

Chutes

Clinical Assessment Protocol (CAP) = 1

L'information relative à ce code GAD a été divisée en trois parties :

- (I) *Signification*: la signification d'un code 1 pour le GAD Chutes.
- (II) *Problématique* : description, mise en situation et problématique.
- (III) *Directives* : les étapes qui doivent être étudiées successivement (aperçu général et exécution par étape).

Nous vous conseillons d'imprimer ces informations dans leur intégralité. Il est possible de consulter une littérature complémentaire.

I Signification

Le **GAD Chutes est activé avec un code 1**. Cela signifie qu'on a enregistré pour le patient en question une chute au cours de 90 derniers jours, ce qui entraîne chez lui un risque moyen de chuter à nouveau.

Ce groupe comporte environ 15% des personnes âgées dans une MRS, 15% des personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile et 10% des personnes âgées vivant de manière autonome. Si aucune action n'est entreprise, environ 25% des personnes âgées appartenant à ce groupe vivant en MRS chuteront à nouveau dans un délai de 90 jours. Chez les personnes âgées qui se sont soignées à domicile, ce pourcentage monte à environ 40%.

II Problématique

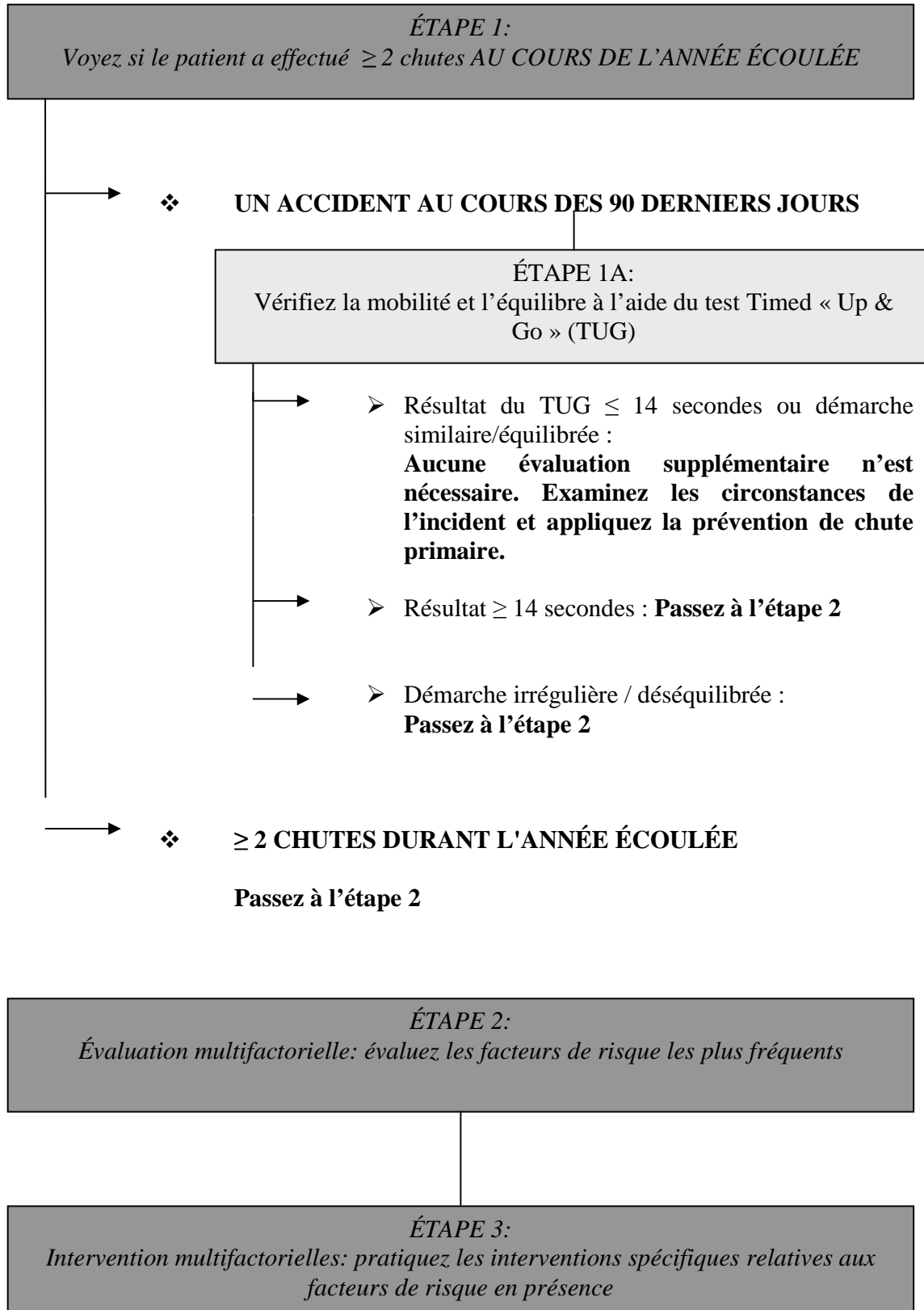
On définit une chute par un *changement de position inattendu par lequel une personne se retrouve à un niveau inférieur (par exemple, le sol, le plancher ou un siège)*. Au fur et à mesure que les gens vieillissent, les chutes constituent la cause principale de morbidité et de mortalité, mais il s'agit également d'une cause importante de blessures chez les personnes plus jeunes et vulnérables. Les mesures de précaution pour les patients qui ne sont encore jamais tombés incluent les facteurs de risque et portent sur des objectifs divers: exercices physiques, équilibre, délirium, interaction entre les médicaments. Ces sujets se retrouvent aussi dans le nombreux autres GAD. Le présent GAD ne se concentre pas sur les patients qui ne sont jamais tombés, mais plutôt sur les groupes présentant un risque accru d'incident du fait de précédentes chutes.

