

GUIDE D'INTERVENTION

DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE LORS DE CHUTES



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

OIIAQ.ORG



Table des matières

3	Contexte
3	Objectif
3	La contribution à l'évaluation de l'infirmière auxiliaire
5	Définition de la chute
5	Le dépistage de la personne à risque de chute
6	Les facteurs de risque
7	Les conséquences des chutes
7	Les stratégies de prévention
9	Outil d'aide à la décision en cas de chute dans les milieux de vie hors établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et en l'absence d'infirmière ou de médecin
9	Au moment de la chute
10	Postchute immédiat
11	Dans tous les cas
12	Suivi postchute
13	ANNEXE 1 Éléments à avoir en main lors de l'appel à un professionnel
14	ANNEXE 2 PQRSTU de la chute tiré et adapté de Voyer (2017)
15	ANNEXE 3 Exemples de suivi postchute
16	ANNEXE 4 Grille de surveillance postchute
17	ANNEXE 5 Signes neurologiques et Échelle de Glasgow
19	ANNEXE 6 Grille de surveillance postchute en soins palliatifs
20	BIBLIOGRAPHIE

Remerciements :

Kim Willcocks Inf.clinicienne/candidate IPSPL

Comité de direction de la pratique professionnelle de l'OIIAQ sous la direction de **Julie St-Germain** inf.aux.directrice du Service inspection et pratique professionnelles

Mise à jour : 30 mars 2021

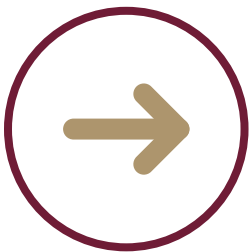
Contexte

Les chutes sont fréquentes dans les milieux de vie pour aînés et elles sont une cause de blessures et de mortalité. L'infirmière auxiliaire qui exerce dans certains de ces milieux, tel que les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires (RI) est souvent la seule professionnelle de la santé sur place à intervenir auprès de personnes ayant chuté. Elle côtoie une clientèle variée avec des comorbidités et des facteurs de risques de chute et possède les compétences requises pour faire une différence auprès de ces personnes. Pour ces motifs, il s'avère pertinent de fournir à l'infirmière auxiliaire un guide d'intervention lors de chutes ainsi qu'un outil d'aide à la décision afin de la soutenir dans sa démarche en l'absence d'infirmière dans le milieu.

Rappelons que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ont des politiques et procédures spécifiques aux chutes. Ainsi, les infirmières auxiliaires qui exercent notamment en CHSLD et en centre hospitalier (CH) sont tenus de les connaître et s'y conformer. En présence d'une infirmière 24/7 dans le milieu, les infirmières auxiliaires doivent généralement aviser l'infirmière dès qu'une chute survient.



Les chutes sont fréquentes dans les milieux de vie pour aînés et elles sont une cause de blessures et de mortalité.



Objectif

Ce guide vise à soutenir l'infirmière auxiliaire dans son développement de pratiques sécuritaires et reconnues, et ce, dans le respect de son champ d'exercice et de son *Code de déontologie*. Cet outil lui permettra de parfaire ses connaissances et ses compétences en lien avec sa contribution à l'évaluation et sa prise de décision lors d'une chute, incluant le dépistage, les facteurs de risques, les conséquences et les stratégies de prévention.

La contribution à l'évaluation de l'infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire en collaboration avec l'équipe de soins contribue au dépistage, à la prévention des chutes, à la prise de décision de relever ou non la personne après la chute ainsi qu'au traitement prescrit de ses causes sous-jacentes. Ses compétences en matière de collecte de données, d'observation, de mesure des signes et symptômes, de surveillance et de suivi des données recueillies¹ font d'elle une professionnelle toute désignée pour contribuer, avec l'équipe de soins, à diminuer les conséquences des chutes chez les personnes sous ses soins.

L'infirmière auxiliaire assure un suivi régulier de la clientèle aux différents professionnels impliqués auprès de celle-ci. Elle peut faire l'enseignement nécessaire et mettre en place des stratégies de prévention en accord avec les préférences de la personne.

