

Incidents de chute

Protocole d'évaluation clinique (EVAL) = 1

Les informations relatives à ce code EVAL se divisent en trois parties :

- (I) *Signification* : La signification du code 1 pour le Protocole d'évaluation clinique « Incidents de chute ».
- (II) *Problématique* : Description, mise en contexte et énoncé du problème.
- (III) *Directives* : Les mesures qui doivent être prises par ordre chronologique (plan synoptique et développement par étape).

Ces informations doivent être imprimées dans leur intégralité. Il est possible de consulter des sources documentaires supplémentaires.

I. Signification

Le **Protocole d'évaluation clinique « Incidents de chute » est activé avec un code 1**. Cela signifie qu'un incident de chute a été rapporté chez ce patient au cours des 90 derniers jours, raison pour laquelle il court un risque moyen de nouvel incident de chute.

À ce groupe appartiennent 15% des personnes âgées en MRS, 15% des personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile et 10% des personnes âgées vivant de manière autonome. Si aucune mesure n'est prise, près de 25 % des personnes âgées appartenant à ce groupe qui résident en MRS chuteront à nouveau dans les 90 jours. Chez les personnes âgées qui reçoivent des soins à domicile, ce pourcentage monte à 40 %.

II Problématique

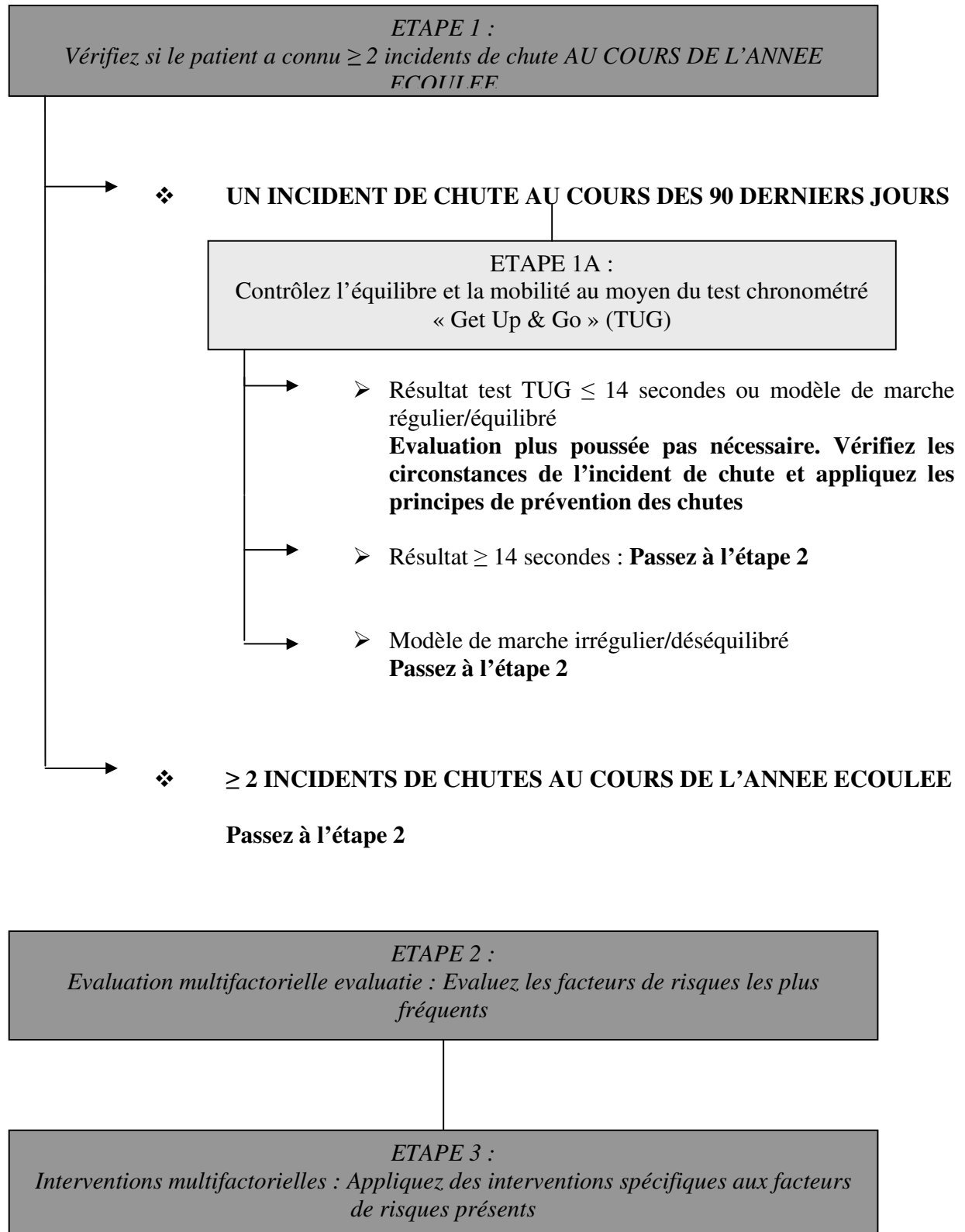
On définit un incident de chute comme un *changement de position inattendu dans lequel la personne atterrit à un niveau situé plus bas (par exemple le sol, la terre ou un siège)*. Au fur et à mesure que les personnes vieillissent, les incidents de chute sont la principale cause de morbidité et de mortalité ; mais ils sont également une importante cause de blessures chez les personnes plus jeunes vulnérables. Les mesures de précaution destinées aux patients qui n'ont encore jamais fait de chute se concentrent sur les facteurs de risque et ont plusieurs objectifs : mouvements corporels, équilibre, délire, interaction entre les médicaments. Ces éléments apparaissent également dans de très nombreuses autres EVAL. Cet EVAL n'est pas destiné aux patients qui n'ont jamais fait de chute, mais aux groupes qui sont exposés à un risque plus élevé d'incidents de chute du fait qu'ils ont déjà chuté par le passé.

