



Protocole du suivi post chute

Table des matières

1.	Contexte.....	3
2.	Responsabilités du personnel soignant en cas de chute	3
2.1.	Le préposé aux bénéficiaires :.....	3
2.2.	L'infirmière auxiliaire :.....	3
2.3.	L'infirmière :.....	4
3.	Mobilisation du résident	4
4.	Étapes à suivre	4
5.	Examen de l'état physique et mental – Paramètres cliniques.....	5
6.	Fréquence du suivi des paramètres cliniques.....	7
7.	Analyse et documentation.....	7
8.	Examens complémentaires pour l'aîné (annexe A).....	8
	Références	9
	Annexe 1.....	10
	Annexe 2.....	11
	Annexe 3.....	12

1. Contexte

Résident ayant fait une chute ou ayant été trouvé par terre.

2. Responsabilités du personnel soignant en cas de chute

2.1. Le préposé aux bénéficiaires :

- Il s'assure que l'environnement est sécuritaire et rassure le résident.
- Il demande à un collègue de travail d'alerter le personnel infirmier.
- Il encourage le confort du résident en offrant un oreiller et en installant une couverture.
- **Ne mobilise le résident en aucun cas.**

2.2. L'infirmière auxiliaire :

Déterminer s'il y a présence d'une blessure grave (perte de conscience ou changement de l'état mental, saignement, possibilité de fracture) ou possibilité d'un impact crânien. Dans l'affirmative, prendre les signes vitaux et signes neurologiques (si requis) et contacter immédiatement l'infirmière.

Si aucune infirmière n'est disponible sur place, communiquer les observations à un professionnel habilité à évaluer, à distance afin de recevoir des directives

S'il n'y a pas de blessure grave ou d'impact crânien, prendre les signes vitaux; Réaliser l'examen clinique : vérifier la tête (ex : blessures, saignement, écoulement sanguin ou de liquide clair au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche), vérifier les membres supérieurs et inférieurs (ex. : œdème, douleur, déformation, mauvais alignement, lacération importante, position antalgique) et vérifier les forces et la mobilité des quatre membres;

Si aucun professionnel habilité à évaluer n'est disponible sur place, communiquer les observations par téléphone à un professionnel habilité à évaluer.

Déterminer avec la personne si elle est en mesure de se lever, si oui la mobiliser en engageant sa responsabilité professionnelle, à l'aide de son accessoire de marche habituel s'il y a lieu.

Si la personne ne peut être mobilisée parce que l'infirmière auxiliaire a un doute concernant une blessure potentielle, mais que sa vie n'est pas menacée : Installer la personne dans une position confortable et sécuritaire, en le laissant au sol; Prodiguer les premiers soins (si requis). Communiquer avec un professionnel sur place habilité à évaluer la personne. Si aucun professionnel habilité à évaluer n'est disponible sur place, communiquer les observations

En résumé

- Prodiguer les premiers soins s'il y a lieu ;
- Prendre les signes vitaux et des signes neurologiques
- Communiquer avec une infirmière ;
- Mobiliser si aucune blessure ou laisser en position sécuritaire s' il y a un doute

2.3. L'infirmière :

- Réalise une évaluation complète de l'état physique et mental dès que possible au chevet du résident ou par téléphone avec l'infirmière auxiliaire.
- Elle communique avec le médecin et la famille au besoin.
- Coordonne le transfert en centre hospitalier s'il y a lieu

3. Mobilisation du résident

- Si le résident est en mesure de se relever seul (alerte et capable de mise en charge) ou avec aide légère, assister celui-ci progressivement à se rasseoir ou se mettre au lit.
- Si l'environnement est inadéquat, glisser une couverture ou toile sous le résident pour le déplacer dans un endroit approprié.
- Si le résident est incapable de se relever mais que cela s'avère nécessaire d'après le jugement du personnel infirmier, installer une toile sous le résident et utiliser le levier pour repositionner le résident.
- Si le résident est incapable de se lever et un transfert urgent via ambulance est nécessaire. L'infirmière appellera le 911 et s'assurera de sa sécurité dans l'attente.

4. Étapes à suivre

1. Suivre le protocole post-chute pour l'examen de l'état physique et mental.
2. Effectuer les premiers soins et pansement s'il y a lieu.
3. Aviser la famille dès que possible selon les principes de divulgation.
4. Rédiger une note d'observation infirmière au dossier
5. Remplir le rapport d'incident/accident.
6. Faire la grille de Scott fall
7. L'infirmière ajuste les directives de suivi post-chute dans le PTI et le plan de traitement.
8. Un constat doit être fait au PTI concernant les conséquences de la chute et les directives de surveillance clinique (suivi du protocole ou ajustement si nécessaire).
9. Administration d'analgésique au besoin selon prescription médicale, **après l'évaluation de l'infirmière et si absence d'impact crânien.**
10. Ajustement les mesures de prévention spécifiques au résident.
11. Des références peuvent être faites au besoin aux professionnels (i.e T-phys, TES, nutritionniste).
12. Les directives sont partagées au personnel du prochain quart de travail lors du rapport.