¹ OIIAQ. *Profil des compétences de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire*, [En ligne], 2020.
[<https://www.oiiq.org/profil-des-competences>]

À l'aide de ses compétences en communication, elle tient compte de tous les facteurs déterminants afin de transmettre l'information juste et pertinente à un professionnel habilité à évaluer tout en respectant les limites de son champ d'exercice.

En l'absence d'infirmière sur place et si la procédure du milieu le permet, l'infirmière auxiliaire peut décider de relever ou non une personne ayant chuté en engageant sa responsabilité professionnelle. Dans tous les cas, l'état de la personne nécessite une évaluation par un professionnel habilité à le faire, et ce, dans les meilleurs délais suivant la chute.

L'infirmière auxiliaire a également un rôle à jouer auprès de ses collègues de l'équipe de soins. En effet, elle transmet les informations relatives à la personne lors « des rapports de relève ou interservices, de rencontres formelles [et] d'échanges informels », et ce, dans un souci de suivi de l'état de la personne qui a chuté. La rédaction de notes d'évolution au dossier médical, de rapports interservices ou même de déclarations d'incident ou d'accident doit comporter une information juste, claire et pertinente. L'article 17 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* prévoit que :



**Le membre ne doit pas, au regard
du dossier d'un patient ou de tout
rapport, registre, dossier de recherche
ou autre document lié à la profession :**

[...]

**4° omettre d'y inscrire
les informations nécessaires**

L'infirmière auxiliaire démontre ainsi du leadership et sensibilise ses collègues au phénomène des chutes. Elle peut également leur offrir du mentorat pour le dépistage par sa contribution à l'évaluation des personnes à risque. L'infirmière auxiliaire est en première ligne pour participer à la prévention des chutes et intervenir auprès des personnes dans tous les milieux de soins.

Chaque professionnel apporte une contribution selon son rôle et ses compétences professionnelles, notamment définis par son champ d'exercice. Un partage des responsabilités entre eux permet d'accroître la réussite de la prévention des chutes. Cette collaboration interprofessionnelle en devient un partenariat essentiel.

Définition d'une chute

La chute est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment² ».



Le dépistage de la personne à risque de chute

L'infirmière auxiliaire contribue de façon significative au dépistage de la personne à risque de chute en recueillant un ensemble de données. Afin de dépister le risque de chute chez une personne, l'infirmière auxiliaire lui pose la question suivante : « Avez-vous chuté dans la dernière année? » Une réponse de deux chutes et plus confirme un risque de chute pour la personne.

Une des responsabilités partagées entre les professionnels impliqués auprès de la personne est de rester à l'affût des facteurs de risque de chute et ce, même si la personne n'a pas chuté au cours de la dernière année. Dans le cadre de la contribution à l'évaluation, l'infirmière auxiliaire fournit les informations importantes au professionnel habilité à effectuer une évaluation approfondie pour déterminer les possibles facteurs de risque de chute, à la suite d'un dépistage positif ou d'une chute. Actuellement, le dépistage des personnes à risque de chute ne se fait pas systématiquement dans tous les milieux de soins. Toutefois, c'est un élément clé de la prévention des chutes. En effet, beaucoup de chutes sont prévisibles et évitables.

L'infirmière auxiliaire recueille les informations suivantes³ et les transmet à un professionnel habilité à évaluer :

- Les antécédents de chute au cours de la dernière année et leur contexte;
- Les signes de troubles de la démarche et de l'équilibre;
- Les médicaments susceptibles d'augmenter le risque de chute;
- Les antécédents pertinents (ex. : dégénérescence maculaire liée à l'âge, cataractes, hypotension, parkinson, trouble de mobilité);
- L'utilisation adéquate ou non d'un accessoire de marche le cas échéant;
- Toute autre information qu'elle juge pertinente selon son jugement clinique (ex. : douleur, perte d'autonomie, signes de déshydratation).

² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Les chutes, 16 janvier 2018.

³ Avin, K. G., Hanke, T. A., Kirk-Sanchez, N., McDonough, C. M., Shubert, T. E., Hardage, J., & Hartley, G. (2015). Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Physical Therapist*, 95(6), 815-834. doi:10.2522/ptj.20140415, 2015.

Par la suite, des stratégies de prévention doivent être mises en place en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire selon les facteurs de risques et les causes identifiés.

