

Prévenir les chutes en soins de santé

Un défi ?

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Centre affilié universitaire
Prévenir, soigner, soutenir... *chaque jour*

Objectifs

1. Partager des stratégies permettant d'élaborer un programme de prévention des chutes dans différents secteurs d'activités;
2. Faire un survol des stratégies efficaces
3. Présenter des moyens utilisés au CSSS de la Vieille-Capitale pour évaluer l'efficacité de son programme.

CSSS de la Vieille-Capitale 2

Intégrer la prévention des chutes dans la pratique clinique

Les ingrédients essentiels

- * Reconnaître ce qui se fait déjà
- * Connaître sa clientèle
- * Impliquer l'équipe clinique tout au long du processus
- * Utiliser les données probantes et les combiner avec l'expérience terrain
- * Garder toujours le sujet d'actualité
- * Évaluer, évaluer. évaluer

CSSS de la Vieille-Capitale 3

Implanter la prévention des chutes dans la pratique clinique

Les questions à se poser

1. Est-ce bien compris? (Les décideurs, les cliniciens, l'équipe de soins, la population)?
2. Le programme est-il flexible et permet-il de conserver les compétences?
3. Est-ce que les différentes séquences prévues peuvent être sacrifiées facilement?
4. Est-ce que ce programme nécessite l'ajout de ressources?

CSRSS de la Vieille-Capitale

4

Implanter la prévention des chutes dans la pratique clinique

Les questions à se poser


5. Est-ce que des éléments du programme peuvent entrer en conflit avec d'autres règles ou processus existants?
6. Peut-on créer des dommages collatéraux?
7. Les résultats attendus agissent directement sur l'utilisateur ou simplement sur le processus?

René Amalberti, HAS 2009

CSRSS de la Vieille-Capitale

5

Les approches selon le secteur clinique

Domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de départ SHN/SSPSM • Interventions multifactorielles (INSPQ) • Otago (Nouvelle Zélande)
Centre hospitalier de courte durée	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de départ SHN/SSPSM
Soins de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de départ SHN/SSPSM • Guide du RAO
Cliniques externes	

CSRSS de la Vieille-Capitale

6

Prévention des chutes
La domicile



CSSS de la Vieille-Capitale 7

Les facteurs de risque selon le programme		
Programme Marche	Interventions multifactorielle personnalisées	Trousse de départ pour un programme de prévention des chutes
≥ 2 chutes dans la dernière année		Antécédents de chute
Troubles d'équilibre ou de marche	Troubles d'équilibre ou de marche	Troubles d'équilibre ou de marche
Médication/alcool	Médication	Médication
Risque nutritionnel	Dénutrition	Dénutrition/déshydratation
Ostéoporose		Ostéoporose
HTO	Hypotension orthostatique (HTO)	Maladie chronique
Troubles cognitifs		Troubles cognitifs
Troubles visuels	Troubles visuels	Handicap auditif et visuel
Environnement	Environnement	Environnement
		↓ force
		Dérangements urinaires/intestinaux
		Âge >80 ans
		Peur de chuter
		Maladie aiguë

Les facteurs de risque selon le programme		
Programme Marche	Interventions multifactorielle personnalisées	Trousse de départ pour un programme de prévention des chutes
≥ 2 chutes dans la dernière année		Antécédents de chute

Chutes récurrentes =

- 1 chute dans les 6 à 12 mois précédents
- Tenir compte des chutes à l'intérieur vs extérieur

ProFaNE, définition of fall

Autres facteurs à considérer:

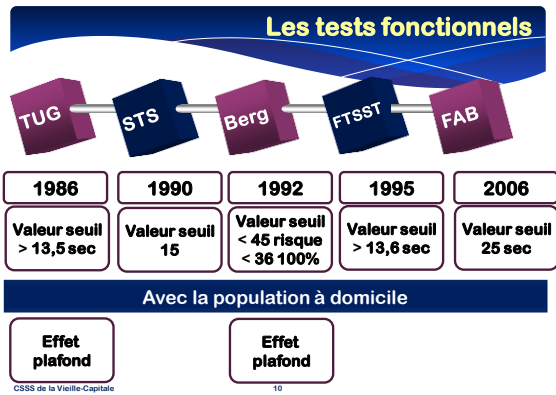
- Être une femme
- Vivre seul
- Chute dans la dernière année
- ≥ 4 médicaments