La fréquence des incidents de chute dépend de la fragilité du patient, de son lieu de résidence et des aides qu'il reçoit. Sur une période de 6 mois, on observe des pourcentages de chutes différents en fonction du contexte résidentiel. 40 % chez les personnes âgées vivant en MRS, 35 % chez celles qui reçoivent des soins à domicile et de 20 % à 30 % chez les personnes qui vivent de manière autonome. Les personnes qui tombent au cours de cette période de 6 mois tombent généralement plus d'une fois et près de 10 % des personnes qui chutent s'occasionnent des blessures sérieuses.

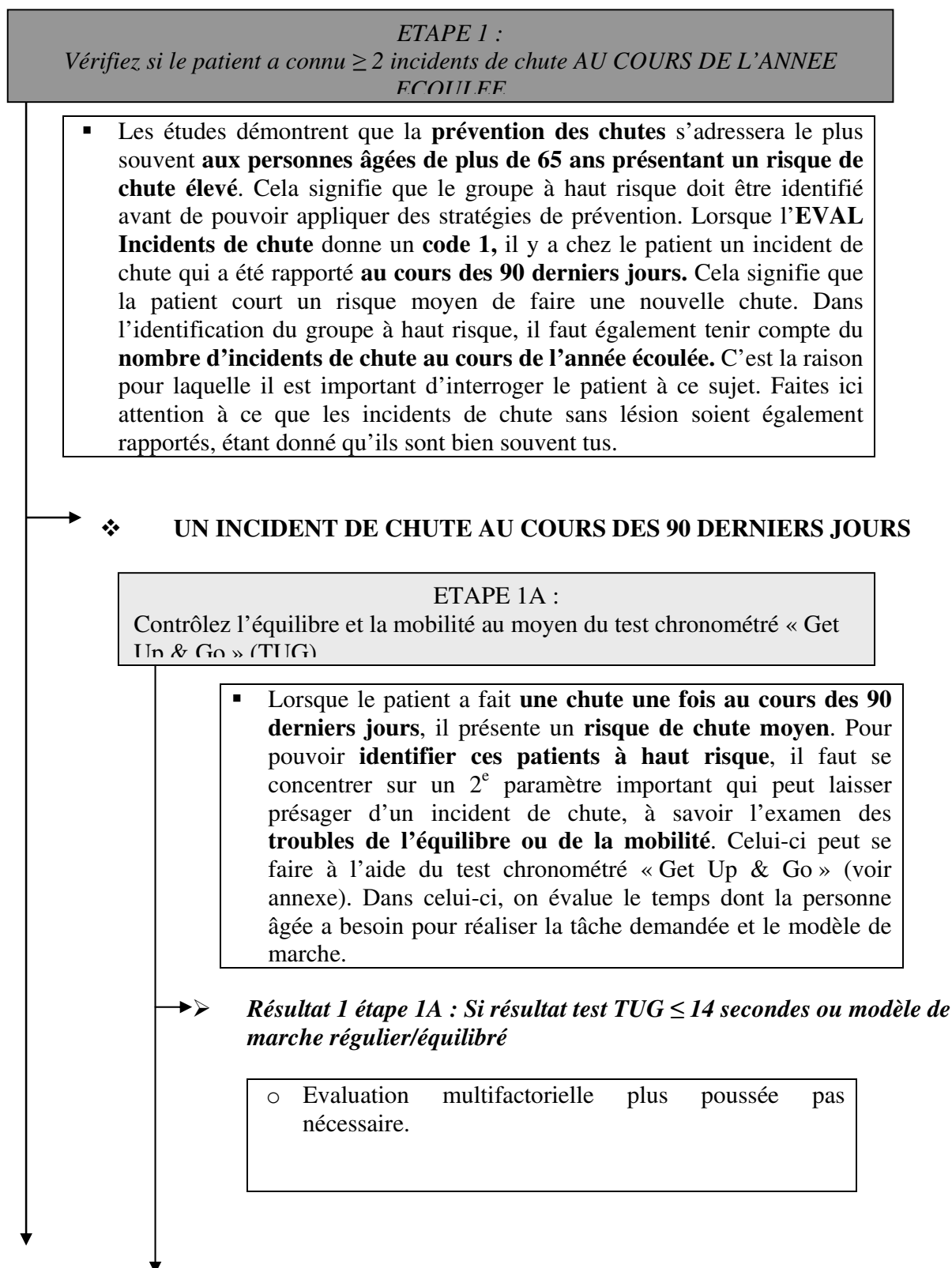
Les incidents de chute peuvent être un signe de régression fonctionnelle et de la présence d'autres affections, comme par exemple le délire, de mauvaises réactions aux médicaments, une déshydratation ou des infections.

