

Publication

Sécurité des patients Suisse

N° 2



Prévention des chutes

Guide et recommandations à l'attention des

- hôpitaux
- établissements de long séjour
- institutions sanitaires de premier recours (services d'aide et de soins à domicile et médecins traitants)

Direction du projet et conception:
Olga Frank et Dr René Schwendimann

en coopération avec l'Institut des sciences
infirmières de l'Université de Bâle



sécurité des patients suisse

La Fondation pour la sécurité des patients ...

- a été créée en décembre 2003 par la Confédération, l'Académie suisse des sciences médicales, les principales associations professionnelles du domaine sanitaire, le canton du Tessin et l'Organisation suisse des patients;
- se trouve dans un processus dynamique d'extension et de développement;
- est une plate-forme nationale dédiée à la promotion de la sécurité des patients;
- encourage, coordonne et développe des activités, des méthodes, des projets et des connaissances visant à améliorer la sécurité des patients et à réduire le nombre d'erreurs survenant dans leur prise en charge;
- travaille à cette fin au sein de réseaux et sous d'autres formes de coopération avec des fondations, fournisseurs de prestations, associations, autorités, spécialistes, bailleurs de fonds, institutions de formation et organisations de patients;
- s'appuie ainsi sur le large soutien de tous ses partenaires.

Au conseil de fondation sont représentés ...

- l'Académie suisse des sciences médicales – ASSM
- la Confédération suisse, par l'Office fédéral de la santé publique – OFSP
- la Fédération des médecins suisses – FMH
- l'Association suisse des infirmières et infirmiers – ASI
- l'Association suisse des experts en soins infirmiers – PES
- la Société suisse d'odonto-stomatologie – SSO
- la Société suisse des pharmaciens – SSPh
- la Société suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux – GSASA
- l'Association suisse de physiothérapie – physioswiss
- l'Organisation suisse des patients et assurés – OSP
- l'Ente Ospedaliero Cantonale, Tessin – EOC
- H+ – Les Hôpitaux de Suisse
- la Fédération suisse des directeurs d'hôpitaux – FSDH
- Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica – fmch
- le Collège de médecine de premier recours
- la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé – CDS

La fondation bénéficie du soutien ... (depuis 2004; état décembre 2007)

- de ses membres fondateurs (voir ci-dessus),
 - des cantons suivants: Aarau, Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Berne, Fribourg, Grisons, Jura, Lucerne, Obwald, Schaffhouse, Schwytz, Soleure, St-Gall, Tessin, Uri, Vaud, Zoug, Zurich,
 - de donateurs, promoteurs et partenaires,
 - de spécialistes motivés, en Suisse et à l'étranger.
-

Définition de la chute

Événement conduisant une personne à se retrouver de façon non intentionnelle au sol ou à tout autre niveau inférieur.¹

Désignation des personnes et utilisation des termes de patient/résident/client

Pour des raisons de confort de lecture, seule la désignation masculine des personnes est utilisée dans le présent texte. Les femmes sont bien sûr toujours incluses.

Pour le même motif, les termes de patient/résident/client ne sont pas toujours employés au sens strict au sein des institutions. Leur usage correct reste toutefois le suivant: patient → hôpitaux; résident/client → établissements de long séjour; client/patient → services d'aide et de soins à domicile et cabinets médicaux.

Sommaire

Sommaire	5
Avant-propos de la Fondation pour la sécurité des patients	5
Avant-propos de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle	5
Introduction	6
Membres du groupe d'experts	8
Prémises du groupe d'experts	8
But, structure et utilisation de la brochure	9
Processus de gestion des risques – Etapes	10
1 ^{re} étape: identification du risque	12
2 ^e étape: estimation du risque	14
3 ^e étape: prévention et intervention	16
4 ^e étape: évaluation	18
Réaction à la suite d'une chute	20
Instruments (sélection)	22
Sélection d'instruments pour l'identification du risque (1 ^{re} étape)	23
– Test de double tâche (parler en marchant)	23
– Marche des 5 mètres	23
– Test de la montre	24
– Timed up and go Test (TUG)	25
– STRATIFY Fall Risk Assessment Tool	26
– Morse Fall Scale	27
Sélection d'instruments pour l'estimation du risque (2 ^e étape)	28
– Berg Balance Scale	28
– Performance Oriented Mobility Assessment nach Tinetti (POMA)	30
– Test de Schellong	32
– Analyse de la variabilité de la marche (longueur et écartement des pas)	32
– Dynamic gait index	32
– Score de l'activité selon Chedoke MC Master	32
Réaction à la suite d'une chute (exemple de protocole de chute)	33
Références	34
Bibliographie	35

Avant-propos de la Fondation pour la sécurité des patients

En Suisse, environ un tiers des plus de 65 ans tombent au moins une fois par année et, parmi eux, près de 1000 personnes meurent des suites de leur chute. Ainsi, non seulement la fréquence, mais également la gravité de ces accidents est élevée et ne doit pas être sous-estimée, comme c'est trop souvent le cas aujourd'hui. Les fractures du col du fémur en particulier sont des événements lourds de conséquences, car ils réduisent la mobilité et, par là, le degré d'indépendance, rendant parfois nécessaires des soins de longue durée, un transfert en milieu hospitalier et/ou un séjour en foyer.

Pour toutes les personnes concernées par le processus de traitement – patients, résidents ou clients et leurs proches –, les chutes constituent un immense fardeau doublé d'un grave problème de santé en raison de leur fréquence et de leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales. Si elles représentent un risque pour les patients dans les établissements sanitaires, elles peuvent toutefois être évitées dans de nombreux cas par des interventions multifactorielles.

Ayant mesuré l'ampleur de ce problème et l'importance de l'aborder dans le cadre de la gestion des risques cliniques, la fondation a décidé de s'y consacrer en collaboration avec l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et d'autres spécialistes. Dans la perspective de la sécurité des patients, l'élaboration et la mise au point de la présente publication devrait apporter une contribution essentielle à la maîtrise de la problématique que constituent les chutes. Il serait bon que les institutions sanitaires adoptent ce sujet avec une même préoccupation et qu'elles considèrent la prévention de ces accidents au plan stratégique comme une partie intégrante de l'assurance qualité afin notamment de mieux attirer l'attention sur ses aspects interdisciplinaires.

Le but de notre publication est de mettre à la disposition des établissements de santé un guide présentant un aperçu du problème et traitant les aspects principaux de la prévention des chutes tout en fournissant des recommandations pratiques relatives à l'instauration et à l'application de mesures multifactorielles ciblées.

Olga Frank
Direction de projet
Fondation pour la sécurité des patients

D^r Marc-Anton Hochreutener
Directeur
Fondation pour la sécurité des patients

Prof. Dieter Conen
Président
Fondation pour la sécurité des patients

Avant-propos de l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle

Depuis quelques années, la problématique des chutes est de plus en plus considérée sous le double angle de la sécurité des patients et de la gestion des risques. Dans les institutions de santé, les professionnels savent que les chutes et leurs conséquences résultent d'une interaction entre divers facteurs de risque, causes et circonstances et qu'il est désormais impératif de gérer cette question complexe et ses répercussions souvent graves par des mesures multifactorielles et une approche interdisciplinaire.

Le présent instrument a pour objet de fournir, sous une forme résumée, aux médecins, aux soignants et aux autres professionnels de la santé dans les hôpitaux, les établissements de long séjour et le domaine des soins à domicile des connaissances spécialisées qui les aideront à identifier et à évaluer les risques et les causes de chutes ainsi qu'à planifier et à mettre en œuvre des interventions préventives et thérapeutiques.

Dans la pratique clinique, la vraie difficulté consiste à coordonner et à mettre en œuvre, sur la base d'un savoir en règle générale connu, les différentes mesures de prévention des chutes dans une démarche interdisciplinaire et à les appliquer de façon durable. Le présent guide contribue à relever ce défi.

D^r René Schwendimann
Responsable de l'enseignement
Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle

Introduction

La chute et ses conséquences menacent tout un chacun. Mais ce «problème de santé» affecte en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans, celles dont l'état de santé est altéré par une maladie ou celles qui connaissent des changements dans leur environnement. C'est pourquoi les chutes sont plus fréquentes dans les institutions sanitaires qu'ailleurs. Elles constituent des événements indésirables survenant lors de traitements médicaux, infirmiers ou thérapeutiques. Chez les 65 ans et plus, il n'est pas rare qu'elles entraînent la nécessité d'une prise en charge, voire, dans les cas extrêmes, le décès.

Les chutes et les lésions consécutives indiquent souvent qu'une perte de mobilité se profile, ou qu'elle est déjà survenue. Elles ne sont pourtant pas une fatalité. Des études démontrent que l'identification et la suppression systématique des facteurs de risque et la collaboration active des personnes exposées ont pour effet d'atténuer ce danger. Il est également réjouissant de constater que toute chute n'induit pas nécessairement des lésions requérant un traitement médical.

Le débat sur la sécurité des patients et la gestion des risques prend de plus en plus souvent le taux de chutes et de lésions comme indice de sécurité et de qualité, ce qui place les soignants face à un dilemme lorsqu'il s'agit de décider de mesures de mobilisation et de rééducation. S'ils stimulent les patients à se mobiliser, ils augmentent par là-même leurs risques de chutes. Devant cet état de fait, il est impératif d'adopter une procédure systématique et de tisser une collaboration interdisciplinaire dans l'institution en matière de prévention multifactorielle des risques.

Si l'importance de la problématique est bien connue dans le monde des soins, les efforts relatifs à l'introduction et à l'application de directives internes et systématiques de nature préventive sont très inégaux d'un endroit à l'autre. C'est ce qui a poussé la Fondation pour la sécurité des patients, en coopération avec l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et plusieurs spécialistes de la question, à élaborer le présent guide et à édicter des recommandations.

Le présent guide contient les aspects principaux de la prévention des chutes et offre aux établissements la possibilité de procéder à un état des lieux des mesures préventives éventuellement déjà introduites à l'interne, et de les adapter par étapes, le cas échéant.

Le conseil de la Fondation pour la sécurité des patients a approuvé le présent guide en janvier 2008.

Fondements



La conception et la structure de la présente publication s'inspire de la série de guides **«Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries»**² élaborés par le Metropolitan Health and Aged Care Service du Victorian Government Department of Human Services à Melbourne (Australie). Dans leur version anglaise, les documents originaux peuvent être téléchargés gratuitement à l'adresse www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/pub/improve/falls.htm. Clairement structurés, les chapitres de ces guides convainquent par leur aspect pratique et par leurs recommandations d'action exhaustives ainsi que par les suggestions aisément utilisables qu'ils proposent pour la mise en œuvre de mesures et d'interventions visant à réduire les risques. Ils englobent en outre six modules de cours en entreprise. Ces guides australiens sont l'œuvre d'une équipe interdisciplinaire d'experts, qui ont fondé leur travail sur la littérature scientifique. Leur lecture est recommandée par la Fondation pour la sécurité des patients et l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle comme référence pour cette brochure.