Buatois, Phys Ther 2010

Otago programme (New Zealand)

- Une chute dans l'année
- ≥ 80 ans

Gardner, Age and ageing 2001



- ### Fullerton Advanced Balance scale
1. Se tenir debout les pieds joints et les yeux fermés (10 s)
 2. Se pencher pour récupérer un objet (crayon) qui est tenue à hauteur d'épaule (distance 12 ")
 3. Tourner sur 360° à droite et à gauche
 4. Monter sur un banc de 6 " de haut
 5. Marcher en tandem (max: 10 pas)
 6. Se tenir sur une jambe (max: 20 s)
 7. Se tenir sur un «foam» (hauteur 2,5") les yeux fermés (max: 20 s)
 8. Sauter avec les deux pieds le plus loin/sécuritaire (max: 2x longueur du pied de l'utilisateur)
 9. Marcher avec la tête tournée (max: 10 pas)
 10. Contrôle postural (capable de reprendre son équilibre lorsque se laisse aller vers l'arrière)

Prévention des chutes

Le centre hospitalier de courte durée

CSSS de la Vieille-Capitale 12

Le Morse		
Facteurs	Variables	Score
Antécédents de chute	Non	0
	Oui	25
Diagnostic secondaire	Non	0
	Oui	15
Aide à la marche	Aucune – Alité – Aide 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	Connait ses limites	0
	Surestime ou oublie ses limites	15
TOTAL		

Morse

0 à 150 points

L'échelle

Risque faible	0 - 24
Risque modéré	25 - 44
Risque élevé	45 et plus

- Utilisé en courte durée et longue durée
- Cependant en longue durée, tous les usagers sont à risque de chute, donc suggestion de calibration:
Bailey P.H et al. 2011, A description of a process to calibrate the Morse fall scale in a long term care home. Applied nursing research 24, 263-268.

Prévention des chutes

Les soins de longue durée



Le V. Scott fall screening tool	
Facteurs	Score
1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	6
2. Présence d'étourdissements ou de vertiges: En position debout ou au transfert couché-assis ou au transfert assis-debout	1
3. État mental perturbé Délirium, démence, dépression ou présence d'agitation ou l'usager ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes	2
4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos	3
5. Admission dans le dernier mois	1
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche	2
7. Faiblesse généralisée Faiblesse verbalisée par l'usager ou Usager incapable de rester debout 2 minutes ou Usager incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (20 pieds) seul	1
8. Continence: ≥ 7 en 24H, nycturie, urgence mictionnelle, incontinence récente	1
9. Médication <ul style="list-style-type: none"> • Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les PRN • Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique 	1 1
10. Usager dépendant lors des transferts qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire	-5

V. Scott fall screening tool

-5 à 19 points

L'échelle

Risque faible à modéré	1 -6
Risque élevé	≥ 7
Déplacements non sécuritaires	> 12

- Créé pour les soins de longue durée
- Non encore validé

SCOTT, Vicky, et al (2006). *Fall Screening Tool: Residential Care*, 2 p .

Prévention des chutes

Les cliniques externes



Les cliniques externes

La mission:

- Rendez-vous? Examen diagnostic? Traitement?

L'environnement / équipement:

- Salle d'attente, salle de réveil, salle d'habillage, tables d'examen, civières, fauteuils, etc..

La clientèle:

- Hospitalisée vs externe, adulte vs âgée, pédiatrie

Le type d'accidents (risques):

