoin;
- Il ou elle ne peut confirmer s'il y a eu un impact crânien.

En plus de nécessiter une évaluation initiale complète, incluant les signes neurologiques, les chutes avec impact ou présomption d'impact crânien nécessitent une surveillance accrue, surtout en présence de facteurs aggravants.

En effet, le délai pour un saignement intracrânien après une chute peut varier. En général, les symptômes apparaissent rapidement. Cependant, dans certains cas, les symptômes peuvent prendre quelques heures à plusieurs jours avant de se manifester (Antoni et al., 2019).

Les changements structuraux au niveau du cerveau, qui surviennent avec le vieillissement et les maladies neurodégénératives, causent une augmentation de l'espace où le sang peut s'accumuler et contribuent à retarder ou diminuer les signes neurologiques associés à une hémorragie intracrânienne.

■ **Les facteurs aggravants, selon l'acronyme COCA :**

- **Chirurgie** récente;
- **Ostéoporose** sévère, fracture antérieure, utilisation prolongée de stéroïdes ou cancer métastatique des os;
- **Coagulation** (trouble de la coagulation, médication augmentant le risque de saignement);
- **Âge** ou fragilité (80 ans et +, peu de tissus musculaire et sous-cutané).

■ **Autres conditions augmentant le risque de saignement**

Certaines conditions peuvent également augmenter le risque de saignement. Lorsqu'un(e) usager(-ère) présente une des conditions énumérées dans le tableau ci-dessous, une surveillance accrue pourrait être nécessaire puisqu'un saignement peut survenir tardivement après une chute.

Antécédents médicaux	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémophilie ou autres déficiences en facteurs de coagulation. ▪ Thrombocytopénie. ▪ Maladie hépatique ou rénale. ▪ Consommation excessive d'alcool³. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antécédents de saignements ayant nécessité une prise en charge ou un suivi médical. ▪ Cancers. ▪ Diabète. ▪ Hypertension artérielle (HTA) non contrôlée.

■ **Certains médicaments et autres substances augmentant le risque de saignement**

Même en l'absence de blessure apparente au moment de la chute, l'usager(-ère) sous anticoagulants demeure plus à risque de saignement tardifs.

La surveillance en postchute devrait être plus étroite chez les utilisateurs d'anticoagulants, particulièrement chez la personne âgée sous warfarine (Coumadin).

Bien que les anticoagulants oraux directs (AOD) soient généralement plus sécuritaires, notamment moins de saignements intracrâniens (Leclerc et al., 2018) en contexte hors-chute, le risque d'hémorragie tardive demeure présent chez les usager(-ère)s ayant chuté et sous traitement d'AOD (Cocca et al., 2019).

La prise d'antiplaquettaire concomitante à un anticoagulant peut également augmenter le risque d'hémorragie (Cocca et al., 2019).

À la lumière de ces constats, l'infirmier(-ière) doit garder une certaine vigilance face à ce risque, et ce, principalement chez la personne âgée. Une prolongation de la surveillance est justifiée.

Le tableau de la page suivante présente les anticoagulants et les antiplaquettaires les plus fréquemment utilisés. Cette liste n'est cependant pas exhaustive.

³ **Femme** : plus de 2 consommations /jour ou plus de 10 consommations/semaine ou encore une consommation tous les jours de la semaine. **Homme** : plus de 3 consommations/jour ou plus de 15 consommations/semaine ou encore une consommation tous les jours de la semaine. (Gouvernement du Canada, 2021).

Anticoagulants	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coumadin (warfarine) ▪ Héparine et héparines à bas poids moléculaire (HBPM) <ul style="list-style-type: none"> ○ Fragmin (dalteparine) ○ Innohep (tinzaparine) ○ Lovenox (enoxaparine) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arixtra (fondaparinux) ▪ Anticoagulants oraux directs <ul style="list-style-type: none"> ○ Éliquis (apixaban) ○ Lixiana (edoxaban) ○ Xarelto (rivaroxaban) ○ Pradaxa (dabigatran)
Antiplaquettaires	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAS ou acide acétylsalicylique (Aspirin, Asaphen, Entrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clopidogrel (Plavix) ▪ Ticagrelor (Brilinta) ▪ Prasugrel (Effient)

Après l'analyse de la chute, l'infirmier(-ière) doit porter une attention particulière au profil pharmacologique de l'usager(-ère), incluant les médicaments en vente libre, afin d'identifier les agents augmentant le risque de saignements : **anti-inflammatoires non stéroïdiens, anticoagulants, antiplaquettaires, glucocorticoïdes à long terme.** (Garcia & Crowthe, 2023).

6.2.5.3 Surveillance et directives en présence de facteurs de risque

- La surveillance doit être ajustée selon les facteurs de risques repérés.
- Les symptômes peuvent être vagues et discrets.
- Il est important d'informer rapidement la ou le médecin et de valider les directives médicales supplémentaires afin d'assurer le suivi nécessaire propre à l'usager(-ère).
- En longue durée, il est recommandé de communiquer le plus tôt possible avec la ou le médecin et ce, principalement pour l'usager(-ère) avec impact crânien et sous Coumadin, Arixtra, Effient ou encore sous héparine de bas poids moléculaire (Fragmin, Innohep, Lovenox). Pour les autres molécules (anticoagulants directs ou antiplaquettaires), si paramètres normaux, aviser la ou le médecin avant l'administration de la prochaine dose de la molécule.
- En courte durée, contactez la ou le médecin le plus tôt possible pour toute chute avec impact crânien et avec prise de médication anticoagulante ou antiplaquettaire.
- Pour les milieux en communauté, l'algorithme d'aide à la décision de l'annexe O, peut être utilisé comme référence pour guider l'infirmière dans le suivi des usager(-ère)s ayant chuté et/ou nécessitant une consultation médicale. De plus, la pharmacie communautaire pourrait être une ressource pertinente à consulter concernant la prise d'anticoagulants ou d'antiplaquettaires d'un usager(-ère), particulièrement avant la prise de la prochaine dose.

Alerte clinique

« Tout au long de la surveillance clinique, il faut demeurer à l'affût de tout signe ou symptôme d'atteinte neurologique. Ainsi, une altération de l'état de conscience est le signe le plus révélateur d'une détérioration neurologique. Des changements tels que de la confusion, une désorientation et une diminution de l'attention ou une perte de conscience témoignent d'une variation, à divers degrés, de l'état de conscience. Ils doivent être rapidement signalés afin d'éviter des dommages permanents. De plus, tout symptôme, tel que la céphalée, le vertige et la paresthésie, qui s'accompagne de signes neurologiques précis (diplopie, dysarthrie, modification de la réaction pupillaire ou perte de contrôle des sphincters), constitue une alerte clinique. Enfin, la présence simultanée de plusieurs symptômes neurologiques doit toujours être considérée comme une alerte clinique. Cela requiert, donc, de connaître la nomenclature des signes et des symptômes possibles ». (Doyon et Longpré, 2016, p.379)

« En tout temps, l'apparition concomitante d'autres symptômes neurologiques s'ajoutant au malaise initial justifie une évaluation médicale urgente, car l'association de plusieurs symptômes neurologiques est un indice significatif de gravité » (Doyon et Longpré, 2016, p.379)

- **Signes et symptômes cliniques de saignements.**

- **Intracrânien** : céphalée, nausées, vomissements, perte de conscience, convulsions, symptômes et signes focaux souvent progressifs, confusion, agitation, altération de l'état de conscience, somnolence. (Lanthier, 2023)
- **Interne** (tissus mous, articulation, musculaire, rétropéritone) : instabilité hémodynamique (hypotension, tachycardie, tachypnée), peau moite et pâle, faiblesse, perte d'amplitude des mouvements d'une articulation, douleur en augmentation ou disproportionnée, induration perceptible à la palpation, changement dans la démarche, paresthésie ou brûlement localisé, nouvelle apparition d'ecchymose au niveau du tronc ou hématome.

6.2.5.4 Suivi pour les clientèles avec des besoins particuliers

- **Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et usager(-ère)s en fin de vie.**

L'évaluation initiale postchute doit être réalisée afin d'évaluer la présence de blessures. Par contre, il arrive que la surveillance chez ces clientèles nécessite un ajustement, selon les bénéfices et les conséquences liées aux interventions.

Dans ces contextes, la fréquence de la surveillance peut être contraignante pour l'usager(-ère). Il est possible d'assurer une surveillance moins intrusive pour la personne en ajustant le suivi et en surveillant certains paramètres, tels que les signes de douleurs et la fréquence respiratoire. Dans ces contextes, où il y a modification de la surveillance requise, l'infirmier(-ière) doit consigner les éléments de sa démarche clinique, y compris un plan thérapeutique infirmier, lorsque requis, et toutes autres informations pertinentes selon l'état de santé du client (OIIQ, 2023).

Une discussion axée sur la réduction des nuisances avec l'usager(-ère), son ou sa représentant(e) légal(e) et la ou le médecin peut être nécessaire afin d'assumer une décision libre et éclairée quant aux conséquences possibles liées à la modification de la surveillance requise (ex. : décider de ne pas effectuer la prise des signes neurologiques selon la fréquence suggérée afin de respecter le sommeil de l'usager(-ère) et/ou ne pas exacerber ses comportements). Ces discussions favorisent la satisfaction des usager(-ère)s en adoptant une approche respectueuse et en améliorant la qualité de vie de ceux-ci (CIUSSSCN, 2019).

La clientèle avec des TNCM⁴ peut exprimer différemment sa douleur ou son inconfort, après une chute. La vérification de la présence de douleur avec une échelle d'hétéro-évaluation comme Dolo-PLUS, PACSLAC-II-Fr ou ALGOPLUS peut être nécessaire.

En tout temps, le changement de comportements après une chute (ex. : augmentation des SCPD⁵) doit être évalué, documenté et analysé. Un ajustement de la surveillance et une communication avec la ou le médecin peuvent être requis.

⁴ TNCM : Trouble neurocognitif majeur.

⁵ SCPD : Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

6.2.5.5 Rôles et responsabilités de l'équipe de soins lors de la surveillance postchute, et ce, selon les professionnel(le)s présent(e)s

INFIRMIER(-IÈRE) - CEPI	INFIRMIER(-IÈRE) AUXILIAIRE - CEPIA	PAB / ASSS / AIDE-SOIGNANT(E)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer la surveillance ainsi que les interventions infirmières et cliniques requises, dont l'ajustement de la surveillance en cours d'évolution (ajuster le PTI). ▪ Émettre les directives à l'équipe de soins en vue d'assumer la surveillance clinique de l'utilisateur(-ère). ▪ Enseigner à l'utilisateur(-ère) et ses proches les éléments de surveillances ainsi que la conduite à tenir si apparition de signes et de symptômes. ▪ Analyser les éléments inscrits au formulaire de surveillance et, au besoin, rédiger une note de suivi à chaque quart de travail. ▪ Aviser la ou le médecin de toute détérioration de la condition physique et mentale de l'utilisateur(-ère). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser la surveillance clinique de l'utilisateur(-ère), selon le formulaire de surveillance. ▪ Enseigner à l'utilisateur(-ère) et ses proches les éléments de surveillance ainsi que la conduite à tenir si apparition de signes et de symptômes. ▪ Aviser l'infirmier(-ière) et décrire dans les notes au dossier tous les paramètres anormaux ou changement dans la condition physique ou mentale de l'utilisateur(-ère) dans un délai raisonnable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapporter à l'infirmier(-ière) ou l'infirmier(-ière) auxiliaire chaque observation, changement ou information pertinente en lien avec la condition de l'utilisateur(-ère). <p><u>En communautaire</u> et en l'absence d'infirmier(-ière) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer le suivi postchute défini dans l'algorithme d'aide à la décision pour les aides-soignant(e)s (annexe L) ou déterminé par l'infirmier(-ière).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réévaluer les facteurs de risques de chute de l'utilisateur(-ère) et déterminer les interventions associées. ▪ Référer, au besoin, aux professionnel(le)s (ergothérapeute, physiothérapeute). 		

En l'absence d'infirmier(-ière) sur les lieux :

- L'infirmier(-ière) représente le ou la professionnel(le) la ou le plus accessible habilité à évaluer, dans la majorité des milieux de soins. Une communication doit toujours avoir lieu entre l'infirmier(-ière) auxiliaire et l'infirmier(-ière) ou entre l'aide-soignant(e) et l'infirmier(-ière).
- Dans certaines situations, l'ergothérapeute, la ou le physiothérapeute ou la ou le médecin pourraient également être la personne référente pour compléter l'évaluation de l'utilisateur(-ère) ayant chuté.
- À distance, l'infirmier(-ière) effectue le suivi des données cliniques recueillies et dicte ses directives au personnel en place. En cas de doute, il ou elle réfère aux services préhospitaliers d'urgence.
- De façon plus spécifique, l'infirmier(-ière) à distance doit :
 - Compléter l'analyse globale de la chute et questionner l'infirmier(-ière) auxiliaire ou l'aide-soignant(e) sur les paramètres anormaux de la collecte de données;
 - Identifier les facteurs de risque de complication, les conséquences immédiates et potentielles de la chute;

- Déterminer la surveillance requise, soit la fréquence et la durée du suivi postchute, et les inscrire par la suite à titre de directives au PTI;
- Communiquer ses directives à l'équipe de soins;
- Assurer le suivi nécessaire ou référer à l'équipe responsable, le cas échéant.

6.2.5.6 Consigner adéquatement l'information au dossier clinique de l'utilisateur(-ère)

La documentation fait référence à l'ensemble des documents qui permettent de consigner l'évaluation clinique, l'analyse des données recueillies, ses interventions, la surveillance ainsi que le suivi assuré par l'infirmier(-ière). Le document doit être le reflet d'une démarche clinique rigoureuse et permettre d'assurer la continuité sécuritaire des soins.

« La documentation des soins infirmiers est une responsabilité professionnelle inhérente à la pratique infirmière » (OIIQ, 2023).

Toutes les informations significatives liées à la chute sont consignées dans le dossier de la personne et doivent principalement inclure :

- Circonstances ayant mené à la chute;
- Conséquences liées à la chute;
- Évaluation initiale de l'utilisateur(-ère) ayant chuté;
- Jugement clinique menant à la décision du niveau de surveillance à assurer;
- Interventions;
- Discussions avec l'utilisateur(-ère) et ses proches en lien avec les interventions proposées, son point de vue face à la situation, ses attentes, ses préférences, les options retenues et les interventions déclinées, selon un consentement libre et éclairé;
- Identifications des facteurs de risques et interventions préventives mises en place;
- Déclaration et divulgation de l'évènement au ou à la représentant(e) de l'utilisateur(-ère), selon la procédure E000-PROCD-02;
- Ajustement du PTI, au besoin.

La déclaration d'une chute avec le formulaire AH-223-1 disponible dans le SSISS⁶ doit être faite lorsque l'évènement survient alors que l'utilisateur(-ère) est en contexte de prestation de soins ou de services.

Il est possible de consulter la *Procédure de déclaration et analyse des évènements survenus lors de la prestation de soins et services aux usagers* E000-PROCD-02 pour être guidé dans la déclaration.

Chuteur répétitif :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (2020) a défini certains critères afin que les chutes soient qualifiées de répétitives et cessent d'être déclarées systématiquement au formulaire AH-223-1. Cependant, **le CIUSSS de l'Estrie CHUS a décidé de poursuivre la déclaration par formulaire pour toutes chutes ou quasi chutes, répétitives ou pas**, afin de faciliter l'intégration des bonnes pratiques quant au suivi postchute, car le caractère répétitif ne décharge pas de l'obligation professionnelle d'évaluation et de surveillance.

⁶ SSISS : Système d'information sur la sécurité des soins et des services.

7. Documents complémentaires

- Cadre de référence : Approche adaptée à la personne âgée (AAPA), ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2011).
- Cadre de référence des principes de déplacements sécuritaires de la personne (PDSP).
- Échelle de dépistage de chutes Morse.
- Évaluation et gestion des plaies traumatiques et chirurgicales (MSI).
- Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors d'une chute, OIIAQ (2021).
- Guide d'utilisation du formulaire clinique - Évaluation de l'infirmière : Examen clinique de la personne âgée (CIUSSSE-CHUS, 2022).
- Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires - Empêcher les chutes et réduire les blessures associées, RNAO (2017).
- Programme de prévention des chutes « PARACHUTE ADAPTÉ » pour les clientèles ambulatoires.
- Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale (TCCL/CC) au Québec – Continuum de services en traumatologie, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2024).
- Protocole interdisciplinaire - Prise en charge interdisciplinaire des usagers consultant l'urgence pour une chute ou étant à risque de chute (PID-ER-001) (CIUSSSE-CHUS, 2023).

8. Références

- Activités de soins confiées aux aides-soignants (2022). Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/activites-soins-confiees-aux-aides-soignants/qui-sont-aides-soignants>.
- Agrément Canada (2021). Pratiques organisationnelles requises. Prévention des chutes et réduction des blessures. Milieu hospitalier et Soins de longue durée. Livret 2021.
- Agrément Canada (2024). Livret des POR (Pratiques organisationnelles requises). Séquences 2 à 5, Cycle 2 (2023-2027).
- Antoni, A., Schwendenwein, E., Binder, H., Schauperl, M., Datler, P., & Hajdu, S. (2019). Delayed Intracranial Hemorrhage in Patients with Head Trauma and Antithrombotic Therapy. *Journal of clinical medicine*, 8(11), 1780. Repéré à : <https://doi.org/10.3390/jcm8111780>.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS) (2025). Bonnes pratiques en gestion des risques de chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU).
- CIUSSSE-CHUS (2017). Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population. Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique. Service expérience usagers.
- CIUSSSE-CHUS (2024). Chutes en centre hospitalier et en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) - Mise à jour d'une recension des écrits réalisée en 2014. — État des connaissances. Direction de la coordination de la mission universitaire (DCMU).
- CIUSSSE-CHUS (2019). Procédure interdisciplinaire relative à la surveillance constante (PID-ZZ-001). Direction des soins infirmiers, Direction des services multidisciplinaires, Direction des services professionnels.
- CIUSSSE-CHUS (2021). Programme de prévention des chutes « PARACHUTE » adapté pour les clientèles ambulatoires : Chirurgie d'un jour, endoscopie, médecine de jour, cliniques externes. Direction des soins infirmiers.