Les facteurs de risque

En gériatrie, les chutes sont généralement d'origine multifactorielle. Les changements attribuables au vieillissement sont nombreux, touchent différents systèmes et peuvent notamment se manifester comme suit⁴ :

- Diminution de la proprioception;
- Diminution de la vision nocturne;
- Diminution de la masse et de la force musculaire;
- Déplacement du centre de gravité;
- Perte de résistance aux traumatismes;
- Diminution neurosensorielle.

Les comorbidités suivantes peuvent aussi occasionner des chutes :

- L'hypotension orthostatique (HTO);
- Les troubles cognitifs;
- La dépression;
- La dénutrition et la déshydratation;
- La consommation d'alcool;
- Les pathologies des pieds.

L'usage de médicaments dont certains sont potentiellement inappropriés et l'utilisation inadéquate de ceux-ci sont également des facteurs de risque pour les chutes. Prenons, par exemple, l'usage d'antihypertenseurs qui peut causer de l'hypotension orthostatique ou encore les benzodiazépines qui affectent la vigilance et contribuent à augmenter les chutes⁵.

L'environnement peut également augmenter les risques de chute, notamment :

- La présence de tapis;
- Un éclairage insuffisant;
- Des escaliers;
- Un environnement encombré;
- De mauvaises chaussures.

⁴ ARCAND, M., & HÉBERT, R. Précis pratique de gériatrie (3 ed.) : EDISEM. et VOYER, P. op. cit.

⁵ RAY, W. A., GRIFFIN, M. R., & DOWNEY, W. "Benzodiazepines of Long and Short Elimination Half-life and the Risk of Hip Fracture", Journal of American Medical Association, 262(23), pp. 3303-3307, 1989.

Les conséquences des chutes

Bien qu'un certain nombre de chutes soient sans conséquence ou avec blessures mineures, 36 % des aînés ayant chuté ne seront pas en mesure de se relever seuls. L'incapacité à se relever seul pour un aîné peut entraîner un risque de délirium, d'hospitalisation, de déclin fonctionnel et/ou de décès. On estime à 10 % le nombre d'aînés qui devront consulter un médecin pour des blessures sérieuses et qui seront hospitalisés à la suite d'une chute.

Les blessures attribuables aux chutes sont, notamment⁶ :

- Les bris cutanés;
- Les douleurs chroniques;
- Les contusions;
- Les hémorragies internes et cérébrales.
- Les fractures, notamment de la hanche;

Bien que plusieurs personnes retournent à domicile après une hospitalisation, certaines doivent être relocalisées. Dans les deux cas, un syndrome postchute peut se développer, ayant comme conséquence de l'anxiété liée à une peur exagérée de chuter de nouveau, une diminution de la qualité de vie, un isolement social et même une dépression⁷. Ces conditions peuvent mener à une perte d'autonomie et, éventuellement, au décès. Au-delà des conséquences des chutes pour la personne, il faut tenir compte de celles qui touchent ses proches aidants. Ces derniers peuvent ressentir de l'inquiétude face au retour à domicile et à la gestion du risque de chute. L'assistance physique aux transferts et aux déplacements peut être vécue comme un fardeau pour certains proches aidants ou exiger de ceux-ci une contribution significative.

Les stratégies de prévention

Les stratégies de prévention des chutes sont multiples et doivent être personnalisées selon les causes identifiées de la chute. Elles doivent tenir compte des préférences, de l'environnement, des capacités de la personne et parfois même de l'aspect financier de chaque cas. Les programmes de sensibilisation et de prévention semblent avoir démontré certains effets positifs⁸. Le dépistage des personnes à risque de chute et les informations fournies par l'infirmière auxiliaire aux professionnels habilités à évaluer permettent de mettre rapidement en place des stratégies de prévention des chutes. L'infirmière auxiliaire doit contribuer au dépistage ainsi qu'à la mise en place des interventions déterminées par l'équipe de soins. En effet, comme elle est en contact avec les personnes à risque, elle peut recueillir des informations pertinentes au dépistage et les transmettre aux professionnels habilités à évaluer, soit

⁶ GILLAIN, S. et autres. op. cit. et STATISTIQUE CANADA. *Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque*, octobre 2014.