Membres du groupe d'experts

Olga Frank	Direction du projet et du groupe d'experts, conception de la publication, Fondation pour la sécurité des patients
D^r René Schwendimann	Responsable de l'enseignement, Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle
Prof. D^r Reto W. Kressig	Médecin-chef, gériatrie aiguë, Hôpital universitaire de Bâle
Prof. D^r Benedict Martina	Directeur de l'Institut für Hausarztmedizin, Université de Bâle
Silvia Knuchel-Schnyder	Physiothérapeute ES, Hôpital des bourgeois de Soleure, enseignante
Rita Müller	Pflegeexpertin MNS, Hôpital cantonal, Winterthour
Annemarie Fischer	Directrice du Spitex Verband, Zurich
Anna Luterbacher	Infirmière, développement de l'organisation/supervision (BSO)

Prémisses du groupe d'experts

- La prise de conscience, par les soignants diplômés et les auxiliaires, du risque de chute que courent certains patients et l'adoption de la bonne attitude à cet égard font partie du quotidien d'un processus de travail interdisciplinaire. Le risque de chute constitue en particulier un diagnostic infirmier défini qui requiert la mise en œuvre d'interventions appropriées.
- Lorsqu'un risque de chute est décelé chez un patient, il y a lieu dans tous les cas de le communiquer à ce dernier ainsi qu'à ses proches en veillant à fournir une information complète, à dispenser les conseils appropriés et à associer patient et proches à la prise de décision sur d'éventuelles interventions et mesures à mettre en œuvre par l'ensemble de l'équipe, selon une approche interdisciplinaire.
- Dans le choix des interventions, il convient de veiller à ce que le patient conserve la plus grande autonomie possible en évitant de réduire *inutilement* sa liberté de mouvement, car sa qualité de vie pourrait en pâtir. C'est la raison pour laquelle la prévention des chutes ne vise pas uniquement à éviter les chutes, mais également à en diminuer les conséquences.

But, structure et utilisation de la brochure

But

Le présent guide entend fournir au personnel spécialisé et aux auxiliaires des établissements de santé une aide pour:

- identifier les patients présentant des risques de chute
- éviter les chutes et en réduire les conséquences par des interventions ciblées
- protéger les patients qui sont déjà tombés d'une récurrence et de ses conséquences
- promouvoir l'établissement d'une documentation systématique sur chaque cas de chute sous la forme d'un protocole approprié.

Public cible

Ce guide s'adresse au personnel spécialisé et aux auxiliaires travaillant dans les institutions suivantes:

- établissements hospitaliers
- institutions de long séjour (établissements médico-sociaux)
- services de premier recours (services d'aide et de soins à domicile/médecins traitants).

Dans ce contexte, la collaboration interdisciplinaire est déterminante pour la mise en œuvre d'interventions multifactorielles relatives à la prévention des chutes.

Groupes de patients/résidents/clients

Dans l'élaboration de ce guide et de ses recommandations, seuls les *adultes* ont été pris en considération. Certes, les divisions de pédiatrie méritent elles aussi la plus grande attention en termes de prévention des chutes. Toutefois, chez les jeunes en dessous de 18 ans, ces événements portent moins souvent à conséquence et sont plutôt le fait d'accidents dans l'environnement domestique ou privé.

Méthode de travail

La mise au point de cet ouvrage et de ses recommandations repose sur la consultation de la littérature scientifique ainsi que sur l'expertise clinique faite par le groupe interdisciplinaire réuni pour l'occasion. S'inspirant du guide *Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries* (voir Fondements, au chapitre Introduction) et suivant le processus de gestion des risques, la brochure complète des aspects essentiels de la prévention des chutes et précise les spécificités selon le type d'institution sanitaire concerné.

Structure

La structure du guide respecte les étapes du processus standardisé de gestion des risques, à savoir

- identification des risques
- définition et estimation des risques
- prévention et intervention
- évaluation
- réaction à la suite d'une chute

et relève – dans une perspective pratique – les aspects importants à prendre en considération d'une façon générale dans une démarche de prévention des chutes. Bien que les recommandations en la matière soient d'une égale importance dans les établissements hospitaliers, les institutions de long séjour ou les services de premier recours, les étapes susmentionnées sont traitées séparément en fonction du mandat des divers types d'organisation. De plus, la réaction à la suite d'une chute est abordée à part dans le processus de gestion des risques comme une démarche trouvant son application après chaque événement et à chaque moment, indépendamment de la chronologie des étapes précédentes.

Instruments (sélection)

Afin de faciliter le choix des outils appropriés à chacune des étapes du processus de gestion des risques, le guide met à disposition une sélection d'instruments bien établis dans la pratique. Ils sont basés sur l'évidence, prennent en compte les découvertes scientifiques les plus récentes et répondent au consensus international en la matière.

Cette sélection a valeur d'exemple et a pris pour critères la pertinence des instruments et leur aspect pratique. Il n'est pas possible ici de recommander l'instrument idéal qui s'appliquerait à toutes les situations. Selon les circonstances en effet, il sera préférable d'en associer plusieurs pour l'identification et l'évaluation des risques de chutes. C'est pourquoi il est conseillé de procéder à un choix réfléchi en fonction de chaque établissement.

Les instruments recommandés ici peuvent tous être téléchargés sur le site de la Fondation pour la sécurité des patients (www.patientensicherheit.ch). Par ailleurs, les établissements trouveront, dans les guides *Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries* mentionnés plus haut, une série d'autres outils et aide-mémoire qu'ils pourront utiliser à leur convenance.

Evaluation et remaniement

La fondation réévaluera périodiquement le présent guide et ses recommandations pour l'adapter si nécessaire en fonction des connaissances les plus récentes sur le sujet, en collaboration avec l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle.

Clause de non-responsabilité

Les présentes recommandations ont pour but d'aider les institutions sanitaires et les professionnels de la santé à élaborer leurs propres directives internes. La forme que prendront ces recommandations au sein des divers établissements et leur mise en œuvre dans le respect du devoir de diligence défini par chacun d'eux (selon le contexte technique, entrepreneurial, juridique, individuel et situationnel) sont de la responsabilité exclusive des fournisseurs de prestations qualifiés pour l'assumer.

Processus de gestion des risques – Étapes

La gestion des risques est un processus permanent qui, pour être efficace, doit s'inscrire dans une politique entrepreneuriale claire et être promu, voulu et contrôlé par les plus hauts échelons de la hiérarchie. Il débute par le relevé des risques de chutes grâce à la reconnaissance des facteurs de risque et se poursuit par une évaluation de ces facteurs. Les conclusions de cette analyse se traduisent par des mesures visant la réduction des risques. Outre les interventions de nature préventive à proprement parler, il s'agit d'établir des plans (réactions à la suite d'une chute) qui doivent être appliqués lorsqu'une chute survient. A intervalles réguliers, l'ensemble des mesures doivent enfin faire l'objet d'une réévaluation de leur pertinence et de leur efficacité.

1^e étape: identification du risque

La première étape du processus consiste à identifier les patients susceptibles de tomber. Par le recours à des facteurs de risque basés sur l'évidence, des mesures ciblées de prévention peuvent être appliquées aux groupes exposés.

2^e étape: définition et estimation du risque

La définition et l'estimation des facteurs de risque chez un patient – par le biais de diverses procédures standardisées – font partie intégrante de la prévention des chutes.

3^e étape: prévention et intervention

Cette étape comprend la planification et l'application de mesures individuelles visant à réduire le nombre de chutes et à prévenir les lésions consécutives. Pour en garantir l'efficacité, le patient et ses proches doivent y être étroitement associés.

4^e étape: évaluation

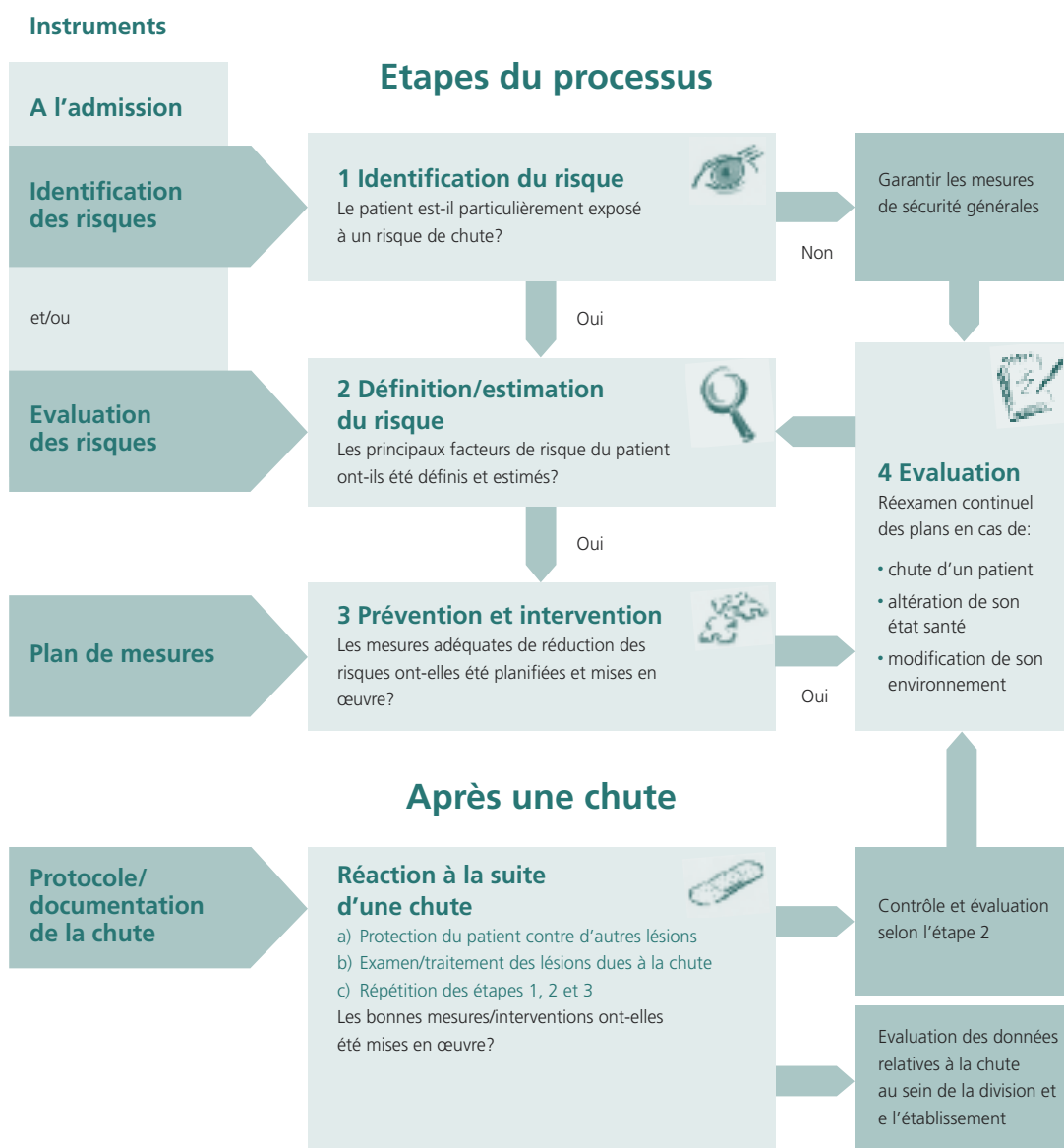
L'examen régulier des mesures de prévention, des interventions et des facteurs de risque font partie du processus récurrent de gestion des risques et sont par là même garants de l'efficacité des mesures instaurées.