La mesure dans laquelle les chutes surviennent dépend de la vulnérabilité du patient, de l'endroit où il vit et de l'assistance dont il bénéficie. Sur une période de 6 mois, on enregistre différents pourcentages de chute variant en fonction du lieu de résidence du patient : 40 % chez les personnes âgées vivant en MRS, 35% chez les personnes âgées soignées à domicile et de 20 à 30% de ceux vivant de manière autonome. Ceux qui tombent au cours de cette période de 6 mois, ne tombent souvent qu'une seule fois et jusqu'à 10 % des victimes enregistrent une hausse de vulnérabilité.

Les chutes peuvent indiquer une régression fonctionnelle et la présence d'autres affections telles que délirium, mauvaises réactions à la médication, déshydratation et infections.

III Directives

Aperçu schématique



Plan par étapes

ÉTAPE 1:

Voyez si le patient a effectué ≥ 2 chutes AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE

- L'enquête démontre que **la prévention de chute** vise avant tout **les plus de 65 ans** présentant un risque de chute élevé. Cela signifie que le groupe à risque élevé doit être identifié avant même de pouvoir adapter des stratégies de prévention. Lorsque le **CAP-Chutes** émet un **code 1**, cela signifie que le patient a rapporté **une chute au cours des 90 derniers jours**. Cela signifie que le patient cours un risque moyen de tomber à nouveau. Afin de cibler le groupe à haut risque, il convient de prendre également en compte le **nombre de chutes enregistrées au cours de l'année précédente**. Pour cela, il est important de questionner le patient. Dans la mesure où elles sont tues, faites bien attention ici que mêmes les chutes sans dommage corporel soient rapportées.

❖ **UN ACCIDENT AU COURS DES 90 DERNIERS JOURS**

ÉTAPE 1A:

Vérifiez l'équilibre et la mobilité à l'aide du test Timed "Get Up & Go"- (TUG)

- Lorsque le patient est tombé **une fois pendant les 90 derniers jours écoulés**, il présente un risque de chute moyen. Pour **identifier ce groupe de patients à haut risque**, il convient de considérer un second paramètre important, à savoir l'apparition de **troubles de l'équilibre et de la mobilité**. Cela peut se faire à l'aide du test Timed "Get Up & Go" (voir document en annexe) On évalue ici le temps dont a besoin une personne âgée pour réaliser une tâche imposée et sa démarche.

➔➔ **Résultat 1 étape 1A : Si le résultat du TUG ≤ 14 secondes ou si la démarche est régulière/équilibrée :**

- Aucune évaluation multifactorielle supplémentaire n'est nécessaire.
- Voyez dans quelles circonstances le patient est tombé :

- Quand la chute a-t-elle eu lieu ? La nuit ou le jour ? À quel moment ?
 - Le patient a-t-il été blessé ?
 - Où le patient est-il tombé ? Dans la chambre, la salle de bain, le salon ? Dans un couloir ? Dans les escaliers ? À l'extérieur ?
 - L'incident peut-il être mis en corrélation avec une médication donnée ?
- Pratiquez la prévention de chute primaire :
- Avec toutes les personnes âgées de plus de 65 ans ne présentant pas de risque de chute accru
 - Encouragez l'activité physique en vue d'entretenir les réflexes, la force musculaire, la coordination des mouvements et l'endurance. Pour cela, vous pouvez motiver les personnes âgées à pratiquer, pendant au moins une demi-heure trois fois par semaine, un exercice physique tel que la marche, la natation, le cyclisme, le jardinage, le Tai Chi en fonction des capacités du patient.
 - Assurez-vous que le cadre du domicile est sûr.

