

PRÉVENTION DES CHUTES ET DES BLESSURES CAUSÉES PAR LES CHUTES



Trousse En avant!

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Nous vous invitons à vous joindre au programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* afin de contribuer à l'amélioration de la qualité du système de soins de santé au Canada. Le programme national : «*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*» vise à aider les établissements de soins de santé canadiens à améliorer la sécurité grâce à des méthodes d'amélioration de la qualité et à intégrer les pratiques exemplaires basées sur des données probantes.

Pour en savoir plus, et pour apprendre comment vous joindre au programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* veuillez visiter notre site web à www.soinsplussecuritairesmaintenant.ca afin d'accéder aux ressources, aux personnes-ressources et aux outils de l'organisme,

La présente trousse *En avant!* est conçue pour favoriser la participation de vos équipes interprofessionnelles et pour adopter une approche dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Base solide pour aller de l'avant, la trousse est fondée sur l'état actuel des connaissances et des pratiques acquises au moment de sa publication et elle a intégré les leçons tirées depuis la première trousse publiée en 2010. C'est en travaillant ensemble que nous arriverons à des soins de santé plus sécuritaires au Canada, et nous restons donc à votre écoute pour effectuer la mise à jour du contenu de cette trousse.

Remarque :

Les *Trousses En avant!* utilisées par *Des soins de santé sécuritaires maintenant!* sont disponibles en français et en anglais. L'information contenue dans ce document est du domaine public et peut être utilisée et réimprimée sans autorisation, pourvu qu'une référence appropriée soit faite à *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

À compter du 1er juin 2016, Soins de santé plus sécuritaires maintenant ! est ne perçoit plus les données et Système d'indicateurs de la sécurité des Patients n'est plus disponible. Notre équipe centrale de mesure continue d'offrir mesure expert coaching et consultation.

Remerciements

La *Trousse En avant! : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes* est une adaptation de la version 2010 de cette publication canadienne élaborée par *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* en partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO).

La RNAO est une association professionnelle qui représente les infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Le programme phare du RNAO est le programme IABPG (International Affairs and Best Practice Guidelines). Depuis 1999, ce programme financé par le Ministère de la Santé et de Soins de longue durée de l'Ontario, a mis l'accent sur l'élaboration, la diffusion, la mise en œuvre et le soutien au développement de cultures de travail basées sur des données probantes au moyen de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers. L'une des premières ressources basées sur des données probantes élaborées était la ligne directrice *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* (rév. 2011). Reconnaisant les contributions de la RNAO concernant les pratiques exemplaires relatives à la prévention des chutes, l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a demandé au RNAO de diriger la mise à jour de notre trousse de départ et de travailler avec nos collaborateurs à cette fin.



Nous tenons à remercier l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour la préparation de la *Trousse En avant! : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes*.



Nous tenons à remercier l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) pour son appui financier et non financier entourant la création de la *Trousse En avant! : Prévention des chutes des blessures causées par les chutes des Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

Collaborateurs de la *Trousse de départ : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes*

La RNAO dirige la stratégie de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes du programme SSPSM. La présente trousse a été préparée par la RNAO en partenariat avec SSPSM et des experts en prévention des chutes. Elle présente des outils, des ressources et des expériences liés aux chutes et reflétant les pratiques de soins de courte, de longue durée et à domicile. Leurs connaissances de même que celles d'experts et d'équipes d'amélioration qui ont participé aux stratégies suivantes de réduction des chutes et des blessures causées par les chutes forment les perspectives et contributions présentées dans la présente trousse :

- Collaboration nationale sur les chutes en soins de longue durée (2008-2009)
- Collaboration d'apprentissage sur la prévention des chutes (2010-2011)
- Série d'apprentissage national sur la prévention des chutes (2011-2012)

Nous tenons à remercier et à reconnaître l'apport de nos experts canadiens qui ont contribué de manière importante au travail des équipes à travers le Canada et qui ont partagé leurs connaissances et leur expertise pour aider à la réalisation de la présente *Trousse En avant!*

Avis de non-responsabilité : L'information fournie dans la présente *Trousse En avant!* est présentée à titre d'information, à des fins de formation, et ce, pour vous informer de manière générale, selon vos besoins. Il est essentiel de demander des conseils appropriés à un professionnel qualifié avant d'appliquer toute information contenue dans la présente trousse dans toute organisation ou milieu de soins de santé. À défaut de demander de tels conseils et en se fiant uniquement aux renseignements fournis aux présentes, l'utilisateur agit à ses propres risques.

Ni l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario, ni Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, ni l'Institut canadien pour la sécurité des patients, ni les autres organismes qui ont collaboré à l'élaboration de la présente trousse ne peuvent être tenus responsables et ils n'ont aucune responsabilité quant à l'utilisation qui est faite de l'information fournie.

Experts en prévention des chutes (2013)

Jenny Basran, MD, FRCPC

Geriatrician, Assistant Professor, Department of Medicine / Division Head, Geriatric Medicine
University of Saskatchewan, Saskatoon, SK

Paule Bernier, P.Dt, M.Sc

Nutritionniste clinicienne, Hôpital Général juif, Montréal, QC
Conseillère en matière de sécurité et d'amélioration,
Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Donna Davis, Inf.Aut.

Coprésidente, Patients pour la sécurité des patients du Canada, Carievale, SK

Brenda Dusek, Inf.Aut., B.Sc. Inf., M.Sc. en soins infirmiers

Gestionnaire de programme, Centre des affaires internationales et des lignes directrices sur
les pratiques exemplaires en soins infirmiers,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, ON Coordonnatrice
de la stratégie sur les chutes
Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Fabio Feldman, Ph.D.

Directeur, Seniors Fall and Injury Prevention, Fraser Health Authority, Vancouver, BC

Kimberly Fraser, Ph.D.

Professeure adjointe, Faculté des soins infirmiers, Université de l'Alberta, Edmonton, AB

Nadine Glenn

Institut canadien pour la sécurité des patients
Conseillère en matière de sécurité et d'amélioration,
Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, Grande Prairie, AB

Heather Keller, RD, PhD, FDC.

Schlegel Research Chair Nutrition & Aging Département de Kinésiologie
Université de Waterloo, Kitchener-Waterloo, ON

Anne MacLaurin, Inf.Aut., B. Sc.Inf., M.Sc. en soins infirmiers

Institut canadien pour la sécurité des patients
Chef de projet, *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Edmonton, AB

Susan McAlpine, B.Sc.(physio)

Physiothérapeute, CSSS d'Argenteuil, Lachute, Québec
Coordonnatrice, Clinical Education, Physical Rehabilitation Program
Collège Dawson, Montréal, QC

Heather McConnell

Directrice associée, Centre des affaires internationales et des lignes directrices sur les
pratiques exemplaires en soins infirmiers,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, ON

Alexandra Papaioannou, B.Sc.Inf., M.Sc., IRSC, MD
Chaire Eli Lilly, professeure de médecine, Université McMaster -
Hamilton Health Sciences, Hamilton, ON

Vanina Dal Bello-Haas, PT, Ph.D.
School of Rehabilitation Science, Université McMaster, Hamilton, ON

Rayma O'Donnell
Directrice des soins, York Manor, Fredericton, Nouveau-Brunswick

Carla Marie Purcell, IA, B.Sc.Inf.
Infirmière clinicienne enseignante, Capital Health, Halifax, NE

Helene Riverin, pht M.Sc.
Conseillère clinicienne en physiothérapie, CSSS de la Vieille-Capitale, Québec, QC
Institut canadien pour la sécurité des patients, Conseillère en matière de sécurité et
d'amélioration, *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* - Québec

Cheryl Sadowski, Ph.D.
Faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques, Université de l'Alberta
Edmonton, AB

Vicky Scott, Ph.D.
Conseillère principale, Fall & Injury Prevention, Injury Research & Prevention Unit
Ministère de la santé de la Colombie-Britannique, Victoria, BC

Laura M. Wagner, Inf.Aut., Ph.D.
Chercheuse, Rotman Research Institute, Baycrest, Toronto, ON
Professeure adjointe, Université de la Californie, San Francisco School of Nursing

**Personnes ayant contribué à l'élaboration du formulaire de collecte de données et des
mesures améliorées en matière de chutes (2015)**

Virginia Flintoft
Directrice, Équipe centrale de mesure, *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*
The Institute for Health Policy, Management and Evaluation (IHPME), Université de Toronto

Rosalie Freund-Heritage
Coordonnatrice de l'éducation, Injury Prevention Centre School of Public Health
Université de l'Alberta

Cheryl Henry
Directrice, Seniors Health Education and Quality Initiatives
Seniors Health, Services de santé Alberta

Anne MacLaurin
Chef de l'amélioration de la sécurité des patients, ICSP

Susan McNeill
Gestionnaire de programme, International Affairs and Best Practice Guidelines Centre,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matieres

<i>Des soins de sante plus securitaires maintenant!</i>	2
Remerciements	3
Collaborateurs de la Trousse de depart : Prevention des chutes et reduction des blessures causees par les chutes.....	4
Experts de la prevention des chutes (2013)	5
Table des matieres	7
Table des Figures	13
La prevention des chutes et blessures causees par les chutes et leur importance dans les milieux de soins de sante	14
Introduction	14
La prevention des chutes et la reduction des blessures causees par les chutes, un enjeu prioritaire pour la securite des patients	14
Pourquoi les chutes sont-elles une question de securite si importante pour les Canadiens?	14
Agrément Canada	16
Comment utilise-t-on la presente trousse de depart?.....	17
Définitions	17
Définitions	19
Qu'est-ce qu'une chute?.....	19
Qu'est-ce qu'une quasi-chute?.....	19
Qu'est-ce qu'une blessure causee par une chute?	19
Stratégies d'intervention pour prevenir les chutes et reduire les blessures causees par les chutes.....	20
Figure 1 - Modèle d'intervention pour prevenir les chutes et reduire les blessures causees par les chutes	23
Prevention	24
Prevention: Precautions universelles de prevention des chutes (SAFE)	24
Figure 2a : Exemple d'affiche et de carte de poche sur les precautions universelles de prevention des chutes	25
Figure 2b : Exemple de carte de poche sur les precautions universelles de prevention des chutes	26
Figure 3 : Exemple des etapes à suivre pour un transfert SAFE	27
Évaluation multifactorielle des risques	28
Facteurs de risque de chute	29
Facteurs de risque biologiques (intrinsèques)	29
Facteurs de risque externes (extrinsèques).....	30

Comportements	30
Social et économique	30
Environnement	30
Figure 4 - Modèle BBSE des facteurs de risque de chute.....	31
Évaluation des risques de chutes de tous les clients	34
Dépistage des facteurs de risque	36
Figure 5 - Facteur de dépistage - Tableau d'outils ou d'approches de dépistage	37
Communication des risques de chutes et sensibilisation à ce sujet	41
Communication des résultats de l'évaluation des risques de chutes au client et à sa famille de même qu'à l'équipe de soins de santé.	42
Communication directe entre les prestataires de soins.....	44
Sensibilisation de tous les membres du personnel sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes	45
Éducation de tous les clients dont l'évaluation a révélé un fort risque de chutes et de blessures causées par les chutes et leur famille relativement à cette situation	46
Mise en œuvre d'interventions visant les personnes à risque de faire des chutes	48
Figure 6 - Curriculum canadien sur la prévention des chutes, CEEAVG	49
Mise en œuvre de pratiques de prévention des chutes pour chaque client	50
Figure 7 - Interventions éprouvées pour modifier les facteurs de risque Gestion des médicaments.....	51
Gestion des médicaments	57
Évaluation des médicaments	59
Mise en œuvre de pratiques de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes dans tout l'établissement	61
Approche organisationnelle de l'élaboration d'un programme	61
Figure 8 - Adaptation du modèle de l'approche de la santé publique.....	62
Mettre en œuvre les changements à la pratique.....	63
Élaboration des politiques et procédures	64
Utilisation des moyens de contention pour prévenir les chutes	64
Explication des mesures de sécurité	67
Évaluation du domicile	67
Évaluations et procédures après une chute.....	68
Caucus sur la sécurité	69
Personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures causées par les chutes	70
Figure 9 : Facteurs de risque de chute, de fracture de la hanche et ceux qui peuvent accroître la gravité de la blessure causée par une chute	71
Figure 10 : Interventions pour prévenir les blessures causées par les chutes.....	72
Prévention et traitement de l'ostéoporose	73
Protection de l'endroit à risque de blessure	75
Caques	75
Protecteurs de hanche	75

Figure 11 : Moyens de prévention et de traitement de l'ostéoporose et des fractures	76
.....	
Troubles de la coagulation	78
Intervention chirurgicale	78
Mesurer le succès de la prévention des chutes et de la réduction des blessures causées par les chutes	80
Types d'indicateurs.....	80
Indicateurs fondamentaux - Soins de courte et de longue durée	81
Indicateurs fondamentaux - Soins à domicile.....	89
Collecte des données.....	93
A.Collecte des données de base	93
B.Évaluation des améliorations apportées - collecte et transmission des données	93
Conseils sur la collecte et l'organisation des données	94
1.Représentez graphiquement les données	94
2.Graphique de séquences - suivez vos indicateurs dans le temps	94
3.Visez l'utilité, et non la perfection	95
Transmission des données au programme <i>Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!</i>	97
Annexes	99
Annexe A - Exemple d'outil de vérification	100
Annexe B - Liste des critères de Beers	101
Tableau 2. Critères de Beers de l'AGS pour des médicaments utilisés de manière inappropriée en gériatrie (2012)	101
Tableau 3. Critères de Beers 2012 de l'AGS des médicaments utilisés de manière inappropriée en gériatrie due à des interactions médicament-maladie ou médicament-syndrome qui peuvent exacerber la maladie ou le syndrome	118
Tableau 4. Critères de Beers 2012 de l'AGS pour des médicaments potentiellement inappropriés qui doivent être utilisés avec attention en gériatrie	131
Tableau 8. Antipsychotiques de première et de deuxième génération.....	133
Tableau 9. Médicaments avec de fortes propriétés anticholinergiques	134
B1 - Les médicaments et les risques de chutes et de blessures causées par les chutes ..	135
B2 - Tableau de référence - Classes de médicaments, effets de ceux-ci et exemples ..	137
B3 - Affiche : Don't Fall for it : Pills and Spills	141
Annexe C - Facteurs de risque de chute	142
Outils d'évaluation	142
C1 - Échelle d'évaluation des chutes de Morse	144
Échelle d'évaluation des chutes de Morse - Saisie d'écran d'un dossier médical électronique	145

C2 - Dépistage des facteurs de risque de chute de Scott pour les centres de soins de longue durée (SCOTT FALL RISK SCREEN for Residential Long-Term Care®).....	146
Annexe D - Évaluation du statut physique et fonctionnel	148
Échelle d'équilibre de Berg (voir l'exemple D1)	148
Échelle FES-I (Falls Efficacy Scale International)	148
Test chronométré du lever de chaise (TUG - Timed Up and Go).....	149
Épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre (voir l'exemple D2).....	149
D1 - Échelle d'équilibre de Berg.....	150
D2 - Épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre.....	158
Annexe E - Dépistage de la malnutrition.....	162
Dépistage nutritionnel	162
MNA-SF (Mini Nutrition Assessment - Short Form®): Voir E1	163
MST (Malnutrition Screening Tool): Voir E2	163
SCREENII © (Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition).....	164
E1 - Mini Nutritional Assessment MNA®	165
E2 - Malnutrition Screening Tool (MST)	166
Annexe F - Instructions et outil du CSSS de la Vieille-Capitale	167
Soins de longue durée.....	167
Annexe G - Communication des risques de chute	169
Soins à domicile	169
Annexe H - Exemples de sites Web présentant des ressources éducatives en prévention des chutes et des blessures causées par les chutes	172
Pour les prestataires de soins de santé	172
Clients et familles	174
Annexe I - Ressources éducatives pour le personnel – Exemples	175
Soins à domicile	175
Soins de courte durée	177
Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes Examen d'auto-apprentissage (et réponses).....	177
Annexe J - Liste de vérification des facteurs de risque de chute liés à l'environnement.....	181
Facteurs environnementaux.....	181
Annexe K - Liste de vérification de la sécurité à la maison	184
Listes de vérification pour l'intérieur et l'extérieur	184
Annexe L - Grille d'évaluation postchute.....	185
Exemple de document d'évaluation postchute – Dossier de santé électronique	191
Annexe M - Le modèle d'amélioration	192
1.Obtenir l'engagement de la direction	193

2. Former une équipe	193
Figure 12 - Exemples de composition d'équipes d'amélioration existantes ..	195
3. Utiliser le modèle d'amélioration pour accélérer le changement.....	198
Figure 13 - Modèle d'amélioration d'amélioration	199
Buts (objectifs).....	200
Mesurer l'impact de ce que l'on fait.....	200
Développer des changements	202
Tester les changements.....	203
Étapes du cycle PEÉA	204
Exemple de test de changement (Planifier-Exécuter-Étudier-Agir)	205
Mise en œuvre des changements	207
Maintenir les acquis de façon durable	210
Diffuser les changements	211
Annexe N - Description technique des mesures	214
Formulaire de collecte de données et le schéma du processus	215
N1 - Descriptions techniques des mesures - Soins de courte et de longue durée	216
Définitions	217
1.0 Taux de chutes par 1 000 jours-patients ou résidents.....	220
2.0 Taux de chutes causant des blessures	222
3.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission	225
4.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement de l'état de santé	228
5.0 Pourcentage de patients ou résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures	231
6.0 Pourcentage des patients ou résidents soumis à des mesures de contention	234
7.0 (Soins de longue durée/santé mentale/soins continus complexes) Pourcentage des résidents qui sont sous contention physique quotidiennement selon les derniers résultats de l'instrument d'évaluation des résidents	237
7.0 (Soins aigus) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours patient/résident	240
8.0 (Soins de longue durée) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours patient/résident	240
9.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque	243
10.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque » et dont le niveau de risque a été communiqué	246
11.0 Pourcentage de patients ou résidents pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission	249
12.0 Patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé	252
13.0 Pourcentage de patients ou résidents ayant fait 2 chutes ou plus.....	255

14.0	Pourcentage de patients ou résidents dont l'état de santé a été évalué suite à une chute	258
15.0	Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute	261
16.0	Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute	264
17.0	Chuteurs dont le plan de prévention des chutes/ réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute	267
18.0	Cote de prévention des chutes	270
19.0	Cote de gestion après la chute	273
N2	Descriptions techniques des mesures - Soins à domicile	276
1.0	Taux de chute par 1 000 clients en soins à domicile	277
2.0	Pourcentage de chutes causant des blessures	279
3.0	Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission	282
4.0	Pourcentage des clients pour lesquels une évaluation des risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé...285	
5.0	Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures.....	288
6.0	Pourcentage de clients en soins à domicile soumis à des mesures de contention	291
9.0	Pourcentage de clients considérés « à risque.....	294
10.0	Pourcentage de clients considérés « à risque » et dont le niveau de risque a été communiqué	296
11.0	Pourcentage de clients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission	299
12.0	Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé	302
13.0	Pourcentage de clients en soins domicile avec 2 chutes ou plus.....	305
14.0	Pourcentage de clients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute	308
15.0	Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute	311
16.0	Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute	314
17.0	Pourcentage e chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute	317
18.0	Cote de prévention des chutes	320
19.0	Cote de gestion après la chute (Soins à domicile).....	323
	Annexe O - Les voies de l'amélioration : Idées de changements.....	326
	Références	329

Table des Figures

Figure 1 : Modèle d'intervention pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.....	23
Figure 2a : Exemple d'affiche et de carte de poche sur les précautions universelles de prévention des chutes	25
Figure 2b : Exemple de carte de poche sur les précautions universelles de prévention des chutes	26
Figure 3 : Exemple des étapes à suivre pour un transfert - SAFE Prevention: Universal Fall Precautions (SAFE)	27
Figure 4 : Modèle BBSE des facteurs de risque de chute	31
Figure 5 : Facteur de dépistage - Tableau d'outils ou d'approches de d épistage	37
Figure 6 : Curriculum canadien sur la prévention des chutes (CEEEAVG)	49
Figure 7 : Interventions éprouvées pour modifier les facteurs de risque	51
Figure 8 : Adaptation du modèle de l'approche de la santé publique	62
Figure 9 : Facteurs de risque de chute, de fracture de la hanche et ceux qui peuvent accroître la gravité de la blessure causée par une chute	71
Figure 10 : Interventions pour prévenir les blessures causées par les chutes	72
Figure 11 : Moyens de prévention et de traitement de l'ostéoporose et des fractures	76
Figure 12 : Exemples de composition d'équipes d'amélioration existantes	195
Figure 13 : Modèle d'amélioration.....	199

La prévention des chutes et blessures causées par les chutes et leur importance dans les milieux de soins de santé

Introduction

La présente *Trousse En avant! : Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes de Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* se veut un guide destiné à porter de l'assistance aux professionnels de la santé œuvrant dans tous les secteurs (soins de courte durée, soins de longue durée et soins à domicile) à mettre en œuvre des programmes de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes à l'intention des personnes de plus de 65 ans. Ce document :

- Ne constitue pas un recueil détaillé de toutes les approches possibles; et
- Présente des stratégies basées sur des données probantes pouvant avoir un impact majeur, qui aideront les équipes d'amélioration à initier et à accroître leur travail de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes dans divers contextes.

La prévention des chutes et des blessures causées par les chutes, un enjeu prioritaire pour la sécurité des clients

Pourquoi les chutes sont-elles une préoccupation de sécurité si importante pour les Canadiens?

Plus du tiers des personnes de 65 ans ou plus chutent et le risque augmente selon le nombre de facteurs de risques d'une personne et si elle a reçu un diagnostic de trouble cognitif ou qu'elle a des antécédents de chutes.^{1,2,3} L'étude « Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall-Related Hospitalizations & Intervention Initiatives⁴ » présente les statistiques suivantes sur les conséquences des chutes et des blessures causées par les chutes chez les personnes âgées :

- Au Canada, durant l'année 2008-2009, les hospitalisations liées aux chutes (N = 73 190) comptent pour 85,4 % de toutes les hospitalisations liées à une blessure (N = 85 703) chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. Le pourcentage d'hospitalisations le plus bas dû aux chutes se trouvait dans les Territoires du Nord-Ouest (73 %) et le plus élevé, en Nouvelle-Écosse (88 %). Le taux standardisé pour l'âge est de 15,9 pour 1000 personnes âgées.

- Les blessures liées aux chutes sont la première cause de blessures chez les personnes âgées dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada et entraînent plus de 85 % de toutes les hospitalisations liées aux blessures.
- La moitié (49,6 %) des chutes ayant entraînée une hospitalisation de personnes de 65 ans et plus (N=35 553) se sont produites à l'intérieur ou dans les environs du domicile de ces personnes, tandis que 16,5 % (N=11 840) des chutes survenant -dans les centres d'hébergement ont entraîné une hospitalisation.
- En 2008-2009, 35 % (N=18 800) des personnes âgées ayant reçu leur congé à la suite d'une hospitalisation liée à une chute ont été dirigées vers un établissement de soins de longue durée, même si seulement 16,5 % (N=11 840) des chutes ayant causé une hospitalisation ont eu lieu dans un tel établissement.
- Le séjour moyen à l'hôpital en soins de courte durée pour une blessure causée par une chute était 80 % plus long (16 jours) partout au Canada comparativement à la durée moyenne (8,9 jours) pour toutes les autres causes d'hospitalisation à l'exclusion des chutes (2008-2009).

Les chutes infligent de la douleur et de la souffrance aux personnes qui chutent et à leur famille. Chez les personnes âgées, ces chutes s'accompagnent souvent de blessures d'une gravité modérée ou sévère (par exemple, elles auront une fracture de la hanche ou une blessure à la tête qui laissera des séquelles). Les chutes augmentent le risque de décès précoce et les personnes qui chutent peuvent avoir plus de difficulté à vivre de manière indépendante.^{5, 6} De plus, les blessures causées par les chutes imposent un important fardeau financier pour la société. En 2004, au Canada, les coûts des soins de santé liés aux blessures causées par les chutes étaient d'environ 2 milliards de dollars pour les personnes âgées de 65 ans et plus. En 2004, 4,1 millions de Canadiens avaient 65 ans et plus, ce qui représentait 13 % de la population totale, donc le coût moyen lié à une chute était d'environ \$ 500 par personne âgée.⁷ Les coûts directs en soins de santé liés aux chutes de personnes âgées sont estimés à 1 milliard de dollars par an.⁸

Les chutes et les blessures causées par les chutes ont d'importantes répercussions sur la personne, les organismes et le système de soins de santé en général. C'est pourquoi la prévention des chutes devient un enjeu plus important avec le vieillissement de la population canadienne. Le fait de cerner les facteurs de risque de chute par exemple, les problèmes d'équilibre et les changements au chapitre de la cognition, et de comprendre les liens entre ces facteurs de risque peut aider à identifier les populations qui sont à risque de vivre une perte d'autonomie et de faire une chute² de même qu'aider à créer des programmes de prévention efficaces. Selon le *Rapport sur les chutes des aînés au Canada*, une réduction de 20 % des chutes permettrait des économies annuelles de 138 millions de dollars.⁹

Chaque année au Canada, les hospitalisations causées par les chutes (N = 73 190) comptent pour 85,4 % de toutes les hospitalisations liées à des blessures (N = 85 703) chez les personnes de 65 ans et plus.

Agrément Canada

Agrément Canada a établi que la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes est une pratique organisationnelle requise (POR).¹⁰ Une POR est une pratique qui a été déterminée essentielle et qui doit être en place au sein de l'organisation pour améliorer la sécurité des clients et réduire les risques au minimum. L'objectif de la POR sur la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes est de réduire les risques de blessures dues aux chutes. Pour vérifier la conformité des organisations, Agrément Canada utilise les tests de conformité suivants :

- L'équipe met en œuvre une stratégie de prévention des chutes;
- La stratégie cerne les populations desservies par l'organisme qui sont à risque d'avoir des blessures attribuables à des chutes;
- La stratégie répond aux besoins spécifiques des populations cernées;
- L'équipe évalue la stratégie de prévention des chutes de façon continue, cerne les tendances, les causes et la gravité des blessures et utilise cette information pour apporter des améliorations
- L'équipe utilise l'information découlant de ses évaluations pour apporter des améliorations à sa stratégie de prévention des chutes

Le document sur les POR d'Agrément Canada est disponible en ligne à l'adresse suivante:
<http://www.accreditation.ca/fr/content.aspx?pageid=55&langType=3084>

Agrément Canada a déterminé que la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes fait partie de l'une des 32 POR. Une POR est une pratique essentielle que les organismes doivent mettre en œuvre pour améliorer la sécurité des patients et réduire les risques au minimum.

Comment utilise-t-on la présente *Trousse En avant!*

La présente *Trousse En avant!* sert à apporter du soutien au travail des équipes dans divers milieux de pratique pour qu'elles commencent à faire des changements d'abord pour un petit nombre de clients et élaborent, mettent en œuvre et évaluent graduellement leurs interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes à une plus grande échelle au moyen de processus d'amélioration de la qualité.

Ce document actualisé a été préparé pour présenter des approches de prévention des chutes et de réduction de blessures causées par les chutes très efficaces et basées sur des données probantes. Il fournit des outils et des ressources appuyant le changement de pratiques. Dans sa structure, il vise à susciter une discussion commune sur l'importance de chacun des éléments de soins, puis il présente le contenu pour les différents secteurs d'activité, désignés par les icones suivants :



SOINS DE
COURTE DURÉE



SOINS DE
LONGUE DURÉE



SOINS À DOMI

Définitions :

Soins de courte durée :¹¹ Un modèle de soins afin de traiter un client pour une maladie aigue, mais brève, en raison de séquelles d'un accident ou d'un autre trauma ou pour récupérer d'une intervention chirurgicale. Les soins de courte durée sont habituellement prodigués dans un hôpital par du personnel spécialisé utilisant des équipements et du matériel complexes. Cela peut comprendre des soins à l'urgence ou des soins intensifs. Ce modèle de soins est généralement bref, contrairement aux soins pour les maladies chroniques.

- Les **soins ambulatoires** sont des « soins offerts à une personne en mesure de se déplacer pour les recevoir, dans un endroit qu'elle quittera avant la fin de la journée ».

Les soins de longue durée (SLD) :¹² «Prestation des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage. Ces soins peuvent être fournis dans des établissements ou des résidences privées.

Soins à domicile :¹³ « Services fournis par un établissement ou une agence agréée employant une équipe interprofessionnelle de prestataires de soins (y compris des aides à domicile) pour satisfaire les besoins des clients nécessitant des soins dans des milieux extra-hospitaliers, notamment les domiciles, les résidences privées, les pensions, les établissements de soins palliatifs, les refuges, etc.

Les avancées technologiques permettent d'administrer de nombreux traitements à la maison et non à l'hôpital. Il peut s'agir d'oxygénothérapie, de perfusion de médicaments (y compris des antibiotiques et des antinéoplasiques) ou de dialyse péritonéale. De nombreux services et agences existent dans plusieurs communautés. Certains sont publics, c'est-à-dire liés aux gouvernements fédéral ou provinciaux ou encore à des hôpitaux (il s'agit d'organismes à but non lucratif), tandis que d'autres sont privés et à but lucratif. »

Les interventions visant à prévenir les chutes et à réduire les blessures causées par les chutes sont suivies d'une section expliquant comment mesurer la progression des interventions.

Les annexes fournissent les outils nécessaires pour effectuer le travail d'amélioration de la qualité; les icones ci-dessus sont utilisés pour désigner les outils propres à chaque secteur.

Les équipes sont invitées à décider de l'utilisation optimale de ces ressources selon leur milieu de pratique. Il est important de personnaliser les stratégies selon les facteurs de risque spécifiques identifiés lors de l'évaluation du client. Nous reconnaissons que la terminologie employée pour désigner les bénéficiaires varie selon le secteur. Cependant, pour faciliter la lecture, le terme « client » sera utilisé tout au long de la trousse de départ.

Dans la présente trousse, le terme « client » sera utilisé pour désigner les patients, les résidents, les clients, les consommateurs ou tout autre individu qui reçoit des soins ou des services, peu importe le lieu.

Une chute est définie comme un événement imprévu qui amène une personne à se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur et qui peut causer une blessure. Cela peut se produire avec ou sans témoin.

Définitions

Pour les besoins de la présente trousse, voici les définitions d'une chute, d'une chute sans témoin et d'une quasi-chute :

Qu'est-ce qu'une chute?

Une chute est définie comme un événement imprévu qui amène une personne à se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur, et qui peut causer une blessure.¹⁴ Par exemple :¹⁵

- une chute sans témoin que le client peut relater ou non et pour laquelle il existe des preuves que la chute a eu lieu.

Qu'est-ce qu'une quasi-chute?

Une quasi-chute se produit quand un client glisse, trébuche, perd l'équilibre et commence à tomber, mais est capable de reprendre son équilibre (avec ou sans témoin) et demeure debout grâce à ses réflexes d'équilibre et/ou parce qu'il a été rattrapé par un membre du personnel ou d'autres personnes ou parce que quelqu'un (membre du personnel ou autre personne) l'a aidé à ne pas tomber sur le sol.¹⁶

Qu'est-ce qu'une blessure causée par une chute?

Une blessure causée par une chute est définie comme une blessure liée à une chute, qui peut nécessiter ou non un traitement. La blessure peut être temporaire ou permanente et être légère, modérée ou grave.

Stratégies d'intervention pour prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes

Voici les cinq composantes principales de la stratégie d'intervention pour prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes. Ces composantes peuvent être mises en œuvre en soins de longue durée, de courte durée ou à domicile.¹⁷

- Prévention : précautions universelles contre les chutes¹⁸
- Évaluation des risques multifactoriels
- Communication et sensibilisation aux risques de chute
- Mise en œuvre d'interventions pour les personnes à risque de chute
- Personnalisation des interventions pour les personnes à risque de subir des blessures causées par les chutes

Ces interventions sont résumées ci-dessous et illustrées à la [figure 1 : Modèle d'intervention pour la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes](#), qui démontre les interactions entre ces stratégies, qui ne sont pas conçues pour être linéaires ni séquentielles, mais qui constituent plutôt une approche intégrée des soins sécuritaires.

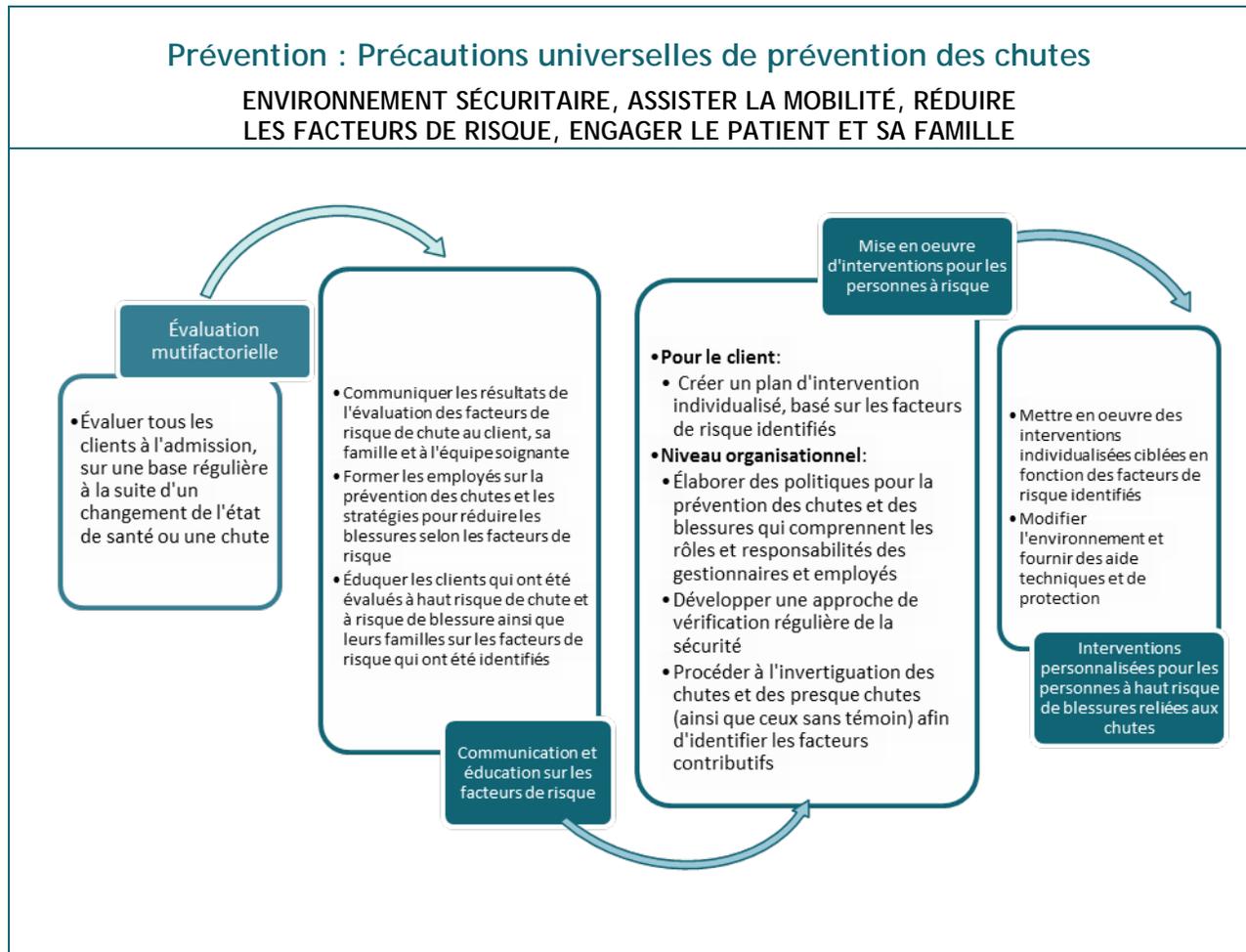
Interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes

1. Prévention : précautions universelles contre les chutes
Environnement sécuritaire, aide à la mobilité, réduction des risques de chute, participation du client et de sa famille.
2. Évaluation des risques *multifactoriels*
 - a) Évaluation des risques de chute de tous les clients au moment de leur admission et de manière régulière, après un changement important dans leur état de santé et après une chute.
3. Communication et sensibilisation aux risques de chute
 - a) Communication des résultats de l'évaluation des risques de chute au client et à sa famille de même qu'à l'équipe de soins.
 - b) Formation de l'ensemble du personnel sur la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes, plus particulièrement, les facteurs de risques de chute.
 - c) Sensibilisation de tous les clients dont l'évaluation a révélé un risque élevé de chute et de blessures causées par les chutes, ainsi que leur famille relativement à cette situation.
4. Mise en œuvre d'interventions pour les personnes à risque de faire des chutes
Niveau du client :
 - a) Élaboration d'un plan de soins individualisé et d'un plan d'intervention basées sur les résultats de l'évaluation de risque.Niveau organisationnel :
 - a) Élaboration de politiques organisationnelles de gestion de la prévention des chutes et de la réduction des blessures causées par les chutes définissant les rôles et responsabilités de l'organisme et de chaque prestataire de soins.
 - b) Élaboration d'approches prévoyant des vérifications de la sécurité, qui comprennent des modifications de l'environnement physique ainsi que des audits en tant que composante de stratégies de prévention des chutes.
 - c) Enquête sur chaque chute ou quasi-chute (même celles sans témoin) pour déterminer les facteurs contributifs et pour prévenir la récurrence de tels événements.

Interventions pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes

5. Personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures causées par les chutes
 - a) Après l'identification des clients les plus à risque de chuter ou de se blesser en chutant, mise en œuvre d'interventions personnalisées ciblant les facteurs de risque spécifiques de chaque client.
 - b) Modification des lieux et utilisation d'équipements destinés à réduire les risques de blessures causées par les chutes.

Figure 1 - Modèle d'intervention pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes



Prévention

Pour prévenir les chutes, tous les clients devraient bénéficier des précautions universelles.

Il s'agit d'une initiative basée sur le principe que tous les clients sont à risque de chuter. Par conséquent, tout le personnel applique des principes fondamentaux de prévention à tous les clients. L'acronyme SAFE est utilisé pour décrire les quatre stratégies clés des précautions universelles de prévention des chutes : sécurité des lieux, assistance à la mobilité, facteurs de risque réduits et enseignement au client et à sa famille.

De plus, lorsque nécessaire, des interventions spécifiques et ciblées (par exemple, des protecteurs de la hanche, une chaise d'aisance à côté du lit, des alarmes au lit, un suivi plus étroit et des recommandations par d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle tels qu'un ergothérapeute, un physiothérapeute, une nutritionniste seront mises en oeuvre en fonction des facteurs de risque de chute ou de blessures causées par des chutes qui auront été identifiés.

Dans le cadre des précautions universelles de prévention des chutes, il faut poser régulièrement ces trois questions à tous les clients à qui l'on prodigue de soins courants ou que l'on surveille (s'ils sont éveillés et en mesure de répondre) : (1) « Avez-vous besoin d'aller à la toilette? » (2) « Ressentez-vous de la douleur ou êtes-vous inconfortable? » (3) « Avez-vous besoin de quoi que ce soit avant que je quitte la chambre? » À la **figure 2** ci-dessous, une affiche et une carte de poche utilisées à Fraser Health décrivent les étapes pour mettre en oeuvre les précautions universelles de prévention des chutes (SAFE). La **figure 3** est une liste d'étapes pour un transfert. Vous trouverez à l'annexe A un exemple d'un outil d'évaluation de Fraser Health qui sert à vérifier si les prestataires de soins suivent toujours les précautions universelles de prévention des chutes.

Prévention: Précautions universelles de prevention des chutes (SAFE)

Sécurité des lieux

Assistance à la mobilité

Facteurs de risque réduits

Enseignement au client et à sa famille

Figure 2a: Exemple d'affiche sur les precautions universelles de prevention des chutes

Reproduit avec la permission de Fraser Health, 2013



L'affiche est sur un fond jaune. En haut à gauche, il y a un pictogramme d'une personne tombant, barré d'une barre rouge. À côté, le logo 'zonesécuritaire' est écrit en orange et bleu. En haut à droite, le titre 'Prévenir les chutes' est en bleu, avec 'Réduire les blessures' en orange en dessous. Un grand point d'exclamation bleu est à droite. Le contenu principal est divisé en quatre sections par des lettres capitales orange.

zonesécuritaire

Prévenir les chutes
Réduire les blessures

Sécurité des lieux

- Ridelles de lit baissées à moins d'un avis contraire
- Aires de déplacement non encombrées
- Freins du lit et du fauteuil activés
- Appareils d'éclairage fonctionnels et allumés lorsque requis

Assistance à la mobilité

- Mobiliser au moins deux fois par jour
- Périodes de continence régulières et sécuritaires
- Documentation des besoins d'assistance aux transferts et à la mobilité
- Lunettes, appareils auditifs et accessoires de marche à proximité du client

Facteurs de risque de chute réduits

- Cloche d'appel à proximité du client
- Lit ajusté à la hauteur des genoux du client
- Objets personnels facilement accessibles par le client
- Chaussures/pantoufles adéquats et accessibles

Enseignement au client et à sa famille

- Discuter des facteurs de risques
- Discuter du plan de prévention des chutes/blessures

Figure 2b : Exemple de carte de poche sur les precautions universelles de prevention des chutes

Reproduit avec la permission de Fraser Health, 2013



zonesécuritaire

Posez toujours ces trois questions avant de quitter la chambre du patient :

- 1. Avez-vous besoin d'aller à la toilette ?**
- 2. Ressentez-vous de la douleur ou êtes-vous inconfortable?**
- 3. Avez-vous besoin de quoi que ce soit avant que je quitte la chambre?**

Poser ces simples questions peut :

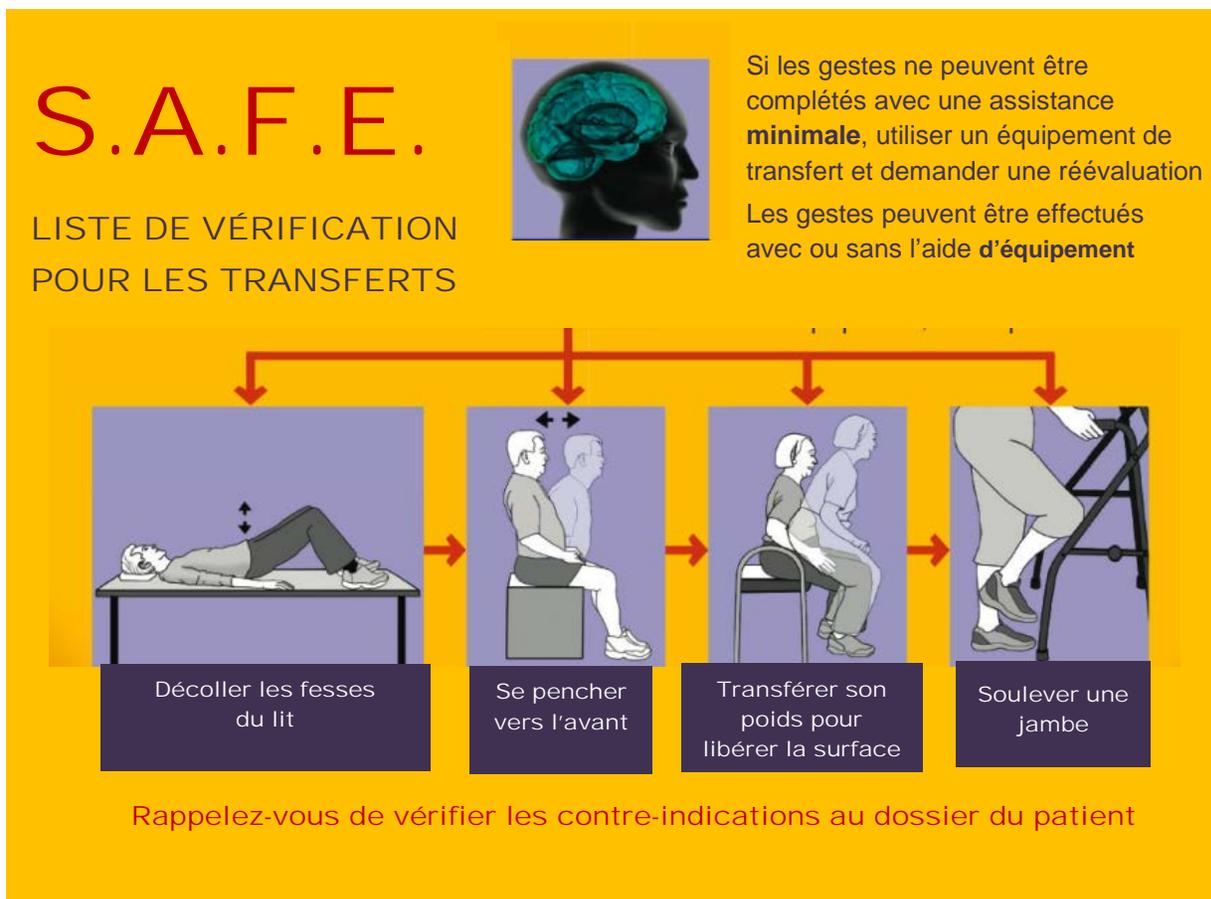
- Réduire le risque de chute du patient
- Diminuer l'utilisation de la cloche d'appel
- Augmenter la satisfaction du patient



fraserhealth Better health. Best in health care.

Figure 3 : Exemple des étapes à suivre pour un transfert SAFE

Reproduit avec la permission de la Vancouver Coastal Health Authority, 2013



Évaluation des risques multifactoriels

Évaluer les facteurs de risque de chute de tous les clients :
6, 14

- au moment de l'admission
- sur une base régulière
- après un changement de de l'état de santé
- après une chute ou une quasi-chute.

Une évaluation spécifique et en temps opportun des risques de chutes et de blessures est une étape importante de la prestation de soins sécuritaires centrés sur la personne.³ Les résultats de l'évaluation des risques fournissent une orientation pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans de soins individualisés destinés à prévenir les chutes et à réduire les blessures causées par les chutes.

Cependant, pour les soins à domicile, l'évaluation des risques de chute n'est pas aussi facile à réaliser que dans les établissements de soins de courte durée ou de longue durée. Les chutes et les quasi-chutes à domicile sont souvent peu signalées par les clients, car ils sont dans l'embarras et ils sont peu enclins à avouer qu'ils ont chuté ou quasiment chuté. Souvent, les personnes âgées ne reconnaissent pas l'importance des pertes d'équilibre fréquentes (causant des quasi-chutes) et craignent de ne plus pouvoir demeurer chez elles. En raison de la présence temporaire des prestataires de services, il n'est pas facile de faire le suivi des facteurs de risque de chute, comme la prise adéquate des médicaments, les défis liés à la mobilité ou la nutrition, les lieux physiques et les problèmes de santé.¹⁹ Une évaluation multifactorielle des facteurs de risque⁶ doit être menée pour chaque nouveau client admis aux services de soins à domicile et il est également important d'établir un processus pour réévaluer régulièrement les facteurs de risque afin de mettre au jour les risques de chutes. Ainsi, il faut inclure:

- le point de vue du client sur ses risques de chutes ou de quasi-chutes
- l'examen des médicaments
- l'évaluation de la sécurité des lieux
- l'état nutritionnel
- le dépistage de facteurs physiologiques (par exemple hypotension orthostatique s'il y a lieu)
- l'évaluation de la mobilité.

Les clients qui reçoivent des services de soins de santé à domicile et pour qui un risque élevé de chutes a été identifié, doivent être évalués par les membres pertinents de l'équipe interprofessionnelle puisque chacun de ces professionnels ne sera pas nécessairement auprès

ÉVALUATION MULTIFACTORIELLE DES RISQUES

- l'a Évaluer tous les clients à l'admission, après un changement de l'état de santé ou à la suite d'une chute

du client initialement. Chaque prestataire de services de soins de santé à domicile a donc la responsabilité d'évaluer les facteurs de risque du client dans le cadre de son champ d'exercice professionnel et de communiquer les résultats de son évaluation aux autres membres de l'équipe.

Le contexte détermine la fréquence des évaluations des risques de chute qui devront être menées régulièrement selon un horaire établi. À ce chapitre, la fréquence des évaluations est souvent bien établie dans le cadre des pratiques habituelles dans les résidences de soins de longue durée, et liée aux pratiques régulières de soins, de même qu'à l'aide de certains logiciels de soins infirmiers.

Dans les établissements de soins de courte durée, les besoins en matière de réévaluation régulière peuvent être déterminés en fonction de la durée de l'hospitalisation du client, du secteur d'activité (par exemple, chirurgie, soins continus complexes, réadaptation) et l'effet de la maladie aiguë sur les fonctions physiques et cognitives du client.

Facteurs de risque de chute ^{6, 20, 21}

Les chutes surviennent en raison d'une perte d'équilibre ou d'une incapacité à retrouver l'équilibre. De nombreux facteurs de risque (plus de 400) ont été répertoriés et ils peuvent avoir une incidence sur les risques de chute. L'adaptation du modèle BBSE des facteurs de risque de chute (**figure 4**) nous donne les facteurs de risque b Biologiques (intrinsèques), au chapitre du c Comportement (béhavioriste), les facteurs s Socio-économiques relatifs à l'e Environnement (extrinsèques). Ces facteurs de risque de chute et de blessures causées par les chutes sont reliés; une personne qui a beaucoup de facteurs de risque a plus de risques de chuter.

Par ailleurs, certains facteurs de risque peuvent être modifiés, c'est-à-dire qu'on peut les diminuer ou compenser ceux-ci (par exemple, l'état nutritionnel, l'exercice, la faiblesse musculaire, des déficiences visuelles, de même que certains facteurs déterminants de la santé cognitive), tandis que d'autres facteurs peuvent être modifiés, donc on ne peut les changer (par exemple, la génétique, l'âge et le sexe). L'interrelation entre les facteurs intrinsèques, extrinsèques et situationnels influe sur les risques de chute ou de blessures causées par les chutes (par exemple, certaines activités et décisions peuvent accroître les risques).²²

Facteurs de risque biologiques (intrinsèques)

Ces facteurs de risque sont liés à la biologie humaine et au processus de vieillissement naturel ou sont causés par des conditions aiguës, chroniques ou terminales telles un trouble neurosensoriel, la médication, des maladies comme la maladie de Parkinson, la maladie vasculaire cérébrale, l'arthrose et le diabète. Si les facteurs de risque intrinsèques augmentent, les risques de chutes augmentent aussi. Il est important de connaître les facteurs de risque intrinsèques du client pour mettre en œuvre des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes qui tiennent compte des facteurs de risque trouvés.

Plusieurs facteurs de risque influent sur le risque de chute d'une personne, dont :

- Les facteurs b Biologiques (intrinsèques)
- Les facteurs comportementaux (extrinsèques)
- Les facteurs s sociaux et économiques (extrinsèques)
- Les facteurs e nvironnementaux (extrinsèques)

Facteurs de risque externes (extrinsèques)

Ces facteurs de risque sont de nature sociale et physique et sont liés à l'environnement externe de l'individu (extrinsèques). Ils ne sont pas liés à une maladie ou à la consommation de drogues. Ce type de facteur de risque peut être éliminé ou réduit en modifiant les comportements ou le mode de vie.

Comportements

Le fait de cerner les facteurs de risque comportementaux peut faciliter l'élaboration de stratégies visant à aider le client et sa famille à mieux comprendre le lien entre les facteurs de risque et la façon dont les actions, émotions ou choix du client peuvent entraîner une augmentation des risques de chute ou de blessures causées par des chutes.

Facteurs socio-économiques

Diverses études ont révélé que les facteurs de risque sociaux et économiques suivants augmentent les risques de chutes et de blessures causées par les chutes :

- Isolement
- Faiblesse du réseau social
- Population socialement défavorisée
- Culture/ethnicité
- Faible revenu (moins de 15 000 \$)

Les conditions et les facteurs socio-économiques favorisent une bonne santé, mais elles façonnent aussi les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent et vivent. Les iniquités en matière de santé reflètent directement les iniquités sociales. Ce sont les personnes qui ont les plus faibles revenus qui décèdent le plus tôt et qui ont les plus hauts risques d'être atteintes de maladies chroniques. Le fait de comprendre la situation socio-économique d'une personne aide à élaborer des stratégies qui tiennent compte de ces facteurs de risque pour prévenir des chutes ou des blessures causées par les chutes.

Environnement

Ce type de facteur de risque concerne les dangers dans les lieux qui nous entourent, par exemple :

- Conception du bâtiment
- Mobilier
- Température (par exemple, la pluie et la neige)
- Disponibilité d'équipements pour aider à la mobilité (par exemple, des rampes)
- Les obstacles à la mobilité (par exemple, tapis, encombrement)

Figure 4 - Modèle BBSE des facteurs de risque de chute

Adapté avec la permission de Vicky Scott, Ph.D., 2013

Adapté du modèle BBSE des facteurs de risque de chute ⁶						
Biologique (intrinsèque)	↔	Béavioral (extrinsèque)	↔	Social et économique	↔	Environnemental
Problèmes de mobilité		Antécédents de chutes		Faible revenu : incapacité ou refus de payer pour des modifications au logement, des équipements d'aide à la mobilité, etc.		Mauvaise conception et/ou mauvais entretien du bâtiment
Équilibre ou démarche instables		Peur de tomber		Faible niveau de scolarité		Codes de construction du bâtiment inadéquats
Faiblesse musculaire		Polypharmacie		analphabétisme ou barrières linguistiques		Escaliers
Âge avancé		Utilisation inappropriée de médicaments. Prise de médicaments vendus sous ordonnance qui sont inappropriés pour les personnes âgées en raison de problèmes liés aux médicaments comme tels ou d'effets indésirables, comme l'aggravation de la maladie, la sècheresse buccale, la constipation, les chutes. ²³ (voir l'annexe B, Liste des critères de Beers). Ce ne sont pas toutes les classes de médicaments de la liste des critères de Beers qui sont associées à des risques de chute, cependant les classes suivantes sont à		Mauvaises conditions de vie		Dangers à la maison : (par exemple, tapis mal fixés, encombrement, présence de fils ou cordons d'alimentation, absence de rampes d'escalier), rangement inapproprié des articles couramment utilisés (par exemple, téléphone, bouilloire, vaisselle)

Biologique (intrinsèque)	Béavioral (extrinsèque)	Social et économique	Environnemental
	surveiller pour les personnes qui ont des antécédents de chutes ou de fractures : <ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivants • Antipsychotiques • Benzodiazépines • Hypnotiques non-benzodiazépines 		
Maladies chroniques ou incapacités: <ul style="list-style-type: none"> • Arthrite • Déficiences cognitives : délirium, démence, dépression • Diabète • Problèmes aux pieds • maladie cardiaque • Incontinence • Hypotension: <ul style="list-style-type: none"> ○ Posturale (orthostatique) ○ Post-prandiale ^{24, 25, 26, 27} • Ostéoporose • Maladie neurologiques (ex : maladie de Parkinson) • Maladies vasculaires cérébrales 	Consommation excessive d'alcool	Vivre seul	Absence de : <ul style="list-style-type: none"> • Rampe • Barres d'appui • Aires de repos avec fauteuil

Biologique (intrinsèque)	Béavioral (extrinsèque)	Social et économique	Environnemental
Troubles visuels	Comportements: <ul style="list-style-type: none"> • Témérité • Agitation • Comportements perturbateurs 	Faiblesse du réseau social	Faible éclairage ou manque de contrastes visuels, nouvelles lunettes (ex: bifocales) avec lesquelles le client n'est pas familier ou qu'il n'utilise pas
Maladies aiguës <ul style="list-style-type: none"> • Déficiences cognitives : délirium, dépression 	Faible niveau d'activité physique	Absence de moyens de transport	Surfaces glissantes ou accidentées (ex : fissures dans le trottoir)
	Chaussures ou vêtements inadéquats	Culture/ ethnicité	Obstacles
	Utilisation inappropriée des accessoires de marche		
Dénutrition /malnutrition et/ou hydratation inadéquate	Consommation de nourriture et de liquides inadéquate, insuffisante ou inappropriée	Mauvais choix nutritionnels en raison d'un budget insuffisant, de l'incapacité à se faire à manger ou parce que vit seul	Épicerie non accessible et/ou moyens de transport non disponibles
	Troubles du sommeil		

Évaluation des risques de chute pour tous les clients

L'évaluation des risques de chutes permet aussi de personnaliser les interventions selon le profil de risques du client et d'utiliser le mieux possible les ressources en intervenant auprès des personnes les plus à risque.⁶ Il est difficile de sélectionner un outil standardisé et fiable d'évaluation multifactorielle des risques de chute, car les cliniciens doivent tenir compte :

- De la population ciblée
- Du milieu de soins de santé où il sera utilisé
- Du potentiel d'adoption par le personnel, de sa facilité d'utilisation et de la formation requise
- Des données probantes qui démontrent que l'outil est valide et fiable.