⁷ Ibid.

⁸ McCLURE, R. J., et autres. "Population-based Interventions for the Prevention of Fall-related Injuries in Older People", Cochrane Database of Systematic Reviews(1), 2005. doi:10.1002/14651858.CD004441.pub2

l'infirmière, le médecin, l'ergothérapeute et le physiothérapeute. Ces derniers peuvent mettre en place un programme d'exercice d'aérobic et de musculation qui permet de diminuer le nombre de chutes chez les personnes⁹. Les interventions sur l'environnement, la revue du profil pharmacologique, la mise en place d'outils technologiques et les exercices physiques permettent de réduire le nombre de chutes.

L'environnement de la personne doit être évalué par un professionnel habilité et adapté selon les risques identifiés. Il importe de déterminer des stratégies propres à chaque aîné et d'en discuter en équipe interdisciplinaire.

Comme mentionné précédemment, les interventions relatives à la prévention des chutes sont personnalisées selon les causes identifiées lors de l'évaluation effectuée par un professionnel habilité. Elles sont alors documentées au plan thérapeutique infirmier (PTI) ou plan d'intervention interdisciplinaire (PII) le cas échéant. Cependant, certaines interventions plus générales peuvent être réalisées par l'infirmière auxiliaire. Elle doit, pour une analyse approfondie, se référer à un professionnel habilité à évaluer. En voici des exemples :

- Recommander une révision du profil pharmacologique au pharmacien ou encore au médecin, en l'absence d'infirmière;
- Encourager la personne à se mobiliser et lui enseigner les déplacements sécuritaires;
- S'assurer que la personne porte ses lunettes, le cas échéant. (N.B. : Prudence avec les lunettes dites « à foyers », car elles peuvent modifier la perception des profondeurs.);
- S'assurer que la personne porte ses appareils auditifs;
- S'assurer que la personne porte des chaussures adaptées, en bon état et qui supportent bien la cheville;
- S'assurer que la personne utilise son accessoire de marche, le cas échéant, et que celui-ci soit correctement ajusté;
- S'assurer que les espaces pour circuler sont dégagés;
- Éviter (si possible) l'encombrement dans les chambres/appartements et lieux communs;
- S'assurer qu'il y a un éclairage adéquat lors des déplacements des personnes;
- S'assurer qu'il n'y a pas de tapis non fixés, de surfaces mouillées, etc.

En présence de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), les stratégies de prévention des chutes demeurent les mêmes, elles doivent être personnalisées à la personne en tenant compte de ses limites au niveau cognitif. L'équipe interdisciplinaire, qui inclut l'infirmière auxiliaire, doit s'adapter à la personne qui est à risque de chute et collaborer à l'adaptation et à la mise en application des interventions.

⁹ GILLESPIE, L. D., et autres. "Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community", Cochrane Database of Systematic Reviews(9), 2012. doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3

Outil d'aide à la décision en cas de chute dans les milieux de vie hors établissements du RSSS et en l'absence d'infirmière ou de médecin

Prise de décision de l'infirmière auxiliaire à la suite de l'analyse de la collecte de données recueillies

N.B. : Les établissements du RSSS ont des politiques et procédures spécifiques aux chutes. Les infirmières auxiliaires qui exercent notamment en CHSLD et en centre hospitalier sont tenues de les connaître et s'y conformer. En présence d'une infirmière 24/7 dans le milieu, les infirmières auxiliaires doivent généralement aviser l'infirmière dès qu'une chute survient.

→ Au moment de la chute

- Rassurer la personne;
 - Éviter de mobiliser la personne.
- S'il y a présence d'une blessure grave (perte de conscience ou changement de l'état mental, saignement, possibilité de fracture) :
- Contacter immédiatement le 911;
 - Assurer une surveillance en attendant l'aide requise.



ALERTE

Si la personne est en arrêt cardiorespiratoire, en attendant l'arrivée des ambulanciers, amorcer les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire en respectant le niveau de soins de la personne¹⁰.

→ S'il y a possibilité d'impact crânien :

- Prendre les signes vitaux et les signes neurologiques;
- Contacter immédiatement un professionnel habilité à évaluer à distance, afin de recevoir des directives (ex. : Lignes 811, CLSC service 24/7 si inscrit au SAD).



Voir Annexe 1 pour les informations pertinentes à avoir en main pour l'appel à un professionnel habilité à évaluer sur place ou à distance.

¹⁰ INESSS. Les niveaux d'intervention médicale, 2015.

→ S'il n'y a pas de blessure grave ou d'impact crânien :

- Réaliser l'examen clinique sommaire :
 - Prendre les signes vitaux;
 - 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);
 - Vérifier les forces, la mobilité et la sensibilité des quatre membres.
- ❖ S'il y a présence d'un signe inhabituel à l'examen clinique sommaire :
 - Communiquer les observations (voir Annexe 1) à un professionnel habilité à évaluer à distance afin de recevoir des directives (ex. : Lignes 811, CLSC service 24/7 si inscrit au SAD).
- ❖ Si les éléments recherchés à l'examen clinique sommaire ne présentent aucun signe inhabituel :
 - 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.

➔ **Postchute immédiat**

→ 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 la laissant au sol;
- Prodiger les premiers soins (si requis);
- Réaliser le PQRSTU (voir Annexe 2);
- Communiquer les observations (Annexe 1) à un professionnel habilité à évaluer afin de recevoir des directives (ex. : Lignes 811, CLSC service 24/7 si inscrit au SAD).

→ Si la personne peut être mobilisée à la suite de la collecte d'information de l'infirmière auxiliaire :

- La mobiliser en utilisant son accessoire de marche habituel s'il y a lieu et avec de l'aide au besoin (lève-personne, deuxième intervenant, etc.);
- Cesser la mobilisation au moindre doute de douleur ou de blessure et aviser un professionnel habilité à évaluer;
- L'installer dans sa chambre dans une position confortable et sécuritaire;
- Fournir les premiers soins si requis;
- Réaliser le PQRSTU (voir Annexe 2);
- Communiquer avec un professionnel habilité à évaluer la personne et fournir les données recueillies;
- Débuter le suivi postchute (voir Annexe 3);
- Aviser un membre de la famille ou le répondant selon la procédure de votre établissement.

➔ **Dans tous les cas :**

- Assurer la sécurité de la personne;
- Prodiquer les premiers soins si requis, conformément au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*;
- Effectuer la surveillance et le suivi postchute selon les directives émises par un professionnel habilité à évaluer;
- Communiquer les informations et l'état clinique de la personne suivant la chute à un professionnel habilité à évaluer, afin d'ajuster la surveillance et le suivi. Selon l'article 13 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* :



« Le membre doit prodiquer les soins et les traitements à un patient avec diligence. Il doit notamment:
1° intervenir promptement auprès du patient lorsque son état de santé l'exige;
2° assurer la surveillance requise par l'état de santé du patient;
3° prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et des traitements ».

- Transmettre l'information afin d'assurer un suivi auprès du personnel soignant et des répondants;
- Rédiger [un rapport de déclaration d'incident ou d'accident](#) et le divulguer aux instances prévues par la loi;
- Consigner au dossier médical les observations et les données recueillies.

➔ **Suivi postchute**

- Réaliser le suivi postchute (voir Annexe 3);
- Assurer la surveillance des signes gériatriques atypiques en même temps que le suivi postchute :
 - Changement de l'état mental (cognitif);
 - Changement de l'autonomie fonctionnelle;
 - Changement du comportement (apparition d'un nouveau et arrêt d'un comportement habituel).

Si un de ces signes ou plus est présent, le signaler pour une évaluation rapide.

- S'assurer que la personne est évaluée par un professionnel habilité à le faire dans les meilleurs délais.

N.B. : Une chute sans cause liée à l'environnement où se trouve la personne nécessite une évaluation dans les meilleurs délais afin de compléter l'évaluation d'une condition aiguë sous-jacente. L'évaluation d'une personne ayant chuté est importante puisqu'elle permet de déterminer la ou les causes de la chute et ainsi, si possible, de les corriger. De plus, cela justifie la mise en place de stratégies de prévention des chutes.