- Chute, syncope, effets secondaires des médicaments



Prévention des chutes
Les stratégies

Les précautions universelles: **SAFE**

Safe environment / Environnement sécuritaire

Assist with mobility / Aider la mobilité

Fall risk reduction / Réduction des risques de chute

Engage patient and family / Impliquer l'utilisateur et sa famille

Simon Fraser Health Authority 2009

FACTEURS DE RISQUE		INTERVENTIONS RAPIDES	
1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	6	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des habitudes de vie liées aux AVQ et aux AVD Orientation de l'usager dans le temps et l'espace 	<input type="checkbox"/>
2. Présence d'étourdissements ou de vertiges <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 lui précisant de faire les transferts lentement Enseignement donné à l'usager pour qu'il fasse ses transferts lentement 	<input type="checkbox"/>
3. État mental perturbé Délium, amnésie, dépression ou présence d'agitation ou l'usager ne peut se tenir ou se rasseoir en conscience	2	<ul style="list-style-type: none"> Instauration d'une routine de soins et d'activités 	<input type="checkbox"/>
4. Tentatives de sortir du lit ou de l'axe de la façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos	3	<ul style="list-style-type: none"> Installation d'un moniteur de mobilité (à discuter 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 laisée (s'il y a lieu) à proximité Demande d'utilisation de protecteurs de hanches 	<input type="checkbox"/>
7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse verbalisée par l'usager ou Usager incapable de rester debout 2 minutes ou Usager incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (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 lui précisant d'offrir à l'usager d'aller aux toilettes avant l'administration d'un médicament qui provoque de la somnolence La nuit, modification de l'éclairage menant aux toilettes 	<input type="checkbox"/>
9. Médication <ul style="list-style-type: none"> Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les pm Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique 	1	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance de l'apparition d'effets indésirables Surveillance de la présence de somnolence diurne 	<input type="checkbox"/>
Sous-total			
10 Usager dépendant lors des transferts (qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négligé parce que rend l'usager moins à risque	-5	<ul style="list-style-type: none"> Vérification du positionnement au fauteuil Vérification du positionnement au lit 	<input type="checkbox"/>

Exercices: Mise à jour

1. L'Équilibre

- Diminuer la base de support
- Faire des transferts de poids
- Diminuer l'aide des membres supérieurs

2. L'intensité

Modérée 75 min./sem.	Meyer, Annals of internal med 2012
Élevée: 150 min./sem	
120 min /sem.	Sherrington, NSW Public Health bulletin 2012
≥ 12 semaines	Panel JAGS 2011
25 sem	Vogler, Arch phys med rehab 2012
24 sem	Gardner, Age and Ageing 2001

Les causes des chutes

Étude de Robinovitch, The Lancet 2012

- * Mauvais transfert de poids: 41%
- * Trébucher en déposant ou soulevant le pied, en s'accrochant contre un objet, en s'accrochant contre l'autre pied: 21%
- * Perturbation externe: 11%
- * Perte de conscience: 11%
- * Glisser: 3%
- * Inconnu 3%

Les activités qui causent les chutes
Étude de Robinovitch, The Lancet 2012

- * Marcher droit devant 24%
- * Debout tranquillement 13%
- * S'asseoir ou se pencher: 13%
- * Initiation de la marche 11%
- * Marche spécialisée (atteindre, reculer, marcher de côté, tourner) 39%

25

Exercices: Mise à jour

3. En continu Ne pas cesser après un congé de l'hôpital ou de la réadaptation
 Stratégies pour l'adhésion: Visites, Rappels, Calendrier

3x/sem pour 12 sem
 ↓ partielle ou complète

Vogler, Arch phys med rehab 2012

4. Pour tous Peu importe le niveau de risque
 Les cas de démence
 • Stratégies d'apprentissage sans erreur
 Kessels, Neurorehab 2009
 Sohlberg, Sem speech language 2005

26

Exercices: Mise à jour

5. En groupe ou à la maison Les exercices sont aussi efficaces
 Cochrane 2012

6. La marche n'est pas cruciale

Des programmes d'exercices où la marche est plus importante que les exercices d'équilibre ne diminuent pas les risques de chute

Les programmes sans exercices de marche diminuent les risques de chute

On peut inclure des exercices de marche en autant que ceux-ci n'augmentent pas sur les exercices d'équilibre

27



Exercices: Mise à jour

7. Exercices de force

Utiliser la force que l'usager ne peut faire que 10 à 15 fois

8. Tenir compte des autres facteurs de risque

Gardner, Age and Ageing 2001
 Kessels, Neurorehab 2009
 Sohlberg, Sem speech language 2005
 Sherrington, NSW Public health bulletin 2011
 Panel JAGS 2011
 Vogler, Arch Phys Med Rehab 2012
 Clemson, BMJ 2012
 Gillespie, Cochrane review 2012
 Meyer, Annals of internal med 2012

28



Les autres stratégies

La vision

- Chirurgie pour les cataractes
- Attention: Après un chirurgie pour les cataractes:
 - L'usager peut être plus téméraire parce qu'il voit mieux
 - L'usager peut être plus à risque si un oeil opéré vs l'autre non opéré
- Lunette bifocale: Peut augmenter le risque de chute, surtout chez ceux qui font des activités extérieures.