→> **Résultat 2 étape 1A : Si le résultat du TUG \geq 14 secondes**

Passez à l'étape 2

→> **Résultat 3 étape 1A : En cas de démarche irrégulière / déséquilibrée :**

Passez à l'étape 2

→ ❖ **\geq 2 CHUTES DURANT L'ANNÉE ÉCOULÉE**

Passez à l'étape 2

ÉTAPE 2:

Évaluation multifactorielle: évaluez les risques de chute les plus fréquents

- Cette première étape est indispensable dans l'établissement d'une stratégie d'intervention multifactorielle individualisée pour les patients présentant un risque accru de chute (prévention de chute secondaire). Il est notoire que les chutes sont causées par différents facteurs reliés entre eux. Ceci souligne le besoin de procéder à une évaluation multidisciplinaire extensive du patient à la lumière de facteurs de risque récurrents.
 - **Risques de chute ?**
 - Tous les patients à haut risque de chute présentent au moins un des facteurs ci-dessous :
 - Troubles de la mobilité : troubles de l'équilibre, dans la démarche et un affaiblissement musculaire
 - Troubles de la vue
 - Problèmes cognitifs (e.a. la démence)
 - Hypotension orthostatique
 - Polypharmacie
 - Environnement et comportement à risque
 - Problèmes au(x) pied(s) et port de chaussures à risque
 - Angoisse de la chute
 - Chute(s) antérieure(s)
 - Problèmes cardiaques (e.a. troubles du rythme cardiaque)
 - Problèmes orthopédiques (e.a. rhumatisme)
 - Maladies neurologiques et du métabolisme (e.a. Parkinson, épilepsie, diabète, alcoolisme, AVC, ...)
 - **Comment évaluer et identifier les risques ?**
 - Une bonne collaboration entre les différentes disciplines et une bonne coordination des tâches sont indispensables étant donné que l'évaluation se doit d'être multidisciplinaire et standardisée. Chaque discipline peut procéder à l'évaluation mais selon le type de facteur une discipline peut être mieux appropriée que l'autre. Il est crucial que les problèmes soient constatés et rapportés que, si besoin, les personnes âgées soient orientées vers une autre discipline.
- 1. Évaluation des troubles de la mobilité**
- Les chutes sont le plus souvent associées à des troubles de l'équilibre, de la démarche et un affaiblissement musculaire.
 - Observez les troubles de la marche et de l'équilibre chez l'individu :
 - Éprouve-t-il des difficultés à garder l'équilibre, même assis ?
 - Doit-il utiliser ses bras pour se lever d'une chaise ?
 - Éprouve-t-il des difficultés à se maintenir droit debout ?

- Marche-t-il d'un pas chancelant (y compris avec un instrument de support ou en s'appuyant sur quelqu'un), lentement avec des petits arrêts ?
- Prenez contact avec le médecin (si vous n'êtes pas médecin vous-même) à propos des découvertes ci-dessous. Celui-ci pourra (sur prescription) orienter le patient vers un kinésithérapeute qui sera à même de procéder aux tests spécifiques permettant l'évaluation.
 - Four Test Balance Scale (voir document en annexe)
 - Timed chair-stand-test (voir document en annexe)
 - Functional Reach (voir document en annexe)
 - Examen complémentaire dans le cadre d'une pathologie F (voir document en annexe)

2. Évaluation des troubles de la vue

- Un champ de vision limité, une perception limitée de la lumière/sensibilité aux contrastes des suites d'une cataracte, un affaiblissement de la perception de la profondeur et des lunettes inadaptées sont autant de problèmes courants qui induisent un risque de chute accru.
- Observez et questionnez le patient :
 - Des objets situés dans un coin du champ de vision ont-ils été ignorés ?
 - La vue a-t-elle été entravée par une mauvaise illumination des alentours ?
 - Le patient porte-t-il des lunettes (ses propres lunettes) et le degré de correction est-il suffisamment adapté ?
 - Le client est-il gêné par des lunettes bifocales ?
 - Des diagnostics ophtalmologiques ont-ils déjà été posé par le passé ?
 - À quand remonte la dernière visite chez un oculiste (plus d'un an) ?
 - Le patient éprouve-t-il des difficultés à lire, regarder la télévision, conduire ?
 - Évaluez l'acuité visuelle à l'aide du test Linéaire E (si vous êtes médecin ou infirmier/infirmière) (à télécharger sur www.valpreventie.be)
- Communiquez vos découvertes aux autres disciplines et envoyez le patient présentant des troubles de la vue consulter un médecin (oculiste) pour un examen approfondi.

3. Évaluation des problèmes cognitifs (e.a. la démence)

- L'étude démontre qu'un dysfonctionnement cognitif général (démence, dépression, délire) accroît le risque de chutes répétées.
- Étudiez le passé du patient et observez les points suivants :
 - Le patient connaît-il des limitations cognitives liées à la mémoire et au processus décisionnel au quotidien ?
 - Le patient flâne-t-il ? Son environnement est-il sûr ?
 - Le patient surestime-t-il ses propres capacités ? Soyez conscient du fait qu'un comportement dangereux (se mettre debout seul, sortir du lit seul) est souvent le résultat d'un besoin non assouvi (par exemple, aller aux toilettes). Ce comportement à risque peut être évité en établissant une liste des besoins à satisfaire (par exemple, planifier un passage aux toilettes).
 - Voyez dans quelle mesure le patient distingue ses limites physiques et à quel point il les accepte. Si nécessaire, prenez des mesures contre les comportements à risque.
 - Vérifier la médication du patient. Prenez ici en considération les facteurs susceptibles d'influencer la conscience, les performances cognitives, les capacités de jugement et les sensations.
- Signalez au médecin les troubles constatés (limitations cognitives, troubles émanant de la médication)