III Directives

Plan synoptique



Étapes à suivre



- Examinez dans quelles circonstances le patient est tombé.
 - Quand cela s'est-il passé ? Pendant la nuit ou pendant la journée et à quel moment ?
 - Le patient a-t-il été blessé ?
 - Où le patient est-il tombé (dans la chambre à coucher, la salle de bains, le séjour, le couloir, les escaliers dehors, ... ?)
 - L'incident de chute peut-il être mis en rapport avec un certain médicament ?

- Appliquez la prévention primaire des chutes :
 - Chez les patients âgés de plus de 65 ans sans risque de chute élevé.
 - Stimulez l'activité physique afin d'entretenir les réflexes, le tonus musculaire, la coordination des mouvements et la posture. Cela peut se faire en encourageant les personnes âgées à effectuer des mouvements corporels tels que la marche, la natation, le vélo, le jardinage, le Tai Chi trois fois par semaine, en fonction des capacités du patient.
 - Veillez à la sécurité de l'environnement à la maison.

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

Passez à l'étape 2

→> **Résultat 3 étape 1A : Si modèle de marche irrégulier/déséquilibré**

Passez à l'étape 2

→ ❖ **\geq 2 INCIDENTS DE CHUTES AU COURS DE L'ANNEE ECOULEE**

Passez à l'étape 2

ETAPE 2 :

Evaluation multifactorielle évaluative : Évaluez les facteurs de risques les plus fréquents

- Cette première étape est une **étape nécessaire** dans la mise au point d'une stratégie d'intervention multifactorielle adéquate et individualisée pour les patients présentant un risque de chute élevé (prévention secondaire des chutes). Il est reconnu que les incidents de chute sont causés par différents facteurs interdépendants. Cela prouve la nécessité de veiller à une **évaluation multidisciplinaire élargie du patient à l'aide de facteurs de risques fréquemment rencontrés**.
 - *Facteurs de risques des incidents de chute ?*
 - Tout patient présentant un risque de chute élevé possédera au minimum un des facteurs de risques suivants :
 - Troubles de la mobilité : troubles de l'équilibre, modèle de marche et diminution de la force musculaire
 - Troubles de la vue
 - Problèmes cognitifs (e.a. démence)
 - Hypotension orthostatique
 - Polypharmacie
 - Facteurs de l'environnement et comportement à risque
 - Problèmes de pieds et port de chaussures dangereuses
 - Peur de chuter
 - Antécédents d'incident(s) de chute(s)
 - Problèmes cardiaques (e.a. troubles arythmiques)
 - Problèmes orthopédiques (e.a. ostéoarthrite)
 - Affections neurologiques et métaboliques (e.a. Parkinson, épilepsie, diabète, alcoolisme, AVC, ...)
 - *Comment évaluer et identifier les facteurs de risque ?*
 - Une bonne **collaboration entre les différentes disciplines** combinée à une **bonne coordination des tâches** est indispensable, étant donné que les facteurs de risque doivent être évalués de manière pluridisciplinaire et standardisée. Cette évaluation peut être réalisée par n'importe quelle discipline, mais en fonction du type de facteur de risque, une discipline peut être plus adéquate que l'autre. Il est important que les problèmes soient remarqués et rapportés et que les personnes âgées soient dirigées vers une autre discipline si nécessaire.
- 1. Evaluation des troubles de la mobilité**
- Les incidents de chute sont le plus souvent associés à des troubles de l'équilibre, du modèle de marche et à une force musculaire réduite.
 - Observez si le patient présente des troubles de la marche et de l'équilibre.

- Epreuve-t-il des difficultés à garder l'équilibre, déjà en position assise ?
 - Doit-il utiliser les bras pour se lever de la chaise ?
 - Epreuve-t-il des difficultés à rester debout ?
 - Marche-t-il en chancelant (même avec un accessoire ou un soutien personnel), lentement et en effectuant de petits pas ?
- En fonction des résultats ci-dessus, prenez contact avec le médecin (si vous n'êtes pas vous-même médecin). Celui-ci peut renvoyer le patient (au moyen d'une prescription) chez un kinésithérapeute, qui dispose de tests spécifiques pour évaluer les troubles de la mobilité.
 - Four Test Balance Scale (voir annexe)
 - Timed chair-stand-test (voir annexe)
 - Functional Reach (voir annexe)
 - Examen supplémentaire dans le cadre d'une pathologie F (voir annexe)

