



# Prévenir une chute... une affaire d'équipe!

Gisèle Besner, inf., M. Sc.

Gisèle Besner est conseillère en soins spécialisés, regroupements hépatologie et transplantation, médecine digestive, immuno-allergie et douleur au CHUM

Tomber par terre quand on est jeune, c'est un incident banal. On se relève et on reprend nos activités. L'adulte est rarement préoccupé par l'importance de prévenir une chute, car il possède des atouts dans son jeu. En effet, il connaît son environnement et possède les capacités physiques pour minimiser l'impact d'une chute. Par contre, tomber par terre à l'hôpital, c'est une toute autre histoire pour le patient, ses proches et les membres de l'équipe de soins.

La chute est le type d'événement rapporté le plus fréquemment dans les hôpitaux et les cliniques du CHUM. Elle survient surtout chez les patients âgés de plus de 65 ans, devenus plus vulnérables par la maladie, le vieillissement et les traitements offerts à l'hôpital. Pour certains, la chute est sans conséquence. Pour d'autres, les conséquences sont graves : lacérations, fracture d'un membre, hémorragie cérébrale, peur de tomber de nouveau, réduction de l'autonomie ou décès. Ces personnes sont venues à l'hôpital pour traiter une maladie, mais la chute peut affecter sérieusement leur qualité de vie.

Pour réduire les risques associés à l'hospitalisation, plusieurs chercheurs recommandent d'implanter un programme de prévention des chutes (Miake-Lye, Hempel, Ganz et Shekelle, 2013). Un tel programme doit inclure plusieurs interventions comme l'évaluation du risque de chute pour chaque patient admis, l'enseignement au patient, la formation du personnel infirmier, un bracelet ou un signe indiquant le haut risque, ainsi que des interventions ciblées selon les caractéristiques du patient comme le contrôle de l'environnement, l'aide

pour aller aux toilettes, la révision de la médication. On sait que l'implantation d'un programme de prévention des chutes dans les établissements de santé diminue de 30 % le taux de chute.

L'évaluation du risque de chutes chez un patient doit être effectuée dès son admission, puis régulièrement au cours de son séjour, afin d'instaurer des mesures additionnelles et spécifiques aux besoins changeants de ce patient qui évolue dans un centre de soins de courte durée. Il faut également connaître la présence de facteurs de risque comme un antécédent de chute dans les derniers 6 mois, une mobilité limitée, de l'incontinence, une hypotension orthostatique, un comportement imprudent, téméraire ou des signes de dépression psychologique, un déficit perceptuel ou cognitif, un médicament affectant l'équilibre, la démarche ou la cognition. La présence d'un de ces facteurs de risque indique un haut risque de chute. Le risque de chute augmente approximativement de 19 % en présence d'un facteur de risque et s'accroît avec chaque facteur de risque additionnel (Lovallo, Rolandi, Rossetti et Lusignani, 2011).

L'application d'un programme de prévention des chutes à grande échelle risque également d'avoir des impacts négatifs comme l'augmentation des coûts relatifs aux soins continus, à la contention et aux antipsychotiques. De plus, l'application du programme de prévention des chutes doit se faire en tenant compte de la situation du patient et en gardant en tête les trois principes suivants :

- assurer la meilleure qualité de vie au patient;
- préserver le maximum de son autonomie;
- contrer le déconditionnement chez les patients à risque.

Ce sont des cibles d'action toutes aussi importantes que la prévention des chutes et qui prennent du sens en fonction de la vision du patient et de ses priorités pendant son séjour à l'hôpital.

L'application d'un programme de prévention des chutes réussit grâce à tous les membres de l'équipe de soins, de l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires. Cette équipe de soins peut réussir si elle implique également le patient ainsi que ses proches. La communication entre tous les partenaires est un élément clé.

Janvier, le mois des changements! À cet effet, la Direction des soins infirmiers est fière de vous offrir un abrégé de l'offre de service, une offre qui a « changé de peau ». Étant donné l'arrivée de nouveaux acteurs, la transformation de notre organisation, les soins plus complexes et la nécessité de développer constamment la pratique professionnelle afin de maintenir

notre compétence, cette offre doit notamment refléter les différentes responsabilités édictées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Ces responsabilités ont été regroupées sous quatre mandats. À lire!