4. Évaluation de l'hypotension orthostatique

- Certaines indications montrent que les personnes âgées souffrant de vertiges, de tournis ou d'une chute de tension en se levant présentent un risque de chute élevé.
- Interrogez le client :
 - Souffre-t-il parfois de vertiges ou de tournis ?
 - Ces phénomènes apparaissent-ils quand il se lève du lit, d'une chaise ou en se penchant ?
- Faites attention à la prise de médicaments pouvant contribuer à l'hypotension (médication cardiovasculaire, antidépresseurs, hypnotiques).
- Mesurez la tension artérielle après une position couchée de minimum 5 minutes (de préférence le matin au réveil ou après la sieste de

l'après-midi) et en position debout (immédiatement après le levé et ensuite après 3 minutes).

- Existence d'une hypotension orthostatique ?
 - Lors du passage de la position couchée à la position debout, on enregistre une baisse de la tension artérielle
 - ✓ systolique ≥ 20 mmHg *OU*
 - ✓ diastolique ≥ 10 mmHg
- OU*
- La tension artérielle systolique descend sous 90 mmHg
- Contactez le médecin, faites-lui un rapport et envoyez-lui le patient pour un examen approfondi.

5. Évaluation de la médication

- La médication doit être évaluée pour deux raisons importantes. Tout d'abord, parce que la polypharmacie (prise de plus de 4 médicaments différents) peut expliquer les chutes accidentelles chez les personnes âgées du fait de l'interaction entre les différents médicaments pris. Ensuite, il convient de tenir compte du type de médication. Certains médicaments à risque peuvent entraîner un risque de chute accru.
- Voyez combien de médicaments différents et/ou à risque le patient prend-t-il (prescrits ou non)
- Quels sont les médicaments à risque ?
 - Sédatifs : benzodiazépines (ex. lormétazépan, lorazépan, bromazépan...)
 - Neuroleptiques (tels que haloperidol, risperidon...): faites éventuellement un tour d'horizon des comportements du patient.
 - Antidépresseurs (tels que trazodonhydrochloride, citalopram, sertraline, amitriptyline...)
 - Digoxine (tel que digoxine, metildigoxine...)
 - Diurétiques (tels que furosemide, amiloridehydrochloride, spironolacton...)
 - Antiarythmie de type IA (tels que disopyramide)
 - ✓ *Attention* : ces trois derniers peuvent contribuer à l'hypotension.
 - ✓ *Remarque* : Les médicaments admis (si nécessaire) pro re nata peuvent être associés à un risque de chute accru.
- Soyez attentif aux effets secondaires (hypotension, vertiges, troubles

de l'équilibre).

- Contactez le médecin (si vous-même ne l'êtes pas), faites un rapport et envoyez-lui le patient pour un examen approfondi.

6. Évaluation de l'environnement et du comportement à risque

- Jugez les éléments présents dans l'environnement du patient qui pourraient provoquer une chute.
- Faites attention aux obstacles et veillez à ce que les appareils de support (appuis et poignées, par exemple) se trouvent à leur place.
- Observez et questionnez le patient :
 - Le patient allume-t-il la lumière lorsqu'il se lève pendant la nuit ? L'endroit est-il suffisamment éclairé ?
 - Le patient porte-t-il des chaussures stables et antiglisse ?
 - Fait-il parfois des gestes dangereux ?
 - Demandez au patient vivant à son domicile s'il existe chez lui des situations à risque. Il s'agit de situations qui augmentent le risque de chute, comme des câbles mal attachés, des tapis qui se recourbent, WC en dehors de la maison...
 - Demandez au patient vivant à son domicile s'il agit parfois dangereusement, par exemple, s'il court vers la porte ou vers le téléphone ou s'il grimpe sur une chaise ou une échelle pour prendre des objets placés en hauteur...

7. Évaluation des problèmes de pieds et chaussures à risque

- Observez les problèmes de pieds éventuels : présence de points de pression, de blessures ouvertes, diabète avec lésions, extrême sensibilité, durillons, déviation des orteils, ongles incarnés, ampoules, ulcères, orteil(s) amputé(s). Signalez les problèmes détectés au médecin (si vous ne l'êtes pas vous-même).
- Vérifier les chaussures du patient. Porte-t-il des chaussures dangereuses : instables, ouvertes à l'arrière, avec des semelles glissantes, haut talon ?