2. Evaluation des troubles de la vue

- Un champ de vision restreint, une perception de la lumière/sensibilité aux contrastes limitée en raison d'une cataracte, une diminution de la perception de la profondeur et des lunettes inadaptées sont des problèmes très courants qui impliquent un risque de chute élevé.
- Observez et interrogez le patient :
 - Des objets sont-ils ignorés d'un côté du champ de vision ?
 - La vision est-elle gênée par un mauvais éclairage ambiant ?
 - Le patient porte-t-il des lunettes (lunettes propres) et leur correction est-elle suffisamment adaptée ?
 - Le patient possède-t-il des lunettes à double foyer ?
 - Des diagnostics ophtalmologiques ont-ils été posés par le passé ?
 - De quand date la dernière visite chez l'ophtalmologue (plus d'un an) ?
 - Le patient éprouve-t-il des difficultés à lire, à regarder la télévision, conduire une voiture ?
 - Evaluer l'acuité visuelle à l'aide d'un test E linéaire (si vous êtes médecin ou infirmier) (à télécharger sur www.valpreventie.be)
- Faites rapport de ces résultats aux autres disciplines et en cas de problème, envoyez le patient chez un ophtalmologue pour des examens complémentaires.

3. Evaluation des problèmes cognitifs (e.a. démence)

- Les études démontrent qu'un fonctionnement cognitif général réduit (démence, dépression, délire) augmente le risque de chute à

répétition.

- Vérifiez les antécédents du patient et observez les éléments suivants :
 - Le patient connaît-il des restrictions cognitives au niveau de la mémoire et de la prise de décision au quotidien ?
 - Le patient erre-t-il ? L'environnement est-il sûr ?
 - Le patient surévalue-t-il ses propres facultés ? Comprenez qu'un comportement dangereux (rester debout seul, sortir du lit seul) est souvent le résultat de besoins insatisfaits (par exemple le besoin de se rendre à selles). Ce comportement à risque peut être évité en répondant à ces besoins suivant un modèle fixe (par exemple prévoir les visites à selles).
 - Contrôlez dans quelle mesure le patient perçoit ses limites physiques et dans quelle mesure il les accepte. Prenez des mesures contre le comportement à risque si nécessaire.
 - Contrôlez la médication du patient. Pour ce faire, tenez compte des facteurs qui peuvent influencer sa connaissance, ses prestations cognitives, sa faculté de jugement et ses sensations.
- Signalez les troubles remarqués (restrictions cognitives, troubles suite à une médication) au médecin.

4. **Evaluation de l'hypotension orthostatique**

- On sait que les personnes âgées qui souffrent de vertige, de tournis ou d'une baisse de tension artérielle en se levant présentent un risque de chute élevé.
- Interrogez le patient :
 - Souffre-t-il parfois de vertige ou de tournis ?
 - En souffre-t-il lorsqu'il se lève du lit, d'une chaise ou en se baissant ?
- Attention à la prise de médicaments pouvant provoquer une hypotension (par exemple médication cardiovasculaire, antidépresseur, hypnotiques)
- Contrôlez la tension artérielle après une position couchée de 5 minutes minimum (de préférence le matin ou après la sieste), et en position debout (immédiatement après s'être levé et après 3 minutes).

- Présence d'hypotension orthostatique ?
 - Baisse de tension artérielle de la position couchée à la position debout de :
 - ✓ systolique ≥ 20 mmHg *OU*
 - ✓ diastolique ≥ 10 mmHg
 - OU*
 - La tension artérielle systolique baisse jusqu'à ≤ 90 mmHg
- Prenez contact avec le médecin, faites-en rapport et envoyez le patient chez celui-ci pour des examens complémentaires.

5. Evaluation de la médication

- La médication doit être évaluée pour deux raisons importantes. Tout d'abord parce que la polypharmacie (ingestion de ≥ 4 types de médication différents) peut entraîner l'apparition d'incidents de chute chez les personnes âgées, en raison du risque d'une interaction entre les différents médicaments. Ensuite, il faut tenir compte du type de médication. Il existe des médicaments dangereux qui peuvent entraîner un risque de chute élevé.
- Contrôlez combien de médicaments différents et/ou dangereux le patient ingère (aussi bien sous prescription que sans)
- Médication dangereuse ?
 - Sédatifs : benzodiazépines (par exemple lormetazepam, lorazepam, bromazepam, ...)
 - Neuroleptiques (par exemple halopéridol, risperidon, ...): répertorier éventuellement les comportements du patient
 - Antidépresseurs (par exemple trazodonhydrochloride, citalopram, sertraline, amitriptyline, ...)
 - Digoxine (par exemple digoxine, metildigoxine, ...)
 - Diurétiques (par exemple furosémide, amiloridehydrochloride, spironolacton)
 - Antiarythmiques de type 1A (par exemple disopyramide)
 - ✓ *Attention* : Ces trois derniers types de médication peuvent entraîner une hypotension.
 - ✓ *Remarque* : La médication administrée pro re nata (si nécessaire) peut être associée à un risque de chute plus élevé.
- Soyez vigilant aux effets secondaires (hypotension, vertiges, troubles de l'équilibre)

- Contactez le médecin (si vous n'êtes pas médecin vous-même), faites-lui-en rapport et envoyez le patient chez celui-ci pour des examens complémentaires.