En ce qui a trait au développement professionnel, je tiens à rappeler la norme de formation continue des infirmières et infirmiers et la

consignation des heures de formation de l'année 2013, en vue de la déclaration lors de votre inscription au Tableau, en 2014. Un minimum de 20 heures d'activités de formation est requis annuellement, y compris au moins sept heures de formation accréditée. Ces sept heures ont exceptionnellement été réparties sur deux ans, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2013. Par ailleurs, étant donné que le CHUM est maintenant un organisme accréditeur reconnu par la Société de formation et d'éducation continue (SOFEDUC), il est moins complexe pour la Direction des soins infirmiers de faire accréditer des activités de formation et d'en faire bénéficier le personnel.

Enfin, pour faire suite à la présentation du modèle humaniste, dans la priorité constante d'offrir des soins infirmiers sécuritaires et de qualité à nos patients, je vous invite à prendre connaissance d'un autre article du présent numéro sur la prévention des chutes, qui n'est pas une affaire individuelle mais bien d'équipe. Je vous invite également à consulter les fiches d'information et d'éducation à la santé, à partir de la plateforme Hospitalis accessible dans l'intranet, pour mieux outiller nos patients. L'élaboration de ces fiches, qui représente un travail colossal de consultation et de rédaction par divers professionnels, s'inscrit dans un projet dirigé par notre partenaire, la Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient (DQPSEP)... une autre affaire d'équipe!

Bonne lecture et bonne année 2014!

Sylvie Dubois

## Références

Lovallo C., Rolandi S., Rossetti A.M. et Lusignani M. (2011). Accidental falls in hospital inpatients : evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 690-696.

Pour mieux comprendre, examinons les résultats d'une enquête auprès d'une clientèle vulnérable du CHUM. Nous avons demandé à cinq infirmières, lesquels parmi leurs patients étaient à risque de chute. Sans utiliser d'instrument de dépistage, les infirmières ont déterminé que 13 d'entre eux (43 %) étaient à risque de chuter, soit neuf en hépatologie, dont l'âge moyen était de 52 ans et quatre en gastroentérologie, dont l'âge moyen était de 78 ans. Puis, nous les avons invitées à décrire les observations des dernières 24 heures sur lesquelles elles basaient leur jugement clinique du risque de chute telles que la faiblesse des membres inférieurs, l'aide requise pour les déplacements, l'encéphalopathie, etc. Deux infirmières travaillaient en dyade avec une infirmière auxiliaire. Nous avons demandé aux deux infirmières auxiliaires, lesquels parmi leurs patients étaient à risque de chute. Elles ont décelé un risque de chute chez six des sept patients à risque. Puis, nous avons posé la même question aux préposés aux bénéficiaires travaillant dans la dyade qui ont décelé seulement quatre des sept patients. Les préposés travaillant directement avec les infirmières ont décelé cinq des six patients à risque de chute. Enfin, nous avons demandé aux patients si, selon eux, ils étaient à risque de faire une chute pendant leur hospitalisation. De manière surprenante, seulement trois des 12 patients se croyaient à risque de chuter. De plus, cinq d'entre eux se rappelaient que l'infirmière leur avait dit qu'ils étaient à risque.

Ainsi, dire au patient qu'il est à risque de chute est un élément primordial dans la prévention des chutes. L'infirmière se heurtera probablement au fait que le patient n'y croit pas. Il arrive souvent que celui-ci sous-estime son état, qu'il conserve une perception de ses capacités comme elles l'ont déjà été dans le passé. S'il ne semble pas vous croire, dites-lui ce que vous observez chez lui qui peut le rendre à risque de chute pendant une hospitalisation. N'hésitez pas à lui rappeler ce qu'il peut faire pour prévenir les chutes et encouragez-le lorsqu'il le met en pratique.

Pour travailler en équipe, les membres doivent avoir les mêmes cibles d'action. Pour y parvenir, l'utilisation d'outils de communication écrite est essentielle, comme le plan thérapeutique infirmier, le plan de soins ainsi que le plan de travail du préposé. Pour vraiment communiquer, il faut se parler de vive voix en début de journée pour partager le travail et les priorités. En mi-journée et en fin de journée, il importe de se parler des changements observés dans l'état des patients, de leur réaction aux soins et de voir si notre approche doit être modifiée. Ces éléments doivent être communiqués dans le rapport interservices ainsi qu'au dossier du patient. La communication entre les membres est un outil puissant lorsqu'il est mis en œuvre, car il nous permet d'aller tous dans le même sens pour prévenir les chutes.