ANNEXE 1

Éléments à avoir en main lors de l'appel à un professionnel habilité à évaluer la personne (sur place ou à distance)

- Âge, niveau de soins au dossier médical;
- **Antécédents, profil pharmacologique**, historique de chutes antérieures;
- Motif de l'appel, circonstances de la chute si connues;
- **État de conscience**;
- Présence de d'autres signes atypiques;
- **Signes vitaux et signes neurologiques** (si pertinent);
- **Présence de blessures graves ou non**;
- **Capacité ou non de mobiliser la personne**;
- Éléments du PQRSTU, si réalisé selon l'urgence de la situation;
- Interventions réalisées.

En **gras** informations minimales à avoir en main.



ALERTE

Afin d'intervenir adéquatement, l'infirmière auxiliaire se doit de connaître les antécédents médicaux et le profil pharmacologique (interactions, effets thérapeutiques et indésirables) de la personne.

ANNEXE 2

PQRSTU¹¹ de la chute, tiré et adapté de Voyer (2017)



pour Provoquer/Pallier

- Qu'est-ce qui a entraîné ou provoqué votre chute?
- Qu'est-ce qui, dans le passé, vous a permis d'éviter votre chute?



pour Qualité/Quantité

- Décrivez-moi votre chute. Êtes-vous tombé vers l'avant, vers l'arrière, sur le côté?...
- Quelles sont les conséquences de la chute sur vos activités quotidiennes?



pour Région/Irradiation

- Cette lettre ne s'applique pas dans le contexte d'une chute



pour Signes/Symptômes

- Au moment de la chute, avez-vous observé des signes inhabituels ou nouveaux?
- Avez-vous ressenti des malaises ou des sensations inhabituelles?



pour Temps/Intermittence

- Quand êtes-vous tombé(e)?
- Est-ce votre première chute?
- Si non, à quelle fréquence êtes-vous tombé(e) au cours des dernières semaines et des derniers mois?



pour Understanding/Compréhension

- Selon vous, quelle est la cause de votre chute?

En présence de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), la réalisation du PQRSTU peut être difficile. Dans ce genre de situation, on peut utiliser le PQRSTU style enquêteur. Avec ce style de PQRSTU c'est le personnel soignant qui trouve les réponses aux questions pour lesquelles la personne n'est pas en mesure de répondre. Dans ce genre de situation, on recueille toutes les informations possibles et on intervient avec les informations qu'on a réussi à obtenir. Le jugement de l'infirmière auxiliaire est toujours de mise.

¹¹ VOYER, P. op. cit.

ANNEXE 3

Exemples de suivi postchute

Cet exemple de suivi post-chute constitue un guide pour les infirmières auxiliaires en l'absence d'une infirmière. En présence d'une infirmière sur place ou en consultation, l'infirmière auxiliaire doit s'y référer pour connaître le suivi déterminé à la suite de l'évaluation clinique.

FRÉQUENCE DES SUIVIS¹²

Qu'il y ait eu une constatation, une suspicion ou non d'impact crânien, un suivi doit être effectué. À cet égard, une grille de surveillance postchute standardisée est présentée à l'Annexe 4. L'infirmière auxiliaire fait preuve de jugement clinique et, au besoin, augmente la fréquence des suivis en se référant à un professionnel habilité à évaluer dans les meilleurs délais.

→ Chute avec constat ou suspicion d'impact crânien

Si les premiers résultats des signes vitaux et signes neurologiques sont anormaux, effectuer un contrôle de ceux-ci aux **15 minutes** et en aviser un professionnel habilité à évaluer.

Si les premiers résultats sont normaux, prendre les signes vitaux et signes neurologiques :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ➊ aux 15 minutes la première heure; | ➋ aux 4 heures pendant les 24 heures suivantes; |
| ➌ une heure plus tard; | ➍ 48 heures postchute. |
| ➎ aux 2 heures pendant 4 heures; | |

→ Chute sans impact crânien

La mesure des signes vitaux et signes neurologiques (si pertinence il y a) est effectuée :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ➊ dès que la chute est constatée; | ➋ aux 8 heures pendant 24 heures; |
| ➌ 15 à 30 minutes après la chute; | ➍ 48 heures postchute. |

En plus de la prise des signes vitaux et signes neurologiques (si requis), l'infirmière auxiliaire doit documenter au dossier médical ou sur la feuille prévue à cet effet s'il y a lieu les éléments suivants : la douleur, la mobilité des membres, l'apparition d'ecchymoses ou d'hématomes, un œdème, des rougeurs nouvelles, un changement de l'état mental, de l'autonomie fonctionnelle ou du comportement. L'infirmière auxiliaire doit également documenter la présence de nausées, de vomissements ou de céphalées s'il y a eu possibilité d'un impact crânien.