- CIUSSSE-CHUS (2023). Protocole interdisciplinaire - Prise en charge interdisciplinaire des usagers consultant à l'urgence pour une chute ou étant à risque de chute (PID-ER-001). Direction des soins infirmiers, Direction des services multidisciplinaires, Direction des services professionnels.
- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) (2011). Programme de prévention des chutes et des blessures associées. Repéré à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2094163>.
- Cocca, A. T., Privette, A., Leon, S. M., Crookes, B. A., Hall, G., Lena, J., & Eriksson, E. A. (2019). Delayed Intracranial Hemorrhage in Anticoagulated Geriatric Patients After Ground Level Falls. *The Journal of emergency medicine*, 57(6), 812–816. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.09.011.
- Doyon, O. & Longpré, S. (2016). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. Pearson - ERPI.
- Éditeur officiel du Québec (2023, 1^{er} mars). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/l-8,%20R.%209%20.pdf>.
- Éditeur officiel du Québec (2023, 1^{er} mars). Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/C-26.%20R.%20153.1%20.pdf>.
- Éditeur officiel du Québec (2023, 5 juin). Code des professions. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/C-26.pdf>.
- Éditeur officiel du Québec (2009, 19 juin). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Repéré à : https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2009/2009C28F.PDF.
- Éditeur officiel du Québec (2023, 7 juin). Loi sur les infirmières et infirmiers. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/l-8%20.pdf>.
- Éditeur officiel du Québec (2023, 1^{er} mars). Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/l-8,%20R.%203.pdf>.
- Garcia, D. & Crowther, M. (2023). Risks and prevention of bleeding with oral anticoagulants. UpToDate. Repéré à : https://www.uptodate.com/contents/risks-and-prevention-of-bleeding-with-oral-anticoagulants?search=saignement%20chute&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H398712348.
- Gordon, B. M., Wnek, T. F., Glorius, N., Hasdorff, C., Shiverski, J., & Ginn, J. (2010). Post-fall decision tree development and implementation. *Journal of nursing care quality*, 25(4), 358–365. Repéré à : <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181e35da2>.
- Gouvernement du Canada. (2021). Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada. Repéré à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/directives-consommation-alcool-faible-risque-canada.html> le 11 septembre 2023.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Annexe 1 Outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-10/Annexe-1-643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_2.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Dépliant IMP. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/chutes-aines/impdepliant_pages.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Dépliant Pied. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/chutes-aines/depliant_pied.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2009). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation-IMP 2^e édition 2009. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-10/643_guide_implantation_IMP.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS) (n.d.). En soutien aux outils de déprescription et d'usage approprié des antipsychotiques chez les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) et qui résident en CHSLD - Fiche d'accompagnement. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/Fiche-accompagnement_antipsychotiques.pdf.
- Lanthier, L. (2023). Lanthier [Application mobile]. App Store. <https://apps.apple.com/ca/app/lanthier/id701664895?l=fr>.
- Leclerc, J., Sanctuaire, A., Nadon, N., & Méthot, J. (2018). Anticoagulants oraux directs. *Perspective infirmière*, 15(4), 38–44. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-15-no-4-2018-2.pdf#page=38>.
- Mécanisme d'accès à l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial pour aînés. Cadre de référence provincial (2023). Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-08W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2011). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>.
- MSSS (2020). Déclaration des incidents et des accidents : Lignes directrices. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-735-01W.pdf>.
- MSSS (2019). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Cadre de référence. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01W.pdf>.
- MSSS. (2024). Présentation des recommandations court terme aux établissements pilotes. Valorisation des activités cliniques SAD (VSAD). Itération 2 – Trajectoire de soins infirmiers.
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., Aguilar-Navarro, S., Alexander, N. B., Becker, C., Blain, H., Bourke, R., Cameron, I. D., Camicioli, R., Clemson, L., Close, J., Delbaere, K., Duan, L., Duque, G., Dyer, S. M., Freiburger, E., Task Force on Global Guidelines for Falls in Older Adults (2022). World Guidelines for Falls Prevention and Management for Older Adults: A Global Initiative. *Age and Ageing*, 51(9), 1-36. Repéré à : <https://doi.org/10.1093/ageing/afac205>.
- Office des professions du Québec (2021). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2021-02-09-fr-guide-explicatif-loi-modifiant-code-profession-autres-dispositions-legislatives-domaine-sante-mentalerelations-humaines.pdf>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/8302349/Champ+d%E2%80%99exercice+et+activit%C3%A9s+r%C3%A9serv%C3%A9es+de+l%E2%80%99infirmi%C3%A8re.pdf#page=3>.
- OIIQ. (2023). Documentation des soins infirmiers - Norme d'exercice. Repéré à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4544-norme-documentation-web.pdf>.
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) (2021). *Guide d'intervention de l'infirmière auxiliaire lors des chutes*. Repéré à : <https://www.oiaq.org/files/publication/OIIAQ-Guide-des-chutes-2021.pdf>.
- OIIAQ. (2020). Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Repéré à : <https://www.oiaq.org/publications/activites-professionnelles-infirmiere-auxiliaire>.
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2017). *RNAO Prevention of Falls and Reducing Injury from Falls Best Practice Guideline* (3 ed.). Registered Nurses' Association of Ontario. Repéré à : https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf.
- Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF). (2018). Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/>.

- Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. (2017). Repéré à : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W_accessible.pdf.

9. Processus d'élaboration

9.1 Rédaction

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Lavoie, Vanina	Conseillère cadre clinicienne, Milieu d'hébergement, DSI	2023-08
Michaud, Hélène	Conseillère cadre clinicienne, SAPA (milieu d'hébergement), DSI	2023-08
Mileto, Élixa	Conseillère cadre clinicienne intérimaire, DSI	2023-08

9.2 Consultation/collaboration

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Corriveau, Stacy	Conseillère cadre clinicienne, Urgence, DSI	2023-12
Gagnon, Gabrielle	Conseillère cadre clinicienne, Organisation du travail et planification des effectifs en soins infirmiers et de la relève, DSI	2023-12
Létourneau, Renée	Conseillère cadre clinicienne, Pratique ambulatoire, 1 ^{re} ligne, GMF, maladies chroniques, DSI	2023-12
Rivard, Rosane	Directrice de l'hébergement des soins de longue durée et des loisirs, DHSLD	2023-12
Gauthier, Isabelle	Gestionnaire responsable – Centre d'hébergement de Sutton, DHSLD	2023-12
Compagna, Liette	Gestionnaire responsable, DHSLD	2023-12
Lebœuf, Nadia	Conseillère-cadre, Qualité et la sécurité des soins et des services (GDR des RLS VSF, LPOM, Des Sources, Coaticook et Memphrémagog et IUGS)- Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat, DQEPP	2023-12
Quirion, Catherine	Conseillère cadre clinicienne, Cancérologie et maladies chroniques, DSI	2023-12
Lemieux-Doutreloux, Sara	Conseillère cadre clinicienne, Cancérologie et maladies chroniques, DSI	2023-12
Paquette, Geneviève	Conseillère cadre clinicienne, Jeunesse, DSI	2023-12
Allaire, Line	Conseillère cadre clinicienne, SAPA (soutien à domiciles, RNI) et DI-TSA-DP, DSI	2023-12
Dr Gosselin, Suzanne	Directrice des services professionnels adjointe (DSPa) et cogestionnaire médicale, DHSLD	2023-12

Nom/Prénom	Titre/Fonction	Date
Lacombe, Élise	Directrice adjointe, DHSLD	2023-12
Jodar, Céline	Coordonnatrice, Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche, DSI	2023-12
Bilodeau, Guy	Infirmier clinicien, moniteur/formateur Principes pour le déplacement sécuritaire de personnes (PDSP) -Prévention et réduction des risques liés à la santé et sécurité au travail – Direction des ressources humaines, DRH	2023-12
Fortin, Sarah-Maude	Infirmière clinicienne - Pédiatrie et soins intensifs - Direction du programme jeunesse, DPJe	2023-12
Morin, Stéphane	Agent de gestion du personnel, Prévention et réduction des risques liés à la santé et sécurité au travail, DRH	2023-12
Thivierge, Alain	Conseiller cadre clinique – Réadaptation – Direction des services multidisciplinaires, DSM	2023-12
Bourdeau, Isabelle	Agente de planification, de programmation et de recherche, DSM	2023-12
Blanchette, Julie	Conseillère en soins infirmiers - Coordination soutien et encadrement clinique, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle, DSI	2023-12
Nault, Annick	Conseillère en soins infirmiers - Coordination soutien et encadrement clinique, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle, DSI	2023-12
Viau, Jean-François	Conseiller en soins infirmiers - Coordination soutien et encadrement clinique, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle, DSI	2023-12

9.3 Approbation

- Comité pharmacologique (si l'ordonnance implique l'utilisation de médicament)
 Comité des documents d'encadrement clinique et des formulaires
 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

10 Processus d'adoption

Nom/Prénom	Signature	Titre/Fonction	Date
Bourgault, Patricia	Document original signé	Directrice des soins infirmiers	2025-10-29

11 Dispositions finales

- La présente règle de soins infirmiers remplace celle des établissements fusionnés du CIUSSS de l'Estrie - CHUS portant sur le même sujet.

2. La présente règle de soins infirmiers doit faire l'objet d'une révision au plus tard dans les quatre (4) années suivant son entrée en vigueur.

Annexe A - Historique des versions

Version	Description	Auteur/responsable	Date
1	Création	Hélène Michaud, conseillère cadre clinicienne, DSI Vanina Lavoie, conseillère cadre clinicienne, DSI Élisa Mileto, conseillère cadre clinicienne intérimaire, DSI	2024-05-13
2	Révision avec modification	Vanina Lavoie, conseillère cadre clinicienne, DSI Collaboratrices : Sarah Pariseau, conseillère clinicienne en soins infirmiers, DSI Katherine Tanguay-Boucher, conseillère clinicienne en soins infirmiers, DSI Pascalie Beaudoin Houde, conseillère en soins infirmiers, DSI Alexandra Gagnon conseillère en soins infirmiers, DSI Maude Charron, conseillère cadre clinicienne, DSI Anne Marie Grégoire, conseillère cadre clinicienne, DSI Annie Bessette, conseillère cadre clinicienne par intérim, DSI Hélène Michaud, conseillère cadre clinicienne par intérim, DSI	2025-09
3			
4			
5			

Annexe B - Repérage adapté - Clientèle adulte et gériatrique



INSTALLATION : _____

COLLECTE DE DONNÉES

REPÉRAGE DU RISQUE DE CHUTE ET
ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE
CLIENTÈLE ADULTE ET GÉRIATRIQUE

DATE

Année	Mois	Jour

 HEURE _____ h

SECTION 1 : Admission/Nouvelle inscription Changement de l'état de santé Révision du PI, PII ou PTI¹

Compléter directement le verso pour une personne hébergée âgée de 65 ans et plus ou pour un usager avec un profil à risque (moins de 65 ans avec profil gériatrique, post-op, jugement de l'intervenant, etc.)

Cocher les éléments présents :

1	<input type="checkbox"/> L'usager a peur de tomber
2	<input type="checkbox"/> L'usager a des antécédents de chutes au cours de la dernière année
3	<input type="checkbox"/> L'usager a des difficultés à effectuer ses activités de la vie quotidienne (AVQ) (déplacements, transferts, hygiène, alimentation)
4	<input type="checkbox"/> L'usager présente un trouble au niveau de sa démarche Démarche normale : Tête dressée, bras se balançant librement de chaque côté du corps, marche avec confiance. Bon équilibre assis et debout. Marche : sans appui, aucune hésitation à initier la marche, mouvements et posture symétriques et stables, coordination fluide des 4 membres, bonne longueur et hauteur du pas, rythme stable. Trouble de la démarche : Présente des petits pas, pieds traînants, posture penchée, vision dirigée vers le plancher, mauvais équilibre, se tient aux meubles pour garder son équilibre, ne peut marcher sans assistance (équipement ou individu)
5	<input type="checkbox"/> L'usager est connu au niveau médical pour son risque de chute (diagnostic connu)

Si vous cochez oui à un des éléments ci-dessus :

- ⇒ Appliquer les **précautions universelles** déterminées par le secteur, dont un environnement sécuritaire;
- ⇒ **Identifier les facteurs de risques individuels au verso du formulaire** (section 2);
- ⇒ **Planifier des interventions** au PTI, PII ou PI selon les facteurs de risque identifiés (section 3).

- L'usager a un résultat normal à un des tests, tels que le « Time up and go² », test de la marche sur 6 mètres³ ou autre test, selon pertinence, et n'est pas considéré comme à risque de chute :
 - ⇒ Appliquer les **précautions universelles** déterminées par le secteur dont l'environnement sécuritaire;
 - ⇒ Fin du processus de repérage et d'évaluation.

Signature de l'intervenant	Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre/fonction	Date

¹ PI : Plan d'intervention, PII : Plan d'intervention interdisciplinaire, PTI : Plan thérapeutique infirmier
² L'ainé doit se lever d'une chaise, marcher vers l'avant sur une distance de 3 mètres, tourner et retourner s'asseoir sur la même chaise. Il devrait faire le trajet sans perte d'équilibre et en 20 secondes et moins.
³ L'ainé devrait être en mesure de franchir les 6 mètres en 8,5 secondes ou moins.

FDCU-GR-006

Nom de l'usager : _____ N° dossier : _____

SECTION 2 : ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS (EN LIEN AVEC LE PTI ET LE PII)

Cocher les éléments présents :

<input type="checkbox"/>	Histoire de chutes antérieures Nombre dans la dernière année : _____ Contexte : _____
<input type="checkbox"/>	Problèmes liés à l'état mental <input type="checkbox"/> Symptômes de dépression <input type="checkbox"/> Insomnie <input type="checkbox"/> TNCM ⁴ <input type="checkbox"/> Délirium (CAM+) <input type="checkbox"/> Désorientation (temps/espace) <input type="checkbox"/> Problème d'attention <input type="checkbox"/> Incapacité à retenir les consignes <input type="checkbox"/> Jugement altéré <input type="checkbox"/> Se surestime, oublie ses limites, est impulsif
<input type="checkbox"/>	Problèmes de mobilité et d'équilibre <input type="checkbox"/> Diagnostic avec impact mobilité/équilibre (Parkinson, sclérose en plaques, AVC, maladie articulaire, problèmes MI ⁵) <input type="checkbox"/> L'usager utilise une aide à la marche (béquilles/canne/marchette) <input type="checkbox"/> Se tient aux meubles pour garder son équilibre <input type="checkbox"/> Difficulté à se lever, difficulté dans ses transferts <input type="checkbox"/> Présente des petits pas, pieds traînants, posture penchée, vision dirigée vers le plancher, mauvais équilibre <input type="checkbox"/> Time up and go (plus de 20 secondes) <input type="checkbox"/> Test de la marche sur 6 mètres (plus de 8,5 secondes) <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire (sarcopénie ou autre cause) <input type="checkbox"/> Spasmes <input type="checkbox"/> Rigidité des membres <input type="checkbox"/> Douleur ou raideur
<input type="checkbox"/>	Évaluation cardio pulmonaire <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Etourdissements <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Problème pulmonaire (MPOC, dyspnée)
<input type="checkbox"/>	Médicaments et autres substances <input type="checkbox"/> Benzodiazépine, anxiolytiques <input type="checkbox"/> Antidépresseurs <input type="checkbox"/> Sédatifs et hypnotiques <input type="checkbox"/> Antipsychotiques <input type="checkbox"/> Opiacés <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) <input type="checkbox"/> Anesthésie récente <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs, cardiovasculaires (antiarythmiques) <input type="checkbox"/> Anticholinergiques <input type="checkbox"/> Antihistaminiques (sédatifs) <input type="checkbox"/> Hypoglycémifiants dont l'insuline <input type="checkbox"/> Changement récent dans la médication <input type="checkbox"/> Polypharmacie ⁶ <input type="checkbox"/> Alcool/drogue
<input type="checkbox"/>	Problèmes de vision ou d'audition <input type="checkbox"/> Problèmes non compensés <input type="checkbox"/> Champ visuel réduit : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Risque de dénutrition (s'alimente peu, dysphagie)
<input type="checkbox"/>	Élimination <input type="checkbox"/> Urgence mictionnelle <input type="checkbox"/> Nycturie <input type="checkbox"/> Incontinence
<input type="checkbox"/>	Facteurs extrinsèques et environnementaux <input type="checkbox"/> Souliers/Vêtements non adaptés <input type="checkbox"/> Matériel médical (tubulures, sonde) <input type="checkbox"/> Aides à la marche non appropriées <input type="checkbox"/> Environnement peu familier <input type="checkbox"/> Encombrement des lieux
<input type="checkbox"/>	Facteurs aggravants (risque accru de blessures suite à une chute) <input type="checkbox"/> Chirurgie récente <input type="checkbox"/> Ostéoporose sévère <input type="checkbox"/> Fracture antérieure liée à une chute <input type="checkbox"/> Anticoagulant <input type="checkbox"/> Personne de plus de 75 ans

Précisions/Autres : _____

Signature de l'intervenant	Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre/fonction	Date

SECTION 3 : ANALYSE, COMMUNICATION ET PLANIFICATION DE L'INFIRMIÈRE

Facteurs de risque connus et interventions mises en place Cause non résolue PTI ajusté
 Directives plan de travail PAB⁷/Aide-soignant Références aux professionnels Rencontre interdisciplinaire planifiée

Notes : _____

Signature de l'infirmière	Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre/fonction	Date

⁴ Troubles neurocognitifs majeurs
⁵ Membres inférieurs
⁶ 8 médicaments et plus (surtout les classes mentionnées ci-haut mais pas exclusivement)
⁷ Préposé aux bénéficiaires

Annexe C - Échelle de dépistage de chute en pédiatrie - Humpty Dumpty

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke



INSTALLATION : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE

**ÉCHELLE DE DÉPISTAGE DE RISQUE DE
CHUTES HUMPTY DUMPTY ET FACTEURS DE
RISQUE INDIVIDUELS**

DATE | Année | Mois | Jour

SECTION 1 <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> Changement de l'état de santé <input type="checkbox"/> Suite à une chute <input type="checkbox"/> Transfert inter hospitalier ou unité		Points
Noter les points attribués à chaque rubrique cochée dans la colonne « points » pour obtenir le niveau de risque de chute.		
1. ÂGE	<input type="checkbox"/> Moins de 3 ans = 4 <input type="checkbox"/> 7 à 13 ans = 2 <input type="checkbox"/> 3 à 7 ans = 3 <input type="checkbox"/> 13 ans et plus = 1	
2. GENRE	<input type="checkbox"/> Garçon = 2 <input type="checkbox"/> Filles = 1	
3. DIAGNOSTICS	<input type="checkbox"/> Diagnostic neurologique = 4 <input type="checkbox"/> Altération de l'oxygénation : diagnostic respiratoire, déshydratation, anémie, anorexie, perte de connaissance/étourdissements, etc. = 3 <input type="checkbox"/> Diagnostic/trouble de santé mentale ou trouble de comportement = 2 <input type="checkbox"/> Autres diagnostics = 1	
4. DÉFICIENCES COGNITIVES	<input type="checkbox"/> Inconscient ou ne connaît pas ses limitations = 3 <input type="checkbox"/> Oublie ses limitations = 2 <input type="checkbox"/> Reconnaît ses limitations = 1	
5. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	<input type="checkbox"/> Antécédent de chute(s) ou nourrisson/tout-petit en bassinet alité = 4 <input type="checkbox"/> Enfant utilisant un équipement médical d'assistance ou une aide à la marche/ en bas âge dans une bassinet ou avec mobilier adapté (chaise haute)/ éclairage insuffisant/chambre triple et plus ou à pleine capacité = 3 <input type="checkbox"/> Enfant dans un lit (alité) = 2 <input type="checkbox"/> Enfant qui se mobilise = 1	
6. CHIRURGIE-SÉDATION -ANESTHÉSIE	<input type="checkbox"/> Moins de 24 heures = 3 <input type="checkbox"/> Plus de 48 heures/aucune = 1 <input type="checkbox"/> Dans 24 à 48 dernières heures = 2	
7. USAGE DE MÉDICATION	<input type="checkbox"/> Plus d'un médicament dans la liste suivante : barbiturique, phénothiazine, sédatif (excluant les enfants sédationnés aux soins intensifs et paralysés), hypnotique, antidépresseur, laxatif/diurétique, narcotique/opiacé = 3 <input type="checkbox"/> Un médicament de la liste ci-dessus = 2 <input type="checkbox"/> Aucun médicament de la liste ci-dessus = 1	
IDENTIFICATION DU NIVEAU DE RISQUE DE CHUTES		RÉSULTAT TOTAL :
<input type="checkbox"/> Risque faible 7 à 11	⇒ Appliquer les précautions universelles (mesures préventives PARACHUTE)	
<input type="checkbox"/> Risque élevé 12 et plus	⇒ Appliquer les précautions universelles, identifier les facteurs de risques individuels (section 2 au verso) et planifier les interventions au PTI ¹ , PIP ² selon les facteurs de risque identifiés	
Signature de l'intervenant	Nom en caractère d'imprimerie	Titre/fonction