29



Les autres stratégies

Les protecteurs de hanches

- **Données variables d'une étude à l'autre**
- **Efficacité davantage démontrée en soins de longue durée**
- **Le choix selon les activités et «le patron de chute»**

Critères utilisés au CSSVC

- Chute avec blessure dans les derniers 6 mois
- Indice de Masse Corporelle bas
- Ostéoporose
- Histoire de fracture après 50 ans
- Comportement moins sécuritaire

30



Les autres stratégies

Les moniteurs de mobilité

Beaucoup d'études qualitatives (ACCE 2006, Hyman 2008, Niemeijer 2010, Zwijsen 2011)

Constats

- Difficulté de différencier les priorités lorsqu'il y a plusieurs alarmes
- L'alarme est vue comme une tâche supplémentaire
- L'alarme est banalisée car beaucoup de faux positifs
- L'alarme peut procurer un faux sentiment de sécurité
- Le personnel est davantage centré sur l'alarme que sur le besoin de l'utilisateur

Et des questions:

- Introduit-on un nouveau risque en raison du délai à répondre à l'alarme?
- Est-ce que l'alarme diminue l'implication du personnel (présence lorsque le moniteur sonne)
- Stigmatisation?



Les autres stratégies

Les moniteurs de mobilité

Des pistes:

1. Déterminer la raison d'utilisation: Évaluation? Surveillance
2. Déterminer la réponse à donner:
 - Vitesse de réponse vs nombre de moniteurs, type de sonnerie
 - Vitesse de réponse vs comportement de l'utilisateur
3. Communiquer:
 - La raison de l'utilisation
 - La réponse attendue (répondre au besoin de l'utilisateur)
4. Effectuer une bonne gestion: D'un moniteur pour un usager et des moniteurs sur l'unité



Les autres stratégies

Les tournées

- Les tournées du personnel soignant sont en général aux 2 heures
- Il y a peu d'évaluation des processus liés aux tournées
- Des tournées aux heures pour certains usagers peuvent aider à réduire le nombre de chutes

Rondinelli JONA 2012, Tzeng BMC 2012, Tucker Worldviews EB nurs 2012)



Les autres stratégies

Les lits bas

Pas d'effets démontrés selon des revues de littérature faites par Cochrane et l'UETMIS du CHUQ, Québec

L'environnement

Selon une étude menée en Australie (Currier, Australasian J ageing 2011), les ergothérapeutes tendent à évaluer les risques reliés à l'environnement sans suffisamment tenir compte de l'histoire de chute de l'usager. Ils ont donc remarqué des chutes dans des pièces non évaluées et modifiées par l'ergothérapeute.

Piste: Faire un plan des pièces et marquer d'un «X» l'endroit où a eu lieu la ou les chutes (chuteur récurrent)

34



Les autres stratégies

En clinique externe

- Procéder à l'analyse des incidents/accidents
- Utiliser du matériel à hauteur variable avec appui-bras ou barres d'appui
- Ajuster la surveillance selon le risque (ex: salle de réveil)
- Installer des affiches dans les salles d'attente pour sensibiliser la clientèle aux risques de chute
- Mettre des chaises dans les salles d'habillage/déshabillage, s'assurer qu'au moins une d'entre elles est accessible avec un fauteuil roulant

35



Les autres stratégies

En clinique externe

- Installer des rappels pour le personnel dans des endroits stratégiques (ex: laisser toujours la civière au plus bas)
- Pour la clientèle hospitalisée: Assurer l'identification de ceux à risque de chute
- Effectuer un bon transfert d'information entre les secteurs d'activité
- Donner de la formation au personnel

36





1. Taux de chutes par 1 000 jours-patient/résident (**indicateur de résultats**)
2. Pourcentage de chutes causant une blessure (**indicateur de résultats**)
3. Pourcentage de résidents pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée à l'admission (**indicateur de processus**)
4. Pourcentage résidents pour lesquels une évaluation des risques de chutes a été complétée à la suite d'une chute ou d'un changement significatif de l'état de santé (**indicateur de processus**)
5. Pourcentage de résidents « à risque » dotés d'un plan documenté de prévention des chutes/réduction des blessures (**indicateur de processus**)
6. Utilisation de contentions (**indicateur d'équilibre**).