6. Evaluation des facteurs de l'environnement et comportement à risque

- Évaluez les facteurs de l'environnement qui pourraient provoquer un incident de chute.
- Faites attention aux obstacles dangereux et veillez à ce que les appareils d'assistance et les aides spatiales (par exemples appuis et poignées) se trouvent à leur place.
- Observez et interrogez le patient :
 - Le patient allume-t-il la lumière la nuit lorsqu'il se lève ? La lumière est-elle suffisante ?
 - Le patient porte-t-il des chaussures permanentes et antidérapantes
 - Effectue-t-il parfois des manœuvres dangereuses ?
 - Demandez au patient s'il y a chez lui des situations à risques. Il s'agit de situations qui augmentent le risque de chute, comme par exemple des câbles sauvages, des tapis enroulés, un wc à l'extérieur, ...
 - Demandez au patient s'il effectue parfois à la maison des manœuvres dangereuses comme par exemple courir vite à la porte ou au téléphone lorsque la sonnerie sonne, utiliser une chaise ou une escabelle pour prendre des objets en hauteur, ...

7. Evaluation des problèmes de pieds et port de chaussures dangereuses

- Observez les possibles problèmes de pieds : présence de points de compression, blessures ouvertes, diabète avec suspicion de dégradation de la sensibilité profonde, cors, orteils tordus, ongles incarnés, ampoules, ulcères, amputation des orteils. Signalez les troubles observés au médecin (si vous n'êtes pas médecin vous-même).
- Contrôlez les chaussures du patient. Porte-t-il des chaussures dangereuses, comme des chaussures instables, ouvertes à l'arrière, des semelles glissantes ou des hauts talons ?

8. Evaluation de la peur de chuter

- La peur de chuter peut varier d'une angoisse « saine » à une angoisse « tétanisante » de tomber. Dans le premier cas, on évite certains

risques dans l'environnement (par exemple, un sol gelé et glissé). Dans le second cas, une personne n'effectuera plus certaines activités alors qu'elle pourrait encore le faire. Les personnes âgées peuvent dans ce cas être à ce point angoissées qu'elles vont moins bouger, et le risque de chute augmentera donc également le risque de blessures.

- Évaluez la peur de chuter du patient en posant des questions du type : Avez-vous peur de chuter ? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas ou plus parce que vous avez peur de tomber ?

9. Evaluation des antécédents d'incident(s) de chute(s)

- Les antécédents de chute sont le plus grand facteur de risque pour les nouveaux incidents de chute. Les patients qui font régulièrement des chutes courent davantage de risques de nouveaux incidents de chute, souvent dans des circonstances identiques. Examinez les antécédents médicaux du patient et de sa famille. Un coup d'œil en arrière sur les six derniers mois est suffisant.
- Examinez dans quelles circonstances le patient est tombé.
 - Quand cela s'est-il passé ? Pendant la nuit ou pendant la journée et à quel moment ? Interrogez le patient à ce sujet :
 - Le patient a-t-il été blessé ?
 - Où le patient est-il tombé (dans la chambre à coucher, la salle de bains, le séjour, le couloir, les escaliers, dehors, ... ?)
 - L'incident de chute peut-il être mis en rapport avec un certain médicament ?

10. Evaluation des problèmes cardiaques, des affections neurologiques et métaboliques

- Dans quelle mesure ces problèmes peuvent-ils contribuer aux incidents de chute ?
 - Les problèmes cardiaques peuvent entraîner une hypotension orthostatique, facteur de risque de chute décrit plus haut
 - Les problèmes orthopédiques et/ou neurologiques peuvent s'accompagner de difficultés à se lever ou à marcher, ce qui augmente le risque d'incident de chute.
- Observez le patient :
 - Possède-t-il un pouls lent ou arythmique ?
 - Le patient a-t-il des affections neurologiques, orthopédiques ou métaboliques connues ?

- Contactez le médecin pour la réalisation d'examens complémentaires.
 - Examen neurologique ciblé : détecter les troubles cognitifs (MMSE < 24) (voir annexe), les diminutions de puissance musculaire (Timed chair-stand-test réalisé > 2 min.) et troubles de la proprioception.
 - Examen cardiovasculaire ciblé : Détecter les causes cardiovasculaires de syncope (poignet, auscultation du cœur, tension artérielle, palpation des artères périphériques,...)

Prenez si nécessaire contact avec un cardiologue ou un interniste pour des examens complémentaires (ECG, écho cardio, holter,...)

▪ **Point auquel il faut prêter attention :**

- Tout comme il est important d'identifier les facteurs de risque de chute, il faut également faire attention à l'interaction et la synergie entre les facteurs présents. Le risque de chute augmente en même temps que le nombre de facteurs de risque.