FDCLU-PE-029

¹ PTI : Plan thérapeutique infirmier
² PII : Plan d'intervention interdisciplinaire

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

SECTION 2 – ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS (EN LIEN AVEC LE PTI/PII) À remplir si score de <i>Humpty Dumpty</i> à 12 et plus (risque élevé de chute)		
1. Histoire de chutes dans la dernière année : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, description : _____		
2. Oxygénation <input type="checkbox"/> Anémie sévère <input type="checkbox"/> Perte sanguine importante <input type="checkbox"/> Problème respiratoire affectant l'oxygénation : _____		
3. Problèmes de mobilité et d'équilibre <input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Étourdissements/vertige <input type="checkbox"/> Labyrinthite <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire <input type="checkbox"/> Spasmes <input type="checkbox"/> Rigidité des membres <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Déformation orteils/pieds <input type="checkbox"/> Neuropathie périphérique <input type="checkbox"/> Plâtre au membre inférieur <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
4. Problèmes de vision/audition <input type="checkbox"/> Myopie/presbytie/astigmatisme <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Champ visuel réduit <input type="checkbox"/> Trouble auditif <input type="checkbox"/> Oublie de porter ses lunettes/verres de contact <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
5. Problèmes liés à l'état mental <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Léthargique <input type="checkbox"/> Comateux <input type="checkbox"/> Retard de développement <input type="checkbox"/> Problème d'attention <input type="checkbox"/> Désorientation (temps/espace) <input type="checkbox"/> Incapacité à retenir les consignes <input type="checkbox"/> Jugement altéré <input type="checkbox"/> Témérité <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Diminution de l'autocritique <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Idées délirantes <input type="checkbox"/> Fatigue extrême <input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Syndromes extra pyramidaux ou parkinsoniens <input type="checkbox"/> Intoxication (alcool, drogue...) <input type="checkbox"/> Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Trouble conversion <input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
6. Autres diagnostics/facteurs pouvant influencer le risque de chute <input type="checkbox"/> Épilepsie/convulsions <input type="checkbox"/> Diagnostics neurologiques <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> Polyurie <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
7. Médicaments agissant sur le risque de chute <input type="checkbox"/> Anesthésie récente/sédation : _____ <input type="checkbox"/> Sédatifs, benzodiazépine, anxiolytiques : _____ <input type="checkbox"/> Narcotiques, opiacés : _____ <input type="checkbox"/> Psychotropes, neuroleptiques : _____ <input type="checkbox"/> Hypotenseurs, cardiovasculaires : _____ <input type="checkbox"/> Antidépresseurs, stabilisateurs de l'humeur : _____ <input type="checkbox"/> Bloc plexique/épidurale : _____ <input type="checkbox"/> Insuline, hypoglycémifiants : _____ <input type="checkbox"/> Changement récent dans la médication : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
8. Facteurs extrinsèques et environnementaux <input type="checkbox"/> Souliers/vêtements non adaptés <input type="checkbox"/> Co-dodo lit ou fauteuil <input type="checkbox"/> Cloche/objets hors de portée <input type="checkbox"/> Encombrement chambre <input type="checkbox"/> Environnement peu familier <input type="checkbox"/> Matériel médical (tubulures, sonde) <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité absente ou non appropriée <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
9. Facteurs aggravants (risque accru de blessures suite à une chute) : <input type="checkbox"/> Nourrisson <input type="checkbox"/> Chirurgie récente <input type="checkbox"/> Ostéogenèse imparfaite <input type="checkbox"/> Coagulation (thrombocytopénie, anticoagulant, antiplaquettaire) <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
SECTION 3 – ANALYSE, COMMUNICATION ET PLANIFICATION DE L'INFIRMIÈRE		
<input type="checkbox"/> PTI rédigé ou ajusté (<u>constat</u> « risque élevé de chute élevé » et <u>directives</u> selon les facteurs de risques identifiés « »)		
<input type="checkbox"/> Information notée au plan de travail du préposé aux bénéficiaires (PAB)		
<input type="checkbox"/> Consultation(s) professionnelle(s) : _____		
<input type="checkbox"/> Enseignement/information à l'utilisateur/aux parents ou tuteurs légaux : _____		
Signature de l'infirmière	Nom en caractère d'imprimerie	Date

Annexe D - Risque de chute en santé mentale – Wilson Sims



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec

INSTALLATION : _____

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE
RISQUE DE CHUTE EN SANTÉ MENTALE
(WILSON SIMS)

DATE | Année | Mois | Jour

Date de naissance			N° de dossier	N° de chambre
Année	Mois	Jour		
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
Ville		Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

À L'ADMISSION RÉÉVALUATION

FACTEURS DE RISQUE	TOTAL	ÉCHELLE DE POINTAGE
Âge		<input type="checkbox"/> 0 = 18 - 59 <input type="checkbox"/> 1 = 60 - 70 <input type="checkbox"/> 2 = 71 et plus
État mental		<input type="checkbox"/> 0 = Orienté <input type="checkbox"/> 1 = Orienté et non collaborant/agité <input type="checkbox"/> 2 = Confusion/désorientation/perde de mémoire/oublie ses limites/intoxiqué
État physique		<input type="checkbox"/> 0 = En bonne santé <input type="checkbox"/> 1 = Faiblesse musculaire généralisée <input type="checkbox"/> 2 = Etourdissements/vertiges/syncope/hypo TA orthostatique <input type="checkbox"/> 3 = Cachexie/émaciation
Élimination		<input type="checkbox"/> 0 = Circule et continent <input type="checkbox"/> 1 = Sonde vésicale/stomie <input type="checkbox"/> 2 = Nécessite de l'assistance pour ses besoins d'éliminer/diarrhée ou incontinence <input type="checkbox"/> 3 = Circule et incontinent/besoin impérieux d'éliminer
Atteintes fonctionnelles		<input type="checkbox"/> 0 = Aucune <input type="checkbox"/> 1 = déficit visuel ou auditif non corrigé/trouble du langage/trouble d'élocution <input type="checkbox"/> 2 = Amputation d'un membre <input type="checkbox"/> 3 = Paralysie/paresthésie
Mobilité/équilibre		<input type="checkbox"/> 0 = Autonomie à la marche/démarche stable/bon équilibre <input type="checkbox"/> 1 = Physiquement incapable de marcher ou de se tenir debout, mais peut essayer <input type="checkbox"/> 2 = Marche avec une canne <input type="checkbox"/> 3 = Démarche chancelante/béquilles/marchette/se tient aux meubles pour les déplacements
Histoire de chutes dans les 6 derniers mois		<input type="checkbox"/> 0 = Aucune histoire de chute <input type="checkbox"/> 1 = Quasi chute ou peur de tomber <input type="checkbox"/> 2 = A chuté une à deux fois <input type="checkbox"/> 3 = Chutes multiples, plus de deux chutes
MÉDICAMENTS		
Stabilisateur de l'humeur		<input type="checkbox"/> 0 = Ne prenait pas avant l'admission <input type="checkbox"/> 1 = Prenait avant l'admission <input type="checkbox"/> 2 = Nouvellement prescrit
Benzodiazépines		<input type="checkbox"/> 0 = Ne prenait pas avant l'admission <input type="checkbox"/> 1 = Prenait avant l'admission <input type="checkbox"/> 2 = Nouvellement prescrit
Narcotiques		<input type="checkbox"/> 0 = Ne prenait pas avant l'admission <input type="checkbox"/> 1 = Prenait avant l'admission <input type="checkbox"/> 2 = Nouvellement prescrit
Sédatifs/hypnotiques		<input type="checkbox"/> 0 = Ne prenait pas avant l'admission <input type="checkbox"/> 1 = Prenait avant l'admission <input type="checkbox"/> 2 = Nouvellement prescrit
Antipsychotiques		<input type="checkbox"/> 0 = Ne prenait pas avant l'admission <input type="checkbox"/> 1 = Prenait avant l'admission <input type="checkbox"/> 2 = Nouvellement prescrit
GESTION DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE		
Sept points si gestion des symptômes de sevrage		<input type="checkbox"/> 0 = Pas de gestion des symptômes de sevrage <input type="checkbox"/> 7 = Gestion des symptômes de sevrage

FDCU-SM-010

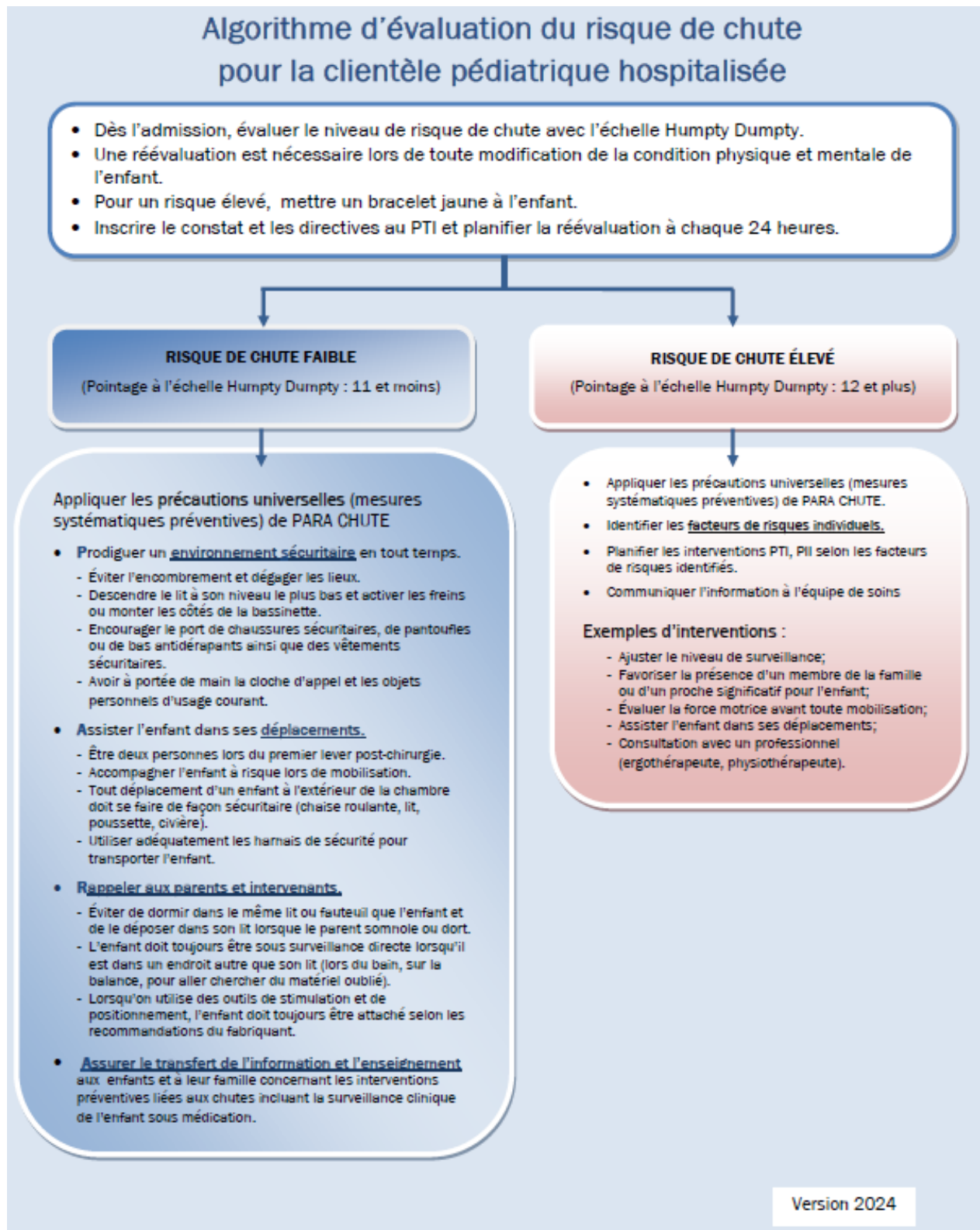
Nom de l'usager : _____

N° dossier : _____

RÉSULTAT DU RISQUE DE CHUTE		NIVEAU DU RISQUE DE CHUTE (Indiquer constat au PTI)	
Résultat	→	<input type="checkbox"/> Risque de chute faible (0 - 6)	<input type="checkbox"/> Risque de chute élevé (7 et plus)
Risque de chute ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Jugement clinique prévaut sur l'échelle de pointage) (voir recto)	
Commentaires sur le risque de chute (selon les facteurs de risque ou le jugement clinique)		_____	
CISSS Montérégie Est (2019). Traduction libre et adaptée par Toussaint E. et collaborateurs du Wilson Sims Psychiatric Fall Risk Assessment Tool (2014). Oaklawn Hospital.			
Signature de l'infirmière		Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis
			(ss-mm-jj) Date
PRÉVENTION DES CHUTES - ÉVALUATION COMPLÉMENTAIRE DES FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS			
FACTEURS DE RISQUE	AUTRES SIGNES ET SYMPTÔMES À CONSIDÉRER		
État mental perturbé	<input type="checkbox"/> Activité psychomotrice, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Problème d'attention <input type="checkbox"/> Désorientation (temps/espace) <input type="checkbox"/> Peur de chuter <input type="checkbox"/> Incapacité à retenir les consignes <input type="checkbox"/> Jugement altéré <input type="checkbox"/> Témérité <input type="checkbox"/> Impulsivité <input type="checkbox"/> Diminution de l'autocritique <input type="checkbox"/> Hallucinations <input type="checkbox"/> Idées délirantes <input type="checkbox"/> Désorganisation <input type="checkbox"/> SCPD ¹ , précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
État physique	<input type="checkbox"/> Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Élimination	<input type="checkbox"/> Nycturie <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Atteintes fonctionnelles	<input type="checkbox"/> Trouble de la vision, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Champs visuel réduit <input type="checkbox"/> Néglige de porter ses lunettes <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Mobilité/équilibre	<input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre <input type="checkbox"/> Rigidité <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Spasmes <input type="checkbox"/> Incoordination neuromusculaire <input type="checkbox"/> Démarche, précisez : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Histoire de chute dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> Chutes récurrentes, nombre dans les 6 derniers mois : _____ <input type="checkbox"/> Chute en se levant le matin <input type="checkbox"/> Chute en marchant <input type="checkbox"/> Chute lors d'un transfert <input type="checkbox"/> Chute pour se rendre à la toilette <input type="checkbox"/> Chute en s'asseyant ou se levant <input type="checkbox"/> Chute du lit <input type="checkbox"/> Histoire de fracture(s) liée(s) à une chute <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Médicaments	<input type="checkbox"/> Effet(s) secondaire(s) de la médication : _____ <input type="checkbox"/> Antidépresseurs : _____ <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs : _____ <input type="checkbox"/> Diurétique : _____ <input type="checkbox"/> Insuline, hypoglycémifiants : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
Gestion des symptômes de sevrage	<input type="checkbox"/> Déshydratation <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
ANALYSE, COMMUNICATION ET PLANIFICATION DE L'INFIRMIÈRE			
<input type="checkbox"/> PTI rédigé ou ajusté (constat « risque élevé de chute » et directives « selon les facteurs de risques identifiés ») <input type="checkbox"/> Information notée au plan de travail du préposé aux bénéficiaires <input type="checkbox"/> Consultation(s) autre(s) professionnel(s) : _____ <input type="checkbox"/> Rencontre multidisciplinaire planifiée pour rédiger le PII : Date : _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center;">AAAA MM JJ</div>			
Signature de l'infirmière		Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis
			(ss-mm-jj) Date

¹ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Annexe E - Algorithmes Risque de chute en pédiatrie et en maternité



Algorithme du risque de chute en maternité

- Les usagères en travail sont toutes considérées à risque élevé de chute jusqu'au premier lever post-partum.
- Suite au premier lever, évaluer le niveau de risque de chute de l'usagère. S'il reste élevé l'inscrire au PTI, mettre un bracelet jaune à l'usagère et réévaluer chaque 24 h.
- Évaluer le niveau de risque de chute pour les GARE à l'admission, puis selon sa condition de santé. S'il est élevé, l'inscrire au PTI, mettre un bracelet jaune à l'usagère et réévaluer chaque 24 h.

Facteurs augmentant le risque de chute à l'unité de maternité :

- Altération de l'oxygénation (pertes sanguines importantes à l'accouchement, anémie sévère);
- Hypotension orthostatique ou étourdissement/vertige;
- Prise de certaines médications (ex. : narcotiques, benzodiazépines, sédatifs, hypotenseur);
- Fatigue extrême;
- Problème de mobilité;
- Autres conditions de santé antérieures (problème cardiaque, sclérose en plaque, épilepsie, diagnostic neurologique) ou ponctuelle (étourdissement/labyrinthite, hypoglycémie, diarrhée, besoin fréquent d'uriner).

RISQUE DE CHUTE FAIBLE

Usagère n'ayant aucun facteur de risque

Appliquer les précautions universelles (mesures systématiques préventives) **PARA CHUTE**

Prodiguer un environnement sécuritaire en tout temps.

- Éviter l'encombrement et dégager les lieux.
- Baisser le lit à la hauteur adaptée à la personne et bloquer les freins de lit.
- Encourager le port de chaussures et/ou pantoufles antidérapantes.
- Avoir à portée de main : la cloche d'appel, et les objets personnels d'usage courant.

Assister la mère dans sa mobilisation.

- Être deux personnes lors du premier lever post-partum.
- Tout déplacement du bébé par le personnel à l'extérieur de la chambre doit se faire dans son berceau.

Rappeler aux parents d'éviter de dormir dans le même lit ou fauteuil que leur bébé et de le déposer dans son lit lorsque le parent somnole ou dort.

Assurer le transfert de l'information et l'enseignement aux mères et à leur famille concernant les interventions préventives liées aux chutes, incluant la surveillance clinique du bébé et de la mère identifiée comme étant à risque élevé de chute.