8. Évaluation de l'angoisse de chuter

- Cette angoisse peut varier entre angoisse « saine » et angoisse « paralysante ». Dans le premier cas, on évite certains facteurs de risque de l'environnement du patient (par exemple, sous-sol gelé et glissant) Dans le second cas, l'individu n'effectuera plus certaines

activités alors qu'il pourrait très bien le faire. Les personnes âgées sont tellement angoissées qu'elles bougent moins et ce faisant, les risques de chute mais aussi de lésions augmentent.

- Évaluez la crainte chez le patient en lui posant des questions telles que : Avez-vous peur de tomber ? Y a-t-il des activités que vous ne faites pas ou plus de crainte de tomber ?

9. Évaluation de chutes antérieures

- Les chutes antérieures constituent le plus grand risque d'incidents. En effet, les patients qui chutent régulièrement courent davantage de risque de chuter à nouveau, et souvent dans des circonstances similaires. Étudiez l'historique médical du patient et de sa famille. Un retour sur les six derniers mois écoulés suffit.
- Voyez dans quelles circonstances le patient est tombé :
 - Quand la chute a-t-elle eu lieu ? La nuit ou le jour ? À quel moment ? Interrogez le patient sur ces points
 - Le patient a-t-il été blessé ?
 - Où le patient est-il tombé ? Dans la chambre, la salle de bain, le salon ? Dans un couloir ? Dans les escaliers ? À l'extérieur ?
 - L'incident peut-il être mis en corrélation avec une médication donnée ?

10. Évaluation des problèmes cardiaques, maladies neurologiques et du métabolisme

- Comment ces problèmes peuvent-ils contribuer à une chute ?
 - Les problèmes cardiaques peuvent engendrer une hypotension orthostatique, facteur décrit ci-dessus.
 - Les problèmes orthopédiques et / ou neurologiques peuvent être associés à des problèmes de marche et de position statique, ce qui augmente le risque de chute.
- Observez le patient :
 - Présente-t-il un rythme cardiaque lent ou une arythmie ?
 - Le patient souffre-t-il d'affections neurologiques, orthopédiques ou métaboliques ?
- Prenez contact avec le médecin en vue d'un examen complémentaire.
 - Examen neurologique orienté : détecter les troubles cognitifs (MMSE < 24) (voir document en annexe), l'affaiblissement

musculaire (Test Timed chair-stand réalisé en plus de 2 minutes) et les troubles de la proprioception.

- Examen cardiovasculaire orienté : Identifier les causes cardiovasculaires de la syncope (pouls, auscultation du cœur, tension artérielle, palpation péri artères...)

Si besoin, prenez contact avec un cardiologue ou un interniste pour des examens complémentaires (ECG, échographie du cœur, holter...)

▪ **Attention :**

- Au même titre que l'identification des facteurs de risque, il est également important de garder à l'œil l'interaction et la synergie entre les différents facteurs en présence. Le risque de chute croît avec l'augmentation du nombre de facteurs de risque.

ÉTAPE 3:

Interventions multifactorielles: pratiquez les interventions spécifiques relatives aux facteurs de risque en présence

- Sur la base des facteurs identifiés, il est possible de mettre sur pied une **stratégie d'intervention individualisée**. L'idéal est une approche multidisciplinaire en portant une attention particulière sur une bonne coordination de manière à ce que les interventions spécifiques à l'une ou l'autre discipline concordent entre elles et que l'on puisse conserver un aperçu général du problème. Il est impératif d'entretenir une excellente **communication et collaboration** entre les différentes disciplines. À cette étape aussi, il est crucial de constater les problèmes, les signaler et d'orienter les personnes âgées vers d'autres disciplines si cela s'avère nécessaire.

- **Quelles interventions pour quel facteur de risque ?**

1. Troubles de la mobilité

- Les interventions requises pour ces troubles sont principalement exécutées par un *kinésithérapeute* ou un *ergothérapeute*, sur prescription adaptée du médecin. Certaines interventions se situent à l'intersection de plusieurs disciplines. Certaines méthodes visant à améliorer l'équilibre et la mobilité peuvent être appliquées au quotidien (par exemple, en marchant vers les toilettes).

- Pour toutes les disciplines, signalez les troubles décelés au médecin. Celui-ci peut prescrire un programme d'exercices auprès d'un kinésithérapeute, tenant compte de la procédure des pathologies F (nomenclature, voir document en annexe)
- Si vous être kinésithérapeute, établissez un programme d'exercices (voir document en annexe) en tenant compte du patient. Laissez-le choisir entre des exercices en groupe ou individuels ; considérez ses idées personnelles, ses limites et ses motivations.
- *Pour toutes les disciplines*, encouragez le patient à participer à un programme d'exercices (de manière permanente). Discutez ensemble de ses idées et limites personnelles et insistez sur les effets positifs de la pratique d'un exercice tels que pouvoir à nouveau se promener, conserver son indépendance et accroître la confiance en soi. Impliquez-y la famille et expliquez l'intérêt de suivre assidûment la thérapie.
- Si vous êtes *kinésithérapeute*, envisagez l'utilité d'un support. Si la personne âgée a davantage à utiliser un support, procurez-lui des informations sur les magasins ou les organismes où il peut en acquérir ou en louer et voyez :
 - Quel support est le plus approprié
 - Si le support est utilisé correctement
 - Comment encourager, motiver la personne à l'utiliser (en dépassant les idées, les limites et obstacles personnels)
- Pour *toutes les disciplines*, encouragez l'emploi d'un support adapté.
- Pour *toutes les disciplines*, encouragez un patient en chaise roulante à continuer de se pousser, dans la mesure du possible. Pour y parvenir, le patient doit avant tout se sentir bien lorsqu'il est assis dans le fauteuil, ses pieds doivent pouvoir toucher le sol, et il doit pouvoir atteindre la roue et les freins à l'aide d'un bras au moins.
- Pour *toutes les disciplines*, redressez le client régulièrement dans son fauteuil, surtout s'il a tendance à s'enfoncer dedans. Laissez-lui l'occasion de se redresser et de récupérer son équilibre lui-même de manière à ce qu'il puisse s'asseoir sans s'appuyer contre le dossier ou sur les accoudoirs.