Vous pouvez trouver des outils d'évaluation des risques de chute sur le site www.injuryresearch.bc.ca pour soutenir votre processus de prise de décision. Même si de nombreux outils d'évaluation des risques de chute sont utilisés dans les contextes de soins de courte durée, de longue durée ou à domicile, il existe trois principales catégories d'outils :

- **Outils multifactoriels** : Les questions se rapportent à une variété de facteurs de risque éprouvés pour prédire une future chute ou un risque de chute.
- **Outils d'évaluation de la mobilité fonctionnelle** : Mesures pour évaluer la capacité physique liée à la démarche, la force ou l'équilibre.
- **Listes de vérification pour identifier les dangers liés à l'environnement** : une liste des éléments présents dans l'environnement et qui peuvent faire glisser, trébucher ou chuter le client.

De plus, on peut classer les outils d'évaluation d'une autre façon :

- **Dépistage rapide** : Pour identifier et trier les personnes dans des catégories selon leur degré de risque de chute.
- **Évaluation complète** : Utilisée pour identifier des catégories de risque spécifiques aux individus afin de créer des plans de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes à la fois personnalisés et ciblés en fonction des risques identifiés.

Il n'existe aucun outil d'évaluation des risques de chute universellement utilisé et validé pour tous les contextes, ni aucune liste de vérification des dangers liés à l'environnement. Cependant, la **figure 5** propose des suggestions d'outils et d'approches de dépistage pour certains facteurs de risque décrits dans le Modèle BBSE (voir **figure 4**). Ces facteurs sont fortement associés aux chutes et aux blessures causées par les chutes.^{6, 28}

Les exemples d'outils suivants ont été validés ou sont utilisés dans divers établissements de soins de santé :



Soins de courte durée :

- Outil d'évaluation des risques de chute de Schmid
- Outil d'évaluation des risques STRATIFY
- Échelle d'évaluation des chutes Morse
- Modèle de risque de chute Hendrich II



Soins de longue durée (en résidence) :

- Aire d'oscillations posturales
- Le «mobility interaction fall chart» qui inclut les items suivants : observation du degré de mobilité, TUG, SWWT, vision et concentration
- *Scott Fall Risk Screen Tool (SFRS)* ^{© 29}
- Épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre



Soins à domicile :⁶

- Test clinique de l'interaction sensorielle et de l'équilibre
- Échelle Falls Efficacy Scale International (FES-I)*
- Marche de cinq minutes
- Test des cinq étapes (*Five-Step Test*)
- Se relever du sol
- *Functional reach test*
- Longueur maximale du pas
- *Physiological Profile Assessment (PPA)* ³⁰
- Évaluation de l'indépendance fonctionnelle
- Test chronométré du lever de chaise ou *Timed-Up-and-Go Test (TUG)***

* Le FES-I peut se faire facilement par téléphone.

** Le test TUG est l'un des tests les plus faciles à mener au domicile du client pour déterminer s'il est à risque de chute et nécessite une évaluation plus approfondie.

L'annexe C n'est pas une liste exhaustive d'exemples, mais fournit certains outils d'évaluation et de dépistage des facteurs de risque de chute disponibles gratuitement et accompagnés d'instructions pour les utiliser :

- Modèle de risque de chutes Hendrich II
- Échelle d'évaluation des chutes Morse
- *Scott Fall Risk Screen Tool (SFRS)* ©
- Évaluation des risques STRATIFY

Dépistage des facteurs de risque



Le dépistage de facteurs de risque est approprié dans les établissements de soins de courte durée ou de longue durée, ainsi qu'à domicile, selon les besoins des clients. Les outils des Ministères de la santé provinciaux et territoriaux visant à déterminer le niveau de soins requis par les clients dans différents contextes (à domicile, en résidence) incluent le dépistage et l'évaluation des facteurs de risque. Certains outils peuvent être utilisés pour un dépistage rapide des facteurs de risque, tandis que d'autres nécessitent plus de temps.

Figure 5 - Facteur de dépistage - Tableau d'outils ou d'approches de dépistage

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des outils et des approches. Il ne s'agit que d'exemples.

Facteur de dépistage	Outil et approche appropriée pour le dépistage
<p>Dépistage de l'état physique et fonctionnel (voir des exemples d'outils à l'annexe D*)</p>	<p>Voici des exemples d'outils qui pourraient être utilisés pour déterminer l'état physique et fonctionnel :^{31 32}</p> <p>Dépistage rapide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • *Test chronométré du lever de chaise ou Timed-Up-and-Go Test (TUG) • <i>Sit-to stand</i> et ses variantes • Debout, un pied devant l'autre • Functional reach <p>Autres outils d'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Scott Fall Risk Screen Tool</i> (SFRS)[®] • *Échelle d'équilibre de Berg • <i>Fullerton Advanced Balance</i> (FAB) • Arrêter de marcher en parlant (SWWT) • Le BESTest (balance evaluation system test) • *Épreuve de Tinetti ou <i>Performance Oriented Mobility Assessment</i> (POMA) • Vitesse de marche
<p>Dépistage de troubles cognitifs</p>	<p>Voici des exemples d'outils qui pourraient être utilisés pour déterminer la présence de troubles cognitifs :³³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mini-mental status exam (MMES) Instrument d'évaluation de la confusion ou Confusion Assessment Method (CAM) • Mini-cog - disponible en anglais à www.fpnotebook.com/Neuro/Exam/MnCogntvAssmntInstrmnt.htm • Évaluation cognitive de Montréal ou Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
<p>Dépistage de l'ostéoporose³⁴</p>	<p>Le dépistage de l'ostéoporose et l'intervention qui s'ensuit le cas échéant sont impératifs pour prévenir les fractures. Toutes les personnes de 50 ans et plus, de même que celles qui ont un ou des facteurs de risque pour des fractures de fragilisation devraient subir un test de densité minérale osseuse (DMO).</p>

Facteur de dépistage	Outil et approche appropriée pour le dépistage
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tout</i> client de 50 ans et plus qui a des facteurs de risque et qui a subi une fracture de fragilisation a des risques plus élevés de fracture subséquente. Il existe un risque modéré de fracture ostéoporotique de la colonne vertébrale ou d'une hanche si le score T est de $\leq 2,5$. • Selon le rapport d'Ostéoporose Canada ³⁵ : Lorsqu'on évalue la densité minérale osseuse, il faut aussi tenir compte des facteurs de risque suivants : âge, fracture de fragilisation antérieure, antécédents familiaux de fracture de la hanche, antécédents de prise de glucocorticostéroïdes (prednisone), antécédents de prise d'inhibiteurs de l'aromatase contre un cancer du sein ou d'un traitement par privation androgénique contre le cancer de la prostate, certaines maladies comme le MPOC, l'arthrite rhumatoïde, une maladie hépatique chronique, la maladie coeliaque, diminution de la taille, faible poids (<60 kg) et faibles niveaux d'œstrogène ou de testostérone. • Voici également d'autres facteurs dont il faut tenir compte : tabagisme, consommation d'alcool, chutes au cours de la dernière année, troubles de l'équilibre et de la marche. Vous trouverez d'autres faits et statistiques à http://www.osteoporosecanada.ca/lostéoporose-et-vous/donnees-et-statistiques-sur-lostéoporose/ <p>Indicateurs d'une fracture antérieure de la colonne vertébrale : diminution de la taille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raccourcissement de 2 cm (3/4 po) ou • Un raccourcissement total de 6 cm 2 ½ po comparativement à la taille de la jeunesse ou • Un dos incurvé ou en cyphose, ou • Raccourcissement de 6 cm ou plus comparativement à la taille adulte, moins de 3 doigts entre la côte inférieure et le haut de la hanche ou • Le dos de la tête est à plus de 6 cm du mur et l'abdomen et protubérant au test du mur. <p>Les clients qui ont eu des fractures de vertèbres sont très à risque de subir une autre fracture.</p>

Facteur de dépistage	Outil et approche appropriée pour le dépistage
	<p>Deux outils d'évaluation exhaustive des risques de fractures sont utilisés au Canada pour estimer le risque absolu de fracture d'une personne au cours des dix ans à venir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'outil Canadien de l'OMS pour l'évaluation des risques de fracture (FRAX) • L'outil de l'association canadienne de radiologistes et d'ostéoporose Canada (CAROC). <p>Vous les trouverez à l'adresse suivante : http://www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante/</p>
<p>Dépistage des pertes d'acuité auditive et des baisses d'acuité visuelle</p>	<p>Les outils de dépistage des baisses d'acuité visuelle fournissent une approche rapide et facile pour évaluer si la baisse de l'acuité visuelle a des répercussions sur les activités quotidiennes de la personne âgée.</p> <p>Les examens de la vue et le dépistage des problèmes de la vue doivent porter essentiellement sur le dépistage des cataractes, de la dégénérescence maculaire et des conséquences de maladies (par exemple, la rétinopathie diabétique).</p> <p>Le travail du Misericordia Health Centre porte essentiellement sur la prévention des chutes et le dépistage des problèmes de la vue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vous trouverez une trousse de dépistage des problèmes de la vue à l'adresse suivante: http://www.misericordia.mb.ca/AboutUs/VisionScreening.html. <p>Cette trousse contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un livret d'instructions • L'outil de dépistage pour les problèmes de la vue • Algorithme pour référer les clients. <p>Des exemples d'outils de dépistage des problèmes de la vue sont disponibles sur le site Web du Centre for Eye Research Australia : http://www.cera.org.au/our-work/resources/vision-screening-tools.</p>

Facteur de dépistage	Outil et approche appropriée pour le dépistage
	<p>Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La trousse de dépistage des problèmes de la vue comprenant un test de la vue à l'intention des prestataires de soins de santé. Cette trousse et cet outil ont été validés pour : <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées peu importe le niveau d'autonomie, dont celles avec des troubles de parole ou cognitifs ou des déficiences motrices. • Les personnes qui ne parlent pas couramment l'anglais • Les personnes atteintes de démence à un stade avancé. <p>La trousse contient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un livret de dépistage des problèmes de la vue. • Trou sténopéïque (petit trou) • Échelle de Snellen (mesure de l'acuité visuelle de près et de loin) • Carte à jumeler • Échelle de Snellen <ul style="list-style-type: none"> ○ Acuité visuelle à distance : 6/6, 6/12, 6/18, 6/60, 3/60 ○ Acuité visuelle de près : N8, N20, N48
<p>Dépistage de la malnutrition (voir des exemples d'outils à l'annexe E*) et de la déshydratation</p>	<p>La malnutrition et la déshydratation peuvent avoir des conséquences, comme la faiblesse musculaire, les troubles fonctionnels et cognitifs et un déclin de l'activité physique. Une carence en nutriments (par exemple, vitamine D), en énergie et en macroéléments (par exemple, protéines) a été associée avec ces conséquences de même qu'avec les chutes. Il est important d'évaluer les risques en matière de nutrition avec des outils validés comme *MST, *SCREEN© ou *MNA-SF®. Il est possible de faire plusieurs recommandations pour améliorer l'alimentation d'un client en fonction du dépistage de certains facteurs de risque; il importe de diriger vers une nutritionniste les clients à haut risque qui ont besoin d'une évaluation complète.</p>

Communication et sensibilisation sur les risques de chute

Une communication proactive, cohérente et régulière à la fois verbale (par exemple, lors des rapports), et écrite (par exemple, dans les dossiers) entre les membres de professions réglementées ou non réglementées de l'équipe interprofessionnelle et les membres de la famille est une stratégie essentielle.^{17, 36}

Il faut communiquer :

- Les risques de chutes du client;
- Le plan de soins individualisé ou les changements à ce plan après une chute;
- Les chutes signalées ou non signalées;
- Les stratégies ou initiatives en matière d'amélioration de la qualité de la prévention des chutes ou de la réduction des blessures causées par les chutes.

Les organisations doivent revoir leurs processus de communication au sein des équipes interprofessionnelles, particulièrement entre les membres des professions réglementées et non réglementées qui ont accès au plan de soins individualisés, et ce, au moment de mettre en oeuvre des approches individualisées pour les clients à risque.

L'équipe interprofessionnelle profitera de réunions proactives et régulières (hebdomadaires), de même que des réunions informelles ou impromptues, afin de discuter :

- Des initiatives en matière de prévention des chutes;
- Des chutes et de la conformité aux programmes et protocoles en vigueur;
- Des obstacles à la prévention des chutes (comme la communication, le personnel, la famille, l'environnement, l'équipement, etc.);
- Les attitudes de l'équipe interprofessionnelle (par exemple, l'opinion selon laquelle il est impossible de prévenir les chutes).

Le client et les membres de la famille doivent être inclus comme membres à part entière de l'équipe afin d'améliorer les initiatives et la communication sur la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes dans les milieux de soins de santé.³⁶

- **Communiquer les résultats de l'évaluation des risques au patient, ses proches et à l'équipe soignante**
- **Former les employés sur la prévention des chutes et les stratégies pour réduire les blessures selon les facteurs de risque**
- **Éduquer les patients qui ont été évalués à haut risque de chute et à risque de blessure ainsi que leurs proches sur les facteurs de risque qui ont été identifiés**

**COMMUNICATION ET ÉDUCATION SUR
LES FACTEURS DE RISQUE**

Communication des résultats de l'évaluation des risques de chute au client et à sa famille de même qu'à l'équipe de soins de santé

Indicateurs visuels

Diverses méthodes peuvent être utilisées pour faire connaître les risques de chutes. L'utilisation d'indicateurs visuels pour communiquer rapidement avec l'équipe de soins et les membres de la famille est un moyen efficace de transmettre de l'information sur les risques de chutes du client. L'approche visuelle utilisée dépend des besoins des clients et du lieu où les soins sont prodigués. Voici quelques exemples d'approches faisant appel à des indicateurs visuels :

- Utilisation de bracelets colorés;
- Signalisation apposée sur le lit ou dans la chambre (p. ex. un logo de feuille qui tombe ou d'étoile filante) et/ou d'autres indicateurs visuels;
- Identificateurs apposés sur les dispositifs d'aide à la mobilité;
- Identificateurs apposés sur le dossier du patient.

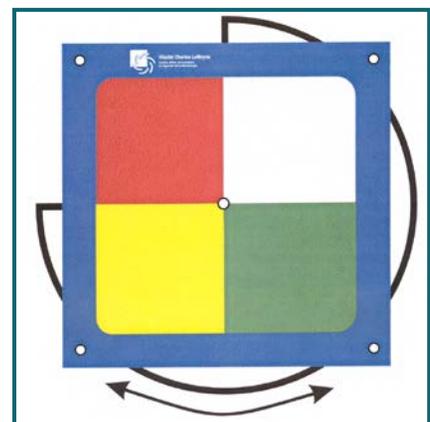
Il est indispensable de maintenir la dignité et l'intimité de l'individu lors de l'utilisation des indicateurs visuels. Les exemples suivants sont présentement utilisés dans des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée au Canada :



EXEMPLE : Soins de courte durée

Reproduit avec la permission du CSSS Champlain-Charles-Le Moyne, Montréal, Québec, 2013

Cette carte visuelle, affichée sur le mur à la tête de chaque lit, indique clairement le risque de chute du client et le besoin d'aide pour les transferts. La couleur sélectionnée (vert, jaune, rouge) indique le niveau de risque de chacun des clients admis à l'hôpital. Cet indicateur accroît la sécurité du personnel et des clients.





EXEMPLE : Soins de longue durée

Reproduit avec la permission de la résidence Kristus Daraz Latvian Home, Ontario, 2013

Le logo de la pomme Granny Smith a été utilisé par le personnel de la résidence Kristus Daraz Latvian pour faire connaître les risques de chute au personnel et aux bénévoles. Le logo a été apposé sur le dossier et dans la chambre des personnes jugées à risque de faire une chute. Il a également servi de symbole commun pour toute l'information éducative sur les chutes et toute ressource accessible au personnel dans le cadre de son programme de prévention des chutes.



EXEMPLE : Soins de longue durée

Reproduit avec la permission du CSSS de la Vieille-Capitale, 2013

Un logo est utilisé selon le résultat obtenu par le client évalué avec l'outil de dépistage des risques de chute. Si un client a un résultat supérieur à 12, il est considéré comme étant non sécuritaire au niveau de ses déplacements. Pour un tel client, une surveillance accrue est recommandée.

La participation de toutes les personnes qui travaillent dans l'établissement ou qui visitent est très importante. Pour permettre à toutes ces personnes d'intervenir auprès des clients dont le risque de chute est élevé, un logo a été créé pour identifier ces clients et assurer une meilleure surveillance. Ce logo symbolise le mouvement. Il a été conçu afin de ne pas causer préjudice à la personne pour qui on a apposé le logo dans la chambre ou sur l'équipement (par exemple, son fauteuil roulant). Lorsqu'elles voient le logo, toutes les personnes présentes sur l'unité peuvent répondre aux besoins du client ou appeler un membre de l'équipe de soins pour aider une personne qui se trouve dans une situation non sécuritaire. Vous trouverez à l'**annexe F** les instructions du CSSS de la Vieille-Capitale pour utiliser l'outil et une adaptation de l'outil de dépistage des risques de chutes de Scott.



Communication directe entre les prestataires de soins



Une stratégie clé pour la sécurité des soins prodigués aux clients consiste à assurer que les risques de chute de l'individu soient transmis clairement et directement. Cette communication peut avoir lieu lors de la transmission d'informations au changement de quart de travail, lors du transfert d'un client d'une unité ou d'un département à l'autre à l'intérieur d'un hôpital ou d'un centre de soins de longue durée, lors d'un « caucus » sur la sécurité ou entre les prestataires de soins (y compris les membres de la famille) dans le cas de soins à domicile.

- Documenter les résultats de l'évaluation sur les risques de chute dans le dossier, le plan de soins et les plans de travail;
- Mentionner le niveau de risque lors des transferts (entre les quarts de travail), lors des rondes et avant les sorties avec la famille;
- Préparer un formulaire/rapport à remettre qui intègre l'évaluation des risques de chute;
- Mentionner les risques de chute des personnes à haut risque lors des différentes réunions de l'équipe de soins;
- Communiquer ce risque à l'équipe de soins élargie, au besoin, pour les individus recevant des services de soins de santé à domicile.
- Transmettre de l'information et sensibiliser les clients et leurs familles sur les risques de chute

L'exemple C1 de l'[annexe C](#) : Échelle d'évaluation des chutes *Morse - Electronic Health Record* Screen est un exemple de dossier de santé électronique qui documente clairement les risques de chute, alors que l'[annexe G](#) présente un exemple d'un outil de communication utilisé pour les soins à domicile.

Sensibilisation de tous les membres du personnel sur la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes



Diverses approches peuvent être utilisées pour améliorer l'apprentissage par les adultes en vue de faire adopter des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes par les prestataires de soins de santé. Cette sensibilisation devrait faire partie de l'orientation de tout nouvel employé, et de l'information devrait régulièrement être transmise au personnel en place.

Au minimum, celle-ci devrait comprendre les éléments suivants :¹⁴

- La définition de la chute et de la quasi-chute;
- Les statistiques sur les chutes : fréquence, conséquences et coûts pour le système de santé;
- Les répercussions sur la qualité de vie, l'autonomie, la tolérance au risque en fonction de la dignité et du désir du client et/ou de sa famille et les dilemmes éthiques;
- L'évaluation des risques de chute, y compris l'utilisation d'outils d'évaluation des chutes basées sur des données probantes;
- Les facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques associés aux chutes;
- Les stratégies multifactorielles et interdisciplinaires de réduction des risques de chute et de blessures;
- Les mesures de remplacement afin d'éviter l'utilisation de contentions;³⁷
- La gestion du risque comprenant le suivi post-chute.

Voici un exemple d'une approche éducationnelle créative et interactive destinée à aider les employés à déceler les facteurs de risque :



EXEMPLE : *Soins de longue durée : *Chambre de risques de chute**

Reproduit avec la permission des Services aux vétérans, Parkwood Hospital, St. Joseph's Health Care London's Parkwood Hospital, London, Ontario; 2013.

Une chambre de résident a été truffée de risques de chute courants dans cette population et dans ce type de d'environnement. On a demandé à des employés de tous les services d'entrer dans la chambre et d'y déceler tous les facteurs de risque de chute.

Cette expérience d'apprentissage ludique et interactive a permis au personnel d'avoir des opportunités d'éducation, de discussion et de résolution de problèmes.



Une liste de sites Web qui fournissent des ressources pour former le personnel se trouve à l'annexe H. L'annexe I contient des exemples de telles ressources de même que des exemples de moyens d'évaluation actuellement utilisés dans les contextes de soins à domiciles et de soins de longue durée.

Éducation de tous les clients dont l'évaluation a révélé un risque élevé de chute et de blessures causées par les chutes et leur famille relativement à cette situation



Le fait de faire participer les clients et leur famille au processus de soins est un principe fondamental des soins personnalisés. Il a été démontré qu'un enseignement personnalisé concernant les risques de chute réduit la peur de tomber et augmente l'auto-efficacité.³⁸ L'éducation peut prendre des formes diverses dans des contextes divers. Le matériel distribué aux clients et à leur famille devrait tenir compte de plusieurs facteurs qui sont influencés par le processus de vieillissement. Les programmes d'éducation des clients peuvent intégrer le contenu suivant :³⁹

- Les risques de chutes, les problèmes de sécurité et la limitation des activités;
- L'importance de demeurer actif et mobile;
- Les soins des pieds et le port chaussures appropriées;
- La sécurité lors des transferts et des changements de position, l'utilisation appropriée des aides techniques;
- L'orientation vers la chambre et l'unité, les consignes sur les manières d'obtenir de l'aide;
- La discussion sur les objectifs de traitement;

- Les stratégies en cas d'incapacité à se lever;
- Les problèmes psychologiques;
- Les décisions judicieuses concernant les risques;
- L'ostéoporose et la santé des os;
- Les occasions d'améliorer le statut nutritionnel;
- Les premiers soins.

Reportez-vous à l'**annexe H** pour des exemples de sites Web contenant des ressources éducatives pour les clients.



L'Agence de la santé publique du Canada a mis en place diverses ressources éducatives sur la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes à l'intention des personnes âgées demeurant dans la communauté. Les principaux thèmes ayant un impact sur les soins de santé à domicile abordés dans ces programmes sont les suivants : ⁴⁰

- La minimisation du risque;
- La protection de soi-même dans la salle de bain, le salon, la chambre à coucher, la cuisine, près des escaliers et à l'extérieur du domicile;
- Une alimentation saine;
- Un mode de vie sain et actif;
- L'utilisation adéquate des médicaments;
- L'utilisation d'équipements de sécurité spécialisés;
- La marche à suivre en cas de chute.

Agence de santé publique du Canada (2006) Les aînés et le vieillissement : prévenir les chutes à domicile et à l'extérieur

http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/fp-pc-fra.pdf

Mise en œuvre d'interventions visant les personnes à risque de faire une chute

En évaluant tous les clients, l'équipe de soins peut repérer les personnes qui sont à risque de tomber et de se blesser. Des interventions peuvent être déployées pour mettre en place et maintenir un environnement sécuritaire pour ces personnes à haut risque.



Le curriculum canadien sur la prévention des chutes,⁴¹ un programme validé et primé a été élaboré grâce au financement du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de santé publique du Canada, énonce que les stratégies de prévention des chutes et de blessure causées par les chutes les plus efficaces font appel à une approche multifactorielle ciblant des individus ou des groupes de personnes âgées selon leur profil de risque.

En s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles, cette formation présente un modèle de prévention des chutes complet (voir la [figure 6](#))⁶ nommé CEEEAVG, qui comporte les catégories suivantes :

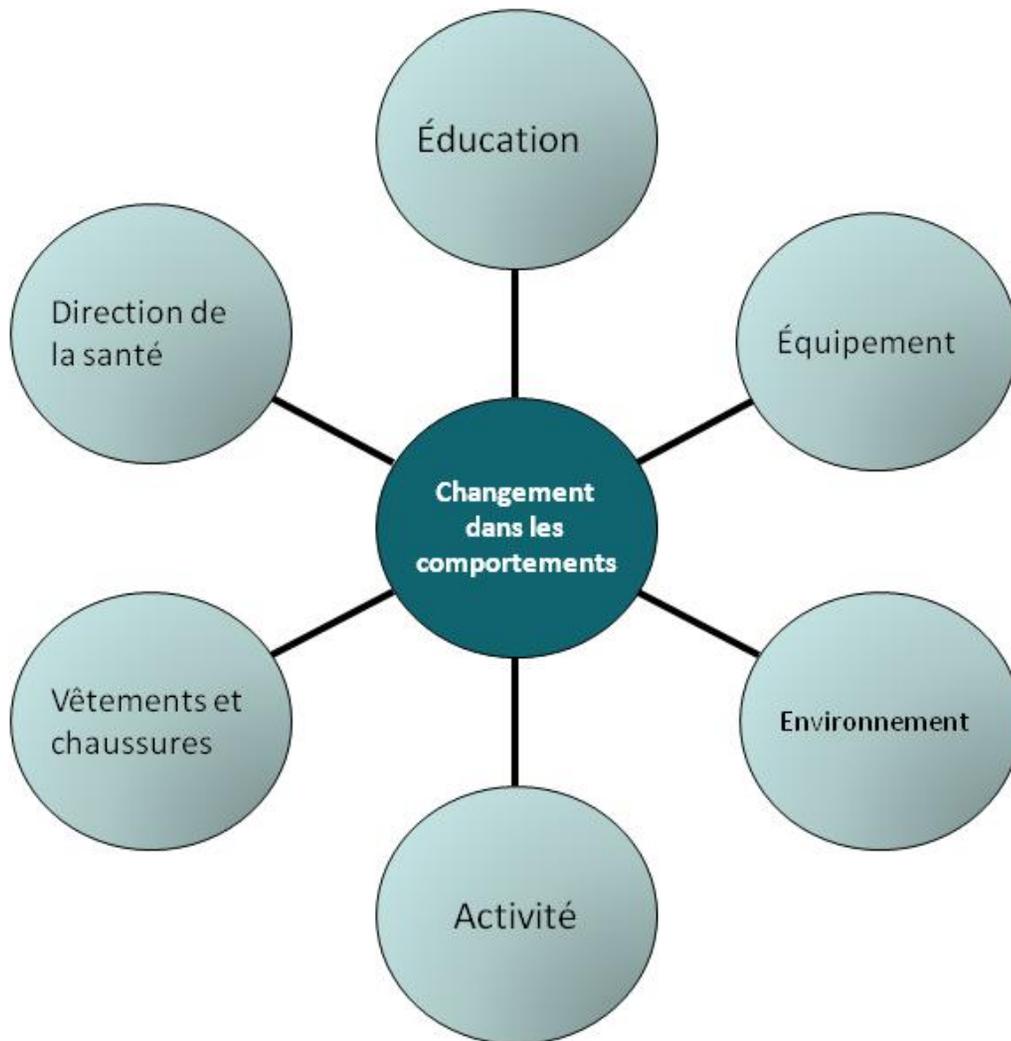
- **Changement de comportements** : Un objectif commun pour toutes les stratégies, ciblant les interventions pour lesquelles le client est prêt à faire un changement;
- **Education des participants au programme**;
- **Équipement** : Utilisation appropriée des aides techniques et des aides à la mobilité;
- **Environnement** : Évaluation et modification des dangers liés à l'environnement à domicile et dans les lieux publics;
- **Activités physiques et sociales**;
- **Vêtements et chaussures appropriés pour réduire les risques**;
- **Gestion de l'état de santé**, y compris les examens médicaux et les recommandations à d'autres professionnels, l'examen des médicaments, les examens de la vue, la santé des os, une alimentation saine, une hydratation adéquate et la gestion des maladies chroniques.

MISE EN OEUVRE D'INTERVENTIONS VISANT LES PERSONNES À RISQUE DE CHUTE

- **Au niveau du patient/ client/ résident**
 - **Élaborer un plan de soins individualisé en fonction des risques identifiés**
- **Au niveau de l'organisation**
 - **Développer des approches pour la vérification régulière de la sécurité**
 - **Élaborer des politiques sur la prévention et la gestion des chutes, incluant les responsabilités de tous les fournisseurs de soins**
 - **Analyser sur les facteurs qui ont contribué à une chute survenue ou à une "presque-chute"**

Figure 6 - Curriculum canadien sur la prevention des chutes, CEEEAVG

Reproduit avec la permission de Vicky Scott, Ph.D., 2013



Mise en œuvre de pratiques de prévention des chutes pour chaque client

Élaboration d'un plan de soins personnalisé et des interventions basées sur les résultats de l'évaluation des risques.



Les résultats de l'évaluation des risques, tels que mentionnés ci-dessus, permettent de guider l'élaboration d'un plan de soins personnalisé, peu importe où la personne reçoit les services de santé. La **figure 7** donne un aperçu de certaines interventions éprouvées pour modifier les risques de chutes en fonction des facteurs de risque particuliers des clients.

Figure 7 - Interventions éprouvées pour modifier les facteurs de risque

*Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive des interventions. Il ne s'agit que d'exemples

Facteurs de risque de chute	Interventions éprouvées pour réduire les risques en fonction du facteur de risque de chute ^{42, 43, 44, 45, 46}
Âge (80 ans et plus)	
Peur de tomber	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager la personne à exprimer ses sentiments. • Renforcer l'auto-efficacité pour les transferts et la marche en encourageant la personne quant à ses capacités et en lui démontrant sa capacité d'exécuter le mouvement en toute sécurité.
Antécédents de chutes ou de quasi-chutes	<ul style="list-style-type: none"> • Repérer le client à risque de faire des chutes. • Communiquer ce risque au moyen d'identificateurs visuels. • S'attaquer aux causes des chutes selon l'évaluation des chutes passées. • Évaluer de manière plus approfondie les capacités physiques, l'équilibre, etc.
Maladie aiguë (infection urinaire, pneumonie, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les conditions aiguës et réévaluer les facteurs de risque.
Maladie ou affection chronique (AVC, paralysie d'un membre, problème de mobilité ou d'équilibre, hypotension orthostatique, hypotension postprandiale, dépression, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les maladies chroniques et réévaluer les facteurs de risque. • Éduquer le client sur les risques associés à la maladie ou à l'affection dont il est atteint (par exemple, les changements de posture qui mènent à l'hypotension orthostatique).
Ostéoporose	<p>Évaluer les risques de chutes et déterminer la présence d'ostéoporose afin de réduire les risques de fracture :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adopter un régime riche en calcium et en vitamine D (suppléments) combiné à un programme d'exercice qui intègre des activités de mise en charge. • Examiner la possibilité d'une pharmacothérapie.

Facteurs de risque de chute	Interventions éprouvées pour réduire les risques en fonction du facteur de risque de chute ^{42, 43, 44, 45, 46}
<p>Troubles cognitifs (maladie d'Alzheimer, délirium, démence, lésions cérébrales, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher des causes réversibles des troubles cognitifs ou du délirium et éliminer ces causes. • Surveiller les personnes atteintes de troubles cognitifs et rapprocher ces clients plus près des postes de soins infirmiers afin que le personnel infirmier ou les aidants naturels puissent les observer régulièrement et les surveiller. • Utiliser des appareils de surveillance, lorsque possible (ex: moniteur de mobilité au fauteuil, au lit). • Appliquer une approche comportementale permettant de gérer les troubles cognitifs. <p>De plus :</p> <p>Dans un établissement de soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toujours utiliser la même routine, et répéter les gestes dans le même ordre pour enseigner au client à se servir d'une aide à la locomotion. • Utiliser la mémoire implicite pour l'apprentissage. • Utiliser des indicateurs visuels très visibles sur l'aide à la locomotion. <p>À ne pas oublier dans le contexte des soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseigner les stratégies aux membres de la famille.
<p>Diminution de la force et de l'équilibre</p>	<p>Fournir des occasions aux clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'améliorer leur force et leur équilibre; • de participer à groupes d'exercices.
<p>Handicap auditif et visuel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'ouïe et la vision et orienter la personne vers le bon spécialiste. • S'assurer que les dispositifs d'aide sont appropriés et portés de façon adéquate.

Facteurs de risque de chute	Interventions éprouvées pour réduire les risques en fonction du facteur de risque de chute ^{42, 43, 44, 45, 46}
<p>Dérangements urinaires/intestinaux (incontinence, urgence et fréquence)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des programmes personnalisés de gestion des fonctions urinaires et digestives pouvant inclure un horaire d'élimination régulier. • Surveiller les fonctions intestinales et encourager une consommation suffisante de liquide et de fibres. • Utiliser des laxatifs au besoin.
<p>Mauvaise alimentation et hydratation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cerner les facteurs de risque qui entraînent une mauvaise alimentation et une mauvaise hydratation. • Recommander des changements en fonction des facteurs de risque (comme les difficultés à faire l'épicerie → recommander le transport par autobus pour personnes âgées vers l'épicerie). • Diriger les clients à haut risque à une nutritionniste pour une évaluation complète de l'alimentation, de l'état et des besoins nutritionnels afin que soit établi un plan individualisé de soins nutritionnels. • Traiter la déshydratation aiguë.
<p>Prise de médicaments</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les médicaments pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Modifier l'ordonnance le cas échéant afin d'améliorer le traitement; ○ Changer, diminuer ou arrêter la prise de certains médicaments pour décroître les risques de chute.
<p>Moyens de contention (physiques, environnementaux ou chimiques)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une politique de réduction des moyens de contention. <p>De plus :</p> <p>Dans un établissement de soins de longue durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éduquer la famille sur les mesures de remplacement aux moyens de contention et sur les risques posés par l'utilisation de contentions. • Encourager la participation du client, de sa famille et du personnel pour créer un plan de soins pour éviter l'utilisation de moyens de contention.

Facteurs de risque de chute	Interventions éprouvées pour réduire les risques en fonction du facteur de risque de chute ^{42, 43, 44, 45, 46}
	<p>À ne pas oublier dans le contexte des soins à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éduquer le client, sa famille et le personnel sur les solutions de rechange aux moyens de contention et sur les risques posés par l'utilisation de moyens de contention à domicile.
Dangers environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Modifier l'environnement pour en éliminer les dangers.
Vêtements et chaussures (inappropriés, manque de soutien, mauvais ajustement)	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les vêtements et les chaussures soient appropriés et bien ajustés. • Encourager les soins de pieds (par exemple, la consultation d'un podiatre).



Le *University Health Network* (UHN) de Toronto est un hôpital universitaire de soins aigus. Il comprend trois hôpitaux situés au centre-ville de Toronto, en Ontario. Comptant 1000 lits, l'UHN s'est doté d'une politique de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes. Cette politique comprend :

- Un processus d'évaluation des risques;
- Des mesures de sécurité uniformes;
- Une brochure à l'intention des patients qui fournit des stratégies pour se protéger des risques de chute à l'hôpital.

Les clients sont évalués :

- Au moment de leur admission
- Après une chute;
- Lorsque leur état de santé change;
- Lorsqu'ils reçoivent leur congé ou lorsqu'ils sont transférés.

Un résultat de >25 à l'échelle de Morse exige une collaboration entre les membres de l'équipe de soins et le client, son mandataire ou sa famille afin d'élaborer un plan individualisé de prévention des chutes.

Le client porte un bracelet violet, ce qui indique à l'équipe de soins que le client est à risque et possède un plan de soins individualisé et l'aide à uniformiser l'approche relative à l'évaluation des risques dans tout l'établissement.

EXEMPLE: University Health Network - Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario

Le *University Health Network* de Toronto utilise l'échelle d'évaluation des chutes Morse et la *Confusion Assessment Method (CAM)* pour tous les clients de son unité d'orthopédie et de rhumatologie. Ces outils servent à établir le niveau de risque pour chacun des patients. Les résultats permettent au personnel de cibler rapidement les individus les plus à risque de faire une chute, et le niveau de risque détermine l'étendue des interventions à mettre en place.

Interventions selon le score sur l'échelle Morse

- ≤ 25 mesures de sécurité normales
- ≥25: mesures de sécurité normales + mesures additionnelles+communication/ collaboration avec l'équipe de soins et la famille

Mesures de sécurité normales :

- Cloche d'appel à portée de main;
- Effets personnels et de toilette à portée de main;
- Retrait des obstacles des aires de déplacement;
- Vérifications fréquentes (toutes les heures);
- Examen des médicaments.

Mesures de sécurité additionnelles :

- Horaire pour la continence plus fréquente;
- Bracelet violet (code de couleur);
- Rapprochement du patient près du poste de soins infirmiers;
- Consultation en physiothérapie;
- Alarmes de sortie du lit;
- Pantoufles antidérapantes.

Rapport produit par Anthony Caines Ogini, boursier en recherche en pratique clinique avancée de la RNAO (2009).

Gestion des médicaments



L'évaluation des médicaments administrés aux personnes recevant des soins de courte durée, de longue durée et à domicile, ainsi que le bilan comparatif des médicaments lors des transferts sont des moyen efficaces d'atténuer les effets indésirables des médicaments ainsi que les risques de chute potentiels. Le profil pharmaceutique doit être considéré comme un facteur contributif extrinsèque (lié à l'environnement) et intrinsèque (propre à l'individu). Il a été prouvé que l'administration de médicaments de certaines classes, des doses plus élevées et l'administration de plusieurs médicaments augmentent les risques de faire une chute.^{6 47 48 49 50}

Les classes les plus souvent blâmées sont les psychotropes,⁴⁶ y compris les antidépresseurs, les antipsychotiques et les sédatifs hypnotiques.¹⁴ Les autres classes de médicaments qui causent un risque accru de chutes sont les anticonvulsivants, certains médicaments qui traitent des problèmes cardiaques, ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des opioïdes,^{51 52 53} mais les recherches ne parviennent pas toutes aux mêmes résultats. On estime que de plus fortes doses de médicaments⁵⁴ sont associées à un plus grand risque de chute. De plus, le nombre de médicaments administrés à un client a été associé à un plus grand risque de chute. Des recherches antérieures avaient démontré que la prise de quatre médicaments ou plus posait un risque de chute. D'autres études sont parvenues aux mêmes résultats, mais des recherches pharmacoépidémiologiques menées au cours des 20 dernières années pointent en direction de l'augmentation générale de la prise de médicaments, dont les médicaments vendus sans ordonnance et les produits de prévention.^{55 56 57} Par contre, il existe toujours un débat sur le nombre de médicaments qui mettent une personne plus à risque. Quoiqu'il en soit, l'augmentation de la consommation de médicaments demeure une préoccupation clinique relativement aux risques de chute.

Il est important de tenir compte du moment de l'administration et de la gestion des médicaments au moment de l'évaluation régulière des médicaments. Par exemple, il faut tenir compte des horaires de la prise des médicaments (par exemple, pour les laxatifs et les diurétiques) pour s'assurer de perturber le moins possible le sommeil du client. De plus, la façon dont un médicament est administré peut avoir des répercussions sur les risques de chute (par exemple, si on utilise un médicament au besoin, le client peut courir plus de risques de chuter, car il aura eu moins l'occasion de s'accoutumer au médicament (par exemple, benzodiazépines)). La surconsommation des médicaments qui posent un risque élevé est préoccupante, mais le fait de ne pas traiter une maladie avec suffisamment de rigueur peut aussi augmenter le risque de chute. Il est donc important d'évaluer l'adhésion à

la pharmacothérapie, le nombre de médicaments pris et l'usage qui en est fait de manière générale.

L'annexe B présente la « Liste des critères de Beers » qui énonce les types de médicaments qui ne devraient pas être utilisés pour les personnes âgées, ou alors de façon extrêmement prudente. Les annexes B, B-1, B-2 et B-3 résument :

- Les médicaments associés aux risques de chute ou de blessures causées par les chutes;
- Les classes de médicaments, leurs effets et des exemples qui sont associés avec une augmentation des risques de chute. Cette information est présentée sous forme d'un tableau de référence rapide, et d'une affiche pour les endroits où l'on entrepose les médicaments (par exemple, dans les établissements de soins de courte durée ou de longue durée). Ces outils peuvent aussi servir dans le contexte de soins à domicile.⁵⁸

Consultez la *Trousse En avant! sur le bilan comparatif des médicaments* pour connaître les approches visant à établir le meilleur schéma thérapeutique possible.⁵⁹

De nombreux outils existent pour encourager les cliniciens à tenir compte des symptômes des personnes âgées en lien avec des médicaments prescrits, et à remarquer les effets indésirables (par exemple, état de confusion, chute ou constipation) afin de prescrire les médicaments appropriés à l'état de santé du client. L'outil d'évaluation des médicaments STOPP (pour Screening Tool of Older People's Prescriptions, soit *outil de dépistage de la prescription médicamenteuse inappropriée*) a permis de déceler un plus grand nombre d'adultes hospitalisés en raison d'effets indésirables dus à leurs médicaments que par les critères de Beers.⁶⁰ Cependant, les critères STOPP comprennent une liste de situations à risque reliées à la prise de médicaments, de médicaments précis à éviter, d'interactions entre certains médicaments et certaines maladies et la durée du traitement.⁶¹ L'outil START (*Screening Tool to Alert to Right Treatment*) aide le médecin à prescrire les médicaments appropriés en fonction de l'état de santé du client quand aucune contre-indication n'existe.⁶²

La validité de même que les propriétés psychométriques, clinimétriques et la valeur prédictive de tous les outils utilisés devraient être évaluées relativement aux effets indésirables de médicaments. Les critères de Beers et les outils STOPP et START ne sont pas destinés à se substituer à l'évaluation ni au jugement clinique. Toutefois, ils peuvent permettre d'optimiser la prescription de médicaments appropriés pour les personnes âgées et peuvent prévenir des effets indésirables des médicaments.

La trousse sur le bilan comparatif des médicaments *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/interventions/medrec/pages/resources.aspx>

Évaluation des médicaments

Adaptation autorisée de Finding Balance Algorithm: A Multifactorial Seniors' Falls Risk Assessment and Management Tool, Alberta Centre for Injury Control & Research, 2013.

L'évaluation des médicaments peut avoir lieu à l'hôpital, à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée ou encore dans le contexte communautaire. Un médecin, une infirmière praticienne ou un pharmacien doit faire une évaluation exhaustive des médicaments de toute personne âgée afin de déterminer s'il existe un risque de chute ou de blessure causée par une chute. Une telle évaluation doit être menée de manière régulière en plus d'être obligatoire lors de transferts, après une chute, après un changement de l'état de santé du client ou à tout moment, à la demande du client.

Il faut communiquer l'information relative aux médicaments (et, par exemple, la demande d'évaluation et les facteurs de risque identifiés) à la personne âgée et/ou à son aidant. Par exemple, si un client reçoit un médicament de type benzodiazépine ou antipsychotique pendant son hospitalisation, il faudra réévaluer la pertinence de cette ordonnance quand il reçoit son congé. Il pourrait être indiqué de diminuer les doses jusqu'à la cessation si le médicament n'est pas exigé pour un traitement à long terme. De plus, le client doit être mis au courant de tout changement à ses médicaments suivant l'évaluation et en connaître la justification. Il faut avertir les clients des répercussions de certaines maladies combinées à la prise de médicaments (par exemple l'influenza et la déshydratation peuvent entraîner une hypotension orthostatique, donc un risque accru de chute.

Une évaluation annuelle est une révision de l'ensemble des médicaments consommés, dont les médicaments vendus sans ordonnance. Il importe de connaître les doses et la fréquence de la consommation. Il est utile de demander au client d'apporter tous ses médicaments et ses dispositifs pour les administrer (par exemple, les emballages et les accessoires de mesure) pour que le prestataire de soins de santé puisse évaluer comment le client prend ses médicaments.

En pratique clinique, les professionnels pèsent toujours le pour et le contre des médicaments vendus sous ordonnance : leurs avantages relatifs versus les risques qu'ils causent. Il est peut-être impossible d'éliminer tous les médicaments qui augmentent ou qui sont susceptibles d'augmenter les risques de chutes, car ils sont nécessaires pour traiter certains problèmes de santé des clients.

Une évaluation des médicaments doit inclure une évaluation des problèmes de santé, des maladies et des diagnostics reçus ainsi que des médicaments prescrits, y compris :

1. La consommation de :
 - Médicaments en vente libre;
 - Produits naturels
2. La description de la façon dont le client prend les médicaments.
3. L'identification de tout :

- Problème de santé non traité ou traité insuffisamment;
 - Médicament pris sans indication;
 - Médicament utilisé de manière inappropriée (par exemple, durée ou dose excessive);
 - Médicament à haut risque qui peut augmenter le risque de chutes (voir l'annexe B).
4. Le traitement pour la santé des os incluant les traitements vendus sans ordonnance comme le calcium et la vitamine D (voir la section sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose).

Les études ne sont pas concluantes concernant le nombre de médicaments qui augmente les risques de chutes. Par contre, certaines données indiquent que les personnes âgées qui prennent plus de quatre médicaments vendus sous ordonnance courent plus de risques de tomber que ceux qui en prennent moins. Le plus important est de tenir compte de la classe de médicaments, de la dose et de la durée du traitement de même que la façon dont le client prend ses médicaments (par exemple, prend-il des opioïdes (narcotiques) ou des agents hypoglycémians (comme l'insuline) de manière inappropriée? Des gels ou des gouttes pour les yeux qui nuisent à sa vision? Ou de l'alcool seulement ou en combinaison avec des sédatifs? Toutes ces actions relatives à la prise de médicaments peuvent accroître les risques de chute des clients.

Mise en œuvre de pratiques de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes dans l'ensemble de l'établissement

Approche organisationnelle à l'élaboration d'un programme



Les chutes et les blessures causées par les chutes sont de plus en plus préoccupantes dans les établissements de soins de courte et de longue durée et à domicile. Dans tous ces contextes, il importe de prendre une approche globale pour s'attaquer aux facteurs multiples, mais reliés qui entraînent des risques de chutes chez les personnes âgées. Au Canada, l'approche de la santé publique appliquée à la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes gagne rapidement en popularité pour concevoir, mettre en œuvre et évaluer de nombreux programmes de prévention.⁷

La **figure 8** représente l'approche de la santé publique, qui consiste en des étapes interreliées et intégrées les unes aux autres dans le contexte de l'établissement, des populations services et du système (par exemple, au chapitre social et des politiques).

Dans l'approche de la santé publique, une surveillance de base est effectuée et les données qui en sont tirées sont analysées pour déterminer l'étendue et la nature du problème, la nature des facteurs de risque et de protection. Ensuite, des interventions éprouvées pour réduire les chutes et les blessures causées par les chutes sont mises en œuvre et les stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes sont évaluées afin de déterminer si les interventions sont efficaces.

Les étapes ci-dessus permettent aussi de mieux intégrer et de mieux répandre les interventions afin de les rendre durables.⁶³

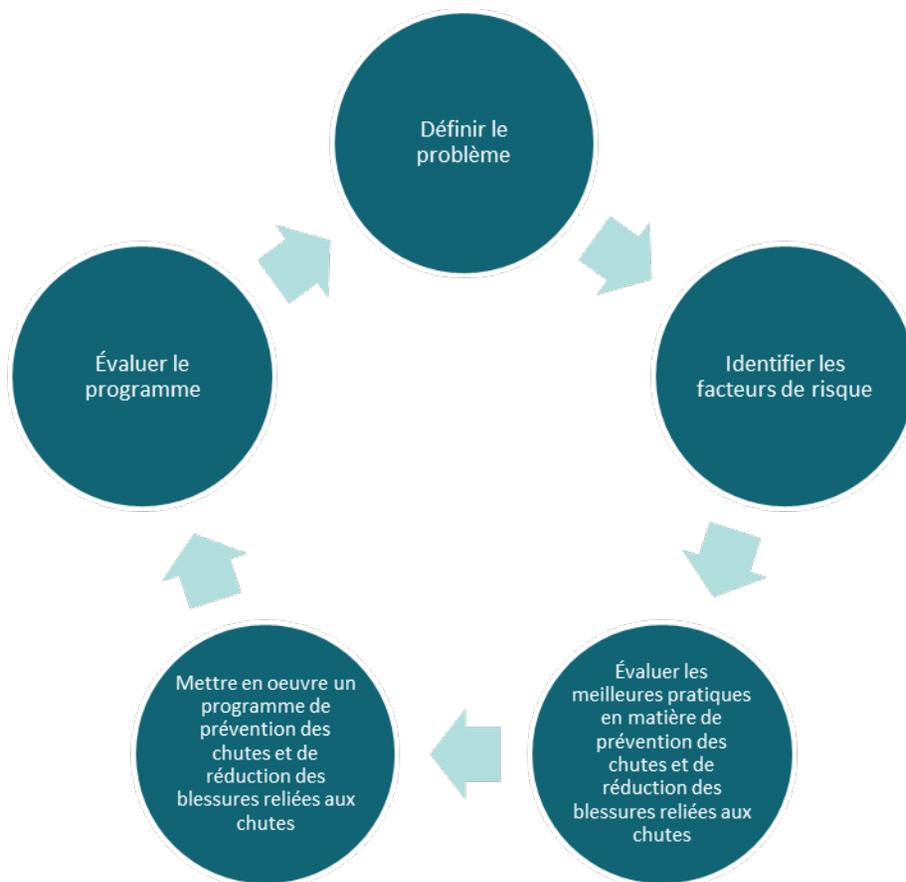
Les organismes qui veulent mettre en oeuvre un programme de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes devraient utiliser une approche uniforme pour :

- *Définir le problème* : Utiliser les mêmes définitions dans l'ensemble de l'établissement et pour toute la catégorie de population ciblée afin d'aider tout le système à comprendre et à mesurer :
 - L'étendue du problème;
 - Les facteurs de risque qui y sont associés.

- *Adopter et mettre en oeuvre les nouvelles pratiques exemplaires en matiere d'intervention* : Les initiatives pour ameliorer la qualite doivent mettre l'accent sur l'adoption de la pratique (connaissances, competences, capacites) par les professionnels de la sante, mais aussi sur les activites qui sont liees a sa mise en oeuvre, ainsi que sur les coûts necessaires a son adoption et a son utilisation durable dans le secteur et l'etablissement.
- *Évaluer* : Le programme de prevention des chutes et de reduction des blessures causees par les chutes dans son ensemble tout comme l'utilisation des pratiques exemplaires nouvellement introduites doivent être évalués pour s'assurer qu'ils soient efficaces et durables.

Figure 8 - Adaptation du modèle de l'approche de la sante publique ⁷

Adapté avec la permission de Elsevier Limited, The Boulevard, Langford Lane, Kidlington, Oxford, OX5 1GB, UK; Auteurs : Vicky Scott, Brandon Wagar, Alison Sum, Sarah Metcalfe, Lori Wagar, 2013.



Adapted: A Public Health Approach to Fall Prevention Among Older Persons in Canada Model

Mettre en œuvre les changements à la pratique

Dans la littérature actuelle,^{6, 14, 64} on trouve les pratiques exemplaires pour prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes. Les organisations, tout comme les prestataires de soins de santé, savent quoi faire. Mais leur défi est de savoir comment mettre en oeuvre et intégrer la nouvelle façon de travailler dans leur établissement afin d'utiliser de manière durable et efficace les pratiques exemplaires éprouvées pour prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes.⁶⁵ De nouvelles données probantes

basées sur les pratiques exemplaires entraînent un changement dans les façons de travailler, donc il est nécessaire d'acquérir de nouvelles connaissances, compétences et capacités. Des changements aux pratiques exigent donc que l'organisme et le système appuient l'utilisation durable de toute intervention basée sur des données probantes visant à prévenir les chutes.⁶⁵

Les stratégies organisationnelles suivantes permettent de soutenir l'adoption et l'utilisation efficaces des interventions éprouvées pour prévenir les chutes et les blessures causées par les chutes :⁶⁵

- *Utiliser le perfectionnement professionnel* pour former et accompagner les prestataires de soins de santé. La durée et la profondeur de la formation et de l'accompagnement dépendent de la complexité et de l'importance du changement dans la pratique des prestataires de soins de santé qui adoptent la nouvelle intervention.
- *Faire appel à des spécialistes de la mise en œuvre compétents* pour aider à transmettre les connaissances, les politiques et les procédures qui seront nécessaires à l'adoption des nouvelles pratiques exemplaires. Ces spécialistes s'assurent de bien planifier et superviser la mise en œuvre des nouvelles activités de prévention et aident les professionnels de la santé à les intégrer de manière efficace dans les pratiques habituelles.
- *Évaluer le rendement des professionnels de la santé* pour mesurer l'utilisation des nouvelles connaissances et compétences dans la pratique. Cela pourrait se faire en collaboration avec les professionnels et les accompagnateurs (champions) pour permettre une rétroaction constructive.
- *Faire appel à des équipes de mise en œuvre* qui ont une expertise particulière dans les méthodes d'amélioration de la qualité, la théorie sur le changement et l'avancement des connaissances relativement aux services aux personnes, de même que dans les principes de mise en œuvre des pratiques exemplaires, dont les méthodes d'évaluation.

Voir l'annexe M et *Trousse de départ : Cadres conceptuels pour l'amélioration* sur le site *Des soins plus sécuritaires maintenant!*

soinsplussecuritairesmaintenant.ca pour des ressources sur l'intégration et la mise en oeuvre des changements à la pratique.



Élaboration des politiques et procédures

Élaboration de politiques organisationnelles de gestion de la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes définissant les rôles et responsabilités de l'organisme et de chaque prestataire de soins.

Dans le cadre de l'élaboration du programme multifactoriel de prévention des chutes, il est important que les politiques organisationnelles reflètent une culture où tous les prestataires de soins de santé et les autres prestataires et les autres employés jouent un rôle dans la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes et où la sécurité des patients est l'affaire de tous.¹⁴ Ainsi, les chutes et les blessures dues aux chutes doivent faire partie intégrante de la planification et du budget de l'organisation, tout comme la promotion d'une culture de prévention des chutes et de réduction des blessures. Ces politiques peuvent inclure les éléments suivants :⁶⁶

- La mise en place de procédures pour des évaluations multifactorielles visant la prévention des chutes et des plans de soins qui soient très bien compris et mis en œuvre par le personnel;
- La nomination d'une personne capable de défendre les initiatives de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes;
- La participation active de l'équipe interprofessionnelle dans les initiatives de prévention des chutes.

Utilisation des moyens de contention pour prévenir les chutes

Les politiques organisationnelles sur l'utilisation des moyens de contention qui font partie intégrante d'une stratégie complète d'un programme de prévention des chutes doivent promouvoir l'utilisation de mesures de remplacement aux moyens de contention. En situation exceptionnelle et en l'absence d'autres options, il est parfois nécessaire d'utiliser un moyen de contention. Celui-ci doit être le moins contraignant possible, pour un délai le plus court possible afin d'éviter qu'un client soit une menace pour lui-même ou pour autrui, en attendant de trouver et de mettre en œuvre des solutions de rechange.^{14,37} Il importe de vérifier les lois provinciales et territoriales pour s'assurer que les politiques en la matière soient conformes aux lois en vigueur (par exemple, l'Ontario s'est doté de la *Loi sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*

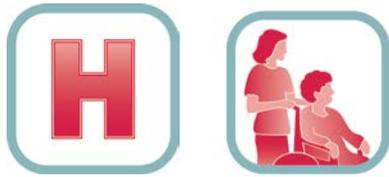
et de la *Loi sur les foyers de longue durée*; au Québec, la législation permet à certains professionnels (le médecin, l'infirmière, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute) de décider de l'utilisation d'un moyen de contention. Il est cependant nécessaire de documenter au dossier, que des mesures de remplacement ont été tentées et ont échoués).

Les moyens de contention qui restreignent les mouvements et qui peuvent réduire les capacités physique peuvent entraîner une augmentation de la confusion et une agitation motrice,⁶⁷ en plus d'une diminution de la mobilité qui peut faire augmenter le risque de chutes.^{15,37} Aucune donnée probante ne démontre que le fait d'utiliser ou de retirer des moyens de contention réduira les chutes, cependant, des blessures plus graves, ainsi que des effets négatifs sur la santé physique et psychologique sont associés à l'utilisation de moyens de contention. Selon des études, parmi les personnes qui ont chuté une première fois, les personnes pour lesquelles une mesure de contention avait été utilisée, étaient 14 fois plus susceptibles de tomber.⁶⁸

Les stratégies suivantes sont à prendre en considération avant de décider d'utiliser une mesure de contention :^{37, 69, 70}

- Les mesures de remplacement sont considérées comme les meilleures pratiques;
- Le meilleur intérêt de l'individu doit être au centre de toute décision lors de l'utilisation d'un moyen de contention;
- Une bonne compréhension de la démence est nécessaire afin d'intervenir adéquatement auprès des clients qui en sont atteints et ainsi éviter d'utiliser des mesures de contention;
- Lorsqu'il est impossible d'éviter le recours aux moyens de contention pour une personne posant un danger pour elle-même ou pour autrui, il faut utiliser la mesure la moins contraignante et d'une durée la moins longue possible; il s'agit alors d'une intervention temporaire qui doit prendre fin lorsqu'une solution de rechange est trouvée;
- Explorer des mesures de remplacement aux moyens de contention, telles: Utiliser un système d'alarme pour fauteuil et lit, utiliser un lit plus bas, installer le client plus près du poste des infirmières (si possible), surveiller plus étroitement le client, amener le client à la toilette régulièrement et/ou permettre à la famille d'aider le client, etc. (Remarque : vous trouverez une liste plus complète dans le document *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints* [2012] à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/guidelines/promoting-safety-alternative-approaches-use-restraints>).
- Explorer les comportements du client, qui dénotent souvent des besoins insatisfaits, avant de penser à utiliser des moyens de contention. Si le client est agité, déterminez la cause sous-jacente :
 - La personne a-t-elle froid, soif, mal, peur? Se sent-elle seule?