RISQUE DE CHUTE ÉLEVÉ

Usagère avec un ou plusieurs facteurs de risque

Appliquer les mesures systématiques préventives **PARA CHUTE**

- Identifier les facteurs de risques individuels.
- Inscrire au PTI le risque élevé de chute et planifier les interventions au PTI, selon les facteurs de risques identifiés.
- Communiquer l'information à l'équipe de soins.

Exemples d'interventions :

- Ajuster le niveau de surveillance;
- Favoriser la présence d'un proche;
- Évaluer la force motrice suite à une épidurale avant le premier lever;
- Assister l'usagère dans ses déplacements;
- Amener fréquemment l'usagère à la salle de bain;
- Utiliser les outils d'aide aux déplacements, lorsque recommandé.

Version 2024

Annexe F - Matrice de Haddon

LA MATRICE DE HADDON APPLIQUÉE AUX FACTEURS DE RISQUE AU REGARD DES CHUTES

Axe temporel	Axe factoriel			
	INDIVIDUS	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET TECHNOLOGIQUE	ENVIRONNEMENT SOCIOÉCONOMIQUE	
<p>Avant l'événement : risque de chute</p>	<p>Facteurs intrinsèques</p> <ul style="list-style-type: none"> Santé générale et fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> Âge Diminution de l'autonomie fonctionnelle Antécédents de chute ou de fracture Peur de tomber Problèmes de santé <ul style="list-style-type: none"> Arthrite, séquelles d'un accident vasculaire cérébral Diabète Maladie de Parkinson Incontinence urinaire, maladie des pieds Hypotension orthostatique, étourdissements Malnutrition Problèmes musculosquelettiques et neuromusculaires <ul style="list-style-type: none"> Diminution de la force des genoux, des hanches et des chevilles Diminution de la force de préhension Problèmes aux pieds Marche, équilibre et performance physique <ul style="list-style-type: none"> Trouble de la marche Difficultés dans les transferts assis-debout Trouble de l'équilibre État cognitif et psychologique <ul style="list-style-type: none"> Troubles cognitifs et démence Dépression Déficits visuels et auditifs Consommation d'un médicament ou plus, en particulier les psychotropes ou certains médicaments cardiovasculaires 	<p>Facteurs comportementaux</p> <ul style="list-style-type: none"> Habitudes de vie <ul style="list-style-type: none"> Inactivité physique (sédentarité) Consommation excessive d'alcool Alimentation inadéquate Prise de risque <ul style="list-style-type: none"> Façon de faire inadéquate pour l'activité (grimper, se hâter, marcher en ayant la vue obstruée, etc.) Non-utilisation ou utilisation inadéquate d'aides à la marche ou d'autres équipements et accessoires sécuritaires (ex. : souliers non adaptés) Utilisation d'aides à la marche en mauvais état Port de souliers non sécuritaires (semelles glissantes, absence de contrefort) 	<p>Facteurs extrinsèques</p> <ul style="list-style-type: none"> Domicile <ul style="list-style-type: none"> Éclairage insuffisant Absence de barres d'appui ou de mains courantes Surfaces des planchers glissantes, inégales ou de niveaux différents, etc. Aires de circulation encombrées par des fils électriques non fixés, des boîtes, des meubles, etc. Équipements et accessoires (escabeaux, mains courantes, etc.) non sécuritaires ou en mauvais état Éléments extérieurs (allées, trottoirs, mobilier, échelles, escabeaux, etc.) en mauvais état Lieux publics <ul style="list-style-type: none"> Éléments de l'infrastructure et du mobilier urbains en mauvais état (fissures ou trous dans la chaussée, surfaces des trottoirs inégales ou glacées, escaliers glissants, éclairage insuffisant, aires de repos encombrées, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Codes non appliqués ou normes inadéquates en matière de sécurité Conception ou entretien inadéquats des immeubles Conditions de vie inadéquates des aînés (revenu, emploi, logement, etc.) Déficiences de l'environnement social (solitude, peu d'amis, parents qui vivent loin, réseau social et d'entraide clairsemé, etc.) Facteurs iatrogéniques liés aux ordonnances potentiellement non appropriées Ruptures dans le continuum de services visant le maintien ou l'optimisation des capacités
<p>Pendant l'événement : risque de traumatismes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Faible densité de la masse osseuse, ostéoporose Insuffisance du tissu musculaire Faible indice de masse corporelle, perte de poids Inefficacité des réactions de protection pour amortir la chute Non-utilisation de protecteurs de hanches par les personnes vulnérables 	<ul style="list-style-type: none"> Matériaux de recouvrement des planchers, d'escaliers, de la chaussée et des trottoirs qui n'absorbent pas les chocs Mobilier du domicile et des lieux publics potentiellement contondant 		
<p>Après l'événement : risque d'aggravation des traumatismes et des séquelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> Incapacité à se relever après la chute Non-application des premiers soins (par soi-même ou des proches) Apparition du syndrome post-chute Mauvais état de santé général (fragilité) Mauvaise condition physique Degré de la gravité des blessures (transfert d'énergie au cours de l'événement) 	<ul style="list-style-type: none"> Non-utilisation du téléphone ou d'autres équipements et accessoires de sécurité Non-proximité des services de première ligne (centre local de services communautaires [CLSC], cliniques médicales), des services d'ambulance et d'urgence ou d'un centre de traumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> Soins et services médicaux (urgence, traumatologie, chirurgie, etc.) déficients Soins et services de réadaptation déficients Ruptures dans le continuum de services (hospitaliers, réadaptation, communautaires, médicaux, CLSC) 	

Source : Cadre de référence – La prévention des chutes dans un continuum de service pour les aînés vivant à domicile, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, éd. 2019.

Annexe G - Exemples d'interventions préventives



RÉPERTOIRE D'INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DES CHUTES

POUR LA CLIENTÈLE ÂGÉE ADMISE OU INSCRITE EN COURTE DURÉE (CH)
OU CELLE HÉBERGÉE EN LONGUE DURÉE (CHSLD)

Partie 1 :

CE RÉPERTOIRE EST CLASSÉ SELON LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX CHUTES.

ADMISSION ET ÉVALUATION

- Vérifier auprès de l'usager ou de ses proches le nombre de chute dans la dernière année et leur(s) circonstance(s), s'il y a lieu.
- Procéder au dépistage des facteurs de risques de chutes à l'admission et suite à une chute.
- Procéder au dépistage du delirium et réévaluer quotidiennement.
- Identifier les causes sous-jacentes liées au delirium et les traiter.
- Surveiller le déficit en vitamine D.
- Aviser la personne et sa famille du risque de chute et du plan d'intervention en conséquence.
- Considérer l'usager provisoirement à risque de chute si prise de plusieurs médicaments le rendant davantage à risque de chute.
- Surveiller plus étroitement les déplacements les 3 à 5 premiers jours.
- Connaissance et respect de ses habitudes de vie : heures de coucher, sieste, collation, etc.
- Cloche d'appel à portée de main en tout temps.

TROUBLES VISUELS ET AUDITIFS

- Placer la cloche d'appel, les effets personnels et les aides techniques à sa portée.
- Adapter au besoin le système de cloche d'appel aux capacités de l'usager.
- Vérifier le bon état et la propreté des lunettes et prothèses auditives.
- S'assurer qu'il porte ses lunettes et son appareil auditif (la nuit : accessibles au chevet).
- Décrire l'environnement à l'usager en lui mentionnant les pièces importantes, selon ses besoins.
- Éviter, si possible, de déplacer les objets personnels de l'usager ainsi que les aides techniques.
- Accompagner l'usager dans ses premiers déplacements et au besoin par la suite.
- Procurer un environnement libre d'obstacles et bien éclairé surtout la nuit (veilleuse).

PROBLÈMES DE MOBILITÉ OU PERTE D'AUTONOMIE

- S'assurer que la personne porte ses lunettes et ses prothèses auditives, s'il y a lieu.
- S'assurer du port et de la propreté des lunettes ainsi que des appareils auditifs.
- S'assurer du port de chaussures adéquates pour les déplacements et les transferts.
- Inciter l'usager à demander de l'aide pour ses déplacements.
- Rappeler à l'usager d'utiliser la cloche d'appel et d'attendre de l'aide pour circuler.
- Placer les objets à portée de main (cloche d'appel, mouchoir papier, télécommande, téléphone, aide technique à la marche, urinal, chaise d'aisance, poubelle, etc.).
- Réduire l'utilisation des équipements limitant la mobilité : sonde, cathéters, drain, etc.
- Utiliser si possible un cathéter intermittent pour faciliter les déplacements et les mouvements.
- Descendre les ridelles de lit sur le côté qui facilite le trajet à la toilette.
- Réduire l'emploi des contentions physiques (en dernier recours et le moins contraignant possible) et privilégier les mesures de remplacement.
- Enseigner à l'usager et aux proches les précautions à prendre pour se déplacer de façon sécuritaire (se lever lentement, éviter les virages rapides, utiliser les mains courantes lors des déplacements dans le corridor ainsi que les barres d'appui dans les salles de bain).

- Éviter de porter des vêtements trop longs, encombrants ou glissants.
- Conseiller de porter des chaussures fermées, bien ajustées avec des talons bas et des semelles antidérapantes.
- Se rendre plus fréquemment au chevet des personnes à risque de chute.
- Utiliser des dispositifs d'alarmes ambulatoires émettant un signal lorsque la personne se mobilise.
- S'assurer de la hauteur adéquate des lits et des fauteuils.
- Mobiliser le plus tôt possible après une immobilisation prolongée due à un problème de santé.
- Rappeler les consignes de sécurité à chaque déplacement ou transfert.
- Placer près du lit un fauteuil confortable au cas où l'usager soit fatigué.
- Inscire l'usager aux programmes d'exercices passif ou actif (ex : programme de marche).
- Accompagner l'usager lors de ses premiers déplacements ou transferts (ex : du lit au fauteuil, etc.).
- Éviter de presser l'usager en prévoyant le temps nécessaire pour lui permettre de faire ses activités de façon sécuritaire.
- Vérifier régulièrement le positionnement de l'usager alité.
- Placer le lit à son plus bas niveau et enclencher les freins.
- Enclencher les freins des lits et des fauteuils en tout temps.
- Abaisser les lits après l'administration des soins ou traitements.
- Expliquer les interventions, rassurer et sécuriser l'usager.
- Lever l'usager dès que possible pour aller aux toilettes et pour la prise des repas.
- Alternier les périodes de repos (sieste de 30 minutes l'avant-midi et l'après-midi) et de mobilisation.
- Fractionner la marche en fonction de l'endurance de l'usager en lui permettant de se reposer quelques minutes au cours de l'activité.
- Privilégier l'entraînement à la marche le matin, lorsque l'usager est moins fatigué.
- Renseigner l'usager et sa famille sur la prévention des chutes au retour à domicile.
- Suggérer aux proches d'accompagner l'usager dans ses déplacements.
- Utiliser des dispositifs d'assistance lorsque nécessaire, par exemple les moniteurs de mobilité (avant leur utilisation, considérer les éléments suivants : les fausses alertes, la désensibilisation du personnel face aux alertes, le personnel se fiant à outrance aux alertes ainsi que les réactions de la clientèle avec trouble neurocognitif majeur).
- Apposer des pictogrammes sur les portes ou les lits des usagers à risque de chute pour le personnel.
- Fournir les aides techniques nécessaires pour se mobiliser (cane simple ou tripode, marchette, fauteuil roulant, planche de transfert, trapèze, barre d'appui, etc.).
- Utiliser les aides techniques au besoin (ceinture de marche, marchette, canne, levier, etc.).
- Rendre les déplacements sécuritaires : chaussures à semelles antidérapantes et bien ajustées, plancher sec et exempt d'obstacles.
- Éviter l'encombrement dans la chambre et dans la salle de bain (ramasser les vêtements, le matériel, nettoyer au fur et à mesure les dégâts d'eau ou autre sur le sol).

SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

- Soulager la douleur liée à la mobilisation en offrant des analgésiques prescrits en PRN, 30 minutes avant la mobilisation.
- Planifier les soins et les activités de mobilisation en tenant compte de la période optimale de soulagement de la douleur.
- Expliquer à l'usager chaque étape avant la mobilisation ou le transfert pour diminuer la peur d'avoir mal.
- Expliquer les effets attendus des analgésiques prescrits et l'encourager à les mentionner, s'il y a lieu.
- Conseiller à l'usager d'amorcer les mesures de soulagement de la douleur avant que celle-ci ne devienne trop importante.

277

TROUBLES D'ÉLIMINATION

- Assigner si possible à l'usager un lit près de la salle de bain.
- Favoriser l'ingestion de liquide durant la journée et limiter en soirée.
- Placer la cloche d'appel à la portée de l'usager et y répondre sans délai.
- Suggérer aux proches d'accompagner l'usager dans ses déplacements pour aller aux toilettes.
- Offrir d'aller aux toilettes régulièrement selon ses habitudes antérieures (ex : aux 2 h).
- Éviter d'utiliser une culotte d'incontinence à la première incontinence urinaire (considérer cette incontinence comme un incident de parcours).
- Utiliser, si nécessaire, une culotte d'incontinence en dernier recours et non pas à la première incontinence.
- Utiliser si nécessaire de préférence un coussinet ou une protection « pull up » chez l'usager qui est déjà connu pour ce problème.
- Placer un pictogramme « toilette » sur la porte de la salle de bain.
- S'assurer d'un éclairage suffisant (la nuit) et d'un espace sans obstacles pour se rendre aux toilettes.
- Procurer l'aide nécessaire à la personne pour qu'elle puisse aller uriner aux toilettes.
- Profiter des levers de l'usager alité pour l'amener aux toilettes.
- Placer les objets personnels et les aide techniques à la portée de main : cloche d'appel, mouchoir papier, télécommande, téléphone, aide technique à la marche, urinal, chaise d'aisance, marchette, canne, etc.).
- Installer un sac à cuisse pour porteur de sonde urinaire le jour.
- Vérifier si la sonde s'avère encore nécessaire au moment du transfert de l'urgence à l'unité de soins.
- S'assurer du port de chaussures adéquates lorsque l'usager se rend aux toilettes.
- Installer, au besoin, un siège de toilette surélevé.
- Surélever les jambes au coucher pour éviter ou réduire les nycturies en cas d'œdème.
- Éviter de presser l'usager en prévoyant le temps nécessaire pour lui permettre de faire ses activités de façon sécuritaire.
- Inciter l'usager à demander de l'aide en lui disant qu'il ne dérange pas.
- Renseigner l'usager et ses proches sur la prévention des chutes et sur les principaux facteurs de risque.
- Diminuer le plus rapidement possible les cathéters, sonde, drain afin de faciliter la mobilisation pour se rendre aux toilettes.
- Rappeler à l'usager ayant des troubles neurocognitifs de se rendre aux toilettes et l'accompagner.
- Envisager comme première hypothèse l'envie d'uriner lorsqu'un usager présentant des troubles neurocognitifs se lève la nuit et par la suite répondre à ce besoin à chaque fois qu'il se lève la nuit.

MÉDICATION

- Favoriser les approches non médicamenteuses pour diminuer les risques liés aux effets secondaires.
- Réviser régulièrement l'ensemble des médicaments consommés (efficacité des PRN versus les effets secondaires pouvant entraîner une chute, etc.).
- Limiter la prise de médicaments multiples qui augmente les risques de chute.
- Expliquer les effets secondaires de certaines médications (uriner plus souvent, maux de tête, perte d'équilibre, etc.).
- Surveiller les manifestations indésirables chez l'usager (étourdissement, somnolence, etc.).
- Inciter l'usager à demander de l'aide dès l'apparition des symptômes liés aux risques de chute.
- Surveiller la manifestation d'effets secondaires susceptibles d'occasionner des chutes (rigidité de la démarche, ralentissement psychomoteur, étourdissement, perte d'équilibre, etc.).
- Prendre la tension artérielle à une fréquence préétablie.
- Faire une tournée de surveillance à chaque heure, surtout la nuit.
- Renseigner l'usager et sa famille sur la prévention des chutes au retour à domicile.

3/7

HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (HTO)

- Demander à l'usager de se coucher pendant 15 minutes et vérifier la tension artérielle (TA) couché et assis ou debout, à 1 et 3 minutes. Aviser le médecin si le gradient systolique est > 20 mm Hg ou si le gradient diastolique est > 10 mm Hg sur une base régulière ou si l'usager est symptomatique.
- Enseigner à l'usager à reconnaître les signes d'étourdissements ou d'hypotension orthostatique associés aux effets indésirables de sa médication (nitroglycérine, antihypertenseurs, B-Bloqueurs, antidépresseurs, benzodiazépines, analgésique, etc.).
- Demander à l'usager d'aviser dès l'apparition d'étourdissements ou perte d'équilibre.
- Augmenter les apports liquidiens le jour si aucune contre-indication (insuffisance rénale ou cardiaque).
- Enseigner à l'usager à se lever par étapes, de la position couchée à la position assise, puis de la position debout et à entre couper de pauses.
- Élever la tête du lit à 20° ou à 30° lorsque l'usager est allongé.
- Avant le lever de l'usager, l'inviter à croiser et décroiser les jambes à quelques reprises pour activer le retour veineux.
- Évaluer la pertinence du port des bas de compression avec le médecin.
- Recommander à l'usager de se lever progressivement et d'attendre un moment avant de se lever debout.
- Surveiller l'apparition clinique des manifestations d'HTO (malaises).
- Recommander à l'usager d'être accompagné au premier lever pour aller aux toilettes.
- Accompagner l'usager dans ses déplacements pour déplacements, si symptomatique.
- Aider l'usager à mettre ses bas de compression dès le matin.

TÉMÉRITÉ

- Rappeler à l'usager et aux proches les situations à risques et la façon de les réduire.
- Répéter souvent les consignes de sécurité.
- Vérifier la compréhension de l'usager des consignes transmises.
- Inciter l'usager à demander de l'aide et renforcer les comportements attendus.
- Planifier une surveillance régulière et fournir de l'aide dans les déplacements et les activités à risque.
- Placer à la portée de la main les objets usuels et la cloche d'appel, rappeler les consignes.
- Installer un matelas détecteur de mouvements et prévoir si l'usager n'utilise pas la cloche d'appel.
- Prévoir des mesures de remplacement (détecteur de la mobilité, protecteurs de hanche, etc.) à l'utilisation des contentions physiques (dernier recours et le moins contraignant possible).
- Éliminer les obstacles dans l'environnement.

AGITATION (DELIRIUM)

- Rassurer fréquemment et orienter dans le temps et l'espace ainsi qu'aux personnes à chaque visite.
- Établir le contact visuel avant de donner une consigne simple et concrète.
- S'assurer que l'usager porte ses lunettes et son appareil auditif même lorsqu'il est alité.
- Comblent les besoins physiques et psychologiques de base.
- Garder l'usager agité à vue pour assurer une surveillance étroite.
- Réduire le bruit (alarme, téléphone, télécopieur, cloche d'appel, ton de la voix, etc.).
- Demander la participation des proches pour orienter et sécuriser l'usager.
- Créer une ambiance apaisante et rassurante.
- Utiliser la diversion pour chasser les idées stressantes et anxiolytiques et l'amener sur un autre sujet.
- Éviter l'utilisation des contentions physiques car elles augmentent souvent l'agitation chez l'usager.