Réaction à la suite d'une chute

Le premier précepte à observer après une chute est de préserver le patient d'autres dommages. Après le diagnostic clinique des conséquences de la chute et la prise éventuelle de mesures d'urgence immédiates, il y a lieu d'établir un protocole de la chute structuré de manière systématique afin d'analyser l'événement sous la perspective de l'assurance qualité. Les conclusions de cette analyse sont incluses dans une nouvelle évaluation des facteurs de risque (étapes 1 et 2).

Processus de gestion des risques

Le graphique et le tableau ci-après illustrent le processus de gestion des risques et ses étapes. Le graphique est reproduit sous forme de poster dépliant à la dernière page de couverture et peut servir d'aide-mémoire au fil de la lecture.



	Les étapes du processus	
1^{re} étape	Identification du risque Identification des patients présentant un risque particulier de chutes	Réaction à la suite d'une chute Réaction adéquate après une chute, documentation avec examen et adoption de mesures (le cas échéant, reprise du processus à partir de l'étape 2)
2^e étape	Définition/estimation du risque Définition et estimation des facteurs de risque du patient	
3^e étape	Prévention et intervention Planification et mise en œuvre de mesures individuelles visant à réduire les risques de chutes et à prévenir les lésions consécutives	
4^e étape	Evaluation Réexamen permanent des mesures de prévention, interventions et facteurs de risque	



1^{re} étape

Identification du risque

DÉFINITION L'identification du risque consiste à reconnaître les patients présentant un risque de chutes particulier. ²

Quand

- à l'admission ou à un moment proche de l'admission dans un établissement ^{2,9}
- lors d'une consultation au cabinet médical ¹⁷
- lors du transfert au sein d'un établissement ou en cas de changement dans l'environnement du patient ²
- en cas d'altération de l'état de santé du patient ²
- après une chute ^{2,9}
- lors de la planification du départ (gestion de la sortie) ²

Qui

- tous les patients*

*Les personnes de moins de 18 ans n'ont pas été incluses dans la présente brochure, car dans ce groupe, les chutes laissent moins souvent de séquelles et sont davantage le fait d'accidents survenant dans l'environnement domestique ou privé.

Comment

- questionner les patients pour savoir s'ils ont fait une chute dans les 12 derniers mois ^{1,13}
- évaluer la situation sur un plan clinique et utiliser les instruments d'identification des risques ²
- inscrire les résultats de l'identification des risques dans le dossier du patient ²
- pour les patients ayant une anamnèse de chute et pour ceux qui appartiennent à la population à risque, passer à l'étape 2 du processus: définition/estimation du risque ^{2,17}

Facteurs de risque

intrinsèques

- réduction des performances musculaires des membres inférieurs ^{2,6,11,12,13,17,24}
- faiblesse du maintien et/ou de la marche, troubles de l'équilibre ^{2,6,11,12,13,17,24}
- mauvais résultats du test de double tâche (marche et cognition) ¹⁴
- diminution de la fonction exécutive → aptitudes cognitives indispensables à la planification, au contrôle, à l'exécution et au bouclage d'actes complexes et aboutis (par ex. préparer un repas, dessiner une montre) ¹⁴
- antécédents de chutes ^{2,6,11,12,13,17,24}
- status psychologique: limitation fonctionnelle et cognitive/démence/dépression/état confusionnel aigu/insomnies ^{6,8,11,12,13,17,24}
- status neurologique (p. ex. AVC et/ou anamnèse de Parkinson) ^{2,24}
- affection hématologique ou oncologique ^{2,24}
- infection aiguë des voies urinaires, incontinence ^{2,8,11,12,24}
- baisse de l'acuité visuelle, troubles sensoriels ^{6,8,11,13,17,24}
- personne vivant seule ^{13,24}
- consommation de sédatifs, de narcotiques ou d'alcool ^{24,29}
- prise de plus de quatre médicaments ^{2,6,8,11,13,17,24,29}
- antécédents médicaux tels que COPD, troubles circulatoires, arthrite ^{2,13,24}
- sous-alimentation ou carences alimentaires, dénutrition ^{2,6,8,13}
- comorbidité (association de plusieurs diagnostics médicaux) ¹⁶

- atrophie musculaire liée à une immobilisation ou à des douleurs²⁴
- affection aiguë préalable, status post-opératoire²⁴
- hypotonie orthostatique²⁴
- variations glycémiques postprandiales²⁴
- amputations et/ou déformations des pieds ou des jambes^{5, 6, 13, 24}

extrinsèques

- facteurs environnementaux: mauvais éclairage, sols glissants et/ou irréguliers (tapis mal fixés), absence de poignées dans la salle de bains, sièges ou lit trop hauts, sonnette non accessible ou absente, désordre/obstacles, mesures entravant la liberté de mouvement (p. ex. barrières ou contention du patient)^{2, 6, 8, 17, 24}
- chaussures et/ou vêtements inadaptés¹³
- moyens auxiliaires d'aide à la marche mal choisis et/ou inadaptés^{13, 24}

Instruments d'identification du risque*

- test de double tâche (parler en marchant)³⁰
- test de la marche des 5 mètres^{6, 28, 36}
- test de la montre^{14, 37, 38}
- test «Timed up and go» avec verre d'eau (TUG)^{6, 28, 30, 39}
- STRATIFY Fall Risk Assessment Tool^{2, 13, 40, 41}
- Morse Fall Scale (échelle de Morse)^{18, 19, 42}

*Voir chapitre: Sélection d'instruments pour l'identification du risque (1^{er} étape), page 23

NOTA BENE! Risque particulièrement élevé chez les patients:

- présentant plusieurs facteurs de risque associés¹³
- dont le degré d'activité est très faible ou au contraire très élevé¹³
- en cours de transfert, ou qui viennent d'être transférés^{2, 8}
- restés alités longtemps ou ayant fait un long séjour en milieu hospitalier^{2, 17}

Specificities

Hôpital	Long séjour	Médecin traitant/ Soins à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Etant donné la rapidité avec laquelle l'état de santé et les capacités fonctionnelles des patients en milieu hospitalier se modifient, il est recommandé de procéder à l'identification des risques de façon répétée.² • En présence d'une affection aiguë et à la suite d'une intervention chirurgicale, le risque de chute concerne aussi les patients jeunes.²⁴ • Lorsque la sortie est planifiée, la bonne transmission des informations relève de la responsabilité d'une équipe pluridisciplinaire.² • Diagnostic infirmier: risque de chute.²⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les résidents en institution de long séjour, l'évaluation des risques doit être permanente → étape 2.² • Utilisation d'instruments d'évaluation déjà existants, tels que RAI-RUG ou BESA/PLAISIR (système de classification des résidents).^{26, 31, 50} 	<ul style="list-style-type: none"> • En règle générale, le médecin connaît son patient et peut livrer de précieuses indications relatives à l'identification des risques. • L'identification des risques fait partie de l'anamnèse. • Le médecin procède à une évaluation des risques au cabinet médical (p. ex. au moyen des tests «parler en marchant»³⁰, du Timed up and go – TUG^{6, 28, 30, 39}, du Romberg modifié, du score du risque de chute d'après Oliver). • Evaluation des risques par les services d'aide et de soins à domicile au moyen de l'instrument d'évaluation des besoins: RAI-domicile Suisse → Abklärungshilfe «Sturz»²⁵ • Sensibilisation des proches et/ou des personnes de référence aux risques de chute dans l'environnement domestique.



2^e étape

Estimation des risques

DÉFINITION L'estimation du risque est un processus dynamique conduit dans le cadre de l'évaluation de facteurs individuels de risque et de causes possibles de chute chez un patient (en gériatrie). Le risque de chutes est la résultante de l'importance, du type et du nombre de facteurs identifiés. ²

Quand

- dès l'admission dans un établissement, aussi vite que possible ^{2,9}
- en cas d'altération de l'état de santé ou des capacités fonctionnelles du patient ²
- en cas de changement dans l'environnement (déplacement au sein d'une institution, transfert du patient) ^{2,9}
- s'il y a modification du traitement médicamenteux ²
- après une chute ^{2,9,17}
- tout au long du processus de traitement/séjour hospitalier ^{2,17}

Qui

- tous les patients chez qui des risques de chutes avaient été détectés lors de l'étape 1 ²
- tous les patients chez lesquels on suspecte un risque de chute ²

Comment

- recherche des facteurs de risque – intrinsèques et extrinsèques – des patients au moyen d'une sélection de tests et d'instruments ²
- consignation du risque de chute et des facteurs de risque identifiés dans le dossier du patient ²

Instruments d'estimation du risque*

Une estimation systématique du risque de chute intervient dans le cadre d'une analyse multidimensionnelle (gériatrique) qui permet, grâce à une panoplie d'instruments et de tests, de saisir et d'évaluer les ressources et les problèmes médicaux, fonctionnels et psychosociaux. Un seul outil n'est en règle générale pas suffisant pour clarifier une situation dans son ensemble, raison pour laquelle il est recommandé d'en associer plusieurs ^{20,21,22}

*Voir chapitre: Sélection d'instruments pour l'identification du risque (1^{re} étape), page 28

Objectifs	Instruments
Evaluation du risque de chute	<ul style="list-style-type: none"> questionnaire structuré sur les chutes, l'immobilité et l'instabilité²¹
Saisie du risque	<ul style="list-style-type: none"> établissement d'un protocole des chutes pour leur saisie systématique au sein des institutions (voir exemple en page 35^{48, 49})
Examen de base	<ul style="list-style-type: none"> questionnaire structuré sur l'anamnèse des chutes²¹ aide-mémoire visant à exclure des troubles aigus²¹ liste de référence «médicaments constituant des facteurs de risque en matière de chute»²¹
Estimation du risque	<ul style="list-style-type: none"> tests de force, d'équilibre et de mobilité (test Timed up and go (TUG)^{6, 28, 30, 39}, Berg Balance Scale^{28, 43}, Berg Balance Scale [28, 43], Tandem-Stand, Performance Oriented Mobility Assessment selon Tinetti (POMA)^{28, 44}, Dynamic gait index^{28, 46}, évt. analyse de la marche avec détermination de la variabilité de la marche (longueur et écartement des pas)^{14, 33, 34, 35}) tests cliniques circulatoires (p. ex. examen de la vue, test de Schellong⁴⁵, massage du sinus carotide)
Evaluation (comportement fonctionnel dans l'environnement familial)	<ul style="list-style-type: none"> aide-mémoire relatif à la mobilité, aux transferts et au comportement fonctionnel dans l'environnement familial (POEMS*) – score d'activité selon Chedoke MC Master^{28, 47})
Evaluation des conséquences des chutes	<ul style="list-style-type: none"> questionnaire structuré (p. ex. «Falls Handicap Inventory» ou «Falls Efficacy Scale – FES»)

*POEMS = Performance-Oriented-Environmental Mobility-Screen

NOTA BENE!