5. Examen de l'état physique et mental – Paramètres cliniques

Les données suivantes doivent être recueillies par l'infirmière auxiliaire et évaluées par l'infirmière.

1. État de conscience
 - Alerté/vigilant/léthargique/inconscient.
 - La personne répond-elle bien aux questions ? (utiliser son **état habituel** comme point de référence)
 - Perte de conscience ? Si oui, avant ou après la chute ?
2. Évaluation de la douleur
 - Suivre l'outil clinique PQRSTU.
 - Bien distinguer entre douleur aiguë versus chronique versus aiguë sur chronique.
 - La douleur se manifeste-t-elle au repos ou façon spontanée (au toucher) ?
3. L'alignement corporel
 - Mobilité et alignement des membres supérieurs et inférieurs ainsi que des articulations.
 - Noter si présence de déformation.
4. État et intégrité du tégument
 - Noter présence de lacérations, abrasions, hématomes, ecchymoses et/ou œdème.
 - Décrire taille, location, et apparence dans la note au dossier.
5. Symptômes divers précédant la chute
 - Étourdissement, nausée, céphalée, douleur, faiblesse des membres.

6. Circonstances de la chute et explications du résident (si applicable)

- Décrire position antalgique du résident.
- Quelle est la cause de la chute selon le résident ou témoin de la chute
- Il y a-t-il des indices dans l'environnement immédiat (ex. plancher sale, meubles ou objets pouvant bloquer le mouvement, cloche d'appel pas à la portée) qui pourrait entraîner une chute
- Présence d'un changement aigu dans l'état mental ou physique d'un résident (ex. fièvre, confusion) ?
- Est-ce un incident isolé ou un problème récurrent ? Si oui, sommes-nous en mesure d'identifier une tendance spécifique ? Par exemple, le résident chute-t-il régulièrement au levé ? Lorsque seul à la chambre ? Ne porte pas ses lunettes ?

7. Signes vitaux

- Tension artérielle
- Fréquence cardiaque
- Fréquence respiratoire
- Température
- Saturation en O₂
- Glycémie capillaire selon le jugement de l'infirmière

Il faut noter que bien que ces paramètres soient importants, ils ne dressent pas toujours un portrait adéquat de l'état de la personne âgée.

Si impact crânien ou **SUSPICION** d'impact crânien, évaluer les paramètres cliniques additionnelles :

- Compléter la grille des signes neurologiques et échelle de Glasgow
- Présence de céphalée
- Présence de nausée et/ou vomissements
- Présence de sang ou liquide clair au niveau des oreilles, du nez ou de la bouche

6. Fréquence du suivi des paramètres cliniques

Chute <i>sans</i> impact crânien	Chute <i>avec</i> impact crânien
<u>Signes vitaux</u> 15 minutes après la chute x 1 Chaque quart x 3 48 heures après la chute <u>Paramètres cliniques (points 1 à 4)</u> 15 minutes après la chute x 1 Chaque quart x 3 48 heures après la chute	<u>Signes vitaux et neurologiques</u> Aux 15 minutes x 4 1 heure plus tard x 1 Chaque 2 heures x 2 Chaque 4 heures x 6 48 heures après la chute <u>Paramètres cliniques (points 1 à 4) + paramètres additionnels de suivi spécifiques à l'impact crânien</u> Chaque quart x 3 48 heures après la chute

7. Analyse et documentation

- Compléter le formulaire d'incident/accident (AH-223).
- Compléter le formulaire « du dépistage du risque de chute de Scott fall ».
- Compléter le formulaire « Grille de surveillance de l'état du résident après une chute ». (annexe B)
- Compléter le formulaire « Liste de vérification des signes vitaux pour un résident post-chute avec impact crânien ».
- Compléter le formulaire de signes vitaux et de signes neurologiques selon les directives.
- Rédiger une complémentaire note au dossier.

De son côté, l'infirmière doit ajuster le PTI et le plan de soins. Une partie de son évaluation consiste à faire enquête sur les événements préalables ayant pu contribuer ou influencer la chute (ex. changement dans les médicaments, confusion causée par une infection sous-jacente...).