TROUBLES PERCEPTUELS ET NEUROCOGNITIFS (SCPD)

- S'assurer du port et de la propreté des lunettes ainsi que des appareils auditifs.
- Placer la cloche d'appel à portée de main en tout temps.
- Orienter la personne dans les trois (3) sphères à chaque visite auprès de l'usager.

4/7

- Donner des directives claires, courtes, concrètes puis valider leur compréhension en invitant l'usager à dire ce qu'il a compris.
- Intégrer dans la conversation des éléments d'orientation (ex. : quel beau lundi matin aujourd'hui !).
- Orienter et sécuriser l'usager à chaque visite, chaque traitement ou chaque soin.
- Expliquer aux proches l'importance de leur présence au chevet de l'usager pour le sécuriser et l'orienter régulièrement dans les gestes quotidiens (diminue les comportements agités), ainsi que pour leur contribution à la satisfaction des besoins de base.
- Permettre à l'usager d'exprimer ses craintes, ses préoccupations et sa tristesse.
- Utiliser un langage simple, visuel et répéter les consignes au besoin (éviter de hausser le ton de la voix).
- Installer le lit à son plus bas niveau en tout temps et enclencher les freins.
- Disposer le matériel toujours au même endroit et de la même façon pour un même usager.
- Détecter et décoder les comportements « agités » signifiant le besoin d'uriner.
- Éviter de presser l'usager en prévoyant le temps nécessaire pour lui permettre de faire ses activités de façon sécuritaire.
- Renseigner l'usager et sa famille sur la prévention des chutes au retour à domicile.
- Faire une tournée de surveillance à chaque heure pour l'ensemble des usagers (le risque de chuter étant grandement augmenté chez la clientèle présentant un trouble neurocognitif majeur).
- Placer une horloge, un réveille-matin ou un calendrier à la vue de l'usager.
- Placer les objets à la portée de la main : cloche d'appel, mouchoir papier, télécommande, téléphone, aide technique à la marche, urinal, chaise d'aisance, poubelle.
- S'assurer du port de chaussures bien ajustées et antidérapantes.
- Identifier l'entrée de la chambre de l'usager avec un objet personnel et significatif.
- Signaler l'emplacement des toilettes avec un pictogramme.
- Réduire les stimuli environnementaux (bruit, éclairage, etc.) pour éviter la surcharge sensorielle pouvant augmenter significativement l'agitation.
- Éviter l'encombrement dans la chambre et la salle de bain (ramasser les vêtements, dégât d'eau ou autre sur le sol).
- Descendre les ridelles de lit (sur un côté par exemple).
- Expliquer les interventions au fur et à mesure, rassurer et sécuriser l'usager.

FACTEURS DANS L'ENVIRONNEMENT

Environnement sécuritaire pour les déplacements

- Prévoir un éclairage suffisant, surtout la nuit, pour le trajet menant aux toilettes.
- Garder la chambre bien rangée et les corridors désencombrés.
- Désencombrer la chambre et le passage vers les toilettes.
- Conserver les planchers secs, sans fils ni obstacles.
- Dégager en tout temps un côté du corridor afin de faciliter l'accès à la main courante.
- Offrir, si possible, à l'usager à risque élevé de chute, le lit dans la chambre qui est situé le plus près des toilettes ou de la sortie.
- Disposer à portée de main les lunettes, la cloche d'appel, les souliers et les aides techniques.
- Ajuster la hauteur du lit au plus bas niveau afin de faciliter les levers pour aller aux toilettes.
- Placer à la hauteur des yeux des points de repère indiquant le trajet pour se rendre aux toilettes et veiller à ce que les lieux soient suffisamment éclairés.
- Placer au besoin, une chaise d'aisance près du lit ou un siège surélevé sur les toilettes.
- Répondre rapidement à la cloche d'appel, surtout la nuit.

Aides techniques facilitant les déplacements et les transferts sécuritaires

- Utiliser des dispositifs d'alarmes ambulatoires émettant un signal lorsque la personne se mobilise.
- Utiliser des dispositifs d'assistance lorsque nécessaire, par exemple les moniteurs de mobilité (avant leur utilisation, considérer les éléments suivants : les fausses alertes, la désensibilisation du personnel face aux alertes, le personnel se fiant à outrance aux alertes ainsi que les réactions de la clientèle avec trouble neurocognitif majeur).
- Fournir les aides techniques nécessaires pour se mobiliser (cane simple ou tripode, marchette, fauteuil roulant, planche de transfert, trapèze, barre d'appui, etc.).
- Utiliser les aides techniques au besoin (ceinture de marche, marchette, canne, levier, etc.).
- Installer un matelas détecteur de mouvements et prévoir si l'utilisateur n'utilise pas la cloche d'appel.
- Prévoir des mesures de remplacement (détecteur de la mobilité, protecteurs de hanche, etc.) à l'utilisation des contentions physiques (dernier recours et le moins contraignant possible).

Environnement stimulant et points de repère

- Disposer sur la table de chevet de l'utilisateur des objets personnels et significatifs : réveille-matin, photo, bibelot, etc.
- Placer à la vue de l'utilisateur un calendrier et une horloge ou un réveille-matin.
- Ouvrir les rideaux le matin pour laisser entrer l'éclairage naturel et faciliter l'orientation.
- Placer à la vue sur la table de chevet un carton plastifié avec l'écriteau suivant : *Vous êtes à l'hôpital et nous prenons soin de vous.*
- Rapprocher l'utilisateur du poste des infirmières pour une meilleure surveillance et pour l'orienter.

Éclairage propice à l'orientation et au repos

- Ouvrir les rideaux le matin pour laisser entrer la lumière naturelle.
- Installer la nuit des veilleuses près du lit de manière à réduire les troubles perceptuels et à faciliter l'orientation.
- Installer la nuit des veilleuses à l'entrée et à l'intérieur de la salle des toilettes.
- Utiliser la nuit un éclairage tamisé ou localisé pour prodiguer les soins et les traitements.
- Éviter le changement d'éclairage trop intense et rapide ce qui provoque une surcharge sensorielle (hypersensibilité à la lumière chez l'utilisateur et qui le fait sursauter).

Réduction des bruits ambiants dans les chambres, les corridors et au poste des infirmières

- Se rappeler de parler moins fort ou de chuchoter dans les corridors.
- Valoriser le port de chaussures moins bruyantes, surtout la nuit.
- Baisser le volume de la sonnerie des téléphones.
- Éviter de laisser fonctionner inutilement les divers appareils.
- Encourager l'utilisation des écouteurs pour le téléviseur dans les chambres.
- Favoriser, si possible, les chambres à occupation simple ou double afin d'éviter les surcharges sensorielles.
- Diminuer les surcharges sensorielles dans l'environnement surtout lors des changements de quart de travail : personnel en double, climat ambiant survolté, bruit occasionné par le va-et-vient des chariots.

FACTEURS AGGRAVANTS (RISQUES ACCRUS DE BLESSURES CAUSÉES PAR UNE CHUTE)

D'une part, les chutes peuvent évidemment entraîner des blessures modérées ou graves chez l'usager. D'autre part, les facteurs aggravants (pouvant se retrouver chez un usager) ne sont pas des facteurs de risque en soi, mais plutôt des conditions cliniques qui pourraient accroître les blessures chez l'usager advenant une chute et par conséquent augmenter les risques de complication.

Il est donc important de toujours prévenir les chutes pour tous les usagers, mais aussi de toujours vérifier si ceux-ci possèdent des facteurs aggravants.

L'acronyme suivant permet de se rappeler les principaux facteurs aggravant lorsqu'un usager chute :

C	Chirurgie récente
O	Ostéoporose sévère, une fracture antérieure, l'utilisation prolongée de stéroïdes ou un cancer métastatique des os
C	Coagulation
A	Âge ou fragilité : 85 ans et plus, peu de tissus musculaire et sous-cutané

Rédaction :

Monique Bourque, inf. M.A., conseillère cadre clinicienne pour les CHSLD, DSI.

Véronique Leblanc, conseillère cadre à la qualité et la sécurité des soins et des services, DQEPP.

Alain Thivierge, erg., M.Sc., conseiller cadre à la qualité et l'évolution de la pratique, DSM.

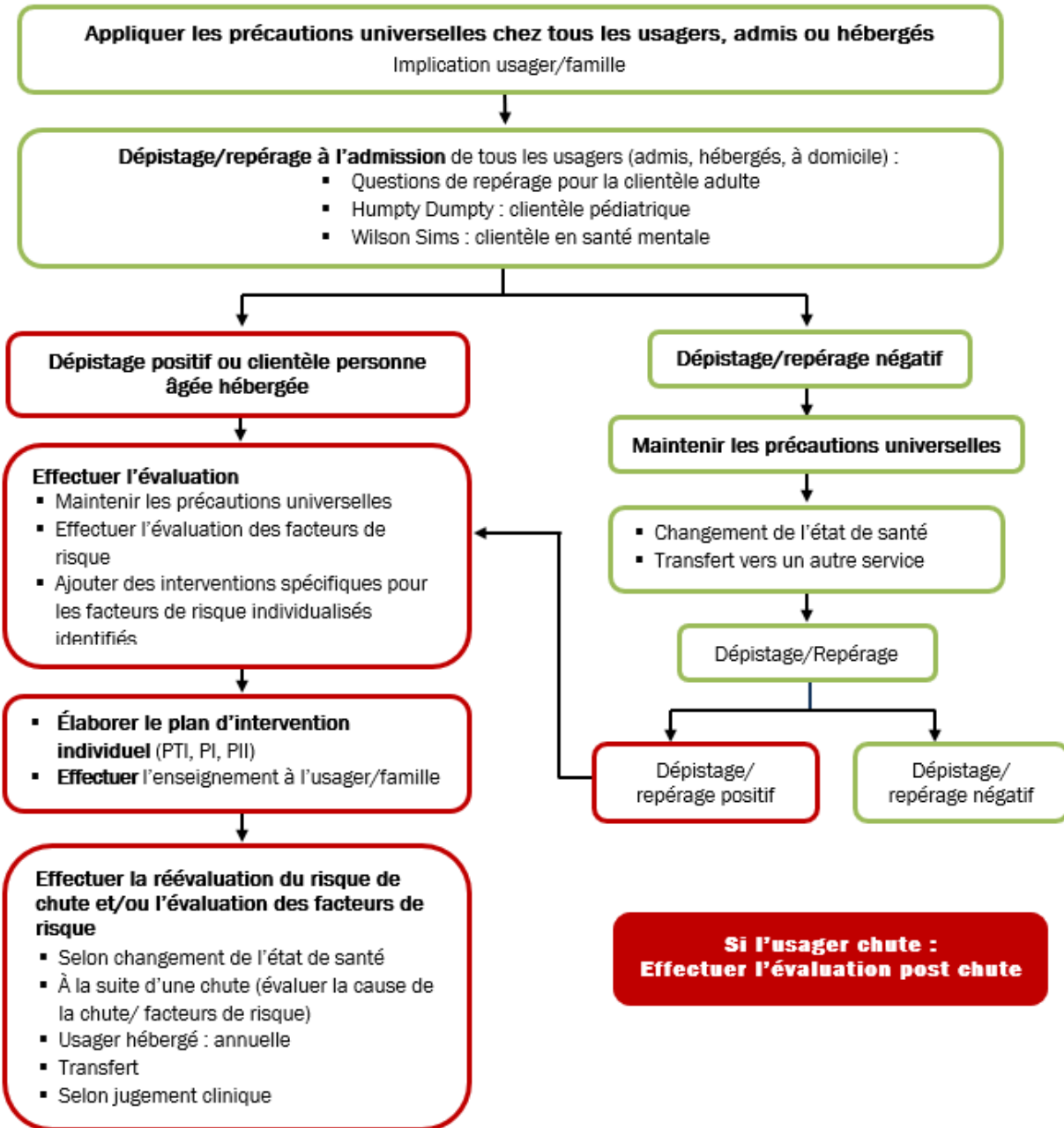
Comité d'amélioration de la qualité concernant la prévention des chutes.

CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

2019.

Annexe H - Interventions en prévention des chutes

INTERVENTIONS EN PRÉVENTION DES CHUTES



Annexe I - Formulaire d'évaluation initiale postchute - Clientèle adulte et gériatrique
Formulaire postchute - Clientèle pédiatrique



INSTALLATION : _____

ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE
POST CHUTE
CLIENTÈLE ADULTE ET PERSONNE ÂGÉE

DATE :

Année	Mois	Jour

 Heure : _____ h

D DESCRIPTION DE LA CHUTE ET DU MALAISE <input type="checkbox"/> AVEC TÉMOIN <input type="checkbox"/> SANS TÉMOIN		INITIALES : _____
PQRSTU	P (Provoqué/Entrainé la chute - Causes/Mesures préventives en place)	
	Q (Description de la chute/Temps resté au sol/Conséquences de la chute)	
	R (Lieu de la chute)	
	S (Autres malaises/Signes avant, pendant et après)	
	T (Quand ? Première chute ? Fréquence depuis la dernière année/Moment de la journée si récurrence)	
	U (Perception : Selon vous, quelle est la cause de votre chute ?)	
<input type="checkbox"/> Selon votre secteur, voir autre formulaire usuel ou système informatique pour signes vitaux et signes neurologiques.		
E EXAMEN CLINIQUE		INITIALES : _____
TA : _____ Pouls : _____ /min <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier		SpO ₂ : _____ % <input type="checkbox"/> À l'air ambiant
Fréquence respiratoire : _____ /min		<input type="checkbox"/> Avec O ₂ : _____ L/min
Rythme : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier		Température : <input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale _____ °C
Type : <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Abdominale		Glycémie : _____ mmol/L (PRN)
Amplitude : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Superficielle		
IMPACT CRÂNIEN	<input type="checkbox"/> IMPACT OU SUSPICION D'IMPACT À LA TÊTE	
	<input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience, de l'état mental ou du comportement	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Hématome/Plaie (tête)
	<input type="checkbox"/> Pas de témoin ou ne peut confirmer si impact crânien	<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements
		<input type="checkbox"/> Écoulements : <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Liquide clair
		<input type="checkbox"/> Oreille <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Bouche
		<input type="checkbox"/> RAS ²
ÉTAT MENTAL	ÉTAT DE CONSCIENCE	
	<input type="checkbox"/> Alerte <input type="checkbox"/> Hyperalerte <input type="checkbox"/> Léthargique	SIGNES GÉRIATRIQUES ATYPIQUES (7 derniers jours)
	<input type="checkbox"/> Stuporeux <input type="checkbox"/> Comateux	<input type="checkbox"/> Perte d'autonomie
	ATTENTION	<input type="checkbox"/> Changement du comportement
	<input type="checkbox"/> Attentif <input type="checkbox"/> Non attentif	<input type="checkbox"/> Changement de l'état mental
	<input type="checkbox"/> Désorienté <input type="checkbox"/> Temps <input type="checkbox"/> Espace	<input type="checkbox"/> Suspicion de délirium
		<input type="checkbox"/> RAS
GLASGOW	Ouverture des yeux : _____ / 4 points	
	Réponse motrice : _____ / 6 points	
	Réponse verbale : _____ / 5 points	
	<input type="checkbox"/> Spontanée = 4 <input type="checkbox"/> À la demande = 3	<input type="checkbox"/> Obéit aux ordres simples = 6 <input type="checkbox"/> Localise la douleur = 5
	<input type="checkbox"/> À la douleur = 2 <input type="checkbox"/> Absente = 1	<input type="checkbox"/> Retrait = 4 <input type="checkbox"/> Décortication = 3 <input type="checkbox"/> Décérébration = 2 <input type="checkbox"/> Nil = 1
	<input type="checkbox"/> Normale = 5 <input type="checkbox"/> Confuse/Réponse désorganisée = 4	Total : _____ / 15 points
	<input type="checkbox"/> Mots inappropriés = 3 <input type="checkbox"/> Incompréhensibles = 2 <input type="checkbox"/> Absente = 1	

¹ Adapté de : Doyon, O. & Longpré, S. (2018). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. (1^{ère} éd.). Pearson ERPL.
² RAS = rien à signaler

Nom de l'utilisateur : _____ No de dossier : _____

SIGNES NEUROLOGIQUES	Réflexe pupillaire direct anormal: <input type="checkbox"/> Pupille droite <input type="checkbox"/> Pupille gauche <input type="checkbox"/> RAS		
	Réflexe pupillaire consensuel anormal: <input type="checkbox"/> Pupille droite <input type="checkbox"/> Pupille gauche <input type="checkbox"/> RAS		
	Dimension: Pupille droite: _____ mm Pupille gauche: _____ mm		
	Serrement des doigts anormal: <input type="checkbox"/> Main droite <input type="checkbox"/> Main gauche <input type="checkbox"/> RAS		
	Lever des jambes contre résistance anormal: <input type="checkbox"/> Jambe droite <input type="checkbox"/> Jambe gauche <input type="checkbox"/> RAS		
PALPATION	Alignement corporel des membres: <input type="checkbox"/> Déviation: _____ <input type="checkbox"/> RAS		
	Réponse motrice anormale (mobilité): <input type="checkbox"/> MSD ³ <input type="checkbox"/> MSG ³ <input type="checkbox"/> MID ³ <input type="checkbox"/> MIG ³ <input type="checkbox"/> RAS		
	<input type="checkbox"/> Douleur au repos <input type="checkbox"/> Douleur à l'inspiration <input type="checkbox"/> Douleur cervicale <input type="checkbox"/> RAS		
	<input type="checkbox"/> Douleur à la palpation des articulations <input type="checkbox"/> Douleur à la mobilisation des articulations		
	<input type="checkbox"/> Présence de signes non verbaux de douleur (ex: position antalgique, faciès crispé, protège son membre, etc.) Description (localisation, intensité): _____		
INTÉGRITÉ DE LA PEAU	<input type="checkbox"/> Abrasion/Lacération <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Saignement <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> RAS		
	Précision (localisation/description): _____		
SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE			
ANALYSE DES DONNÉES ET INTERVENTIONS INITIALES : _____			
MÉDICATION	<input type="checkbox"/> PRN administré <input type="checkbox"/> Ordonnance collective initiée		
MOBILISATION*	<input type="checkbox"/> Usager se lève seul ou avec aide <input type="checkbox"/> Usager levé au levier <input type="checkbox"/> Usager levé en bloc/Suspicion de fracture		
FACTEURS AGGRAVANTS	<input type="checkbox"/> Chirurgie récente <input type="checkbox"/> Coagulation (thrombocytopénie, anticoagulant, antiplaquetaires) <input type="checkbox"/> Ostéoporose sévère, fracture antérieure, utilisation prolongée de stéroïdes ou cancer métastatique des os <input type="checkbox"/> Âge : plus de 80 ans, peu de tissus musculaire et sous-cutané		
SURVEILLANCE	<input type="checkbox"/> Sans impact crânien <input type="checkbox"/> Sans impact avec facteurs aggravants <input type="checkbox"/> Impact crânien		
MESURES PRÉVENTIVES IDENTIFIÉES dans l'immédiat pour éviter récurrences : _____			
INTERVENTIONS INFIRMIÈRES - SUIVIS INFIRMIERS INITIALES : _____			
INFIRMIER	<input type="checkbox"/> Formulaire de surveillance amorcé <input type="checkbox"/> Plan thérapeutique infirmier ajusté <input type="checkbox"/> Rapport AH-223 complété <input type="checkbox"/> Plan de travail du préposé aux bénéficiaires (PAB) ajusté et consignes données aux équipes <input type="checkbox"/> Réévaluation des facteurs de risque via le formulaire de repérage <input type="checkbox"/> Si suspicion de délirium, débuter dépistage selon outil du secteur		
MÉDICAL	<input type="checkbox"/> Appel au médecin/IPS ⁵ : <input type="checkbox"/> Traitant <input type="checkbox"/> De garde : _____ <input type="checkbox"/> Inscription visite médicale <input type="checkbox"/> Voir note infirmières pour directives médicales/IPS/transfert en CH <input type="checkbox"/> Transfert en centre hospitalier (CH)		
CONSULTATION	<input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Physiothérapie/Technologue en physiothérapie <input type="checkbox"/> Rencontre interdisciplinaire planifiée <input type="checkbox"/> Nutritionniste <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____		
DIVULGATION	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} répondant avisé : _____		
NOTES COMPLÉMENTAIRES			
INITIALES	SIGNATURE	NOM (en caractères d'imprimerie)	TITRE/FONCTION