- La probabilité de chuter augmente avec l'accroissement du nombre de facteurs de risque.²
- Le type et le nombre de facteurs de risque peuvent varier au cours du processus de traitement.²

Specificités

Hôpital	Long séjour	Médecin traitant/ Soins à domicile
<ul style="list-style-type: none"> Plus de la moitié des chutes en milieu hospitalier surviennent à proximité immédiate du lit.² Dans les séjours de durée relativement courte → placer l'accent sur le traitement des troubles aigus de la santé.² L'équipe pluridisciplinaire procède à une évaluation globale (gériatrique) des risques de chute.² Etant donné la rapidité des changements de l'état de santé en milieu hospitalier → procéder à des évaluations régulières des risques auprès du patient.² 	<ul style="list-style-type: none"> Organisation de cours pour le personnel afin d'attirer davantage l'attention sur les risques de chutes et d'élargir les connaissances relatives à ce problème et aux facteurs de risque.² L'équipe pluridisciplinaire procède à une évaluation globale (gériatrique) des risques de chute.² Utilisation des instruments d'évaluation RAI-RUG ou BESA/PLAISIR.^{26, 31, 50} 	<ul style="list-style-type: none"> En règle générale, le médecin connaît son patient et peut livrer de précieuses indications relatives à l'estimation des risques. Diagnostic poussé du risque de chute au cabinet médical (p. ex. test Timed up and go – TUG^{6, 28, 30, 39}, Performance Oriented Mobility Assessment selon Tinetti – POMA^{28, 44}, vitesse de marche librement déterminée, test de marche de 6 minutes, test de Schellong⁴⁵, diagnostic d'ostéoporose, détermination du taux sanguin de vitamine D3).^{6, 30} Examens de laboratoire (p. ex. FS, électrolytes, créatinine, CRP, CK, évt. détermination du taux sanguin de médicaments). Utilisation des instruments d'évaluation des besoins à la disposition des services d'aide et de soins à domicile: RAI-domicile Suisse → Abklärungshilfe «Sturz».²⁵ Organisation de cours pour le personnel afin d'attirer davantage l'attention sur les risques de chutes et d'élargir les connaissances relatives à ce problème et aux facteurs de risque.²



3^e étape

Prévention et intervention

DÉFINITION Planification d'une stratégie et mise en œuvre d'interventions et de mesures de nature à prévenir les chutes et à en réduire le nombre. ²

Objectifs

- améliorer la mobilité et l'aisance motrice ^{6, 10}
- prescrire les médicaments avec discernement ^{6, 10}
- éviter les conséquences des chutes (fractures) ⁶
- améliorer la vision ^{6, 10}
- permettre l'aide d'urgence ⁶
- atténuer la peur de tomber (syndrome post-chute) ⁶
- éviter l'autolimitation dans les activités quotidiennes ainsi que le retrait de la vie sociale ^{2, 17}

Comment

- attirer l'attention des patients et de leur entourage sur les risques de chute ²
- associer les patients et leur entourage à l'établissement et à la mise en œuvre d'un plan d'interventions et de mesures ²
- planifier et mettre en œuvre les mesures générales de sécurité et les mesures ciblées de prévention afin d'éviter/de réduire les facteurs de risque individuels du patient ²
- planifier la mise en œuvre et l'établissement d'un plan de mesures/d'interventions par une équipe pluridisciplinaire – interventions infirmières selon le diagnostic infirmier «risque de chute» ^{2, 24}
- consigner les interventions prévues dans le dossier du patient et les intégrer dans la prise en charge quotidienne ²

Responsabilité de la direction

- mettre à disposition les ressources nécessaires en structures et en personnel afin de garantir une prévention efficace des chutes ²
- organiser des cours de formation et de perfectionnement interdisciplinaires pour le personnel sur l'établissement et la mise en œuvre de plans de mesures/d'interventions ^{2, 12}
- garantir l'intégration des plans de mesures/d'interventions dans la prise en charge quotidienne ²
- procéder à des contrôles/évaluations du déroulement des mesures et les adapter au besoin ²
- examiner régulièrement les facteurs environnementaux et mettre en œuvre les mesures nécessaires ^{2, 12}
- mettre sur pied des groupes d'entraînement au sein de l'institution (exercices d'équilibre, entraînement musculaire et fonctionnel)

NOTA BENE!

- Un programme ciblé de prévention des chutes fondé sur les résultats de la définition et de l'estimation des risques (étape 2) peut réduire le nombre de chutes. ^{2, 3, 4}
- Des interventions multifactorielles appliquées de façon ciblée sur les facteurs de risque reconnus sont plus efficaces que des mesures isolées. ^{2, 6, 7, 10, 12, 32}

Specificites

Hôpital	Long séjour	Médecin traitant/ Soins à domicile
<p>Interventions multifactorielles ³²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information/conseil au patient et à ses proches sur les risques de chute • Offre d'entraînement à la marche et à l'équilibre ¹⁷ • Examen des facteurs environnementaux tout au long de l'hospitalisation • Examen et évt. modification de la médication ¹⁷ • Moyens auxiliaires d'aide à la marche ¹⁷ • Lit abaissé au maximum, voire, matelas installé à même le sol, tapis anti-dérapants, sonnette à portée de main du patient ¹³ • Aide pour aller aux toilettes • Soutien en cas d'altération de l'état de conscience • Programme d'entraînement musculaire → amélioration de l'équilibre et de la fonction circulatoire ¹⁷ • Utilisation de tapis d'alarme ¹³ • Information des visiteurs sur le risque de chutes. • Examen des facteurs environnementaux au domicile avant la sortie ¹⁷ • Port de protecteurs de hanches en vue de prévenir les fractures ¹³ 	<p>Interventions multifactorielles ³²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entraînement à la marche et à l'équilibre ^{4, 13, 17} • Conseils/instructions pour la bonne utilisation des moyens auxiliaires d'aide à la marche. ^{4, 13, 17} • Examen et évt. modification de la médication. ^{4, 13, 17} • Examen et évt. amélioration de l'état nutritionnel. ¹³ • Correction des troubles de la vision. ¹³ • Adaptation des facteurs environnementaux. ^{4, 13, 17} • Examen régulier de l'état cardiovasculaire. ^{4, 13, 17} • Formation du personnel. ^{13, 15, 17} • Port de protecteurs de hanches en vue de prévenir les fractures. ¹³ • Intervention pluridisciplinaire/multiprofessionnelle. ^{4, 9} • Utilisation de tapis d'alarme. • Apport de compléments de vitamine D et de calcium. ¹³ • Programme d'entraînement en groupe pour renforcer la musculature et améliorer l'équilibre et la fonction circulatoire. ¹⁷ 	<p>Interventions multifactorielles ³²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale d'exercices physiques – entraînement à la marche, à l'équilibre, groupes de prévention des chutes. ^{3, 4, 5, 6, 13} • Examen et, le cas échéant, adaptation de la médication. ¹³ • Traitement d'une éventuelle hypotension artérielle ou affection cardiovasculaire. ¹³ • Correction des troubles de la vision. ¹³ • Apport de compléments de vitamine D et de calcium. ¹³ • Examen/adaptation des facteurs environnementaux au domicile. ¹³ • Port de protecteurs de hanches en vue de prévenir les fractures. ¹³ • Examen/amélioration de l'état nutritionnel, le cas échéant prescription d'une consultation diététique. ¹³ • Conseils/instructions sur la bonne utilisation des moyens auxiliaires d'aide à la marche. ^{4, 13, 17} • Recours à l'instrument d'évaluation des besoins: RAI-domicile Suisse (PLAISIR) → Abklärungshilfe «Sturz» ^{25, 50} • Cours préventifs de sécurité à la marche pour patients et personnes âgées (Association suisse de physiothérapie)
<p>Important!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles physiques (p. ex. barrières au lit, contention du patient) peuvent aussi accroître le risque de chutes. ¹³ • La durée du séjour étant relativement courte, il est recommandé d'accorder une importance particulière à la prévention/au soutien lors des diverses activités et à l'adaptation des facteurs environnementaux. ² • Les modifications des facteurs environnementaux (présence d'un statif à perfusion) constituent, en milieu hospitalier, des risques accrus de chutes. • Lors de la sortie du patient, une équipe pluridisciplinaire est responsable de la transmission de l'information. ² 	<p>Important!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etant donné la durée de séjour relativement longue, il est important de placer l'accent sur l'adaptation des capacités du résidant et le recours à ces ressources dans la vie de tous les jours. ² 	<p>Important!</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seule une association de plusieurs mesures permet une réduction des chutes → intervention multimodale. ^{3, 4, 6, 13}



4^e étape évaluation

DÉFINITION L'évaluation consiste à examiner à intervalles réguliers l'efficacité des mesures préventives et thérapeutiques relatives à la chute et à ses conséquences. ²

Quand

- après la chute du patient ^{6, 10}
- si l'état de santé du patient se modifie ^{6, 10}
- si l'environnement du patient change ⁶

Comment

- évaluation du plan de mesures/d'interventions et de l'estimation des risques et adaptation/modification des mesures/interventions si nécessaire → répétition des étapes 1, 2 et 3 ²
- adoption d'une définition harmonisée de la chute au sein de l'organisation en vue de la documentation sur le sujet ²

Responsabilité de la direction

- analyse de la chute au niveau de l'organisation dans le cadre de la gestion de la qualité et des risques ²
- analyse de la chute et de ses circonstances, transmission des résultats et information au personnel ^{2, 12}
- formation et perfectionnement en vue de l'application de la documentation et des analyses sur l'événement ²

Specificites

Hôpital	Long séjour	Médecin traitant/ Soins à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Il est fréquent que des processus pré-définis en matière de prévention des chutes soient appliqués → s'assurer que l'événement qui s'est déroulé (la chute) soit transmis aux responsables de la gestion de la qualité et des risques de façon que des méthodes appropriées de réduction des risques soient adaptées, élaborées et mises en œuvre. ² • Communiquer le risque de chute à l'institution qui prend le patient en charge par la suite (p. ex. dans le rapport de sortie/transfert). • Instituer un groupe interdisciplinaire spécialisé qui, à intervalles réguliers, analyse les données sur les chutes, examine les méthodes de prévention et les adapte si nécessaire, effectue des contrôles de qualité et organise des cours de perfectionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Etre attentifs à l'apparition d'un syndrome post-chute (angoisse face à une nouvelle chute) et éviter les limitations de la mobilité. • Instituer un groupe interdisciplinaire spécialisé qui, à intervalles réguliers, analyse les données sur les chutes, examine les méthodes de prévention et les adapte si nécessaire, effectue des contrôles de qualité et organise des cours de perfectionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre régulièrement des nouvelles (par téléphone) après la survenue d'une chute. ¹ • Etre attentifs à l'apparition d'un syndrome post-chute (angoisse face à une nouvelle chute).