- Motivez-le (toutes les disciplines) à mouvoir son corps davantage et éventuellement à participer à un programme d'activités physique (30 minutes par jour, progressivement). Des activités physiques telles que : La marche, le jardinage, le vélo, le Tai Chi... Faites un rapport sur les activités pratiquées.

2. Troubles de la vue

- Les infirmiers/infirmières et les médecins jouent un rôle important dans la détection de problèmes d'acuité visuelle. Lorsque ces problèmes apparaissent, il est possible qu'ils affectent tant la perception de la profondeur que la sensibilité aux contrastes. Le type d'intervention à effectuer dépend du problème dont il est question (cataracte, glaucome, rétinopathie diabétique, lunettes mal adaptées, l'ignorance d'une zone du champ de vision...).
- Faites un rapport (*toutes les disciplines*) au médecin de tous des troubles constatés (problèmes à la lecture, en regardant la télévision). Celui-ci peut éventuellement orienter le patient vers un oculiste. 70% des troubles peuvent ainsi, moyennant des interventions relativement simples, être solutionnés (ex: traitement de la cataracte ou glaucome, lunettes adaptées...)
- Conseillez (*toutes les disciplines*) au patient d'effectuer un contrôle chez l'oculiste au moins une fois par an.
- Avertissez (*toutes les disciplines*) le patient du danger que peut comporter des lunettes bifocales lorsque celles-ci sont gênantes. Conseillez-lui d'en parler à l'oculiste.
- Lorsque le patient souffre d'un champ de vision limité, disposez (*toutes les disciplines, surtout les infirmiers/infirmières*) le matériel de manière à ce qu'il puisse le voir.
- Apprenez (*toutes les disciplines*) au patient à s'orienter dans l'espace et n'oubliez pas ce qu'il peut voir. Utilisez des indications visuelles comme « reminders » et comme outil d'aide à l'orientation.

3. Problèmes cognitifs

- Les interventions liées à ces problèmes sont exécutées *principalement* par les *médecins* et le *personnel infirmier*.
- Si vous êtes médecin ou infirmier / infirmière (> en collaboration

avec le médecin), établissez les causes des problèmes cognitifs (ex: délirium, besoin non assouvi, médicaments...). Traitez ces causes.

- Aventurez-vous à lui parler d'activités physiques (si vous faites partie du *personnel infirmier*). Veillez par exemple à ce que le patient puisse participer aux tâches nécessaires de manière à le maintenir actif.
- Évitez (si vous êtes *infirmier/infirmière*) que le client ne se comporte dangereusement à cause de besoin(s) tel(s) que la soif, la faim, la douleur, aller aux toilettes. Prêtez attention à ces besoins.
- Veillez (toutes les disciplines) à ce que le client reste actif et mobile, et améliore son équilibre (cf. troubles de l'équilibre). Un patient présentant un trouble cognitif est moins à même d'apprendre des exercices et apprend moins vite à se servir d'appareils de support pour la mobilité, mais peut progresser moyennant de nombreux exercices et rappels. Essayez de savoir quelles activités il aimait faire auparavant car il est probable qu'il réagisse bien aux activités déjà pratiquées.

4. Hypotension orthostatique

- Le traitement de ces troubles est à l'intersection de plusieurs disciplines. Le médecin doit traiter les causes alors que le *personnel infirmier*, les *kinésithérapeutes* et *ergothérapeutes* peuvent surtout prodiguer de nombreux conseils et recommandations.
- Faites un rapport (*toutes les disciplines*) au médecin de tous des troubles constatés et conseillez le patient de passer des examens complémentaires.
- Si possible, dressez un diagnostic étiologique (*médecin*). Considérez ici :
 - Les modifications de l'hydratation et de la rétention de sel
 - La prise de certains médicaments (passez-les en revue !): Antidépresseurs, médicaments pour le cœur ou contre l'hypertension peuvent contribuer à l'hypotension
 - Présence de certaines affections telles que Parkinson
- Traitez (*médecin*) les causes sous-jacentes
- Émettez des conseils (*toutes les disciplines*) et mettez-les en

application :