Advenant le cas où l'un de ses signes apparaîtrait ou qu'il y ait un changement, l'infirmière auxiliaire doit faire appel à un professionnel habilité à évaluer.

¹² CIUSSS CN. Règle de soins infirmiers : interventions infirmières après la chute d'un usager, 2015.

ANNEXE 4

Grille de surveillance postchute

Anticoagulothérapie : oui ☐ non ☐

Date de l'examen initial :

Nom :

DDN :

Surveillance clinique								
Signes vitaux								
Date/heure								
Tension artérielle								
Rythme cardiaque								
Rythme respiratoire								
Amplitude respiratoire								
Saturation (SpO2)								
Température								
Douleur : Oui = O Non = N Échelle 1-10								
Douleur								
Échelle								
Lacération, lésion cutanée, œdème, rougeur, ecchymose ou hématome : Oui ☐ Non ☐								
Site								
Déformation des membres : Oui = O Non = N								
MSD								
MSG								
MID								
MIG								

Surveillance si constat ou suspicion d'impact crânien								
Surveillance : Oui = O Non = N								
Date/heure								
Nausée								
Vomissement								
Étourdissement								
Céphalée								
Diplopie								
Changement de l'état mental à la suite de la chute								
Hématome/ecchymose au visage								
Écoulement de sang et/ou de liquide clair au niveau de la bouche, du nez ou des oreilles								

ANNEXE 5

Signes Neurologiques et Échelle de Glasgow

Dimension des pupilles



Nom :

DDN :

Réaction : Normale = N Lente = L Fixe = F								
Date/heure								
Dimension								
Gauche								
Droite								
Réaction								
Gauche								
Droite								
Moteur : Normal = 3 Diminué = 2 Absent = 1								
Membre supérieur								
Gauche								
Droit								
Membre inférieur								
Gauche								
Droit								

Échelle de Glasgow								
Date/heure								
Ouverture des yeux								
4 = Spontanée								
3 = Ouvrent sur commande								
2 = Ouvrent à la stimulation douloureuse								
1 = N'ouvrent pas								
Réponse Verbale								
5 = Orientée								
4 = Confuse								
3 = Paroles inappropriées								
2 = Sons incompréhensibles								
1 = Pas de réponse								

ANNEXE 5

Signes Neurologiques et Échelle de Glasgow (Suite)

Échelle de Glasgow								
Date/heure								
Réponse motrice								
6 = Obéit aux ordres								
5 = Localise la douleur								
4 = Se retire à la stimulation douloureuse								
3 = Flexion à la stimulation douloureuse								
2 = Extension à la stimulation douloureuse								
1 = Pas de réponse								
Initiales								

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

ANNEXE 6

Grille de surveillance postchute en soins palliatifs

Date de l'examen initial :

Nom :

DDN :

APPROCHE EN SOINS PALLIATIFS : **Prioriser le confort en évitant les manipulations inutiles,**
observer sans intervention excessive et limiter les soins invasifs à l'essentiel.

Noter toute manifestation survenue après la chute

Oui = O Non = N

Date/heure						
Douleur (Échelle 1-10)						
Suspicion d'impact crânien	Nausée					
	Vomissement					
	Étourdissement					
	Céphalée					
	Changement de l'état mental					
	Hématome/ ecchymose à la tête					
	Écoulement de sang et/ou de liquide clair au niveau de la bouche, du nez ou des oreilles					
Suspicion d'impact corporel	Déformation des membres					
	Lacération					
	Lésion cutanée					
	Œdème					
	Rougeur					
	Ecchymose					
	Hématome					
Initiales						

Les manifestations observées doivent être consignées dans la note d'évolution.