³ Membre supérieur ou inférieur droit ou gauche
⁴ Voir algorithme pour le relevé de l'utilisateur
⁵ Voir algorithme pour la surveillance post-chute
⁶ Infirmière praticienne spécialisée

INSTALLATION : _____

**ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE
POST CHUTE CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE**

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

 Heure : _____ h _____

DESCRIPTION DE LA CHUTE ET DU MALAISE		<input type="checkbox"/> AVEC TÉMOIN	<input type="checkbox"/> SANS TÉMOIN	INITIALES :
PQRSTU	P (Provoqué/Entraîné la chute - Causes/Mesures préventives en place)			
	Q (Description de la chute/Temps resté au sol/Conséquences de la chute/Impacts fonctionnels sur les AVD/AVQ)			
	R (Lieu de la chute)			
	S (Autres malaises - Signes avant, pendant et après)			
	T (Quand ? Première chute ? Fréquence depuis la dernière année/Moment de la journée si récurrence)			
U (Perception : Selon vous, quelle est la cause de votre chute ?)				
<input type="checkbox"/> Selon votre secteur, voir autre formulaire usuel ou système informatique pour signes vitaux et signes neurologiques.				
EXAMEN CLINIQUE		INITIALES :		
TA : _____	Pouls : _____/min	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Irrégulier	SpO ₂ : _____ %
Fréquence respiratoire : _____/min				<input type="checkbox"/> À l'air ambiant
Rythme :	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Irrégulier		Température
Type :	<input type="checkbox"/> Thoracique	<input type="checkbox"/> Abdominale		<input type="checkbox"/> Buccale <input type="checkbox"/> Rectale _____ °C
Amplitude :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Profonde	<input type="checkbox"/> Superficielle	Glycémie : _____ mmol/L (PRN)
ÉTAT DE CONSCIENCE		FONTANELLE ANTÉRIEURE :		
<input type="checkbox"/> Alerte	<input type="checkbox"/> Hyperalerte	<input type="checkbox"/> Léthargique	<input type="checkbox"/> Stuporeux	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée <input type="checkbox"/> Non applicable
<input type="checkbox"/> Comateux		FONTANELLE POSTÉRIEURE :		
		<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée <input type="checkbox"/> Non applicable		
IMPACT CRÂNIEN	<input type="checkbox"/> IMPACT OU SUSPICION D'IMPACT À LA TÊTE		<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Hématome/Plaie (tête)
	<input type="checkbox"/> Altération de l'état de conscience, de l'état mental ou du comportement		<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Pas de témoin ou ne peut confirmer si impact crânien		<input type="checkbox"/> Écoulements :	<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Liquide clair
		<input type="checkbox"/> Oreille	<input type="checkbox"/> Nez	<input type="checkbox"/> Bouche
		<input type="checkbox"/> RAS ²		
GLASGOW PÉDIATRIQUE	OUVERTURE DES YEUX : /4 POINTS		RÉPONSE MOTRICE : /6 POINTS	
	<input type="checkbox"/> Spontanée	= 4	<input type="checkbox"/> Réponse spontanée, mouvement dirigé (0 - 2 ans) ou obéit aux ordres simples (2 ans et plus)	= 6
	<input type="checkbox"/> Au bruit (0 - 1 an)	= 3	<input type="checkbox"/> Se retire au toucher (0 - 2 ans) ou localise la douleur (2 ans et plus)	= 5
	<input type="checkbox"/> À la douleur	= 2	<input type="checkbox"/> Se retire lors d'une douleur centrale (0 - 2 ans) ou se retire à la douleur (2 ans et plus)	= 4
<input type="checkbox"/> Absente	= 1	<input type="checkbox"/> Flexion anormale à la douleur (décortication)	= 3	
		<input type="checkbox"/> Extension à la douleur (décérébration)	= 2	
		<input type="checkbox"/> Pas de réponse	= 1	
		RÉPONSE VERBALE : /5 POINTS		
<input type="checkbox"/> Souris, pleurs appropriés (0 - 2 ans)/paroles appropriées (2 - 5 ans)/orienté et parle (5 ans et plus)				= 5
<input type="checkbox"/> Pleurs(0 - 2 ans)/paroles inappropriées (2 - 5 ans)/désorienté et parle (5 ans et plus)				= 4
<input type="checkbox"/> Pleurs, cris inappropriés(0 - 2 ans)/cris ou hurlement (2 - 5 ans)/paroles inappropriées (5 ans et plus)				= 3
<input type="checkbox"/> Grognement (0 - 5 ans)/incompréhensible (5 ans et plus)				= 2
<input type="checkbox"/> Pas de réponse				= 1
		TOTAL :		/15 POINTS

¹ Adapté de : Doyon, O. & Longpré, S. (2018). Évaluation clinique d'une personne symptomatique. (1^{ère} éd.). Pearson ERPI. ² RAS = Rien à signaler

FDCUZZ014

**ÉVALUATION INITIALE INFIRMIÈRE
POST CHUTE CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE**

Annexe J - Éléments d'évaluation et de surveillance en postchute SBAR / ISAER adapté lors d'une chute

Éléments d'évaluation	Infirmière CEPI	Infirmière auxiliaire CEPIA
PQRSTU de la chute	X	X
Signes vitaux*	X	X
ÉLÉMENTS LORS D'UN IMPACT CRÂNIEN (ou présomption)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleur à la tête ▪ Nausées ▪ Vomissements ▪ Écoulement de sang ou liquide clair au niveau du nez, oreilles, bouche ▪ Hématome/plaie à la tête 	X	X
ÉTAT MENTAL		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ État de conscience ▪ Niveau d'attention ▪ Orientation dans le temps et l'espace ▪ Risque de délirium ▪ Présence de signes gériatriques atypiques 	X	X
SIGNES NEUROLOGIQUES*		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Échelle de Glasgow ▪ Réaction pupillaire ▪ Mobilité des membres ▪ Fontanelles (clientèle pédiatrique) 	X	X
Alignement corporel des membres	X	X
Réponse motrice	X	X
Présence de douleur (PQRSTU)	X	X
Détermination de la présence de signes non verbaux de douleur	X	X
L'Intégrité de la peau/la présence de blessures	X	X
Analyser la situation et déterminer les interventions requises		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prodiger les premiers soins 	X	X
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrer un PRN <ul style="list-style-type: none"> ○ CEPI : peut décider d'administrer un PRN ○ Externe : le patient doit avoir été évalué préalablement par une infirmière * 	X	Contribue
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Initier une ordonnance collective (OC) <ul style="list-style-type: none"> ○ CEPI ne peut pas décider d'initier une OC 	X	Contribue
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer l'aide requise pour mobiliser l'utilisateur ou demander l'assistance nécessaire 	X	X
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticiper les complications et déterminer le niveau de gravité 	X	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer la présence de facteurs aggravants 	X	Contribue
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer et ajuster la surveillance requise 	X	Contribue
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réévaluer le risque de chute et ses facteurs de risque 	X	Contribue
Éléments d'évaluation	Infirmière	Infirmière

	CEPI	auxiliaire CEPIA
▪ Identifier les mesures préventives à mettre en place pour éviter une récurrence	X	Contribue
▪ Ajuster le PTI et le plan de travail des PAB	X	
▪ Appeler la ou le médecin/IPS PRN (voir SBAR /ISAER page suivante)	X	X
▪ Référence/consultations aux professionnels	X	
▪ Faire la divulgation auprès de l'utilisateur et de son répondant	X	X**
▪ Documenter au dossier l'évaluation de la chute et compléter et le rapport d'incident/accident (AH-223-1/SISSS)	X	X

*** Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers - Annexe I (a.5) art.6 - activités professionnelles pouvant être exercées par une externe en soins infirmiers**

L'externe exerce les activités professionnelles des infirmières prévues dans le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers* en respectant les conditions prescrites. L'externe peut exercer ces activités **seulement auprès d'un patient dont l'état de santé n'est pas dans une phase critique ou requérant des ajustements fréquents.**

L'externe contribue à la mesure et à la surveillance des signes neurologiques, neurovasculaires et vitaux.

Elle peut également administrer, selon la voie indiquée, les médicaments ou autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance et, dans le cas des médicaments PRN, lorsque l'état du patient a été évalué préalablement par une infirmière.

** Avise le répondant en l'absence d'une infirmière et selon la procédure du secteur.

SBAR / ISAER ADAPTÉ LORS D'UNE CHUTE**S** = Situation**B** = *Background* (Antécédents)**A** = *Assessment* (Évaluation)**R** = Recommandation

Ce moyen mnémotechnique est utilisé dans de nombreuses situations pour une communication efficace.

En français, l'acronyme utilisé est **ISAER**.**Exemple d'un ISAER en cas de chute (adapté de Gordon et col., 2010)**

<p style="text-align: center;">I</p> <p style="text-align: center;">Identification</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se présenter (nom, fonction) et se situer. ▪ Valider l'identité de l'interlocuteur. ▪ Présenter l'utilisateur : nom, prénom, âge, localisation.
<p style="text-align: center;">S</p> <p>Situation : que se passe-t-il présentement ? Bref énoncé du problème.</p>	<p>Définir la raison de l'appel :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éléments pertinents du PQRSTU de la chute. (ex. : trouvé au sol, prodrome, impact ou suspicion d'un impact crânien)
<p style="text-align: center;">A</p> <p>Antécédents : quels facteurs/événements ont mené à cet état/problème ? L'information pertinente reliée à la situation.</p>	<p>Informez le médecin/IPS de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chute récente; ▪ Facteurs aggravants (acronyme COCA); ▪ Médication pertinente (ex. : anticoagulants, AINS, HBPM, glucocorticoïdes à long terme, antiplaquettaires, anti-HTA, B-bloqueurs, etc.); ▪ Résultats de laboratoire pertinents (ex. : INR, FSC (Hb/PLT), glycémie, créatinine, urée).
<p style="text-align: center;">E</p> <p>Évaluation : quelle est votre évaluation de la situation ? Ce que vous avez trouvé, pensé et fait.</p>	<p>Évaluation initiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Signes vitaux; ▪ État mental actuel : ▪ Signes neurologiques PRN; ▪ Blessures : ▪ Alignement corporel; ▪ Douleur; ▪ Avec ou sans impact crânien; ▪ Si impact crânien, nommer les signes et symptômes associés.
<p style="text-align: center;">R</p> <p>Recommandations : actions proposées ou suggestions d'interventions supplémentaires ou de priorités d'interventions.</p>	<p>Obtenir prescriptions PRN :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suspension des anticoagulants/antiplaquettaires, si jugé approprié; ▪ Examens complémentaires (R-X, C-T scan, labos, etc.); ▪ Prescriptions Rx/T; ▪ Recommandations sur suivi.

Annexe K - Mobilisation des usager(-ère)s - Relever - Clientèle adulte et pédiatrique

MOBILISATION POST CHUTE AU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

Utilisation mécanique d'un lève-personne avec une toile régulière ou d'une planche ou d'une toile de chute homologuée¹ en fonction du type d'incident

Indices de gravité de la chute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Type de chute (niveau de risque croissant) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune chute au sol : descente lente et/ou assistée vers le sol d'un usager orienté ou en présence d'un témoin; ○ Chute avec les pieds au sol : à la marche ou en pivot (lit-fauteuil) : exclusion dans les escaliers; ○ Chute de plus de 1 m ou de 5 marches : hauteur d'un lit, de l'assise d'une chaise, chaise roulante, fauteuil, toilettes. ▪ Type de clientèle (facteurs aggravants, facteurs de risque, clientèle orientée ou non) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pédiatrique (nourrisson); ○ Gériatrique. ▪ Prodrome (symptômes précédant la chute). ▪ Contexte (médical ou mécanique). ▪ Cinétique (hauteur, vitesse, surface d'impact, nature de la surface d'impact, etc.). ▪ Zones d'impact (parties du corps qui ont touché le sol en premier).
Immobilisation avec collet (Doit être formé, habilité et connaître la MSI 6 -T34 - Installation ou remplacement d'un collet cervical rigide chez la clientèle adulte et pédiatrique - https://msi.expertise-sante.com/sites/default/files/ciussse_chus-installation_replacement_collet_cervical_adulte_et_pediatrie.pdf Formation pratique obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer l'évaluation quant à la nécessité d'installer un collet cervical ou non. <ul style="list-style-type: none"> ○ Inspecter et évaluer le dos et la colonne vertébrale. ▪ Application selon : <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexte et gravité de la chute; ○ Les critères du <i>C-Spine rule</i>² : paresthésie des extrémités, douleur/sensibilité à la palpation le long de la ligne médiane de la colonne cervicale, incapacité de faire une rotation de 45° de la tête de gauche à droite, etc.; ○ Pratiques officielles du secteur.
Présence d'un impact à la tête ou à la colonne vertébrale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation fortement recommandée : planche ou toile de chute homologuée. ▪ Selon l'évaluation de l'intervenant, en cas de suspicion d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) avec examen physique initial (dont des signes neurologiques et le score de Glasgow) sans particularité, l'utilisation de la toile régulière serait acceptable. ▪ Trois intervenants ou plus pour une mobilisation sécuritaire en bloc. ▪ L'intervenant responsable (infirmière ou médecin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue l'évaluation quant à la nécessité d'installer un collet cervical ou non; ○ Donne les consignes à l'équipe pour la mobilisation en bloc avec les bras croisés sur l'usager; ○ Immobilise la tête et le cou avec la technique expliquée dans la MSI 6-T34 (<i>squeeze and trap</i>). ○ Donne le code de départ pour tourner en bloc lorsque tout le monde est prêt; ○ Insère la planche ou la toile de chute homologuée sous l'usager (sécuriser l'usager avec les sangles prévues à cet effet); ○ Utilise un lève-personne ou un nombre d'intervenant sécuritaire pour le transfert de l'usager.
Avec blessure légère et/ou sans capacité physique suffisante pour se relever sans aide et sans suspicion de blessure à la colonne (cervicale, dorsale, lombaire) ou à la hanche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complète l'évaluation de la chute selon la RSI; ○ Planifie et coordonne le transfert/déplacement de l'usager; ○ Détermine le nombre d'intervenants nécessaire à la mobilisation (habituellement 1 ou 2 intervenants) selon le profil de l'usager. ▪ Utilisation obligatoire du lève-personne avec toile adaptée.
Présence d'une blessure de type fracture (hanche ou autre membre)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation fortement recommandée : planche ou toile de chute homologuée. ▪ Solliciter le nombre d'intervenants suffisant pour mobiliser la personne soignée tout en soutenant le membre blessé.

¹ Homologuée ou approuvée : qui est conforme aux exigences techniques applicables pour la sécurité de l'usager et du travailleur.

² CCR est une aide à la décision qui guide le clinicien à déterminer si une imagerie diagnostique de la colonne cervicale est nécessaire pour détecter une blessure suite à un trauma récent de la région cervicale.

MOBILISATION POST CHUTE AU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable (infirmière ou médecin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue l'évaluation de la personne soignée et détermine le mode d'immobilisation pertinent pour le membre blessé; ○ Procède à une immobilisation de confort du membre pour lequel il y a une suspicion de fracture; ○ Donne le code de départ pour tourner l'usager du côté approprié pour le type de fracture suspecté; ○ Insère la planche ou la toile de chute homologuée sous l'usager (sécuriser l'usager avec les sangles prévues à cet effet); ○ Utilise un lève-personne ou un nombre d'intervenants sécuritaire pour le transfert de l'usager.
Sans blessure et avec des capacités physiques et psychologiques suffisantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complète l'évaluation de la chute; ○ Planifie et coordonne le transfert/déplacement de l'usager, au besoin; ○ Détermine le nombre d'intervenants nécessaires à la mobilisation (habituellement 1 ou 2 intervenants) selon le profil de l'usager. ▪ Relever du sol selon l'enseignement de l'ASSTSAS³. ▪ Informer l'usager d'arrêter le mouvement en cours si apparition de douleur et de s'immobiliser dans une position confortable (réévaluer PRN) ▪ Donner les directives à l'usager étape par étape. ▪ Mimer les étapes PRN. ▪ Offrir un banc ou une chaise pour surface d'appui.
Pour un arrêt cardio respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer le RCR sur l'usager dans la position dans laquelle il est retrouvé. ○ Si retrouvé sur le sol : ne pas replacer l'usager au lit. ▪ Effectuer le transfert selon les consignes médicales avec la planche ou la toile de chute homologuée.



Références

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Repéré à : <http://asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/pdsp>
 Lai, A., McLaughlin, M., & Cook, N. (2022). Le coin du clinicien : La Règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale (Canadian C-Spine Rule). *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 5-7. <https://doi.org/10.29173/cjen194>
 CIUSSS-CHUS (Révision 2016). Méthode de soins- Installation ou remplacement d'un collet cervical rigide chez la clientèle adulte et pédiatrique (6 -T34). Direction des soins infirmiers.
 CIUSSS-CHUS (2024). Règle de soins infirmiers - Prévention, évaluation des chutes et des blessures. Direction des soins infirmiers.

³ Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Repéré à : <http://asstsas.qc.ca/themes-pdsb/fiches-generales> Se relever du sol et s'asseoir.