- Surélever la tête du lit
- Utiliser les chevilles/poignets, serrer les mains avant de se mettre debout
- Se lever doucement du lit, en commençant par s'asseoir sur le bord et ensuite se lever lentement. Lorsque vous dispensez les soins, tenez-en compte ; aidez le patient à se lever et laissez-lui suffisamment de temps pour retrouver son équilibre.
- Évitez les mouvements brutaux, une température ambiante trop élevée et une position couchée prolongée.
- Encouragez le port de bas de soutien
- Conseillez d'éviter les repas très riches. Il est préférable de prendre plus souvent des repas moins riches.

Si le diagnostic d'hypotension orthostatique ne peut être établi, ces conseils/recommandations peuvent également être utilisés avec des patients qui souffrent de vertiges en se levant.

- Médecins, dirigez le patient vers un interne si un traitement conservateur n'offre aucune amélioration.

5. Médication

- Lorsqu'il est question de polypharmacie ou de médicaments à risque, il convient d'attirer l'attention du *personnel infirmier* et des *médecins* sur ce point.
 - Réévaluez (médecin) de façon critique le schéma médicamenteux et arrêtez ou réduisez, si possible, la dose de certains médicaments. Voyez si les effets négatifs sont minimisés. Prenez éventuellement contact avec le gériatre et/ou le pharmacien pour obtenir des informations complémentaires.
 - Médecins et personnel infirmier, informez le client quand à l'influence de certains médicaments sur les risques de chute (cf. médication à risque).
 - Encouragez (*personnel infirmier*) le patient à revoir son schéma médicamenteux régulièrement avec le médecin.
 - Encouragez le patient (*personnel infirmier*) prendre les médicaments correctement et de respecter la prescription.

6. Environnement et comportement à risque

- Les interventions requises par ces problèmes peuvent être effectuées par tout le personnel soignant.
- Attirez l'attention du patient sur les situations ou comportements dangereux identifiés de manière à ce qu'il en ait conscience. Conseillez-le éventuellement sur les dangers du domicile. Éventuellement avec le patient et sa famille, passez en revue la check-list de la prévention de chute (à télécharger sur www.valpreventie.be).
- Prévoyez :
 - un bon éclairage à toute heure du jour et de la nuit
 - d'éliminer la lumière trop vive
 - de mettre le lit ou les chaises à la bonne hauteur
 - d'installer les appuis, poignées ou des mains courantes dans la salle de bains
 - un revêtement ou tapis antiglis
- Vérifiez qu'aucun obstacle n'entrave le passage dans les couloirs, les chambres et la salle de bains.
- Veillez à ce que les patients en fauteuil roulant ou qui utilisent un trotteur disposent de suffisamment de place pour pouvoir manœuvrer en toute sécurité. Les personnes en fauteuil roulant ont un rayon de braquage de 150 cm.
- Vérifiez que, dans la salle de bains, le patient a accès à un instrument d'aide à la mobilité.
- Si nécessaire, envoyez le patient chez le médecin afin qu'un ergothérapeute puisse intervenir. Les ergothérapeutes ont les connaissances nécessaires qui permettent de discuter des éventuelles adaptations du domicile.

7. Problèmes au(x) pied(s) et chaussures à risque

- Faites un rapport (*toutes les disciplines*) au médecin de tous des troubles constatés et envoyez-lui le patient.
- Conseillez le patient (*toutes les disciplines*) sur les bonnes chaussures à porter si cela s'avère nécessaire : des chaussures qui enveloppent le pied en entier, avec des semelles rigides, plates et présentant un relief.

- Envoyez le patient voir un chirurgien orthopédique et / ou un podologue pour certains problèmes tels que points de pression, blessures ouvertes, diabètes avec attaque de la sensibilité profonde.

8. Angoisse de la chute

- Lorsque l'angoisse de la chute est établie, il convient d'identifier les situations où cette angoisse peut apparaître. Cela peut se faire à l'aide du test « Falls Efficacy Scale International" à télécharger sur www.valpreventie.be), un outil qui peut être repris par chaque discipline. Les domaines problématiques spécifiques peuvent ainsi être identifiés et les interventions s'adapter aux problèmes décelés.
- Informez le patient (toutes les disciplines) quant aux facteurs de risque de chute. Insistez sur le fait qu'il peut prévenir les facteurs de risque. Dites-lui que les chutes ne sont pas des conséquences de son vieillissement, cela n'a rien à voir.
- Informer le patient (toutes les disciplines) et sa famille sur l'alarme personnelle
- Pour *toutes les disciplines*, encouragez l'emploi d'un support adapté.
- Apprenez au patient (*toutes les disciplines*) à se relever après une chute (à télécharger sur www.valpreventie.be).