1. Taux de chutes par 1 000 jours-patient/résident (**indicateur de résultats**)

Pour tous les secteurs

Au domicile:

- Le nombre de chutes lors de prestation de services
- Le nombre de chutes déclarées par les usagers

Cible?

Moyens d'évaluation

Analyse des indicateurs

Cas traceur (Agrément Canada)

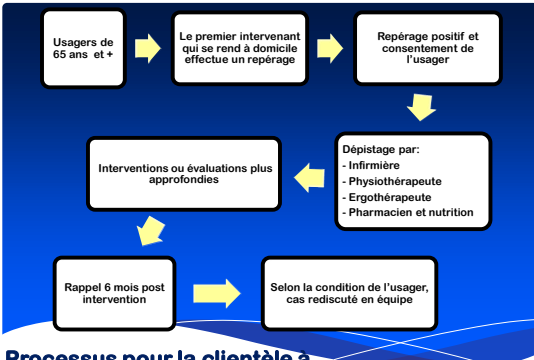
- Consultation du programme;
- Consultation de dossiers
Présence des outils d'évaluations et d'interventions
- Discussion avec des intervenants

Audits de dossier

Sondages

CSSS de la Vieille-Capitale

40



Processus pour la clientèle à Domicile

Exemple: Évaluation d'un programme à domicile

Analyse des indicateurs

- La cible n'est pas atteinte quant au nombre d'utilisateurs dépistés

Cas traceur

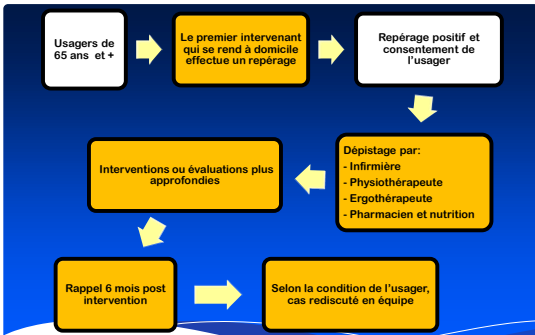
- Beaucoup de variabilité et de délais dans les prises en charge par les différents intervenants
- Outils d'évaluation et d'intervention à différents endroits dans le dossier
- Confusion entre repérage et dépistage par les intervenants

Audits de dossier: Non

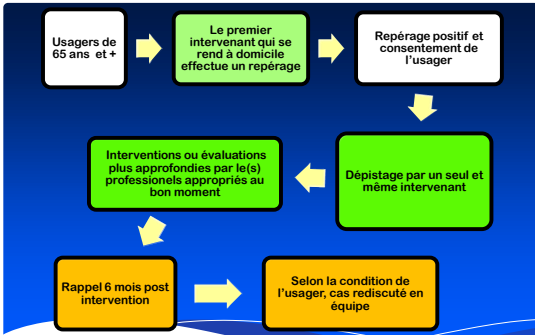
Sondages: Non

CSSS de la Vieille-Capitale

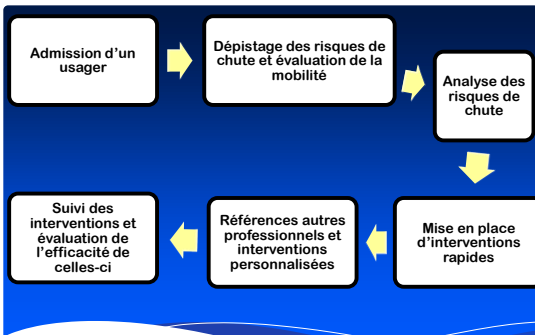
42



Processus pour la clientèle à Domicile



Processus pour la clientèle à Domicile



Processus dans un centre d'hébergement

Exemple: Évaluation d'un programme en centre d'hébergement

Analyse des indicateurs

- Taux de chute varient entre 6 et 8 et certains C.H. conservent une tendance élevée (taux de 8)
- Le pourcentage de chutes causant un blessure sérieuse est faible partout
- Le pourcentage de dépistage à l'admission est de près de 100%
- Le taux de contention reste stable depuis quelques année (≤ 10%, excluant les côtés de lit)

Autre constat

- Le personnel connaît peu les indicateurs et encore moins la manière de les interpréter

CSSS de la Vieille-Capitale

46

Exemple: Évaluation d'un programme en centre d'hébergement

Cas traceur

- Le dépistage est effectivement fait mais pas dans les délais prévus
- Confusion dans l'interprétation de certains items dans le dépistage, selon les intervenants

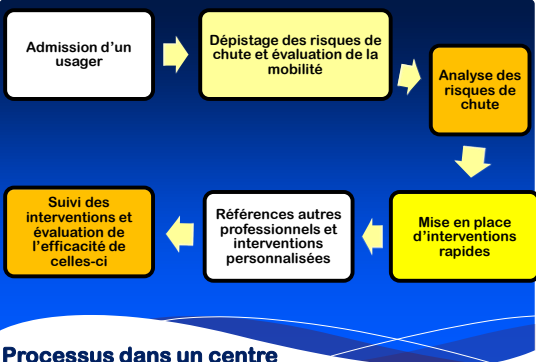
Audits de dossier: (Entre 40 et 60 dossiers)

Exemple d'items

- Interventions reliées aux facteurs de risque
- Score au dépistage vs le plan de prévention des risques de chute
- Présence de moniteur, protecteurs de hanches, aide à la marche
- Note au dossier sur le risque de chute par les professionnels impliqués

CSSS de la Vieille-Capitale

47



Processus dans un centre d'hébergement

1. L'usager a fait 3 chutes ou plus dans les 6 derniers mois	► Chutes relatives par l'usager ou sa famille ou notées au dossier
2. Présence d'étourdissements ou de vertiges <ul style="list-style-type: none"> En position debout ou Au transfert couché-assis ou Au transfert assis-debout 	► Verbalisé par l'usager ou observé lors d'une intervention
3. État mental perturbé Délirium, dépression, agitation ou présence d'agitation ou l'usager ne peut pas suivre ou se rappeler les consignes	► Délirium ou dépression en phase active
4. Tentatives de sortir du lit ou du fauteuil de façon non sécuritaire vu une perte de compréhension, de l'agitation ou le syndrome des jambes sans repos	► Observées aux transferts seulement
5. Admission dans le dernier mois	
6. Troubles de la mobilité, de l'équilibre ou de la marche	► Voir aussi le formulaire Physiothérapie – évaluation de la sécurité.
7. Faiblesse généralisée <ul style="list-style-type: none"> Faiblesse verbalisée par l'usager ou Usager incapable de rester debout 2 minutes ou Usager incapable de faire au moins 2 des activités suivantes : aller aux toilettes seul, s'asseoir et se lever seul, s'habiller seul, marcher 6 m (20 pieds) seul 	► L'incapacité de faire les activités doit être due à la faiblesse et non à un autre problème telles des atteintes cognitives. ► Incapacité avec ou sans aide à la marche
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) 	► Situations qui font que l'usager tente d'aller aux toilettes rapidement, souvent ou de nuit.
9. Médication <ul style="list-style-type: none"> Usager prenant 5 médicaments et plus incluant les pm Utilisation d'un benzodiazépine, d'un antidépresseur, d'un antipsychotique ou d'un narcotique 	► Ne pas inclure les gouttes, les onguents, les crèmes, les vitamines et minéraux (ex. : fer, calcium).
Sous-total	
10. Usager dépendant lors des transferts (qui ne peut pas se lever seul et ne tente pas de le faire) *Négatif parce que rend l'usager moins à risque	► ATTENTION, le facteur 10 est négatif , car il rend l'usager moins à risque.

Exemple: Évaluation du programme en centre d'hébergement

Stratégies

- Création d'une équipe de facilitateurs (infirmières/ergothérapeutes/professionnels en physiothérapie et nutritionniste)
- Audit simple sur deux dossiers par site par les facilitateurs:
- Formation des facilitateurs
- Utilisation du modèle «Appreciative Inquiry»
 - Découvrir: ce qui est déjà bien fait dans les milieux
 - Rêver: ce qui pourrait être amélioré
 - Planifier l'amélioration
 - Apprendre des expériences

Réponses aux questions

1. Est-ce bien compris?
 Il faut toujours garder le sujet d'actualité



2. Le programme est-il flexible et permet-il de conserver les compétences?

Il est suffisamment flexible pour s'ajuster aux quarts de travail et aux différents sites



Réponses aux questions

3. Est-ce que les différentes séquences prévues peuvent être sacrifiées facilement?



Oui, les interventions rapides, le score vs le logo

4. Est-ce que ce programme nécessite l'ajout de ressources?

Non mais...



CSSS de la Vieille-Capitale

52

Réponses aux questions

5. Est-ce que des éléments du programme peuvent entrer en conflit avec d'autres règles ou processus existants?



Cohérences avec les autres procédures, les règles de soins et les normes professionnelles

6. Peut-on créer des dommages collatéraux?

Rester vigilant (ex: moniteurs de mobilité)



CSSS de la Vieille-Capitale

53

Réponses aux questions

5. Les résultats attendus agissent directement sur l'utilisateur ou simplement sur le processus?

Actuellement: pas de diminution des taux de chutes
Le taux de blessures reliées aux chutes et le taux de contentions sont bas



CSSS de la Vieille-Capitale

54

La prévention des chutes, c'est possible



Merci!

Coordonnées:

- * Helene.riverin@csssvc.qc.ca
- * **Téléphone: 418-681-8787 (3954)**



56

Bibliographie

APPRENTISSAGE

1. **Kessels RPC** Effects of errorless skill learning in people with mild-to-moderate or severe dementia: A randomized controlled pilot study *Neurorehab* 25, 307-312 **2009**
2. **Sohlberg MM** Instructional techniques in cognitiverehabilitation: a preliminary report *Seminars in speech and language* 28(4) **2008**
3. **Tilborg VH** How should we teach every day skills dementia? A controlled study comparing implicit and explicit training methods *Clin rehab online* 2011
4. **Tilborg VH** Motor-skill learning in Alzheimer's disease: A review with an eye in the clinical practice *Neuropsychol review* 17, 203-212 **2007**

AUDIT ET IMPLANTATION

5. **Foy R** What do we know about how to do audit and feedback? Pitfalls in applying evidence from a systematic review *BMC Health services research* 5(50) **2005**
6. **Dixon-Woods M** Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from health foundation's programme evaluations and relevant literature *BMJ Quality and safety online* first **2012**
7. **Dogherty EJ** Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation *Implementation science* 73 **2012**

Bibliographie

CHUTES À DOMICILE

8. **Ganz DA** Monitoring Falls in Cohort Studies of Community-Dwelling Older People: Effect of the Recall Interval JAGS 53(12) 2005
9. **Hanna MT**, Optimizing the tracking of falls in studies of older participants: Comparison of quarterly telephone recall with monthly falls calendars in the MOBILIZE Boston study. American journal of epidemiology 171 (9) 2010.

CLINIQUE EXTERNES

10. **Dawn LF** Quality improvement project eliminates falls in recovery area of high volume endoscopy unit. BMJ quality and safety 20, 170-173 2011
11. **Heung M**, A Successful Approach to Fall Prevention in an Outpatient Hemodialysis Center Clin J Am Soc Nephrol 5: 1775-1779, 2010.

ENVIRONNEMENT

12. **Currin ML** Staying at home, home environmental audit recommendations and uptake in an older population at high risk of falling Australasian J of Ageing 31 (2) 2012
13. **Leclerc BS** Relationship between home hazards and falling among community-dwelling seniors using home-care services. Revue d'épidémiologie et de santé publique 58 3-11 2010
14. **Tse T** The environment and falls prevention: DO environmental modifications make a difference Australian OT J 52: 271-281 2005

Bibliographie

ÉQUILIBRE

15. **Pedroso RV**, Balance, executive functions and falls in elderly with Alzheimer's disease: a longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr In press 2011.

EXERCICES

16. **Almeida TL** Minimally supervised multi-modal exercise to reduce falls risk among economically and educationally older adults Journal Ageing phys activities 2012
17. **Gillespie LD** Interventions for preventing falls in older people living in the community Cochrane review 2012
18. **Haas R** Clinical decision making in exercise prescription for falls prevention PHYS THER online first 2012
19. **Gardner M** Practical implementation of an exercise-based falls prevention programme Age and ageing 30, 77-83 2001
20. **Otago programme:**
http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/publications_promotion/prd_ctrb118334.pdf
21. **Panel on Prevention of Falls in Older Persons** Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons JAGS 59(1) 2011

Bibliographie

EXERCICES

22. **Ribeiro AM** Is the history of falls an indicative of greater decline in quadriceps muscle function and postural sway? Topics in Geriatric Rehabilitation. 28(1):60-66, January/March 2012.
23. **Sherrington C** Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations NSW Public Health Bulletin 23(3-4) 2011
24. **Vogler CM** Evidence of detraining after 12-week home-based exercise programs designed to reduce fall-risk factors in older people recently discharged from hospital. Arch Phys Med Rehabil. 93(10) 2012

LITS BAS

25. **Barker A** Reducing serious fall-related injuries in acute hospitals: are low-low beds a critical success factor? JAN March 2012
26. **Haines TP** Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds in hospital wards for the prevention of falls and fall injuries JAGS 58 435-441 2010

MONITEURS DE MOBILITÉ

27. **ACCE** Impact of clinical alarm on patient safety J of clinical engineering January/March 2007
28. **Lee A** Using root cause analysis to reduce falls with injury in the psychiatric unit General hospital psychiatry In press 2012
29. **Hyman WA** Fault tree analysis and clinical alarms J of clinical engineering April/June 2008

Bibliographie

MONITEURS DE MOBILITÉ

- 30. **Niemeijer AR** Ethical and practical concerns of surveillance technologies in residential care for people with dementia or intellectual disabilities: an overview of the literature *Intern psychologer* 22(7) **2010**
- 31. **UETMIS CHUQ** Évaluation de la surveillance constante et des technologies d'aide à la surveillance comme mesures alternatives à la contention et à l'isolement chez des adultes hospitalisés ou en centre d'hébergement Québec juillet **2012**
- 32. **Zwijsen SA** Surveillance technology: an alternative to physical restraint? *IJ nursing home* In press **2011**

OUTILS D'ÉVALUATION

- 33. **Bailey PH** A description of process to calibrate the Morse fall scale in a long-term care home *Applied nursing research* 24, 263-268 **2011**
- 34. **Buatois S** A simple clinical scale to stratify risk of recurrent falls in community-dwelling adults aged 64 years and older *PHYS THER* 90, 550-560 **2010**
- 35. **Hernandez D** Predicting which older will or will not fall using the Fullerton Advanced Balance Scale *Arch Phys Med Rehabil* 89 **2008**

Bibliographie

OUTILS D'ÉVALUATION

- 36. **McGinnis PQ** Factors that influence the clinical decision making of physical therapists in choosing a balance assessment approach *PHYS THER* 89(3) **2009**
- 37. **Minoru Y** Development of a new fall risk assessment index for older adults *intern j geron* In press **2011**
- 38. **Scott V** Fall risk screening tool for long term care facilities **2006**
- 39. **Wagenaar R** Development of a clinical Multiple-Lunge Test to predict falls in older adults. *Arch Phys Med Rehabil.* 93(3) **2012**

PROTECTEURS DE HANCHES

- 40. **Gillespie LD** Hip protectors for preventing hip fractures in older adult *Cochrane review* **2010**
- 41. **Laing AC** The effects of pad geometry and material properties on the biomechanical effectiveness of 26 commercially available hip protectors *J of biomechanics* 44, 2627-2635 **2011**

TOURNÉES

- 42. **Rondinelli J** Hourly rounding implementation A multisite description of structures, processes and outcomes *JONA* 42, 326-332 **2012**

CSSS de la Vallée-Capitale 63

Bibliographie

TOURNÉES

- 43. **Tucker SJ** Outcomes and challenges in implementing hourly rounds to reduce falls in orthopedic units *Worldviews on evidence-based nursing* First Quarter **2012**
- 44. **Txeng HM** The contribution of staff call light response time to fall and injurious fall rate: an exploratory study in four US hospitals using archived hospital data *BMJ health services research* 12:84 **2012**

VISION

- 45. **Meulenens LB** First Eye cataract surgery and hospitalization from injuries due to a fall: a population-based study *JAGS* **2012**

CSSS de la Vallée-Capitale 63

Bibliographie

SITES INTERNETS

Trousse de départ: Prévention des chutes (Safer healthcare now)
<http://www.saferhealthcarenow.ca/FR/Interventions/Falls/Documents/Chutes%20-%20Trousse%20En%20avant.pdf>

Programme de prévention des chutes de l'INSPQ
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1242_PrevChutesPersAgeesRecommandations.pdf

Programme de prévention des chutes RNAO
http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_des_chutes_et_des_blessures_associees_chez_la_personne_agee.pdf

Programme de prévention des chutes CSSS de la Vieille-Capitale
<http://www.cssvc.qc.ca/telechargement.php?id=926>