MOBILISATION POST CHUTE PÉDIATRIQUE AU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

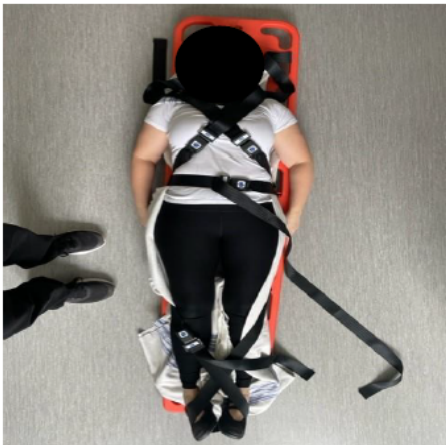
Utilisation mécanique d'un lève-personne avec une toile régulière ou d'une planche

Indices de gravité de la chute	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Type de chute (niveau de risque croissant) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucune chute au sol : descente lente et/ou assistée vers le sol d'un usager orienté ou en présence d'un témoin; ○ Chute avec les pieds au sol : à la marche ou en pivot (lit-fauteuil) : exclusion dans les escaliers; ○ Chute d'une hauteur ou dans les escaliers : bras d'un adulte, hauteur d'un lit/bassinette, de l'assise d'une chaise, chaise roulante, fauteuil, mobilier, etc.; ○ Impact à la tête d'un nourrisson dans les bras de son parent/tuteur sur une surface dure ▪ Type de clientèle (facteurs aggravants, facteurs de risque, clientèle orientée ou non) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pédiatrique (nourrisson); ▪ Prodrome (symptômes précédant la chute). ▪ Contexte (médical ou mécanique). ▪ Cinétique (hauteur, vitesse, surface d'impact, nature de la surface d'impact, etc.). ▪ Zones d'impact (parties du corps qui ont touché le sol en premier).
Immobilisation avec collet (Doit être formé, habilité et connaître la MSI 6-T34 - Installation ou remplacement d'un collet cervical rigide chez la clientèle adulte et pédiatrique - https://msi.expertise-sante.com/sites/default/files/ciussse_chus-installation_replacement_collet_cervical_adulte_et_pediatie.pdf Formation pratique obligatoire pour son utilisation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspecter et évaluer le dos et la colonne vertébrale. ▪ Application selon : <ul style="list-style-type: none"> ○ Contexte et gravité de la chute; ○ Les critères du <i>C-Spine rule</i>¹ : paresthésie des extrémités, douleur/sensibilité à la palpation le long de la ligne médiane de la colonne cervicale, incapacité de faire une rotation de 45° de la tête de gauche à droite, etc.; ▪ Effectuer l'évaluation quant à la nécessité d'installer un collet cervical ou non et référer au besoin au médecin ou ambulancier
Présence d'un impact à la tête ou à la colonne vertébrale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation recommandée : planche ▪ Selon l'évaluation de l'intervenant, en cas de suspicion d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) avec examen physique initial (dont des signes neurologiques et le score de Glasgow) sans particularité, l'enfant peut se relever avec aide ▪ Trois intervenants ou plus pour une mobilisation sécuritaire en bloc (selon jugement de l'intervenant, en fonction de l'âge et du poids de l'enfant). ▪ L'intervenant responsable (infirmière ou médecin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue l'évaluation quant à la nécessité d'installer un collet cervical ou non; ○ Donne les consignes à l'équipe pour la mobilisation en bloc avec les bras croisés sur l'usager; ○ Si immobilisation avec collet, Immobilise la tête et le cou avec la technique expliquée dans la MSI 6-T34 (<i>squeeze and trap</i>) ○ Donne le code de départ pour tourner en bloc lorsque tout le monde est prêt; ○ Insère la planche sous l'usager (sécuriser l'usager avec les sangles prévues à cet effet); ○ Utilise un lève-personne ou un nombre d'intervenant sécuritaire pour le transfert de l'usager.
Avec blessure légère et/ou sans capacité physique suffisante pour se relever sans aide et sans suspicion de blessure à la colonne (cervicale, dorsale, lombaire) ou autre	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complète l'évaluation de la chute selon la RSI; ○ Planifie et coordonne le transfert/déplacement de l'usager ; ○ Détermine le nombre d'intervenants nécessaire à la mobilisation (habituellement 1 ou 2 intervenants) selon le profil de l'usager. ▪ Utilisation du matériel usuel selon situation et jugement clinique de l'intervenant
Présence d'une blessure de type fracture	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation recommandée : planche (selon jugement de l'intervenant, en fonction de l'âge et du poids de l'enfant) ▪ Solliciter le nombre d'intervenants suffisant pour mobiliser la personne soignée tout en soutenant le membre blessé.

¹ CCR est une aide à la décision qui guide le clinicien à déterminer si une imagerie diagnostique de la colonne cervicale est nécessaire pour détecter une blessure suite à un trauma récent de la région cervicale.

MOBILISATION POST CHUTE PÉDIATRIQUE AU CIUSSS DE L'ESTRIE - CHUS

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable (infirmière ou médecin) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue l'évaluation de la personne soignée et détermine le mode d'immobilisation pertinent pour le membre blessé; ○ Procède à une immobilisation de confort du membre pour lequel il y a une suspicion de fracture; ○ Donne le code de départ pour tourner l'usager du côté approprié pour le type de fracture suspecté; ○ Insère la planche sous l'usager (sécuriser l'usager avec les sangles prévues à cet effet); ○ Utilise un lève-personne ou un nombre d'intervenants sécuritaire pour le transfert de l'usager.
<p>Sans blessure et avec des capacités physiques et psychologiques suffisantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'intervenant responsable : <ul style="list-style-type: none"> ○ Complète l'évaluation de la chute; ○ Planifie et coordonne le transfert/déplacement de l'usager, au besoin; ○ Détermine le nombre d'intervenants nécessaires à la mobilisation (habituellement 1 ou 2 intervenants) selon le profil de l'usager. ▪ Relever du sol selon jugement de l'intervenant (avec aide ou avec appui et consignes) ▪ Informer l'usager d'arrêter le mouvement en cours si apparition de douleur et de s'immobiliser dans une position confortable (réévaluer PRN). Demander la collaboration du parent/tuteur présent. ▪ Donner les directives à l'usager et son parent/tuteur étape par étape. ▪ Mimer les étapes PRN. ▪ Offrir un banc ou une chaise pour surface d'appui.
<p>Pour un arrêt cardio respiratoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effectuer le RCR sur l'usager dans la position dans laquelle il est retrouvé. ▪ Effectuer le transfert selon les consignes médicales avec la planche

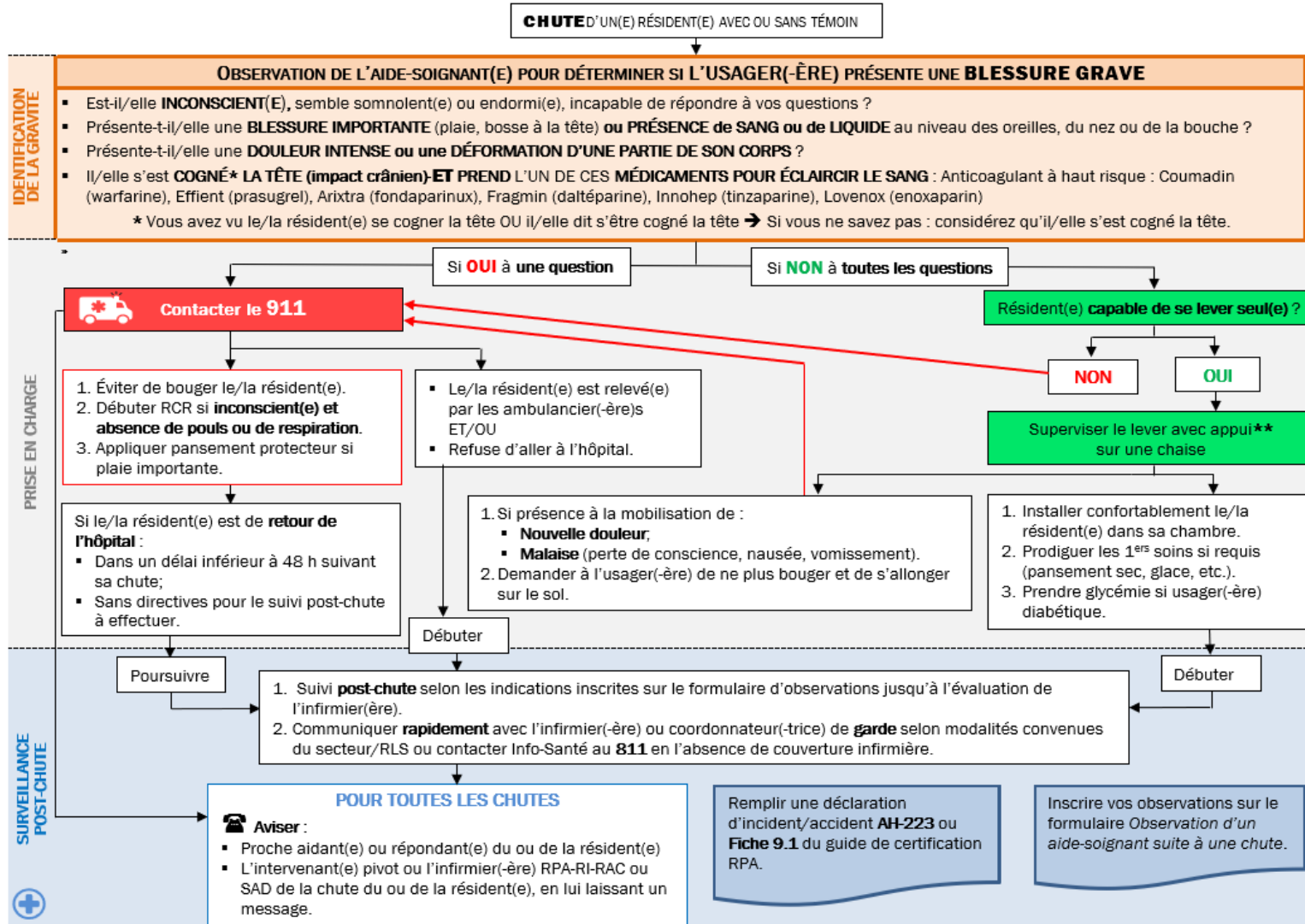


Références

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Repéré à : <http://asstsas.qc.ca/dossiers-thematiques/pdsp>
 Lai, A., McLaughlin, M., & Cook, N. (2022). Le coin du clinicien : La Règle canadienne concernant la radiographie de la colonne cervicale (Canadian C-Spine Rule). *Canadian Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 5-7. <https://doi.org/10.29173/cjen194>
 CIUSSSE-CHUS (Révision 2016). Méthode de soins- Installation ou remplacement d'un collet cervical rigide chez la clientèle adulte et pédiatrique (6 -T34). Direction des soins infirmiers.
 CIUSSSE-CHUS (2024). Règle de soins infirmiers - Prévention, évaluation des chutes et des blessures. Direction des soins infirmiers.


















Annexe L - Algorithme d'aide à la décision et formulaire de surveillance pour les aides-soignant(e)s

AIDE À LA DÉCISION POUR LES AIDES-SOIGNANT(E)S, SANS INFIRMIER(-ÈRE) NI INFIRMIER(-ÈRE) AUXILIAIRE SUR PLACE AU MOMENT DE LA CHUTE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE (RI, RPA ET RAC)



** Voir technique au verso

AIDE À LA DÉCISION POUR LES AIDES-SOIGNANT(E)S, SANS INFIRMIER(-ÈRE) NI INFIRMIER(-ÈRE) AUXILIAIRE SUR PLACE AU MOMENT DE LA CHUTE EN MILIEU D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE (RI, RPA ET RAC)

<p>⚠ IDENTIFICATION DE LA GRAVITÉ → L'utilisateur(-ère) présente un risque plus élevé de saignement interne lorsqu'il/elle prend un ou des anticoagulants décrits dans l'encadré orange page 1.</p>												
<p>PRISE EN CHARGE</p>	<p>INDICATIONS POUR LE LEVER DE L'USAGER(-ÈRE)</p> <p>🚫 → Ne tentez pas de soulever, ni de soutenir l'utilisateur(-ère) par le bras : Vous pourriez <u>vous blesser</u> et/ou <u>aggraver sa situation</u>.</p> <p>🚑 → Communiquez avec le 911 pour obtenir l'aide des paramédicaux afin de relever l'utilisateur(-ère).</p> <p>👉 L'utilisateur(-ère) refuse d'aller à l'hôpital même s'il/elle présente une blessure grave. Spécifier cette information à l'<u>infirmier(-ère)</u> lors de son évaluation téléphonique.</p>											
	<p>FICHE PDSB MANŒUVRES AU SOL 1-511a</p> <p style="text-align: center;">SE RELEVER DU SOL ET S'ASSEOIR Supervision</p> <p>Caractéristiques de la cliente : fait les mouvements par elle-même, mais peut avoir besoin d'être guidée ou stimulée.</p> <table border="1"> <tr> <th>Étape 1</th> <th>Étape 2</th> <th>Étape 3</th> </tr> <tr> <td>  <p>• Se tourner sur le côté.</p> </td> <td>  <p>• Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc.</p> </td> <td>  <p>• S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.</p> </td> </tr> <tr> <th>Étape 4</th> <th>Étape 5</th> <th>Étape 6</th> </tr> <tr> <td>  <p>• Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras.</p> </td> <td>  <p>• Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever.</p> </td> <td>  <p>• Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.</p> </td> </tr> </table>	Étape 1	Étape 2	Étape 3	 <p>• Se tourner sur le côté.</p>	 <p>• Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc.</p>	 <p>• S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.</p>	Étape 4	Étape 5	Étape 6	 <p>• Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras.</p>	 <p>• Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever.</p>
Étape 1	Étape 2	Étape 3										
 <p>• Se tourner sur le côté.</p>	 <p>• Prendre appui sur les mains pour redresser le tronc.</p>	 <p>• S'agenouiller et s'appuyer sur la chaise.</p>										
Étape 4	Étape 5	Étape 6										
 <p>• Lever un genou et s'appuyer sur les appuie-bras.</p>	 <p>• Pousser sur la jambe et les appuie-bras pour se relever.</p>	 <p>• Prendre appui sur l'appuie-bras et se tourner pour s'asseoir.</p>										
<p>SURVEILLANCE POST-CHUTE</p>	<p>👉 1. Avant l'évaluation de l'infirmier(-ère), débiter l'observation des symptômes selon la fréquence indiquée sur le formulaire XXX : <i>Observations d'un aide-soignant suite à une chute.</i></p> <p>→ En plus des anticoagulants indiqués dans l'encadré orange, il est important de nommer à l'infirmier(-ère) si l'utilisateur(-ère) prend l'un des anticoagulants suivants : Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Pradaxa (dabigatran), Eliquis (apixaban), Lixiana (édoxaban), Xarelto (rivaroxaban) ou Aspirine/ASA. Ces anticoagulants peuvent aussi occasionner un risque de saignement.</p> <p>2. Après l'évaluation de l'infirmier(-ère), suivre ses directives concernant le suivi et la fréquence de surveillance à poursuivre.</p> <p>→ Signes vitaux : Tension artérielle NORMALE = 120 à 140/60 à 90 - Pouls normal = 60 à 100/min. Si hors de ces valeurs : aviser l'infirmier(-ère).</p> <p>⚠ Lors de vos suivis post-chute, si vous observez 1 ou plusieurs signes et symptômes : aviser l'infirmier(-ère) selon votre processus habituel.</p>											



INSTALLATION : _____

COLLECTE DE DONNÉES

OBSERVATIONS POST-CHUTE PAR UN AIDE-SOIGNANT EN RI-RPA-RAC¹

Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier	N° de chambre
N° d'assurance maladie				
Nom à la naissance			Prénom	
Adresse				
ville		Code postal		N° de téléphone
Nom de la mère			Prénom de la mère	
Nom du père			Prénom du père	
Médecin traitant				

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

 de la chute HEURE de constat de la chute : _____

INFORMATIONS SUR LA CHUTE		
L'usager s'est cogné la tête ? (impact crânien) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas → Considérer qu'il/elle s'est cogné la tête		L'usager prend un anticoagulant² ? (à risque élevé ou modéré) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, le(s)quel(s) : _____
Brève description de la chute : _____		
SURVEILLANCES POST-CHUTE JUSQU'À L'ÉVALUATION TÉLÉPHONIQUE DE L'INFIRMIÈRE		
<input type="checkbox"/> Impact crânien ET prend anticoagulant à haut risque : Heure du départ pour l'hôpital : _____ <input type="checkbox"/> Usager refuse d'aller à l'urgence, surveillances selon directives de l'infirmier(-ère)	<input type="checkbox"/> Impact crânien ET prend un anticoagulant : <ul style="list-style-type: none"> Lorsque la chute est constatée Puis 30 min plus tard Ensuite toutes les heures jusqu'à l'évaluation de l'infirmier(-ère) et par la suite suivre ses directives 	<input type="checkbox"/> Sans impact crânien ET sans anticoagulant : <ul style="list-style-type: none"> Lorsque la chute est constatée Puis 1 h plus tard et par la suite suivre les directives de l'infirmier(-ère)
SERVICE AVISÉ		
<input type="checkbox"/> 911 <input type="checkbox"/> Infirmier(-ère) de garde <input type="checkbox"/> 811 <input type="checkbox"/> Coordonnateur(-trice) d'activité clinique Nom de la personne avisée : _____ Date : ____ / ____ / ____ Heure : _____ <small>aaaa mm ii</small> (En caractères d'imprimerie)		
DIRECTIVES SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIER(-ÈRE) DE GARDE OU DU 811		
_____ _____ _____		
FRÉQUENCE DE SURVEILLANCE DÉTERMINÉE PAR L'INFIRMIER(-ÈRE)		
<ul style="list-style-type: none"> _____ _____ _____ _____ 		

FDCU-ZZ-026

¹ RI : Ressource intermédiaire. RPA : Résidence privée pour aîné(e)s. RAC : Résidence à assistance continue.

² Anticoagulants à haut risque : Coumadin (warfarine), Effient (prasugrel), Arixtra (fondaparinux), Fragmin (daltéparine), Innohep (tinzaparine), Lovenox (enoxaparin).

Anticoagulants à risque modéré : Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Pradaxa (dabigatran), Eliquis (apixaban), Lixiana (édoxaban), Xarelto (rivaroxaban), Aspirine/ASA.

Nom de l'utilisateur : _____

N° dossier : _____

Valeurs normales – TA : 120 à 140/60 à 90 et Pouls : 60 à 100. Si hors de ces valeurs : aviser l'infirmier(-ère)							
Fréquence	1 ^{ère} fois	q ____ h	q ____ h	q ____ h	q ____ h	q ____ h	q ____ h
Date							
Heure							
Tension artérielle (TA)	/	/	/	/	/	/	/
Pouls	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.	/ min.
Température	°C						

→ Si vous répondez OUI à un ou plusieurs signes/symptômes ci-dessous, aviser l'infirmier(-ère) selon votre processus habituel

Fréquence	1 ^{ère} fois		q ____ h		q ____ h		q ____ h		q ____ h	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Observations										
Somnolence inhabituelle (dort beaucoup plus, difficile à réveiller) et/ou Nouvelle confusion (ne reconnaît pas les personnes, parle de façon étrange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etourdissements ou changement au niveau de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur nouvelle ou augmentée : Site : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparition d'un hématome ^a : Site : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Changement dans l'état général ou comportement inhabituel ? (Se fâche facilement, s'isole, etc.) et/ou Changement au niveau de son autonomie (alimentation, habillement, soins d'hygiène, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparition de nouveau(x) signe(s) et symptôme(s) : (Enflure, difficulté à bouger articulation, membre, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajout d'éléments de surveillance précisés par l'infirmier(-ère) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Initiales :										

Initiales	Signature	Nom (En caractères d'imprimerie)

^a Bosse bleutée ou violacée.