Réaction à la suite d'une chute

DÉFINITION Le premier point à observer en cas de chute est de protéger le patient d'autres dommages. Après l'évaluation clinique des conséquences de la chute, il y a lieu d'établir un protocole de l'événement et d'en faire l'analyse. Les résultats seront autant d'éléments à prendre en compte pour identifier et évaluer une nouvelle fois les facteurs de risque ainsi que pour planifier des mesures de prévention (étapes 1, 2 et 3).²

Comment

- saisie systématique de toutes les chutes (p. ex. protocole de chute)^{13, 48, 49}

Contenu du protocole de chute: éléments nécessaires à la collecte d'informations*

- données personnelles du patient (nom, sexe, âge, etc.)^{2, 7, 9}
- date, lieu et heure de la chute (si l'heure précise n'est pas connue, on indiquera le moment où la personne a été trouvée)^{2, 7, 9}
- temps passé au sol – indiquer si le patient a pu se relever
- description des circonstances de la chute avec détails sur les activités exercées à ce moment-là par le patient et les conditions environnementales avant l'événement → selon la situation, il se peut qu'un patient ou des témoins puissent fournir des renseignements^{2, 7, 9}
- mesures entravant la liberté de mouvement (p. ex. contention du patient)
- état de santé et facteurs de risque cliniques^{17, 10}
- conséquences de la chute telles que type et degré de gravité des éventuelles lésions
- mesures d'urgence prises (p. ex. pansements, appel du médecin, examen radiographique, y compris investigations étendues sur les causes de la chute → médication, vêtements, chaussures, moyens auxiliaires d'aide à la marche ou à la vision, troubles sensoriels périphériques)^{2, 7, 9}
- consignation des mesures préventives et thérapeutiques de prévention des chutes/lésions et de leurs conséquences (mesures adaptées en fonction de l'analyse de l'événement)^{2, 7, 9}
- recherche de démence et diagnostic gériatrique
- status de mobilité, tests de marche et d'équilibre^{2, 7, 9}
- mention de l'information donnée aux proches

*voir chapitre: Réaction à la suite d'une chute (exemple de protocole de chute), page 33

Responsabilité de la direction

- saisie de toutes les chutes, tenue d'une statistique au sein de l'institution en tant que mesure de routine¹

NOTA BENE! Reaction à la suite d'une chute

- recherche d'éventuelles lésions causées par la chute ^{2, 6, 9, 10}
- mobilisation du patient uniquement lorsque l'on s'est assuré qu'il n'existe aucun danger d'autres lésions ²
- selon la cause de la chute, examen cardiovasculaire ^{6, 10}
- examen neurologique en cas de suspicion de lésions à la tête ²
- consignation de la chute et de ses circonstances dans le dossier du patient ^{1, 2, 17}
- examen clinique et consignation des conséquences de la chute ¹³
- information du patient et de ses proches ²⁷

Specificites

Hôpital	Long séjour	Médecin traitant/ Soins à domicile
<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer le risque de chute ou, le cas échéant, la chute à l'institution s'occupant de la suite de la prise en charge (p. ex. dans le rapport de sortie/transfert). 	<ul style="list-style-type: none"> • Etre attentifs à l'apparition d'un syndrome post-chute (angoisse face à une nouvelle chute) et éviter les limitations de la mobilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les lésions et affections consécutives à la chute et prescrire des analgésiques en suffisance. • Mobiliser rapidement et maintenir la mobilité et la force musculaire. • Etre attentifs à l'apparition d'un syndrome post-chute (angoisse face à une nouvelle chute).

Instruments (sélection)

L'énumération des instruments ci-après résulte d'une **sélection**. Elle est fournie à titre **d'exemple** et ne prétend pas à l'exhaustivité. Pour l'établir, les auteurs ont pris le parti de la pertinence des outils et de la simplicité de leur mise en œuvre. Le propos n'est pas de livrer ici l'instrument ou le test qu'il convient d'utiliser par excellence, car seule une association de plusieurs méthodes permet d'identifier et d'estimer correctement les facteurs de risque. D'autres instruments sont cités dans le guide australien «**Minimising the Risk of Falls & Fall-related Injuries**»² ou dans la bibliographie se trouvant à la fin de cette brochure.

Les instruments recommandés peuvent être téléchargés sur le site de la Fondation pour la sécurité des patients (www.patientsicherheit.ch).

Processus de gestion des risques	Instruments	voir page	Objectif
Identification du risque (1^{re} étape)	<ul style="list-style-type: none"> • Test «parler en marchant»³⁰ (sécurité à la marche) • Test de la marche des 5 mètres^{6, 28, 36} (sécurité à la marche) • Test de la montre^{14, 37, 38} (recherche de démence) • Timed up and go Test (TUG)^{6, 28, 30, 39} avec verre d'eau • STRATIFY Fall Risk Assessment Tool^{2, 13, 40, 41} (risque de chute) • Morse Fall Scale^{18, 19, 42} (risque de chute) 	23 23 24 25 26 27	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des patients présentant des risques de chute • Relevé des facteurs de risque dans le but de déterminer le danger global pour le patient
Définition/estimation du risque (2^e étape)	<ul style="list-style-type: none"> • Timed up and go Test (TUG)^{6, 28, 30, 39} (sécurité à la marche) • Berg Balance Scale^{28, 43} (équilibre) • Performance Oriented Mobility Assessment selon Tinetti (POMA)^{28, 44} (équilibre, sécurité à la marche) • Test de Schellong⁴⁵ • Evt. analyse de la marche avec détermination de la variabilité de la marche (longueur et écartement des pas)^{14, 33, 34, 35} • Dynamic gait index^{28, 46} (sécurité à la marche) • Score de l'activité d'après Chedoke MC Master^{28, 47} (équilibre et sécurité à la marche) 	25 28 30 32 32 32 32	<ul style="list-style-type: none"> • Relevé des facteurs de risque les plus fréquents, en particulier problèmes d'équilibre et de marche
Prévention et intervention (3^e étape)	<ul style="list-style-type: none"> • Catalogue de mesures (p. ex liste comprenant des mesures infirmières et thérapeutiques relatives à la prévention des chutes) 		<ul style="list-style-type: none"> • Planification de mesures préventives, d'interventions médicales et de programmes d'entraînement
Evaluation (4^e étape)	<ul style="list-style-type: none"> • Berg Balance Scale^{28, 43} (équilibre) • Incidence des chutes par le biais des protocoles de chutes • Analyse de la marche avec détermination de la variabilité de la marche (longueur et écartement des pas)^{14, 33, 34, 35} 	28 33 32	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de l'efficacité des mesures préventives → interventions et adaptation
Réaction à la suite d'une chute	<ul style="list-style-type: none"> • Protocole des chutes en vue d'une saisie systématique des événements de ce type 	33	<ul style="list-style-type: none"> • Consignation des chutes et de leurs circonstances

Sélection d'instruments pour l'identification du risque (1^{re} étape)

Test de double tâche (parler en marchant)

Lundin-Olsson L et al. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997;349:617.

Ce test (de Lundin-Olsson) est simple à effectuer. Il se fonde sur l'observation selon laquelle les personnes présentant des risques de chute s'arrêtent de marcher lorsqu'elles veulent parler.

Bref descriptif:

1. Allez vous promener avec le patient sans vous entretenir avec lui au début.
2. Au bout de quelques minutes, commencez une conversation et observez s'il s'arrête de marcher lorsqu'il vous répond.

Evaluation:

Si le patient s'immobilise tandis qu'il parle, cela signifie qu'il présente des risques de chute.

Ce test est très utile pour évaluer les risques chez les personnes particulièrement fragiles vivant dans des institutions de long séjour.

Marche des 5 mètres

Bohannon RW. *Age and Ageing*. 1997; 26:15-19.

Schädler S et al. *Assessments in der Neurorehabilitation*. Huber Verlag 2006.

Ce test est très utile pour les patients vivant à domicile. Il est simple à effectuer par les médecins traitants au cabinet médical (p. ex. utiliser le trajet entre la salle d'attente et le bureau du médecin comme distance-test).

Bref descriptif:

1. Marquez un trajet de 5 mètres.
2. Le patient parcourt cette distance aller et retour aussi vite qu'il le peut (il a droit à ses moyens auxiliaires habituels d'aide à la marche) → le temps nécessaire est chronométré.

Evaluation:

- temps nécessaire > 3,57 secondes → danger dans la circulation routière
- temps nécessaire > 33,30 secondes → difficultés dans la maîtrise du quotidien

Test de la montre

Thalmann B et al. Dementia screening in general practice: Optimized scoring for the Clock Drawing Test. *Brain Aging*. 2002;2(2):36-43.
 Ploenes C et al. Der Uhrentest: Das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie*. 1994;27:246-252.

Ce test, simple à effectuer, permet la détection précoce d'affections démentielles.

Règles générales:

Si, après avoir entendu les consignes, le patient ne commence pas à les exécuter ou s'il ne les a pas comprises, répétez-les lui au maximum trois fois.

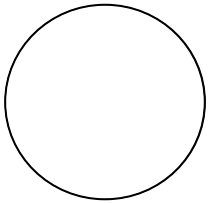
Bref descriptif:

1. Posez devant le patient la feuille comprenant un cercle ainsi que la mention «Veuillez dessiner une montre» (voir ci-dessous: document → www.patientensicherheit.ch)
2. Donnez l'instruction: «Veuillez dessiner une montre avec tous les chiffres et les aiguilles nécessaires et dites-moi quand vous avez terminé.»
3. Si le patient a des questions, répétez en utilisant des synonymes, comme horloge au lieu de montre ou nombres au lieu de chiffres. S'il souhaite ne dessiner que des traits au lieu d'inscrire des chiffres, dites-lui de faire les deux.
4. Demandez-lui ensuite d'inscrire en dessous de la montre, dans la case au bas de la page, l'heure qui est indiquée par la montre telle qu'on peut la lire sur un horaire de chemin de fer ou sur un programme TV.

	Points
Les 12 chiffres sont-ils inscrits?	1 = Oui 0 = Non
Le chiffre 12 est-il placé en haut?	2 = Oui 0 = Non
Y a-t-il deux aiguilles et sont-elles différenciables (par l'épaisseur ou la longueur p. ex.)?	2 = Oui 0 = Non
L'heure inscrite au bas de la page (comme sur un horaire) correspond-elle à celle qu'indique le dessin?	2 = Oui 0 = Non
Somme	

Evaluation: si le nombre de points est inférieur à 5, il y a lieu de poursuivre les investigations.