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. "Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults", *Journal of American Geriatrics Society*, 67(4), pp. 674-694, 2019. doi:10.1111/jgs.1576

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY ET BRITISH GERIATRICS SOCIETY. "Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons", *Journal of American Geriatrics Society*, 59(1), pp. 148-157, 2011. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x

ARCAND, M., & HÉBERT, R. *Précis pratique de gériatrie* (3 ed.), EDISEM, 2007.

AVIN, K. G., et autres. "Management of Falls in Community-dwelling Older Adults: Clinical Guidance Statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association", *Physical Therapist*, 95(6), pp. 815-834, 2015. doi:10.2522/ptj.20140415

CESS. *Méthodes de soins informatisées*, [En ligne] 2017 [<https://msi.expertise-sante.com/fr>].

CHANG, J. T., et autres. "Interventions for the Prevention of Falls in Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Clinical Trials". *British medical journal*, 2004. 328(7441), 680. doi:10.1136/bmj.328.7441.680.

CIUSSSCN. *Règle de soins infirmiers : interventions infirmières après la chute d'un usager*, https://www.ciusscscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/regle_soins_chute_29_04_2015.pdf, 2015.

GILLAIN, S., et autres. « Les chutes chez la personne âgée », *Revue Médicale de Liège*, 69, pp. 258-264, 2014.

GILLESPIE, L. D., et autres. (2012). "Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community", *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9). doi:10.1002/14651858.CD007146.pub3

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, 2012. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-202-03F.pdf>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile : analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*, 2011.

HOPEWELL, S., et autres. "Multifactorial and Multiple Component Interventions for Preventing Falls in Older People Living in the Community", *Cochrane Database of Systematic Review*, 7(7), 2018. doi:10.1002/14651858.CD012221.pub2

INESSS. *Les niveaux d'intervention médicale ~ niveaux de soins : Portrait de la situation et revue de la littérature*, juin 2015. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/INESSS_Niveaux_intervention_medicale.pdf]

MCCLURE, R. J., et autres. "Population"based Interventions for the Prevention of Fall-related Injuries in Older People", *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 2005.
doi:10.1002/14651858.CD004441.pub2

OIIAQ. *Profil des compétences de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire*, 2020,
[En ligne] [<https://www.oiaq.org/profil-des-competences>].

OIIAQ. *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*, 2020,
[En ligne] [<https://www.oiaq.org/activites-professionnelles>].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les chutes*, 2018.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>

QUÉBEC. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires*, RLRQ, c C-26, r 153.1
[<https://www.oiaq.org/publications/code-de-deontologie>].

RAY, W. A., GRIFFIN, M. R., & DOWNEY, W. "Benzodiazepines of Long and Short Elimination Half-life and the Risk of Hip Fracture", *Journal of American Medical Association*, 262(23), pp. 3303-3307, 1989.

REGISTERED NURSE'S ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). *Empêcher les chutes et réduire les blessures associées*, Toronto, 2017.
https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/bpg/translations/Empecher_les_chutes_-_Final_December_2017.pdf

SHERRINGTON, C., et autres. "Exercise for Preventing Falls in Older People Living in the Community", *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), 2019.
doi:10.1002/14651858.CD012424.pub2

STATISTIQUE CANADA. *Comprendre le risque de chute chez les aînés et leur perception du risque*, 2015.
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2014001/article/14010-fra.htm>

TINETTI, M. E., LIU, W. L., & CLAUS, E. B. "Predictors and Prognosis of Inability to Get Up After Falls Among Elderly Persons", *Journal of the American Medical Association*, 269(1), pp. 65-70, 1993.

VOYER, P. *Examen clinique de l'aîné*, 2^e édition, ERPI, Montréal, mai 2017, 256 p.

VOYER, P. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2 ed.), Québec, Éditions du nouveau pédagogique inc., 2013.



GUIDE D'INTERVENTION

DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE LORS DE CHUTES



OIIAQ 3400, boul. De Maisonneuve Ouest, Bureau 1115, Montréal, Québec H3Z 3B8
Téléphone : 514 282-9511 | Sans frais : 1 800 283-9511 | Télécopieur : 514 419-9521
Courriel : service.inspection@oiaq.org



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

OIIAQ.ORG