Miake-Lye I.M., Hempel S., Ganz D.A. et Shekelle P.G. (2013). Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.*, 158(5\_Part\_2), 390-396.

# Une offre de service repensée, à valeur ajoutée!

Sylvie Dubois, inf., Ph. D., Directrice des soins infirmiers

L'offre de service de la Direction des soins infirmiers (DSI) permet d'accomplir nos différents mandats en fonction de nos responsabilités édictées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

L'offre de service permet également de positionner le rôle conseil et de soutien de la direction au sein de l'organisation, et d'affirmer l'importance de sa contribution dans les soins et services.

Dans le cadre de la planification stratégique (Plan stratégique CHUM 2011-2015) et dans un contexte de collaboration académique-clinique, une réflexion en profondeur a été faite par les membres de l'équipe de la DSI quant à sa mission, sa vision et ses principaux mandats.

Nous vous invitons à prendre connaissance du résumé du fruit de ce travail qui représente l'essence même de la raison d'être de l'équipe DSI dans l'organisation, de concert avec les autres directions.

## LE CONTEXTE

En octobre 2006, le CHUM prenait le virage de la gestion par regroupements et s'engageait activement dans le développement professionnel et la formation continue des infirmières en place et de celle des nouvelles recrues, tout en s'assurant de la conformité des pratiques professionnelles et de la qualité des soins infirmiers. Elle mettait aussi en place les assises pour le volet de la recherche infirmière, tant en termes de structure, d'identification et de soutien de candidates potentielles aux études doctorales que d'établissement de partenariats et de projets cliniques. Le contexte actuel dans lequel évoluent les équipes de soins, la complexité du réseau, la transformation de nos environnements de pratique, la mouvance des équipes et la diversité des clientèles desservies au CHUM justifient plus que jamais une clarification du rôle majeur de la DSI, afin de s'assurer que les patients et leurs proches ont accès à des soins infirmiers sécuritaires et de qualité.

## NOTRE MISSION

La mission, les valeurs organisationnelles et les priorités stratégiques ont permis de rallier les différents acteurs autour d'un objectif commun, soit celui de favoriser le mieux-être de la clientèle. De façon plus précise, la DSI a pour mission de s'assurer de la qualité de l'acte infirmier, afin d'offrir des soins sécuritaires et de qualité aux patients et à leurs proches, en partenariat avec leurs ressources, tant celles du réseau de la santé et des services sociaux que celles de la communauté où elles évoluent.

## NOTRE VISION

Selon les valeurs préconisées par le CHUM, la DSI joue un rôle déterminant au sein de l'organisation. Au cours des prochaines années, elle se distinguera par :

- ses pratiques exemplaires, son expertise clinique et ses activités de recherche dans le domaine des soins infirmiers;
- son engagement, son dynamisme et la qualité de ses interventions;
- son implication et son leadership en matière de qualité, de sécurité des soins infirmiers et de développement de la pratique professionnelle;
- sa capacité à influencer et à soutenir les partenaires du réseau.

## NOS PRINCIPAUX MANDATS À LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

Un regard sur la pratique infirmière actuelle met en lumière les défis et les principaux mandats de la DSI, compte tenu du rôle essentiel que joue l'infirmière au sein du réseau de la santé. Outre le fait que la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers (MANDAT 1) soient clairement définis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et qu'il va de soi qu'il s'agit d'une responsabilité majeure de la Direction, la clientèle auprès de laquelle nous travaillons exige des soins humains de plus en plus complexes, basés sur des résultats probants (MANDAT 2). L'infirmière doit donc faire preuve d'autonomie professionnelle, exercer son leadership clinique et s'engager avec professionnalisme et compétence (MANDAT 3), afin de bien évaluer l'état de santé des patients et les accompagner tout au long de leur trajectoire de soins. Par ailleurs, on ne peut sous-estimer l'importance que prend le volet de l'organisation des soins infirmiers, notamment en ce qui concerne la composition des équipes, les modes de prestation et de distribution des soins, ainsi que la mise en place de conditions de pratique sécuritaires (MANDAT 4).