Veuillez dessiner une montre



Inscrivez l'heure indiquée sur la montre, telle qu'elle figurerait sur un horaire de train ou un programme TV

(Le document peut être téléchargé sur le site www.patientensicherheit.ch dans sa taille originale.)

Timed up and go Test (TUG)

Podsiadlo D, Richardson S. The timed «up&go»: a test of basic functional mobility for frail elder persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148.
Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Huber Verlag 2006.

Le test Timed up and go (TUG) est recommandé par les sociétés de gériatrie américaine et britannique pour examiner la mobilité d'un patient. Il peut être fait avec ou sans chronométrage, mais ne renseigne pas très précisément sur le risque direct de chute.

Bref descriptif:

1. Demandez au patient de se lever d'une chaise avec dossier, de s'éloigner de 3 mètres, puis de revenir vers la chaise pour y reprendre place.
2. Mesurez le temps pris par le patient pour cette activité. Il peut utiliser ses moyens auxiliaires d'aide à la marche.

Evaluation:

- Temps nécessaire < 14 secondes → normal
- Temps nécessaire 20 – 30 secondes → limitation (légère) de la mobilité
- Temps nécessaire > 30 secondes → limitation importante de la mobilité

STRATIFY Fall Risk Assessment Tool

Oliver D et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-53.

Oliver D et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age & Ageing*. 2004 33(2):122-30.

Centres de traitements et de réadaptation du Canton de Vaud. Evaluation des chutes en gériatrie. Guide de poche. Première édition. Vevey 2006.

Score STRATIFY		Score
1	Le patient se présente-t-il avec une chute ou est-il tombé depuis son admission?	1 = oui 0 = non
2	Score pathologique pour les déplacements et les transferts à partir du score de Barthel	1 = oui 0 = non
3	Evaluation infirmière quant à l'agitation du patient	1 = oui 0 = non
4	Besoin d'uriner fréquemment	1 = oui 0 = non
5	Y a-t-il des troubles visuels qui semblent perturber la vie de tous les jours?	1 = oui 0 = non
Score d'évaluation du risque 0 – 5; si le score > 2 est utilisé comme cut-off, la sensibilité est de 93% et la spécificité de 88%, OR 93,7 (35,2-253,3) p < 0,001 durant la semaine d'hospitalisation qui suit		0 – 5

Avec l'aimable soutien du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) et de l'Hôpital Riviera.

FALL SCALE ASSESSMENT RECORD - MORSE

ÉCHELLE DE CHUTES MORSE – FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES

Primary Diagnosis/ *Diagnostic primaire* : _____Secondary Diagnosis/ *Diagnostic secondaire* : _____

	MORSE Fall Scale Category <i>Catégorie de l'échelle de chutes Morse</i>	Circle/ <i>Encadrer</i> Yes/ <i>Oui</i> No/ <i>Non</i>	Score	Patient Score <i>Score du patient / de la patiente</i>
1.	Patient has a history of falling <i>Le patient/ la patiente a des antécédents de chutes</i>	No/ <i>Non</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	25	
2.	Patient has a secondary diagnosis <i>Le patient/ la patiente a un diagnostic secondaire</i>	No/ <i>Non</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	15	
3.	Patient uses ambulatory aid (Le patient/ la patiente utilise une aide à la marche) none/bedrest/nurse assistant/ <i>aucune / repos au lit / aide infirmière</i> ; crutches/cane/walker (<i>béquilles / canne / marchette</i>) holds on to furniture (<i>se tient aux meubles</i>)	Yes/ <i>Oui</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	15	
		Yes/ <i>Oui</i>	30	
4.	Patient is attached to equipment <i>Le patient/ la patiente est relié de l'équipement</i>	No/ <i>Non</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	20	
5.	Patient's Gait/Transferring (<i>Démarche / Transfert du patient/ de la patiente</i>) Normal/bedrest/immobile (<i>normal / repos au lit / immobile</i>) Weak (<i>Faible</i>) Impaired (<i>peu sûr</i>)	Yes/ <i>Oui</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	10	
		Yes/ <i>Oui</i>	20	
6.	Patient's Mental Status (<i>État mental du patient/ de la patiente</i>) Oriented toward own ability (<i>Connait ses propres capacités</i>) Overestimates/forgets limitations (<i>Surestime / oublie ses limites</i>)	Yes/ <i>Oui</i>	0	
		Yes/ <i>Oui</i>	15	
Total Patient Score/du patient/de la patient(e)				

Risk Level <i>Niveau de risque</i>	Morse Fall Score <i>Score de l'échelle de chutes Morse</i>	Action <i>Mesures</i>
No Risk/ <i>Aucun risque</i>	0-24	Universal Fall Prevention Interventions <i>Interventions universelles de prévention des chutes</i>
Low Risk/ <i>Faible risque</i>	25 – 50	Full Prevention Interventions <i>Interventions de prévention des chutes</i>
High Risk/ <i>Risque élevé</i>	≥ 51	High Risk Fall Prevention Interventions <i>Interventions de prévention des chutes – situations à risque élevé</i>

Date: _____

Time/Heure: _____

Recorder's Signature/ _____

Signature de la personne qui a rempli ce formulaire

Form # UC-75674-B

06-Oct-2004

FALL SCALE ASSESSMENT RECORD - MORSE
ANTÉCÉDENTS ET MISE À JOUR DE L'ÉVALUATION
DU PATIENT/DE LA PATIENTE – ANNEXE

Avec l'aimable soutien du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) et de l'Hôpital Riviera.

Sélection d'instrument pour la définition/l'estimation du risque (2^e étape)

Timed up and go Test (TUG) → voir page 25 (Sélection d'instruments pour l'identification du risque (1^{re} étape))

Berg Balance Scale

Berg K et al. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada* 1989;41:304-311.

Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Huber Verlag 2006.

Centres de traitements et de réadaptation du Canton de Vaud. Evaluation des chutes en gériatrie. Guide de poche. Première édition. Vevey 2006.

Berg K et al. A comparison of clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. *Arch Phys Med Rehabil* 1992;73:1073-1083.

Consignes et instructions		Scores
1 Levez-vous en essayant de ne pas vous aider des mains	Passer de la position assise à debout <ul style="list-style-type: none"> peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre peut se lever seul avec l'aide des mains peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives a besoin d'un peu d'aide pour se lever ou pour garder son équilibre a besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever 	4 3 2 1 0
2 Essayez de rester debout deux minutes sans prendre appui	Se tenir debout sans appui <ul style="list-style-type: none"> peut rester debout sans danger pendant 2 minutes peut se tenir debout pendant 2 minutes (sous surveillance) peut se tenir debout 30 secondes sans prendre appui doit faire plusieurs tentatives pour se tenir debout pendant 30 secondes sans perdre appui est incapable de rester debout 30 secondes sans l'aide de quelqu'un 	4 3 2 1 0
3 Asseyez-vous bras croisés pendant 2 minutes	Tenir assis, dos sans appui, mais pied avec appui au solo u sur un tabouret <ul style="list-style-type: none"> peut rester assis 2 minutes, sans danger peut rester assis 2 minutes, sous surveillance peut rester assis 30 secondes peut rester assis 10 secondes incapable de rester assis sans appuis pendant 10 secondes 	4 3 2 1 0
4 Veuillez vous asseoir	Passer de la position debout à assise <ul style="list-style-type: none"> peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement de ses mains contrôle la descente avec les mains contrôle la descente avec le derrière des jambes contre le siège s'assoit sans aide, mais sans contrôler la descente a besoin d'aide pour s'asseoir 	4 3 2 1 0
5 Allez de la chaise avec accoudoirs à la chaise sans accoudoirs (ou lit) et revenez	Transferts <ul style="list-style-type: none"> exécute l'exercice sans difficulté, en s'aidant peu de ses mains exécute l'exercice sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains peut exécuter l'exercice moyennant des instructions verbales et/ou une surveillance a besoin d'aide d'une personne a besoin d'aide ou de surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire 	4 3 2 1 0
6 Fermez les yeux et restez immobile pendant 10 secondes	Se tenir debout les yeux fermés <ul style="list-style-type: none"> peut se tenir debout sans appui pendant 10 secondes, sans danger peut se tenir debout pendant 10 secondes, sous surveillance peut se tenir debout pendant 3 secondes incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes, mais garde l'équilibre a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0

7 Placez vos pieds ensemble	Se tenir debout pieds joints <ul style="list-style-type: none"> • peut joindre les pieds sans aide et reste debout pdt 1min, sans danger • peut joindre les pieds sans aide et rester debout pdt 1min, sous surveillance • peut joindre les pieds sans aide et rester debout durant < 30 secondes • a besoin d'aide pour joindre les pieds mais peut rester debout 15 secondes • a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout > 15 secondes 	4 3 2 1 0
8 Levez les bras à 90° Etendre les doigts et allez les plus loin possible vers l'avant	Déplacement vers l'avant, bras étendus <ul style="list-style-type: none"> • peut se pencher sans danger à une distance < 25 cm • peut se pencher sans danger à une distance < 7.5 cm • peut se pencher sans danger à une distance < 5 cm • peut se pencher mais sous surveillance • a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0
9 Ramasser votre pantoufle/chaussure qui est devant vos pieds	Ramasser un objet par terre <ul style="list-style-type: none"> • peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger • peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance • ne peut pas ramasser sa chaussure mais s'arrête à 2.5 cm de l'objet et garde l'équilibre • ne peut pas ramasser sa chaussure et a besoin d'être surveillé • est incapable d'exécuter l'exercice/a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0
10 Retournez-vous et regardez directement par-dessus votre épaule G. La même chose à D.	Se tourner pour regarder par-dessus l'épaule G et D <ul style="list-style-type: none"> • se retourne ddc avec un bon déplacement du poids • se retourne d'un côté seulement, un mauvais dépl. Du poids de l'autre côté • se tourne de profil seulement en gardant son équilibre • a besoin de surveillance • a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0
11 Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté	Pivoter sur place (360°) <ul style="list-style-type: none"> • peut tourner 360° sans danger de chaque côté < 4 secondes • peut tourner 360° sans danger d'un seul côté < 4 secondes • peut tourner 360° sans danger mais lentement • a besoin de surveillance et/ou de directives verbales • a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0
12 Placez en alternance un pied sur la marche/tabouret. 4x chaque pied	Debout et sans support, placement alternatif d'un pied sur une marche ou un tabouret <ul style="list-style-type: none"> • peut tenir debout sans appui, sans danger et toucher le tabouret 8x/20 secondes • peut tenir debout sans appui et toucher le tabouret 8 fois en plus de 20 secondes • peut toucher le tabouret 3 fois sans aide et sous surveillance • ne peut pas toucher le tabouret plus de 2x, a besoin d'aide • a besoin d'aide pour ne pas tomber/ne peut pas faire l'exercice 	4 3 2 1 0
13 Placer un pied directement devant l'autre. Si impossible, faire un pas assez loin en avant	Se tenir debout sans appui, un pied devant l'autre <ul style="list-style-type: none"> • est capable de placer un pied devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes • est capable de faire un grand pas sans aide et de tenir 30 secondes • est capable de faire un petit pas sans aide et de tenir la position 30 secondes • a besoin d'aide pour faire un pas mais peut tenir 15 secondes • perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de tenir debout 	4 3 2 1 0
14 Tenez-vous debout sur une jambe le plus longtemps possible sans prendre appui	Se tenir debout sur une jambe <ul style="list-style-type: none"> • peut lever une jambe sans aide et tenir > 10 secondes • peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes • peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus • essaie de lever une jambe, ne peut tenir la position plus de 3 secondes, mais reste debout sans aide • ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber 	4 3 2 1 0

Interprétation: Un résultat de 45 sur 56 est défini comme la limite entre les sujets autonomes pour la marche sans aide mécanique et ceux qui nécessitent une évaluation de l'aide à la marche ou une supervision. Un score inférieur à 45 est donné comme prédictif de risques de chutes multiples.