Elle émet des recommandations afin de prévenir que la situation ne se reproduise à nouveau. Le meilleur facteur prédictif d'une chute éventuelle est un antécédent de chutes, spécialement celles ayant eu lieu dans la dernière année. Donc, une des interventions infirmières les plus importantes dans un suivi post-chute est la prévention de chutes futures.

Afin d'assurer un suivi clinique, lorsqu'un résident chute de manière répétée, l'infirmière pourrait apporter le cas au comité de gestion de risque pour analyse : il y a possibilité de réviser le plan traitement au sein de l'équipe interdisciplinaire.

8. Examens complémentaires pour l'aîné (annexe A)

Si le résident n'était pas déjà identifié à risque de chute ou si le résident était identifié à risque de chute et que les mesures de prévention ont été efficaces jusqu'à maintenant ; l'infirmière se réfère alors au programme de prévention des chutes pour réévaluer le risque.

Selon son jugement clinique et ses observations, l'infirmière ou la T. Phys. procèdera à des examens complémentaires (Annexe A) qui lui permettront d'identifier la cause ou les facteurs contributifs.

- Hypotension orthostatique (échelle de Glasgow)
- Examen de la position de base
- Test d'équilibre
- Test de Romberg
- Observation de la démarche
- Test doigt-nez
- Test talon-tibia

Références

- Philippe Voyer formation en ligne, évaluation clinique de l'ainé, formations 2.03/2.04/2.05
- Philippe Voyer formation en ligne, défis cliniques, formation 3.01
- Guide d'intervention de l'auxiliaire lors des chute, OIIAQ
- Évaluer la personne âgée par les professionnels de la physiothérapie, 3^e édition 2016
- Blouin, M., Asselin, G., Coulombe, M., Rhainds, M., Lacasse, Y. *Évaluation des mesures liées à la prévention des chutes multiples chez la personne âgée hospitalisée*. Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec, novembre 2014.
- Bourassa, Claude, *Surveillance de l'usager ayant fait une chute*. CSSS de Gatineau, juin 2013.
- CÉGEP du Vieux-Montréal, *Outil sur l'évaluation neurologique*. Montréal, 2013.
- Institut universitaire de gériatrie de Montréal, *Outil Accordéon*. Université de Montréal, 2015.
- Senneville, J., Roy, O., Bibeau, L., & Girard, I. *Développement d'une meilleure pratique auprès des personnes ayant fait une chute : expérience d'une équipe interdisciplinaire*. Centre d'excellence en soins infirmiers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal,
- Méthode standardisée de mesure de la pression artérielle, 2010, outil-13
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Inspection professionnelle, volet surveillance générale*. Bureau de surveillance de l'exercice infirmier OIIQ, 2010.
- Proulx, Dominique, *Programme de prévention des chutes et des blessures associées*. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, octobre 2011.
- Voyer, Philippe, *L'examen clinique de l'ainé, Guide d'évaluation et de surveillance clinique*. ERPI, Saint-Laurent, 2011.
- Voyer, Philippe, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. ERPI, Saint-Laurent, 2006.

RÉDIGÉ PAR

Document original par Hélène Gamache, RSI, mars 2016. Révision par Oxana Popova, responsable des soins infirmiers, juillet 2017. Révision par Stéphanie Derochette, infirmière clinicienne chef d'équipe, janvier 2019.