ETAPE 3 :

Interventions multifactorielles : Appliquez des interventions spécifiques aux facteurs de risques présents

- Sur la base des facteurs de risque identifiés, une **stratégie d'intervention individualisée** peut être développée. Sa mise sur pied se déroule de préférence de manière **pluridisciplinaire**, en veillant à une bonne coordination afin que les interventions spécifiques à une discipline puissent être synchronisées et qu'un aperçu du problème puisse être conservé. Dans ce contexte, une **bonne communication et une bonne collaboration** multidisciplinaires sont indispensables. À ce stade, il reste également important de noter les problèmes et d'en faire rapport ainsi que de diriger les personnes âgées vers d'autres disciplines si nécessaire.

▪ **Quelles interventions par facteur de risque ?**

1. Troubles de la mobilité

- Les interventions pour ces troubles sont *principalement* réalisées par un *kinésithérapeute* ou un *ergothérapeute*, sur prescription du médecin. Un certain nombre d'interventions peuvent être réalisées par

plusieurs disciplines. Certaines méthodes visant à améliorer l'équilibre et la mobilité peuvent être intégrées dans les activités quotidiennes (par exemple, se rendre à selles).

- Faites rapport (*toutes les disciplines*) au médecin des troubles constatés. Ce dernier peut prescrire un programme d'exercices chez un kinésithérapeute, en tenant compte de la procédure des pathologies F (nomenclature, voir annexe)
- Etablissez (si vous êtes *kinésithérapeute*) un programme d'exercices individuel (voir annexe), en tenant compte du patient. Laissez-lui le choix entre les exercices en groupe ou individuels, contrôlez les impressions, barrières, motivations,... personnelles du patient.
- Motivez (*toutes les disciplines*) le patient à participer au programme d'exercices (sur une base permanente). Discutez des impressions et barrières personnelles et soulignez les effets positifs des exercices, comme le fait de pouvoir remarcher, la conservation d'une certaine indépendance et l'amélioration de la confiance en soi. Impliquez-y la famille et discutez de l'importance de la confiance placée dans la thérapie.
- Contrôlez (si vous êtes *kinésithérapeute*) la nécessité d'une aide. Si la personne âgée porte de l'intérêt à utiliser une aide, proposer des informations concernant des magasins ou organisations où ces accessoires peuvent être achetés ou empruntés et examinez :
 - Quelle aide est la plus appropriée
 - Si l'aide est utilisée correctement
 - La manière dont on peut encourager et motiver la personne âgée à l'utiliser (en supprimant les impressions, barrières, obstacles personnels)
- Encouragez (*tous les disciplines*) l'utilisation d'aides adaptées
- Encouragez (*toutes les disciplines*) les patients en chaise roulante à se faire avancer tous seuls dans la mesure du possible. Afin de pouvoir le faire, le patient doit être bien assis dans la chaise roulante, avec les pieds qui peuvent toucher le sol et il doit avoir au moins un bras qui doit pouvoir atteindre la roue et les freins.
- Redressez (*toutes les disciplines*) régulièrement le patient dans sa chaise, surtout s'il a tendance à s'affaisser. Pour cela, donnez-lui également l'occasion de se lever et de se mettre lui-même en équilibre de sorte de pouvoir s'asseoir en équilibre sans devoir

prendre appui sur le dossier ou sans utiliser les accoudoirs.

- Motivez (*toutes les disciplines*) le patient à faire davantage des mouvements corporels généraux et éventuellement à participer à des programmes d'activités (30 minutes par jour, progressivement). Activités physiques du type : marche, jardinage, vélo, Tai Chi,... Dressez un compte-rendu des activités réalisées.

2. Troubles de la vue

- *Le personnel infirmier et les médecins* jouent un rôle important dans l'identification des problèmes d'acuité visuelle. Lorsque ce type de problème est présent, cela peut indiquer des problèmes de perception de la profondeur et de sensibilité aux contrastes. Le type d'intervention à effectuer dépend du problème rencontré (cataracte, glaucome, rétinopathie diabétique, lunettes inadaptées, ignorance d'un côté du champ de vision,...).
- Faites rapport (*toutes les disciplines*) au médecin des troubles constatés (par exemple difficultés pour lire, regarder la télévision). Ce patient peut éventuellement être dirigé vers un ophtalmologue. Soixante-dix pour cents des troubles peuvent ainsi être résolus à l'aide d'interventions relativement simples (par exemple, traitement de la cataracte ou du glaucome, remplacer par des lunettes adaptées,...).
- Conseillez au patient (*toutes les disciplines*) de se rendre au moins une fois par an chez son ophtalmologue.
- Mettez le patient en garde (*toutes les disciplines*) du danger de porter des lunettes à double foyer lorsque celui-ci en porte. Conseillez-lui de le signaler à son ophtalmologue.
- Lorsque le patient a une acuité visuelle réduite, placez (*toutes les disciplines, surtout le personnel infirmier*) ce dont le patient a besoin de manière à ce qu'il puisse les voir.
- Apprenez (*toutes les disciplines*) au patient à s'orienter dans son environnement et n'oubliez pas pour cela ce qu'il peut voir. Utilisez des indications visuelles comme « rappels » et comme moyens d'orientation.