Avec l'aimable soutien du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) et de l'Hôpital Riviera.

Performance Oriented Mobility Assessment nach Tinetti (POMA)

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1980;34:119-120.

Wettstein A et al. Checklist Gériatrie p. 26. © Ed. Vigot, 1998 et © Georg Thieme Verlag, 1997.

Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Huber Verlag 2006.

Centres de traitements et de réadaptation du Canton de Vaud. Evaluation des chutes en gériatrie. Guide de poche. Première édition. Vevey 2006.

	Score
Equilibre assis sur la chaise	
• se penche sur le côté, glisse de la chaise	0
• sûr, stable	1
Se lever	
• impossible sans aide	0
• possible mais nécessite les bras	1
• possible sans les bras	2
Tentative de se lever	
• impossible sans aide	0
• possible, mais plus d'un essai	1
• possible lors du premier essai	2
Equilibre immédiat debout (5 premières secondes)	
• instable	0
• sûr mais nécessite un moyen auxiliaire	1
• sûr sans moyen auxiliaire	2
Equilibre lors de la tentative debout pieds joints	
• instable	0
• stable mais pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite de l'aide	1
• pieds joints, stables	2
Poussée (pieds joints, l'examineur pousse trois fois avec la paume sur le sternum de patient)	
• tomberait sans aide	0
• fait des pas d'esquive, mais ne tombe pas	1
• stable	2
Yeux fermés (les pieds aussi joints que possible)	
• instable	0
• stable	1
Retournement de 360°	
• pas discontinus	0
• pas continus	1
Marche	
• non sûre, nécessite des moyens auxiliaires	0
• sûre	1
Début de la marche	
• hésitation	0
• pas d'hésitation	1
Longueur et hauteur du pas: le pied droit balance	
• ne passe pas au-delà du pied gauche	0
• passe au-delà du pied gauche	1

	Score
Le pied droit <ul style="list-style-type: none"> ne décolle pas complètement du sol décolle complètement du sol 	0 1
Longueur et hauteur du pas: le pied gauche balance <ul style="list-style-type: none"> ne passe pas au-delà du pied droit passe au-delà du pied droit 	0 1
Le pied gauche <ul style="list-style-type: none"> ne décolle pas complètement du sol décolle complètement du sol 	0 1
Symétrie de la marche <ul style="list-style-type: none"> la longueur des pas droit et gauche ne semble pas semblable (estimation) la longueur des pas droit et gauche semble être la même 	0 1
Continuité des pas <ul style="list-style-type: none"> arrêt ou discontinuité de la marche les pas paraissent continus 	0 1
Stabilité du tronc <ul style="list-style-type: none"> balancement net, ou utilise un moyen auxiliaire pas de balancement, mais penché ou balancement des bras pas de balancement, ne doit se tenir nulle part 	0 1 2
Largeur des pas <ul style="list-style-type: none"> polygone de marche élargi les pieds se touchent presque lors de la marche 	0 1
S'asseoir <ul style="list-style-type: none"> incertain (estime mal la distance, tombe de la chaise) utilise les bras ou fait des mouvements grossiers sûr, avec des mouvements libres 	0 1 2

Interprétation: calcul du score (maximum de 28 points)

- score < 20 points: risque chute élevé
- score de 20 à 23 points: risque légèrement élevé
- score de 24 à 27 points: existe-t-il un autre problème (p.e une jambe plus courte que l'autre)?

Avec l'aimable soutien du Service de gériatrie et réadaptation gériatrique du CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois) et de l'Hôpital Riviera.

Test de Schellong

Herold G et al. Innere Medizin. Chronische arterielle Hypotonie und orthostatische Hypotonie. Eigenverlag, 2005.

Bref descriptif:

1. Le patient reste couché pendant 10 minutes à plat sur un lit. Pendant ce temps, sa circulation se calme et sa tension artérielle se stabilise → à ce moment, mesurer sa tension.
2. Dire au patient de se lever rapidement et de rester debout 10 minutes → durant ce laps de temps, mesurer sa tension artérielle et sa fréquence cardiaque toutes les minutes.
3. Les valeurs recueillies – tension, fréquence cardiaque – ainsi que les symptômes ressentis par le patient (sensations de vertige, scintillements devant les yeux) – sont consignés.

La description exhaustive du test et le manuel nécessaire pour l'évaluer sont disponibles sur le site de la fondation, à l'adresse www.patientensicherheit.ch.

Analyse de la marche avec détermination de la variabilité (longueur et écartement des pas)

Kressig RW et al. Gait variability while dual-tasking: fall predictor in older inpatients? Aging Clin Exp Res 2008 (in press)

Maki BE. Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fear. J Am Geriatr Soc 1997;45:313-20.

Kressig RW, Beauchet O, European GAITRite Network Group. Guidelines for clinical applications of spatio-temporal gait analysis in older adults. Aging Clin Exp Res 2006;18:174-6.

Nakamura T et al. Relationship between falls and stride length variability in senile dementia of the AlzheimerType. Gerontology 1996;42:108-13.

Analyse clinique de la marche:

Grâce à un tapis équipé de récepteurs de pression reliés à un logiciel, il est possible de relever les paramètres spatiotemporels de la marche à la seconde. Du point de vue clinique, la détermination de la variabilité de la marche (modifications de la longueur des pas) est importante, car elle est sensiblement plus élevée en cas de risque de chute. Lorsque l'on sait qu'une variation de 1,7 cm – non détectable à l'œil nu – indique un risque de chute doublé, on comprend que ce type d'examen apporte un précieux complément à l'évaluation clinique de la mobilité chez la personne âgée.

Variabilité de la marche: indicateur sensible de démence et de risque de chute

La variabilité de la marche chez les patients atteints du syndrome d'Alzheimer est généralement faible. Lorsque la maladie progresse, ce paramètre augmente et le risque de chute s'élève en conséquence.

Dynamic gait index

Shumway-Cook et al. Motor Control. Theory and Practical Applications. Baltimore, Williams & Wilkins 1995.

Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Hans Huber Verlag 2006.

Au moment de l'achèvement de cette publication, seule la version allemande (illustration) était disponible. Dès que le document français sera prêt, il pourra être téléchargé sur le site de la Fondation pour la sécurité des patients (www.patientensicherheit.ch).

Score d'activité selon Chedoke MC Master

Gowland C et al. Measuring physical impairment and disability with the Chedoke MC Master Stroke Assessment. Stroke. 1993a;24-1:58-63.

Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Hans Huber Verlag 2006.

Ce test consiste en une échelle d'activité qui mesure le degré d'autonomie en cas de changement de situation et de mobilité. Il s'assimile pour l'essentiel au FIM (Functional Independence Measure) et au Barthel Index.

La description exhaustive du test et le manuel nécessaire pour l'évaluer sont disponibles sur le site de la fondation, à l'adresse www.patientensicherheit.ch.

Réaction à la suite d'une chute

Exemple de protocole de chute

Protocole de chute			Etiquette du patient	
Date de la chute:			Heure de la chute:	
Lieu de la chute:	<input type="checkbox"/> Chambre du patient	<input type="checkbox"/> Toilettes	<input type="checkbox"/> Couloir	<input type="checkbox"/> en pos. assise/ en pos. couchée
Circonstances:	<input type="checkbox"/> marche/debout	<input type="checkbox"/> en se levant/en s'asseyant	Autre lieu	
Temps approximatif passé au sol:				
Conséquences de la chute:	<input type="checkbox"/> pas de lésions	<input type="checkbox"/> légères lésions	<input type="checkbox"/> graves lésions	
Type de lésion(s)				
Mesures prises par rapport aux conséquences:				
<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> observation	<input type="checkbox"/> examen clinique	autre	
<input type="checkbox"/> compresses	<input type="checkbox"/> analgésique	<input type="checkbox"/> traitement de plaie		
<input type="checkbox"/> consultation médicale	<input type="checkbox"/> radiographie	<input type="checkbox"/> opération		
Facteurs de risque antérieurs:				
Troubles de la mobilité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Antécédents de chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Altération de la cognition	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Altération de la fonction d'élimination	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Troubles de la vision	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prise de psychotiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Prise de somnifères	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Chaussures inadaptées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autre				
Des barrières étaient-elles mises?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Le patient était-il attaché?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Description des circonstances (activités et conditions régnant dans la pièce avant/au moment de la chute)				
Information des proches	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Mesures préventives prévues:				
Date:	Visa infirmière:		Visa médecin:	