Révision par DSI, mars 2023, mars 2024

Signé le 28 mars 2024 par _____
Date


Jean-François Blanchard,
Directeur général

Annexe 1

Description des examens complémentaires

- ▶ **Hypotension orthostatique :** (voir programme de prévention des chutes chez le résident)
 - S'assurer que le résident ait été en position couché depuis au moins 5 minutes et mesurer la T.A. et le pouls.
 - Faire lever le résident et mesurer la T.A et pouls immédiatement.
 - Reprendre la T.A et pouls après 2 minutes.
 - Une chute supérieure ou égale à 20 mm Hg (systolique) indique une hypotension orthostatique, même si elle revient à la normale après 2 minutes. Ex. 120/80 **couché** – 100/70 **debout** – après **2 min**. 120/80.
 - Une chute inférieure à 20mm Hg signifie une hypotension orthostatique si la T.A. n'est pas revenue à la normale après 2 minutes. Ex.120/80 **couché** – 105/70 **debout**, mais seulement 110/74 après **2 min**.
- ▶ **Examen de la position de base :**
 - Observez le résident en position debout et notez toute déviation de la position normale.
Ex. distance entre les pieds élargie, abaissement du centre de gravité, oscillation posturale.
- ▶ **Test d'équilibre**
 - Demandez à l'ainé de maintenir son équilibre en position debout avec les pieds collés
 - L'individu devrait être capable de maintenir son équilibre.
Si les pieds de l'ainé décollent ou il doit utiliser un point d'appui, le résultat s'avère anormal.
- ▶ **Test Romberg :**
 - Ce teste cherche à vérifier la capacité de l'ainé à garder l'équilibre.
 - Demandez à l'individu de se tenir debout, les pieds collés, et de fermer les yeux.
 - Une légère oscillation est normale. Toutefois, le résultat devient anormal s'il y a perte d'équilibre ou ouverture des yeux.
- ▶ **Observation de la démarche**
 - Observez le résident et notez toute déviation d'une démarche normale.
Ex. diminution de l'amplitude des pas, réduction de la vitesse de marche, diminution de la hauteur des pas.
- ▶ **Test doigt-nez**
 - Utiliser pour vérifier la coordination et la proprioception des membres supérieurs.
 - Demandez à l'ainé de toucher son nez et votre index dans un mouvement de va-et-vient continu.
Déplacez votre index de gauche à droite à la hauteur des yeux du résidents et examiner la capacité de coordination de l'ainé.
 - Deuxièmement, immobilisez votre index à la hauteur du nez de l'ainé à une distance d'environ 30 cm de distance et demandez-lui de toucher votre index et son nez dans un mouvement de va-et-vient continu.
Après trois mouvements de va-et-vient, demandez à l'ainé de fermer les yeux et de poursuivre les mouvements de va-et-vient continus.
 - L'ainé devrait être en mesure de toucher avec précision votre index en mouvement et les yeux fermés lorsque l'index est immobile.
- ▶ **Test talon-tibia**
 - Cherche aussi à vérifier la coordination et proprioception des membres inférieurs
 - Demandez à l'ainé de déplacer son talon droit sur le tibia gauche dans un mouvement longiligne de bas en haut. Faire la même procédure avec l'autre jambe. Par la suite, répétez l'exercice avec les yeux fermés.
 - Le résultat s'avère anormal si, malgré l'absence de contrainte physique, l'individu n'est pas en mesure d'effectuer le mouvement.
- ▶ **Échelle d'évaluation des risques de chute de Morse**
 - Échelle pour identifier les résidents à risque.
 - Basé sur 6 composantes : antécédents de chute, diagnostics, aide à la marche, équipement, transfert du patient et état mental

Annexe 2



GRILLE DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DU RÉSIDENT APRÈS UNE CHUTE avec impact crânien ou suspicion d'impact crânien

		Chute	Quart #1	Quart #2	Quart #3	48h
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		:	:	:	:	:
SUIVI NÉCESSAIRE	État de conscience					
	Évaluation de la douleur					
	Alignement corporel					
	État et intégrité du tégument					
	Présence de sang ou de liquide clair au niveau de la bouche, oreilles, nez					
	Présence de céphalée					
	Présence de nausée et vomissement					
	Signes vitaux et neurologiques (suivre la fréquence sur la liste de vérification qui suit)					
	Référence TES/T-Phys si nécessaire					
DIVULGATIO	RSI ou infirmière de garde					
	Famille, représentant					
	Personnel soignant du prochain quart de travail					
DOCUMENTATION	Rapport incident/accident (AH-223)					
	Grille de chute de Scott (<i>Scott-fall</i>)					
	Plan de traitement individualisé ajusté par/ou avec l'accord de l'infirmière					
	Note complémentaire rédigée au dossier					
	Mise à jour du PTI par l'infirmière					
<i>Initiales</i>						

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales

Annexe 3



GRILLE DE SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DU RÉSIDENT APRÈS UNE CHUTE sans impact crânien

	Chute	Quart #1	Quart #2	Quart #3	48h
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	:	:	:	:	:
SUIVI NÉCESSAIRE	État de conscience				
	Évaluation de la douleur				
	Alignement corporel				
	État et intégrité du tégument				
	Signes vitaux				
	Référence TES/T-Phys si nécessaire				
DIVULGATION	RSI ou infirmière de garde				
	Famille, représentant				
	Personnel soignant du prochain quart de travail				
DOCUMENTATION	Rapport incident/accident (AH-223)				
	Grille de chute de Scott (<i>Scott-fall</i>)				
	Plan de traitement individualisé ajusté par/ou avec l'accord de l'infirmière				
	Note complémentaire rédigée au dossier				
	Mise à jour du PTI par l'infirmière				
<i>Initiales</i>					

Nom	Initiales	Nom	Initiales	Nom	Initiales