- La personne doit-elle se rendre à la toilette ou a-t-elle une infection?
- La personne prend-elle un nouveau médicament?
- Le client a-t-il des problèmes de santé qui pourraient s'aggraver et lui causer de la douleur ou un malaise, ce qui le rendrait agité ou en colère? (par exemple, un client assis ou debout pendant longtemps qui a une cyphose, ou des fractures de la colonne vertébrale).
- Personnaliser le plan de soins pour satisfaire les besoins non comblés.
- Faire participer l'équipe interdisciplinaire, le client, selon ses capacités, et la famille pour garantir que le plan de soins sera personnalisé.
- Former le personnel à la politique de réduction des moyens de contention et à sa justification. Même si les données sont insuffisantes et non concordantes relativement à l'efficacité de telles formations,⁷⁰ le fait d'améliorer la connaissance des prestataires de soins est bénéfique pour le client et l'établissement de soins.
- S'assurer de la cohérence avec les politiques sur l'administration des médicaments et des approches non pharmacologiques pour gérer les problèmes de comportement.
- Bien documenter au dossier les éléments suivants :
 - l'utilisation des mesures de remplacement utilisées pour le client;
 - le processus de prise de décision menant à l'utilisation d'un moyen de contention;
 - la preuve du consentement du client;
 - la justification de l'utilisation du moyen de contention;
 - le moyen utilisé (le moins contraignant)
- Vous pouvez trouver d'autres ressources sur les moyens de contention dans les établissements de soins de longue durée à :
 - <http://libguides.lib.umanitoba.ca/restraints-longtermcare>
 - <http://consultgerirn.org/resources/>
 - http://consultgerirn.org/topics/physical_restraints/



Explication de mesures de sécurité

Élaboration d'approches prévoyant des vérifications régulières de la sécurité de l'environnement, dans le cadre de stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes.

L'évaluation des risques liés à l'environnement doit faire partie de l'approche multifactorielle à la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes d'un organisme.⁶ La perte d'équilibre, le fait de trébucher ou de glisser et de tomber sont plus susceptibles de se produire dans des lieux non sécuritaires ou lorsque les aides fonctionnelles ne sont pas entretenues adéquatement.

Dans les hôpitaux et les centres de soins de longue durée, le fait de bien expliquer les mesures de sécurité à une équipe formée de représentants du personnel administratif et de soutien (services techniques et gestion des risques) et du personnel soignant peut être un moyen efficace de déterminer les besoins d'équipements, éliminer les dangers et déterminer les rénovations ou réaménagements nécessaires s'il y a lieu. Le personnel qui travaille régulièrement à un certain endroit peut devenir peu vigilant ou trop familier avec l'environnement, ce qui nuit à leur capacité de reconnaître les dangers potentiels. Il peut être utile lors de la vérification de l'environnement, d'inclure du personnel qui ne connaît pas bien les lieux et qui travaille à l'extérieur de l'unité. De plus, le fait d'inclure les clients et leur famille à ces vérifications afin qu'ils fournissent leur opinion, permettra d'obtenir une rétroaction précieuse qu'ils sont les seuls à pouvoir fournir. Ce type de collaboration permet d'obtenir de nombreux points de vue et idées pour améliorer la sécurité des patients.¹⁷ L'**annexe J** présente un exemple de liste de vérification qui peut être modifiée selon les besoins de chaque établissement.

Évaluation du domicile



La plupart des chutes se produisent au domicile ou à l'extérieur de celui-ci. Il faut envisager l'évaluation du domicile et des modifications à celui-ci pour les clients à haut risque de chute ou qui ont des handicaps visuels, car cela pourrait réduire leurs risques.⁴⁶ L'évaluation du domicile vise à améliorer l'accessibilité, la sécurité et l'exécution d'activités quotidiennes.⁷¹ Le guide *Chez soi en toute sécurité* de l'Agence de la santé publique du Canada comprend une liste de vérification validée de la sécurité à domicile (**annexe K**), qui peut être utilisée par les personnes âgées elles-mêmes, un membre de leur famille ou les prestataires de soins.

Évaluations et procédures après une chute

Enquête sur chaque chute ou quasi-chute pour déterminer les facteurs contributifs et pour prévenir la récurrence de tels événements.



L'application de politiques et de procédures d'évaluation après une chute est recommandée. Les étapes suivantes devraient être présentes:^{15, 72}

- L'évaluation de blessures potentielles suivant la chute;
- Le traitement immédiat après la chute et la mise en place d'un suivi pendant 24 à 48 heures pour déceler tout problème qui pourrait se manifester après la chute, dont d'autres chutes
- Les soins de courte durée et les soins de longue durée;
- La détermination de facteurs contributifs, du lieu, de l'heure et de l'activité entourant la chute;
- Les discussions portant sur la résolution de problèmes après la chute.

L'évaluation suivant la chute d'un client devrait être effectuée dans les 24 heures suivant la chute, de manière à cerner toutes les causes possibles. L'évaluation et le suivi post-chute devraient comporter les étapes suivantes :⁴⁴

- Connaître le récit de la chute fournie par le client ou un témoin; l'exploration des inquiétudes de l'individu par rapport à son expérience dans un esprit d'aide accroît la motivation de modifier son comportement. Demandez à la personne : « Quelle est votre compréhension de la chute ? »;
- Noter les circonstances de la chute : lieu, activité, heure et symptômes significatifs;
- Revoir les maladies et problèmes sous-jacents;
- Revoir les médicaments utilisés;
- Évaluer le statut fonctionnel, nutritionnel, sensoriel et psychologique;
- Évaluer les conditions environnementales;
- Revoir les facteurs de risques de chute.

Caucus sur la sécurité

Les « caucus » de sécurité post-chute en soins de courte durée et de longue durée sont un moyen efficace et interprofessionnel d'effectuer une revue rapide des circonstances de la chute. Ils constituent une occasion d'apporter des changements immédiats au plan de soins, en collaboration avec le client et sa famille. Il est important d'inclure le personnel soignant dans les caucus de sécurité post-chute en raison de leur expertise. La collaboration des membres de l'équipe interdisciplinaire peut permettre de déterminer les modifications les plus adéquates à intégrer au plan de soins du client afin d'accroître sa sécurité. L'[annexe L](#) présente un exemple d'une liste de vérification post-chute qui peut être adaptée au secteur de soins, ainsi qu'une saisie d'écran d'un dossier médical électronique qui contient des données d'évaluation post-chute.



Personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures causées par les chutes

Identification des personnes à haut risque de subir une blessure et mise en place d'interventions appropriées selon les facteurs de risque des clients.

En 2008-2009, 38 % des personnes âgées hospitalisées après une chute avaient subi une fracture de la hanche et 39 % avaient subi un autre type de fractures ou une blessure à un tissu mou.⁷

Manifestement, ce sont les chutes entraînant des blessures modérées ou graves qu'il est le plus important de prévenir. La prévention des blessures est importante pour tous les clients chez qui on a décelé des facteurs de risque de faire une chute et une augmentation du risque de se blesser gravement, tant dans les établissements de soins de santé qu'à domicile.

La [figure 9](#) présente les facteurs de risque de chute, de fracture de la hanche et ceux qui augmentent les risques d'une blessure grave, tandis que la [figure 10](#) présente les interventions qui visent à prévenir les blessures causées par les chutes.

INTERVENTIONS PERSONNALISÉES POUR LES PERSONNES À HAUT RISQUÉ DE BLESSURES RELIÉES AUX CHUTES

- Implanter des interventions individualisées ciblées en fonction des facteurs de risque identifiées
- Modifier l'environnement et fournir des aides techniques et de protection

Figure 9 : Facteurs de risque de chute, de fracture de la hanche et ceux qui peuvent accroître la gravité de la blessure causée par une chute

<p><i>Facteurs de risque de chute</i> 6, 17</p>	<p><i>Risque accru* de fracture de la hanche</i>⁷³</p>	<p><i>Les facteurs</i>⁷⁴ <i>connus pour accroître la gravité de la blessure causée par une chute</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Âge : 80 ans et plus • Problèmes de santé chroniques (par exemple, anémie, arthrite, AVC),⁷⁵ troubles cognitifs,² faiblesse musculaire, problèmes d'équilibre et démarche instables et faible indice de masse corporelle • Sexe féminin • Type de revêtement de sol (par exemple, tapis, vinyle) • Vitesse de la marche < 1m/s⁷⁶ • Médicaments (par exemple, benzodiazépines) • Nouveau domicile ou déménagement à un autre type d'endroit (par exemple, établissement de soins de longue durée) • Diminution de la force dans les quadriceps et du contrôle postural • Problèmes de vision⁷⁷ (e.g. cataractes) 	<p>Personnes qui ont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déjà chuté • Déjà subi une fracture • Des problèmes de mobilité (par exemple, problèmes d'équilibre ou d'ambulation) • Faiblesse musculaire, surtout aux membres inférieurs et qui font peu d'activité physique • Problèmes chroniques ou handicaps, comme : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arthrite ▪ Maladie cardiovasculaire (par exemple, hypotension orthostatique) ▪ Ostéoporose⁷⁸ ▪ Maladie de Parkinson ▪ Mobilité et équilibre réduits ou paralysie après un AVC⁷⁵ ▪ Problèmes de vision (e.g. cataractes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge : 85 ans et plus • Problèmes osseux : cancer métastasé ou ostéoporose • Problèmes de coagulation : saignement, usage d'anticoagulants • Intervention chirurgicale, en particulier une intervention au thorax ou à l'abdomen ou l'amputation d'un membre inférieur ou une intervention chirurgicale au genou ou à la hanche

Figure 10 : Interventions pour prévenir les blessures causées par les chutes

<i>Interventions</i> ^{14, 44, 74, 78, 79}	
Alarmes	<ul style="list-style-type: none"> • Fauteuil ou lit • Sortie de secours
Communication et mécanismes d'alerte	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un indicateur d'alertes (par exemple, un symbole, comme une feuille qui tombe) • Toujours communiquer le risque de chute d'un client et personnaliser l'information dans le plan de soins • Utiliser un modèle de technique de communication (par exemple SAER pour situation, antécédents, évaluation, recommandation) • Utiliser un signal concret (par exemple, un bâton jaune que les membres de l'équipe de soins donnent au suivant au moment de faire un rapport, de transférer ou de transporter le client afin d'indiquer que le risque de chute a été communiqué)
Aide à la locomotion	<ul style="list-style-type: none"> • Ceintures de marche
Lits	<ul style="list-style-type: none"> • Lits dont la hauteur est réglable • Lits bas avec ou sans côtés de lit
Continence	<ul style="list-style-type: none"> • Horaire de continence • Utilisation d'une chaise d'aisance
Éducation sur la prévention des chutes et les risques de chutes <ul style="list-style-type: none"> • Personnel • Client et famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiaves en matière de prévention des chutes et des risques de chutes • Politiques et pratiques • Évaluer les risques de chutes propres au client et faire les interventions appropriées

Interventions ^{14, 44, 74, 78, 79}	
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> Liste de vérification de la sécurité de l'environnement Aménagement du mobilier afin d'éviter que les aires de circulation soient encombrées
Souliers	<ul style="list-style-type: none"> Pantoufles antidérapantes
Protecteurs de hanche	<ul style="list-style-type: none"> Souple Ferme
Matelas	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser des matelas de chute avec caoutchouc antidérapant

Pour les personnes atteintes d'ostéoporose et qui risquent d'avoir des blessures causées par des chutes, les stratégies de prévention des fractures de la hanche consistent habituellement à :⁸⁰

- Prévenir et traiter l'ostéoporose;
- Protéger la région à risque pour prévenir les fractures (par exemple, protecteurs de hanche).

Prévention et traitement de l'ostéoporose^{14, 34, 81}

La **figure 11** est un tableau de référence auquel vous pourrez consulter rapidement pour connaître des stratégies de prévention et de traitement de l'ostéoporose et de fractures.

L'ostéoporose est un facteur augmentant le risque de subir une blessure causée par une chute en raison d'une diminution de la densité des os, ce qui entraîne un risque accru de subir une fracture de fragilisation (spontanée ou une fracture liée à un trauma de faible impact, par exemple en tombant de la position debout). Selon les recommandations provenant du Guide de pratiques cliniques pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada 2010,⁸² un programme qui cible les risques liés à l'ostéoporose devrait inclure :

- L'évaluation de la densité minérale osseuse (DMO) : Il est nécessaire de déterminer s'il y a un risque de fractures de fragilisation. L'évaluation exhaustive des antécédents et de l'état de santé physique du client doit inclure la détermination des facteurs de risque (voir la **figure 5**, Facteurs de dépistage - Tableau de dépistage au moyen d'outils ou d'approches), de la taille, du poids et des problèmes d'équilibre au moyen d'un test TUG. Il faut également effectuer une

- analyse sanguine et une radiographie dans le cas des clients qui ont reçu un diagnostic d'ostéoporose ou qui ont eu plus d'une fracture et qui suivent déjà une pharmacothérapie. Les femmes en ménopause, tout comme les autres clients, doivent être évalués de manière exhaustive en fonction de l'examen clinique;
- **La consommation quotidienne de vitamine D3 et de calcium :** Il a été prouvé que la prise de suppléments de calcium et de vitamine D réduit considérablement le nombre de chutes et de fractures de la hanche et de fractures non vertébrales, particulièrement chez les femmes âgées, et améliore les fonctions neuromusculaires. Plusieurs études suggèrent que la consommation de calcium et de vitamine D par les hommes et les femmes améliore le fonctionnement des muscles et réduit le risque de chutes, surtout chez les femmes qui résident dans un établissement de soins de longue durée, réduit les effets affaiblissants de l'ostéoporose et accroît la densité minérale osseuse.⁸³ L'action de la vitamine D a des effets sur l'adaptation posturale (par exemple, ses effets sur le système nerveux central et les muscles expliquent la diminution des chutes et des fractures).⁸⁴ En effet, un manque de vitamine D est associé à une faiblesse musculaire, ce qui peut entraîner des problèmes d'équilibre et une incapacité à retrouver l'équilibre à la suite d'une perturbation de la posture (par exemple, un débalancement). La vitamine D contribue à l'absorption du calcium par l'organisme et améliore le fonctionnement des muscles, donc il fait diminuer les risques de chute. La vitamine est synthétisée par le corps sous l'action des rayons solaires qui interagissent avec la peau. Le Canada possédant un climat nordique, ses habitants reçoivent moins de rayons de soleil. De plus, les écrans solaires réduisent d'autant plus la capacité de la peau de produire de la vitamine D. Enfin, le vieillissement nuit à la capacité de la peau de synthétiser de la vitamine D. C'est pourquoi la plupart des Canadiens manquent de vitamine D et ont besoin de suppléments.
 - **Pharmacothérapie :**⁸⁵ Il a été prouvé que certaines pharmacothérapies réduisent le nombre de fractures, surtout chez les clients dont le risque de fracture est élevé et qui en ont déjà subi. Les cliniciens doivent envisager le début d'une pharmacothérapie en fonction d'un ratio risque/bénéfice, des préférences, des facteurs de risque particuliers, des facteurs de comorbidité et du mode de vie du client.
 - **Exercice :** Les programmes d'intervention par l'exercice peuvent varier selon le type d'exercice et d'activité proposé. Par exemple, il peut s'agir d'un programme pour renforcer le corps en général, améliorer l'équilibre et la démarche, augmenter l'endurance (par exemple, un programme de marche, de vélo ou sur tapis roulant). Tout programme d'intervention par l'exercice choisi doit tenir compte des caractéristiques du client : âge, capacités (force musculaire, équilibre, flexibilité) et facteurs physiques liés aux risques de chute (problèmes de démarche et de mobilité, réflexes lents, etc.) Il a été prouvé que les programmes d'exercice en groupe et à la maison réduisent les taux et les risques de chutes.⁴⁶



Protection de l'endroit à risque de blessure ^{6, 14, 80, 83}

Les chutes sont la deuxième cause de blessures chez les personnes âgées. C'est pourquoi il faut envisager l'utilisation de dispositifs de protection pour prévenir les blessures causées par les chutes ou réduire la gravité de celles-ci chez les personnes qui risquent de chuter à nouveau. Par exemple, on peut utiliser un casque, des protecteurs de hanche, des tapis et des coussins pour le corps offrent une protection qui absorbe et dissipe les effets de l'impact causé par une chute.

Casques ^{86, 87}

Les casques sont des dispositifs de protection qui protègent, absorbent les chocs et dissipent les effets de l'impact causé par une chute qui pourrait causer une blessure à la tête (par exemple, un traumatisme craniocérébral causé par un coup à la tête). Les casques peuvent avoir une coquille dure rembourrée d'un matériau de mousse absorbant les chocs. Ils peuvent aussi être mous et légers et comprendre un tissu fortement comprimé ayant une forte résistance à la traction qui aide à absorber et dissiper les effets de l'impact causé par une chute qui pourrait causer une blessure à la tête.

Protecteurs de hanche

Il faut envisager les protecteurs de hanche pour les clients des établissements de soins de longue durée qui ont des facteurs de risques et qui sont fortement à risque de tomber. Les protecteurs de hanche à coquille souple absorbent les effets d'un impact causé par une chute, tandis que les protecteurs de hanche à coquille ferme dispersent les effets de l'impact de la hanche vers les tissus mous avoisinants. L'utilisation de protecteurs de hanche chez les personnes âgées ayant reçu un diagnostic d'ostéoporose ou ayant des antécédents de fractures ou des risques élevés de chutes doit être envisagée dans le cadre de tout programme de prévention des chutes, même si un examen de la littérature révèle que leur efficacité pour prévenir les fractures n'a pas été démontrée avec constance, surtout parce que les clients les portent peu.⁸⁰

En effet, les problèmes liés au respect de cette mesure de prévention par les individus posent un important problème au chapitre de la recherche et de la mise en oeuvre de cette mesure. *Il est important de procéder à une sélection des clients pour vérifier s'ils sont motivés à porter des protecteurs de hanche; en effet, des protecteurs qui ne sont pas portés sont inefficaces.* Les personnes suffisamment motivées devraient participer au choix du produit qu'elles porteront, car chacun est différent, et parce qu'il faut répondre aux préoccupations des clients relatives à leur image corporelle, à la grandeur, au confort, à l'irritation de la peau et aux questions liées à l'utilisation des toilettes.¹⁴

Figure 11 : Moyens de prévention et de traitement de l'ostéoporose et des fractures

Moyen	Éléments dont il faut tenir compte
Suppléments de calcium et de vitamine D3 ⁸²	<p>Suppléments de calcium : 1 200 mg par jour. Mesure privilégiée : alimentation. Cela est l'équivalent de trois ou quatre portions de produits laitiers ou de boissons équivalentes au lait avec calcium ajouté. Un lien a été démontré entre les suppléments de calcium et un risque accru de crise cardiaque. C'est pourquoi les suppléments de calcium ne devraient être réservés qu'à ceux dont les besoins ne peuvent être comblés par l'alimentation. Dans tous les cas, les suppléments à prendre chaque jour ne doivent pas excéder 1 200 mg.</p> <p>Vitamine D3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 400 à 1000 UI par jour (<50 ans) ou • 800-2000 UI par jour (> 50 ans)
Pharmacothérapie ⁸⁵	<p>Pour les femmes en ménopause qui doivent être traitées pour l'ostéoporose, l'alendronate, le risédronate, l'acide zolédronique ou le denosumab est recommandé comme traitement de première ligne pour prévenir les fractures de la hanche, ainsi que les fractures vertébrales et non vertébrales. Vous pourrez trouver de l'information sur les traitements pharmacologiques de l'ostéoporose à l'adresse www.osteoporosecanada.ca/lostéoporose-et-vous/les-traitements-pharmacologiques/</p>
Programme d'exercice personnalisé	<p>Exercices suggérés :</p> <p>Ostéoporose : Musculation et exercice de port de poids et/ou entraînement aérobique pour accroître l'endurance, afin d'améliorer l'équilibre, la santé cardiovasculaire et cardiorespiratoire de même que la densité osseuse.</p> <p>Fractures vertébrales : Exercices de stabilisation du tronc afin d'améliorer l'équilibre, la posture, la stabilité et la coordination.</p> <p>Chutes : Exercices qui favorisent l'équilibre et la démarche (par exemple le tai-chi)</p>

Moyen	Éléments dont il faut tenir compte		
Protecteurs de hanche ^{88 89 90 91} 92	CATÉGORIE	COQUILLE DURE	COQUILLE SOUPLE
	Propriété	Dispersion de l'énergie Plus grande efficacité	Absorption de l'énergie Moins grande efficacité
	Critères	<ul style="list-style-type: none"> Blessure causée par une chute au cours des derniers six mois faible indice de masse corporelle Ostéoporose Antécédents de fracture après 50 ans Comportement moins sécuritaire qu'auparavant 	IDEM
	Prendre garde	IL EST INTERDIT de dormir en portant un protecteur de hanche à coquille dure, car cela pourrait causer des lésions à la peau	Il est permis de dormir avec le protecteur de hanche à coquille souple
	Barrières éventuelles au port de protecteurs de hanche ⁸⁰	<ul style="list-style-type: none"> Inconfort Apparence et déformation de l'image corporelle Coût Irritation de la peau Difficulté à s'habiller et à aller à la toilette Instructions et orientation données au client ou à sa famille inadéquates quant à l'utilisation 	
	Arguments en faveur du respect de la mesure	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation à l'utilisation de protecteurs de hanche et promotion de ceux-ci auprès du personnel de soins de longue durée, des clients et des familles Efforts mis en œuvre par les fabricants pour améliorer le confort, le design et l'apparence, tout en maintenant le niveau de sécurité et d'efficacité 	

Moyen	Éléments dont il faut tenir compte
	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion de personnel soignant non réglementé dans la sensibilisation et la prise de décisions concernant les protecteurs de hanche • Distribution de protecteurs à faible coût ou gratuitement aux clients • Avoir un champion (équipe ou personne) pour diriger la mise en œuvre d'un programme de protecteurs de hanche durable

Voici d'autres facteurs dont il faut tenir compte quand on évalue les risques de blessures causées par une chute d'un client :

Troubles de la coagulation

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les traumatismes cérébraux seront la principale cause de décès ou d'incapacité d'ici 2020. Ces traumatismes cérébraux seront principalement causés par des chutes.⁹³ La consommation d'anticoagulants a augmenté de façon exponentielle au cours des dix dernières années, ce qui nuit aux chances de guérison après une chute.

Les interventions devraient inclure :

- Évaluation la plus exhaustive possible des antécédents pharmaceutiques afin de déterminer si le client a pris des anticoagulants et des antiplaquetaires;
- Sensibilisation des clients et de leur famille aux effets et aux risques pour la santé liés à l'utilisation d'anticoagulants et d'antiplaquetaires, aux facteurs de risque de chute et à l'éventualité d'une blessure plus grave en cas de chute.

Intervention chirurgicale

Les risques de chutes liés à des interventions chirurgicales peuvent être temporaires (en raison de l'intervention chirurgicale) ou causés par des facteurs de risques ou des problèmes existants qui contribuent aux chutes. Par exemple, les problèmes avant une arthroplastie suivants contribuent aux chutes :

- insuffisance cardiaque congestive;
- troubles de la coagulation;
- maladie hépatique;
- maladie neurologique;

- déséquilibres des électrolytes dans les liquides;
- perte de poids;
- problèmes de circulation pulmonaire.⁹⁴

Après une intervention chirurgicale, la forme physique, la force, l'endurance, l'équilibre et la mobilité des clients peuvent décroître en raison de :

- Effets des anesthésiques et des antidouleurs (effets cognitifs et psychologiques);
- Modifications du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de la saturation du sang en oxygène, de la tension artérielle, de l'équilibre des liquides (par exemple, en cas de déshydratation);
- Possibilité de faiblesse, d'étourdissements et/ou d'évanouissements soudains;
- Lieu de l'intervention chirurgicale (par exemple, sur un membre);
- Lieux qui entraînent un changement dans les habitudes (par exemple, aller à la toilette ailleurs).

Les interventions doivent inclure :

- Passer en revue les antécédents de risques de chute du client qui peuvent causer une chute après une opération (problèmes avant l'opération, perte de capacités fonctionnelles après une opération)
- Sensibilisation du client et de sa famille aux préoccupations liées à la mobilité en toute sécurité :
 - Modifications physiques;
 - Médicaments pris après l'opération (par exemple, prise d'anticoagulants, effets et préoccupations liées à la sécurité;
 - Changement dans les lieux;
 - Déclin des capacités fonctionnelles, de l'équilibre, de la force et de l'endurance exigeant que le client demande de l'aide pour ses activités quotidiennes (comme aller à la toilette);⁹⁵
- Surveillance plus fréquente du client pour assurer sa sécurité.

Mesurer le succès de la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes

Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! mesure l'amélioration en vérifiant un ensemble d'indicateurs de base, c'est-à-dire les mesures minimales requises pour évaluer le succès des efforts d'amélioration associées à la prévention des chutes et à la réduction des blessures causées par les chutes. Les établissements de soins de santé peuvent décider de faire le suivi de mesures additionnelles à l'interne afin d'évaluer les améliorations réalisées dans leur contexte particulier et parmi leurs clients.

- De manière continue, l'amélioration devrait être mesurée afin d'évaluer le progrès du programme de prévention des chutes.
- Définissez ce que vous voulez améliorer (quel en est le but?).
- Par souci d'uniformité, nous encourageons toutes les équipes participantes à transmettre les données sur les mesures de base pour les chutes à l'Équipe responsable des mesures de SSPSM! Ces données devraient être présentées régulièrement à la haute direction de votre établissement pour assurer une surveillance continue du progrès réalisé au niveau de la qualité des soins.
- Commencez par recueillir les données préliminaires (voir la section « [Collecte des données préliminaires](#) », ci-dessous).
- Par la suite, les dossiers clients à l'intérieur de la population d'intervention doivent être examinés régulièrement afin de recueillir les données mensuelles.
- Si votre équipe ne constate pas d'amélioration, elle doit chercher à comprendre pourquoi (p. ex., les processus qui font défaut, la non-conformité à ces processus, des obstacles empêchant le processus de fonctionner efficacement, etc.). Consultez l'[annexe M](#) pour de l'information sur un modèle ou une approche pour améliorer la qualité.

Types d'indicateurs⁹⁶

La présente *Trousse de Départ* propose d'utiliser trois types d'indicateurs pour superviser les efforts d'amélioration de la qualité de votre établissement en matière de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes: les indicateurs de résultats, les indicateurs de processus et les indicateurs d'équilibre.

Un indicateur de résultats décrit la performance du système. Il indique si les changements qui sont actuellement mis en œuvre entraînent une amélioration, s'ils aident à atteindre l'objectif global, à savoir une réduction du nombre de chutes et de blessures dues aux chutes de 40 %.

Un indicateur de processus indique si les composantes/étapes du système fonctionnent comme prévu. Pour influencer un indicateur de résultats, les équipes doivent apporter les changements nécessaires pour améliorer les processus dans leur environnement de pratique, y compris, par exemple, les processus d'évaluation des risques de chutes et la documentation des plans de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes. Un indicateur de résultats de ces changements de processus révélera si les changements donnent lieu à des soins améliorés pour les clients.

Un indicateur d'équilibre sert à assurer que les améliorations apportées à une étape du système ne suscitent pas de problème dans d'autres composantes.

Indicateurs de base - Soins de courte et de longue durée



Veillez prendre note que les mesures de prévention des chutes ont été révisées. Veuillez-vous référer à l'annexe N pour plus de détails.

Il existe sept indicateurs pour les soins de courte durée et huit indicateurs pour les soins de longue durée :

- **CHUTES 1.0 - Soins de courte et de longue durée**
Taux de chutes par 1 000 jours-présence (indicateur de résultats)
- **CHUTES 2.0 - Soins de courte et de longue durée**
Pourcentage de chutes causant une blessure (indicateur de résultats)
- **CHUTES 3.0 - Soins de courte et de longue durée**
Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission (indicateur de processus)
- **CHUTES 4.0 - Soins de courte et de longue durée**
Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé (indicateur de processus).
- **CHUTES 5.0 - Soins de courte et de longue durée**
Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan personnalisé de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes (indicateur de processus).

- **CHUTES 6.0 - Soins de courte et de longue durée**
Utilisation de mesures de contrôle (indicateur d'équilibre)
- **CHUTES 7.0 - Soins de longue durée**
Pourcentage des clients sur qui on utilise des mesures de contrôle quotidiennement selon les derniers résultats de l'instrument d'évaluation du résident.
- **CHUTES 8.0 - Soins de longue durée / CHUTES 7.0 - Soins de courte durée**
Taux de blessures causées par des chutes par 1 000 jours-clients (indicateur de résultats)

Voir l'annexe N pour une description technique détaillée de ces indicateurs, qui inclut des variables et des instructions pour collecter les données.

Indicateurs de résultats

CHUTES 1.0 - Taux de chutes par 1 000 jours-présence

Cet indicateur calcule le nombre de chutes chez les clients de soins de courte durée ou d'un centre de soins de longue durée par 1000 jours-présence. L'objectif consiste à réduire ce taux de 40 % par année.

$$\frac{\text{Nombre total de chutes}}{\text{Nombre total de jours-présence à l'unité/dans l'établissement}}$$

CHUTES 2.0 - Pourcentage de chutes causant une blessure

Cet indicateur calcule le pourcentage de chutes des catégories 2, 3, 4, 5 ou 6 sur l'échelle de gravité des blessures, qui va de « blessure temporaire » à « décès ». L'objectif consiste à réduire cette mesure de 40 % par année.

$$\frac{\text{Nombre total de chutes des catégories 2, 3, 4, 5 ou 6 sur l'échelle de gravité des blessures}}{\text{Nombre total de chutes survenues durant la période examinée}}$$

L'échelle de gravité des blessures est décrite ci-dessous. Les cotes de 2 à 6 sur cette échelle vont de « blessure temporaire » à « décès ». Ainsi, le numérateur ne tient pas compte des chutes ne causant pas de blessure.

REMARQUE : L'échelle de gravité des blessures se veut un modèle seulement. Certains établissements préféreront ou devront utiliser une autre l'échelle de gravité des blessures. Les équipes sont encouragées à surveiller les mesures et à utiliser les échelles qui conviennent le mieux à leur contexte de pratique. Pour les besoins du transfert des données à la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, toute échelle catégorisant les chutes et comportant une catégorie « aucune blessure » peut être convertie pour la soumission des données. Voir l'exemple de conversion ci-dessous.

L'échelle de gravité des blessures :⁹⁷

Échelle de gravité des blessures

Catégorie	Description
Catégorie 1	Aucune blessure subie par le client. Peut nécessiter une surveillance temporaire pour assurer qu'aucune blessure n'a été causée.
Catégorie 2	Une blessure temporaire a été causée au client et requiert une intervention.
Catégorie 3	Une blessure temporaire a été causée au client et requiert une hospitalisation prolongée.
Catégorie 4	Conséquences permanentes pour le client.
Catégorie 5	Intervention nécessaire pour maintenir le client en vie.
Catégorie 6	Mort.

Remarque : La blessure est définie comme une déficience temporaire ou permanente des fonctions corporelles ou des structures physiques ou psychologiques.

Dans l'exemple fourni ci-dessous, l'échelle de gravité des incidents/accidents utilisée au Québec (adaptée de l'outil du NCC MERP* : « National Coordinating Council of Medication Error reporting and prevention » *) est appliquée à l'échelle de gravité des blessures. Les équipes d'amélioration du Québec déclarent des données pour toutes les catégories, sauf C et D.

Catégorie	Description	Échelle de gravité I/A*
Catégorie 1	Aucune blessure subie par le client. Peut nécessiter une surveillance temporaire pour assurer qu'aucune blessure n'a été causée.	C, D
Catégorie 2	Une blessure temporaire a été causée au client et requiert une intervention.	E1, E2
Catégorie 3	Une blessure temporaire a été causée au client et requiert une hospitalisation prolongée.	F
Catégorie 4	Conséquences permanentes pour le client.	G
Catégorie 5	Intervention nécessaire pour maintenir le client en vie.	H
Catégorie 6	Mort.	I

Remarque : La blessure est définie comme une déficience temporaire ou permanente des fonctions corporelles ou des structures physiques ou psychologiques.

CHUTES 8.0 - Soins de longue durée : (NOUVEAU) Taux de blessures causées par les chutes

CHUTES 7.0 - (Soins de courte durée) Taux de BLESSURES liées à des chutes par 1 000 jours-présence

Nombre total de blessures (BLESSURES liées à des chutes) signalées pendant le mois

Nombre total de jours-clients dans l'unité ou l'établissement pendant le mois

X 1000

= Taux de blessures liées à des chutes par 1000 jours-clients

Cet indicateur donne le nombre de blessures liées à des chutes dans les soins de courte ou de longue durée par 1000 jours-clients. Une chute est définie comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, pouvant causer une blessure. Une blessure liée à une chute est une blessure causée par une chute. Cette blessure peut nécessiter un traitement; elle peut être temporaire ou permanente, grave, modérée ou légère. L'objectif est de faire diminuer cet indicateur de 40 % par année ou à un taux annuel égal ou inférieur à 0,3.

Indicateurs de processus

Un indicateur de processus indique si les composantes/étapes du système fonctionnent comme prévu.

CHUTES 3.0 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission (indicateur de processus)

Cet indicateur donne le pourcentage de clients qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à l'admission. L'objectif est d'effectuer une évaluation pour 100 % des clients au moment de leur admission.

Nombre total de clients admis qui ont fait l'objet d'une évaluation des risques de chutes

Nombre total de clients admis durant la période examinée

x 100 = Pourcentage de clients nouvellement admis qui ont fait l'objet d'une évaluation des risques de chutes

CHUTES 4.0 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé

Cet indicateur donne le pourcentage de clients qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de leur état de santé. L'objectif est d'effectuer une évaluation du risque de chute pour 100 % des clients qui ont fait une chute ou subi un changement significatif de leur état de santé.

$$\frac{\begin{array}{c} \text{Nombre de clients qui ont fait une chute et pour qui une évaluation du risque} \\ \text{de chute a été complétée} \\ + \\ \text{Nombre de clients dont le l'état de santé a changé de façon significative} \\ \text{pour qui une évaluation du risque de chute a été complétée} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Nombre de clients qui ont fait une chute} \\ + \\ \text{Nombre de clients dont l'état de santé a changé de façon significative} \end{array}} \times 100 = \text{Pourcentage de clients pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée à la suite d'une chute ou d'une modification significative du statut médical}$$

CHUTES 5.0 - Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan personnalisé de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes

Cet indicateur donne le pourcentage de clients dont l'évaluation du risque de chute les a définis comme étant « à risque » et pour qui un plan de prévention des chutes et/ou de prévention des blessures a été préparé. L'objectif est de détenir un plan documenté de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures pour 100 % des clients jugés « à risque ».

Cet indicateur vise à mesurer le nombre de clients pour qui une intervention personnalisée a été mise en œuvre, et non le nombre de clients qui reçoivent des interventions environnementales ou universelles. Les sections portant sur la mise en œuvre d'interventions visant les personnes à risque de faire des chutes et sur la personnalisation des interventions pour les personnes les plus à risque de subir des blessures dues aux chutes de la présente Trousse de départ contiennent des exemples et des approches relatifs aux plans individualisés de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes.

$$\frac{\text{Nombre de clients évalués « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes ou de réduction des blessures}}{\text{Nombre de clients jugés « à risque » lors d'une évaluation de risque de blessures}} \times 100 = \text{Pourcentage de clients évalués « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes et/ou des blessures}$$

Indicateurs d'équilibre

Un indicateur d'équilibre sert à assurer que les améliorations apportées à une étape du système ne suscitent pas de problème dans d'autres composantes.

CHUTES 6.0 - Utilisation de mesures de contrôle

Cet indicateur donne le pourcentage de clients sur qui on utilise des mesures de contrôle au moment de la vérification. L'objectif est de parvenir à un pourcentage qui est égal ou inférieur à celui des données de base.

Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario répartit les moyens de contention dans les catégories physique, environnementale et chimique : ⁹⁸

- Un *moyen de contention environnemental* est défini comme une barrière au mouvement personnel qui sert à confiner le client à un secteur (géographique) précis.
- Un *moyen de contention physique* est défini comme un appareil qui empêche le mouvement en général. Cette définition comprend les camisolles de force; les fauteuils de gériatrie et les fauteuils roulants munis d'une tablette; les freins des fauteuils roulants; les ceintures abdominales si l'ouverture est placée à l'arrière de la chaise et qu'elle ne peut pas être détachée par le client. Les dispositifs de positionnement ou de soutien d'un membre ne sont pas des moyens de contention.
- Un *moyen de contention chimique* est défini comme un médicament administré dans le but précis d'inhiber ou de contrôler le comportement ou le mouvement. Il est difficile de faire la distinction entre l'utilisation d'un médicament, d'un agent thérapeutique et d'un moyen de contention. Souvent, un médicament peut être utilisé aux deux fins. Lorsqu'un médicament sert à traiter des symptômes psychiatriques bien précis, et non des comportements perturbateurs, il n'est pas être considéré comme un moyen de contention.

Les équipes devraient apprendre la définition proposée par l'entité administrative dans leur juridiction et de faire les calculs appropriés pour l'application de moyens de contention.

$$\frac{\text{Nombre total de clients sous contention}}{\text{Nombre total de clients recevant des soins pendant la période étudiée}} \times 100 = \text{Pourcentage de clients sous contention}$$

CHUTES 7.0 - (Soins de longue durée) Pourcentage des clients sur qui on utilise des mesures de contrôle quotidiennement selon les derniers résultats de l'instrument d'évaluation du client

Cet indicateur donne le pourcentage des clients sur qui ont utilisé des mesures de contrôle quotidiennement selon les derniers résultats des instruments d'évaluation des résidents (IÉR) (par exemple, soins de longue durée, santé mentale, soins continus complexes). Les codes de cette mesure sont : P4c=2, ou p4d=2 ou p4e=2 ET quotidiennement (=2) pour p4c - contention du tronc, p4d- contention de membres et p4e- fauteuil qui empêche le client de se lever.

$$\frac{\text{Nombre total de clients sous contention quotidiennement selon la dernière évaluation des IÉR}}{\text{Nombre total de clients évalués récemment avec les IÉR dans l'unité ou l'établissement}} \times 100 = \text{Pourcentage des clients sur qui on utilise des moyens de contention quotidiennement selon les derniers résultats des IÉR.}$$

Indicateurs de base - Soins à domicile



Veillez prendre note que les mesures de prévention des chutes ont été révisées. Veuillez-vous référer à l'annexe N pour plus de détails.

Il existe six indicateurs pour les soins à domicile :

- CHUTES 1.0 - Taux de chutes par 1 000 clients (indicateur de résultats)
- CHUTES 2.0 - Pourcentage de chutes causant une blessure (indicateur de résultats)
- CHUTES 3.0 - Pourcentage de clients pour lesquels un dépistage du risque de chute a été complété à l'admission (indicateur de processus)
- CHUTES 4.0 - Pourcentage de clients pour lesquels une réévaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé (indicateur de processus)
- CHUTES 5.0 - Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan personnalisé de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes (indicateur de processus)
- CHUTES 6.0 - (NOUVEAU) Utilisation de mesures de contrôle (indicateur d'équilibre)

Voir l'annexe N pour une description technique détaillée de ces indicateurs, qui inclut des variables et des instructions pour collecter les données.

CHUTES 1.0 - Taux de chutes par 1 000 jours clients

Cet *indicateur donne le nombre de chutes* vues ou signalées de clients des soins à domicile par 1000 clients. *L'objectif consiste à réduire ce taux de 40 % par année.*

$$\frac{\text{Nombre total de chutes}}{\text{Nombre total de clients dans la population cliente}} \times 1000 = \text{Taux de chutes par 1000 clients}$$

CHUTES 2.0 - Pourcentage de chutes causant une blessure

Cet indicateur donne le pourcentage de chutes des catégories 2, 3, 4, 5 ou 6 sur l'échelle de gravité des blessures, qui va de « blessure temporaire » à « décès ». *L'objectif consiste à réduire cette mesure de 40 % par année.*

$$\frac{\text{Nombre total de chutes des catégories 2, 3, 4, 5 ou 6 sur l'échelle de gravité des blessures}}{\text{Nombre total de chutes survenues durant la période examinée}} \times 100 = \text{Pourcentage de chutes ayant causé une blessure}$$

Indicateurs de processus

Un indicateur de processus indique si les composantes/étapes du système fonctionnent comme prévu

CHUTES 3.0 - Pourcentage de clients pour lesquels un dépistage du risque de chute a été complété à l'admission

Cet indicateur calcule le pourcentage de clients qui ont fait l'objet d'un dépistage du risque de chute à l'admission. *L'objectif est d'effectuer un dépistage pour 100 % des clients au moment de leur admission.*

$$\frac{\text{Nombre total de clients admis qui ont fait l'objet d'un dépistage des risques de chutes}}{\text{Nombre total de clients admis durant la période examinée}}$$

CHUTES 4.0 - Pourcentage de clients pour lesquels une réévaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé

Cette mesure donne le pourcentage de clients pour lesquels une réévaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé. L'objectif est de réévaluer 100 % des clients relativement à leurs risques de chutes s'ils chutent ou s'il y a un changement significatif à leur état de santé.

$$\frac{\begin{array}{c} \text{Nombre de clients qui ont fait une chute et pour qui une évaluation du risque} \\ \text{de chute a été complétée} \\ + \\ \text{Nombre de clients dont le l'état de santé a changé de façon significative} \\ \text{pour qui une évaluation du risque de chute a été complétée} \end{array}}{\begin{array}{c} \text{Nombre de clients qui ont fait une chute} \\ + \\ \text{Nombre de clients dont l'état de santé a changé de façon significative} \end{array}} \times 100 = \text{Pourcentage de clients pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée à la suite d'une chute ou d'une modification significative du statut médical}$$

CHUTES 5.0 - Pourcentage de clients dotés d'un plan personnalisé de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes

Cet indicateur donne le pourcentage de clients pour qui une évaluation du risque de chute les a définis comme étant « à risque » et pour qui un plan de prévention des chutes et/ou de prévention des blessures a été préparé. L'objectif est de détenir un plan documenté de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures pour 100 % des clients jugés « à risque ».

Cet indicateur vise à mesurer le nombre de clients pour qui une intervention personnalisée a été mise en œuvre, et non le nombre de clients qui reçoivent des interventions environnementales ou universelles. Les sections portant sur la mise en œuvre d'interventions visant les personnes à risque de faire des chutes et sur la personnalisation des interventions de la présente Trousse de départ contiennent des exemples et des approches relatifs aux plans individualisés de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes .

$$\left[\frac{\text{Nombre de clients évalués « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes ou de réduction des blessures}}{\text{Nombre de clients jugés « à risque » lors d'un dépistage des risques de chutes}} \right] \times 100 = \text{Pourcentage de clients évalués « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention}$$

CHUTES 6.0 - Utilisation de mesures de contrôle

Cet indicateur donne le pourcentage de clients recevant des soins à domicile sur qui on utilise des mesures de contrôle au moment de l'audit. L'objectif est d'obtenir un pourcentage inférieur ou égal aux données de référence.

$$\left[\frac{\text{Nombre total de clients des soins à domicile sous contention}}{\text{Nombre total de clients recevant des soins à domicile pendant la période étudiée}} \right] \times 100 = \text{Pourcentage de clients sous contention}$$

Collecte des données

A. Collecte des données préliminaires

Il est essentiel de recueillir des données préliminaires pour vous faire une idée des problématiques que connaît votre organisation. Les « données préliminaires » traduisent la situation qui prévaut au sein de votre établissement avant toute tentative de changement (temps zéro). La documentation de l'incidence et de la gravité des chutes avant la mise en œuvre d'interventions fournissent à votre équipe l'information requise pour monter le dossier des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes, tant pour rallier le soutien des intervenants que pour élaborer des interventions adaptées à votre environnement de pratique.

Processus de collecte des données préliminaires :

- Examiner les données pour chacun des indicateurs ci-dessous pour le dernier mois, trimestre, etc. (période déterminée selon la situation), particulièrement les indicateurs 1.0 Taux de chutes et 2.0 Blessures causées par les chutes. L'ensemble de la population à rejoindre au moyen des interventions sur les chutes doit être étudié, par exemple, si l'intervention doit être mise en œuvre à l'échelle organisationnelle, il faut étudier les données de tous les clients. De l'information doit être recueillie à partir des dossiers médicaux, des rapports d'incidents, des entrevues de clients (si approprié) et des statistiques existantes compilées par l'établissement.
- Transmettre les données à l'Équipe responsable des mesures de *SSPSM!* (voir le Système d'indicateurs de la sécurité des patients de *SSPSM!* à l'adresse <https://shn.med.utoronto.ca/PSMetrics-TrainingManual.pdf> pour obtenir des détails complets sur l'inscription et la transmission des données, l'utilisation des feuilles de travail, la modification des données et les rapports. Voir aussi la section Transmission des données aux *Soins de santé plus sécuritaires maintenant* à la page 98).

B. Évaluation des améliorations apportées - collecte et transmission des données

- Recueillir des données pour chacun des indicateurs et les classer par intervalles appropriés tout au long de la période d'essai (par semaine, par mois, etc.). Voir les descriptions techniques à l'annexe M pour connaître la fréquence suggérée de collecte et de transmission de données).
- Comparer ces données aux données recueillies durant la phase préliminaire.
- Transmettre les données à l'Équipe responsable des mesures de *SSPSM!* (voir la section Transmission des données aux *Soins de santé plus sécuritaires maintenant*).
- De plus, certains établissements peuvent choisir de faire régulièrement des vérifications indépendantes afin de s'assurer que les évaluations et les interventions

en matière de prévention des chutes sont mises en œuvre de façon à maximiser les avantages pour les clients et pour l'organisation.

Conseils sur la collecte de données ⁹⁹

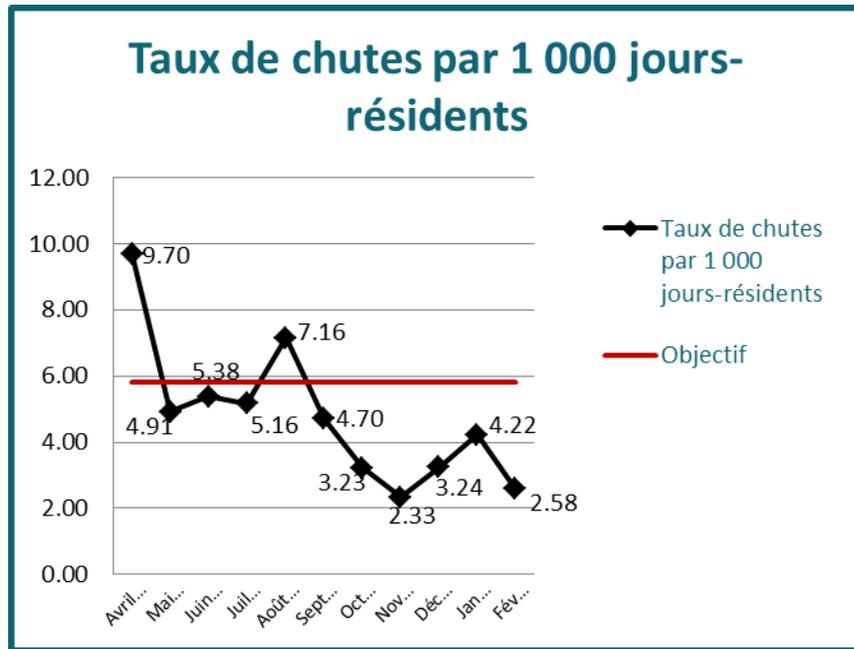
1. Représentez graphiquement les données.

- On peut obtenir de l'information sur un système et sur la façon de l'améliorer en représentant graphiquement les données sur une période de temps donnée et en observant les tendances. Le suivi de quelques indicateurs clés sur une période de temps donnée constitue l'outil le plus efficace qu'une équipe puisse utiliser pour voir les effets des changements apportés. Au sein de votre établissement, nous vous encourageons à utiliser les graphiques de séquences décrits plus bas, pour présenter les progrès accomplis sur une période de temps donnée.

2. Graphique de séquences - suivez vos indicateurs dans le temps

Pour déterminer si l'amélioration s'est réellement produite et si celle-ci est durable, il faut observer les tendances sur une certaine période. Le graphique de séquences présente des données en fonction du temps et a plusieurs avantages :

- Il aide les équipes d'amélioration à formuler leurs objectifs en illustrant le degré de succès (ou d'échec) d'un processus;
- Il aide à déterminer si les changements conduisent à de véritables améliorations en représentant les données observées à mesure que les changements sont apportés;
- Il aide à orienter le travail d'amélioration et l'information sur la valeur d'un changement en particulier. ¹⁰⁰



Nombre de chutes par 1000 jours-résidents Graphique de séquences du Kristus Darzs Latvian Home, Collaboration nationale sur les chutes, 2008-2009

3. Visez l'utilité, et non la perfection

Rappelez-vous que le but n'est pas l'indicateur, mais bien l'amélioration. Pour pouvoir passer à la prochaine étape, une équipe a besoin de « juste assez » de données pour savoir si les changements mènent à une amélioration.

- Intégrez les indicateurs dans les activités quotidiennes. Il est souvent facile d'obtenir des données utiles sans avoir recours à un système d'information. N'attendez pas les données des systèmes d'information de votre hôpital pendant deux mois. Élaborez plutôt un formulaire de collecte de données simple et confiez les activités de collecte et de surveillance à une personne en particulier. Souvent, quelques indicateurs très simples vous fourniront l'information dont vous avez besoin.
- Utilisez des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. En plus des données quantitatives, n'oubliez pas de recueillir des données qualitatives, souvent plus faciles à obtenir et très instructives. Par exemple, demandez au personnel si le processus de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes se déroule bien ou s'il y a des façons d'améliorer le processus d'évaluation des clients.¹⁰¹

Quelques conseils :

- Le but est l'amélioration et non l'élaboration d'un système de mesure.
- L'utilisation des indicateurs devrait accélérer l'amélioration.
- Élaborer un processus utile plutôt que parfait.
- Les indicateurs de base devraient clarifier les objectifs.
- Les indicateurs doivent faire partie intégrante des activités quotidiennes.
- Il est souvent utile d'associer les indicateurs d'amélioration à d'autres initiatives dans l'unité ou l'établissement.
- Les intervenants devraient participer aux mesures des processus et des résultats.

Transmission des données au programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*

La gestion des données transmises à la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* est assurée par l'Équipe responsable des mesures (ÉRM) de l'Université de Toronto, financée par l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Les données recueillies transmises à l'ÉRM seront utilisées pour :

- Faciliter la mise à l'essai de stratégies fondées sur l'expérience clinique;
- Soutenir les équipes en leur fournissant de l'information sur leur propre rendement par rapport à d'autres équipes participant à l'intervention, en recueillant, en analysant et en rapportant des données relatives à cette intervention au sein de leur établissement.

Les données du programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* peuvent être transmises chaque mois en ligne au Système d'indicateurs de la sécurité des patients.

Consultez le manuel du Système d'indicateurs de la sécurité des patients pour connaître en détail les détails sur l'inscription et la transmission de données, l'utilisation des feuilles de travail, la modification des données et les rapports à <https://shn.med.utoronto.ca/PSMetrics-TrainingManual.pdf>

Pour vous inscrire et utiliser les feuilles de travail :
<http://www.saferhealthcarenow.ca/fr/enroll/pages/default.aspx>

Le programme *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* est doté d'une politique de transmission de données, qui énonce les exigences suivantes à l'intention des organisations/équipes participantes :

- Les données préliminaires relatives à au moins un indicateur doivent être présentées dans les deux premiers trimestres suivant l'inscription.
- Les données de début de la mise en œuvre associées à l'indicateur pour lequel les données préliminaires avaient été présentées doivent être transmises dans les deux premiers trimestres suivant le premier mois de la transmission de données préliminaires.

- Si aucune donnée n'été reçue pour les deux trimestres entre la phase préliminaire et la phase de début de mise en œuvre, l'équipe sera désignée comme étant « inactive ».
- Pendant la phase de début de mise en œuvre, si les données ne sont pas reçues une fois par trimestre, l'équipe sera désignée comme étant « inactive ».
- Une équipe peut redevenir active en tout temps en présentant des données.
- Une équipe qui a atteint son objectif de mesure (mise en œuvre complète) et qui a maintenu ses gains pendant six mois est encouragée, sans y être obligée, à surveiller périodiquement son rendement afin d'éviter tout relâchement. On recommande de transmettre les données tous les trois mois.

Annexes

Annexe A - Exemple d'outil de vérification

Utilisé avec la permission de Fraser Health, 2013

		UNIVERSAL FALL PRECAUTIONS AUDIT TOOL						
STANDARD/CRITERIA	RESIDENT'S ROOM #/ID	# M	# N	# M+N	% C			
SAFE ENVIRONMENT								
One bed side rail (bottom) down								
Pathway clear of clutter from bed to bathroom								
Bed brakes applied								
Chair/walker brakes in working order								
Adequate lighting: bedroom								
bathroom								
ASSIST WITH MOBILITY								
Grab bars secured and reachable								
Mobility aid within client's reach								
Current Transfer / Mobility status in ADL :								
FALL RISK REDUCTION								
Call bell within client's reach								
Bed lowered to client's knee height or lowest position of bed								
Client's items reachable								
Proper footwear available and in use for the individual								
Recommended hip protectors worn								
ENGAGE CLIENT AND FAMILY								
Risk factors discussed with client and family (e.g. A Guide for Preventing Falls and Related Injuries brochure, Hip Protectors brochure)								
Documented that mutual fall care plan developed with client/family								
FOR FACILITY								
Equipment to one side of the hallway								
Floor free of glare								
Chairs with arms for resting & placed in hall at regular intervals								
Handrails on both sides of hallway								
Hallway well lit								
Total # M:								
Total # M+N:								
% Compliance = $\frac{M}{M+N} \times 100$:								
Overall Compliance:								

Annexe B - Liste des critères de Beers

Adaptation: Tables 2, 3, 4, 8 & 9: *AGS Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*, The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. Journal of the American Geriatrics Society. © 2012, New York, New York.

Adaptée avec la permission. www.americangeriatrics.org Journal of the American Geriatrics Society; 2013.

Tableau 2. Critères de Beers de l'AGS pour des médicaments utilisés de manière inappropriée en gériatrie (2012)					
Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<i>Anticholinergiques (excluant les ATC)</i>					
Antihistaminiques de première génération (en tant qu'agent simple ou en combinaison avec d'autres produits) Bromphéniramine Carbinoxamine Chlorpheniramine Clemastine Cyproheptadine Dexbromphéniramine Dexchlorphéniramine Diphenhydramine (oral) Doxylamine Hydroxyzine Prométhazine Triprolidine	Très anticholinergique; clairance réduite avec l'âge avancée, et la tolérance se développe lorsque utilisée comme un somnifère ; risque augmenté de confusion, bouche sèche, constipation, et autres effets anticholinergiques ou de toxicité. Utilisation de la diphenhydramine dans des situations particulières telles que le traitement d'une réaction allergique grave peut être appropriée.	Éviter	Hydroxyzine et prométhazine: élevée; Les autres: modéré	Élevé	Agostini 2001 Boustani 2007 Guaiana 2010 Han 2001 Rudolph 2008

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Antiparkinsoniens Benztropine (orale) Trihexyphénydyl	Non recommandé pour la prévention des symptômes extrapyramidaux avec les antipsychotiques; des agents plus efficaces sont disponibles pour le traitement de la maladie de Parkinson.	Éviter	Modérée	Élevé	Rudolph 2008
Antispasmodiques Belladone Clidinium- chlordiazépoxyde Dicyclomine Hyoscyamine Propanthéline	Très anticholinergique, efficacité incertaine.	À éviter sauf dans les situations de soins palliatifs à court terme pour diminuer les sécrétions orales.	Modérée	Élevé	Lechevallier-Michel 2005 Rudolph 2008
Antithrombotiques					
Dipyridamole, orale à action rapide* (ne s'applique pas à la dipyridamole à libération prolongée en combinaison avec l'aspirine)	Peut causer de l'hypertension orthostatique; disponibilité de solutions alternatives plus efficaces; forme IV acceptable lors du test de stress cardiaque.	Éviter	Modérée	Élevé	De Schryver 2010 Dipyridamole Notice

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Ticlopidine*	Disponibilité d'alternatives plus efficaces et sécuritaires	Éviter	Modérée	Élevé	Ticlopidine Notice
<u>Antibiotique</u>					
Nitrofurantoïne	Potentiel de toxicité pulmonaire, alternatives plus sécuritaires disponibles, peu efficace chez les patients ayant une CrCl <60 mL/min due à une concentration inadéquate de médicament dans l'urine.	Éviter la suppression à long terme chez les patients avec une CrCl <60 mL/min	Modérée	Élevé	Felts 1971 Hardak 2010 Holmberg 1980
<u>Cardiovasculaire</u>					
Antagonistes des récepteurs Alpha1 Doxazosine Prazosine Térazosine	Risque élevé d'hypotension orthostatique; non recommandé pour le traitement habituel de l'hypertension; agents alternatifs ont un profil de risque/ avantage supérieur.	Éviter d'utiliser comme agent antihypertenseur.	Modérée	Élevé	ALLHAT 2000 Aronow2011

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Antagonistes récepteurs alpha, central Clonidine Guanabenz* Guanfacine* Méthyl dopa* Résépine (>0.1 g/day)*	Risque élevé d'effets indésirables au niveau du SNC; peut causer la bradycardie et de l'hypotension orthostatique; non recommandé pour le traitement régulier de l'hypertension.	Éviter la clonidine comme un agent antihypertenseur de première ligne. Éviter les autres qui figurent sur la liste.	Faible	Élevé	Aronow 2011 Notice méthyl dopa Notice résépine
Antiarythmiques (Classe Ia, Ic, III) Amiodarone Dofétilide Dronédarone Flécaïnide Ibutilide Procaïnamide Propafénone Quinidine Sotalol	Les données suggèrent que le contrôle du taux génère un meilleur équilibre des avantages et des préjudices que le contrôle du rythme chez les patients âgés. L'amiodarone est associé à de multiples toxicités telles que la maladie de la thyroïde, les désordres pulmonaires et la prolongation de l'intervalle QT	Éviter les médicaments antiarythmiques comme traitement de première ligne pour la fibrillation auriculaire	Élevée	Élevé	Roy 2008 Doyle 2009 Fuster 2006 Van Gelder 2002 Wann 2011a Wyse 2002

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Disopyramide*	Le disopyramide est un puissant inotrope négatif et peut alors induire l'insuffisance cardiaque chez les patients âgés; fortement anticholinergique; autres antiarythmiques sont préconisés.	Éviter	Faible	Élevé	Fuster 2006 Disopyramide Notice
Dronédarone	Les pires résultats ont été observés chez des patients avec une fibrillation auriculaire permanente ou une insuffisance cardiaque qui prenaient le dronédarone. En général, le contrôle du taux est préconisé plutôt que le contrôle du rythme pour la fibrillation auriculaire.	Éviter chez les patients avec une fibrillation auriculaire permanente ou avec une insuffisance cardiaque	Modérée	Élevé	Connolly 2011 FDA Drug Safety 2011 Hohnloser 2009 Korber 2008 Dronédarone notice révisé Dec2011

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Digoxine >0.125 mg/jour	Pour l'insuffisance cardiaque, des dosages élevés sont associés à aucun avantage supplémentaire et peut augmenter le risque de toxicité; clairance rénale diminuée peut mener à un risque augmenté des effets toxiques.	Éviter	Moderate	Élevé	Adams 2002 Ahmed 2007 Rathore 2003
Nifédipine, à libération immédiate *	Potentiel d'hypotension; risque d'ischémie myocardique précipitée.	Éviter	Élevée	Élevé	Furberg 1995 Notice Nifédipine Pahor1995 Psaty1995a Psaty1995b
Spironolactone >25 mg/jour	Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, le risque d'hypokaliémie est élevé chez les adultes s'ils prennent >25 mg/jour.	Éviter chez les patients avec insuffisance cardiaque ou avec une CrCl <30 mL/min.	Modérée	Élevé	Juurlink 2004

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<i>Système nerveux central</i>					
ATC tertiaires, seul ou en combinaison avec: Amitriptyline Chlordiazépoxide- amitriptyline Clomipramine Doxépine >6 mg/jour Imipramine Perphénazine-amitriptyline Trimipramine	Très anticholinergique, effet sédatif et cause l'hypotension orthostatique; Le profil de sécurité de la doxépine à faible dose (≤ 6 mg/jour) est comparable à celui du placebo.	Éviter	Élevée	Élevé	Coupland 2011 Nelson 2011 Scharf 2008
Antipsychotiques, première- (conventionnelle) et seconde (atypique) génération (voir la Table 8 pour la liste complète)	Risque augmenté d'AVC et de mortalité chez les personnes atteintes de démence.	Éviter d'utiliser pour des problèmes de comportement associés à la démence à moins que les options non pharmacologiques aient échouées et que le patient soit une menace envers lui-même ou les autres	Modérée	Élevé	Dore 2009 Maher 2011 Schneider 2005 Schneider 2006a Schneider 2006b Vigen 2011

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Thioridazine Mésoridazine	Très anticholinergique et risque élevé de prolongation de l'intervalle QT .	Éviter	Modérée	Élevé	Goldstein 1974 Ray 2001 Stollberger 2005
Barbituriques Amobarbital* Butabarbital* Butalbital Méphobarbital* Pentobarbital* Phénobarbital Sécobarbital*	Taux de dépendance physique élevé; tolérance aux avantages du sommeil; risque élevé de surdose à de faibles doses.	Éviter	Élevée	Élevé	Cumbo 2010 McLean 2000 Messina 2005

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<p>Benzodiazépines</p> <p><i>Action courte et intermédiaire:</i></p> <p>Alprazolam</p> <p>Estazolam</p> <p>Lorazépam</p> <p>Oxazépam</p> <p>Temazépam</p> <p>Triazolam</p> <p><i>Action prolongée:</i></p> <p>Chlorazébate</p> <p>Chlordiazépoxyde</p> <p>Chlordiazépoxyde-amitriptyline</p> <p>Clidinium-chlordiazépoxyde</p> <p>Clonazépam</p> <p>Diazépam</p> <p>Flurazépam</p> <p>Quazépam</p>	<p>Les personnes âgées ont une sensibilité accrue aux benzodiazépines et une diminution du métabolisme des agents à action prolongée. En général, tous les benzodiazépines augmentent le risque de déficience cognitive, de délirium, de chutes, de fractures et d'accidents de véhicules routiers chez les personnes âgées..</p> <p>Peut être approprié pour des troubles épileptiques, des troubles du sommeil liés au mouvement oculaire rapide, sevrage aux benzodiazépines, sevrage à l'éthanol, trouble anxieux généralisé grave, anesthésie péri-procédurale, soins de fin de vie.</p>	<p>Éviter les benzodiazépines (peu importe le type) pour le traitement de l'insomnie, de l'agitation ou du délirium.</p>	<p>Élevée</p>	<p>Élevé</p>	<p>Allain 2005</p> <p>Cotroneo 2007</p> <p>Finkle 2011</p> <p>Paterniti 2002</p>

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Hydrate de chloral*	La tolérance se développe dans les 10 jours et les risques dépassent les avantages, les surdoses peuvent survenir avec des doses qui sont trois fois la dose recommandée	Éviter	Faible	Élevé	Bain 2006 Goldstein 1978 Miller 1979
Méprobamate	Haut taux de dépendance physique; très sédatif.	Éviter	Modérée	Élevé	Keston 1974 Rhalimi 2009
Hypnotiques nonbenzodiazépines Eszopiclone Zolpidem Zaléplon	Les agonistes des récepteurs de benzodiazépines qui ont des effets indésirables semblables aux benzodiazépines chez les personnes âgées (p.ex., délirium, chutes, fractures); faible amélioration au niveau de la durée et la latence du sommeil.	Éviter l'utilisation chronique (>90 jours)	Modérée	Élevé	Allain 2005 Cotroneo 2007 Finkle 2011 McCrae 2007 Orriols 2011 Rhalimi 2009 Wang 2001b Yang 2011
Ergot mesylates* Isoxsuprine*	Manque d'efficacité.	Éviter	Élevée	Élevé	Isoxsuprine Notice

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<i>Endocrinien</i>					
Androgènes Méthyltestostérone* Testostérone	Potentiel pour des problèmes cardiaques et contreindiqué chez les hommes atteints du cancer de la prostate contraindicated in men with prostate cancer.	Éviter à moins qu'il y ait une indication pour l'hypogonadisme modéré à grave	Modérée	Faible	Basaria 2010 Jones 2011
Thyroïde desséchée	Préoccupation sur les effets cardiaques; alternatives plus sécuritaires disponibles.	Éviter	Faible	Élevé	Baskin2002 Rees- Jones1977 Rees- Jones1980 Sawin1978 Sawin1989

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Estrogènes avec ou sans progestérone	Données probantes quant au potentiel carcinogène (sein et endomètre); manqué d'effet cardioprotecteur et de protection cognitive chez les femmes âgées. Données probantes que les estrogènes employés pour le traitement de sécheresse vaginale sont efficaces et sécuritaires chez les femmes atteintes de cancer du sein surtout à des doses d'estradiol de <25 mcg deux fois par semaine.	Éviter la forme orale et les timbres topiques. Crème vaginale topique: il est acceptable d'utiliser un estrogène intravaginal à faible dose pour la gestion de la dyspareunie, les infections urinaires et autres symptômes vaginaux.	Forme orale et timbre: élevée Forme topique: modérée	Forme orale et timbre: élevé Forme topique: faible	Bath 2005 Cho 2005 Epp 2010 Hendrix 2005 Perrotta 2008 Sare 2008
Hormone de croissance	Impact sur la composition du corps est faible et est associé à l'oédème, l'athralgie, au syndrome tunnel carpien, à la gynécomastie et à une deterioration de la glycémie à jeun.	Éviter, sauf le remplacement hormonal suite à une ablation de l'hypophyse.	Élevée	Élevé	Liu 2007

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Insuline, échelle	Risque élevé d'hypoglycémie sans qu'il y ait amélioration de la gestion de l'hyperglycémie peu importe le milieu de soins.	Éviter	Modérée	Élevé	Queale 1997
Mégestrol	Effet minime sur le poids; augmente le risque d'effets thrombotiques et même la mort chez les patients âgés.	Éviter	Modérée	Élevé	Bodenner 2007 Reuben 2005 Simmons 2005 Yeh 2000
Sulfonylurées, longue durée Chlorpropamide Glyburide	Chlorpropamide: demi-vie prolongée chez les personnes âgées; peut causer une hypoglycémie prolongée; prolonged half-life in older cause le SIADH Glyburide: risque plus élevé d'hypoglycémie prolongée chez les patients âgés.	Éviter	Élevée	Élevé	Clarke 1975 Gangji 2007 Shorr 1996

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<i>Gastrointestinal</i>					
Métoclopramide	Peut causer des effets extrapyramidaux incluant la dyskinésie tardive; risque encore plus augmenté chez les personnes âgées frêles.	Éviter, à moins pour la gastroparésie.	Modérée	Élevé	Bateman 1985 Ganzini 1993 Miller 1989
Huile minérale, orale	Potentiel pour l'aspiration et d'effets indésirables; des alternatives plus sécuritaires sont disponibles.	Éviter	Modérée	Élevé	Marchiori 2010a Marchiori 2010b
Triméthobenzamide	Un des agents antiémétiques les moins efficaces; peut causer des effets indésirables extrapyramidaux.	Éviter	Modérée	Élevé	Bardfeld 1966 Moertel 1963
<i>Médicaments contre la douleur</i>					
Mépidine	Selon les dosages couramment utilisés ce n'est pas un analgésique oral efficace; peut causer de la neurotoxicité; il existe des alternatives plus sécuritaires.	Éviter	Élevée	Élevé	Kaiko 1982 Szeto 1977 Meperidine Notice

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
<p>AINS non COX sélectifs, aspirine orale > 325 mg/jour</p> <p>Diclofénac Diflunisal Étodolac Fénoprophène Ibuprofène Kétoprophène Méclofénamate Acide ménéamique Méloxicam Nabumétone Naproxen Oxaprozine Piroxicam Sulindac TolmétinU</p>	<p>Augmente le risque de saignement GI/ ulcère gastroduodéal chez les groupes à haut risque incluant ceux qui ont plus de 75 ans ou qui prennent des corticostéroïdes oraux ou parentéraux; des anticoagulants ou des agents antiplaquettaires. L'utilisation d'inhibiteurs de pompe à proton ou du misoprostol réduit mais n'élimine pas le risque. Les ulcers gastro-intestinaux supérieurs, le saignement actif ou la perforation causés par les AINS surviennent chez 1% des patients traités pendant 3-6 mois, et chez environ 2-4% des patients traités depuis 1 an. Ces tendances se poursuivent avec une utilisation prolongée.</p>	<p>Éviter l'utilisation chronique à moins que les autres alternatives ne soient pas aussi efficaces et que le patient soit en mesure de prendre un agent gastro protecteur (inhibiteur de pompe à proton ou le misoprostol).</p>	<p>Les autres : modérée</p>	<p>Élevé</p>	<p>AGS Pain Guideline 2009 Langman 1994 Lanas 2006 Llorente Melero 2002 Pilotto 2003 Piper 1991</p>

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Indométhacine Kétorolac, incluant la forme parentérale	Augmente le risque de saignement GI/ulcère gastroduodéal chez les groupes à haut risque (voir ci-dessus AINS non COX sélectifs). De tous les AINS, l'indométhacine a le plus d'effets indésirables.	Éviter	Indométhacine : modérée Kétorolac : élevée;	Élevé	Onder2004
Pentazocine*	Analgésique opioïde qui cause des effets indésirables au niveau du SNC, incluant de la confusion et des hallucinations, plus couramment que d'autres narcotiques; est aussi un agoniste mixte et un antagoniste ; des alternatives plus sécuritaires sont disponibles.	Éviter	Faible	Élevé	AGS Pain Guideline 2009 Pentazocine Notice

Système d'organe/ Catégorie thérapeutique/ Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de Recommandation	Références
Relaxants musculosquelettiques Carisoprodol Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Metaxalone Methocarbamol Orphénadrine	La plupart des relaxants musculaires sont mal tolérés chez les personnes âgées à cause des effets indésirables anticholinergiques, de la somnolence, du risque de fractures; l'efficacité des dosages tolérés chez les personnes âgées est questionable.	Éviter	Modérée	Élevé	Billups2011 Rudolph 2008
<p>*Médicaments utilisés peu fréquemment</p> <p><i>Abréviations: IECA, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; BRA, bloqueurs du récepteur de l'angiotensine; SNC, système nerveux central; COX, cyclooxygénase; ClCr, clairance créatinine; GI, gastrointestinale; AINS, anti-inflammatoires non stéroïdiens; SIADH, syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique; ATC, antidépresseurs tricycliques</i></p> <p><i>L'auditoire ciblé est principalement le clinicien praticien. Les intentions de ce critère comprennent: 1) améliorer la sélection de médicaments prescrits par le clinicien; 2) évaluer les tendances d'utilisation des médicaments à l'intérieur des populations; 3) éduquer les cliniciens et les patients sur l'utilisation appropriée des médicaments; et 4) évaluer les résultats de santé, la qualité des soins, les coûts et les données sur l'utilisation.</i></p>					

Tableau 3. Critères de Beers 2012 de l'AGS des médicaments utilisés de manière inappropriée en gériatrie due à des interactions médicament-maladie ou médicament-syndrome qui peuvent exacerber la maladie ou le syndrome

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
<i>Cardiovasculaire</i>						
Insuffisance cardiaque	AINS et inhibiteurs de la COX-2 Bloqueurs de canaux calciques nondihydropyridine (éviter seulement pour l'insuffisance cardiaque systolique) Diltiazem Vérapamil Pioglitazone, rosiglitazone Cilostazol Dronédarone	Potentiel de promouvoir la rétention des fluides et/ou exacerber l'insuffisance cardiaque.	Éviter	AINS:modérée ; bloqueurs canaux calciques: modérée; Thiazolidine-diones (glitazones): élevée Cilostazol: faible; Dronédarone: modérée	Élevé	Cilostazol Notice Connolly 2011 Dronédarone Notice révisé déc 2011 Heerdink 1998 Goldstein 1991 Jessup 2009 Korber 2009 Loke 2011 Pioglitazone Notice Rosiglitazone Notice

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Syncope	Inhibiteurs de l'acétylcholinestrase (IAChE) Bloqueurs alpha périphériques Doxazosine Prazosine Térazosine ACT tertiaire Chlorpromazine, thioridazine et olanzapine	Augmente le risque d'hypotension orthostatique ou la bradycardie.	Éviter	IAChE et bloqueurs alpha: élevée ACT et antipsychotiques: modérée	IAChE et ACT: élevé Bloqueurs alpha et antipsychotiques: faible	Bordier 2005 Davidson 1989 French 2006 Gaggioli 1997 Gill 2009 Kim 2011 Litvinenko 2008 Nickel 2008 Schneider 2006a Schneider 2006b Wild 2010
<i>Système nerveux central</i>						
Crises chroniques ou épilepsie	Bupropion Chlorpromazine Clozapine Maprotiline Olanzapine Thioridazine Thiothixène Tramadol	Diminue le seuil de la crise; peut être acceptable chez les patients avec des crises bien contrôlées chez qui des agents alternatifs n'ont pas été efficaces.	Éviter	Modérée	Élevé	Pisani 2002

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Délirium	Tous les ACT Anticholinergiques (voir Tableau 9 pour la liste complète) Benzodiazépines Chlorpromazine Corticostéroïdes Antagoniste récepteur H ₂ - Mépéridine Agents sédatifs hypnotiques Thioridazine	Éviter chez les patients âgés avec ou à haut risque de délirium à cause de l'induction ou de l'aggravation du délirium chez les personnes âgées; si cessation de médicaments utilisés de façon chronique, ajuster pour éviter des symptômes de sevrage.	Éviter	Modérée	Strong	Clegg 2011 Gaudreau 2005 Laurila 2008 Marcantonio 1994 Moore 1999 Morrison 2003 Ozbolt 2008 Panharipande 2006 Rudolph 2008 Stockl 2010

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Démence ou déficience cognitive	Anticholinergiques (voir le Tableau 9 pour la liste complète) Benzodiazépines Antagonistes du récepteur H2 Antipsychotiques, utilisation chronique ou PRN	À éviter car effets indésirables au SNC. Éviter les antipsychotiques pour des troubles de comportement liés à la démence à moins que des options non pharmacologiques ont échoué et que le patient est une menace envers lui-même ou les autres. Les antipsychotiques sont associés à un risque d'un AVC et de mortalité chez les personnes atteintes de démence.	Éviter	Élevée	Élevé	Boustani 2007 Hanlon2004 Finkle 2011 Frey 2011 Paterniti 2002 Rasmussen 1999 Rudolph 2008 Schneider 2005 Schneider 2006a Schneider 2006b Seitz 2011 Vigen 2011 Wright 2009

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Historique de chutes ou de fractures	Anticonvulsants Antipsychotiques Benzodiazépines Hypnotiques nonbenzodiazépine Eszopiclone Zaléplon Zolpidem ACT/ISRS	Habilité de produire l'ataxie; affaiblissement de la fonction psychomotrice, syncope et chutes supplémentaires; les benzodiazépines de courte durée ne sont pas plus sécuritaires que celle de longue durée.	Éviter à moins que des alternatives plus sécuritaires ne soient pas disponibles; éviter les anticonvulsants sauf pour les crises d'épilepsie	Élevée	Élevé	Allain 2005 Berdot 2009 Deandrea 2010 Ensrud 2003 Hartikainen 2007 Jalbert 2010 Liperoti 2007 Mets 2010 Sterke 2008 Turner 2011 van der Hoof 2008 Vestergaard 2008 Wagner 2004 Wang 2001a Wang 2001b Zint 2010

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Insomnie	Décongestionnants oraux Pseudoéphédrine Phényléphrine Stimulants Amphétamine Méthylphénidate Pémoline Théobromines Théophylline Caféine	Effets stimulants sur le SNC	Éviter	Modérée	Élevé	Foral 2011
Maladie de Parkinson	Tous les antipsychotiques (voir le Tableau 8 pour la liste complète, sauf la quétiapine et la clozapine) Antiémétiques Métoclopramide Prochlorpérazine Prométhazine	Antagonistes du récepteur de la dopamine avec le potentiel d'empirer les symptômes de la maladie de Parkinson. La quétiapine et la clozapine ont moins de probabilité de précipiter la détérioration de la maladie de Parkinson.	Éviter	Modérée	Élevé	Bateman 1985 Dore 2009 Ganzini 1993 Morgan 2005 Thanvi 2009

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
<i>Gastrointestinal</i>						
Constipation chronique	<p>Antimuscariniques oraux pour l'incontinence urinaire</p> <p>Darifénacine Fésotérodine Oxybutynine (oral) Solifénacine Toltérodine Trospium</p> <p>Bloqueurs canaux calciques nondihydropyridine</p> <p>Diltiazem Vérapamil</p>	Habilité d'empirer la constipation; agents pour l'incontinence urinaire: en general, les antimuscariniques diffèrent au niveau de l'incidence de la constipation; réponse variable; penser à des agents alternatifs en cas de constipation.	Éviter à moins qu'il n'y ait pas d'autres alternatives	<p>Pour l'incontinence urinaire: élevée</p> <p>Les autres: modérée/ faible</p>	Faible	Glass 2008 Meek 2011

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Constipation chronique	<p>Antihistaminiques de première génération en tant qu'agent simple ou en combinaison avec des produits</p> <p>Bromphéniramine (varié)</p> <p>Carbinoxamine</p> <p>Chlorphéniramine</p> <p>Clémastine (varié)</p> <p>Cyproheptadine</p> <p>Dexbromphéniramine</p> <p>Dexchlorpheniramine (varié)</p> <p>Diphénhydramine</p> <p>Doxylamine</p> <p>Hydroxyzine</p> <p>Prométhazine</p> <p>Triprolidine</p>		Éviter à moins qu'il n'y ait pas d'autres alternatives	<p>Pour l'incontinence urinaire: élevée</p> <p>Les autres: modéré e/ faible</p>	Faible	<p>Glass 2008</p> <p>Meek 2011</p>

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
	<p>Anticholinergiques/ antispasmodiques (voir le Tableau 9 pour la liste complète de médicaments avec de fortes propriétés anticholinergiques)</p> <p>Antipsychotiques Belladone</p> <p>Clidinium-chlordiazépoxyde</p> <p>Dicyclomine Hyoscyamine Propanthéline Scopolamine ACT tertiaire (amitriptyline, clomipramine, doxépine, imipramine, et trimipramine)</p>					

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Historique d'ulcère gastrique ou duodéal	Aspirine (>325 mg/jour) AINS non-sélectifs à la COX-2	Peut exacerber un ulcère existant ou causer de nouveaux ulcères ou des ulcères supplémentaires.	Éviter à moins que les autres alternatives ne soient pas efficaces et que le patient peut prendre un agent gastro protecteur-inhibiteur de pompe à proton ou misoprostol)	Modérée	Élevé	Gabriel 1991 Laine 2010
<i>Rein/ Voies urinaires</i>						
Maladie rénale chronique stades IV et V	AINS Triamtérène (seul ou en combinaison)	Peut augmenter le risque de blessures au rein. Peut augmenter le risque de blessure aigüe au rein.	Éviter Éviter	AINS: modérée Triamtérène: faible	AINS: élevé Triamtérène: faible	Farge 1986 Favre 1982 Gooch 2007 Griffin 2000 Lafrance 2009 Murray 1995 Perazella 1999 Schneider 2006 Sica 1989 Winkelmayr 2008

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Incontinence urinaire (tous types) chez les femmes	Estrogène oral ou transdermique (exclus l'estrogène intravaginal))	Aggravation de l'incontinence	Éviter chez les femmes	Élevée	Élevé	Dew 2003 Epp 2010 Grodstein 2004 Hartmann 2009 Hendrix 2005 Perrotta 2008 Ruby 2010

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Symptômes liés à la voie urinaire inférieure, hyperplasie prostatique bénigne	Agents anticholinergiques par inhalation Médicaments hautement anticholinergiques, sauf les agents antimuscariniques pour l'incontinence urinaire (voir le Tableau 9 pour la liste complète).	Peut diminuer le flux urinaire et causer la rétention urinaire.	Éviter chez les hommes	Modérée	Agents par inhalation: élevé Les autres: faible	Afonso 2011 Athanasopoulos 2003 Barkin 2004 Blake-James 2006 Chapple 2005 Griebing 2009 Kaplan 2006 Kraus 2010 Malone-Lee 2001 Martin Merino 2009 Spigset 1999 Uher 2009 Verhamme 2008 Wuerstle 2011
Incontinence urinaire mixte ou due au stress	Bloqueurs alpha Doxazosine Prazosine Térazosine	Aggravation de l'incontinence	Éviter chez les femmes	Modérée	Élevé	Marshall 1996 Ruby 2010

Maladie ou syndrome	Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
<p><i>Abréviations:</i>;IChE, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase; SNC, système nerveux central;</p> <p>COX, cyclooxygénase; AINS, anti inflammatoires non stéroïdiens; ISRS, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; ACT, antidépresseur tricyclique</p>						
<p><i>L'auditoire ciblé est principalement est le clinicien praticien. Les intentions de ce critère comprennent: 1) améliorer la selection de médicaments prescrits par le clinicien; 2) évaluer les tendances d'utilisation des médicaments à l'intérieur des populations; 3) éduquer les cliniciens et les patients sur l'utilisation appropriée des médicaments; et 4) évaluer les résultats de santé, la qualité des soins, les coûts et les données sur l'utilisation .</i></p>						

Tableau 4. Critères de Beers 2012 de l'AGS pour des médicaments potentiellement inappropriés qui doivent être utilisés avec attention en gériatrie

Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Aspirine pour la prévention des événements cardiaques	Manque de données probantes sur les avantages versus le risque chez les personnes ≥ 80 ans.	À utiliser avec attention chez les adultes ≥ 80 ans old.	Faible	Faible	McQuaid 2006 Wolff 2009
Dabigatran	Augmentation du risque de saignement comparé à la warfarine chez les adultes ≥ 75 ans; manqué de données probantes sur l'efficacité et la sécurité pour les patients avec un ClCr < 30 mL/min	À utiliser avec attention chez les adultes ≥ 75 ans ou ayant une ClCr < 30 mL/min.	Modérée	Faible	Connolly 2009 Diener 2010 Eikelboom 2011 Legrand 2011 Wann 2011b Dabigatran Notice
Prasugrel	Augmentation du risque de saignement chez les personnes âgées; le risque peut être mitigé par les avantages chez les patients âgés les plus à risque (ceux qui ont déjà eu un infarctus ou du diabète)	À utiliser avec attention chez les adultes ≥ 75 ans.	Modérée	Faible	Hochholzer 2011 Wiviott 2007 Prasugrel Notice

Médicament(s)	Justification	Recommandation	Qualité des données probantes	Niveau de recommandation	Références
Antipsychotiques Carbamazépine Carboplatine Cisplatine Mirtazapine IRSN ISRS ACT Vincristine	Peut exacerber ou causer le SIADH ou l'hyponatrémie; besoin de surveiller de près le niveau de sodium lors du début ou du changement de dosage chez les personnes âgées due à l'augmentation de risque	À utiliser avec attention	Modérée	Élevé	Bouman 1998 Coupland 2011 Liamis 2008 Liu 1996
Vasodilatateurs	Peut exacerber les épisodes de syncope chez ceux qui ont une historique de syncope.	À utiliser avec attention	Modérée	Faible	Davidson 1989 Gaggioli 1997
<p><i>Abréviations:</i> ClCr, clairance créatinine; SIADH, syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique; ISRS, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine; ACT, antidépresseur tricyclique</p>					
<p><i>L'auditoire ciblé est principalement le clinicien praticien. Les intentions de ce critère comprennent: 1) améliorer la sélection de médicaments prescrits par le clinicien; 2) évaluer les tendances d'utilisation des médicaments à l'intérieur des populations; 3) éduquer les cliniciens et les patients sur l'utilisation appropriée des médicaments; et 4) évaluer les résultats de santé, la qualité des soins, les coûts et les données sur l'utilisation.</i></p>					

Tableau 8. Antipsychotiques de première et de deuxième génération	
Agents de la première génération (conventionnel)	Agents de la seconde génération (atypique)
Chlorpromazine	Aripiprazole
Fluphénazine	Asénapine
Halopéridol	Clozapine
Loxapine	Ilopidone
Molindone	Lurasidone
Perphénazine	Olanzapine
Pimozide	Palipéridone
Promazine	Quétiapine
Thioridazine	Rispéridone
Thiothixène	Ziprasidone
Trifluopérazine	
Triflupromazine	

Tableau 9. Médicaments avec de fortes propriétés anticholinergiques		
Antihistaminiques Bromphéniramine Carbinoxamine Chlorphéniramine Clémastine Cyproheptadine Dimenhydrinate Diphénhydramine Hydroxyzine Loratadine Méclizine	Antiparkinsoniens Benztropine Trihexyphénidyl	Relaxants musculosquelettiques Carisoprodol Cyclobenzaprine Orphénadrine Tizanidine
Antidépresseurs Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Désipramine Doxépine Imipramine Nortriptyline Paroxétine Protriptyline Trimipramine	Antipsychotiques Chlorpromazine Clozapine Fluphénazine Loxapine Olanzapine Perphénazine Pimozide Prochlorpérazine Prométhazine Thioridazine Thiothixène Trifluopérazine	
Antimuscariniques (incontinence urinaire) Darifénacine Fésotérodine Flavoxate Oxybutynine Solifénacine Toltérodine Trospium	Antispasmodiques Atropine (produits) Belladone Dicyclomine Homatropine Hyoscyamine (produits) Lopéramide Propanthéline Scopolamine	

B1 - Les médicaments et les risques de chute et de blessures causées par les chutes

Reproduit avec la permission de Maria E. Bybel, B.Sc.P., Pharm.D. (2013). *Slips, Trips and Drugs - Medication Workshop. National Collaborative on the Prevention of Falls in Long-term Care. Learning Session 2, Halifax, Nova Scotia. (2008).*

Comment les médicaments peuvent-ils contribuer à augmenter le risque de chute chez les personnes âgées?

Les médicaments peuvent occasionner de nombreux effets :

Neurologiques/système nerveux central

- Affecter la vigilance, le jugement et la coordination.
- Augmenter les risques de troubles cognitifs et de délirium.
- Rendre incapable de reconnaître des obstacles ou de s'y adapter.

Neuromusculaires

- Entraîner un dysfonctionnement neuromusculaire ou une perte d'équilibre.
- Réduire la mobilité à cause de raideurs, de faiblesses ou de douleurs incontrôlées.

Cardiovasculaires

- Aggraver l'hypotension orthostatique
- Aggraver les effets occasionnés par l'usage concomitant de plusieurs médicaments.

Les principaux effets secondaires des médicaments qui contribuent à augmenter la fréquence des chutes chez les personnes âgées.

- Agitation, anxiété, nervosité
- Arythmie
- Troubles cognitifs et confusion
- Étourdissements et hypotension orthostatique
- Anomalies de la démarche et effets extrapyramidaux
- Augmentation de la fréquence des déplacements (due à la diarrhée ou au besoin fréquent d'uriner)
- Désordres posturaux
- Somnolence
- Syncope
- Troubles de la vue

Des Soins de santé plus sécuritaires maintenant!

Trousse en avant! : Prévention des chutes
et des blessures causées par les chutes

Voir l'[annexe B-2](#) pour un tableau des classes de médicaments, les effets de ceux-ci et certaines exemples, dans une *liste non exhaustive*.

Voir l'[annexe B-3](#) - Affiche Don't Fall for it : Pills and Spills

B-2 Tableau de référence - Classes de médicaments, effets de ceux-ci et exemples

Classes de médicaments	Effets du médicament	*Exemples*
RISQUE ÉLEVÉ		
Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques	Ces médicaments ont tendance à causer une altération ou une diminution du degré de conscience, à nuire à la cognition et à entraîner la confusion.	Benzodiazépines (diazépam, oxazépam, lorazépam, hydrates de chloral, zopiclone)
Antidépresseurs	Augmentent le risque de chute en entraînant chez la personne une sensation d'anxiété, de nervosité, d'endormissement, de somnolence et une vision trouble.	Antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, nortriptyline), ISRS (citalopram, fluoxétine, sertraline), IRSN (venlafaxine, mirtazapine)
Psychotropes et neuroleptiques	Les psychotropes et les neuroleptiques engendrent souvent des troubles d'agitation, des troubles cognitifs, des étourdissements, une démarche anormale, des troubles d'équilibre, la somnolence et des troubles de la vue (par ex., des hallucinations).	Narcoleptiques (halopéridol, rispéridone, olanzapine, quétiapine, chlorpromazine, perphénazine)

Classes de médicaments	Effets du médicament	*Exemples*
RISQUE MODÉRÉ		
Médicaments pour le cœur	<p>Cette classe de médicament déséquilibre ou altère la pression sanguine et augmente le risque de chute.</p> <p>Peut se manifester par une syncope.</p>	<p>Vasodilatateurs : hydralazine, minoxidil, nitroglycérine</p> <p>Diurétiques : hydrochlorothiazide, furosémide, spironolactone</p> <p>Inhibiteurs canaux calciques : amlodipine, diltiazem, nifédipine, vérapamil.</p> <p>Béta bloqueurs : métoprolol, carvedilol, aténolol</p> <p>Antagoniste du récepteur alpha: terazosin</p> <p>Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine : captopril, énalapril, fosinopril, ramipril</p> <p>Autres agents : amiodarone, digoxine.</p>
Antagonistes des récepteurs alpha (pour traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate)	Le médicament peut entraîner une vasodilatation, une hypotension et de la confusion.	Tamsulosin
Anticholinergiques	Entraînent une modification de l'équilibre, une déficience de la coordination motrice, une diminution des réflexes, une déficience cognitive, des troubles de la vision.	Benztropine, oxybutynine, atropine, hyoscine

Classes de médicaments	Effets du médicament	*Exemples*
Antihistaminiques et antinauséux	Affectent l'équilibre, nuisent à la coordination, peuvent causer la somnolence et ont des effets anticholinergiques.	Antihistaminiques : méclizine, hydroxyzine, diphénhydramine (Benadryl), chlorphéniramine Antinauséux : dimenhydrinate (Gravol), prochlorpérazine, métoclopramide
Anticonvulsivants	Tendent à diminuer le niveau de conscience ou à causer un déséquilibre (problème d'équilibre).	Gabapentine, acide valproïque, phénytoïne, carbamazépine
Relaxants musculaires	Affectent l'équilibre, la coordination motrice, les réflexes, peuvent entraîner une déficience cognitive en causant la somnolence.	Baclofène, cyclobenzaprine, méthocarbamol, orphénadrine, tizanidine
Agents antiparkinsoniens	Peut causer une hypotension et de la confusion.	Lévodopa, pramipexole, ropinirole
RISQUE POUR CERTAINS CLIENTS		
Analgésiques narcotiques, opioïdes	Caused surtout une altération de l'état de conscience qui engendre la confusion, la somnolence et des possibilités d'hallucinations visuelles.	Codéine, morphine, hydromorphone, fentanyl, oxycodone
Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)	Peut causer de la somnolence et de la confusion.	Naproxène, ibuprofène
Stimulants	Caused surtout une altération de l'état de conscience qui engendre la confusion, la somnolence et des possibilités d'hallucinations visuelles.	Méthylphénidate, éphédra

Classes de médicaments	Effets du médicament	*Exemples*
Insuline, hypoglycémiant oral	<p>La durée d'action peut varier d'un individu à l'autre en raison des divers apports d'insuline exogène ou de médicaments oraux.</p> <p>Une quantité insuffisante ou trop grande d'insuline peut causer une hyporéactivité ou une hyperréactivité qui peut entraîner une hypotension orthostatique, des vertiges ou un changement de l'état mental.</p>	
Médicaments en vente libre (MVL), produits naturels ou à base d'herbes médicinales et alcool	Les médicaments en vente libre peuvent contenir des agents anticholinergiques ou avoir des effets sédatifs ou stimulants.	<p>Préparations contre la toux et le rhume</p> <p>Médicaments antiallergéniques</p> <p>Décongestionnants</p> <p>Produits à base d'herbes médicinales (par ex., valériane, kawa, centella asiatique, ginseng, millepertuis, éphédra)</p> <p>Boissons alcoolisées</p>
Médicaments ophtalmiques	Peut avoir des effets sur la dilatation des pupilles et la vision nocturne, causer une hypersensibilité à la lumière et aux éblouissements et vision floue.	Gouttes ophtalmiques avec timolol/latanoprost/pilocarpine

B-3 - Affiche : Don't Fall for it : Pills and Spills

Reproduit avec la permission du Hamilton Health Sciences, 2013.

Don't Fall For It: Pills and Spills

The following medications can put patients at an increased risk of falls

ANTI-HYPERTENSIVES

NOTE: some patients may be taking combinations of anti-hypertensives

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine Desipramine Imipramine Nortriptyline	Wellbutrin, Bupropion Zyban Lidofamil Remeron Plaminc Deyrel Effexor XR

* Non-formulary item

LONG ACTING	INTERMEDIATE ACTING	SHORT ACTING
Chlordiazepoxide Clonazepam Diazepam Flurazepam	Alprazolam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Oxazepam Temazepam	Midazolam Triazolam

OTHER CNS-ACTIVE AGENTS

Anticonvulsants	Antipsychotics	Alzheimer's Drugs
Carbamazepine Divalproex Gabapentin Lamotrigine Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Pregabalin* Topiramate Valproic Acid Vigabatrin	Chlorpromazine Clozapine Flupenthixol Haloperidol Hydroxyzine Lithium Loxapine Methotimopazine Olanzapine Perphenazine Risperidone Seroquel Thioridazine	Scintell Serquil Risperdal Trifluoperazine

* Non-formulary item

ANTI-ARRHYTHMIC AGENTS

Cardiac Glycosides	Class I Anti-Arrhythmic Agents
Digoxin Lanoxin	Disopyramide Flecainide Lidocaine Mexiletine Procainamide Propafenone Quinidine



© Hamilton Health Sciences

ANTI-HYPERTENSIVES

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine Desipramine Imipramine Nortriptyline	Wellbutrin, Bupropion Zyban Lidofamil Remeron Plaminc Deyrel Effexor XR

* Non-formulary item

LONG ACTING	INTERMEDIATE ACTING	SHORT ACTING
Chlordiazepoxide Clonazepam Diazepam Flurazepam	Alprazolam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Oxazepam Temazepam	Midazolam Triazolam

OTHER CNS-ACTIVE AGENTS

Anticonvulsants	Antipsychotics	Alzheimer's Drugs
Carbamazepine Divalproex Gabapentin Lamotrigine Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Pregabalin* Topiramate Valproic Acid Vigabatrin	Chlorpromazine Clozapine Flupenthixol Haloperidol Hydroxyzine Lithium Loxapine Methotimopazine Olanzapine Perphenazine Risperidone Seroquel Thioridazine	Scintell Serquil Risperdal Trifluoperazine

* Non-formulary item

ANTI-HYPERTENSIVES

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine Desipramine Imipramine Nortriptyline	Wellbutrin, Bupropion Zyban Lidofamil Remeron Plaminc Deyrel Effexor XR

* Non-formulary item

LONG ACTING	INTERMEDIATE ACTING	SHORT ACTING
Chlordiazepoxide Clonazepam Diazepam Flurazepam	Alprazolam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Oxazepam Temazepam	Midazolam Triazolam

OTHER CNS-ACTIVE AGENTS

Anticonvulsants	Antipsychotics	Alzheimer's Drugs
Carbamazepine Divalproex Gabapentin Lamotrigine Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Pregabalin* Topiramate Valproic Acid Vigabatrin	Chlorpromazine Clozapine Flupenthixol Haloperidol Hydroxyzine Lithium Loxapine Methotimopazine Olanzapine Perphenazine Risperidone Seroquel Thioridazine	Scintell Serquil Risperdal Trifluoperazine

* Non-formulary item

ANTI-HYPERTENSIVES

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine Desipramine Imipramine Nortriptyline	Wellbutrin, Bupropion Zyban Lidofamil Remeron Plaminc Deyrel Effexor XR

* Non-formulary item

LONG ACTING	INTERMEDIATE ACTING	SHORT ACTING
Chlordiazepoxide Clonazepam Diazepam Flurazepam	Alprazolam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Oxazepam Temazepam	Midazolam Triazolam

OTHER CNS-ACTIVE AGENTS

Anticonvulsants	Antipsychotics	Alzheimer's Drugs
Carbamazepine Divalproex Gabapentin Lamotrigine Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Pregabalin* Topiramate Valproic Acid Vigabatrin	Chlorpromazine Clozapine Flupenthixol Haloperidol Hydroxyzine Lithium Loxapine Methotimopazine Olanzapine Perphenazine Risperidone Seroquel Thioridazine	Scintell Serquil Risperdal Trifluoperazine

* Non-formulary item

ANTI-HYPERTENSIVES

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine Desipramine Imipramine Nortriptyline	Wellbutrin, Bupropion Zyban Lidofamil Remeron Plaminc Deyrel Effexor XR

* Non-formulary item

LONG ACTING	INTERMEDIATE ACTING	SHORT ACTING
Chlordiazepoxide Clonazepam Diazepam Flurazepam	Alprazolam Bromazepam Clonazepam Lorazepam Oxazepam Temazepam	Midazolam Triazolam

OTHER CNS-ACTIVE AGENTS

Anticonvulsants	Antipsychotics	Alzheimer's Drugs
Carbamazepine Divalproex Gabapentin Lamotrigine Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Pregabalin* Topiramate Valproic Acid Vigabatrin	Chlorpromazine Clozapine Flupenthixol Haloperidol Hydroxyzine Lithium Loxapine Methotimopazine Olanzapine Perphenazine Risperidone Seroquel Thioridazine	Scintell Serquil Risperdal Trifluoperazine

* Non-formulary item

ANTI-HYPERTENSIVES

Angiotensin II Receptor Blockers (ARB)	ACE Inhibitors	Beta Blockers
Canesartan Eprosartan Irasartan Losartan Telmisartan Valsartan	Benazepril Captopril Cilazapril Enalapril Fosinopril Lisinopril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril	Acebutolol Atenolol Bisoprolol Carvedilol Metoprolol Nadolol Prazosin Sotalol Timolol

Calcium Channel Blockers	Vasodilators	Diuretics
Amlodipine Diltiazem Fludiazem Nifedipine Verapamil	Carafem Diazepam Esomeprazole Nitroglycerin Phazasin Terazosin	Acetazolamide Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Metolazone Spironolactone Triamterene/HCTZ

ANTI-PARKINSON AGENTS

Amantadine Benzotropine Bromocriptine Entacapone Levodopa/Benserazide** Levodopa/Carbidopa** Pramipexole Ropinirole Selegiline Thiropiperidol	Symmetrel Cogentin Parloval Comtan Prolopa Mirapex Requip Eldopryl
--	---

** risk of postural hypotension increases when the patient is also receiving anti-hypertensives

NARCOTICS

Acetaminophen/Codaine Codeine Acetaminophen/Cocaine Acetaminophen/Oxycodone ASA/Cocaine/Codaine Codeine Fentanyl Hydrocodone Meperidine Morphine Oxycodone Periazone Tramadol/Acetaminophen*	Tylenol #1/2/3 Tylenol #4 Percocet/Oxycodone 222 Sublimaze, Duragesic Dilaudid, Hydromorphone Contin Demoral Herobal Staxol, MS Contin, Kadian, M Esion Dylorel, Oxycotin Talin Tramacet
--	--

* Non-formulary item

PSYCHOTROPICS

SSRIS	TRICYCLIC (TCA)	OTHERS
Citalopram Escitalopram* Fluoxetine Fluvoxamine Paroxetine Sertraline	Amisulpride Clomipramine 	

Annexe C - Facteurs de risque de chute

Outils d'évaluation



Bien que de nombreuses grilles d'évaluation des risques soient utilisées dans des environnements de soins de longue durée et de soins de courte durée, les outils suivants sont utilisés couramment. Vous pouvez trouver une source d'outils d'évaluation liée aux chutes à www.injuryresearch.bc.ca pour soutenir votre processus de prise de décision.

1) Modèle de risque de chutes Hendrich II

Hendrich, A., Bender, P., Nyhuis, A. (2003). « Validation of the Hendrich II falls risk model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients ». *Applied Nursing Research*, 16(1), 9-21.

2) Échelle d'évaluation des chutes Morse (voir l'exemple C1)

Cette échelle nécessite une évaluation systématique fiable des facteurs de risque de chute d'un individu lors de son admission, après une chute ou un changement de statut et lors du congé ou d'un transfert dans un nouvel environnement. L'échelle complète est fournie dans cette annexe.

Morse, J. M., Morse, R., et Tylko, S. (1989). « Development of a scale to identify the fall-prone patient ». *Canadian Journal on Aging*, 8, 366-377.

3) Dépistage des facteurs de risque de chute de Scott pour les centres de soins de longue durée (SCOTT FALL RISK SCREEN for Residential Long-Term Care®) - Voir l'exemple C2

Outil validé pour prévoir les risques de chutes en fonction des facteurs de risques déterminés. L'outil propose des mesures précises de prévention en fonction des facteurs de risque déterminés de l'individu, comme une faible mobilité, l'agitation, l'incontinence ou l'envie pressante d'aller à la toilette, une faible vue, des déficits cognitifs, la faiblesse, les étourdissements et un usage inadéquat de médicaments.

Poss, J. (2009). « Risk factors for falls in residential care: Evidence from RAS MDS 2.0 assessment data ». Présenté au Residential Care Fall Prevention Summit, Victoria, C.-B., 5-9 novembre 2009.

4) Outil d'évaluation des risques STRATIFY

L'outil STRATIFY (St. Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients) est utilisé pour cerner les facteurs de risque de chute cliniques.

Oliver, D., Britton, M., Martin, F.C. et Hopper, A. (1997). « Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case control and cohort studies ». *British Medical Journal*, 315(7115), 1049-1053.

C1 - Échelle d'évaluation des chutes de Morse

Reproduit avec l'autorisation de J.M. Morse, 2013.

Le risque de chute est basé sur les facteurs de risque de chute et représente plus qu'un score total. Cernez les facteurs de risque de chute et ciblez les interventions destinées à réduire ces risques. À remplir lors de l'admission, lors d'un changement de l'état de santé et lors d'un transfert dans un nouvel environnement ainsi qu'après une chute.

Variables		Score	Date d'admission -----	Date d'évaluation -----	Date d'évaluation -----
Antécédents de chutes	Non	0			
	Oui	25			
Diagnostic secondaire	Non	0			
	Oui	15			
Aide à la marche	Aucune/alité/aide de l'infirmière	0			
	Béquilles/canne/ marchette	15			
	Meubles	30			
Perfusion intraveineuse	Non	0			
	Oui	20			
Démarche	Normale/alité/ fauteuil roulant	0			
	Faible	10			
	Déficiente	20			
État mental	Connaît ses limites	0			
	Surestime ou oublie ses limites	15			
Total					
Signature et profession					

Pour obtenir le score à l'échelle de Morse, additionnez les scores de chaque catégorie. Établissez le niveau de risque du patient selon l'échelle suivante :

Échelle d'évaluation des chutes de Morse	
Risque élevé	45 et plus
Risque modéré	25-44
Risque faible	0-24

Pour plus d'information sur l'échelle d'évaluation des chutes de Morse visitez : http://faculty.utah.edu/u0556920-Janice_Morse_RN_PhD_FAAN/research/index.html

Pour des renseignements additionnels sur la prévention des chutes et sur l'utilisation et l'élaboration de l'échelle, voir : Morse, JM "Preventing Patient Falls" 2nd ed (Springer Pub, Fall 2008).

Échelle d'évaluation des chutes de Morse - Saisie d'écran d'un dossier médical électronique

Reproduit avec l'autorisation du Norfolk General Hospital, à Simcoe, en Ontario, 2013.

The screenshot shows a software window titled "Process Interventions" for patient "NORMY FRAZER". It includes a table for interventions and a "Falls Risk - Morse Scale" section. The Morse Scale section contains several checkboxes for clinical indicators and a total score field with a warning message.

DN	Add Interv	Change Directions	Change Level	Change Status	Change Targets	Document Goal	Document Interv's	>More

Patient: CL021179/09 ZZTEST,BGH
 Status: REG CLI
 Room: []
 Attend Dr: NO FAM MD NO FAMILY DOCTOR
 Admit: [] Bed: []
 Start Date: 30/03/10 at 0000 End Date: 30/03/10 at 2359
 Age/Sex: 35 F Loc: HOUTLAB
 Include: [] C [] D [] H [] I [] S [] Y [] OS [] CP [] MO [] DE [] PS [] L [] 99 [] GPP [] INT [] Med Edit [] Unit#: 4011992

Falls Risk - Morse Scale

30/03 1427 NMF CL021179/09 ZZTEST,BGH

History of falling:→ []
 Secondary diagnosis:→ []
 Ambulatory aid:→ []
 IV therapy/saline lock:→ []
 Gait:→ []
 Mental status:→ []

Total score:→ A risk score of 45 or more indicates HIGH RISK for falling & Fall Risk Intervention level must be changed to HIGH RISK

Focus note? []

C2 - Dépistage des facteurs de risque de chute de Scott pour les centres de soins de longue durée (SCOTT FALL RISK SCREEN for Residential Long-Term Care®)

Reproduit avec l'autorisation de Vicky Scott, Ph.D., 2013.



Installation _____

Dépistage des facteurs de risque de chute

Cette case doit contenir :
N° dossier, nom et prénom, date de naissance (aaaa-mm-jj).

Cocher le motif d'évaluation :			
Admission <input type="checkbox"/>	Changement de condition <input type="checkbox"/>	Révision <input type="checkbox"/>	Date : _____
Post-chute <input type="checkbox"/>	Changement de chambre <input type="checkbox"/>		
FACTEURS DE RISQUES	○	INTERVENTIONS RAPIDES	☑
1. L'utilisateur a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	6	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien des habitudes de vie en lien avec AVQ/ AVD ; ▪ Orientation de l'utilisateur dans le temps et l'espace 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Présence d'étourdissement ou de vertige <ul style="list-style-type: none"> ▪ En position debout ou ▪ Au transfert couché-assis ou ▪ Au transfert assis-debout 	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Information donnée au personnel soignant de faire les transferts lentement. ▪ Enseignement fait à l'utilisateur de faire ses transferts lentement 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. État mental perturbé Délirium, démence, dépression ou l'utilisateur ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instauration d'une routine de soins et d'activités 	<input type="checkbox"/>
4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil par : perte de compréhension, agitation ou syndrome des jambes sans repos	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installation d'un moniteur de mobilité (discussion avec l'ergothérapeute) 	<input type="checkbox"/>
5. Admission dans le dernier mois	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance accrue lors des déplacements 	<input type="checkbox"/>
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance accrue lors des déplacements ▪ Aide à la marche laissée (s'il y a lieu) à proximité ▪ Demande d'utilisation de protecteurs de hanches 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbalisée par l'utilisateur ou ▪ Incapable de rester debout 2 minutes ou ▪ Incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : Aller à la toilette seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 20 pieds seul 	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le niveau d'aide requis pour l'accomplissement des activités est déterminé et inscrit au plan de travail 	<input type="checkbox"/>
8. Continence <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 7 mictions en 24 H ou ▪ Nycturie (se lève la nuit ≥ 1 fois) ou ▪ Urgence mictionnelle ou ▪ Incontinence récente (dans le dernier mois) 	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instauration d'un horaire de continence ▪ Utilisation d'une chaise d'aisance près du lit ▪ Information donnée au personnel d'offrir d'aller aux toilettes avant l'administration d'un médicament qui donne de la somnolence ▪ Modification de l'éclairage menant à la toilette, la nuit 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Médication (incluant les PRN) <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 médicaments et plus 	1	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance de l'apparition d'effets indésirables ▪ Surveillance de la présence de somnolence diurne 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique 	1		
Sous-total			
10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire) <i>*Négatif parce que rend l'utilisateur moins à risque</i>	- 5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification du positionnement au fauteuil ▪ Vérification du positionnement au lit 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GRAND TOTAL		1-6 Risque léger à modéré de chute ≥ 7 Risque élevé de chute > 12 Déplacements non sécuritaires	

PRESENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS	<input checked="" type="checkbox"/>	INTERVENTIONS RAPIDES	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles de la perception sensorielle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit visuel ou auditif ▪ Neuropathie périphérique ▪ Atteinte des gnosies ou héminégligence 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveillance du port des lunettes ou prothèse auditive ▪ Initiation du geste par l'intervenant pour aider la compréhension de l'utilisateur ▪ Respect du champ visuel de l'utilisateur 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Alimentation inadéquate <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malnutrition ; ▪ Consommation \leq 1/4 du repas incluant la viande ; ▪ Consommation \leq 2 repas par jour. 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de l'alimentation ▪ Surveillance du port des prothèses dentaires ; ▪ Rendre l'eau accessible et à portée de main ▪ Surveillance de l'hygiène buccale 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérification que la surveillance est effectuée 	<input type="checkbox"/>
Peur de chuter , les comportements possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'utilisateur a changé ses habitudes dans ses activités ▪ L'utilisateur restreint ses déplacements ▪ L'utilisateur marche avec précaution ▪ L'utilisateur devient anxieux dès qu'il est en position debout 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stimulation de la marche avec l'aide d'un ou deux intervenants 	<input type="checkbox"/>

Interventions préventives minimales selon le score obtenu (cocher celles mises en place)		
Peu importe le score : (0 à 19) <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Lit au plus bas 2. <input type="checkbox"/> Cloche d'appel à proximité 3. Chaussures adéquates <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille 4. Vêtements adéquats <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille 5. Chambre encombrée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, joindre la famille 6. Voir au maintien de l'autonomie de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> AVQ <input type="checkbox"/> Continence 	Risque élevé de chute \geq 7 Appliquer les interventions 1 à 6 et ajouter <ol style="list-style-type: none"> 7. <input type="checkbox"/> Indiquer le niveau de risque sur le PTI et aux plans de travail 8. <input type="checkbox"/> Utiliser des stratégies personnalisées pour la prévention des chutes (Documenter au dossier) 9. <input type="checkbox"/> Si exceptionnellement, il y a utilisation d'une contention, s'assurer d'une installation sécuritaire 	Déplacements non sécuritaires > 12 Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter <ol style="list-style-type: none"> 10. <input type="checkbox"/> Tenir une discussion interdisciplinaire 11. <input type="checkbox"/> Utiliser le logo « usager non sécuritaire dans ses déplacements » (avec accord de l'utilisateur ou son proche)  12. <input type="checkbox"/> Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil

Commentaires ou autres interventions	N.B. : Une note exige une signature à la fin de celle-ci

Grille complétée par Infirmière _____	Date : _____
Autre professionnel _____	Date : _____

Date de la prochaine révision : _____

Traduction libre de l'outil *Scott Fall risk screening tool: residential care*. Février 8, 2010, Dr V. Scott, Senior advisor & Inquiry Prevention, B.C. Injury research and prevention Unit.

Tout changement aux facteurs de risque ou à leur score dans l'outil signifie que l'outil ne sera plus valide; cependant, les mesures d'intervention peuvent être modifiées selon les contextes.

Annexe D - Évaluation du statut physique et fonctionnel



Les outils suivants sont des exemples de ressources pouvant servir à évaluer le statut physique et fonctionnel des individus recevant des soins dans tout contexte de pratique.

Échelle d'équilibre de Berg (voir l'exemple D1)

- L'échelle d'équilibre de Berg vise à établir un lien entre l'équilibre et les aides à la marche. Il ne donne pas un ratio pour chaque élément (par exemple, chaque élément n'a pas la même importance), donc le fait de combiner la note du client avec les caractéristiques, les possibilités et le jugement du client ainsi qu'avec les probabilités donne aux cliniciens une meilleure indication du risque de chute.
- Cette échelle n'est pas destinée à être utilisée comme échelle dichotomique pour identifier les clients à risque de tomber.¹⁰² Cette échelle devrait être utilisée pour surveiller l'amélioration de la capacité du client à demeurer mobile. Elle est disponible à :

<http://www.fallpreventiontaskforce.org/pdf/BergBalanceScale.pdf>

Échelle FES-I (Falls Efficacy Scale International)

- L'échelle FES-I abrégée est fiable et utile dans la pratique clinique; c'est un outil validé pour les personnes âgées ayant des troubles cognitifs. Elle a été traduite et testée dans différents pays et cultures.
- Dans ce test, les clients répondent à 16 questions en pensant à la façon dont ils font habituellement l'activité. Par exemple, s'ils utilisent habituellement une aide à la marche, ils devraient répondre aux questions sur la marche de manière à exprimer s'ils se sentent préoccupés à l'idée de tomber s'ils utilisent cette aide.
- Les catégories de réponse sont : 1 = pas du tout préoccupé 2 = quelque peu préoccupé 3 = plutôt préoccupé 4 = très préoccupé.
- Pour obtenir la note totale, additionnez les notes de toutes les questions. Le résultat ira de 16 (pas du tout préoccupé à l'idée de tomber) à 64 (très préoccupé à l'idée de tomber). Les résultats de ce test permettent de trier les clients selon leur risque de chute (faible, moyen ou élevé), ce qui permet de déterminer le niveau et le moment de

l'intervention à offrir. L'échelle est disponible à :

http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_29.pdf /ou
<http://www.profane.eu.org/fesi.html>

Test chronométré du lever de chaise (TUG - Timed Up and Go)

- Ce test chronométré mesure le temps en secondes que prend l'individu pour se lever d'un fauteuil normal (hauteur approximative du siège et des accoudoirs respectivement de 46 et 65 cm), franchir une distance de 3 mètres (environ 10 pieds), faire demi-tour, et revenir au fauteuil et se rasseoir.

Épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre (voir l'exemple D2)

- Cet outil, accompagné d'un tutoriel, est accessible à <http://www.geriu.org/uploads/applications/Tinetti/tinetti.htm>

D1 - Échelle d'équilibre de Berg

Reproduit avec l'autorisation de Katherine Berg Ph.D. PT, février 2013.

Nom _____	Date _____
Lieu _____	Évaluateur _____
TÂCHE	POINTAGE (0-4)
De la position assise vers la position debout	_____
Position debout sans soutien	_____
Position assise sans soutien	_____
De la position debout vers la position assise	_____
Transferts	_____
Position debout les yeux fermés	_____
Position debout les pieds collés	_____
Se pencher vers l'avant les bras tendus	_____
Ramasser un objet	_____
Se tourner pour regarder derrière	_____
Faire un tour complet sur soi	_____
Placer un pied sur un marchepied, puis l'autre	_____
Position debout un pied devant l'autre	_____
Position debout sur un pied	_____
TOTAL	_____
*Références à la fin de l'outil	

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Faites la démonstration de chaque tâche et/ou donnez les instructions écrites. Dans la colonne du pointage, inscrivez la plus faible catégorie qui s'applique à chacune des activités énumérées.

Dans la plupart des cas, le sujet doit maintenir une position donnée pour un certain temps. Progressivement, davantage de points sont déduits si cette durée n'est pas respectée ou si la distance demandée n'est pas franchie, si l'exécution nécessite une supervision ou si le sujet touche un objet extérieur ou reçoit de l'aide de l'évaluateur. Le sujet doit comprendre qu'il doit maintenir son équilibre lorsqu'il exécute les tâches. Le choix de la jambe sur laquelle se tenir est laissé au sujet. Un mauvais jugement aura un effet négatif sur l'exécution et sur le pointage.

L'équipement requis pour effectuer les tests est un chronomètre ou une montre avec aiguille de seconde et une règle ou toute autre mesure de 5, 12,5 et 25 cm. Les chaises utilisées doivent être de hauteur raisonnable. Un marchepied ou un tabouret (de hauteur moyenne) peut être utilisé pour l'épreuve 12.

1. DE LA POSITION ASSISE VERS LA POSITION DEBOUT

INSTRUCTIONS : Veuillez vous lever. Essayez de ne pas utiliser vos mains pour vous appuyer.

- () 4 - capable de se tenir debout sans utiliser ses mains et de se stabiliser de façon autonome
- () 3 - capable de se tenir debout de façon autonome, en utilisant ses mains
- () 2 - capable de se tenir debout en utilisant ses mains, après plusieurs tentatives
- () 1 - requiert une aide minimale pour se tenir debout ou se stabiliser
- () 0 - requiert une aide modérée ou maximale pour se tenir debout

2. POSITION DEBOUT SANS SOUTIEN

INSTRUCTIONS : Veuillez vous tenir debout pendant 2 minutes sans vous appuyer.

- () 4 - capable de se tenir debout pendant 2 minutes, en toute sécurité
- () 3 - capable de se tenir debout pendant 2 minutes, avec supervision
- () 2 - capable de se tenir debout pendant 30 secondes, sans soutien
- () 1 - plusieurs tentatives requises pour se tenir debout sans soutien pendant 30 secondes
- () 0 - incapable de se tenir debout sans soutien pendant 30 secondes

Si un sujet est capable de se tenir debout pendant 2 minutes sans soutien, octroyez le pointage maximal pour la capacité de demeurer en position assise sans soutien, à l'épreuve 4.

3. POSITION ASSISE SANS SOUTIEN DU DOS, MAIS LES PIEDS APPUYÉS SUR LE PLANCHER OU UN MARCHEPIED

INSTRUCTIONS : Veuillez vous asseoir avec les bras croisés pendant 2 minutes.

- () 4 - capable de demeurer en position assise en toute sécurité pendant 2 minutes
- () 3 - capable de demeurer en position assise pendant 2 minutes, avec supervision
- () 2 - capable de demeurer en position assise pendant 30 secondes
- () 1 - capable de demeurer en position assise pendant 10 secondes
- () 0 - incapable de demeurer en position assise sans soutien pendant 10 secondes

4. DE LA POSITION DEBOUT VERS LA POSITION ASSISE

INSTRUCTIONS : Veuillez vous asseoir.

- () 4 - s'assoit en sécurité avec utilisation minimale des mains
- () 3 - contrôle sa descente en se servant de ses mains
- () 2 - se sert de l'arrière des jambes pour contrôler sa descente
- () 1 - s'assoit de façon autonome, mais la descente n'est pas contrôlée
- () 0 - a besoin d'aide pour s'asseoir

5. TRANSFERTS

INSTRUCTIONS : Préparez une ou deux chaise(s) pour un transfert avec pivot. Demandez au sujet d'effectuer un transfert en se tournant vers une chaise avec accoudoirs, puis en se tournant vers une chaise sans accoudoirs. Il est possible d'utiliser deux chaises (avec et sans accoudoirs), ou un lit et une chaise.

- () 4 - capable d'effectuer le transfert en sécurité, avec utilisation minimale des mains
- () 3 - capable d'effectuer le transfert en sécurité, avec utilisation marquée des mains
- () 2 - capable d'effectuer le transfert avec des indices verbaux et/ou avec supervision
- () 1 - requiert l'aide d'une personne
- () 0 - requiert l'aide ou la supervision de deux personnes pour assurer sa sécurité

6. POSITION DEBOUT LES YEUX FERMÉS

INSTRUCTIONS : Veuillez fermer vos yeux et ne pas bouger pendant 10 secondes.

- () 4 - capable de demeurer en position debout pendant 10 secondes, en toute sécurité
- () 3 - capable de demeurer en position debout pendant 10 secondes, avec supervision
- () 2 - capable de demeurer en position debout pendant 3 secondes
- () 1 - incapable de garder les yeux fermés pendant 3 secondes, mais garde l'équilibre
- () 0 - requiert de l'aide pour éviter de tomber

7. POSITION DEBOUT LES PIEDS COLLÉS

INSTRUCTIONS : Collez vos pieds et demeurez debout sans vous appuyer.

- () 4 - capable de coller ses pieds de façon autonome et de demeurer dans cette position pendant 1 minute, en toute sécurité
- () 3 - capable de coller ses pieds de façon autonome et de demeurer dans cette position pendant 1 minute, avec supervision
- () 2 - capable de coller ses pieds de façon autonome et de demeurer dans cette position pendant 30 secondes
- () 1 - requiert de l'aide pour atteindre cette position, mais est capable de demeurer dans cette position pendant 15 secondes
- () 0 - requiert de l'aide pour atteindre cette position, et est incapable de demeurer dans cette position pendant 15 secondes

8. SE PENCHER VERS L'AVANT LES BRAS TENDUS, EN POSITION DEBOUT

INSTRUCTIONS : Levez un bras à 90 degrés. Étendez vos doigts et penchez-vous vers l'avant aussi loin que vous pouvez (l'examineur place une règle au bout des doigts lorsque le bras est placé à angle droit avec le corps. Les doigts ne doivent pas toucher la règle lorsque le sujet se penche vers l'avant. La mesure à noter est la distance franchie par les doigts lorsque le sujet se penche vers l'avant. Si possible, demandez au sujet d'utiliser ses deux bras pour éviter toute rotation du tronc).

- () 4 - capable de se pencher vers l'avant avec confiance à > 25 cm (10 pouces)
- () 3 - capable de se pencher vers l'avant en sécurité à > 12,5 cm (5 pouces)
- () 2 - capable de se pencher vers l'avant en sécurité à > 5 cm (2 pouces)
- () 1 - capable de se pencher vers l'avant, mais a besoin de supervision
- () 0 - perd l'équilibre en tentant la manœuvre/a besoin d'un appui extérieur

9. RAMASSER UN OBJET QUI SE TROUVE SUR LE SOL, EN POSITION DEBOUT

INSTRUCTIONS : Ramassez la chaussure/pantoufle placée à vos pieds.

- () 4 - capable de ramasser l'objet en toute sécurité
- () 3 - capable de ramasser l'objet, mais a besoin de supervision
- () 2 - incapable de ramasser l'objet, mais se rend à 2-5 cm (1-2 pouces) de l'objet garde l'équilibre de façon autonome
- () 1 - incapable de ramasser l'objet a besoin de supervision en tentant la manœuvre
- () 0 - incapable d'essayer/a besoin d'aide pour éviter de perdre l'équilibre ou de tomber

10. SE TOURNER VERS LA GAUCHE OU LA DROITE POUR REGARDER DERRIÈRE, EN POSITION DEBOUT

INSTRUCTIONS : Tournez-vous pour regarder droit derrière vous par-dessus votre épaule gauche. Répétez du côté droit.

(L'examineur peut désigner un objet à regarder directement derrière le sujet pour encourager le sujet à effectuer un mouvement de rotation)

- () 4 - regarde derrière des deux côtés avec un bon transfert de poids
- () 3 - regarde derrière d'un côté seulement, le transfert de poids se fait moins bien de l'autre
- () 2 - se tourne vers le côté seulement, mais garde l'équilibre
- () 1 - a besoin de supervision pour exécuter le mouvement de rotation
- () 0 - a besoin d'aide pour éviter de perdre l'équilibre ou de tomber

11. FAIRE UN TOUR COMPLET SUR SOI

INSTRUCTIONS : Faites un tour complet de vous-mêmes. Marquez une pause. Puis faites un tour complet dans l'autre sens.

- () 4 - capable de faire un tour complet en 4 secondes ou moins
- () 3 - capable de faire un tour complet en sécurité d'un côté seulement, en 4 secondes ou moins
- () 2 - capable de faire un tour complet en sécurité, mais lentement
- () 1 - a besoin d'une surveillance étroite et d'indices verbaux
- () 0 - a besoin d'aide en tournant

12. **PLACER UN PIED SUR UN MARCHEPIED, PUIS L'AUTRE, EN POSITION DEBOUT SANS SOUTIEN**

INSTRUCTIONS : Placez un pied, puis l'autre sur le marchepied/tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le marchepied/tabouret à quatre reprises.

- () 4 - capable de demeurer debout de façon autonome en sécurité et d'exécuter les 8 répétitions en 20 secondes
- () 3 - capable de demeurer debout de façon autonome en sécurité et d'exécuter les 8 répétitions en > 20 secondes
- () 2 - capable d'exécuter 4 répétitions sans aide, mais avec supervision
- () 1 - capable d'exécuter > 2 répétitions avec une aide minimale
- () 0 - a besoin d'aide pour éviter de tomber/incapable de tenter la manœuvre

13. **POSITION DEBOUT SANS SOUTIEN, UN PIED DEVANT L'AUTRE**

INSTRUCTIONS : (FAIRE LA DÉMONSTRATION AU SUJET)

Placez un pied directement devant l'autre. Si vous sentez que vous ne pouvez pas placer un pied directement devant l'autre, essayez de faire un pas vers l'avant de sorte que le talon du pied qui se trouve devant se situe devant les orteils de l'autre pied (pour obtenir 3 points, la longueur du pas doit excéder la longueur du pied et l'écart en largeur entre les pieds doit être environ l'écart normal des pieds du sujet).

- () 4 - capable de coller ses pieds l'un devant l'autre de façon autonome pendant 30 secondes
- () 3 - capable de placer un pied devant l'autre de façon autonome pendant 30 secondes
- () 2 - capable de faire un petit pas de façon autonome pendant 30 secondes
- () 1 - a besoin d'aide pour faire le pas, mais garde la position pendant 15 secondes
- () 0 - perd l'équilibre en faisant le pas ou en gardant la position

14. POSITION DEBOUT SUR UN PIED

INSTRUCTIONS : Tenez-vous sur un pied aussi longtemps que possible dans vous appuyer.

- () 4 - capable de lever une jambe de façon autonome et de garder la position pendant > 10 secondes
- () 3 - capable de lever une jambe de façon autonome et de garder la position pendant 5-10 secondes
- () 2 - capable de lever une jambe de façon autonome et de garder la position pendant 3 secondes ou plus
- () 1 - incapable de lever une jambe et de garder la position pendant 3 secondes, mais demeure en position debout de façon autonome
- () 0 - incapable d'essayer ou a besoin d'aide pour éviter de tomber

<u>POINT</u>	<u>DESCRIPTION</u>	<u>POINTAGE (0-4)</u>
1.	De la position assise vers la position debout	_____
2.	Position debout sans soutien	_____
3.	Position assise sans soutien	_____
4.	De la position debout vers la position assise	_____
5.	Transfert	_____
6.	Position debout les yeux fermés	_____
7.	Position debout les pieds collés	_____
8.	Se pencher vers l'avant les bras tendus	_____
9.	Ramasser un objet	_____
10.	Se tourner pour regarder derrière	_____
11.	Faire un tour complet sur soi	_____
12.	Placer un pied sur un marchepied	_____
13.	Position debout un pied devant l'autre	_____
14.	Position debout sur un pied	_____
	TOTAL (maximum 56)	_____

En général, les risques de chute augmentent quand les notes relatives à l'équilibre sont basses. Cependant, la prévisibilité des risques augmente quand le résultat total est combiné aux caractéristiques, aux occasions de tomber et au jugement du client ainsi qu'aux ratios sur la probabilité. Cette échelle n'est pas destinée à être utilisée comme échelle dichotomique pour identifier les clients à risque de tomber. Cette échelle devrait être utilisée pour surveiller l'amélioration de la capacité du client à être mobile.

Bibliographie

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I. (1995). « The Balance Scale: Reliability assessment for elderly residents and patients with an acute stroke ». *Scand J Rehab Med*, 27, 27-36.

Berg, K., Maki, B., Williams, J.I., Holliday, P., Wood-Dauphinee, S. (1992). « A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population ». *Arch Phys Med Rehabilitation*, 73, 1073-1083.

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I., Gayton, D. (1989). « Measuring balance in the elderly: Preliminary development of an instrument ». *Physiotherapy Canada*, 41, 304-311.

Berg, K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J.I., Maki, B. (1992). « Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument ». *Canadian Journal of Public Health, July/August supplement*, 2, S7-11.

Muir, S. W., Berg, K., Chesworth, B., & Speechley, M. (2008). « Use of Berg Balance Scale for predicting multiple falls in community dwelling elderly people: A prospective study ». *Physical Therapy*, 88(4), 449-459. Retrieved from: <http://ptjournal.apta.org/content/88/4/449.full.pdf+html>

Wood-Dauphinee, S., Berg, K., Bravo, G., Williams, J.I. (1997). « The Balance Scale: Responding to clinically meaningful changes ». *Canadian Journal of Rehabilitation*, 10, 35-50.

D2 - Épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre

Reproduit avec l'autorisation de Mary E. Tinetti, M.D. © Copyright, 2006.

L'épreuve de Tinetti sur la démarche et l'équilibre vise à déterminer le risque qu'une personne âgée fasse une chute durant la prochaine année. Il faut compter de huit à dix minutes pour la remplir. Il est souhaitable que l'évaluateur étudie les questions avant l'évaluation de l'individu et qu'il pose toute question concernant l'épreuve avant de commencer. Il demande ensuite à l'individu examiné de commencer par la partie sur la démarche; l'évaluateur suit la personne âgée de près et évalue le steppage et la force du mouvement. L'individu est ensuite soumis au volet sur l'équilibre, où l'évaluateur se tient une fois de plus à proximité de lui (vers sa droite, devant lui). Il demande à la personne de s'asseoir, puis additionne le pointage.

Pointage - Plus le pointage est élevé, meilleure est la performance. Les points sont attribués selon une échelle de trois points, où chaque élément vaut de 0 à 2 points et où 0 représente la déficience la plus prononcée. Les scores individuels sont ensuite combinés pour former trois échelles : une échelle pour la démarche, une échelle pour l'équilibre et un pointage global pour la démarche et l'équilibre. Les pointages maximaux pour la démarche et l'équilibre sont respectivement de 12 et 16 points, pour un total combiné maximal de 28 points à l'Épreuve de Tinetti.

Interprétation du pointage :

< 19 : risque de chute élevé

19-24 : risque de chute

Vous n'êtes pas certain de ce qu'est le steppage? C'est généralement sur ce point que les évaluateurs posent le plus de questions. Pour consulter un tutoriel complet sur l'analyse de la démarche, visitez le <http://sprojects.mmi.mcgill.ca/gait/normal/intro.asp>.

ÉQUILIBRE

Instructions : le sujet s'assoit sur une chaise sans accoudoirs. Les manœuvres suivantes sont évaluées :

- | | | |
|----|--|----|
| 1. | Équilibre en position assise | |
| | a. S'appuie ou glisse sur la chaise | |
| | =0 | |
| | b. Stable, sécuritaire | =1 |
| 2. | Se lever | |
| | a. Incapable sans aide | =0 |
| | b. Capable, mais s'appuie sur ses bras | =1 |
| | c. Capable sans s'appuyer sur ses bras | =2 |

3. Tentatives de se lever
 - a. Incapable sans aide =0
 - b. Capable, mais requiert plus d'une tentative =1
 - c. Capable de se lever dès la première tentative =2

4. Équilibre immédiat en position debout (5 premières secondes)
 - a. Instable (chancelle, bouge ses pieds, le tronc oscille de façon prononcée) =0
 - b. Stable, mais utilise une marchette ou une canne, ou s'appuie sur un autre objet =1
 - c. Stable sans s'appuyer sur une marchette, une canne ou tout autre objet =2

5. Équilibre en position debout
 - a. Instable =0
 - b. Stable, mais avec les pieds largement écartés (distance médiane entre les talons de plus de 10 cm), ou s'appuie sur une canne, une marchette ou tout autre objet =1
 - c. Pieds rapprochés, sans soutien =2

6. Poussée (le sujet rapproche ses pieds le plus possible, l'examineur exerce trois petites poussées de la paume sur le sternum du sujet)
 - a. Commence à tomber =0
 - b. Chancelle, cherche un appui, mais retrouve l'équilibre =1
 - c. Stable =2

7. Yeux clos (dans la position de la manœuvre n° 6)
 - a. Instable =0
 - b. Stable =2

8. Tour complet sur soi-même
 - a. Pas irréguliers =0
 - b. Pas réguliers =1

9. S'asseoir
 - a. Non sécuritaire (mauvaise estimation de la distance, tombe sur la chaise)=0
 - b. Se sert de ses bras, ou mouvements non fluides =1
 - c. Sécuritaire, mouvement fluide =2

Pointage pour l'équilibre : ____ /16

DÉMARCHE

Instructions : le sujet se tient debout avec l'examineur. Il marche dans le corridor ou dans la pièce, d'abord à son rythme « habituel », puis revient sur ses pas à un rythme « rapide, mais sécuritaire » (habituellement à l'aide d'une aide à la marche, comme une canne ou une marchette).

- | | | |
|-----|---|----|
| 10. | Mise en marche (délai après avoir reçu l'instruction) | |
| | a. Hésitation, ou tentatives multiples de se mettre en marche | =0 |
| | b. Aucune hésitation | =1 |
| 11. | Longueur des pas et hauteur des pieds | |
| | a. Pied droit | |
| | i. Ne dépasse pas la position du pied gauche | =0 |
| | ii. Dépasse la position du pied gauche | =1 |
| | iii. Ne quitte pas le sol complètement | =0 |
| | iv. Quitte pas le sol complètement | =1 |
| | b. Pied gauche | |
| | i. Ne dépasse pas la position du pied droit | =0 |
| | ii. Dépasse la position du pied droit | =1 |
| | iii. Ne quitte pas le sol complètement | =0 |
| | iv. Quitte pas le sol complètement | =1 |
| 12. | Symétrie des pas | |
| | a. Les pas des pieds gauche et droit ne sont pas de longueur égale (estimation) | =0 |
| | b. Les pas des pieds gauche et droit semblent de longueur égale | =1 |
| 13. | Continuité des pas | |
| | a. Arrêts entre les pas_ou discontinuité des pas | =0 |
| | b. Les pas semblent continus | =1 |
| 14. | Trajectoire (estimée par rapport aux tuiles du plancher de 30 cm de côté.
Observer la trajectoire d'un pied sur une distance d'environ 3 mètres) | |
| | a. Déviation prononcée | =0 |
| | b. Déviation légère/modérée, ou utilisation d'une aide à la marche | =1 |
| | c. Trajectoire droite, sans utilisation d'aide à la marche | =2 |
| 15. | Tronc | |
| | a. Oscillation prononcée, ou utilisation d'une aide à la marche | =0 |
| | b. Pas d'oscillation, mais fléchit les genoux ou le dos, ou étend les bras en marchant | =1 |
| | c. Pas d'oscillation, sans flexion, sans utilisation des bras ou d'une aide à la marche | =2 |

16. Position des pieds à la marche

- a. Talons écartés =0
- b. Talons se touchent presque à la marche =1

Pointage pour la démarche : ____/12

Pointage total : ____/28

Annexe E - Dépistage de la malnutrition

Dépistage nutritionnel ^{103, 104}

Le dépistage nutritionnel est un processus qui permet d'identifier les clients, les résidents, les clients ou les groupes qui pourraient avoir un diagnostic nutritionnel et bénéficier d'une évaluation et d'une intervention thérapeutique de la part d'une nutritionniste.

Principaux facteurs :

- Le dépistage nutritionnel peut être réalisé dans n'importe quel cadre de pratique approprié;
- Les outils utilisés pour le dépistage nutritionnel doivent être rapides, faciles à utiliser, valides, fiables et appropriés à la personne, à la population ou au milieu;
- Les outils et paramètres de dépistage nutritionnel sont déterminés par les nutritionnistes mais le processus de dépistage peut être exécuté par un technicien en diététique ou par toute autre personne ayant reçu une formation en dépistage nutritionnel;
- Le dépistage nutritionnel initial et la reprise du dépistage devraient avoir lieu dans un délai approprié à la situation. ¹⁰⁵

Il existe actuellement plusieurs outils pour le dépistage de la malnutrition et de la dénutrition. Plusieurs instruments de dépistage nutritionnel ont été mis au point, mais certains d'entre eux ne sont pas encore validés. D'autres recherches de validation sur ces instruments doivent être menées. L'American Dietetic Association (ADA) a analysé les données disponibles et classé les outils pour lesquels des données de classe I et II ont été obtenues quant au plus haut degré de sensibilité et de spécificité (les outils qui n'étaient pas conformes aux critères de rapidité et de facilité d'utilisation n'ont pas été utilisés dans le relevé des conclusions de cette analyse des données).

Des données de classe I étaient disponibles pour un outil ([SNIR-NRS 2002] « *Nutrition Risk Screening* ») et des données de classe II pour quatre outils (un outil simple en deux parties et les outils [MST]- « *Malnutrition Screening tool* », [MNA-SF]- « *Mini Nutritional Assessment Short Form* » – miniévaluation nutritionnelle et [MUST]- « *Malnutrition universal screening tool* ») Les outils faisant partie du quartile supérieur pour le facteur de sensibilité (>83 %) et de spécificité (>90 %) sont les suivants :

MNA-SF : sensibilité >90 %; spécificité >90 % (1 étude sur 2)

MST : sensibilité >90 % (3 études sur 4); spécificité >90 % (2 études sur 4)

Un des outils présentant de hauts niveaux de sensibilité et de spécificité a été évalué pour évaluer la fiabilité interévaluateurs à l'aide d'un test statistique kappa. L'outil MST a présenté un coefficient kappa de 0,83 à 0,88. Aucune donnée n'était disponible pour évaluer la fiabilité de l'outil MNA-SF.

Les données disponibles ont démontré que l'outil MST était à la fois valide et fiable pour le dépistage des problèmes nutritionnels dans les établissements de soins de courte durée et les services ambulatoires en milieu hospitalier. Bien que la validité de l'outil MNA-SF ait été démontrée, nous ne disposons d'aucune donnée pour évaluer sa fiabilité.

Des précautions doivent être prises lorsque ces conclusions sont appliquées au-delà des populations étudiées. L'outil MST a été étudié dans les établissements de soins de courte durée et dans les services de consultation externe en oncologie. L'outil MNA-SF a été mis à l'étude auprès de la population gériatrique hospitalisée dans les établissements de soins de courte durée et ambulatoires. D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer la validité et la fiabilité de ces trois outils de dépistage dans d'autres populations.

MNA-SF (Mini Nutrition Assessment - Short Form®): Voir E1

L'outil MNA-SF® (Mini Nutrition Assessment-Short Form) est une version abrégée de l'outil MNA (Mini Nutrition Assessment). Il a été conçu pour dépister la malnutrition chez les clients âgés (65 ans et plus). L'outil MNA-SF comporte six questions auxquelles les clients peuvent répondre en moins de 5 minutes. Les questions comportaient une corrélation importante avec les résultats de l'outil MNA et le jugement clinique. L'outil MNA-SF n'a pas été validé auprès d'autres populations que celle des clients âgés.^{106, 107}

Les outils MNA® et MNA-SF® sont accessibles au : http://www.mna-elderly.com/mna_forms.html

Cet outil de dépistage comprend les six paramètres suivants :

- la modification de l'appétit;
- la perte de poids;
- la mobilité;
- le stress psychologique;
- les problèmes neuropsychologiques;
- l'indice de masse corporelle (ou la circonférence du mollet).

L'outil MNA-SF® est disponible en anglais et en français.

MST (Malnutrition Screening Tool): Voir E2

L'outil MST de dépistage de la malnutrition a été créé pour les clients hospitalisés et les clients opérés ou qui doivent subir une chirurgie. Il s'agit d'un outil simple, rapide, valide et fiable, qui peut être utilisé pour identifier les clients présentant un risque de malnutrition. Il est composé de deux questions portant sur l'appétit et la récente perte de poids involontaire. La somme de ces deux paramètres donne un résultat se situant entre zéro et cinq. Les clients sont considérés comme présentant un risque de malnutrition s'ils obtiennent un résultat de deux ou plus.¹⁰⁸

SCREENII © (Seniors in the Community Risk Evaluation for Eating and Nutrition)

L'outil SCREENII© est propre au contexte communautaire. Le client peut y répondre ou un évaluateur peut lui poser les questions. Il s'agit d'un questionnaire valide et fiable qui ne requiert pas de mesures. Le client peut y répondre au téléphone ou pendant qu'il attend pour un rendez-vous ou un prestataire de soins peut lui poser les questions. Les questions portent sur la consommation de nourriture et de boissons et de facteurs de risque qui peuvent nuire à l'alimentation, comme des difficultés à faire l'épicerie, à mastiquer ou à avaler et le fait de manger seul. Le questionnaire complet comprend 14 questions et le questionnaire abrégé en comprend 8. Ils ont été utilisés dans divers contextes communautaires et sont disponibles dans huit langues. Vous pouvez obtenir plus de renseignements sur l'outil SCREENII© à <http://www.flintbox.com/public/project/2750>.

E1 - Mini Nutritional Assessment MNA®

Reproduit avec la permission du Nestlé Nutrition, 2013.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Nom:						Prénom:			
Sexe:		Age:		Poids, kg:		Taille, cm:		Date:	

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage	
A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = sévère baisse de l'alimentation 1 = légère baisse de l'alimentation 2 = pas de baisse de l'alimentation	<input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (<3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	<input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence modérée 2 = pas de problème psychologique	<input type="checkbox"/>
F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)² en kg/m²) <input type="checkbox"/> 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2. MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.	
F2 Circonférence du mollet (CM) en cm 0 = CM < 31 3 = CM ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Score de dépistage (max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: <input type="checkbox"/> état nutritionnel normal 8-11 points: <input type="checkbox"/> risque de malnutrition 0-7 points: <input type="checkbox"/> malnutrition avérée	<input type="button" value="Sauvegarder"/> <input type="button" value="Imprimer"/> <input type="button" value="Réinitialiser"/>

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Pour plus d'information: www.mna-elderly.com

E2 - Malnutrition Screening Tool (MST)

Reproduit avec *permission*, Tableau IV tiré de *Nutrition*, 15(6),1999, 2013.

<u>Avez-vous perdu du poids sans le vouloir, récemment?</u>	
Non	0
Pas certain	2
Si oui, combien de kilos avez-vous perdu?	
1 à 5	1
6 à 10	2
11 à 15	3
> 15	4
Pas certain	2
<u>Avez-vous eu une mauvaise alimentation à cause d'une diminution de l'appétit?</u>	
Non	0
Oui	1
<hr/>	
Total	<hr/>
Score de 2 ou plus = risque de malnutrition	

Annexe F - Instructions et outil du CSSS de la Vieille-Capitale



Reproduit avec la permission du CSSS de la Vieille-Capitale, 2013.

Soins de longue durée

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale
Centre affilié universitaire

Dépistage des facteurs de risque de chute

AIDE MÉMOIRE

Cocher le motif d'évaluation :	Admission <input type="checkbox"/>	Changement de condition <input type="checkbox"/>	Révision <input type="checkbox"/>
	Post-chute <input type="checkbox"/>	Changement de chambre <input type="checkbox"/>	Date : _____

Admission = obligatoire Changement de condition = Détérioration Révision = Amélioration
Post-chute = Si changement dans les facteurs de risque Changement de chambre : si changement important de l'environnement

FACTEURS DE RISQUES	<input type="radio"/>	INTERVENTIONS RAPIDES	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------------------	-----------------------	------------------------------	-------------------------------------

Encercler les facteurs de risque présents

Dès qu'un facteur est présent, une ou des interventions rapides doivent être choisies

FACTEURS DE RISQUES	PRÉCISIONS
1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> Chutes relatées par l'usager ou sa famille ou vues au dossier
2. Présence d'étourdissement ou de vertige <ul style="list-style-type: none"> En position debout ou au transfert couché-assis ou au transfert assis-debout 	<ul style="list-style-type: none"> Verbalisé par l'usager ou observé lors d'une intervention
3. État mental perturbé Délium, démence, dépression ou l'usager ne peut suivre ou se rappeler les consignes ou présence d'agitation	<ul style="list-style-type: none"> Délium ou dépression en phase active ; Présence d'un diagnostic de démence Présence de ↓ compréhension, ↓ mémoire des consignes ou agitation.
4. Tentatives non sécuritaires de sortir du lit ou du fauteuil par : perte de compréhension, agitation ou syndrome des jambes sans repos	<ul style="list-style-type: none"> Observées aux transferts seulement
5. Admission dans le dernier mois	
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche	<ul style="list-style-type: none"> Voir aussi l'évaluation à la sécurité (physio)
7. Faiblesse généralisée Verbalisée par l'usager ou Incapable de rester debout 2 minutes ou Incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : Aller à la toilette seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 20 pieds seul	<ul style="list-style-type: none"> L'incapacité de faire les activités doit être due à la faiblesse et non à un autre problème tel : ne peut s'habiller en lien avec des atteintes cognitives Avec ou sans aide technique
8. Continence <ul style="list-style-type: none"> ≥ 7 mictions en 24 H ou Nycturie (se lève la nuit ≥ 1 fois) ou Urgence mictionnelle ou Incontinence récente (dans le dernier mois) 	<ul style="list-style-type: none"> Situations qui font que l'usager tente d'aller aux toilettes rapidement, souvent ou de nuit
9. Médication (incluant les PRN) 5 médicaments et plus Utilisation de benzodiazépine, antidépresseur, antipsychotique ou narcotique	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas inclure les gouttes, les onguents, les crèmes, les vitamines et minéraux (ex. : fer, calcium)

10. Usager dépendant aux transferts (qui ne peut se lever seul et ne tente pas de le faire)	- 5	<ul style="list-style-type: none"> ATTENTION, l'item 10 est négatif car il rend l'usager moins à risque
--	-----	--

IMPORTANT : SI UN USAGER EST SOUS CONTENTION LORS DE L'ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE, ÉVALUER CELUI-CI SELON LE COMPORTEMENT QU'IL PRÉSENTE SANS CONTENTION.

PRESENCE DE FACTEURS AGGRAVANTS	INTERVENTIONS RAPIDES
Encercler les facteurs aggravants présents	Dès qu'un facteur est présent, une ou des interventions rapides doivent être choisies
Troubles de la perception sensorielle <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déficit visuel ou auditif ▪ Neuropathie périphérique ▪ Atteinte des gnosies ou hémignégligence 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteintes des gnosies : altération de la reconnaissance de mouvements ou d'objets. Difficultés à percevoir les éléments de son environnement, difficultés à saisir comment mobiliser ses membres.
Alimentation inadéquate <ul style="list-style-type: none"> ▪ Malnutrition ; ▪ Consommation \leq ¼ du repas incluant la viande ; ▪ Consommation \leq 2 repas par jour. 	
Utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle	
Peur de chuter , les comportements possibles sont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'usager a changé ses habitudes dans ses activités ▪ L'usager restreint ses déplacements ▪ L'usager marche avec précaution ▪ L'usager devient anxieux dès qu'il est en position debout 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux questions peuvent aussi être posées à l'usager pour vérifier la peur de chuter : <ul style="list-style-type: none"> ○ Avez-vous peur de tomber ? ○ Avez-vous diminué vos activités par peur de tomber ?

Interventions préventives minimales selon le score obtenu (cocher celles mises en place)

Cocher les interventions selon le score obtenu au dépistage

Peu importe le score : (0 à 19) <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lit au plus bas <input type="checkbox"/> Cloche d'appel à proximité <input type="checkbox"/> Chaussures adéquates <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille <input type="checkbox"/> Vêtements adéquats <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, joindre la famille <input type="checkbox"/> Chambre encombrée <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, joindre la famille <input type="checkbox"/> Voir au maintien de l'autonomie de l'usager <input type="checkbox"/> Mobilité <input type="checkbox"/> AVQ <input type="checkbox"/> Continence 	Risque élevé de chute \geq 7 Appliquer les interventions 1 à 6 et ajouter <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indiquer le niveau de risque sur le PTI et aux plans de travail <input type="checkbox"/> Utiliser des stratégies personnalisées pour la prévention des chutes (Documenter au dossier) <input type="checkbox"/> Si exceptionnellement, il y a utilisation d'une contention, s'assurer d'une installation sécuritaire 	Déplacements non sécuritaires > 12 Appliquer les interventions 1 à 9 et ajouter <ol style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tenir une discussion interdisciplinaire <input type="checkbox"/> Utiliser le logo « Usager non sécuritaire dans ses déplacements » (avec accord de l'usager ou son proche) <input type="checkbox"/> Assurer un positionnement sécuritaire au fauteuil
---	---	---


IMPORTANT : Utiliser le logo lorsque le score est supérieur à 12 et que l'usager ne doit pas se transférer ou circuler seul.

Il est possible de décider de ne pas utiliser le logo alors que l'usager a un score supérieur à 12 (parce que le risque est accepté par l'usager et sa famille par exemple). Cette décision nécessite cependant une discussion interdisciplinaire avec la participation de la famille et doit faire l'objet d'une note au dossier

Commentaires ou autres interventions	N.B. : Une note exige une signature à la fin de celle-ci
--------------------------------------	--

Inscrire dans cette section :

- D'autres facteurs de risque observés ;
- D'autres stratégies de prévention utilisées ;
- Si un autre professionnel obtient un score au dépistage différent, il l'indique dans cette section et en discute avec l'infirmière
- Autre

Grille complétée par Infirmière _____	Date : _____
Autre professionnel _____	Date : _____

Date de la prochaine révision : Une date de révision est obligatoire et est déterminée selon le jugement professionnel. Cette date ne doit pas dépasser 12 mois

 Traduction libre de l'outil *Scott Fall risk screening tool: residential care*. Février 8, 2010, Dr V. Scott, Senior advisor & Inquiry Prevention, B.C. Injury research and prevention Unit.

Annexe G - Communication des risques de chute



Soins à domicile

*Reproduit avec la permission du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton
Niagara Haldimand Brant, en Ontario, 2013.*

Ce formulaire est un exemple d'outil de communication utilisé pour partager l'information avec le prestataire de soins primaires à propos des risques de chute de personnes qui reçoivent des soins à domicile.



**Hamilton Niagara Haldimand Brant CCAC
CASC de Hamilton Niagara Haldimand Brant**

Fax/Télécopie

To/Destinataire _____
 Organization/Organisme _____
 Fax/Télécopie _____
 Date _____
 Subject/Sujet **Falls Alert for:** _____
 From/De Case Manager: _____ Ext: _____
 No. of page (including cover)/Nbre de pages (y compris la page couverture) _____

<input type="checkbox"/> Brant Branch 274 Colborne Street Brantford ON N3T 2H5 519-759-7752
<input type="checkbox"/> Burlington Branch 440 Elizabeth Street 4 th Floor Burlington ON L7R 2M1 905-639-5228
<input type="checkbox"/> Haldimand-Norfolk Branch 76 Victoria Street Simcoe ON N3Y 1L5 519-426-7400
<input type="checkbox"/> Hamilton Branch 310 Limeridge Road West Hamilton ON L9C 2V2 905-523-8600
<input type="checkbox"/> Niagara Branch 149 Hartzel Road St. Catharines ON L2P 1N6 905-684-9441

Comments/Commentaires

HNHB CCAC has been identified as a Best Practice Spotlight Organization for the Registered Nurses Association of Ontario (RNAO).

All branches of HNHB have implemented the RNAO BPG – **Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult**. This BPG involves early detection and screening for clients that are at risk for falls.

We have adopted a recommended standardized screening tool and case managers are using this tool with their older clients whenever they suspect that someone is at risk for falls.

The standardized screening tool is: **The Timed Up and Go (TUG)**

****Podsiadlo D., Richardson S. The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of the American Geriatrics Society 1991; 39(2): 142-148**

Attached is a "Falls Alert" for your client. This is intended to improve communication between CCAC Case Managers and Physicians and alert you to clients who have fallen or are at high risk for falls. If the fall or risk is due to medical status then it may be necessary for you to follow-up.

If you would like further information, please do not hesitate to call me.

The information contained in this communication is private and confidential, intended only for the named recipient(s). If received in error, please notify the sender by telephone immediately and keep the information in a secure manner until further direction is given by the sender. Do not copy the information or disclose it to any other person.



L'information contenue dans la présente communication est privée, confidentielle et réservée au(x) ou aux destinataire(s) nommé(s). Si vous l'avez reçue par erreur, veuillez le signaler immédiatement à l'expéditeur et garder l'information en sécurité jusqu'à ce que celui-ci vous donne d'autres instructions. Ne copiez pas l'information, et ni ne la révélez pas à une autre personne.

	Client label/information:			
Fall Alert				
<p>Fall Occurrence (Part A)</p> <p>Please be advised that the above mentioned client has fallen: Date: _____</p> <p>The severity of the fall is classified as follows:</p> <p><u>Severity of Injury Scale*</u> (circle one)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 no injury</p> <p><input type="checkbox"/> 2 minor: abrasion, contusion</p> <p><input type="checkbox"/> 3 moderate to serious: laceration, tissue tear, hematoma, impaired mobility due to injury, fear of subsequent fall and fall injury</p> <p><input type="checkbox"/> 4 serious: fracture, multiple fractures, subdural hematoma, head injury</p> <p><small>*Reference (RNAO, 2002)</small></p>	<p>High Risk For Fall Identified (Part B)</p> <p>Please be advised that the above mentioned client has been identified as a high risk for falls.</p> <p>Identified risks include:</p> <p><input type="checkbox"/> fall in the last 90 days</p> <p><input type="checkbox"/> sudden change of mental functioning</p> <p><input type="checkbox"/> being treated for dementia</p> <p><input type="checkbox"/> Being treated for Parkinsonism</p> <p><input type="checkbox"/> unsteady gait</p> <p><small>Adapted from RAI-Home Care (RAI-HC) © Manual – Canadian Version Second Edition)</small></p> <p>Timed Up & Go (TUG) Result **(see below)</p> <p><input type="checkbox"/> Greater or Equal to 20 (High Risk for Falls)</p>			
Current CCAC Service Plan: _____				
<p>Request MD Follow Up:</p> <p><input type="checkbox"/> medication review</p> <p><input type="checkbox"/> symptom review</p> <p><input type="checkbox"/> outpatient services</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p>Comments: _____</p>				
_____	_____			
Case Manager Signature and Extension	Date(dd/mmm/yyyy)			
<input type="checkbox"/> Hamilton 310 Limeridge Rd. Hamilton, ON L9C 2V2 905 523 8600	<input type="checkbox"/> Niagara 149 Hartzel Rd. St. Catharines, ON L2P 1N6 905 684 9441	<input type="checkbox"/> Haldimand-Norfolk 76 Victoria St. Simcoe, ON N3Y 1L5 519 426 7400	<input type="checkbox"/> Brant 274 Colborne St. Brantford, ON N3T 2H5 519 759 7752	<input type="checkbox"/> Burlington 440 Elizabeth St., Burlington, ON L7R 2M1 905 639 5228
Timed Up and Go Predictive Results (See Page 2 for Instructions):				
<u>Seconds</u>	<u>Rating</u>			
<10	Freely mobile			
<20	Mostly independent			
≥20	Impaired mobility (high risk)			
<small>**ref. Podsiadlo, D., Richardson, S. The Timed 'Up and Go' Test: a Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of American Geriatric Society. 1991; 39: 142-148)</small>				
<small>CS.CM.Form.019 draft 06.09 version 09.03</small>				1

Annexe H - Exemples de sites Web présentant des ressources éducatives en prévention des chutes et des blessures causées par les chutes

Pour les prestataires de soins de santé

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): Preventing Falls in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/long-term-care/fallpxtoolkit/>

American Physical Therapy Association (APTA): Balance and Falls: <http://www.apta.org/BalanceFalls/>

BPGs to the Bedside...Actions for Personal Support Workers (2007)

Une série de fiches d'information visant à accroître les connaissances des préposés aux services de soutien à la personne (prestataires de services non réglementés) quant aux moyens de prévention des chutes chez les clients.

http://ltctoolkit.rnao.ca/sites/ltc/files/resources/falls/EducationResources/FactSheetsPamphletsPocketCardsLogos/Falls6_29.BPGsBedside.pdf

Canadian Centre for Activity and Aging (CCAA)

La mission du CCAA est d'instaurer, d'encourager et de promouvoir un mode de vie sain et actif chez les adultes canadiens pour aider ces derniers à faire face au vieillissement en toute dignité.

<http://www.uwo.ca/actage>

Canadian Falls Prevention Curriculum

L'objectif du programme d'enseignement canadien sur la prévention des chutes (Canadian Falls Prevention Curriculum) est de donner aux participants les connaissances et les aptitudes nécessaires pour assurer la prévention des chutes et la réduction des blessures liées aux chutes chez les aînés, selon une approche basée sur les données probantes, qui inclut a) une approche visant à sélectionner les interventions qui sont conformes aux stratégies de prévention établies; b) la compréhension des moyens à utiliser pour intégrer un programme de prévention des chutes aux politiques et protocoles en vigueur dans les services de soins de santé aux aînés; c) la connaissance des techniques appropriées d'évaluation et de transmission. <http://www.canadianfallprevention.ca/>

CSSS de la Vieille-Capitale

<http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=926>

Institut national de santé publique du Québec

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-PreventChutesAinesVivantDomicile_2eEdi_1.pdf ou

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1242_PrevChutesPersAgeesRecommandations.pdf

Médicaments et prévention des chutes

http://www.fallpreventiontaskforce.org/falls_medication.htm

Ostéoporose Canada

Ostéoporose Canada informe, donne les moyens et soutient les gens et les communautés en matière de réduction de risque et de traitement de l'ostéoporose. L'organisme fournit des ressources éducatives destinées tant aux professionnels de la santé qu'au public.

<http://www.osteoporosis.ca/>

RNAO LTC Best Practices Toolkit

La trousse d'outils portant sur les pratiques exemplaires a été compilée par l'équipe de l'initiative sur les pratiques exemplaires en soins de longue durée de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Elle est destinée au personnel de soins de longue durée à domicile, réglementé et non réglementé, pour appuyer leurs efforts lors de la mise en œuvre des pratiques exemplaires. Les ressources présentées dans la trousse d'outils seront très utiles pour les intervenants des foyers de soins de longue durée qui passent par les diverses étapes de mise en œuvre et de viabilité des principes directeurs liées aux cinq sujets cliniques des pratiques exemplaires (incluant la prévention des chutes).

<http://ltctoolkit.rnao.ca>

RNAO's Falls Prevention: Building the Foundation for Safety

Un module d'autoformation destiné aux travailleurs de la santé, visant à identifier et modifier les risques de chute. <http://rnao.ca/bpg/guidelines/resources/falls-prevention-building-foundations-patient-safety-selflearning-package>

RNAO Toolbox for the Implementation of a Falls Prevention Program in Long-Term Care

Un guide accompagné d'une étude de cas illustrant chaque étape du processus de mise en œuvre d'un programme de prévention des chutes pour les clients des établissements de soins de longue durée.

http://ltctoolkit.rnao.ca/sites/ltc/files/resources/falls/ImplementationTools/Falls2_8.RNAOToolbox.pdf

Strategies and Actions for Independent Living (SAIL)

SAIL est une approche de prévention des chutes multidisciplinaire basée sur des données probantes et axée sur le client, qui engage activement les agents de santé communautaire, les professionnels de soins de santé à domicile, les clients et leur famille à collaborer afin de maintenir ou d'améliorer la santé et le bien-être des clients, rehausser leur qualité de vie et prévenir les chutes ou les blessures qui en découlent.

<http://www.injuryresearch.bc.ca>

Clients et familles

BC Ministry of Health Fall Prevention Brochures and Pamphlets

Dépliants informatifs sur différents facteurs relatifs aux chutes. Ressources pour les personnes âgées qui risquent de chuter.

<http://www.health.gov.bc.ca/prevention/fallbrochures.html>

Fiche d'information éducative sur la santé - Reduce Your Risk for Falls

<http://rnao.ca/bpg/fact-sheets/reduce-your-risk-falls>

Santé Canada : Les aînés et le vieillissement - prévenir les chutes à domicile et à l'extérieur <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/fp-pc-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada : Les chutes... victime ou témoin, sachez comment réagir

<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/falls-chutes/index-fra.php>

Annexe I - Ressources éducatives pour le personnel – Exemples



Soins à domicile

Reproduit avec la permission du Saint Elizabeth Health Care, Markham, Ontario, 2013.

Practice Alert for Falls Prevention



Saint Elizabeth
Well beyond health care

Did you know that?
Falls reports at SEHC have increased steadily since 2002, rising from a low of 45 incidents in 2002 to a high of 74 in 2006. Falls occur in the bathroom, during transfers and during ambulation (SEHC, 2008).

Many of the clients we see in their homes have medical and physical conditions which may limit their independence; they may be elderly and require assistance with their personal care. As clients age it is safe to assume that these conditions may change over time. These changes may result in an increased risk for falls. Best practices for falls prevention (RNAO, 2005) and Health Canada (2005) suggest that:

- They Are over the age of 65
- Have vision or hearing problems
- Take medication to help them sleep or calm their nerves
- Take more than four medications each day which may cause postural hypotension
- Have problems with balance or difficulty walking
- Have difficulty getting in or out of the bathtub
- Have problems with strength or sensation in their legs or feet
- Have had a slip, trip or fall in the last twelve months
- Have gone to the emergency room 2 or more times in the last month
- Have mood changes or are depressed
- Have memory problems

What can you do to prevent your client from falling?
You can observe or assess the environment that the client is living in. Are there any physical objects or conditions that could cause a fall or pose a risk to the clients or even your own safety? These objects/conditions may include:

- Slippery floors
- Extension cords and other objects in the hallways
- Loose rugs. Scatter mats and or carpets that have ripples or tears
- Chairs, sofas or beds that are not at a 90 degree angle when the client is sitting

Observe the stairs inside and out for safety

- Are there handrails on both sides of the stairs?
- Is the stairway free of any clutter?
- Are the stairs well lit?
- Are the stairs edges marked with contrasting colours?
- Do the stairs have a non slip surface?

With the permission of your client remove any objects that pose an immediate risk to your client or yourself. This may involve creating an ongoing plan with the client; the clients care giver, the case manger, SEHC supervisor or manger and a referral for an OT or physiotherapist to manage or reduce the clients risk for falls.

www.saintelizabeth.com

Bathrooms are a common place for falls to occur

You can help to prevent falls in the bathroom by asking for a safety assessment or call your supervisor to decide if the client needs the following in the bathroom

- a bath seat or a hand-held shower
- a raised toilet seat
- grab bars in the tub area or portable grab bars on the side of the tub
- Anti-slip decals on the bottom of the tub that are no more than two inches apart
- Two grab bars in the tub area
- Portable grab bars (on the side of the tub) do not move when used for support
- A rug outside the bathtub that has a rubber backing

(Adapted from Health Canada 2008, City of Ottawa, 2008)

Do not leave clients alone while getting ready or finishing a bath. Clients who need help with their bath need supervision all the time.

Call your supervisor if you feel the client is unsafe to bathe in the tub/shower

If a client falls during care:

- Do not move the client until you have observed and examined the client for any injuries
- Call 911 if client has pain or obvious injuries or you have any concern for their well being
- Administer First Aid
- Call your supervisor to report the fall

Report all falls (occurring during a visit or any other time that you are made aware of), to the supervisor/manager so that the fall is entered into the risk monitor for tracking purposes. If you are injured while supporting a client during a fall be sure to report your injury as well as the client's to your supervisor.

All clients who sustain a fall should be reassessed for their risk of future falls; has something changed in the client's health, treatment, physical environment, mental status that may increase their risk of falling? Report any changes in the client's condition.

Further information about preventing falls can be found at:

Health Canada: Seniors and Aging, Preventing Falls In and Around Your Home

http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/fp-pc-eng.pdf or the City of Ottawa Falls and Seniors web site <http://ottawa.ca/en/residents/public-health/healthy-living/fall-prevention>

RNAO: Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult

<http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=924&ContentID=810>

Or contact Robin Hurst, Advanced practice Consultant Seniors or Gale Coburn, Practice Consultant for Supportive Care.

Written by: Gale Coburn, (905) 940-9655 ext. 6427
Robin Hurst, (905) 940-9655 ext 6459 July, 2008



Soins de courte durée

Reproduit avec la permission du Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario, 2013.

Prévention des chutes et des blessures causées par les chutes

Examen d'auto-apprentissage (et réponses)

1. On définit une chute comme étant... une situation où une personne se retrouve involontairement sur le plancher, au sol ou sur d'autres surfaces plus basses.
 - Vrai □ Faux
2. Tous les clients auront une évaluation du risque de chute à leur admission à l'hôpital.
 - Vrai □ Faux
3. Quelles sont les deux questions posées à tous les clients afin d'évaluer leur risque de chute?
 - Le client est-il tombé au cours des 90 derniers jours?
 - Le client souffre-t-il de troubles cognitifs ou d'une altération de son état mental?
 - Le client a-t-il des carpettes à la maison?
 - Quel genre de souliers le client porte-t-il en temps normal?
 - Le client utilise-t-il un aide à la marche?
4. Les alarmes de sortie de lit font partie des outils efficaces de prévention des chutes et peuvent aider à diminuer le recours aux contentions.
 - Vrai □ Faux
5. Le recours aux contentions est une stratégie efficace de prévention des chutes.
 - Vrai ■ Faux
6. Cochez la seule réponse qui ne constitue pas un facteur de risque de chute chez les clients.
 - L'état physique
 - L'état mental
 - L'environnement extérieur
 - L'opinion du client sur la peine de mort

7. Selon vous, parmi les facteurs énumérés ci-dessous, quels sont ceux qui contribuent fortement à augmenter les risques de chute? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.
- Déficience visuelle
 - Perte auditive
 - Troubles cognitifs (p. ex. démence ou délirium)
 - Troubles neurologiques (p. ex. maladie de Parkinson)
 - Alcoolisme
 - Infections aiguës (par ex. infection des voies urinaires, pneumonie)
 - Antécédents de chutes
 - Urgence urinaire
 - Chirurgie subie au cours des 24 dernières heures
 - Malnutrition
8. De quelle façon la prise de médicaments peut-elle augmenter les risques de chute des clients? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.
- En affectant la vigilance, le jugement et la coordination.
 - Certains médicaments peuvent aggraver l'hypotension orthostatique (chute significative de la tension artérielle lors d'un changement de position qui entraîne des étourdissements).
 - En affectant l'équilibre.
 - En réduisant la mobilité à cause de raideurs ou de faiblesses.
 - En gardant le client dans un état de somnolence.
9. À partir de la liste suivante, sélectionnez 4 précautions universelles pour la prévention des chutes.
- Assurez-vous que le client sait où sont rangés ses effets personnels et qu'il peut y avoir accès en toute sécurité.
 - Assurez-vous que les chaussures du client sont bien ajustées, qu'elles ne sont pas glissantes et qu'elles sont mises et utilisées correctement.
 - Gardez la cloche d'appel à portée de main du client et assurez-vous qu'il est capable d'appeler pour demander de l'aide.
 - N'autorisez aucun client à se rendre à la salle de bain durant la nuit.
 - Donnez une lampe de poche à tous les clients pour qu'ils puissent utiliser la salle de bain la nuit.
 - Affichez le panneau de mise en garde contre les chutes à la porte du client.
 - Utilisez l'écriteau d'avertissement « plancher mouillé » aussi souvent que nécessaire.

10. À partir de la liste suivante, sélectionnez 4 moyens pour informer vos collègues qu'un client est exposé à un risque élevé de chute.

- Installer le logo symbolisant une chute au chevet du lit du client.
- Partager la responsabilité du client avec les collègues.
- Coller le logo symbolisant une chute au dos du dossier et du fichier d'enregistrement du client.
- Envoyer un courriel aux membres de l'équipe avant la fin de votre quart de travail.
- Écrire une note sur un feuillet autoadhésif et le coller au dossier du client.
- Dire au client d'informer le personnel du prochain quart de travail qu'il est exposé à un risque de chute.
- Vos collègues devraient déjà avoir pris connaissance de la situation en examinant le dossier du client.

11. Lequel de ces symboles représente le logo identifiant un client exposé à un risque élevé de chute?



'A' est la bonne réponse

12. À partir de la liste suivante, sélectionnez 5 façons d'inciter les clients et leur famille à participer à la prévention des chutes.

- Expliquer au client et à sa famille en quoi consistent les risques de chute.
- Discuter des facteurs de risque qui sont propres au client.
- S'assurer que le client connaît le fonctionnement de la cloche d'appel et de tous les autres appareils fonctionnels.
- Orienter le client dans son environnement.
- Donner de la documentation éducative au client pour appuyer les notions d'éducation sanitaire déjà enseignées.
- Fournir au client une nouvelle paire de pantoufles bien ajustées.
- Au moment de son départ de l'hôpital, offrez au client l'écriteau d'avertissement de risque de chute affiché au-dessus de son lit.
- Informer le client qu'il n'est pas autorisé à quitter son lit avant d'avoir son congé.

Étude de cas

Harry est un homme de 71 ans admis à l'hôpital pour confusion légère. Sa fille Anne signale qu'il a subi une chute il y a six semaines et que son état se dégrade depuis la mort de sa femme, il y a trois mois.

Le client a été transféré à l'unité de soins la nuit dernière. Ce matin, à six heures, on le retrouve par terre, sur le plancher de la salle de bain.

- Quel moyen utiliseriez-vous pour mettre en œuvre le « protocole postchute » à l'intention de Harry?
 - Procéder à une évaluation postchute par l'équipe soignante
 - Consulter tous les membres de l'équipe, notamment l'infirmier, le physiothérapeute, l'ergothérapeute, le pharmacien, le médecin, le travailleur social, le clinicien en soins gériatriques, la nutritionniste.

- Parmi la liste suivante, choisissez au moins six moyens d'intervention pour prévenir une chute qui s'avèreraient hautement efficaces pour Harry et sa famille :
 - S'assurer d'accrocher l'affiche- icône « chute » au chevet du client
 - Apposer l'icône « chute » sur le dossier ainsi que sur la fiche cardex du client
 - Considérer la possibilité de placer le client dans une chambre près du poste de soins infirmiers ou dans une aire à haute visibilité
 - Réorienter le client en le familiarisant avec son environnement, selon ses besoins
 - Surveiller régulièrement le client et réévaluer le niveau de risque de chute chaque fois que son état de santé change
 - Signaler le haut risque de chute au moment d'un transfert de quart de travail
 - Cerner les facteurs de risque spécifiques et consulter l'équipe interdisciplinaire
 - Assurer de l'aide lors des transferts et à la marche
 - Guider Harry et sa famille en leur présentant le service et les stratégies de prévention des chutes
 - Encourager la famille de Harry à collaborer
 - Fournir à Harry du matériel didactique
 - Remettre à Harry, lorsqu'il quitte l'hôpital, son propre exemplaire du logo « chute »

- Sélectionnez quatre articles que vous aimeriez inclure dans la Notification d'incident de sécurité, à partir de la liste suivante :

Activité du patient lors de l'incident

 - Facteurs environnementaux ayant mené à l'incident (plancher mouillé, barrière du lit levée/baissée)
 - Facteurs reliés à l'équipement ayant mené à l'incident
 - Description des blessures
 - État avant l'incident (alterne et bien orienté, confusion, désorienté, combatif, sous sédation, sous anesthésie, sans réaction)
 - Si le patient regardait ou non la télévision
 - Si le patient avait ou non un compagnon de chambre

- Sélectionnez trois moyens par lesquels vous pouvez communiquer avec le patient et sa famille pour contribuer à réduire les risques de chute, à partir de la liste suivante :
 - Diriger le patient et sa famille vers l'unité et des stratégies de prévention des chutes
 - Inviter la famille à coopérer
 - Proposer des documents éducatifs au patient
 - Rappeler le patient à la maison après son congé
 - Demander au quart de travail suivant de poursuivre la communication avec le patient

Annexe J - Liste de vérification des facteurs de risque de chute liés à l'environnement



Adapté de : Boushon, B. et coll. (2008). *Transforming Care at the Bedside. How to Guide: Reducing Client Injuries from Falls*, Institute for Healthcare Improvement.

Reproduit avec la permission de l'Institute for Healthcare Improvement, 2013.

Collecte de données individuelles :

Date :	
Organisation :	
Unité :	
Chambres évaluées (au moins 10 % des chambres) :	
Individu(s) évalué(s) :	

Facteurs environnementaux

Chambre du client

- La chambre du client est-elle suffisamment éclairée (lumière vive, aucune ampoule brûlée)?
- Est-ce que la lampe veilleuse installée au lit du client fonctionne correctement?
- Est-ce que le client peut se rendre à la salle de bain sans rencontrer d'obstacle sur son chemin?
- Le mobilier de la chambre du client est-il disposé de façon sécuritaire?
- Est-ce que les meubles de chevet sont exempts de rebords aigus?
- Est-ce que les meubles de chevet sont solides?
- Est-ce que les lits ou civières sont ajustés et maintenus aussi bas que possible, aussi souvent que possible?
- Est-ce que les lits ou civières sont gardés en position de blocage?

- Les côtés de lit sont-ils ajustés de manière à ce que le client puisse atteindre le bouton de commande?
- Le système de surveillance « Bed-Check » installé dans la chambre du client est-il activé?
- Le téléphone et les effets personnels du client sont-ils à portée de main?
- Est-ce que les barres d'appui installées dans la salle de bain du client sont bien fixées?
- Est-ce que le bouton ou le cordon d'appel d'urgence de la salle de bain est en place et fonctionne correctement?
- Des surfaces antidérapantes sont-elles installées dans la salle de bain du client?
- Est-ce que l'ouverture de la porte de la salle de bain du client est suffisamment grande pour qu'un appareil fonctionnel (marchette, fauteuil roulant) puisse y passer?
- Est-ce que les seuils de porte permettent de déplacer librement l'équipement médical?

Équipement

- Est-ce que l'équipement portatif qui est poussé par le client est solide et en bon état?
- Est-ce que les unités sont équipées de chaises d'aisance munies d'embouts antidérapants en caoutchouc?
- Est-ce que les marchettes, canes et béquilles sont munies des embouts antidérapants appropriés?
- Les fauteuils roulants sont-ils verrouillés lorsqu'ils sont à l'arrêt?
- L'équipement brisé est-il identifié comme il se doit afin qu'il ne soit pas utilisé?

Autres facteurs environnementaux

- Est-ce que les planchers et moquettes sont exempts de fissures et d'obstacles pouvant faire trébucher?
- Est-ce que les corridors sont toujours suffisamment éclairés et sans encombrement afin que les clients ou les résidents puissent se déplacer librement?
- Est-ce qu'un panneau d'avertissement est installé lorsque les planchers sont mouillés afin de prévenir les chutes ou pour éviter de les resalir immédiatement?
- Le pavé des aires de stationnement est-il irrégulier ou comporte-t-il des obstacles pouvant faire trébucher?
- Les trottoirs sont-ils irréguliers ou comportent-ils des obstacles pouvant faire trébucher?
- Les zones d'entrée sont-elles libres et dégagées?
- Les aires de stationnement et les entrées sont-elles bien éclairées?
- Les espaces de stationnement sont-ils bien marqués?

Suivi de l'évaluation des facteurs de risque de chute liés à l'environnement

N° item	Mesure corrective	Date de mise en oeuvre	Personnes responsables	Date d'achèvement prévue

Annexe K - Liste de vérification de la sécurité à la maison



La version complète de la Liste de vérification de la sécurité à la maison est disponible à <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/injury-blessure/safelive-securite/safelive-securite-fra.pdf>

Listes de vérification pour l'intérieur et l'extérieur¹⁰⁹

Extérieur	Oui	Non
Vos entrées sont-elles bien éclairées à l'extérieur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos marches d'escalier, vos trottoirs et votre terrasse ont-ils une surface antidérapante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos marches et trottoirs sont-ils en bonne condition et libres d'encombrements, de neige et de végétation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le seuil des portes menant à votre balcon ou terrasse est-il peu élevé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous accéder facilement à votre boîte aux lettres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre numéro de porte est-il visible de la rue et bien éclairé le soir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSEIL : Si vous vivez à la campagne et que vous n'avez pas de numéro d'adresse civique, inscrivez votre nom sur votre boîte aux lettres au chemin et gardez près de chacun de vos téléphones des instructions claires (chemins principaux, points de repère, etc.) sur la façon de se rendre chez vous.

Intérieur	Oui	Non
Est-ce que toutes les pièces et les passages de la maison sont bien éclairés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que toutes les carpettes et les petits tapis sont bien ancrés, pour les empêcher de glisser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous enlevé les carpettes du haut et du bas des escaliers et des autres endroits passants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que les endroits passants sont libres d'encombrements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardez-vous vos animaux familiers à l'œil afin de ne pas trébucher sur eux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez des planchers cirés, utilisez-vous une cire antidérapante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une trousse de premiers soins? Savez-vous où elle se trouve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il une liste des numéros d'urgence près de tous les téléphones de la maison?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSEIL : Installez un siège près de votre porte d'entrée, ce qui vous permet de vous asseoir pour mettre vos souliers et bottes.

Annexe L - Grille d'évaluation postchute



Reproduit avec la permission du Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario, 2013.

Cette grille d'évaluation postchute constitue un exemple et peut être modifiée et adaptée aux exigences précises du secteur.



Enquête postchute

Nom du client : _____ Date et heure de la chute : _____

1. Quelqu'un a-t-il été témoin de la chute? Oui Non

Si oui, qui? 1. _____ 2. _____
(Nom et titre de la personne) (Nom et titre de la personne)

2. Le client était-il considéré comme étant à « risque élevé » avant qu'il ne tombe?

Oui Non

3. Signes vitaux du client

Temp.	Pouls	Resp.	PA	SA O ₂	Glycémie (diabétiques seulement)

4. Le client a-t-il des antécédents de chute? Oui Non

5. Quelle a été la réponse du client à la question « Selon vous, quelle est la raison de votre chute? »

6. Comment le client était-il chaussé?

Nu-pieds / chaussettes		Pantoufles	
Souliers		Autre	

7. Activités et besoins du client au moment de la chute (cochez toutes les cases pertinentes) :

	Oui	Non		Oui	Non
Se mettre au lit ou sortir du lit?			Se rendre à la salle à manger?		
Aller à la salle de bain?			Effectuer un transfert?		
Se lever de sa chaise?			Douleurs ressenties?		
Aller chercher quelque chose? Précisez :			Autre :		

8. Lieu de la chute :

Chambre du client		Salle de bain		À l'extérieur	
Salle à manger		Douche		Hall	
Salle de jour ou d'activités		Toilette		Autre :	

9. Des mesures de contention étaient-elles en place au moment de la chute?

Mesure de contention	Oui	Non	Le dispositif de contention était-il en bon état?	Oui	Non
Aucune					
Plateau de table					
Ceinture de siège					
Autre					

10. Quels étaient les dispositifs mécaniques utilisés?

Dispositif mécanique	Oui	Non	Le dispositif mécanique était-il en bon état?	Oui	Non
Aucun					
Alarme personnelle					
Alarme de lit					
Côté(s) de lit - encerclez le nombre					

utilisé : 0 1 2 3 4					
Lit ajustable, au plus bas niveau					

11. Quels appareils fonctionnels le client utilisait-il?

Appareil fonctionnel	Oui	Non	L'appareil fonctionnel était-il en bon état?	Oui	Non
Cane <input type="checkbox"/> Régulière <input type="checkbox"/> À quatre pattes <input type="checkbox"/> Béquilles					
Marchette : <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> à 2 roues <input type="checkbox"/> à 4 roues					
Fauteuil roulant					
Chaise Broda					
Autre :					

12. État mental du client : (Cochez toutes les cases pertinentes)

	Avant la chute	Après la chute
Alerte		
Capable de suivre les directives		
Confus ou désorienté		
Modification de son comportement		
Autre :		

13. État physique du client au moment de la chute : (Cochez toutes les cases pertinentes)

Incontinence		Modification de la PA	
Faiblesse ou fatigue		Perte ou gain de poids récent	
Démarche chancelante		Diminution de l'apport en liquide	
Maladie aiguë récente Spécifiez :		Récent changement des valeurs obtenues en laboratoire (Hb, glycémie)	
Douleur		Toux/rhume récent	
Trouble de la vue		Port de lunettes	
Déficience auditive		Port d'un appareil auditif fonctionnel	
Étourdissement			

14. État de l'environnement au moment de la chute : (Cochez toutes les cases pertinentes)

Sonnette d'appel à portée de main du client		Sonnette d'appel activée au moment de la chute	
Lit verrouillé		Lumière de la chambre allumée	
Fauteuil roulant verrouillé		Lampe veilleuse allumée	
Carpettes		Plancher mouillé	
Plancher inégal		Cordon d'alimentation du téléphone et de la télévision	
Autre :			

15. Énumérez tous les nouveaux médicaments ou les nouvelles posologies et les changements d'heure des médicaments à prendre au besoin, prescrits ou administrés au client dans les 48 dernières heures :

Date	Médicament

16. Le client a-t-il été transféré à l'hôpital en raison de sa chute? Oui Non
Si oui, le formulaire du ministère de la Santé sur les « circonstances inhabituelles » a-t-il été rempli? Oui
Si oui, l'événement a-t-il été signalé au moyen de Risk MonitorPro? Oui
17. Le directeur général doit être averti seulement si le client est transféré à l'hôpital.
Date et heure auxquelles le directeur général est avisé : _____
18. Le médecin a-t-il été averti? Oui Non date et heure :

19. La famille a-t-elle été avertie? Oui Non date et heure :

20. Est-il nécessaire d'éduquer ou de sensibiliser à nouveau le personnel, le client et sa famille? Oui Non

Résumé : facteurs qui contribuent aux chutes

Plan(s) d'action

Suivi postchute

Activité	Date
Chute documentée dans les notes d'évolution	
Chute inscrite au registre des incidents	
Résumé de l'enquête réalisée après la chute documenté dans les notes d'évolution	
Outil d'évaluation des risques de chute complété	
Plan d'intervention pour la prévention des chutes révisé	

Réunion sur la sécurité en petit comité avec le personnel de l'unité :

Dans les 72 heures suivant la chute	Nuit	jour	Soirée
Examen de l'incident, de la cause et du ou des plan(s) d'action			
Initiales et date une fois la grille d'évaluation remplie			

Évaluation réalisée par :

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date et heure de soumission à l'administration

Date et heure



Exemple de document d'évaluation postchute – Dossier de santé électronique

Reproduit avec la permission de l'Hôpital général de Norfolk, Simcoe, Ontario, 2013.

NUR.NGH (B/LIVE.MIS/100/NGH) - NORWAY FRAZER

Process Interventions

Current Date/Time NMF Int: 0/ of 5

DN	Add Intery	Change Directions	Change Level	Change Status	Change Targets	Document Goal	Document Intery's	>More
----	------------	-------------------	--------------	---------------	----------------	---------------	-------------------	-------

Post Fall

30/03 1435 NMF CL021179/09 ZZTEST,BGH

Witnessed?

Name of Physician notified: _____

Date: _____ Time: _____ By: _____

Consent to notify family?

Name of family member notified: _____

Date: _____ Time: _____ By: _____

Severity of injury:> _____

Pain? (0-10) Pain rating: _____

Temperature: _____

Pulse: _____

Respirations: _____

Blood pressure: _____

O2 sat(%): _____

Complete the Glasgow Coma Scale on any patient with a suspected head injury

Eyes Opening: _____

Motor Response: _____

Verbal Response: _____

Glasgow Coma Scale Total: _____

Description of injury sustained: _____

NUR.NGH (B/LIVE.MIS/100/NGH) - NORWAY FRAZER

Process Interventions

Current Date/Time NMF Int: 0/ of 5

DN	Add Intery	Change Directions	Change Level	Change Status	Change Targets	Document Goal	Document Intery's	>More
----	------------	-------------------	--------------	---------------	----------------	---------------	-------------------	-------

Post Fall

30/03 1435 NMF CL021179/09 ZZTEST,BGH

REPORT OF CIRCUMSTANCES SURROUNDING THE FALL (include patient/witness perception)

Related activities preceding the fall:

Causative factors that led to the fall:

Focus note?

Annexe M - Le modèle d'amélioration ¹¹⁰

Comment démarrer la stratégie visant à prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes

La présente annexe est une adaptation de la Trousse de départ *Cadres conceptuels pour l'amélioration (2011)* de *Soins de santé plus sécuritaires maintenant!*. La version complète de cette trousse est disponible à :

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF>

Les principales étapes pour démarrer la stratégie de prévention des chutes et de réduction des blessures sont les suivantes :

- obtenir l'engagement de la direction;
- former une équipe;
- utiliser le modèle d'amélioration pour accélérer le changement en :
 - fixant des buts et des objectifs;
 - établissant des mesures;
 - proposant des changements;
 - testant les changements (cycle PEÉA);
 - instaurant les changements;
 - diffusant les changements
 - maintenant les acquis
 - propageant les changements.

* *Remarque* : *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* recommande d'utiliser le modèle d'amélioration lors de la mise en œuvre des stratégies de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes dans votre organisation, ainsi qu'une charte d'amélioration pour documenter et guider le projet d'amélioration.

Une charte d'amélioration peut aider les équipes à documenter et communiquer leurs objectifs. L'objectif devrait être énoncé clairement et de façon concise. Il devrait inclure la cible ainsi que le délai et définir l'envergure, les limites et les contraintes de l'initiative. La charte d'amélioration peut également servir aux équipes pour décrire leurs membres, les rôles et les responsabilités de ceux-ci ainsi que les principes adoptés pour travailler ensemble. Ce document procure une base de communication au sein de l'équipe, et avec les partenaires-cadres et les autres parties prenantes. La charte prévient les problèmes en cours de route.

Pour un gabarit et un exemple de charte d'amélioration, veuillez consulter la Trousse de départ *Cadres conceptuels pour l'amélioration*.

Le contenu de la présente annexe est une adaptation de la Trousse de départ Cadres conceptuels pour l'amélioration (2011) Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! Cette trousse est disponible à l'adresse suivante:

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF>

1. Obtenir l'engagement de la direction

La mise en œuvre d'un programme de prévention des chutes requiert un engagement et des instructions claires de la part des plus hauts dirigeants de l'organisation pour :

- Accroître la capacité de l'équipe à mettre en œuvre des mesures de prévention des chutes et des blessures causées par celles-ci
- Soutenir et orienter les efforts de l'équipe
- Contribuer à supprimer les obstacles
- Allouer les ressources nécessaires.

Afin d'obtenir un appui tangible de la haute direction, il est nécessaire :

- *D'élaborer une analyse de rentabilité visant la prévention des chutes et des blessures causées par les chutes :*
 - statistiques concernant les chutes, la gravité que représente le problème, les admissions à l'hôpital et la durée des séjours qui en résultent, ainsi que toute autre donnée pertinente et information disponible concernant l'aspect financier et les coûts
 - implications financières et autres coûts dont il faut tenir compte relativement à l'initiative de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes.
- *Présentez chaque mois les progrès réalisés à la haute direction : faites un compte-rendu des données concernant les blessures qui ont été évitées grâce au programme de prévention des chutes et identifiez les ressources qui sont nécessaires au succès du programme. .*

2. Former une équipe

L'engagement des membres de l'équipe à travailler ensemble est essentiel pour que les efforts d'amélioration déployés portent leurs fruits. Les personnes concernées par les changements ou dont on a besoin pour appuyer toute initiative en matière de changement doivent être représentées au sein de l'équipe du processus d'amélioration afin d'obtenir des résultats

favorables. Les équipes peuvent varier en matière de taille et de composition, mais elles doivent tenir compte des différents types d'expertise requis, comme :

- *Le leadership au quotidien pour réaliser les objectifs* : (par exemple, le personnel de première ligne travaillant quotidiennement avec les processus et pouvant comprendre les effets des changements prévus).
- *L'expertise technique* pour aider à comprendre le sujet ciblé et les processus de soins, dont l'expertise dans les moyens d'améliorer la qualité (par exemple, pour travailler sur la conception et les tests de changements, pour recueillir et interpréter les données et préparer des présentations).
- *Le leadership au niveau du système* : Personnes avec suffisamment d'influence au sein de l'établissement (par exemple, administrateur, médecin ou infirmière) et qui aide à faciliter l'adoption et la mise en œuvre des changements, ainsi qu'à favoriser la durabilité des améliorations.

Pour diriger tout projet important, on recommande à l'organisation de désigner une équipe interdisciplinaire qui assurera l'implantation des stratégies de prévention des chutes et des blessures causées par les chutes. Certaines organisations peuvent avoir plusieurs équipes qui remplissent diverses fonctions (par exemple, une équipe de gestion pour diriger le processus et assurer un soutien, une équipe de première ligne pour mettre en œuvre et parfaire le processus). Les structures qui favoriseront la bonne réalisation du changement des pratiques dépendront de la culture de l'organisation et des ressources disponibles.

Chaque organisation devra constituer des équipes qui répondront à ses propres besoins, mais des efforts devraient être faits pour inclure une variété de professionnels, comme des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des nutritionnistes, etc. Dans chaque milieu de pratique, il est très utile d'avoir une petite équipe pour effectuer la coordination et mettre des changements à l'essai (cycles du modèle PEÉA - Planifier-Exécuter-Étudier-Agir - voir le modèle d'amélioration - [figure 13](#)) et donner une rétroaction à l'équipe de coordination.

La [figure 12](#) présente des exemples de diversité d'équipes d'améliorations des secteurs des soins de courte durée, de longue durée et à domicile.

Figure 12 - Exemples de composition d'équipes d'amélioration existantes

Équipe	Leadership au quotidien	Expertise technique	Leadership au niveau du système
Brandon Regional Health Center, Manitoba	<p>Directeur de la réadaptation des patients hospitalisés, président</p> <p>Infirmière conseillère à la formation, patients hospitalisés, chirurgie</p> <p>Directeur des soins en oncologie</p> <p>Infirmière-ressource en soins cliniques, soins de longue durée</p> <p>Directeur médical, patients hospitalisés</p> <p>Directeur de la maternité et de la pédiatrie (patients hospitalisés)</p> <p>Infirmière conseillère à la formation, urgence</p> <p>Formateur, imagerie diagnostique</p> <p>Infirmière-ressource en soins cliniques, bloc opératoire</p> <p>Infirmière de chevet, hémodialyse</p> <p>Infirmière de chevet de l'équipe volante</p> <p>Physiothérapeute, patients hospitalisés</p> <p>Ergothérapeute</p> <p>Géronto-psychiatrie</p>	<p>Coordonnatrice, qualité, sécurité des patients et risques</p>	<p>Vice-présidente, soins infirmiers (soins de courte durée), partenaire-cadre</p> <p>Directrice des soins infirmiers (soins de courte durée)</p>

Équipe	Leadership au quotidien	Expertise technique	Leadership au niveau du système
Hôpital Montfort	Infirmière clinicienne spécialisée Formateurs cliniciens Chef d'équipe, services médicaux Responsable clinique	Directeur général, qualité et sécurité	Directeur général, qualité et sécurité
Royal Terrace Palmerston, Ontario	Personnel des soins de rétablissement Préposé aux services de soutien à la personne X 3 Infirmière auxiliaire autorisée	Directeur de l'amélioration de la vie	Infirmière autorisée
Home Care YHSSA Yellowknife, Dettah and N'Dilo	Superviseur des aides de maintien à domicile Infirmière Coordonnateur à l'accueil Ergothérapeute Nutritionniste		Directeur administratif

Autres personnes dont il faut tenir compte :



- Client et/ou sa famille et/ou son représentant
- Leaders cliniques
- Médecins, prestataires de soins primaires
- Prestataires de soins de première ligne d'une diversité de quarts de travail ou de spécialités cliniques, y compris des membres du personnel habituel de l'agence
- Personnel de bureau
- Coordonnateurs régionaux
- Représentants de la direction et des gestionnaires
- Personnel de bureau ou de soutien administratif
- Représentants :
 - d'autres unités
 - de comités (par ex., entretien ménager, service de l'environnement, maintenance)
 - des partenaires communautaires
- Bénévoles

3. Utiliser le modèle d'amélioration pour accélérer le changement

Le *Modèle d'amélioration* (figure 14), élaboré par *Associates in Process Improvement*¹¹¹ est conçu pour :

- Aider sur le parcours du changement
- Accélérer l'amélioration
- Améliorer la performance du système de santé.

Ce modèle est un outil simple, mais efficace qui a été utilisé avec succès dans de nombreux pays. Il ne vise pas à remplacer les modèles de changement déjà utilisés dans les organisations, mais plutôt à fournir un cadre de travail et des outils pour aider les équipes à :

- Apporter des améliorations
- Mesurer
- Utiliser des théories basées sur des preuves pour planifier
- Instaurer des changements
- Favoriser la diffusion et l'acceptation du changement.

Le modèle comprend deux parties :

- *Trois questions fondamentales* pour fournir une direction, un objectif et un contexte à l'amélioration.
 - Que tentons-nous d'accomplir?
 - Comment savoir si un changement est une amélioration?
 - Quels changements pouvons-nous faire pour obtenir l'amélioration recherchée?
- Le modèle Planifier - Exécuter - Étudier - Agir (PEÉA) (traduction de '*PDSA cycle*') est utilisé pour instaurer des changements dans des milieux de travail réels. Le cycle PEÉA oriente l'essai d'un changement afin de déterminer s'il conduit à une amélioration.

Figure 13 - Modèle d'amélioration¹¹²

Fixer des objectifs

L'amélioration commence par un accord sur :

- Des objectifs clairs et bien définis
- Les échéanciers
- Les mesures à surveiller
- Le contexte, la portée et les limites du projet
- Les populations spécifiques à cibler

Les objectifs sont des défis à relever ambitieux, significatifs et de grande envergure!

Décider de ce qu'il faut mesurer

Deux à six indicateurs de mesure sont généralement suffisants pour déterminer si des changements mènent à une amélioration. Ces indicateurs sont utilisés pour apprendre au sujet des soins, les gérer et les améliorer.

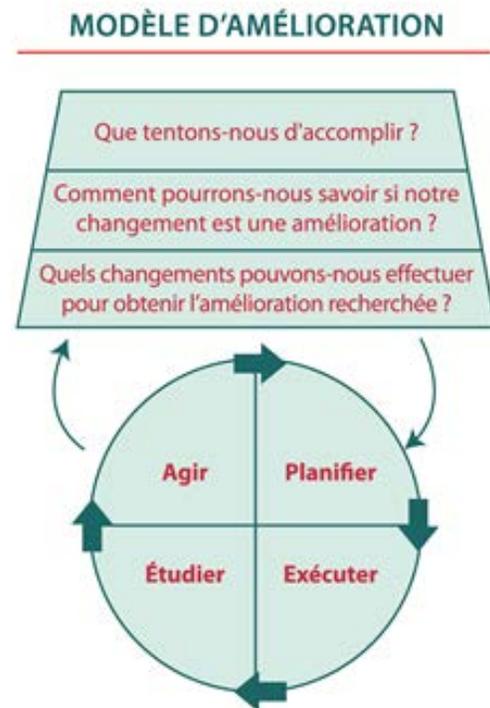
Sélectionner les changements

Toutes les améliorations nécessitent un changement, mais tous les changements ne conduisent pas nécessairement à une amélioration. Les établissements doivent donc identifier les changements qui ont de fortes chances de susciter une amélioration.

Tester les changements

Le cycle Planifier - Exécuter - Étudier - Agir (PEÉA) est une façon rapide de tester un changement dans un milieu de travail réel - on planifie le changement, on le met à l'essai, on observe les résultats et on agit en fonction de ce que l'on a appris. C'est la méthode scientifique utilisée pour un apprentissage orienté vers l'action.

Langley G; Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance.



Buts (objectifs)

Pour obtenir une amélioration, il faut se fixer un défi important comme objectif. Il est essentiel de s'entendre sur l'objectif afin d'allouer les ressources en personnel et autres ressources nécessaires à l'atteinte du but. L'objectif doit comprendre un but et une échéance (échéancier), définir l'étendue et les limites et les contraintes du projet.

Voici des exemples d'objectifs :

- réduire le nombre de chutes et la gravité des blessures de 40 % dans [l'unité] de [l'établissement] d'ici le [date]
- réduire le nombre de blessures graves causées par les chutes de 50 % et le nombre de chutes de 10 % d'ici le [date] dans [l'unité].

Comme les équipes travaillent à différents moments du processus de soins, les buts devraient être fixés en fonction de ce qu'elles souhaitent accomplir.

Mesurer l'impact de ce que l'on fait

Mesurer est un élément essentiel pour la mise à l'essai et l'instauration des changements. Les mesures permettent à l'équipe de savoir si un changement particulier conduit réellement à une amélioration. *Il ne faut pas confondre les mesures d'amélioration et les mesures pour des fins de recherche.*

Il faut mesurer pour apprendre et comme base pour agir, afin d'apporter des améliorations, et non pour juger ni pour se comparer. Cette différence est expliquée dans le tableau suivant tiré de la Trousse de départ *Cadres conceptuels pour l'amélioration (2011) Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* :



Indicateurs de mesure pour juger	Indicateurs de mesure pour l'apprentissage et l'amélioration
Utilisés pour effectuer des jugements et des comparaisons; pour récompenser, motiver ou punir	Utilisés pour accroître les connaissances pour la pratique quotidienne et effectuer des améliorations au système
Compare les données aux normes et spécifications (objectifs, budgets et cibles)	Compare les données de ses performances historiques et les relations avec les autres variables à l'aide de nombreux tests séquentiels et observables
Ignore les variations et les raisons de ces variations	Équilibrer les biais d'un test à l'autre pour comprendre les variations, les systèmes et les interactions
Présumer « si vous ne pouvez pas le mesurer, vous ne pouvez pas le gérer »	Rassembler « juste assez » de données pour apprendre et compléter un autre cycle. Réalisation de petits tests de changement pour apprendre de manière séquentielle et pour obtenir des véritables percées. Faire des « petits tests pour des grands résultats » accélère l'amélioration

Types d'indicateurs

Comme expliqué à la précédente section, il existe catégories ou types d'indicateurs que vous pouvez utiliser pour mesurer la qualité de vos efforts d'amélioration : les indicateurs de résultats, de processus et d'équilibre.

Moment où commencer à collecter des données

Pour mesurer dans le but de réduire le nombre de chutes et de blessures causées par les chutes, il faut commencer par collecter des données préliminaires. Elles serviront à déterminer la gravité des chutes et des blessures qui en découlent, ainsi que leur nombre, afin de cerner les problèmes et aider à motiver les parties prenantes à agir.

Collectes de données subséquentes

Il faut ensuite collecter des données régulièrement afin de faire le suivi de l'efficacité du changement. (Pour plus de détails, consulter la section Mesure du succès de la prévention des chutes et la réduction des blessures causées par les chutes.)

Documenter les définitions opérationnelles

Une fois que les indicateurs ont été identifiés par les équipes d'amélioration, il est important de leur donner un sens en leur donnant une définition opérationnelle (voir la section : Mesure du succès des programmes de prévention des chutes et de réduction des blessures causées par les chutes).

Les définitions opérationnelles donnent un sens permettant de communiquer un concept en précisant la façon qu'il est appliqué dans un ensemble particulier de circonstances. Cela aide à réduire les variations dans la mesure (voir les [annexes N-1 et N-2](#) pour des définitions techniques et détaillées d'indicateurs pour aider les équipes à mesurer le changement.

Développer des changements

Si tous les changements ne conduisent pas à une amélioration, toutes les améliorations nécessitent un changement. La capacité de créer, de tester et d'instaurer des changements est essentielle pour toute personne ou organisation ou pour tout groupe qui souhaite s'améliorer de manière constante. Il existe plusieurs types de changement qui peuvent mener à une amélioration, mais seules les idées pour lesquelles il y a une grande confiance que les changements une fois mis en oeuvre, se traduiront par une amélioration devraient être développées, testées et mises en oeuvre. Un concept ou une idée de changement est une notion ou une approche générale relative au changement dont on pense qu'elle peut être utile pour produire un changement. Le concept est soutenu par des preuves ou il existe des liens perçus entre les preuves et l'idée. Les équipes doivent s'assurer que les intervenants clés participent à développer, essayer et mettre en oeuvre les changements (voir le point 2. Former une équipe). Il est possible de sélectionner des idées de changement parmi les interventions proposées à l'[annexe O](#).

Pour développer d'autres idées de changement, il faut faire preuve de créativité (par exemple, les équipes peuvent utiliser la méthode des six chapeaux de réflexion d'Edward de Bono, des mots lancés de façon aléatoire pour générer des idées) et avoir des connaissances sur des sujets précis (par exemple, les équipes peuvent explorer un problème avec des outils d'aide à la pensée critique, comme les remue-méninges et la création de graphiques. Ils peuvent aussi suivre une intuition, examiner des résultats de recherche ou demander des idées à des experts) pour générer des idées d'essais de changement. Après avoir collecté l'information et généré des idées, il faut utiliser des cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) pour essayer un ou des changements à petite échelle afin de vérifier s'ils entraînent une amélioration. Si c'est le cas, essayez le changement à plus grande échelle et incorporez graduellement des échantillons de plus en plus grands jusqu'à ce que vous soyez certains que les changements seront adoptés de façon plus générale.

Les approches relatives à la réduction du nombre de chutes et de blessures causées par les chutes dont il est question dans la présente Trousse de départ sont utilisées par Qualité des services de santé Ontario dans leur initiative *Priorité aux résidents* et ont été résumées en fonction de leur lien avec les concepts de changements clés.

Tester les changements

Une fois que l'équipe a été constituée, qu'elle s'est fixé un objectif et qu'elle a identifié des mesures pour déterminer si un changement conduit à une amélioration, elle doit passer à la prochaine étape qui consiste à tester un changement dans un contexte de travail réel.

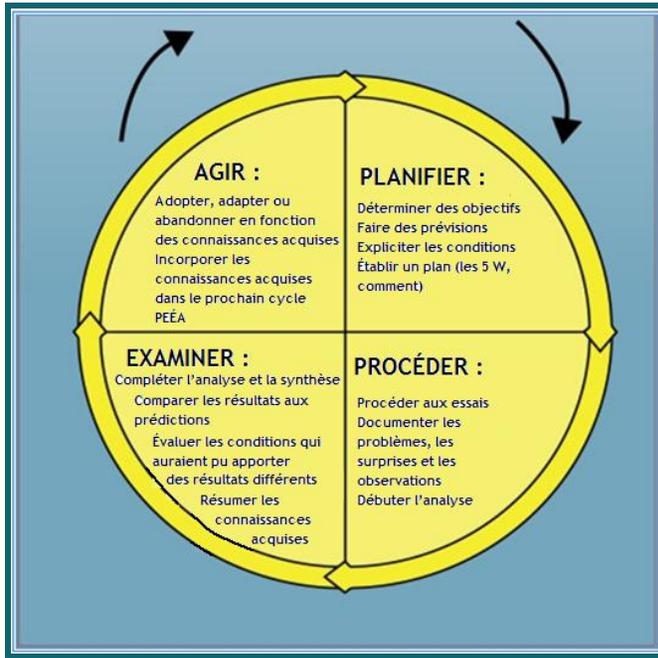
Le cycle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir (PEÉA) est un moyen rapide pour tester un changement - on planifie le changement, on le met à l'essai, on observe les résultats et on agit en fonction de ce que l'on a appris. C'est la méthode scientifique utilisée pour un apprentissage orienté vers l'action. Il est important de tester les idées à une échelle appropriée afin d'augmenter la confiance en la probabilité de leur succès et de réduire au minimum les risques d'échec en cours de mise en oeuvre.

Raisons de tester un changement :

- Pour avoir la certitude que le changement mènera à une amélioration.
- Pour choisir parmi tous les changements proposés celui qui mènera à une amélioration.
- Pour évaluer quelle ampleur aura l'amélioration produite par le changement.
- Pour déterminer si le changement proposé remplira sa fonction dans l'environnement réel qui est étudié.
- Pour déterminer quelles combinaisons de changements auront les effets souhaités sur les principales mesures de la qualité.
- Pour évaluer les coûts, les conséquences sociales et les effets secondaires d'un changement proposé.
- Pour réduire les obstacles à la mise en oeuvre.

Étapes du cycle PEÉA :

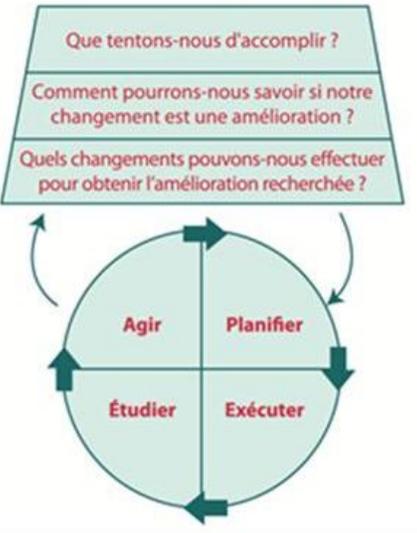
Source : adaptation de la trousse de départ Cadres conceptuels pour l'amélioration, page 97

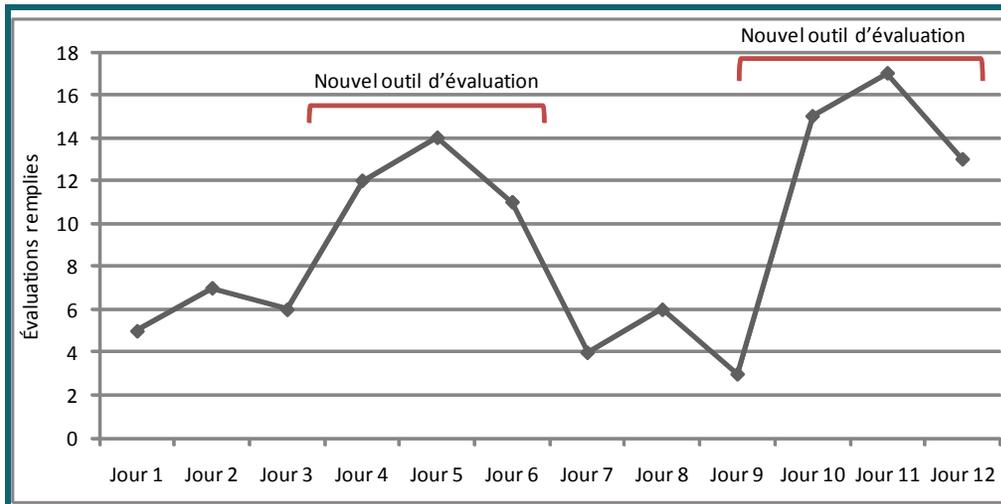


Exemple de test de changement (Planifier-Exécuter-Étudier-Agir)

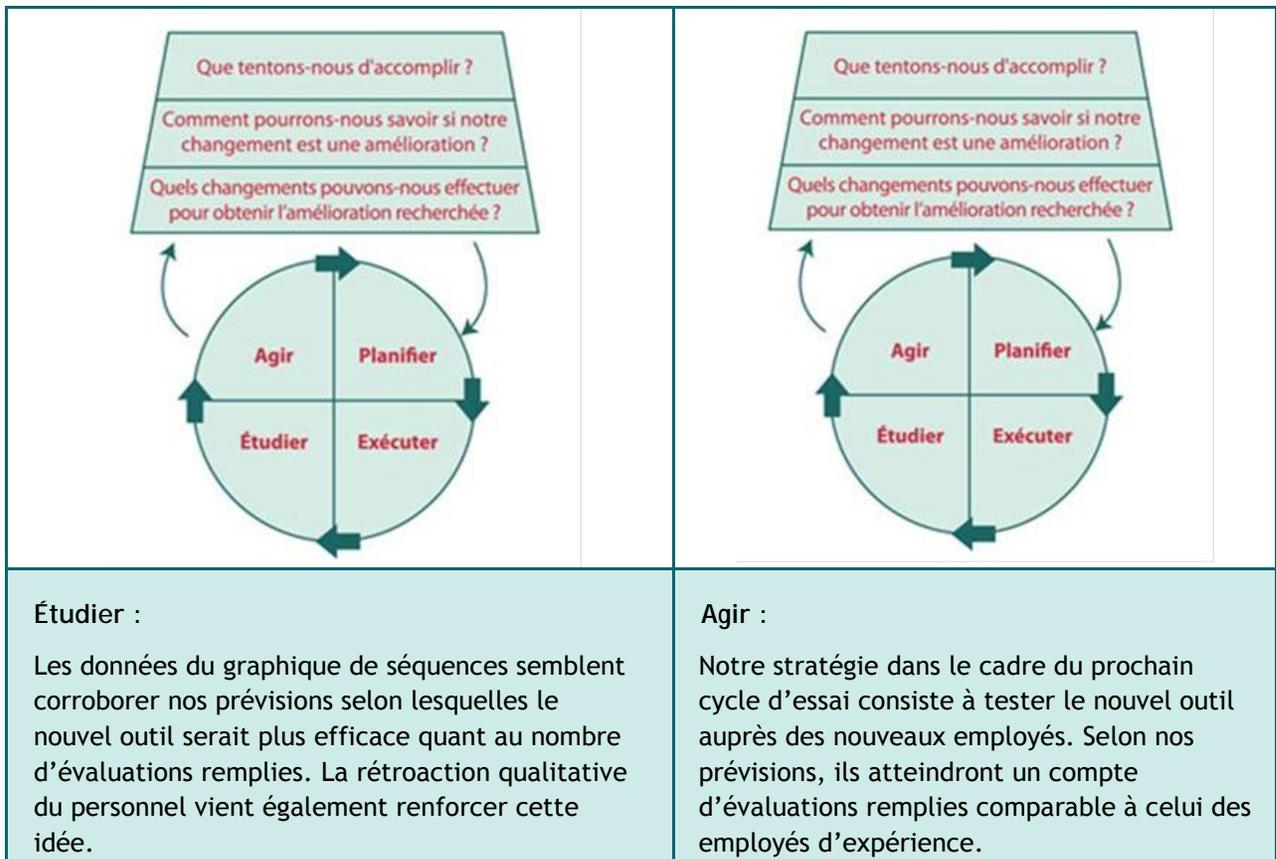
Les exemples suivants portent sur un essai de changement au moyen d'un cycle PEÉA et un exemple d'augmentation des connaissances au moyen de plusieurs cycles PEÉA).

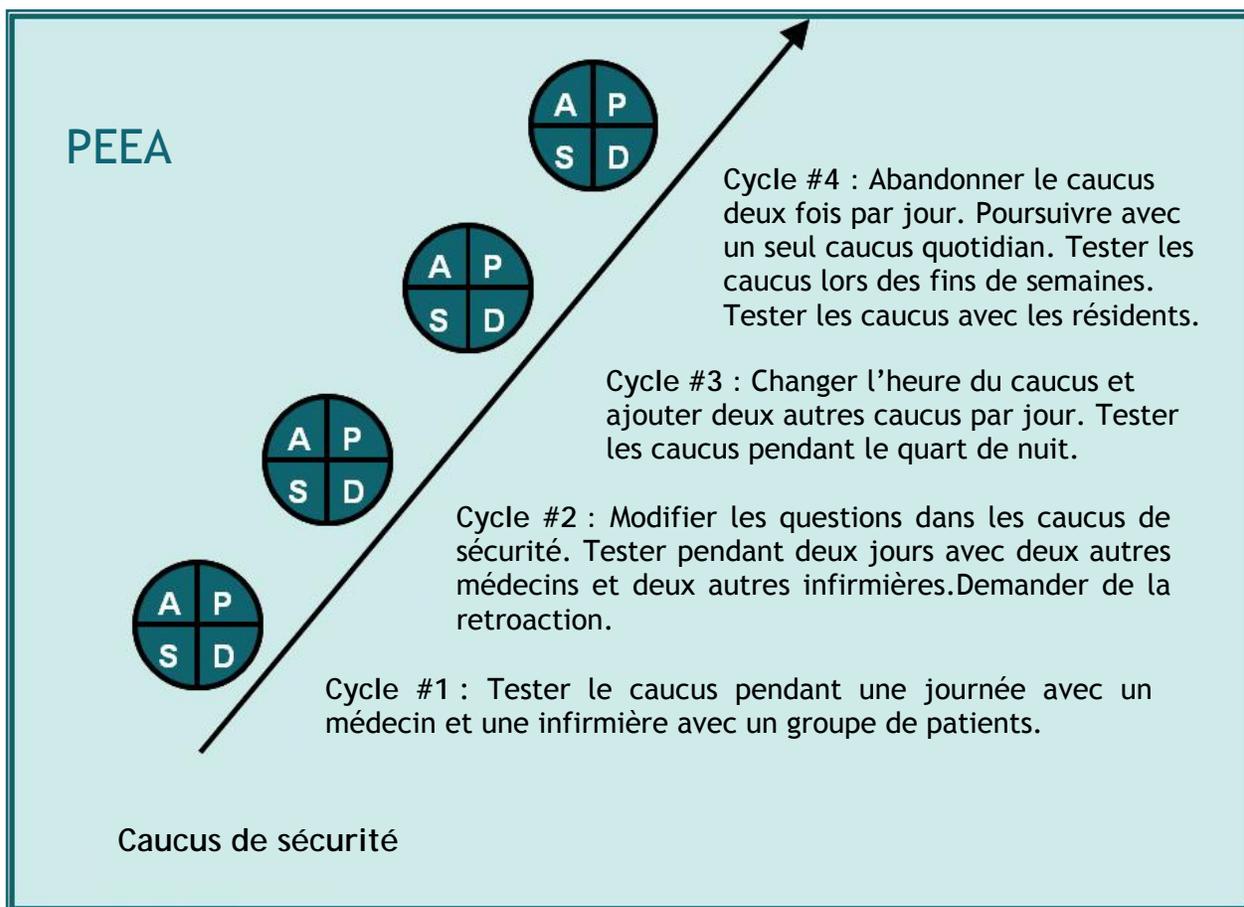
Accroître l'utilisation de l'outil d'évaluation des risques de chute au sein d'un établissement de soins de longue durée au moyen du PEÉA

	
<p>Planifier :</p> <p>Notre équipe responsable de l'amélioration tente d'augmenter le nombre d'évaluations du risque de chute chez les clients de notre établissement de soins de longue durée. Nous croyons qu'un outil d'évaluation simplifié permettra d'atteindre ce but. Le cycle PEÉA ci-dessous vise à tester l'efficacité d'un nouvel outil d'évaluation simplifié quant au nombre d'évaluations remplies. Selon nos prévisions, cet outil, plus facile d'utilisation, encouragera davantage le personnel à se conformer à cette pratique. Le test est conduit suivant une stratégie d'utilisation intermittente : soit trois jours utilisant le nouvel outil suivi de trois jours utilisant l'outil habituel. Le test débute le lundi suivant et s'étend sur deux cycles, soit sur une période de 12 jours. Le compte des évaluations remplies sera relevé sur le graphique de séquences au jour le jour et les commentaires du personnel seront consignés.</p>	<p>Exécuter :</p> <p>Le cycle d'essai a été complété, le graphique de séquences et les commentaires apparaissent ci-dessous :</p> <p>Commentaires recueillis du personnel durant le test :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nouveau formulaire est plus facile à utiliser. • J'ai bien aimé que le nouveau formulaire soit moins long à remplir. • Il me semble que les cases à cocher du nouveau formulaire devraient être plus grandes.



Les cycles multiples de PEÉA peuvent aider à incorporer les connaissances acquises à un cycle aux cycles subséquents. La figure suivante représente ce qu'on apprend de l'utilisation des « caucus » pour prévenir les chutes et réduire les blessures causées par les chutes.

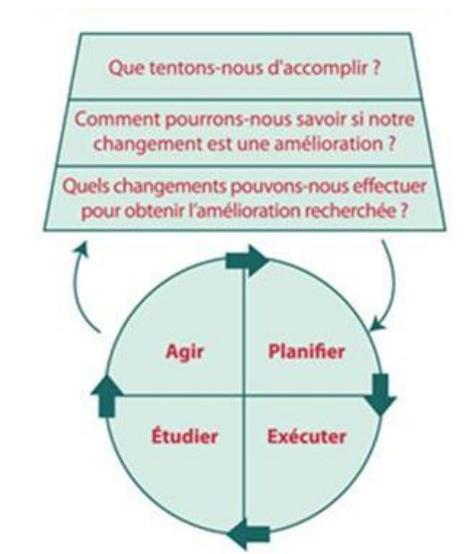




Mise en œuvre des changements

Après avoir testé un changement à petite échelle, tiré des leçons de chaque test et perfectionné le changement à l'aide de plusieurs cycles du modèle PEEA, on est prêt à mettre le changement en œuvre à plus grande échelle - par exemple, sur l'ensemble d'une population-test ou d'une unité :

- *Tester un changement* : un petit nombre d'infirmières travaillant sur différents quarts de travail ou dans différentes unités commence à utiliser de nouveaux formulaires d'évaluation des risques de chute et d'évaluation postchute. Les infirmières donnent ensuite leurs commentaires sur la facilité d'utilisation, la présentation des formulaires, etc.



- *Instaurer un changement* : toutes les infirmières travaillant dans l'unité-test, sur tous les quarts de travail, commencent à utiliser les nouveaux outils d'évaluation des risques de chute et d'évaluation postchute.

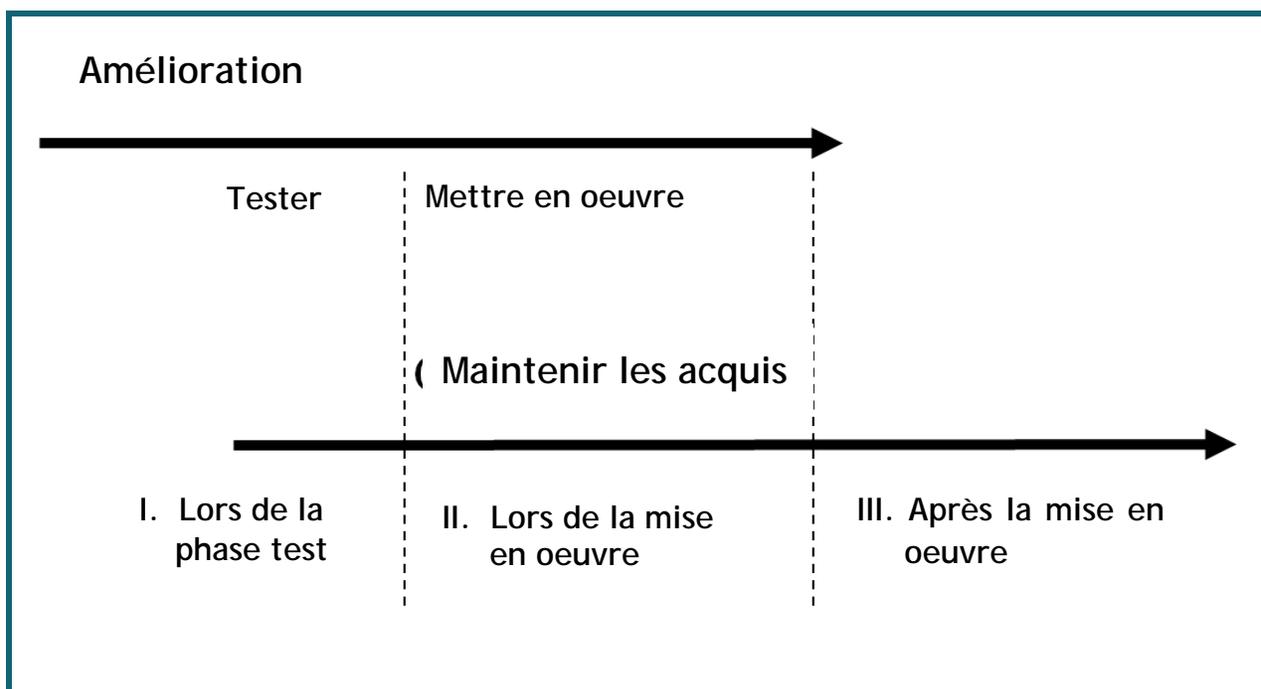
Une mise en œuvre est un changement permanent dans la façon de travailler qui peut avoir des conséquences sur la documentation, les politiques écrites, l'embauche, la formation et la rémunération du personnel, ainsi que sur d'autres aspects de l'infrastructure d'une organisation. Toute mise en œuvre requiert également l'utilisation du cycle PEÉA. Le tableau suivant décrit les différences entre les essais et la mise en œuvre :

	Essai	Mise en oeuvre
Ce qu'on attend d'un éventuel échec	<p>25 à 50% des essais devraient échouer</p> <p>Les tests échoués sont essentiels à l'apprentissage et à l'acquisition des connaissances. Ils aident les équipes à comprendre dans quelles conditions leurs idées ne peuvent fonctionner et pourquoi.</p>	<p>Aucune mise en oeuvre ne devrait échouer:</p> <p>Lorsque les tests sont fait en nombre suffisant, à des échelles appropriées et dans de multiples conditions, la mise en oeuvre ne devrait pas échouer.</p>
Processus de soutien (Formation, documentation, aides à l'organisation du travail comme des organigrammes ou la standardisation)	<p>Les changements ne sont pas permanents et se raffineront au fur et à mesure que les essais se poursuivent.</p>	<p>Très important</p> <ul style="list-style-type: none"> • La formation et la documentation procurent une vision cohérente et aident les autres à la compréhension du nouveau processus. • La standardisation est une méthode utile pour réduire les variations et assurer des résultats.

	Essai	Mise en oeuvre
Resistance face au changement	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer l'objectif est essentiel. • Impliquer le personnel dans les tests des changements est une stratégie visant à atténuer la résistance et à renforcer l'engagement. • Les changements n'étant pas permanents, les personnes peuvent fournir de la rétroaction. • La collecte de données de façon continue fournit l'information pour vérifier si les changements se traduisent par une amélioration. 	<p>Très important</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec les essais appropriés, la résistance au changement est atténuée. • Il faut communiquer les raisons pour lesquelles les changements sont nécessaires. • Les résultats de tests peuvent être utilisés pour démontrer comment le changement deviendra une amélioration. • Tout changement comporte des aspects sociaux et affectifs pour les individus impliqués dans le processus. Comme les changements deviennent permanents, il est important de reconnaître l'impact humain sur le changement.
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • L'accent est mis sur les indicateurs de résultats d'un processus concerné dans l'immédiat. • Certains indicateurs d'équilibre sont nécessaires pour garantir que les changements n'ont pas un impact négatif sur d'autres domaines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs d'équilibre deviennent plus importants. • Les indicateurs de résultats sont encore utilisés pour garantir que les changements ont l'effet escompté et qu'ils permettent que les changements apportés lors des essais soient durables.

Maintenir les acquis de façon durable

Concevoir un processus « robuste » signifie que l'on teste de nombreuses fois et de manière séquentielle une idée de changement pour déterminer les situations où elle réussit et les situations où elle a des limites. Cela permet à l'équipe d'apprendre quelles idées ou stratégies permettent d'atteindre les objectifs du projet d'amélioration. Ce type de processus permet le succès de la mise en oeuvre du projet de façon permanente. Il est toujours extrêmement important de faire participer activement tous les intervenants concernés par le changement et de leur montrer les données qui démontrent que le changement a apporté une amélioration. Le nouveau système doit être conçu (par exemple, révision des politiques, procédures et descriptions de poste) pour rendre le retour au système antérieur le plus difficile possible, ce qui permet de maintenir les acquis. Les équipes doivent établir des mesures de suivi après-mise en oeuvre pour s'assurer que les résultats sont durables et s'assurer de la responsabilité de la haute direction relativement au maintien des acquis.

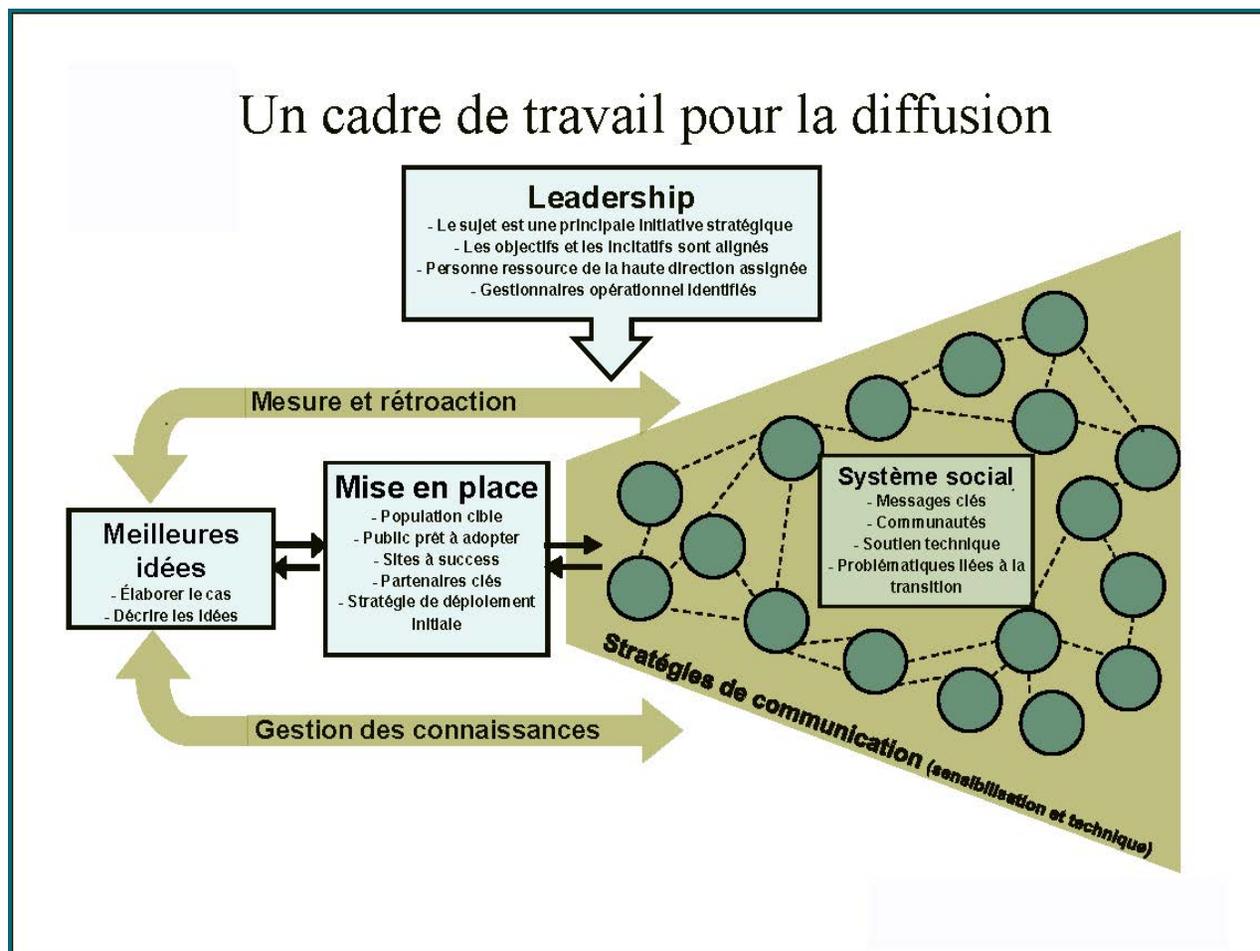


Diffuser les changements

La diffusion d'un changement consiste à utiliser la mise en œuvre réussie d'un processus dans une unité-test ou une population-test et de reproduire ce changement ou l'ensemble des changements dans d'autres unités de l'organisation ou dans d'autres organisations. Pendant la mise en œuvre d'un changement, les équipes tirent de précieuses leçons au moyen des essais séquentiels, de la mise en œuvre et du maintien des acquis dans les environnements-tests. Ces leçons leur permettent de diffuser avec succès ce changement. Les efforts de diffusion exigent l'appui de la haute direction et des partenaires-cadres pour s'assurer qu'elle devienne une priorité communiquée de façon explicite dans les plans stratégiques. Les cycles PEÉA sont encore nécessaires au moment de la diffusion. Les unités qui adoptent le changement doivent déterminer le meilleur moyen pour adapter le changement à leur environnement et pour déterminer si le changement entraîne les améliorations prévues.

Au fur et à mesure que vous acquérez de l'expérience et que la mesure du succès de votre processus de prévention des chutes reflète une amélioration soutenue, le processus peut être mis en œuvre auprès d'un plus grand nombre de clients dans un plus grand nombre de secteurs. Procédez à une évaluation à chaque nouvelle étape avant d'ajouter au processus d'autres unités ou secteur de prestation de services. Testez à nouveau le processus-test dans d'autres secteurs afin de déterminer si des révisions sont nécessaires. L'implantation à travers toute l'organisation requiert une planification rigoureuse pour franchir chacune des étapes importantes de la mise en œuvre.

Un des facteurs clés pour combler l'écart entre la pratique *exemplaire* et la pratique *courante* repose sur la capacité des prestataires de soins de santé et de leur organisation à diffuser les innovations et les nouvelles idées. Le document de l'IHI intitulé *Framework of Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*¹¹³ aidera les équipes à élaborer, à tester et à mettre en œuvre un système permettant d'accélérer les améliorations grâce à la diffusion des idées entre les organisations et au sein de chacune d'elles. Parmi les éléments qui doivent être abordés lorsqu'on planifie d'étendre une intervention, on compte la formation et l'acquisition de nouvelles habiletés, les mesures pour aider les individus à adopter de nouveaux comportements qui renforceront les nouvelles pratiques, la résolution des problèmes, la culture actuelle en ce qui concerne le changement, le ralliement du personnel au projet l'assignation des responsabilités. Consultez le cadre pour la diffusion ci-dessous.



Le cadre de diffusion comprend sept éléments :

1. Leadership : établir l'agenda et assigner les responsabilités en vue de la diffusion.
2. Préparation de la diffusion : identifier la population cible et la stratégie initiale pour diffuser les nouvelles idées dans tous les secteurs compris dans la population cible.
3. Meilleures idées : décrire les nouvelles idées et les éléments probants afin de fournir des arguments convaincants aux autres intervenants.
4. Communication : méthode visant à sensibiliser et à partager l'information technique à propos des nouvelles idées.
5. Structure sociale : comprendre les relations entre les personnes qui adopteront les nouvelles idées.
6. Gestion des connaissances : détecter et utiliser les meilleures méthodes de diffusion à mesure qu'elles se dégagent des pratiques de l'organisation.

7. Mesures et rétroaction : colliger les données relatives au processus et aux résultats et les utiliser pour assurer une meilleure surveillance et faire les ajustements nécessaires à la progression de la diffusion

Il peut aussi être utile de considérer la diffusion selon les trois phases qu'elle comporte : ¹¹⁴

- planification et préparation (leadership, préparation de la diffusion et meilleures idées)
- communication par la structure sociale (stratégies de communication et nature de la structure sociale)
- surveillance continue et rétroaction (mesurer, rétroagir, gérer les connaissances).

Êtes-vous prêts pour la diffusion? ¹¹⁴

- Il y a des résultats probants
- La volonté de diffuser les idées au sein de l'organisation est réelle
- La stratégie est une initiative importante pour l'organisation
- Un administrateur de haut niveau est responsable de la diffusion
- Le PLAN de diffusion a fait l'objet d'un consensus et est documenté

Annexe N - Description technique des mesures

Formulaire de collecte de données et le schéma du processus

Plus de renseignements et d'instructions sont disponibles sur les [Mesures de la sécurité des patients](#) pour remplir le formulaire de collecte de données.

Chutes-SCD - Prévenir les chutes et des blessures causées par les chutes: SCD



Organization: *100 ABC Demo Hospital
 In/Out: Patients admis
 Adult/Paed: Adulte
 Age Group: Adulte
 Program:
 Service:
 Procedure/Diagnostic Group:
 Unit/Site: DEMO
 Patient Sample: TEST

Nom, Email et le numéro de téléphone (avec l'indicatif régional)

Envoyer le formulaire de fax en résolution FINE
 AUCUNE PAGE DE COUVERTURE
1-877-846-5153

Printed On: 2015-04-02

ANNEE: 201 (3, 4, 5) | MOIS: JANV, FEV, MARS, AVRIL, MAI, JUIN, JUL, AOUT, SEPT, OCT, NOV, DEC | DATE: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Entrez jour comme deux chiffres (par exemple, 03 avec 0 sur la ligne du haut et 3 sur la ligne ci-dessous)

Pt #	Appliquer à la chute LA PLUS RÉCENTE durant la période de référence											
	A. Type d'évaluation du risque de chute effectuée à l'admission (CHOISIR LA PLUS DÉTAILLÉE)	B. Le patient a-t-il été déclaré « à risque » pour les chutes et ce statut a-t-il été communiqué?	C. Une révision des médicaments a été complétée	D. Il existe un plan écrit de prévention des chutes/ réduction des blessures pour le patient	E. A eu une évaluation du risque de chute après un changement important à l'état de santé	F. Le patient a eu des mesures de contrôle à un moment donné pendant la période de référence	G. Combien de fois le patient est-il tombé pendant la période de référence? (Si "0", l'audit se termine ici)	H. Après la chute, le patient a-t-il été évalué pour déterminer s'il y a un préjudice?	I. Préjudice suite à la chute? (Si "Décès", l'audit se termine ici)	J. Une évaluation du risque a-t-elle été faite après la chute?	K. Surveillance appropriée 24-48 heures après la chute?	L. Le plan de prévention des chutes/ réduction des blessures a-t-il été réévalué/ révisé après la chute?
1	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLETE <input type="radio"/> AUCUNE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DOCUMENTÉ	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> AUCUN RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> AUCUN PRÉJUDICE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MODÉRÉ <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> DÉCÈS	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS AVISÉ <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
2	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLETE <input type="radio"/> AUCUNE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DOCUMENTÉ	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> AUCUN RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> AUCUN PRÉJUDICE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MODÉRÉ <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> DÉCÈS	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS AVISÉ <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
3	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLETE <input type="radio"/> AUCUNE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DOCUMENTÉ	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> AUCUN RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> AUCUN PRÉJUDICE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MODÉRÉ <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> DÉCÈS	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS AVISÉ <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
4	<input type="radio"/> DÉPISTER <input type="radio"/> COMPLETE <input type="radio"/> AUCUNE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS DOCUMENTÉ	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> AUCUN RISQUE	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> S/D	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> >2	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> AUCUN PRÉJUDICE <input type="radio"/> MINEUR <input type="radio"/> MODÉRÉ <input type="radio"/> MAJEUR <input type="radio"/> DÉCÈS	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> PAS AVISÉ <input type="radio"/> IM POSSIBLE DE L'EFFECTUER	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N

Accédez à vos données et les rapports à www.patientsafetymetrics.com ou pour plus d'informations contactez 416-946-3103 ou metrics@saferhealthcarenow.ca. Connectez-vous 1 heure après la télécopie vos formes pour vérifier les données ont été reçus avec succès



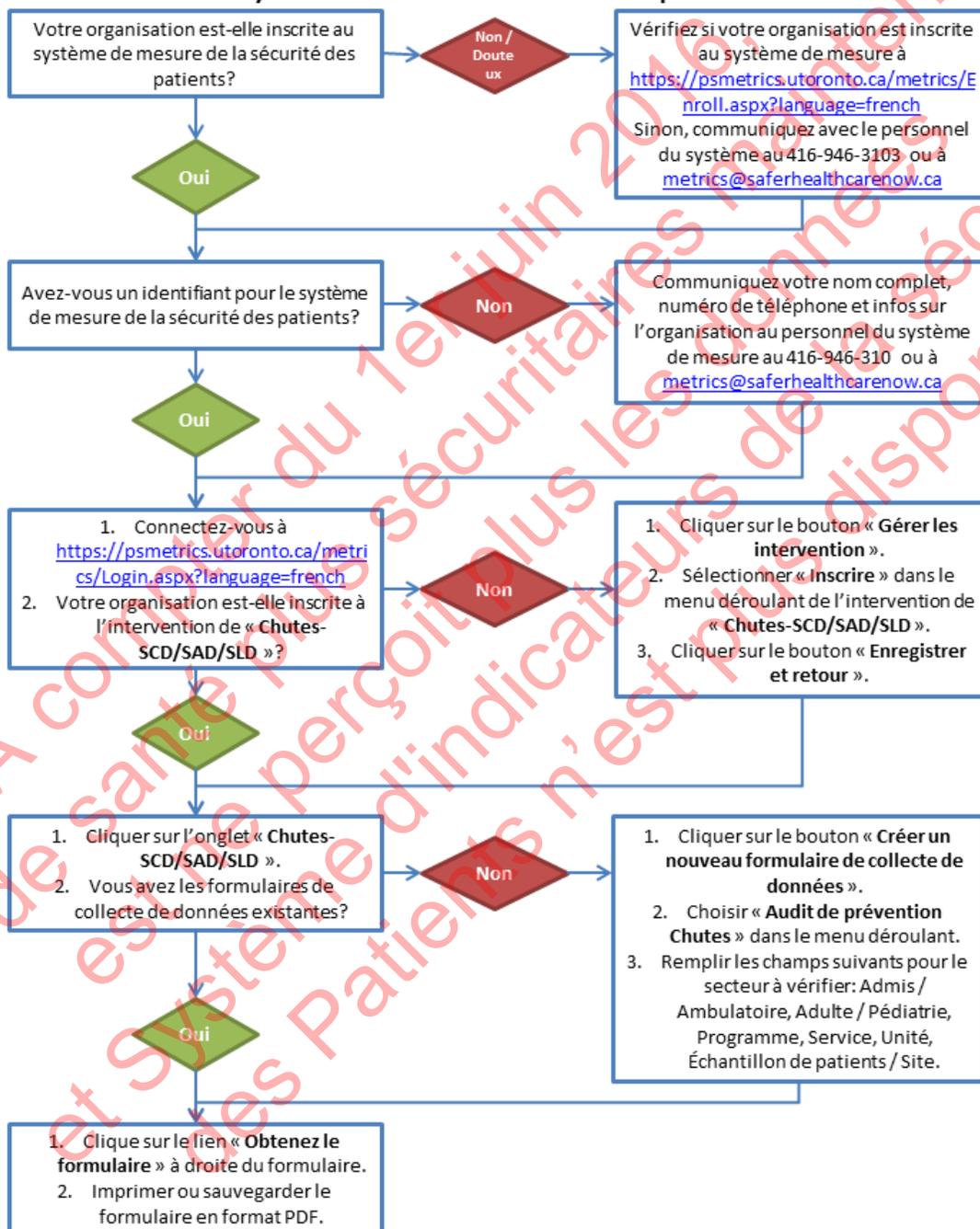
800294302818



18724-261502

Pour transmettre le Formulaire de collecte de données à l'équipe centrale de la mesure, veuillez suivre les étapes figurant dans le schéma de procédé ou communiquez par courriel à l'adresse suivante pour plus d'informations: metrics@saferhealthcarenow.ca

Diagramme: Créer votre audit de prévention Chutes dans le système de mesure de la sécurité des patients



N1 - Descriptions techniques des mesures - Soins aigus et de longue durée

Description technique des feuilles de travail pour l'établissement des mesures

Phases de mise en œuvre - Les définitions s'appliquent à toutes les mesures et stratégies.

Phase préliminaire - Pré-intervention. Les données de base devraient être recueillies avant la mise en œuvre de petits tests de changement et devraient refléter le processus en cours.

Première phase (partielle) de mise en œuvre - L'équipe a établi des objectifs clairs concernant la nouvelle approche pour la prévention des chutes, a identifié quelles mesures serviront à déterminer si les changements se traduiront par des améliorations, et a commencé à mettre en œuvre de petits tests de changement (modèle PEÉA) pour identifier et parfaire des processus, des méthodes et des pratiques qui mèneront à des améliorations et à l'atteinte des objectifs. Lorsque l'équipe se rapproche de ses objectifs, elle est prête à passer à la phase de mise en œuvre complète.

Phase de mise en œuvre complète (objectif atteint) - Les processus, les méthodes et les pratiques sont au point et ont apporté d'importantes améliorations. Les membres de l'équipe de l'unité choisie agissent de manière constante pour appliquer et surveiller ces pratiques et fournissent un rendement soutenu qui leur permet d'atteindre leurs objectifs ou de s'en rapprocher. L'équipe a atteint ses objectifs et est prête à les diffuser dans d'autres unités.

La méthodologie de mesure et les recommandations concernant la taille d'échantillonnage dont il est question dans cette trousse *En avant* se basent sur le Modèle d'amélioration et sont conçus à accélérer le rythme de l'amélioration en ayant recours au cycle PEÉA, une démarche d'amélioration de type « essai et erreur » basée sur la méthode scientifique.¹

Il ne vise pas à imposer la même rigueur que dans une étude de recherche, mais propose plutôt une façon efficace d'aider une équipe à comprendre comment fonctionne le système. Lorsque vous choisissez la taille de l'échantillon de votre intervention, il est important d'examiner l'objectif et l'utilisation de ces données et de reconnaître lors de la déclaration que les résultats sont basés sur un échantillon « x » déterminé par l'équipe.

La portée ou l'échelle² (quantité d'échantillonnage, d'essais ou de temps requis) d'un test doit être décidée en fonction :

1. Du degré de croyance, par l'équipe, que le changement se traduira par une amélioration
2. Des risques reliés à l'échec d'un test
3. Du niveau de préparation de ceux qui auront à faire le changement

Veuillez vous référer à [La trousse En avant sur les cadres d'amélioration \(2015\)](#) pour plus de renseignements.

¹ Langley, G., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., Provost, L. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco, Second Edition, CA. Jossey-Bass Publishers. 2009

² Provost, Lloyd P; Murray, Sandra (2011-08-26). *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement* (Kindle Locations 1906-1909). Wiley Kindle Edition.

Definitions

Les définitions suivantes s'appliquent à toutes les mesures de prévention des chutes :

À risque

À l'aide d'un outil de dépistage ou d'évaluation exhaustive, identifier les personnes à risque et les répartir dans les catégories « risque faible », « risque modéré » ou « risque élevé ». L'exercice de dépistage vise à identifier les personnes pour qui une évaluation plus poussée du risque est nécessaire, alors que l'évaluation exhaustive est utilisée pour dresser le profil spécifique de personnes à risque et cerner les facteurs modifiables et non modifiables qui augmentent le risque de chute chez une personne, afin d'élaborer des plans personnalisés d'interventions conçues en fonction des facteurs de risque identifiés.

Blessure liée à une chute

Une blessure causée par une chute se définit par une blessure consécutive à une chute qui peut nécessiter un traitement ou non. La gravité de la blessure peut varier et la blessure peut être temporaire ou permanente.

Classification de préjudice

- **Aucun préjudice** : L'évaluation post-incident indique qu'aucun préjudice (aucun signe ou symptôme) n'a résulté de la chute
- **Blessures mineures** : La chute a provoqué des ecchymoses ou des éraflures cutanées ou a entraîné des blessures nécessitant l'application d'un pansement ou de glace, le nettoyage d'une plaie ou l'élévation du membre
- **Blessures modérées** : La chute a provoqué des blessures nécessitant des points de suture, l'application de bandes adhésives ou d'attelles ou a causé une entorse musculaire ou articulaire
- **Blessures graves** : La chute a provoqué des blessures nécessitant une chirurgie, une immobilisation ou une traction (habituellement des fractures); une consultation pour blessures neurologiques (p. ex., fracture à la base du crâne hématorne sous-dural) ou internes (p. ex., fracture aux côtes, lacération hépatique); ou si un patient atteint de coagulopathie doit recevoir des produits sanguins conséquemment à sa chute
- **Blessures fatales** : Le patient est décédé des suites des blessures causées par la chute

Changement important de l'état de santé

Tout changement de l'état de santé est considéré « important » lorsqu'il nécessite un changement de traitement ou de plan de soins et que l'état de santé s'améliore ou se détériore

Chute

Une chute se définit comme étant un événement où une personne se retrouve au sol par accident, ou sur toute autre surface de niveau inférieur, avec ou sans blessure

Communiquée

Le statut de risque de chaque patient ou client en soins aigus, ou résident/client en soins de longue durée jugés « à risque » (c.-à-d. >Aucun risque) au dépistage ou à l'évaluation exhaustive doit être communiqué au personnel à l'aide des outils de communication et/ou de la méthode adoptée par l'organisation, par ex. tableau blanc, cardex, affichage près du lit, etc.

Contentions

Il y a différents types de contentions. Aux fins de la présente vérification, nous recommandons d'utiliser les trois types ci-dessous (Voir pages 87-88 de la Trousse de départ, sauf quand il s'agit d'un seul type de mesure de contrôle en particulier - Chutes SLD - 7.0)

- **Contention environnementale** : Une contention environnementale est définie comme une barrière au mouvement personnel qui sert à confiner le patient des soins aigus/résident en soins de longue durée à un secteur (géographique) précis.
- **Contention physique** : Une contention physique consiste en un appareil qui empêche le mouvement en général. Cette définition comprend les camisoles de force; les fauteuils de gériatrie et les fauteuils roulants munis d'une tablette; les freins des fauteuils roulants; les ceintures abdominales si l'ouverture est placée à l'arrière de la chaise et qu'elle ne peut pas être détachée par le patient des soins aigus/résident en soins de longue durée. Les dispositifs de positionnement ou de soutien d'un membre ne sont pas des contentions.
- **Contention chimique** : Une contention chimique consiste en un médicament administré dans le but précis d'inhiber ou de contrôler le comportement ou le mouvement. Il est difficile de faire la distinction entre l'utilisation d'un médicament, d'un agent thérapeutique et d'une contention. Souvent, un médicament peut être utilisé aux deux fins. Lorsqu'un médicament sert à traiter des symptômes psychiatriques bien précis, et non des comportements perturbateurs, il ne doit pas être considéré comme une contention.

Évaluation du préjudice après le signalement d'une chute

Cette évaluation porte tant sur les chutes avec et sans témoin et doit être effectuée dès le signalement de l'incident

Évaluation du risque de chute

L'évaluation du risque de chute (ERC) est une évaluation qui vise à déterminer les facteurs de risque de chute d'une personne et elle peut être classée comme une évaluation préalable ou une évaluation complète. L'évaluation préalable sert à déterminer rapidement si les individus font partie des catégories à faible ou à haut risque. Une évaluation complète, aussi appelée évaluation exhaustive, est utilisée pour déterminer des profils de risque précis en vue de créer des programmes de soins personnalisés et ciblés pour la prévention des chutes et la réduction des blessures en fonction des risques

identifiés. Les évaluations du risque devraient être faites à l'aide d'un outil valide et fiable choisi par l'établissement (voir la Trousse de départ, p. 34).

Examen de la liste des médicaments

Un examen exhaustif de la liste des médicaments par un médecin, une infirmière ou un pharmacien devrait être effectué dans le cas de toutes les personnes âgées afin de déterminer le risque de chute/de blessures par chute [Trousse de départ Cet examen devrait comprendre un survol de la condition médicale/des diagnostics/des problèmes de santé et des médicaments prescrits. (Une plus ample description est fournie aux pages 59-60 de la TdeD)

Plan de prévention des chutes

Un plan documenté personnalisé présentant des stratégies pour réduire les risques de chute dont fait état le dossier médical (voir la Trousse de départ, p. 50-54).

Plan de réduction des blessures

Le plan de réduction des blessures vise à réduire l'incidence des préjudices ou leur gravité. Cela comprend des interventions telles que les protecteurs de hanche, les matelas sur le sol, des casques protecteurs, etc. (voir la Trousse de départ, p. 70-79).

Surveillance

Y compris surveiller l'apparition de problèmes potentiels, tels qu'un lent saignement, des fractures ainsi que la récurrence de l'incident (voir la Trousse de départ, p. 68-69).

1.0 Taux de chutes par 1 000 jours : patients - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

← Chutes-SCD 1 - Taux de chutes par 1 000 jours-patients (Patients admis, Adulte, Médecine, 3 South, Rural)

Année Mois

Une **chute** se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Nombre de chutes par des patients dans un établissement de soins de courte durée par 1 000 jours-patients. Comme chaque chute est comptabilisée pour la période déterminée, un patient peut avoir fait une ou plusieurs chutes par mois. Le nombre mensuel des « jours-patients » peut être obtenu auprès du Service d'admission de l'établissement.

Dénominateur	
1	Nombre total de jours-patients de l'établissement ou de l'unité au cours de la période de référence. Le nombre mensuel des jours-patients peut être obtenu auprès du Service d'admission de l'établissement. <input type="text"/>
Numérateur	
2	Nombre total de chutes signalées au cours de la période de référence. <input type="text"/>
Votre résultat	
3	Numérateur/Dénominateur x 1000 Votre résultat <input type="text"/>
Objectif Réduction annuelle de 40%	

Commentaires et bonnes prises

1.0 Taux de chutes par 1 000 jours : patients - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le nombre de chutes parmi les patients d'un établissement de soins aigus de courte durée ou parmi les résidents d'un établissement de soins de longue durée (SLD) par 1 000 jours-patients ou résidents

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données

Objectif : Réduction annuelle de 40 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Nombre total de chutes déclarées pour le mois

NOTE : Chaque chute est comptabilisée au cours de la période d'observation; ainsi, un patient ou résident peut avoir fait une ou plusieurs chutes au cours du mois.

Exclusions du numérateur : Même que pour le dénominateur

Définition du dénominateur : Le nombre total de jours-patients ou résidents dans l'établissement ou l'unité pour le mois

Exclusions du dénominateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le nombre mensuel de jours-patients ou résidents pour l'établissement peut être obtenu auprès de son service d'accueil-admission

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de chutes déclarées au cours de la période d'observation divisé par le nombre de patients ou résidents au sein de la population cible

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

- Le nombre de jours-patients ou résidents pour l'établissement peut être obtenu auprès du service de l'accueil-admission
- Le nombre de chutes peut être obtenu du système de déclaration des incidents-accidents de l'établissement

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les chutes

2.0 Taux de chutes causant des blessures - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 2 - Taux de chutes causant des blessures (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

La définition de cette mesure a été révisée en mai 2014. Le taux de chutes causant des préjudices est un pourcentage qui se calcule en divisant le nombre de patients ayant fait une chute leur causant préjudice par tous les patients ayant fait une chute au cours de la période étudiée, sans égard à l'échelle de gravité du préjudice utilisée par votre établissement. Une chute se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle.

Dénominateur	
1 Nombre total de patients qui ont subi une chute au cours de la période de référence.	25
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de patients du dénominateur qui n'ont subi aucun préjudice suite à une chute au cours de la période de référence.	20
Numerator for Compliance with Category of Harm (bundle elements)	
3 Inscrivez le nombre total de patients n'ayant subi Aucun Préjudice suite à une chute au cours de la période de référence.	10 40.00%
4 Inscrivez le nombre total de patients ayant subi un Préjudice Mineur suite à une chute au cours de la période de référence.	5 20.00%
5 Inscrivez le nombre total de patients ayant subi un Préjudice Modéré suite à une chute au cours de la période de référence.	2 8.00%
6 Inscrivez le nombre total de patients ayant subi un Préjudice Majeur suite à une chute au cours de la période de référence.	2 8.00%
7 Inscrivez le nombre total de patients qui sont décédés suite à une chute au cours de la période de référence.	1 4.00%
Votre résultat	
8 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 80.00%
	Objectif Réduction annuelle de 40%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

2.0 Taux de chutes causant des blessures - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de chutes entraînant des blessures est établi ainsi : le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant subi un préjudice dû une chute, *divisé par* le nombre total de patients ou de résidents ayant fait une chute au cours de la période d'observation, sans égard à l'échelle de gravité du préjudice utilisée au sein de votre établissement

L'ensemble des degrés de gravité du préjudice (révisé en mai 2014) indique la gravité du préjudice subi par le patient des soins aigus ou le résident en soins de longue durée (c.-à-d. aucun préjudice; blessures mineures, modérées, graves ou fatales), et s'exprime en pourcentage du nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une chute

Formulaire de collecte de données : Colonne I

Objectif : Réduction annuelle de 40 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une chute entraînant des blessures au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée ayant moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une chute au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée ayant moins de 18 ans

Ensemble des degrés de gravité du préjudice : Du nombre de patients des soins aigus ou des résidents en soins de longue durée ayant fait une chute (dénominateur), indiquer le nombre de patients ou de résidents qui (n') ont subi :

- Aucun préjudice
- Des blessures mineures
- Des blessures modérées
- Des blessures graves
- Des blessures fatales (entraînant le décès)

Le pourcentage sera automatiquement calculé pour chaque catégorie de préjudice et une ligne individuelle s'affichera au graphique de conformité pour chacune des catégories

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant subi un préjudice dû à une chute divisé par le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Le nombre de chutes entraînant des blessures ou la mort peut être obtenu à partir du système de déclaration des incidents-accidents. Aux fins de cette mesure, les blessures occasionnées par des chutes sont catégorisées comme une variable dichotomique, soit blessure = oui / non, sans égard au degré de gravité des blessures.

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les chutes

3.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 3 - Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été effectuée à l'admission. Les données de référence devraient être recueillies pour tous les nouveaux patients chaque mois ou trimestre, selon le volume. Une « chute » se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle.

Dénominateur	
1	Nombre total de patients admis au cours de la période de référence. <input type="text" value="25"/>
Numérateur	
2	Nombre total de patients admis pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée au cours de la période de référence. <input type="text" value="20"/>
Votre résultat	
3	Numérateur/Dénominateur x 100 = %
	Votre résultat <input type="text" value="80.00%"/> Objectif <input type="text" value="100%"/> You have 20.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

3.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission - Description technique

Stratégie : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels on a complété une évaluation du risque de chute à l'admission

Formulaire de collecte de données : Colonne A

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée admis au cours de la période d'observation et pour lesquels on a complété une évaluation du risque de chute

Exclusions du numérateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée admis à l'établissement ou à l'unité au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée admis pour lesquels on a complété une évaluation du risque de chute divisé par le nombre de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée admis dans l'établissement ou l'unité au cours de la période d'observation, puis multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données devraient être colligées pour toutes les nouvelles admissions sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume. Pour les établissements de soins de longue durée qui ont des admissions peu fréquentes, nous recommandons d'inclure toutes les nouvelles admissions et tous les résidents célébrant un anniversaire d'admission lorsque l'évaluation du risque de chute doit être répétée.

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les admissions

4.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement de leur état de santé - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 4 - Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement important de leur état de santé (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été effectuée à la suite d'une chute ou d'un changement de leur état de santé. Les données devraient être recueillies sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume, pour tous les patients qui ont fait une chute ou dont l'état de santé a changé de manière importante. Une « chute » se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Un changement dans l'état de santé est considéré comme « important » s'il nécessite une modification du traitement ou du plan de soins.
Si un patient fait une chute qui entraîne un changement de son état de santé, il ne devrait être comptabilisé qu'une fois. Toutefois, si un patient fait une chute et que son état de santé change sans que cela soit en rapport avec la chute, on devrait comptabiliser chaque événement.

Dénominateur	
1 Nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de la période de référence.	<input type="text" value="25"/>
2 Nombre total de patients dont l'état de santé a changé de manière importante au cours de la période de référence.	<input type="text" value="20"/>
3 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute ou chez qui un changement important de l'état de santé est survenu au cours de la période de référence.	<input type="text" value="45"/>
Numérateur	
4 Nombre total de patients qui ont fait une chute (n° 4.1) et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	<input type="text" value="10"/>
5 Nombre total de patients dont l'état de santé a changé de manière importante (n° 4.2) et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	<input type="text" value="10"/>
6 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute ou chez qui un changement important de l'état de santé est survenu et pour qui une évaluation subséquente du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	<input type="text" value="20"/>
Votre résultat	
7 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat <input type="text" value="44.44%"/> Objectif <input type="text" value="100%"/> You have 55.56% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

4.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement de leur état de santé - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue dont le risque de chute a été évalué à la suite d'une chute ou d'un changement important de leur état de santé

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données (voir les indicateurs de chute 12 et 15).

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur :

- a. Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une chute et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée après l'incident
- b. Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée dont l'état de santé s'est modifié de façon importante et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée après ce changement de l'état de santé au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur :

- a. Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une chute
- b. Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les

patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue ayant fait une chute ou dont l'état de santé a changé de façon importante et chez lesquels on a évalué le risque de chute à la suite de ces événements au cours de la période d'observation *divisé par* le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue ayant fait une chute ou dont l'état de santé a changé de façon importante au cours de la période d'observation. Multiplier le résultat par 100.

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

- Le nombre de chutes peut être obtenu du système de déclaration des incidents-accidents de l'établissement
- Le nombre de patients subissant un changement important de l'état de santé nécessitera une révision du dossier pour déterminer si le médecin a inscrit l'événement dans les notes d'évolution et a modifié le traitement dans les ordonnances médicales.

Plan d'échantillonnage: Comptabiliser tous les patients qui ont chuté ou qui ont eu un changement significatif au niveau de leur état de santé (soit un changement positif ou négatif)

5.0 Pourcentage de patients ou résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 5 - Pourcentage de patients « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Pourcentage de patients identifiés à la suite d'une évaluation du risque de chute comme étant « à risque » et pour qui un plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures, prévoyant par exemple des protecteurs de hanche, a été documenté. Déclarer les données sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume. Une « chute » est un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure.

Dénominateur

1 Inscrire le nombre total de patients actuels (de référence), de nouveaux patients ou de patients dont la date anniversaire d'admission tombe durant la période visée qui ont été identifiés comme étant « à risque » à la suite d'une évaluation du risque de chute au cours de la période de référence.

Numérateur

2 Inscrire le nombre total de patients au n° 1 pour qui une intervention de prévention des chutes ou de protection a été mise en oeuvre au cours de la période de référence.

Votre résultat

3 Numérateur/Dénominateur x 100 = % Votre résultat

Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

5.0 Pourcentage de patients ou résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes / réduction des blessures - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients ou de résidents dits « à risque » pour lesquels on a un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures consigné au dossier (voir la Trousse de départ, pages 70-79)

Formulaire de collecte de données : Colonne D

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée pour lesquels on a un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures consigné au dossier pour la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue durée actuels dits « à risque » à la suite d'une évaluation du risque de chute pour la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue ayant un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures *divisé par* le nombre total de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue actuels, incluant ceux qui sont nouvellement admis ou ceux qui ont un anniversaire d'admission, considérés « à risque » selon une évaluation du risque, pour la période d'observation. Multiplier le résultat obtenu par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

On devrait recueillir des données pour tous les patients ou résidents qui font une chute.

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser tous les patients ou résidents « à risque ».

6.0 Pourcentage des patients ou résidents soumis à des mesures de contention - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

-- Chutes-SCD 6 - Pourcentage de patients soumis à des mesures de contention (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East) --

Année Mois

Pourcentage de patients soumis à des mesures de contention le(s) jour(s) de vérification. Les mesures de contention peuvent être physiques, chimiques ou environnementales et sont utilisées pour limiter l'activité ou contrôler le comportement d'une personne ou immobiliser une partie du corps (voir la Trousse de départ).

Dénominateur	
1	Nombre total de patients de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet d'une vérification au cours de la période de référence. <input type="text"/>
Numérateur	
2	Nombre total de patients soumis à des mesures de contention au moment de la vérification au cours de la période de référence. <input type="text"/>
Votre résultat	
3	Numérateur/Dénominateur x 100 = %
	Votre résultat <input type="text"/>
	Objectif <input type="text"/>

Commentaires et bonnes prises

6.0 Pourcentage des patients ou résidents soumis à des mesures de contention - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée soumis à des mesures de contention le ou les jours de la vérification. Les contentions sont des mesures physiques, chimiques ou environnementales servant à contrôler les activités physiques ou comportementales d'une personne ou d'une partie de son corps (voir la Trousse de départ, pages 64-66).

Formulaire de collecte de données : Colonne F

Objectif : au minimum : maintenir ou en dessous du taux préliminaire

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients ou de résidents de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet d'une vérification et soumis à des mesures de contention au moment de la vérification

Exclusions du numérateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients ou de résidents admis à l'établissement ou à l'unité faisant l'objet d'une vérification au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet de l'audit et soumis à des mesures de contention au moment de l'audit, *divisé par* le nombre de patients en soins aigus ou résidents en soins de longue de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet de l'audit au cours de la période d'observation et multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les patients en soins aigus ou résidents en soins de longue devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les patients en soins aigus ou résidents en soins de longue de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet de l'audit

7.0 Pourcentage des résidents qui sont sous contention physique quotidiennement selon les derniers résultats de l'instrument d'évaluation des résidents - Exemple de feuille de calcul

Soins de longue durée/santé mentale/soins continus complexes

— Chutes-SID 7 - Pourcentage de résidents qui sont sous contention physique quotidiennement selon les derniers résultats de l'instrument d'évaluation des résidents (IÉR) (Patients admis, Adulte)

Année Mois

Le pourcentage de résidents qui sont sous contention physique quotidiennement selon les derniers résultats de l'IÉR (excluant l'évaluation au congé) pour le secteur approprié (p.ex., soins de longue durée, soins continus complexes et santé mentale). Les codes de cette mesure sont: P4c=2, ou p4d=2 ou p4e=2 ET utilise quotidiennement (=2) pour p4c- contention du tronc, p4d- contention des membres et p4e- fauteuil qui empêche le résident de se lever.

Dénominateur

1 Inscrire le nombre total de résidents qui ont eu au moins une évaluation de complétée avec l'IÉR pour cette période de déclaration.

Numérateur

2 Inscrire le nombre de résidents qui sont sous contention quotidiennement lors de cette période de déclaration (se référer à la définition dans la description technique ci-dessus)

Votre résultat

3 Numérateur / Dénominateur x 100 Votre résultat

Objectif 5 % ou moins

Commentaires et bonnes prises

7.0 (Soins de longue durée/santé mentale/soins continus complexes)

Pourcentage des patients ou résidents soumis à des mesures de contrôle physique quotidiennement selon la plus récente évaluation RAI - Description technique

Stratégies(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes dans les soins de longue durée, les soins de santé mentale ou les soins continus complexes

Définition : Le pourcentage de patients ou résidents soumis à des mesures de contrôle quotidiennement selon la plus récente évaluation RAI (excluant l'évaluation au congé) pour le secteur concerné

Remarque : Cette mesure s'applique uniquement aux mesures de contention

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données

Objectif : Comme objectif minimal, maintenir le pourcentage égal ou inférieur aux données de base

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients ou de résidents soumis à des mesures de contrôle quotidiennement selon la plus récente évaluation RAI (pour le secteur concerné : SLD, santé mentale ou soins continus complexes) dans l'unité ou l'établissement faisant l'objet d'une vérification pendant la période d'observation.

Les codes RAI pour cette mesure sont : P4c=2, ou p4d=2 ou p4e=2 ET utilisé quotidiennement (=2) pour p4c - contention du tronc, p4d- contention de membre et p4e- fauteuil empêchant de se lever.

Exclusions du numérateur : Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients ou résidents évalués récemment au moyen du RAI dans l'unité ou l'établissement faisant l'objet d'un audit pendant la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients ou résidents âgés de moins de 18 ans
- Patients ou résidents soumis à des mesures de contention chimiques ou environnementales seulement

Durée de la période d'observation : Les données peuvent être colligées sur une base mensuelle ou trimestrielle dépendant du volume recensé chez les patients/résidents

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de patients ou de résidents soumis à de mesures de contrôle quotidiennement pendant la période d'observation selon la plus récente évaluation RAI dans l'unité ou l'établissement faisant l'objet d'un audit et multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients ou résidents devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les patients ou les résidents de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet de l'audit

7.0 (Soins aigus) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours : patient - Exemple de feuille de calcul

Chutes-SCD 7 - Taux de BLESSURES reliées à des chutes par 1000 jours-patients (Patients admis, Adulte)

Année Mois

Le nombre de blessures entraînées par une chute subies par des patients en soins de courte durée par 1 000 jours-patients. Une chute se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Une blessure reliée à une chute se définit comme une blessure entraînée par une chute, qui nécessite ou un non un traitement. La blessure peut être temporaire ou permanente et de gravité variable.

Dénominateur

1 Nombre total de jours-patients de l'établissement ou de l'unité au cours de la période de référence.

Numérateur

2 Nombre total de BLESSURES reliées à des chutes rapportées au cours de la période de référence.

Votre résultat

3 Numérateur / Dénominateur x 1000 Votre résultat

Objectif Réduction annuelle de 40% ou un taux annuel inférieur ou égal à 0,3

Commentaires et bonnes prises

8.0 (Soins de longue durée) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours : résident - Exemple de feuille de calcul

Chutes-SLD 8 - Taux de BLESSURES reliées à des chutes par 1000 jours-résidents (Patients admis, Adulte)

Année Mois

Le nombre de blessures entraînées par une chute subies par des résidents en soins de courte durée par 1 000 jours-résidents. Une chute se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Une blessure reliée à une chute se définit comme une blessure entraînée par une chute, qui nécessite ou un non un traitement. La blessure peut être temporaire ou permanente et de gravité variable.

Dénominateur

1 Nombre total de jours-résidents de l'établissement ou de l'unité au cours de la période de référence.

Numérateur

2 Nombre total de BLESSURES reliées à des chutes rapportées au cours de la période de référence.

Votre résultat

3 Numérateur / Dénominateur x 1000 Votre résultat

Objectif Réduction annuelle de 40% ou un taux annuel inférieur ou égal à 0,3

Commentaires et bonnes prises

7.0 (Soins aigus) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours : patient - Description technique

8.0 (Soins de longue durée) Taux de blessures reliées à des chutes par 1 000 jours : résident - Description technique

Stratégie(s): Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le nombre de blessures causées par les chutes chez les patients aux soins aigus en soins ou résidents de longue durée par 1000 jours-patient/résident. Une blessure causée par une chute est définie comme un préjudice découlant de la chute qui peut ou non nécessiter un traitement. Le préjudice peut être temporaire ou permanent et varier en gravité.

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données

Objectif : Réduction annuelle de 40 %

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de blessures causées par des chutes (taux de blessures liées à des chutes) signalées dans les soins aigus ou de longue durée par 100 jours-patients ou résidents

REMARQUE : Chaque blessure liée à une chute est comptabilisée pendant la période d'observation, donc un patient ou résident peut avoir subi des blessures liées à une chute ou des chutes chaque mois.

Exclusions du numérateur : Même que pour le dénominateur

Définition du dénominateur : Le nombre total de jours-clients pour l'établissement ou l'unité dans l'établissement

Exclusions du numérateur : Patients aux résidents âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : 1000 jours-patients ou résidents

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de blessures causées par des chutes (blessures liées à des chutes) signalées pendant la période d'observation divisé par le nombre de patients ou de clients dans l'établissement ou l'unité pendant la période d'observation

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

- Le nombre de jours-patient/résident peut être obtenu du service d'admission de l'établissement
- Le nombre de blessures causées par les chutes peut être obtenu du système de déclaration des incidents de l'établissement

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les blessures

9.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque » - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 9 - Pourcentage de patients considérés "à risque" (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients considérés comme étant « à risque » de faire une chute.

Dénominateur	
1 Inscire le nombre total de patients échantillonnés pour cette période de référence.	20
Numérateur	
2 Inscire le nombre total de patients considérés « à risque » au cours de cette période de référence.	10
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 50.00
	Objectif S/O

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

9.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque » - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute à la suite d'une évaluation du risque de chute/d'un dépistage

Formulaire de collecte de données - désignation de la colonne B « Aucun risque » ou « À risque » avec ou non communication du statut « à risque »

Objectif : Ne s'applique pas

** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute lors d'une évaluation du risque de chute au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée faisant l'objet d'une vérification au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients ou résidents devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les patients en soins aigus ou les résidents de longue durée de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet de l'audit

10.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque » et dont le degré de risque a été communiqué - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 10 - Pourcentage de patients considérés "à risque" et dont le degré de risque a été communiqué (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Le pourcentage de patients considérés comme étant « à risque » de faire une chute et dont le facteur de risque a été communiqué au personnel.

Dénominateur	
1 Inscrivez le nombre total de patients considérés « à risque » échantillonnés pour cette période de référence.	<input type="text" value="25"/>
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de patients considérés « à risque » et dont le degré de risque a été communiqué au personnel au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="12"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="48.00"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

10.0 Pourcentage de patients ou résidents considérés « à risque » et dont le degré de risque a été communiqué - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute et dont le niveau de risque a été communiqué au personnel

Formulaire de collecte de données : Colonne B

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute et dont le niveau de risque a été communiqué au personnel

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée « à risque » dont le statut de risque n'a pas été communiqué au personnel

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » de faire une chute dont le statut de risque a été communiqué au personnel, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée jugés « à risque » au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

11.0 Pourcentage de patients ou résidents pour qui une revue des médicaments a été effectuée - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 11 - Pourcentage de patients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission. La revue des médicaments implique une discussion entre le patient et un professionnel de la santé à propos des médicaments du patient, ainsi que l'identification et la résolution de tout problème ou question afférente. La revue des médicaments n'équivaut pas à un bilan comparatif des médicaments

Dénominateur	
1	Inscrire le nombre total de patients échantillonnés pour cette période de référence. 25
Numérateur	
2	Inscrire le nombre total de patients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission pour cette période de référence. 15
Votre résultat	
3	Numérateur / Dénominateur x 100
	Votre résultat 60.00
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@safhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

11.0 Pourcentage de patients ou résidents pour qui une revue des médicaments a été effectuée - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué. Cet examen implique un échange verbal entre le patient/résident/client et un professionnel de la santé afin de déceler et de résoudre tout problème associé à la médication. Les revues des médicaments devraient se faire régulièrement en plus d'être réalisées lors des transferts de soins, d'un incident postérieur à une chute ou d'un changement de l'état de santé du client et/ou à tout moment, à la demande du client. La revue des médicaments n'équivaut pas à un bilan comparatif des médicaments.

Formulaire de collecte de données : Colonne C

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué à l'admission, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

12.0 Patients ou résidents pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée suite à un changement dans leur état de santé - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 12 - Patients pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée suite à un changement dans leur état de santé (%)
(Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé. Les données devraient être recueillies sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume, pour tous les patients dont l'état de santé a changé de manière importante et qui nécessite une modification du traitement.

Dénominateur

1 Inscrire le nombre total de patients ayant connu un changement important de leur état de santé au cours de cette période de référence. 6

Numérateur

2 Inscrire le nombre total de patients ayant connu un changement important de leur état de santé au cours de cette période de référence et pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée. 1

Votre résultat

3 Numérateur / Dénominateur x 100

Votre résultat 16.67

Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

12.0 Patients ou résidents pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complète suite à un changement dans leur état de santé - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé. Des données devraient être recueillies dans tous les cas de patients dont l'état de santé s'est modifié de façon importante et a nécessité un changement de traitement et que l'état de santé s'améliore ou se détériore.

Formulaire de collecte de données : Colonne E

Objectif : 100 %

*** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée dont l'état de santé ne s'est pas modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

13.0 Pourcentage de patients ou résidents ayant fait 2 chutes ou plus - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

— Chutes-SCD 13 - Pourcentage de patients ayant fait 2 chutes ou plus (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East) —

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients qui ont fait 2 chutes ou plus au cours de cette période de référence.

Dénominateur	
1 Inscrive le nombre total de patients échantillonnés pour cette période de référence.	25
Numérateur	
2 Inscrive le nombre total de patients qui n'ont fait aucune chute au cours de cette période de référence.	15 60.00%
3 Inscrive le nombre total de patients qui ont fait 1 chute au cours de cette période de référence.	5 20.00%
4 Inscrive le nombre total de patients qui ont fait 2 chutes au cours de cette période de référence.	3 12.00%
5 Inscrive le nombre total de patients qui ont fait plus de 2 chutes au cours de cette période de référence.	1 4.00%
6 Inscrive le nombre total de patients qui ont fait 2 chutes ou plus au cours de cette période de référence.	1
Votre résultat	
7 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 4.00%
	Objectif

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

13.0 Pourcentage de patients ou résidents ayant fait 2 chutes ou plus - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait 2 chutes ou plus au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne G

Objectif : 0%

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée qui ont fait :

- 0 chute au cours de la période d'observation
- 1 chute au cours de la période d'observation
- 2 chutes au cours de la période d'observation
- >2 chutes au cours de la période d'observation

Note : *Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification durant la période d'observation sera automatiquement calculé et s'affichera pour chaque catégorie*

Exclusions du numérateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait 0, 1, 2, ou >2 chutes, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

14.0 Pourcentage de patients ou résidents dont l'état de santé a été évalué suite à une chute - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 14 - Pourcentage de patients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute.

Dénominateur	
1 Inscrivez le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	10
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont l'état de santé a été évalué suite à cette chute.	8
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 80.00
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

14.0 Pourcentage de patients ou résidents dont l'état de santé a été évalué suite à une chute -Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation du préjudice après le signalement d'une chute au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne H

Objectif : 100 %

** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et l'objet d'une évaluation du préjudice après le signalement d'une chute au cours

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements qui rapportent plus de 5 chutes par mois de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et ayant fait l'objet d'une évaluation du préjudice dès le signalement de l'incident, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

15.0 Pourcentage de patients ou résidents pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complète à la suite d'une chute - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 15 - Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute.

Dénominateur	
1 Inscrivez le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	10
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée.	5
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 50.00
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

[Supprimer](#) [Retour](#) [Enregistrer et retour](#)

15.0 Pourcentage de patients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complète à la suite d'une chute - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne J

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

16.0 Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 16 - Pourcentage de "chuteurs répétitifs" qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Le pourcentage de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et qui ont bénéficié d'une surveillance appropriée pendant 24 à 48 heures après cette chute.

Dénominateur	
1 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="10"/>
Numérateur	
2 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et qui ont bénéficié d'une surveillance appropriée pendant 24 à 48 heures après cette chute.	<input type="text" value="7"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="70.00"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

16.0 Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident

Formulaire de collecte de données : Colonne K

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant subi une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

17.0 Chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 17 - Chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Le pourcentage de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute.

Dénominateur	
1 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="10"/>
Numérateur	
2 Inscrire le nombre total de patients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute.	<input type="text" value="3"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="30.00"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@safethealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

17.0 Chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le pourcentage de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident

Formulaire de collecte de données : Colonne L

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident.

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

18.0 Résultat Prévention des chutes - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 18 - Résultat Prévention des chutes (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année Mois

Le score moyen global de prévention des chutes, exprimé en pourcentage. Cette mesure est automatiquement déterminée à partir des questions A, B, C, D et E du formulaire (de vérification) des collectes de données sur la prévention des chutes.

Dénominateur	
1 Quel est le nombre total de patients pour qui un score de prévention des chutes a été relevé au cours de cette période de référence?	<input type="text" value="25"/>
Numérateur	
2 Quel est le nombre total de patients pour qui les 5 éléments liés à la qualité de la prévention des chutes ont été satisfaits à l'admission au cours de cette période de référence?	<input type="text" value="6"/>
Numerator for Compliance with basic tenets (bundle elements) of the Fall Prevention process	
3 Inscrivez le nombre total de patients qui correspondaient à (A) Un type d'évaluation du risque de chute a été complété à l'admission (choisir la plus détaillée) au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="17"/> 68.00%
4 Inscrivez le nombre total de patients qui correspondaient à (B) Est-ce que le patient a été considéré comme étant « à risque » de faire une chute? au cours de cette période de référence	<input type="text" value="9"/> 36.00%
5 Inscrivez le nombre total de patients qui correspondaient à (C) Une revue des médicaments a été complétée au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="6"/> 24.00%
6 Inscrivez le nombre total de patients qui correspondaient à (D) Un patient doté d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="8"/> 32.00%
7 Inscrivez le nombre total de patients qui correspondaient à (E) Une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement important dans l'état de santé du patient au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="6"/> 24.00%
Votre résultat	
8 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat <input type="text" value="24.00%"/> Objectif <input type="text" value="100%"/> You have 76.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

18.0 Résultat Prévention des chutes - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le résultat moyen d'ensemble sur la prévention des chutes, exprimé en pourcentage du nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné. Ce résultat provient de la compilation des réponses obtenues aux indicateurs suivants : une évaluation du risque de chute a été effectuée à l'admission (col. A); le statut « à risque » a été communiqué au personnel (col. B); un examen de la liste des médicaments a été effectué (col. C); la documentation atteste d'un plan de prévention des chutes/de réduction des blessures (col. D); et une évaluation du risque de chute a été effectuée après un changement important de l'état de santé (col. E). Les résultats moyens individuels pour chacun des indicateurs de l'ensemble énumérés ci-dessus sont également enregistrés au tableau et au graphique de conformité.

Formulaire de collecte de données : alimenté à partir des colonnes A, B, C, D, et E

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DE CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui les 5 indicateurs de qualité de la prévention des chutes énumérés dans la définition ont été satisfaits à l'admission au cours de la période d'observation

Ensemble de prévention des chutes : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée qui ont rempli à l'admission les critères de chacun des 5 indicateurs de qualité de la prévention des chutes énumérés dans la définition au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et

dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

19.0 Résultat Gestation après la chute - Exemple de feuille de calcul

Soins aigus / Soins de longue durée

Chutes-SCD 19 - Résultat Gestion après la chute (Patients admis, Adulte, Chirurgie, Chirurgie cardiaque, 3 East)

Année 2015 Mois Mars

La cote moyenne globale de gestion des chutes, exprimée en pourcentage, ne s'applique uniquement qu'aux patients qui ont subi une chute. Cette mesure est automatiquement déterminée à partir des questions H, J, K et L du formulaire de collecte de données (d'audit) sur la prévention des chutes.

Dénominateur	
1 Quel est le nombre total de patients pour qui une cote de gestion des chutes a été notée au cours de cette période de déclaration?	10
Numérateur	
2 Quel est le nombre total de patients pour qui les quatre (4) éléments liés à la qualité de la gestion des chutes étaient réunis lors de l'admission au cours de cette période de déclaration?	4
Numerator for Compliance with basic tenets (bundle elements) of the Fall Management process	
3 Inscrivez le nombre total de patients qui étaient conformes à (H) Après la chute, le patient a-t-il été évalué pour déterminer s'il y a préjudice? au cours de cette période de déclaration.	6 60.00%
4 Inscrivez le nombre total de patients qui étaient conformes à (J) Une évaluation du risque de chute a-t-elle été faite après la chute? au cours de cette période de déclaration.	4 40.00%
5 Inscrivez le nombre total de patients qui étaient conformes à (K) Surveillance 24 à 48 heures après la chute? au cours de cette période de déclaration.	5 50.00%
6 Inscrivez le nombre total de patients qui étaient conformes à (L) Le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a-t-il été réévalué/révisé après la chute? au cours de cette période de déclaration.	4 40.00%
Votre résultat	
7 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 40.00%
	Objectif 100%
	You have 60.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Annuler Enregistrer et retour

19.0 Résultat Gestation après la chute - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins aigus ou de longue durée

Définition : Le résultat moyen d'ensemble post-gestion des chutes est exprimé en pourcentage du nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui un résultat de gestion des chutes a été consigné. Ce résultat provient de la compilation des réponses obtenues aux indicateurs suivants : une évaluation du préjudice a été effectuée dès que la chute a été rapportée (col. H); une évaluation du risque de chute a été effectuée post-incident (col. J); des mesures de surveillance ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant la chute (col. K); une documentation atteste du réexamen ou de la modification du plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures après la chute (col. L). Les résultats moyens individuels pour chacun des indicateurs de l'ensemble énumérés ci-dessus sont également enregistrés au tableau et au graphique de conformité.

Formulaire de collecte de données : alimenté à partir des colonnes H, J, K, et L

Objectif : 100 %

** Nouvelle mesure **

CALCULATION DETAILS:

Définition du numérateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui tous les 4 indicateurs de qualité de la gestion des chutes énumérés dans la définition ont été satisfaits à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Ensemble de gestion des chutes : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée qui ont rempli les critères de chacun des 4 indicateurs de qualité de la gestion des chutes énumérés dans la définition à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un résultat de gestion des chutes a été consigné au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée âgés de moins de 18 ans
- Patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident, *divisé par* le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Les données sur tous les patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclut tous les patients des soins aigus ou résidents en soins de longue durée faisant l'objet de la vérification

N2 - Descriptions techniques des mesures - Soins à domicile

Description technique des feuilles de travail pour l'établissement des mesures :

Phases de mise en œuvre - Les définitions s'appliquent à toutes les mesures et stratégies.

Phase préliminaire - Pré-intervention. Les données de base devraient être recueillies avant la mise en œuvre de petits tests de changement et devraient refléter le processus en cours.

Première phase (partielle) de mise en œuvre - L'équipe a établi un ou des objectifs clairs concernant la nouvelle approche pour la prévention des chutes, a identifié quelles mesures serviront à déterminer si les changements se traduiront par des améliorations, et a commencé à mettre en œuvre de petits tests de changement (modèle PEÉA) pour identifier et parfaire des processus, des méthodes et des pratiques qui mèneront à des améliorations et à l'atteinte du ou des objectifs. Lorsque l'équipe se rapproche de son objectif, elle est prête à passer à la phase de mise en œuvre complète.

Phase de mise en œuvre complète (objectif atteint) - Les processus, les méthodes et les pratiques sont au point et ont apporté d'importantes améliorations. Les membres de l'équipe de l'unité choisie agissent de manière constante pour appliquer et surveiller ces pratiques et fournissent un rendement soutenu qui leur permet d'atteindre leur objectif ou de s'en rapprocher. L'équipe a atteint son ou ses objectifs et est prête à le ou les diffuser dans d'autres unités.

La méthodologie de mesure et les recommandations concernant la taille d'échantillonnage dont il est question dans cette trousse *En avant* se basent sur le Modèle d'amélioration et sont conçus à accélérer le rythme de l'amélioration en ayant recours au cycle PEÉA, une démarche d'amélioration de type « essai et erreur » basée sur la méthode scientifique.³

Il ne vise pas à imposer la même rigueur que dans une étude de recherche, mais propose plutôt une façon efficace d'aider une équipe à comprendre comment fonctionne le système. Lorsque vous choisissez la taille de l'échantillon de votre intervention, il est important d'examiner l'objectif et l'utilisation de ces données et de reconnaître lors de la déclaration que les résultats sont basés sur un échantillon « x » déterminé par l'équipe.

La portée ou l'échelle⁴ (quantité d'échantillonnage, d'essais ou de temps requis) d'un test doit être décidée en fonction :

1. Du degré de croyance, par l'équipe, que le changement se traduira par une amélioration
2. Des risques reliés à l'échec d'un test
3. Du niveau de préparation de ceux qui auront à faire le changement

Veuillez vous référer à [La trousse En avant sur les cadres d'amélioration \(2015\)](#) pour plus de renseignements.

Définitions - voir pages 217-219 de la TdeD

³ Langley, G., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., Provost, L. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco, Second Edition, CA. Jossey-Bass Publishers. 2009

⁴ Provost, Lloyd P; Murray, Sandra (2011-08-26). *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement* (Kindle Locations 1906-1909). Wiley Kindle Edition.

1.0 Taux de chute par 1 000 clients en soins à domicile - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 1 · Taux de chutes par 1000 clients en soins à domicile (Patients admis, Adulte, EAST SECTOR)

Année 2015 Mois Mars

Une **chute** se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Nombre de chutes par des clients dans un établissement de soins de courte durée par 1 000 jours-clients. Comme chaque chute est comptabilisée pour la période déterminée, un client peut avoir fait une ou plusieurs chutes par mois. Le nombre mensuel des « jours-clients » peut être obtenu auprès du Service d'admission de l'établissement.