3. Problèmes cognitifs

- Pour ces problèmes, les interventions sont réalisées *principalement* par *les médecins et le personnel infirmier*.
- Examinez (si vous êtes *médecin* ou *membre du personnel infirmier* -> *en collaboration avec le médecin*) quelles sont les causes des problèmes cognitifs (par exemple délire, besoin insatisfait, médication,...). Traitez ces causes.
- Essayez d'intégrer des « vagabondages » dans les activités de mouvements corporels (si vous êtes *membre du personnel infirmier*). Veillez par exemple à ce que le patient puisse aider dans les tâches utiles de manière à ce qu'il reste actif.
- Evitez (si vous êtes *membre du personnel infirmier*) que le patient adopte un comportement dangereux, par rapport au fait qu'il ait soi, faim, mal, besoin d'aller à selles. Prêtez attention à ces besoins.
- Veillez (*toutes les disciplines*) à ce que le patient reste actif et mobile et à ce qu'il améliore son équilibre (voir troubles de la mobilité). Un patient qui souffre d'un trouble cognitif est moins à même d'apprendre des exercices et il apprend moins vite à manipuler les aides à la mobilité, mais il peut progresser grâce à des nombreux exercices et beaucoup de répétitions. Recherchez quelles activités il aimait pratiquer auparavant, car il est possible qu'il réagisse positivement à des activités qu'il a déjà pratiquées.

4. Hypotension orthostatique

- Les interventions à l'apparition de ce trouble sont transdisciplinaires. Le *médecin* doit traiter les causes, alors que les *membres du personnel infirmier, kinésithérapeutes et ergothérapeutes* sont surtout en mesure de donner des conseils et des avis.
- Faites rapport (*toutes les disciplines*) au médecin et envoyez le patient chez celui-ci pour des examens complémentaires.
- Posez (*médecin*), si possible, un diagnostic étiologique. Pour ce faire, tenez compte des éléments suivants :
 - Modifications dans la restriction du sel et de l'hydratation ;
 - Prise de certains médicaments (vérifier la médication !) : Antidépresseurs, médicaments pour le cœur ou les hausses de tension artérielle peuvent provoquer une hypotension
 - Présence de certaines affections, comme par exemple Parkinson

- Traitez (*médecin*) la cause sous-jacente
- Donnez un avis (*toutes disciplines*) et appliquez-le :
 - Surélever la tête du lit
 - Tourner avec les chevilles/poignets, serrer les poings avant de se redresser
 - Se lever lentement du lit, d'abord s'asseoir sur le bord du lit et ensuite se redresser lentement. Durant les soins, tenir compte de cela, aider le patient à se lever et lui donner suffisamment de temps pour trouver son équilibre.
 - Eviter les mouvements brusques, un environnement trop chaud, les positions allongées prolongées
 - Encouragez le port des bas de soutien
 - Découragez les repas prolongés Il est préférable de prendre des petits repas plus régulièrement

S'il n'est pas possible de poser le diagnostic de « hypotension orthostatique », ces conseils/avis peuvent également être utilisés pour les patients qui souffrent de vertiges au moment de se redresser.

- Dirigez (*médecin*) le patient vers un interniste si un traitement conservatif n'apporte aucune amélioration.

5. Médication

- Lorsqu'il est question de polypharmacie ou de prise de médicaments dangereux, l'attention des *membres du personnel infirmier* et des *médecins* doit y être consacrée.
 - Réexaminez (*médecin*) de manière critique le schéma de médication et arrêtez ou diminuez les doses de certains médicaments lorsque cela est possible. Contrôlez si les effets négatifs sont minimalisés. Contactez éventuellement le gériatre et/ou le pharmacien pour des informations complémentaires.
 - Informez (*membre du personnel infirmier et médecin*) le patient sur l'influence de l'ingestion de médicaments sur les risques de chute (voir médication dangereuse).
 - Motivez le patient (*membre du personnel infirmier*) à réexaminer régulièrement le schéma de médication avec le médecin.
 - Motivez le patient (*membre du personnel infirmier*) à prendre les

médicaments correctement et suivant la prescription.