## QUIZ

### VRAI OU FAUX SUR LES CHUTES

- ❖ 1 Le fait d'avoir chuté au cours de la dernière année est un facteur très significatif et important à considérer.
- ❖ 2 Lors d'une chute sans conséquence d'un patient dont le risque de chute est connu et accepté par les proches et l'équipe de soins, il n'est pas nécessaire de prévenir les proches et d'en faire part au médecin.
- ❖ 3 Il est pertinent d'évaluer tous les patients à l'égard du risque de chutes, quel que soit l'âge.
- ❖ 4 Lorsqu'une chute survient, les premières interventions consistent à rassurer le patient, à veiller à son confort, à l'aider à se relever et par la suite, à prévenir l'infirmière responsable de ce patient.
- ❖ 5 Le patient et ses proches ont un rôle à jouer dans la prévention des chutes. Un patient bien informé peut contribuer à sa sécurité.

### RÉPONSES

- 1 ❖ Vrai. Les facteurs de risque liés aux chutes sont nombreux. Le dépistage des patients à risque de chutes étant essentiel, le fait de demander au patient ou à son proche s'il a chuté au cours de la dernière année, est important. Il s'agit d'un facteur significatif, si l'on veut intervenir le plus précocement possible et assurer la sécurité de tous les patients.
- 2 ❖ Faux. Les chutes ne peuvent pas toujours être évitées, malgré tous les efforts pour les prévenir. Même si les proches consentent à ces interventions et acceptent le risque, il est important de les informer, afin de maintenir le lien de confiance. Il est aussi important d'informer le médecin et l'équipe de soins, dans un souci de continuité des soins.

## PROMOTION DE LA SANTÉ

France Laflamme, inf., M. Sc. (santé communautaire)

France Laflamme est coordonnatrice (par intérim) promotion de la santé à la Direction de la qualité, de la promotion de la santé et de l'expérience patient du CHUM

### PARLER DES HABITUDES DE VIE AVEC LES PERSONNES SUIVIES AU CHUM

Lorsqu'une personne apprend qu'elle est atteinte d'une maladie et qu'elle doit suivre un traitement ou être hospitalisée, celle-ci est plutôt déstabilisée. Des auteurs, qui s'intéressent à l'adoption de saines habitudes de vie, décrivent ces situations comme étant un *teachable moment*, c'est-à-dire le moment propice pour s'intéresser à la santé de ces personnes et discuter avec elles des bienfaits pour leur santé d'adopter de bonnes habitudes de vie. Par exemple, nous souhaiterions encourager la personne en traitement contre le cancer à demeurer active physiquement ou sensibiliser celle qui souffre de diabète ou de maladie pulmonaire à considérer l'abandon du tabac.

Pour faciliter vos échanges avec la personne, des fiches d'information et d'éducation à la santé sont disponibles sur le site [chumontreal.qc.ca](http://chumontreal.qc.ca), à la rubrique *Votre santé*. À partir de ces outils, vous pourrez personnaliser l'information à transmettre, selon les préoccupations des patients et de leurs proches. Ceux-ci disposeront ainsi d'un aide-mémoire qu'ils pourront consulter au moment qui leur conviendra.

- 3 ❖ Vrai. Il faut effectivement évaluer tous les patients à l'égard du risque de chutes. Cette mesure générale préventive ou « universelle », accompagnée d'une réévaluation périodique, serait sans doute suffisante pour abaisser le taux annuel de chutes chez les patients hospitalisés.
- 4 ❖ Faux. Selon l'aide-mémoire *Interventions infirmières post-chute*, les premières interventions consistent à rassurer le patient et à prévenir l'infirmière responsable de ce patient, sans toutefois tenter de le relever. Une évaluation de la condition physique et mentale doit préalablement être effectuée.
- 5 ❖ Vrai. Les causes des chutes sont multifactorielles et toute personne en contact avec un patient a un rôle à jouer dans la prévention, y compris le patient lui-même et ses proches. Toutes ces personnes contribuent à les réduire, pourvu qu'elles soient informées du risque. Elles peuvent aussi contribuer au PTI en suggérant des moyens de prévention.