Dénominateur	
1 Nombre total de jours-clients de l'établissement ou de l'unité au cours de la période de référence. Le nombre mensuel des jours-clients peut être obtenu auprès du Service d'admission de l'établissement.	1200
Numérateur	
2 Nombre total de chutes signalées au cours de la période de référence.	45
Votre résultat	
3 Numérateur/Dénominateur x 1000	Votre résultat 37.50
	Objectif Réduction annuelle de 40%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

1.0 Taux de chute par 1 000 clients en soins à domicile - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le nombre de chutes parmi les clients en soins à domicile par 1 000 clients

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données

Objectif : Réduction annuelle de 40 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Nombre total de chutes observées ou rapportées pour le mois

NOTE : Chaque chute est comptabilisée au cours de la période d'observation; ainsi, un client peut avoir fait une ou plusieurs chutes au cours du mois

Exclusions du numérateur : Clients âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients au sein de la population cible pour le mois

Exclusions du dénominateur : Clients âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le nombre de clients pour chaque mois peut être déterminé en consultant le système de prise de rendez-vous ou la base de données sur les clients

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de chutes observées ou rapportées au cours de la période d'observation divisé par le nombre total de clients au sein de la population cible, puis multiplié par 1 000

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE :

- Le nombre de clients pour chaque mois peut être déterminé en consultant le système de prise de rendez-vous ou la base de données sur les clients
- Le nombre de chutes entraînant des blessures ou la mort peut être obtenu à partir du système de déclaration des incidents

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les chutes

2.0 Pourcentage de chutes causant des blessures - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 2 - Taux de chutes causant des blessures (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

La définition de cette mesure a été révisée en mai 2014. Le taux de chutes causant des préjudices est un pourcentage qui se calcule en divisant le nombre de clients ayant fait une chute leur causant préjudice par tous les clients ayant fait une chute au cours de la période étudiée, sans égard à l'échelle de gravité du préjudice utilisée par votre établissement. Une chute se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle.

Dénominateur	
1	Nombre total de clients qui ont subi une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="45"/>
Numérateur	
2	Inscrire le nombre total de clients qui ont subi aucun préjudice suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="25"/>
Numerator for Compliance with Category of Harm (bundle elements)	
3	Inscrire le nombre total de clients n'ayant subi Aucun Préjudice suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="20"/> 44.44%
4	Inscrire le nombre total de clients ayant subi un Préjudice Mineur suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="15"/> 33.33%
5	Inscrire le nombre total de clients ayant subi un Préjudice Modéré suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="5"/> 11.11%
6	Inscrire le nombre total de clients ayant subi un Préjudice Majeur suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="4"/> 8.89%
7	Inscrire le nombre total de clients qui sont décédés suite à une chute au cours de la période de référence. <input type="text" value="1"/> 2.22%
Votre résultat	
8	Numérateur/Dénominateur x 100 = % <input type="text" value="55.56%"/> Votre résultat
	Objectif Réduction annuelle de 40%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

2.0 Pourcentage de chutes causant des blessures - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de chutes entraînant des blessures est établi ainsi : le nombre de clients en soins à domicile ayant subi un préjudice dû une chute, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile ayant fait une chute au cours de la période d'observation, sans égard à l'échelle de gravité du préjudice utilisée au sein de votre établissement

L'ensemble des degrés de gravité du préjudice (révisé en mai 2014) indique la gravité du préjudice subi par de clients en soins à domicile (c.-à-d. aucun préjudice; blessures mineures, modérées, graves ou fatales), et s'exprime en pourcentage du nombre de clients en soins à domicile ayant fait une chute.

Formulaire de collecte de données : Colonne I

Objectif : Réduction annuelle de 40 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients ayant fait une chute entraînant des blessures au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une chute au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Ensemble des degrés de gravité du préjudice : Du nombre de clients en soins à domicile ayant fait une chute (dénominateur), indiquer le nombre de patients ou de résidents qui (n') ont subi :

- Aucun préjudice
- Des blessures mineures
- Des blessures modérées
- Des blessures graves
- Des blessures fatales (entraînant le décès)

Le pourcentage sera automatiquement calculé pour chaque catégorie de préjudice et une ligne individuelle s'affichera au graphique de conformité pour chacune des catégories

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou

trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile ayant subi un préjudice dû à une chute divisé par le nombre total de clients en soins à domicile victimes d'une chute au cours de la période d'observation

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE :

Le nombre de chutes entraînant des blessures ou la mort peut être obtenu à partir du système de déclaration des incidents

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les chutes

3.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 3 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été effectuée à l'admission. Les données de référence devraient être recueillies pour tous les nouveaux clients chaque mois ou trimestre, selon le volume. Une « chute » se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle.

Dénominateur	
1 Nombre total de clients admis au cours de la période de référence.	45
Numérateur	
2 Nombre total de clients admis pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée au cours de la période de référence.	12
Votre résultat	
3 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 26.67%
	Objectif 100%
	You have 73.33% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

3.0 Pourcentage des clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à l'admission - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Pourcentage de clients chez qui une évaluation du risque de chutes a été complétée à l'admission

Formulaire de collecte de données : Colonne A

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile admis au cours de la période d'observation et pour lesquels on a complété une évaluation du risque de chute

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients admis en soins à domicile au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de clients admis en soins à domicile pour lesquels on a complété une évaluation du risque de chute divisé par le nombre total de clients admis à l'établissement au cours de la période d'évaluation et multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE :

Les données devraient être colligées pour toutes les nouvelles admissions sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume de clients. Pour les établissements de soins de longue durée qui ont des admissions peu fréquentes, nous recommandons d'inclure toutes les nouvelles admissions et tous les résidents célébrant un anniversaire d'admission lorsque l'évaluation du risque de chute doit être répétée.

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser toutes les admissions

4.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation des risques de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 4 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de leur état de santé (Patients admis, Adulte, Apartment Complex @ 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été effectuée à la suite d'une chute ou d'un changement de leur état de santé. Les données devraient être recueillies sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume, pour tous les clients qui ont fait une chute ou dont l'état de santé a changé de manière importante. Une « chute » se définit comme un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure. Un changement dans l'état de santé est considéré comme « important » s'il nécessite une modification du traitement ou du plan de soins.
Si un client fait une chute qui entraîne un changement de son état de santé, il ne devrait être comptabilisé qu'une fois. Toutefois, si un client fait une chute et que son état de santé change sans que cela soit en rapport avec la chute, on devrait comptabiliser chaque événement.

Dénominateur	
1 Nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de la période de référence.	25
2 Nombre total de clients dont l'état de santé a changé de manière importante au cours de la période de référence.	5
3 Inscrivez le nombre total de clients qui ont fait une chute ou chez qui un changement important de l'état de santé est survenu au cours de la période de référence.	30
Numérateur	
4 Nombre total de clients qui ont fait une chute (n° 4.1) et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	10
5 Nombre total de clients dont l'état de santé a changé de manière importante (n° 4.2) et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	3
6 Inscrivez le nombre total de clients qui ont fait une chute ou chez qui un changement important de l'état de santé est survenu et pour qui une évaluation subséquente du risque de chute a été effectuée au cours de la période de référence.	13
Votre résultat	
7 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 43.33%
	Objectif 100%
	You have 56.67% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Annuler Enregistrer et retour

4.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation des risque de chute a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients dont le risque de chute a été réévalué à la suite d'une chute ou d'un changement important de leur état de santé

Formulaire de collecte de données : Aucune source du formulaire de collecte de données (voir les indicateurs de chute 12 et 15)

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur :

- a. Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une chute et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée après l'incident
- b. Le nombre total de clients en soins à domicile dont l'état de santé s'est modifié de façon importante et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée après ce changement de l'état de santé au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur :

- a. Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une chute
- b. Le nombre total de clients en soins à domicile dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une chute ou dont l'état de santé a changé de façon importante et chez lesquels on a évalué le risque de chute à la suite de ces événements au cours de la période d'observation *divisé par* le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une chute ou dont l'état de santé a changé de façon importante au cours de la période d'observation. Multiplier le résultat par 100.

STRATÉGIE DE COLLECTE :

- Le nombre de chutes entraînant des blessures ou la mort peut être obtenu à partir du système de déclaration des incidents
- Le nombre de patients subissant un changement important de l'état de santé nécessitera une révision du dossier pour déterminer si le médecin a inscrit l'événement dans les notes d'évolution et a modifié le traitement dans les ordonnances médicales.

Plan d'échantillonnage: Comptabiliser tous les patients qui ont chuté ou qui ont eu un changement significatif au niveau de leur état de santé (soit un changement positif ou négatif)

5.0 Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan de prévention des chutes / réduction des blessures - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 5 - Pourcentage de clients « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année Mois

Pourcentage de clients identifiés à la suite d'une évaluation du risque de chute comme étant « à risque » et pour qui un plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures, prévoyant par exemple des protecteurs de hanche, a été documenté. Déclarer les données sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume. Une « chute » est un événement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre appui sur le sol, sur le plancher ou sur toute autre surface située au-dessous d'elle, entraînant ou non une blessure.

Dénominateur	
1 Inscrivez le nombre total de clients actuels (de référence), de nouveaux clients ou de clients dont la date anniversaire d'admission tombe durant la période visée qui ont été identifiés comme étant « à risque » à la suite d'une évaluation du risque de chute au cours de la période de référence.	<input type="text" value="25"/>
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de clients au n° 1 pour qui une intervention de prévention des chutes ou de protection a été mise en oeuvre au cours de la période de référence.	<input type="text" value="10"/>
Votre résultat	
3 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat <input type="text" value="40.00%"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>
	You have 60.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

5.0 Pourcentage de clients « à risque » dotes d'un plan de prévention des chutes / réduction des blessures - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients dits « à risque » à la suite d'une évaluation du risque de chute et pour lesquels on a préparé un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures (voir les pages 70-79, de la TdeD)

Formulaire de collecte de données : Colonne D

Objectif : 100 %

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour lesquels on a un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures consigné au dossier pour la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile actuels dits « à risque » à la suite d'une évaluation du risque de chute pour la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Nombre de clients en soins à domicile ayant un plan de prévention des chutes et de réduction des blessures *divisé par* le nombre total de clients en soins à domicile actuels, incluant les clients nouvellement admis ou les clients qui ont un anniversaire d'admission, considérés « à risque » selon une évaluation du risque, pour la période d'observation. Multiplier le résultat obtenu par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE :

On devrait recueillir des données pour tous les clients qui font une chute

Plan d'échantillonnage : Comptabiliser tous les clients « à risque »

6.0 Pourcentage de clients en soins à domicile soumis à des mesures de contention - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

← Chutes-SAD 6 - Pourcentage de clients en soins à domicile à des mesures de contention (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Pourcentage de clients soumis à des mesures de contention le(s) jour(s) de vérification. Les mesures de contention peuvent être physiques, chimiques ou environnementales et sont utilisées pour limiter l'activité ou contrôler le comportement d'une personne ou immobiliser une partie du corps (voir la Trousse de départ).

Dénominateur	
1 Nombre total de clients de l'unité ou de l'établissement faisant l'objet d'une vérification au cours de la période de référence.	45
Numérateur	
2 Nombre total de clients soumis à des mesures de contention au moment de la vérification au cours de la période de référence.	25
Votre résultat	
3 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 55.56%
	Objectif

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

6.0 Pourcentage de clients en soins à domicile soumis à des mesures de contention - Description technique

Stratégie: Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le nombre total de clients en soins à domicile e soumis à des mesures de contention le ou les jours de la vérification. Les contentions sont des mesures physiques, chimiques ou environnementales servant à contrôler les activités physiques ou comportementales d'une personne ou d'une partie de son corps (voir les pages 64-66, de la TdeD).

Formulaire de collecte de données : Colonne F

Objectif : au minimum maintenir ou en dessous du taux préliminaire

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile faisant l'objet d'une vérification et soumis à des mesures de contention au moment de la vérification

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile faisant l'objet d'une vérification au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile soumis à des mesures de contention au moment de la vérification, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification au cours de la période d'observation et multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

NOTE: Les indicateurs 7.0 et 8.0 sur les chutes ne s'appliquent pas aux clients des soins à domicile

9.0 Pourcentage de clients considérés « à risque » - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

← Chutes-SAD 9 - Pourcentage de clients désignés «à risque» (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année Mois

Le pourcentage de clients considérés comme étant « à risque » de faire une chute.

Dénominateur	
1 Inscrite le nombre total de clients échantillonnés pour cette période de référence.	<input type="text" value="45"/>
Numérateur	
2 Inscrite le nombre total de clients considérés « à risque » au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="40"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="88.89"/>
	Objectif <input type="text" value="S/O"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

9.0 Pourcentage de clients considérés « à risque » - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute à la suite d'une évaluation du risque de chute/d'un dépistage

Formulaire de collecte de données - désignation de la colonne B « Aucun risque » ou « À risque » avec ou non communication du statut « à risque »

Objectif: Ne s'applique pas

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute lors d'une évaluation du risque de chute au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile faisant l'objet d'une vérification au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile faisant l'objet d'une vérification au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

10.0 Pourcentage de clients considérés « à risque » et dont le niveau de risque a été communiqué - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 10 - Pourcentage de clients désignés « à risque » dont ce statut a été communiqué (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de clients considérés comme étant « à risque » de faire une chute et dont le facteur de risque a été communiqué au personnel.

Dénominateur	
1 Inscrite le nombre total de clients considérés « à risque » échantillonnés pour cette période de référence.	40
Numérateur	
2 Inscrite le nombre total de clients considérés « à risque » et dont le degré de risque a été communiqué au personnel au cours de cette période de référence.	38
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 95.00
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

10.0 Pourcentage de clients considérés « à risque » et dont le niveau de risque a été communiqué - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute et dont le niveau de risque a été communiqué au personnel

Formulaire de collecte de données : Colonne B

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute et dont le niveau de risque a été communiqué au personnel

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile « à risque » dont le statut de risque n'a pas été communiqué au personnel

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute lors de leur évaluation du risque de chute

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile jugés « à risque » de faire une chute dont le statut de risque a été communiqué au personnel, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile jugés « à risque » au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

11.0 Pourcentage de clients pour qui une revue des médicaments a été effectuée - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 11 - Pourcentage de clients desquels on a examiné le profil pharmacologique à l'admission (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année Mois

Le pourcentage de clients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission. La revue des médicaments implique une discussion entre le patient et un professionnel de la santé à propos des médicaments du patient, ainsi que l'identification et la résolution de tout problème ou question afférente. La revue des médicaments n'équivaut pas à un bilan comparatif des médicaments.

Dénominateur	
1	Inscrire le nombre total de clients échantillonnés pour cette période de référence. <input type="text" value="45"/>
Numérateur	
2	Inscrire le nombre total de clients pour qui une revue des médicaments a été effectuée à l'admission pour cette période de référence. <input type="text" value="20"/>
Votre résultat	
3	Numérateur / Dénominateur x 100 Votre résultat <input type="text" value="44.44"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

11.0 Pourcentage de clients pour qui une revue des médicaments a été effectuée - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué. Cet examen implique un échange verbal entre le client et un professionnel de la santé afin de déceler et de résoudre tout problème associé à la médication. Les revues des médicaments devraient se faire régulièrement en plus d'être réalisées lors des transferts de soins, d'un incident postérieur à une chute ou d'un changement de l'état de santé du client et/ou à tout moment, à la demande du client. La revue des médicaments n'équivaut pas à un bilan comparatif des médicaments.

Formulaire de collecte de données : Colonne C

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile e pour qui un examen de la liste des médicaments a été effectué à l'admission, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile échantillonnés au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

12.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 17 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée suite à un changement dans leur état de santé (%) (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé. Les données devraient être recueillies sur une base mensuelle ou trimestrielle, selon le volume, pour tous les clients dont l'état de santé a changé de manière importante et qui nécessite une modification du traitement.

Dénominateur	
1	Inscrire le nombre total de clients ayant connu un changement important de leur état de santé au cours de cette période de référence. 35
Numérateur	
2	Inscrire le nombre total de clients ayant connu un changement important de leur état de santé au cours de cette période de référence et pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée. 8
Votre résultat	
3	Numérateur / Dénominateur x 100
	Votre résultat 22.86
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

12.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement dans leur état de santé - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé. Des données devraient être recueillies dans tous les cas de patients dont l'état de santé s'est modifié de façon importante et a nécessité un changement de traitement et que l'état de santé s'améliore ou se détériore.

Formulaire de collecte de données : Colonne E

Objectif : 100 %

** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile dont l'état de santé ne s'est pas modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre clients en soins à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'un changement important de leur état de santé, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile dont l'état de santé s'est modifié de façon importante au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

13.0 Pourcentage de clients en soins domicile avec 2 chutes ou plus - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 13 - Pourcentage de clients en soins domicile avec 2 chutes ou plus (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de clients qui ont fait 2 chutes ou plus au cours de cette période de référence.

Dénominateur	
1 Inscrive le nombre total de clients échantillonnés pour cette période de référence.	45
Numérateur	
2 Inscrive le nombre total de clients qui n'ont fait aucune chute au cours de cette période de référence.	20 44.44%
3 Inscrive le nombre total de clients qui ont fait 1 chute au cours de cette période de référence.	15 33.33%
4 Inscrive le nombre total de clients qui ont fait 2 chutes au cours de cette période de référence.	5 11.11%
5 Inscrive le nombre total de clients qui ont fait plus de 2 chutes au cours de cette période de référence.	5 11.11%
6 Inscrive le nombre total de clients qui ont fait 2 chutes ou plus au cours de cette période de référence.	25
Votre résultat	
7 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 55.56%
	Objectif

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferrhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

13.0 Pourcentage de clients en soins domicile avec 2 chutes ou plus - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile ayant fait 2 chutes ou plus au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne G

Objectif : 0 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile qui ont fait :

- 0 chute au cours de la période d'observation
- 1 chute au cours de la période d'observation
- 2 chutes au cours de la période d'observation
- >2 chutes au cours de la période d'observation

Note : Le pourcentage de clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification durant la période d'observation sera automatiquement calculé et s'affichera pour chaque catégorie

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile échantillonnés pour cette période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de patients des soins aigus ou de résidents en soins de longue durée ayant fait 0, 1, 2, ou >2 chutes, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile échantillonnés au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

14.0 Pourcentage de clients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 14 - Pourcentage de clients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de clients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute.

Dénominateur	
1 Inscrivez le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	45
Numérateur	
2 Inscrivez le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont l'état de santé a été évalué suite à cette chute.	12
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 26.67
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

[Supprimer](#) [Retour](#) [Enregistrer et retour](#)

14.0 Pourcentage de clients dont l'état de santé a été évalué suite à une chute - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation du préjudice après le signalement d'une chute au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne H

Objectif : 100 %

** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile qui ont fait victimes d'une chute au cours de la période d'observation et l'objet d'une évaluation du préjudice après le signalement d'une chute au cours

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : The total number of Home Care clients who experienced at least one fall in this reporting period

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et ayant fait l'objet d'une évaluation du préjudice dès le signalement de l'incident, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

15.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 15 - Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année Mois

Le pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute.

Dénominateur	
1 Inscire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="25"/>
Numérateur	
2 Inscire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée.	<input type="text" value="12"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="48.00"/>
	Objectif <input type="text" value="100%"/>

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

15.0 Pourcentage de clients pour lesquels une évaluation du risque de chute a été complétée à la suite d'une chute - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile ayant fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Formulaire de collecte de données : Colonne J

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée.

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui une évaluation du risque de chute a été effectuée, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

16.0 Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 16 - Pourcentage de "chuteurs répétitifs" qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année Mois

Le pourcentage de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et qui ont bénéficié d'une surveillance appropriée pendant 24 à 48 heures après cette chute.

Dénominateur	
1 Inscire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	<input type="text" value="10"/>
Numérateur	
2 Inscire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et qui ont bénéficié d'une surveillance appropriée pendant 24 à 48 heures après cette chute.	<input type="text" value="7"/>
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat <input type="text" value="70.00"/>
	Objectif <input type="text"/>

Commentaires et bonnes prises

16.0 Pourcentage de « chuteurs répétitifs » qui ont une surveillance en place dans les 24 à 48 heures après la chute - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident

Formulaire de collecte de données : Colonne K

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile durée victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui des mesures de surveillance appropriées ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant l'incident, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile ayant subi une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

17.0 Pourcentage de chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute- Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 17 - Pourcentage de ceux qui «chutent fréquemment» pour lesquels on a revu ou révisé le plan de prévention des chutes et de réduction des blessures après la chute (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

Le pourcentage de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute.

Dénominateur	
1 Inscrire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence.	25
Numérateur	
2 Inscrire le nombre total de clients qui ont fait une chute au cours de cette période de référence et dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute.	15
Votre résultat	
3 Numérateur / Dénominateur x 100	Votre résultat 60.00
	Objectif 100%

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@safhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

17.0 Pourcentage de chuteurs dont le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a été examiné ou révisé suite à une chute - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : Le pourcentage de clients en soins à domicile victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-accident (voir les pages 70-79, de la TdeD)

Formulaire de collecte de données : Colonne L

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile victimes d'une chute au cours de la période d'observation et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-accident

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-accident, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile ayant fait une ou plusieurs chutes au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

18.0 Cote de prévention des chutes - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

Chutes-SAD 18 - Résultat Prévention des chutes (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année: 2015 Mois: Mars

Le score moyen global de prévention des chutes, exprimé en pourcentage. Cette mesure est automatiquement déterminée à partir des questions A, B, C, D et E du formulaire (de vérification) des collectes de données sur la prévention des chutes.

Dénominateur	
1 Quel est le nombre total de clients pour qui un score de prévention des chutes a été relevé au cours de cette période de référence?	25
Numérateur	
2 Quel est le nombre total de clients pour qui les 5 éléments liés à la qualité de la prévention des chutes ont été satisfaits à l'admission au cours de cette période de référence?	6
Numerator for Compliance with basic tenets (bundle elements) of the Fall Prevention process	
3 Inscrive le nombre total de clients qui correspondaient à (A) Un type d'évaluation du risque de chute a été complété à l'admission (choisir la plus détaillée) au cours de cette période de référence.	17 68.00%
4 Inscrive le nombre total de clients qui correspondaient à (B) Est-ce que le client a été considéré comme étant « à risque » de faire une chute? au cours de cette période de référence	9 36.00%
5 Inscrive le nombre total de clients qui correspondaient à (C) Une revue des médicaments a été complétée au cours de cette période de référence.	6 24.00%
6 Inscrive le nombre total de clients qui correspondaient à (D) Un client doté d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures au cours de cette période de référence.	8 32.00%
7 Inscrive le nombre total de clients qui correspondaient à (E) Une évaluation du risque de chute a été complétée suite à un changement important dans l'état de santé du client au cours de cette période de référence.	6 24.00%
Votre résultat	
8 Numérateur/Dénominateur x 100 = %	Votre résultat 24.00%
	Objectif 100%
	You have 76.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferrhealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

18.0 Cote de prévention des chutes (Soins à domicile) - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : La cote moyenne de l'ensemble sur la prévention des chutes, exprimée en pourcentage du nombre total de clients en soins à domicile pour qui une cote de prévention des chutes a été consignée. Ce résultat provient de la compilation des réponses obtenues aux indicateurs suivants : une évaluation du risque de chute a été effectuée à l'admission (col. A); le statut « à risque » a été communiqué au personnel (col. B); un examen de la liste des médicaments a été effectué (col. C); la documentation atteste d'un plan de prévention des chutes/de réduction des blessures (col. D); et une évaluation du risque de chute a été effectuée après un changement important de l'état de santé (col. E). Les résultats moyens individuels pour chacun des indicateurs de l'ensemble énumérés ci-dessus sont également enregistrés au tableau et au graphique de conformité.

Formulaire de collecte de données : alimenté à partir des colonnes A, B, C, D, et E

Objectif : 100 %

** Nouvelle mesure **

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour qui les 5 indicateurs de qualité de la prévention des chutes énumérés dans la définition ont été satisfaits à l'admission au cours de la période d'observation

Ensemble de prévention des chutes : Le nombre total de p clients en soins à domicile qui ont rempli à l'admission les critères de chacun des 5 indicateurs de qualité de la prévention des chutes énumérés dans la définition au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur : Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation, multiplié par 100

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

19.0 Cote de gestion après la chute (Soins à domicile) - Exemple de feuille de calcul

Soins à domicile

– Chutes-SAD 19 - Résultat Gestion après la chute (Patients admis, Adulte, Soins en hébergement, Apt. Complex at 100 Smith Road)

Année 2015 Mois Mars

La cote moyenne globale de gestion des chutes, exprimée en pourcentage, ne s'applique uniquement qu'aux clients qui ont subi une chute. Cette mesure est automatiquement déterminée à partir des questions H, J, K et L du formulaire de collecte de données (d'audit) sur la prévention des chutes.

Dénominateur

1 Quel est le nombre total de clients pour qui une cote de gestion des chutes a été notée au cours de cette période de déclaration? 10

Numérateur

2 Quel est le nombre total de clients pour qui les quatre (4) éléments liés à la qualité de la gestion des chutes étaient réunis lors de l'admission au cours de cette période de déclaration? 4

Numerator for Compliance with basic tenets (bundle elements) of the Fall Management process

3 Inscire le nombre total de clients qui étaient conformes à (H) Après la chute, le client a-t-il été évalué pour déterminer s'il y a préjudice? au cours de cette période de déclaration. 6
60.00%

4 Inscire le nombre total de clients qui étaient conformes à (J) Une évaluation du risque de chute a-t-elle été faite après la chute? au cours de cette période de déclaration. 4
40.00%

5 Inscire le nombre total de clients qui étaient conformes à (K) Surveillance 24 à 48 heures après la chute? au cours de cette période de déclaration. 5
50.00%

6 Inscire le nombre total de clients qui étaient conformes à (L) Le plan de prévention des chutes/réduction des blessures a-t-il été réévalué/révisé après la chute? au cours de cette période de déclaration. 4
40.00%

Votre résultat

7 Numérateur/Dénominateur x 100 = % Votre résultat 40.00%

Objectif 100%

You have 60.00% to get to goal.

Commentaires et bonnes prises

Note: veuillez communiquer avec l'Équipe responsable des mesures (metrics@saferehealthcarenow.ca) si vous voulez SUPPRIMER une donnée ou une feuille de calcul.

Supprimer Retour Enregistrer et retour

19.0 Cote de gestion après la chute (Soins à domicile) - Description technique

Stratégie(s) : Prévention des chutes et des blessures causées par des chutes en soins à domicile

Définition : La cote moyenne de l'ensemble de gestion post chute est exprimée en pourcentage du nombre total de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui une cote de gestion des chutes a été consignée. Ce résultat provient de la compilation des réponses obtenues aux indicateurs suivants : une évaluation du préjudice a été effectuée dès que la chute a été rapportée (col. H); une évaluation du risque de chute a été effectuée post-incident (col. J); des mesures de surveillance ont été mises en place pour les 24 à 48 heures suivant la chute (col. K); une documentation atteste du réexamen ou de la modification du plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures après la chute (col. L). Les résultats moyens individuels pour chacun des indicateurs de l'ensemble énumérés ci-dessus sont également enregistrés au tableau et au graphique de conformité.

Data Collection Form: populated from Columns H, J, K, and L

Objectif : 100 %

**** Nouvelle mesure ****

DÉTAIL DU CALCUL :

Définition du numérateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour qui tous les 4 indicateurs de qualité de la gestion des chutes énumérés dans la définition ont été satisfaits à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Ensemble de gestion des chutes : Le nombre total de clients en soins à domicile qui ont rempli les critères de chacun des 4 indicateurs de qualité de la gestion des chutes énumérés dans la définition à la suite d'une chute au cours de la période d'observation

Exclusions du numérateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Définition du dénominateur : Le nombre total de clients en soins à domicile pour qui un résultat de gestion des chutes a été consigné au cours de la période d'observation

Exclusions du dénominateur :

- Clients en soins à domicile âgés de moins de 18 ans
- Clients en soins à domicile durée n'ayant fait aucune chute

Durée de la période d'observation : Le formulaire de collecte de données permet de saisir les données sur une base journalière, hebdomadaire, mensuelle ou trimestrielle, dépendant du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. Si les données sont colligées localement et soumises de façon agrégée en tant que numérateur et dénominateur, celles-ci peuvent être colligées mensuellement ou trimestriellement, selon ce

qui est souhaitable compte tenu du volume recensé chez les patients des soins aigus ou les résidents en soins de longue durée. On recommande aux établissements où on rapporte plus de 5 chutes par mois chez la population cible de colliger les données sur une base mensuelle.

Définition des termes et expressions : voir la 'Définitions (pages 217-219 de la TdeD)

Formule de calcul : Le nombre de clients en soins à domicile victimes d'une chute et pour qui le plan de prévention des chutes et/ou de réduction des blessures a été réexaminé ou modifié post-incident, *divisé par* le nombre de clients en soins à domicile pour qui un résultat sur la prévention des chutes a été consigné au cours de la période d'observation, multiplié par 100.

Commentaires : Aucun

STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES:

Les données sur tous les clients devraient être recueillies sur une base mensuelle

Plan d'échantillonnage : Inclure tous les clients en soins à domicile faisant l'objet de la vérification

Annexe O - Les voies de l'amélioration : Idées de changements

Reproduit avec la permission de Qualité des services de santé Ontario 2013

Le tableau suivant résume une approche à la réduction des chutes et des blessures causées par les chutes à l'aide d'une méthode d'amélioration et de concepts de changements. Ce cadre de travail est utilisé par l'initiative *Priorité aux résidents* de Qualité des services de santé Ontario dans les établissements de soins de longue durée en Ontario.

Les voies de l'amélioration en bref

Ce tableau vise à vous guider relativement à des aspects pour lesquels des changements devraient être envisager et discuter et donne des étapes possibles pour mettre en oeuvre ces changements qui amélioreront la qualité des services. © Queen's Printer for Ontario, 2013.

Reconnaître et évaluer	Participation des résidents/ familles	Planifier les soins à titre préventif	Améliorer le flux du travail	Établir/normaliser les pratiques routinières	Concevoir des systèmes pour éviter les erreurs
<p>Évaluer tous les résidents au moment de l'admission; lors d'un changement de situation et à intervalles réguliers (une fois par trimestre/par an).</p> <p>Évaluer les résidents « à risque » de chute</p> <ul style="list-style-type: none"> • échelle de Morse; • RAI-MDS. <p>Dépistage : État physique et fonctionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • échelle de Berg • test d'équilibre et de marche de Tinetti. • test de lever-marcher chronométré. <p>Dépistage : Âge de l'ostéoporose, densité minérale osseuse, tassement de la taille, antécédents de chutes, antécédents de fractures dans la famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> • référence : stratégie ontarienne de lutte contre l'ostéoporose dans les foyers de soins de longue durée. <p>Dépistage : Trouble cognitif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • mini-examen de l'état mental; • méthode d'évaluation de la confusion (CAM). 	<p>Identifier clairement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tous les résidents jugés à risque de chute (à l'aide d'identificateurs discrets), dossier médical. <p>Sensibiliser les résidents et les familles aux risques et les faire participer aux stratégies de prévention.</p>	<p>Communiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les risques de chute aux résidents, à la famille et au personnel (oralement, dossier médical, plan de soins, changement de poste, examens des résidents à risque, conférences sur les soins, personnel responsable des programmes, etc.). <p>Planifications des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • établir un plan de soins personnalisé de concert avec le résident, la famille et le personnel et le communiquer (oralement, dossier médical, plan de soins, changement de quart, examen des risques, conférences sur les soins, personnel responsable des programmes, etc.). <p>Stratégies de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> • protecteurs de hanches pour les personnes qui souffrent d'ostéoporose, d'arthrite de la hanche, ont fait des chutes ou risquent de faire une chute, se sont déjà fracturées la hanche, ont de la difficulté à marcher et à se déplacer sans aide et (ou) atteintes de démence; • lits haut/bas; • tapis sur le sol. 	<p>Sensibilisation du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • orientation, une fois par an, à intervalles réguliers; • prévention des chutes et des blessures dues aux chutes; • sécurité des résidents lorsqu'ils se déplacent, évaluation des risques, gestion des risques, suivi après une chute, solutions autres que les moyens de contention, etc. <ul style="list-style-type: none"> • Établir des lignes directrices et des procédures pour la prévention des chutes. • Revoir les lignes directrices de l'organisme concernant les moyens de contention les moins invasifs. • Instaurer un environnement qui appuie les interventions pour la prévention des chutes. • Donner accès aux fournitures et matériel nécessaires à la prévention des chutes et (ou) signaler les cas à risque élevé à l'équipe multidisciplinaire. <p>Modification de l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • organisation du mobilier, éclairage, sorties indiquées clairement, etc. 	<p>Étudier les facteurs de risque supplémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • environnement (sol ciré, encombrement, éclairage, accès aux sonnettes de lit, cordons électriques, etc.); • chaussures des résidents. <p>Examen du traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • consulter le médecin et le pharmacien; • benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, trazodone. <p>Processus de gestion des traitements médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicaments polypharmaceutiques et psychotropes. <p>Examen des risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • déterminer la cause des chutes précédentes; • étudier les problèmes associés au processus de soins qui peuvent contribuer aux chutes. 	<p>Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> • vérification des conditions de sécurité; • inspection des aides à la mobilité; • stimulation (niveaux sonores, taille des groupes); • sonnettes de fauteuil; • solutions autres que les moyens de contention; • évaluation des risques, processus de soins, suivi postérieur aux chutes et planification des soins. <p>Réunions flash sur les chutes.</p> <p>Aider l'équipe d'amélioration du taux de chutes à réaliser les activités susmentionnées.</p>

Reconnaitre et évaluer	Participation des résidents/ familles	Planifier les soins à titre préventif	Améliorer le flux du travail	Établir/normaliser les pratiques routinières	Concevoir des systèmes pour éviter les erreurs
<p>Dépistage : Acuité visuelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • munir les résidents de lunettes correctrices adéquates. 		<p>Stratégies de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • organiser des séances de renforcement des muscles, de l'équilibre et de la coordination pour aider les résidents à se remettre/se maintenir en forme; • programme de renforcement des muscles, de l'équilibre <hr/> <p>Instaurer des mesures d'intervention qui tiennent compte des objectifs, valeurs, besoins, souhaits, préférences et facteurs de risque des résidents.</p>			

Références

- ¹ Al-Aama, T. (2011). Falls in the elderly. Spectrum and prevention - Clinical Review. *Canadian Family Physician*, 57(7), 771-776.
- ² Montero- Odasso, M., Beauchet, O. Hausdorff, J. M. (2012). Gait and cognition: A complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *Journal of American Geriatrics Society*, 60 (11). 2127-2136. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04209.x. Retrieved from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23110433>
- ³ American Geriatrics Society, British Geriatrics Society (AGS/BGS). (2010). AGS/BGS clinical practice guideline: Prevention of falls in older persons. New York (NY). American Geriatrics Society. Retrieved from : http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/2010/
- ⁴ Scott, V., Wagar, L., & Elliott, S. (2011). Falls & related injuries among older Canadians: Fall-related hospitalizations & intervention initiatives. Prepared on behalf of the Public Health Agency of Canada, Division of Aging and Seniors. Victoria BC: Victoria Scott Consulting. Retrieved from : <http://www.injuryresearch.bc.ca>
- ⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Retrieved from : <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/fallcost.html>
- ⁶ Scott, V. (2012). Fall Prevention Programming: Designing, implementing and evaluating Fall Prevention Programs for older Adults. Raleigh, North Carolina: Lulu Publishing.
- ⁷ Scott, V., Wagar, B., Sum, A., Metcalfe, S., & Wagar, L. (2010). A Public Health approach to fall prevention among older persons in Canada. *Clinical Geriatric Medicine*, 26, 705-718. doi:10.1016/j.cger.2010.06.003.
- ⁸ SMARTRISK. (2009). The Economic Burden of Injury in Canada - Executive Summary. SMARTRISK: Toronto, ON. Retrieved from : <http://www.smarkrisk.ca/index.php/burden>
- ⁹ Agence de santé publique du Canada. (2005). Page http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/pro/injury-blessure/seniors_falls/seniors-falls_e.pdf
- ¹⁰ Agrément Canada. (2012). Required Organizational Practices [en ligne]. Retrieved from : <http://www.accreditation.ca/accreditation-programs/qmentum/required-organizational-practices/>
- ¹¹ Mosby's Medical Dictionary, 8th edition ©. (2009), Elsevier. Retrieved from : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/acute+care>
- ¹² Mosby's Medical Dictionary, 8th edition ©. (2009), Elsevier. Retrieved from : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Long+term+care>

- ¹³ McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. © 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc. Retrieved from : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/home+health+care>
- ¹⁴ L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (Révisé 2011). Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult. Toronto: Canada. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
- ¹⁵ Santé Nouvelle-Écosse (2006). Falls Assessment Framework. Nova Scotia Health Promotion and Protection.
- ¹⁶ Ryan, J.W., Dinkel, J. L., Petrucci, K.(1993). Near falls incidence. A study of older adults in the community. *Journal of Gerontological Nursing*,19(12), 23-8.
- ¹⁷ Boushon, B., Neilsen, G., Quigley, P., Rutherford, P., Taylor, J.& Shannon, D. (2008). Transforming Care at the Bedside How-to-Guide: Reducing Patient Injuries from Falls. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, [Online], <http://www.ihi.org>.
- ¹⁸ Universal Falls Precautions Brochure. (2008). Vancouver Coastal Health Authority. Retrieved from : http://www.findingbalancealberta.com/doc_details/233-universal-falls-precaution
- ¹⁹ Health Council of Canada. (2012). Seniors in need, caregivers in distress: What are the home care priorities for seniors in Canada. 1-68. Retrieved from : http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det_gen.php?id=348
- ²⁰ Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. (1997) Development and evaluation of an evidence-based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: Case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315,1049-53. Retrieved from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2127684/>
- ²¹ Registered Nurses of Ontario. (2012). Policy & Political Action. Social Determinants of Health. Retrieved from : <http://rnao.ca/policy/projects/social-determinants-health>
- ²² Merck Manual for Healthcare Professionals. (2012). Falls in the elderly. Retrieved from : http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/falls_in_the_elderly/falls_in_the_elderly.html
- ²³ The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults . *Journal of American Geriatrics Society*, 60, 616-31. Retrieved from : http://www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf
- ²⁴ Puisieux, F., Bulckaen, H., Fauchais,A-L., Drumez, S., Salomez-Granier, F., & Dewailly, P. (2000). Ambulatory blood pressure monitoring and postprandial hypotension in elderly persons with falls or syncope. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55, M535-M540.

- ²⁵ Vloet, L. C. M., Pel-Little, R. E., Jansen, P. A. F., & Jansen, R. W. M. M. (2005). High prevalence of postprandial and orthostatic hypotension among geriatric patients admitted to Dutch hospitals. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(10), 1271-1277. doi:10.1093/gerona/60.10.1271. Retrieved from : <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/60/10/1271.short>
- ²⁶ Le Couteur, D. G., Fisher, A. A., Davis, M. W., & McLean, A. J. (2003). Post prandial systolic blood pressure responses in older people in Residential Care: Association with risk of falling. *Gerontology*, 49(4), 260-264. Retrieved from : <http://content.karger.com/produktedb/produkte.asp?DOI=70408>
- ²⁷ Luciano, G. L., Brennan, M. J., & Rothberg, M. B. (2010). Postprandial hypotension. *The American Journal of Medicine*, 123(3), 281, e1-6. doi:10.1016/j.amjmed.2009.06.026. Retrieved from : [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(09\)00719-0/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(09)00719-0/fulltext)
- ²⁸ Flemming, P. (2006). Utilization of a screening tool to identify homebound older adults at risk for falls: Validity and reliability. *Home Health Care Services Quarterly*, 24(3), 1-26.
- ²⁹ Poss, J. (2009). Risk factors for falls in residential care: Evidence from RAS MDS 2.0 assessment data. Presented at the Residential Care Fall Prevention Summit, Victoria, BC, November 5-9, 2009.
- ³⁰ Lord, S. R., Menz, H. B., & Tiedemann, A. (2003). A Physiological Profile Approach to Falls Risk Assessment and Prevention. *Physical Therapy*, 83(3), 237-251.
- ³¹ Scott, V. et al. (2007). Systematic Review: Multifactorial and functional mobility assessment tools for fall risk among older adults in community, home support, long-term and acute care settings. *Age and Ageing*, 36, 130-139.
- ³² Horak, F. B., Wrisley, D. M., Frank, J. (2009). The Balance Evaluation Systems Test (BESTest) to differentiate balance deficits. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 89(5), 484-498. doi:10.2522/ptj.20080071. [PMC free article][PubMed] [Cross Ref]. Retrieved from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2676433/>
- ³³ Registered Nurses' Association of Ontario (revised 2010). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto, Canada, Registered Nurses' Association of Ontario, [Online] www.rnao.org/bestpractices
- ³⁴ Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S., ..., Leslie, W.D.; Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: Summary. *Canadian Medical Association Journal*, 182(17), 1864-1873. Retrieved from : <http://www.cmaj.ca/content/182/17/1864.full.pdf+html>
- ³⁵ Osteoporosis Canada (2011). Retrieved from : http://www.osteoporosis.ca/index.php/ci_id/8867/la_id/1.htm

- ³⁶ Wagner, L. M., Damianakis, T., Mafriqi, N., & Robinson-Holt, K. (2010). Falls communication patterns among nursing staff working in Long-Term Care settings. *Cinical Nursing Research*, 19(3), 311-326.
- ³⁷ Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). Promoting Safety: Alternative Approaches to Use of Restraints. Toronto: Canada. Registered Nurses' Association of Ontario.
- ³⁸ Brouwer, B., Walker, C., Rydahl, S. & Culham, E. (2003). Reducing fear of falling in seniors through education and activity programs: A randomized trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(6), 829-834.
- ³⁹ Queensland Health (2003). Falls prevention: Best Practice Guideline. [Online]. <http://www.health.qld.gov.au>
- ⁴⁰ Public Health Agency of Canada (2006). Seniors and Aging: Preventing Falls in and Around Your Home. [Online]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/alt-formats/pdf/publications/public/injury-blessure/prevent-eviter/prevent-eviter-e.pdf>
- ⁴¹ Scott, V., Gallagher, E., Higginson, A., Metcalfe, S., & Rajabali, F. (2011). Evaluation of an evidence-based education program for health professionals: the Canadian Falls Prevention Curriculum. *Journal of Safety Research*, 42(6): 501-508.
- ⁴² Nova Scotia Health (2005). Falls Assessment Framework. Nova Scotia Health Promotion and Protection.
- ⁴³ National Institute for Clinical Excellence (2004). Clinical Guideline 21: Falls: The assessment and prevention of falls in older people. London, UK, National Institute for Clinical Excellence.
- ⁴⁴ Gray-Micelli, D. (2008). Preventing falls in acute care. In: Capezuti, E., Zwicker, D., Mezey, M. & Fulmer, T. editors. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 3rd ed. New York (NY): Springer Publishing Company, Inc. p 161-198.
- ⁴⁵ Jensen, L. E., and RenÃ© Padilla. (2011). Effectiveness of interventions to prevent falls in people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 532-540.
- ⁴⁶ Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Systematic Review* 2012., (9): Art. No.: CD007146. Retrieved from : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007146.pub3/abstract>
- ⁴⁷ Neutel, C., Perry, S., & Maxwell, C. (2002). Medication use and risk of falls. *Pharmacoepidemiology Drug Safety*, 11(2), 97-104.
- ⁴⁸ Cadario, B., and BC Falls and Injury Prevention Coalition.(2011). Drugs and the risk of falling: Guidance document. Retrieved from : <http://www.health.gov.bc.ca/prevention/pdf/medications-and-the-risk-of-falling.pdf>

- ⁴⁹ Hanlon, J. T., Boudreau, R. M., Roumani, Y. F., Newman, A. B., Ruby CM, Wright, R. M.,..., Studenski, S. A. (2009). Number and dosage of central nervous system medications on recurrent falls in community elders: The Health, Aging and Body Composition study. *The Journals of Gerontology, A Biological Sciences and Medical Sciences*, 64 (4), 492-498. PMID:2657172.
- ⁵⁰ Huang, E. S., Karter, A. J., Danielson, K. K., Warton, E. M., & Ahmed, A. T. (2010). The association between the number of prescription medications and incident falls in a multi-ethnic population of adult type-2 diabetes patients: The diabetes and aging study. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 25(2), 141-146.
- ⁵¹ Hartikainen, S., Lonroos, E., & Louhivuori, K. (2007). Medication as a risk factor for falls: Critical systematic review. *Journal of Gerontology and Biological and Medical Science*, 62(10),1172-81.
- ⁵² Miller, M., Stürmer, T., Azrael, D., Levin, R., & Solomon, D. H. (2011). Opioid Analgesics and the Risk of Fractures in Older Adults with Arthritis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 430-438. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03318.x
- ⁵³ The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. (2012). American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatric Society*,1-16. DOI:10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x. Retrieved from : www.americangeriatrics.org/files/documents/beers/2012BeersCriteria_JAGS.pdf
- ⁵⁴ Cadario, B., and BC Falls and Injury Prevention Coalition.(2011). Drugs and the risk of falling: Guidance document. Retrieved from : <http://www.health.gov.bc.ca/prevention/pdf/medications-and-the-risk-of-falling.pdf>
- ⁵⁵ Bajcar, J. M., Wang, L., Moineddin, R., Nie, J. X., Tracy, C. S., & Upshur, R. E. (2010). From pharmaco-therapy to pharmaco-prevention: Trends in prescribing to older adults in Ontario, Canada, 1997-2006. *BioMed Central Family Practice*, 11(75). doi:10.1186/1471-2296-11-75. Retrieved from : <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/75>
- ⁵⁶ Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). Health care in Canada, 2011: A focus on seniors and Aging. Retrieved from : https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf
- ⁵⁷ Ramage-Morin, P. L. (2009). Medication use among senior Canadians. *Health Reports*, 20(1), 1-9. Retrieved from : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009001/article/10801-eng.pdf>
- ⁵⁸ Feldman, P. H., Totten, A. M., Foust, J., Naik, D., Costello, B., Kurtzman, E., & McDonald, M. (2009). Medication management: Evidence brief. Center for Home Care Policy & Research. *Home Healthcare Nurse*, 27(6), 379-386.
- ⁵⁹ *Safer Healthcare Now!* (2011). Getting Started Kit. Medication Reconciliation in settings: Acute, Long Term Care, or Home Healthcare. Online: <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/medrec/Pages/resources.aspx>

- ⁶⁰ Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): Application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing*, 37(6), 673-679. doi:10.1093/ageing/afn197. Retrieved from : <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/6/673.full.pdf+html>
- ⁶¹ Marcum, Z. A. & Hanlon, J. T. (2012). Commentary on the New American Geriatric Society Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 10(2). 151-159. Retrieved from : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381503/>
- ⁶² O'Mahony, D., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Hamilton, H., Barry, P., ..., Kennedy, J. (2010). STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *European Geriatric Medicine*, 1(1), 45-51. doi.org/10.1016/j.eurger.2010.01.007. Retrieved from : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878764910000112>
- ⁶³ Noonan, R.K., Sleet, D. A., & Stevens, J.A. (2011). Closing the gap: A research agenda to accelerate the adoption and effective use of proven older adult fall prevention strategies. *Journal of Safety Research*, 42(6), 427-430.
- ⁶⁴ Planek, T. W. (Ed.). (2011). Elderly Falls [Special Topic]. *Journal of Safety Research*, 42(6), 1-541.
- ⁶⁵ Fixsen, D., Scott, V., Blasé, K., Naom, S., & Wagar, L. (2011). When evidence is not enough: The challenge of implementing fall prevention strategies. *Journal of Safety Research*, 42(6), 419-422.
- ⁶⁶ Shanley, C. (2004). Falls and injury reduction in residential aged care. *CN*, 14(1-2), 81-93.
- ⁶⁷ Scherder, E. J. A., Bogen, T., Eggermont, L. H. P., Hamers, J. P. H., & Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*. 22(8), 1203-1208.
- ⁶⁸ Ash, L., McLeod, P. & Clark, L. (1998). A case control study of falls in the hospital setting. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(12), 7-15.
- ⁶⁹ Evans, L. K. & Cotter, V.T. (2008). Avoiding restraints in patients with dementia. Understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing*, 108(3). 41-49.
- ⁷⁰ Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, 2. Art. No.: CD007546. DOI: 0.1002/14651858.CD007546.pub2.
- ⁷¹ Public Health Agency of Canada, Division of Aging and Seniors (2005). Report on seniors' falls in Canada. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- ⁷² Miceli et al. (2004). Current approaches to post-fall assessment in nursing homes. *American Medical Directors Association*, 5(6), 387-394.

- ⁷³ Stolee, P. et al. (2009). Risk factors for hip fracture in older home care clients. *Journal of Gerontology Series A - Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(3), 401-410.
- ⁷⁴ Iowa Health System. (2011). The ABC of Reducing Harm from Falls. Iowa Health System. Retrieved from :
www.ihl.org/knowledge/Pages/ImprovementStories/ABCsofReducingHarmfromFalls.aspx
- ⁷⁵ Simpson, L. A., Miller, W. C., Eng, J. J. (2011) Effect of stroke on fall rate, location and predictors: A prospective comparison of older adults with and without stroke. *PLoS ONE* 6(4): e19431. doi:10.1371/journal.pone.0019431. Retrieved from :
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0019431>
- ⁷⁶ Vergheze, J., Wang, C., & Holtzer, R. (2011). Relationship of clinic-based gait speed measurement to limitations in community-based activities in older adults . *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(5), 844-846.
- ⁷⁷ Tseng, V. L., Yu, F., Lum, F., & Coleman, A. L. (2012). Risk of fractures following cataract surgery in Medicare beneficiaries. *Journal of the American Medical Association*, 308(5), 93-501. doi:10.1001/jama.2012.9014.
- ⁷⁸ National Institute of Health (NIH). (2012). Osteoporosis & Bone Diseases. National Research Centre. Retrieved from :
http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/default.asp
- ⁷⁹ Patient Education Series: Preventing Falls. (2011). *Nursing*, 31. Lippincott Williams & Wilkins. DOI-10.1097/01.NURSE.0000392919.22154.25. Retrieved from :
<http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=1115720>
- ⁸⁰ Brown, A., Coyle, D., Cimon, K. & Farrah, K. (2008). Hip protectors in long-term care: A clinical and cost-effectiveness review and primary economic evaluation. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technology in Health.
- ⁸¹ Costello, E., & Edelstein, J. E. (2008). Update on falls prevention for community-dwelling older adults: Review of single and multifactorial intervention programs. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(8), 1135-1152.
- ⁸² Osteoporosis Canada - Executive summary adapted from Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S.,..., Leslie, W.D.; Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: Summary. *Canadian Medical Association Journal*, 182(17), 1864-1873. Retrieved from :
http://www.osteoporosis.ca/multimedia/pdf/Executive_Summary_October_2010.pdf
- ⁸³ Ontario Osteoporosis Strategy for Long-term Care. (2009).
http://www.osteostategy.on.ca/index.php/ci_id/6333/la_id/1.htm

- ⁸⁴ Annweiler, C., Montero-Odasso, M., Schott, A. M., Berrut, G., Fantino, B., & Beauchet, O. (2010). Fall prevention and vitamin D in the elderly: An overview of the key role of the non-bone effects. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 7(44). Retrieved from <http://www.jneuroengrehab.com/content/7/1/50>
- ⁸⁵ Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S.,..., Leslie, W. D., for the Scientific Advisory Council of Osteoporosis Canada. (2010). Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: Background and technical report. Osteoporosis Canada, 1-89. Retrieved from : http://www.osteoporosis.ca/multimedia/pdf/Osteoporosis_Guidelines_2010_Background_And_Technical_Report.pdf
- ⁸⁶ National Fall Technical Advisory Group. (2001). Fall Prevention Equipment & Technology Resource Guide. VISN 8 Patient Safety Center of Inquiry, Tampa Florida. Retrieved from : http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/fallstoolkit/resources/other/Technology_Assessment_Guide.pdf
- ⁸⁷ Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2012). Facts about Concussion and Brain Injury. WHERE TO GET HELP. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from : http://www.cdc.gov/concussion/pdf/facts_about_concussion_tbi-a.pdf and <http://www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury/>
- ⁸⁸ Nabhani, F. & Bamford, F. (2002). Mechanical testing of hip protectors. *Journal of Materials Processing Technology*, 124(3), 311-318.
- ⁸⁹ Gillespie, W. J., Gillespie, L. D., & Parker, M. J. (2010). Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Systematic Review*, CD001255.
- ⁹⁰ van Schoor, N. M., van der Veen, A. J., Schaap, L. A., Smit, T. J., & Lips, P. (2006) Biomechanical comparison of hard and soft hip protectors, and the influence of soft tissue. *Bone* 39(2),401-407.
- ⁹¹ Kannus, P. & Parkkari, J. (2006). Prevention of hip fracture with hip protectors. *Age and Ageing*, 35(2), ii51-ii54.
- ⁹² Melo, J. D. D., Barbosa, A. S. G., & Guerra, R. O. (2011). Mechanical Evaluation of Polymer Composite Hip Protectors. *International Journal of Biomaterials*, 1-6.
- ⁹³ Mak, C. H. K., Wong, S. K. H., Wong, G. K., Ng, S., Wang, K., Lam, P. K., & Poon, W. S. (2012). Traumatic Brain Injury in the elderly: Is it as bad as we think? *Current Translational Geriatric and Gerontological Reports*. 1, 171-178. DOI10.1007/s13670-012-0017-2.
- ⁹⁴ Memtsoudis, S. G., Dy, C. J., Ma, Y., Chiu, Y.L., Gonzalez Della Valle, A., Mazumdar, M. (2011). In-hospital patient falls after total joint arthroplasty: incidence, emographics, and risk factors in the United States. *The Journal of Arthroplasty*. Retrieved from : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883540311005584>

- ⁹⁵ Victorian Government Health Information. (2010). Best care for older people Everywhere. The toolkit. Retrieved from :
<http://www.health.vic.gov.au/older/toolkit/04Mobility/index.htm>
- ⁹⁶ Adapted from: Institute for Healthcare Improvement. “Measures”. Available online at
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions/Diabetes/Measures/>
- ⁹⁷ Institute for Healthcare Improvement. Trigger Tool for Measuring Adverse Drug Events.
- ⁹⁸ Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Long Term Care Manual. [Online].
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/manuals/ltc_homes/ltc_homes_mn.html
- ⁹⁹ Adapted from Institute for Healthcare Improvement, Tips for Effective Measures; accessed August 9, 2006. Retrieved from :
www.ihl.org/IHI/Topics/Improvement/ImprovementMethods/Measures/tipsfores
- ¹⁰⁰ Adapted from SHN!: How to Guide: Rapid Response Teams May 2007.
- ¹⁰¹ Baker, R. G. (2006) Not Now, I’m Busy: Measurement for Patient Safety. University of Toronto.
- ¹⁰² Muir, S. W., Berg, K., Chesworth, B., & Speechley, M. (2008). Use of Berg Balance Scale for predicting multiple falls in community dwelling elderly people: A prospective study. *Physical Therapy, 88*(4), 449-459. Retrieved from :
<http://ptjournal.apta.org/content/88/4/449.full.pdf+html>
- ¹⁰³ Keller, H.H., Goy, R., & Kane, S-L. (2005). Validity and reliability of SCREEN II (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition- version II). *European Journal of Clinical Nutrition, 59*, 1149-1157.
- ¹⁰⁴ Beath, H., & Keller, H.H. (2007). Nutrition screen showed good agreement when self-and interviewer-administered. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*(10), 1085-1089.
- ¹⁰⁵ American Dietetic Association website (2010). Nutrition Screening, [Online].
<http://www.adaevidencelibrary.com/topic.cfm?cat=3958>
- ¹⁰⁶ Cohendy, R., Rubenstein, L. Z., Eledjam, J. J. (2001). The Mini Nutritional Assessment-Short Form for pre-operative nutritional evaluation of elderly patients. *Aging and Clinical Experimental Research, 13*(4), 293-297.
- ¹⁰⁷ Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salvà, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56*(6), M366-M372.
- ¹⁰⁸ Ferguson, M., Capra, S., Bauer, J., Banks, M. (1999). Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition, 15*(6), 458-64.
- ¹⁰⁹ Public Health Agency of Canada (2009) Safe Living Guide [Online]. Retrieved from
<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/safelive-securite/chap4-eng.php#checklists>

- ¹¹⁰ *Safer Healthcare Now!* (2011). Adapted from: Improvement Frameworks Getting Started Kit. Retrieved from :
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/toolsResources/ImprovementFramework/Documents/Improvement%20Frameworks%20GSK%20EN.PDF>
- ¹¹¹ Associates in Process Improvement (2010). Retrieved from
http://www.apiweb.org/API_home_page.htm
- ¹¹² Langley G, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. New York, N.Y. Jossey-Bass Inc. Wiley and Company.
- ¹¹³ Rashad, M.R., Nielsen, G. A., Nolan, K., Schall, M.W. & Sevin, C. (2006). *A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. [Online].
<http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/AFrameworkforSpreadWhitePaper.htm>
- ¹¹⁴ Majewski, C. & Ballentine, C. (2010). *Spreading Best Practices*. A presentation at the RNAO Best Practice Spotlight Organization Knowledge Exchange Symposium. Toronto, Ontario.