6. Facteurs de l'environnement et comportement à risque

- Les interventions pour ces problèmes peuvent être effectuées par chaque prestataire de soins.
 - Attirez l'attention du patient sur les situations dangereuses ou les comportements dangereux remarqués afin qu'il en soit informé. Donnez éventuellement des conseils pour les situations dangereuses à la maison. Passez éventuellement en revue avec la personne âgée et sa famille la liste de contrôle de la prévention des chutes (à télécharger sur : www.valpreventie.be).
 - Prévoyez :
 - Un bon éclairage à toute heure du jour et de la nuit
 - Supprimez l'éclairage trop vif
 - Placez le lit ou les chaises à la bonne hauteur
 - Placez des soutiens, des poignées ou des rampes dans la salle de bains
 - Prévoyez un sol ou des tapis antidérapants
 - Contrôlez qu'aucun obstacle ne se trouve dans les couloirs, les chambres à coucher et la salle de bains.
 - Veillez à ce que les patients qui utilisent une chaise roulante ou une tribune aient suffisamment d'espace pour pouvoir manoeuvrer. Les usagers en chaise roulante doivent pouvoir effectuer un cercle de 150 cm.
 - Contrôlez si le patient peut entrer dans la salle de bains avec un auxiliaire de mobilité.
 - Si nécessaire, envoyez le patient chez le médecin de manière à ce qu'un ergothérapeute puisse intervenir. Les ergothérapeutes disposent des connaissances nécessaires pour discuter avec le patient des éventuelles adaptations à apporter dans la maison.

7. Problèmes de pieds et port de chaussures dangereuses

- Faites rapport (*toutes les disciplines*) au médecin et envoyez le patient chez celui-ci.
- Donnez un avis (*toutes les disciplines*) sur de bonnes chaussures si le patient porte des chaussures dangereuses : des chaussures qui

renferment tout le pied, avec une semelle dure, plate et en relief.

- Envoyez le patient chez un chirurgien orthopédiste et/ou un podologue pour certains problèmes de pieds tels que des points de compression, des blessures ouvertes et du diabète avec dégradation de la sensibilité profonde.

8. Peur de chuter

- Lorsqu'on constate une peur de chuter, il est préférable d'identifier les situations auxquelles se rapportent cette peur de chuter. Celui-ci peut se faire à l'aide du test chronométré « Falls Efficacy Scale International » (à télécharger sur : www.valpreventie.be), un instrument qui peut être employé par chaque discipline. Ainsi, il est possible d'identifier les zones problématiques spécifiques et de concentrer les interventions sur les problèmes détectés.
- Informez le patient (*toutes les disciplines*) des facteurs de risques des incidents de chute. Insistez sur le fait qu'il peut prévenir les facteurs de risques. Précisez que les incidents de chute ne sont pas la conséquence du vieillissement à laquelle on ne peut rien faire.
- Informez le patient (*toutes les disciplines*) et sa famille de l'alarme pour les personnes.
- Encouragez (*tous les disciplines*) l'utilisation d'aides adaptées
- Apprenez au patient (*toutes les disciplines*) à se relever après une chute (à télécharger sur : www.valpreventie.be).

9. Incident de chute

- Après un incident de chute, soignez les problèmes de santé directs (*toutes les disciplines*) et passez en revue les facteurs de risques ci-dessus pour améliorer le programme de soins.
- Rédigez (*membre du personnel infirmier*) un compte-rendu de l'incident
- Comparez (*membre du personnel infirmier*) les fonctions actuelles avec les fonctions vitales et en faire rapport au médecin.
- Observez et contactez le médecin en cas de :
 - Fonctions vitales anormales
 - Déshydratation ou infection probable

- Changement des fonctions mentales
 - Changement des fonctions motrices
 - Incapacité à reprendre des activités
 - Lésions
 - Changements dans la médication, le dosage ou le moment d'administration
- Elargissez éventuellement le programme de soins au moyen d'une surveillance supplémentaire ou d'un programme contrôlé afin d'aider le patient à atteindre son niveau d'activités antérieur. Le programme de soins doit aider le patient à retrouver la confiance et il doit offrir une solution aux problèmes éventuels liés aux chutes et aux blessures que le patient s'est occasionné en chutant.
 - Contrôlez s'il est nécessaire de combattre une régression fonctionnelle à la suite d'un incident de chute. Les blessures et une activité restreinte en raison d'une maladie ou d'une peur de chuter sont des éléments qui peuvent engendrer une régression fonctionnelle.

10. Problèmes cardiaques, affections neurologiques et métaboliques

- Signalez au médecin les troubles constatés. Celui-ci peut pratiquer des examens complémentaires sur le patient, le soigner ou le diriger vers un spécialiste si nécessaire.
 - Problèmes neurologiques / métaboliques
 - Diagnostic et traitement de la cause sous-jacente (par exemple, démence, diabète, polyneuropathie (carence en vit. B12))
 - Réduisez la médication qui inhibe la cognition (par exemple, des anticholinergiques)
 - Renvoyez chez un kinésithérapeute pour des exercices de marche, d'équilibre et de puissance musculaire
 - Augmentation de l'input proprioceptif (par exemple, le bon auxiliaire et les bonnes chaussures)
 - Problèmes cardiologiques :
 - Renvoyez chez un cardiologue

Sources et bibliographie complémentaire

- Mode d'emploi EVAL interRAI :
 - 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. Remarque : ce chapitre guide le lecteur à travers une feuille de route destinée à l'évaluation des patients qui courent un risque d'incidents de chute et fournit de nombreux conseils pour la planification des soins.
 - 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 destinées à la pratique sont les directives disponibles les plus à jour et elles sont le résultat d'une coopération entre la « American Geriatrics Society », la « British Geriatrics Society » et la « 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 également 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.