Annexe M - Formulaire de surveillance postchute - Clientèle adulte et gériatrique
Formulaire de surveillance postchute - Clientèle pédiatrique



INSTALLATION : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE
SURVEILLANCE POST CHUTE
CLIENTÈLE ADULTE ET PERSONNE ÂGÉE

DATE

Année	Mois	Jour

 Heure de la chute : _____ h

<input type="checkbox"/> Aucun impact crânien <input type="checkbox"/> Aucun impact crânien et SANS facteur aggravant • 15 - 30 min post évaluation initiale • Aux 8 heures X 24 heures (3 fois) : _____ / _____ / _____ • Puis, 24 heures après (1 fois) : _____ <input type="checkbox"/> Aucun impact crânien et AVEC facteurs aggravants • 15 - 30 min post évaluation initiale • Aux 4 heures X 8 heures (2 fois) : _____ / _____ • Aux 8 heures X 16 heures (2 fois) : _____ / _____ • Aux 24 heures X 48 heures (2 fois) : _____ / _____	<input type="checkbox"/> Impact crânien ou présomption d'impact crânien <input type="checkbox"/> Impact AVEC ou SANS facteur aggravant • Aux 15 minutes dans la 1 ^{re} heure (4 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ • 1 heure plus tard (1 fois) : _____ • 2 heures plus tard (1 fois) : _____ • Aux 4 heures X 24 heures (6 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ • Aux 8 heures X 24 heures (3 fois) : _____ / _____ / _____ • Aux 12 heures X 24 heures (2 fois) : _____ / _____ • Aux 24 heures X 48 heures (2 fois) : _____ / _____ <input type="checkbox"/> Si risque de saignement augmenté, poursuivre la surveillance
--	---

Ajuster la surveillance en fonction de l'évolution clinique de l'usager¹

EVALUATION ET SURVEILLANCE DES PARAMETRES CLINIQUES (* = Documenter les anomalies dans la note infirmière)

Date													
Heures	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h

Signes vitaux voir feuille AH-261 - Paramètres vitaux

Douleur	Intensité (0 à 10)																
	Signes non verbaux (O* = Oui, N = Non)																
	Localisation																
Céphalée (si impact crânien)	Intensité (0 à 10)																
	Localisation																
	Frontale, Pariétale, Occipitale, Temporale, Droite Gauche																
Altération de l'état mental/signes atypiques gériatriques²																	
A* = Altération N = Orienté ou selon état initial																	
Nausées (O* = Oui, N = Non)																	
Vomissements (O* = Oui, N = Non)																	
Saignement/Hématome/Ecoulement (O* = Oui, N = Non)																	
Mobilité et force A* = anormal N = normal	Membre supérieur droit																
	Membre supérieur gauche																
	Membre inférieur droit																
	Membre inférieur gauche																
Initiales																	

¹ Voir l'algorithme : Aide à la décision concernant la détermination de la surveillance clinique pour un usager (adulte ou âgé) ayant chuté pour le personnel infirmier.

² Changement de comportement, de l'état mental ou de l'autonomie.

FDQU-ZZ-013



INSTALLATION : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE
SURVEILLANCE POST CHUTE CLIENTÈLE
PÉDIATRIQUE

DATE

Année	Mois	Jour

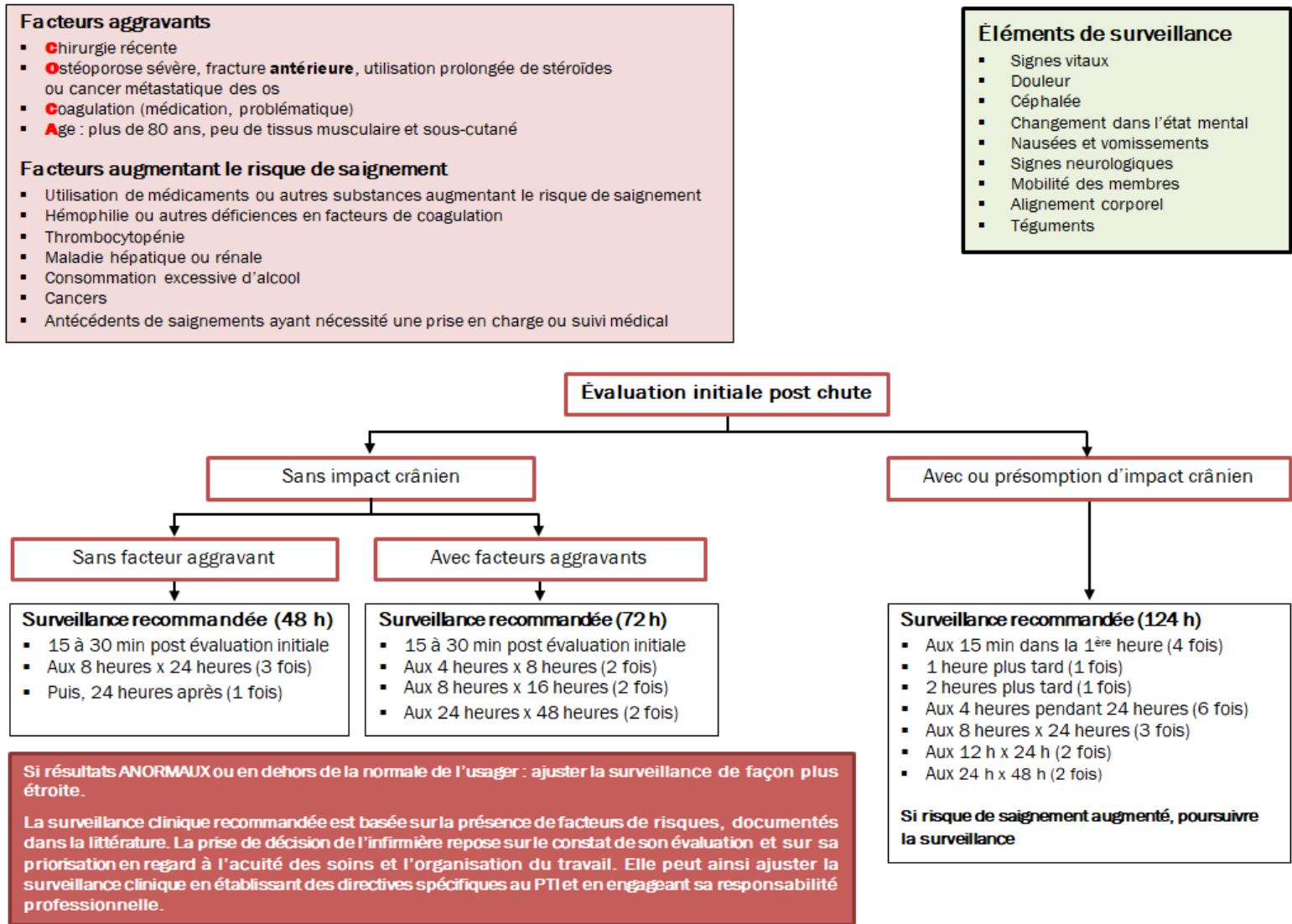
 Heure de la chute : _____ h

<input type="checkbox"/> Aucun impact crânien <input type="checkbox"/> Aucun impact crânien et SANS facteur aggravant • 15 - 30 min post évaluation initiale • Aux 2 heures X 8 heures (4 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ • Puis, aux 4 heures par la suite <input type="checkbox"/> Aucun impact crânien et AVEC facteurs aggravants • 15 - 30 min post évaluation initiale (2 fois) _____ / _____ • Aux 2 heures X 8 heures (4 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ • Puis, aux 4 heures par la suite	<input type="checkbox"/> Impact crânien ou présomption d'impact crânien <input type="checkbox"/> Impact AVEC ou SANS facteur aggravant • Aux 15 minutes dans la 1 ^{re} heure (4 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ • 1 heure plus tard (1 fois) : _____ • 2 heures plus tard (6 fois) : _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____ • Puis, aux 4 heures par la suite <input type="checkbox"/> Risque de saignement augmenté, ajustement de la surveillance
Ajuster la surveillance en fonction de l'évolution clinique de l'enfant	
ÉVALUATION ET SURVEILLANCE DES PARAMÈTRES CLINIQUES (* = Documenter dans la note infirmière les anomalies)	
Date	Heures
	h h h h h h h h h h h h h h
Signes vitaux voir feuille AH-261 - Paramètres vitaux	
Dolleur	Intensité (0 à 10)
	EVENDOL (0 à 15)
	Localisation
Céphalée (si impact crânien) si possible	Intensité (0 à 10)
	Localisation : Frontale, Pariétale, Occipitale, Temporale, Droite Gauche
Fontanelle antérieure : <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée	
Fontanelle postérieure : <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Bombée <input type="checkbox"/> Déprimée	
Nausées (0* = Oui, N = Non)	
Vomissements (0* = Oui, N = Non)	
Saignement/Hématome/Écoulement (0* = Oui, N = Non)	
Mobilité, force ou tonus A* = anormal N = normal	Membre supérieur droit
	Membre supérieur gauche
	Membre inférieur droit
	Membre inférieur gauche
	Initiales

FDCU-ZZ-015

Annexe N - Déterminer la surveillance clinique requise pour un(e) usager(-ère) ayant chuté - Clientèle adulte et pédiatrique

**Aide à la décision :
Détermination de la surveillance clinique pour un usager (adulte ou âgé) ayant chuté en établissement**



Si résultats ANORMAUX ou en dehors de la normale de l'usager : ajuster la surveillance de façon plus étroite.

La surveillance clinique recommandée est basée sur la présence de facteurs de risques, documentés dans la littérature. La prise de décision de l'infirmière repose sur le constat de son évaluation et sur sa priorisation en regard à l'acuité des soins et l'organisation du travail. Elle peut ainsi ajuster la surveillance clinique en établissant des directives spécifiques au PTI et en engageant sa responsabilité professionnelle.

AIDE À LA DÉCISION : DÉTERMINATION DE LA SURVEILLANCE CLINIQUE POUR UN USAGER PÉDIATRIQUE AYANT CHUTÉ EN ÉTABLISSEMENT

Facteurs aggravants

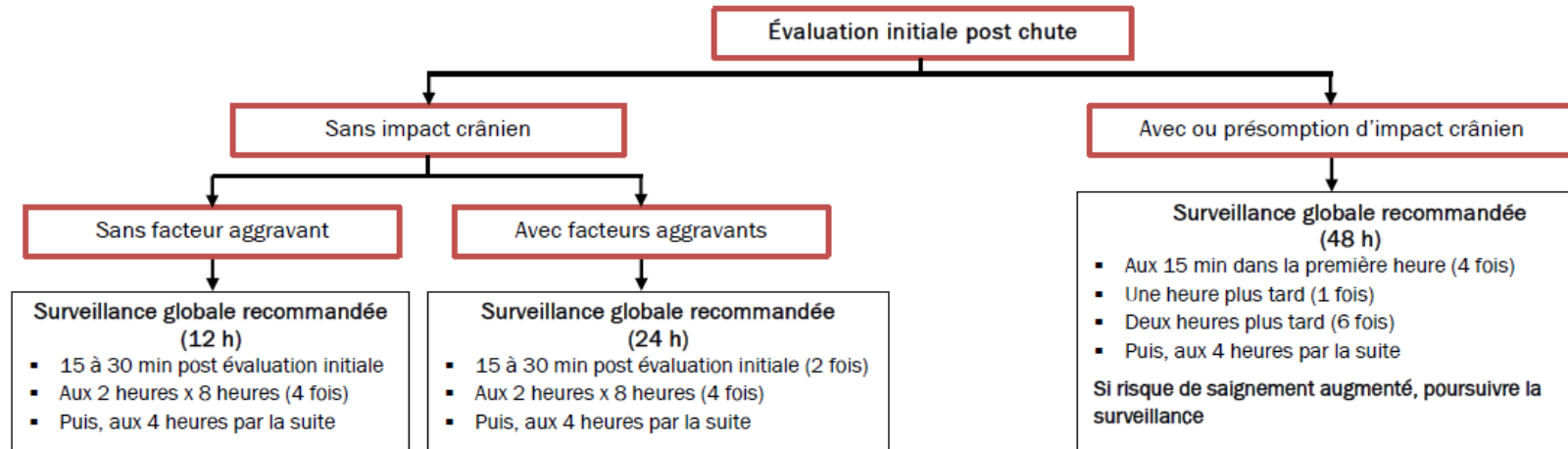
- Chirurgie récente
- Ostéogénèse imparfaite, fracture antérieure, utilisation prolongée de stéroïdes ou cancer métastatique des os
- Coagulation (médication, problématique)
- Âge : nourrisson

Facteurs augmentant le risque de saignement

- Utilisation de médicaments ou d'autres substances augmentant le risque de saignement
- Hémophilie ou autres déficiences en facteurs de coagulation
- Thrombocytopénie
- Maladie hépatique ou rénale
- Consommation excessive d'alcool
- Cancers
- Antécédents de saignements ayant nécessité une prise en charge ou un suivi médical.

Éléments de surveillance

- Signes vitaux
- Glycémie capillaire PRN
- Douleur
- Céphalée
- Changement dans l'état mental
- Nausées et vomissements
- État neurologique (Glasgow, SN, fontanelles)
- Mobilité des membres
- Alignement corporel
- Écoulements (oreille, nez, bouche)
- Intégrité de la peau



Si résultats ANORMAUX ou en dehors de la normale de l'usager : Ajuster la surveillance de façon plus étroite.

La surveillance clinique recommandée est basée sur la présence de facteurs de risques, documentés dans la littérature. La prise de décision de l'infirmière repose sur le constat de son évaluation et sur sa priorisation en regard de l'acuité des soins et de l'organisation du travail. Elle peut ainsi ajuster la surveillance clinique en établissant des directives spécifiques au PTI et en engageant sa responsabilité professionnelle.

Annexe O - Aide à la décision : Surveillance clinique postchute - Clientèle adulte et gériatrique en communauté

Aide à la décision : Déterminer la surveillance clinique pour un(e) usager(-ère), adulte ou personne âgée, ayant chuté dans un milieu d'hébergement communautaire ou à domicile

COLETTE DE DONNÉES	<p>Éléments à recueillir concernant l'usager(-ère) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les données du suivi post-chute débuté par l'aide-soignant(e) et documentées dans le formulaire <i>Observation post-chute par un aide-soignant</i>; Les antécédents et les diagnostics; La présence de facteurs augmentant le risque de saignement : utilisation de médicaments ou autres substances augmentant le risque de saignement, hémophilie ou autres, déficiences en facteurs de coagulation, thrombocytopénie, maladie hépatique ou rénale, consommation excessive d'alcool, cancers, antécédents de saignements ayant nécessité une prise en charge ou suivi médical. La présence de facteurs aggravants : <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie récente; Ostéoporose sévère, fracture antérieure, utilisation prolongée de stéroïdes ou cancer métastatique des os; Coagulation (problématique, médication : anticoagulant haut risque¹ – risque modéré²); Age : plus de 80 ans, peu de tissus musculaires et sous-cutanés.
	<p>⚠ Diriger l'usager(-ère) vers l'urgence lors d'un impact crânien, si :</p> <ul style="list-style-type: none"> Prise d'anticoagulant haut risque¹; Prise d'anticoagulant risque modéré² et 1 symptôme³.
ANALYSE	<p>L'infirmier(-ère) prudent(e) et diligent(e) analyse les données recueillies en considérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les facteurs liés à l'usager(-ère) : ses fonctions cognitives, sa capacité à effectuer une autosurveillance et à demander de l'aide, l'implication de son réseau de soutien; Les facteurs liés au milieu d'hébergement communautaire : les ressources disponibles pour assurer le suivi, l'acuité des soins, l'offre de services, les frais encourus pour l'usager(-ère) associés aux suivis demandés.
SURVEILLANCES POST-CHÛTE	<p>À partir des constats et des hypothèses ou des risques de détérioration possibles à la suite de l'analyse des données et s'il y a lieu, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, l'infirmier(-ère) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Détermine les fréquences des surveillances; Transmet des directives spécifiques aux intervenant(e)s, aide-soignant(e)s ou proches impliqué(e)s concernant les surveillances requises. <p>⚠ Les fréquences de surveillances sont celles recommandées selon les données probantes. Elles ne doivent en aucun cas remplacer le jugement clinique de l'infirmier(-ère) et doivent être ajustées selon la condition clinique de chaque usager(-ère).</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Évaluation initiale post chute] --> B[Sans impact crânien] A --> C[Avec ou présomption d'impact crânien ou situation à plus haut risque de complication] B --> D[Surveillance recommandée (48 h)] C --> E[Surveillance recommandée (72 h et plus)] D --> D1[• Lorsque la chute est constatée (évaluation initiale)] D --> D2[• Puis 1heure plus tard (1 fois)] D --> D3[• Aux 8 heures x 24 heures (3 fois)] D --> D4[• Puis, 24 heures après (1 fois)] D --> D5[• Suivi par l'infirmière pour cesser les surveillances] E --> E1[• Lorsque la chute est constatée (évaluation initiale)] E --> E2[• Puis 30 min plus tard] E --> E3[• 1 heure plus tard (1 fois)] E --> E4[• Aux 4 heures pendant 24 heures (6 fois)] E --> E5[• Aux 8 heures x 24 heures (3 fois)] E --> E6[• Après 72h Suivi par l'infirmière pour ajuster ou cesser les surveillances] </pre> </div>
SUIVIS	<p>Selon la situation clinique de l'usager(-ère), l'infirmier(-ère) met en place des moyens raisonnables pour assurer le suivi requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> Autosurveillance ou implication d'un(e) proche aidant(e) : <ul style="list-style-type: none"> → Dépliant TCC INESS; → Fiche autosurveillance. Surveillance et consignes pour les aides-soignant(e)s : <ul style="list-style-type: none"> ⚠ 1 symptôme = vigie. La présence de plus d'un symptôme ou d'un symptôme persistant/aggravation indique une détérioration de l'état de l'usager(-ère) et représente la nécessité d'une évaluation infirmière. Si la chute (avec ou sans impact crânien) est signalée à l'infirmier(-ère) après 48 heures, il/ elle effectue quand même le suivi requis selon son jugement clinique et oriente l'usager(-ère) vers un médecin ou les services d'urgence, si nécessaire. L'infirmier(-ère) détermine la fin du suivi post-chute, en analysant les données recueillies auprès de l'usager(-ère) et ses proches, ainsi que des aides-soignant(e)s.

¹ **Anticoagulants à haut risque** : Coumadin (warfarine), Effient (prasugrel), Arixtra (fondaparinux), Fragmin (daltéparine), Innohep (tinzaparine), Lovenox (enoxaparin).

² **Anticoagulants à risque modéré** : Plavix (clopidogrel), Brilinta (ticagrelor), Pradaxa (dabigatran), Eliquis (apixaban), Lixiana (édoxaban), Xarelto (rivaroxaban), Aspirine/ASA.

³ Voir les symptômes indiqués au formulaire : *Observation post-chute par un aide-soignant*.