9. Chutes

- Après une chute, traitez les problèmes de santé directs (toutes les disciplines) et parcourez les facteurs de risque mentionnés ci-dessus afin d'améliorer le plan de santé.
- Établissez (*personnel infirmier*) un rapport sur l'accident
- Effectuez une comparaison des fonctions vitales (*personnel infirmier*) avant et après la chute et rapportez-en au médecin.
- Observez le patient et contactez le médecin en cas de :
 - Altération des fonctions vitales
 - Possible déshydratation ou infection
 - Altération des fonctions mentales
 - Altération des fonctions motrices
 - Incapacité à reprendre les activités

- Lésions
- Modifications dans la médication, dans le dosage ou de l'heure de l'administration des médicaments
- Élargissez éventuellement le plan d'encadrement avec une surveillance supplémentaire ou avec un programme de contrôle visant à aider le patient à récupérer son niveau d'activité antérieur. Le plan d'encadrement doit permettre au patient de reprendre confiance et proposer une solution aux problèmes éventuels en relation avec la/les chute(s) et aux blessures que le patient a subi lors de l'accident.
- Voyez s'il est nécessaire de combattre une régression fonctionnelle due à la chute. Les blessures et un faible taux d'activité dus à une maladie ou à l'angoisse de tomber sont des facteurs qui peuvent mener à la régression fonctionnelle.

10. Problèmes cardiaques, maladies neurologiques et du métabolisme

- Signalez les troubles constatés au médecin. Celui-ci est à même de mener un examen complémentaire, traiter lui-même ou orienter si nécessaire.
 - Troubles neurologiques / du métabolisme :
 - Diagnostiquez et traitez les causes sous-jacentes (par exemple, démence, diabète, polyneuropathie (carence en vitamine B12)).
 - Diminution de la médication qui entrave la cognition (ex : anticholinergiques)
 - Kinésithérapie pour exercer la marche, l'équilibre et la force musculaire
 - Augmentation de l'input proprioceptif (ex.: support adéquat, bonnes chaussures)
 - Problèmes cardiologiques :
 - Renvoi vers un cardiologue

Sources et littérature complémentaire

- InterRAI CAP's Gebruikershandboek:
 - MacRae, P.G., Asplund, L.A., Schnelle, J.F., Ouslander, J.G., Abrahase, A., Morris, C. (1996). *A walking program for nursing home persons: Effects on walk endurance, physical activity, mobility, and quality of life.* Journal of the American Geriatrics Society, 44: 175-180.
 - Lipsitz, L.A., Burrows, A., Kiel, D., Kelley-Gagnon, M. (1997). *Quality Care in the Nursing Home.* In (Eds): Morris, J.N., Lipsitz, L.A., Murphy, K., Belleville-Taylor, P. Maryland: Mosby Lifeline. N.B. : Ce chapitre guide le lecteur à travers un plan étape par étape pour l'évaluation de patients courant un risque de chute et fournit de nombreux conseils d'encadrement.
 - Ray, W.A., Taylor, J.A., Meador, K.G., Thapa, P.B., Brown, A., Kajihara, H.K., Davis, C., Gideon, P., Griffin, M.R. (1997). *A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes.* JAMA, 278: 557-562.
 - Schnelle, J.F., MacRae, P.G., Ouslander J.G., Simmons, S.F., Nitta, M. (1995). *Functional Incidental Training, Mobility Performance, and Incontinence Care with Nursing Home Persons.* Journal of the American Geriatrics Society, 43: 1356-1362.

- Society AG, Society G, of AA, On Falls Prevention OS. (2001). *Guidelines for the prevention of falls in older persons*. J Am Geriatrics Society, May; 49(5):664-72. Ces directives cliniques détaillées pour la pratique sont les directives les plus complètes disponibles et sont le résultat d'une collaboration entre l'American Geriatrics Society, la British Geriatrics Society et l'American Association of Orthopedic Surgeons.
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Fall Prevention: Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons, JAGS, 2001, 49: 664-672.
- American Medical Directors Association. Clinical Practice Guidelines; Falls and Fall Risk, Columbia, MD, 2nd Edition, 2003.
- American Medical Directors Association, Slide Presentation In-service: Clinical Practice Guidelines: Osteoporosis, Falls and Fall Risk, 2004, www.amda.com.
- Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Valpreventie. Bij thuiswonende ouderen met verhoogd risico. Acco, 2006. Ces informations peuvent être téléchargées gratuitement sur www.valpreventie.be
- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. JAGS 2001; 49: 664-672.
- Schwendimann R, Bühler H, De Geest S et al. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Services Research 2006; 6: 1-7.
- Hendriks M, van Haastregt J, Diederiks J et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention programme to prevent new falls and functional decline among elderly persons at risk: design of a replicated randomized controlled trial 2005; 5: 1-7.
- Moreland J, Richardson J, Chan D et al. Evidence-Based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. Gerontology 2003; 49: 93-116.
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn preventie van valincidenten bij ouderen. 2004.
- NICE issues guideline to prevent falls in elderly people. BMJ 2004; 329: 1258.