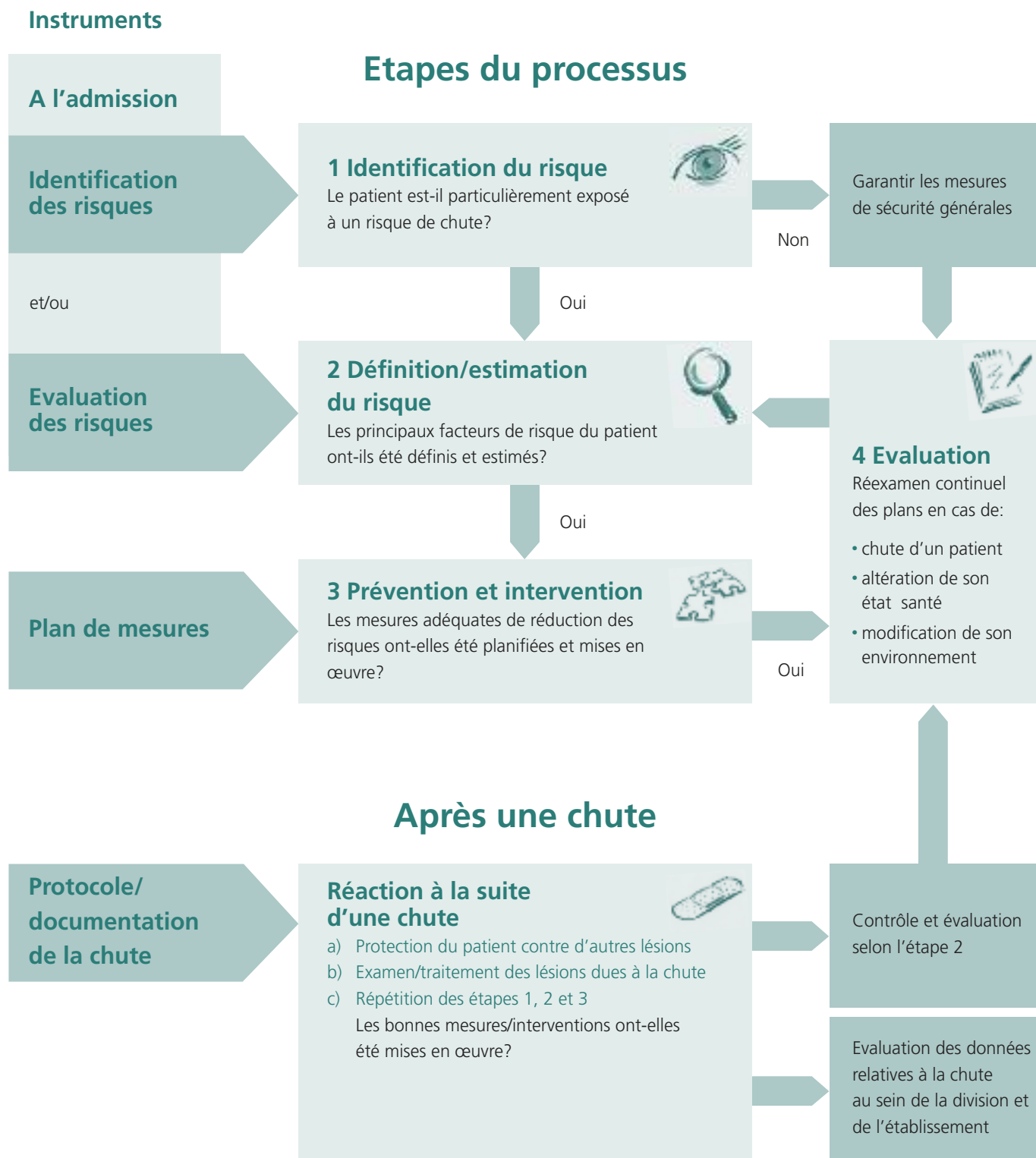
Références

- Lamb SE et al. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network Europe consensus. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1618-22.
- Victorian Government Department of Human Services (2004). Minimising the risk of falls & fall-related injuries. Guidelines for acute, sub-acute and residential care settings. In: <http://www.health.vic.gov.au/qualitycouncil/pub/improve/falls.htm>. [Zugriff: 20.06.2007]
- Lyons RA et al. Modification of the home environment for the reduction of injuries (Review). *Cochrane Collaboration Library* 2007. Issue 2. In: <http://www.thecochranelibrary.com> [Zugriff: 20.06.2007]
- Gillespie LD et al. Interventions for preventing falls in elderly people (Review). *Cochrane Collaboration Library* 2007. Issue 2. In: <http://www.thecochranelibrary.com> [Zugriff: 20.06.2007]
- Province MA et al. The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *Frailty and injuries: cooperative studies of intervention-techniques. JAMA* 1995;273:1341-1347.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (Hrsg.) Ältere Sturzpatienten. Leitlinie 4. Düsseldorf. 2004.
- Schwendimann R. Patient falls: a key issue in patient safety in hospitals. Inauguraldissertation. Universität Basel 2002.
- Johnson B et al. Sturzrisikofaktoren und Sturzverletzungen bei hospitalisierten alten Menschen. *Praxis* 2004;93:1281-1288.
- Health Care Association of New Jersey: Fall management guideline (2006). In: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9743&nbr=005216&string=Fall+AND+management+AND+guideline [Zugriff: 20.06.2007]
- National Guideline Clearinghouse: Fall prevention for older adults (2004). In: <http://www.guideline.gov/search/searchresults.aspx?Type=3&txtSearch=Fall+prevention+for+older+adults&num=20> [Zugriff: 20.06.2007]
- Moreland J et al. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls on older adults. *Gerontology* 2003;49:93-116.
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. Best practice – falls in hospital. Volume 2. Issue 2. 1998. In: <http://www.joannabriggs.edu.au> [Zugriff: 20.06.2007]
- WHO Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? How should interventions to prevent falls be implemented? In: <http://www.euro.who.int/HEN/NewsArchive> [Zugriff: 04.11.2004]
- Kressig RW et al. Gait variability while dual-tasking: fall predictor in older inpatients? *Aging Clin Exp Res* 2008 (in press)
- Baker DI et al. Step by step: integrating evidence-based fall-risk management into senior centers. *The Gerontologist* 2007;47:548-554.
- Arbesmann et al. Mechanical restraints, rehabilitation therapies, and staffing adequacy as risk factors for falls in an elderly hospitalized population. *Rehabil Nurs* 1999;24(3):122-8.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:664-672.
- Morse JM. Preventing patient falls. 1 ed. Thousand Oaks, California. SAGE Publications, Inc. 1997.
- Palm S. Vermeidung von Patientenstürzen. In: Holzer et al (Hrsg.). Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Wien. Facultas Verlag 2005.
- Tideisaar R. Falls in older people. Prevention & management. 3rd ed. Baltimore, MD: Health Professions Press 2002.
- Grob DG et al. Waid-Guide 4 – Test für geriatrische Sturz-Abklärung. Klinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid: Zürich 2002. P.15.
- Bürge MG et al. Stürze und Sturzgefährdung. *Praxis. Schweiz Med Forum* 2002;6:121-124.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Expertenstandard – Sturzprophylaxe in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück 2005.
- Doenges ME et al. Pflegediagnosen und Massnahmen. 3. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle. Huber Verlag 2002.
- Anliker M et al. Handbuch RAI-Home-Care Schweiz. Aus: RAI-Home Care (RAI-HC) Assessment Manual for Version 2.0. 1999. übersetzte Schweizer Vollversion. 1. Auflage. St. Gallen 2003.
- Fries BE et al. Refining a Case-Mix Measure für Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III). In *Med Care* 1994;32:668-685.
- Stiftung für Patientensicherheit Schweiz. Kommunikation mit Patienten und Angehörigen nach einem Zwischenfall. 2. Auflage. Basel/Zürich 2007.
- Schädler S et al. Assessments in der Neurorehabilitation. Huber Verlag 2006.
- Leipzig RM et al. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(1):30-39.
- Lundin-Olsson L et al. Stops walking when talking as a predictor of falls in elderly people. *Lancet* 1997;349:617.
- CURAVIVA. BESA – Bewohner-Einstufungs- und Bewertungssystem. besa@curaviva.ch
- Gates S et al. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:130-133.
- Maki BE. Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fear. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:313-20.
- Kressig RW, Beauchet O, European GAITRite Network Group. Guidelines for clinical applications of spatio-temporal gait analysis in older adults. *Aging Clin Exp Res* 2006;18:174-6.
- Nakamura T et al. Relationship between falls and stride length variability in senile dementia of the AlzheimerType. *Gerontology* 1996;42:108-13.
- Bohannon RW. Age and Ageing 1997;26:15-19.
- Thalman B et al. Dementia screening in general practice: Optimized scoring for the Clock Drawing Test. *Brain Aging* 2002;2(2):36-43.
- Ploenes C et al. Der Uhrentest: Das Zeichnen einer Uhr zur Erfassung kognitiver Störungen bei geriatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie* 1994;27:246-252.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed «up&go»: a test of basic functional mobility for frail elder persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148.
- Oliver D et al. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997;315:1049-53.
- Oliver D et al. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age & Ageing* 2004. 33(2):122-30.
- Schwendimann R et al. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. *Age Ageing* 2006;35(3):311-3.
- Berg K et al. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada* 1989;41:304-311.
- Tinetti ME. *J Am Geriatr Soc* 1980;34:119-120.
- Herold G et al. Innere Medizin. Chronische arterielle Hypotonie und orthostatische Hypotonie. Eigenverlag, 2005.
- Shumway-Cook et al. Motor Control. Theory and Practical Applications. Baltimore, Williams & Wilkins 1995.
- Gowland C et al. Measuring physical impairment and disability with the Chedoke MC Master Stroke Assessment. *Stroke* 1993a;24-1:58-63.
- Ebel J et al. Sturzereignisprotokolle in Theorie und Praxis. *Pflegezeitschrift* 2006;4:2-10.
- Schwendimann R. Systematische Sturzerfassung – warum dokumentieren? CNE-Fortbildung und Wissen für die Pflege 2007;4:12-14.
- PLAISIR: www.erosinfo.com; www.isesuisse.ch

Bibliographie

- Oesch P et al. Assessments in der muskuloskeletalen Rehabilitation. Bern. Hans Huber Verlag. 2007.
- Pierobon M. Sturzprävention bei älteren Menschen: Risiken-Folgen-Massnahmen. Funk. Thieme Verlag 2007.
- Becker C et al. Sturzprophylaxe. Hannover. 2. Aufl. Vincentz Verlag 2007.
- Runge M. Gehstörungen, Stürze Hüftfrakturen. Darmstadt. Steinkopf Verlag 2000.
- Stoll W. Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Stuttgart. Thieme Verlag 1992.
- Tideiksaar R. Stürze und Sturzprävention. 2. Aufl. Hans Huber Verlag 2008.

Risikomanagement-Process



Impressum

Edition
Fondation pour la sécurité des patients, Bâle/Zurich

Rédaction
Olga Frank, Zurich

Traduction
Bureau mimetis, Geneviève Kissling

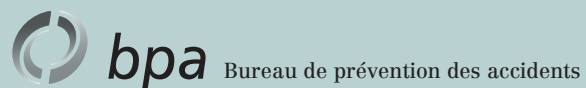
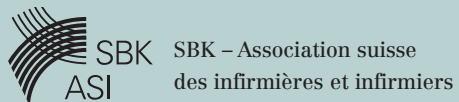
Graphisme
René Habermacher, Visuelle Gestaltung, Zurich

Impression
Kaspar Schnelldruck, Wallisellen

Février 2008

ISBN-Nr. 978-3-905803-02-0

Mit Unterstützung durch



Publication sécurité des patients Suisse



Fondation pour la Sécurité des Patients
Bureau et Contact
Asylstrasse 77, CH-8032 Zurich
Tél. +41 (0)43 244 14 80
Fax +41 (0)43 244 14 81
www.securitedespatients.ch
info@securitedespatients.ch

Siège
c/o Académie suisse des
sciences médicales (ASSM)
Petersplatz 13, CH-4051 Bâle

ISBN-Nr. 978-3-905803-02-0



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland