

Documentation technique 2.120 du bpa

Prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux



Auteurs:
Ursula Wiesli, Sabina Decurtins, Franziska Zúñiga

Berne, 2013

Documentation technique 2.120 du bpa

Prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées

Guide pratique comportant un outil d'analyse et des informations spécialisées

Auteurs:

Ursula Wiesli, Sabina Decurtins, Franziska Zúñiga

Berne, 2013

Auteurs



Ursula Wiesli

Experte en soins APN, Alterszentrum Wallisellen, ursula.wiesli@wallisellen.zh.ch

Enseignante et conseillère exerçant à titre indépendant, ursula.wiesli@bluewin.ch

MSN; études en sciences infirmières à l'Université de Bâle

Domaines d'activité: soins palliatifs en gériologie, proches, soins intégraux, diagnostics de soins et documentation, gérontopsychiatrie, multimorbidité et fragilité.



Sabina Decurtins

Experte en soins HöFa II, MAS Gerontological Care FHNW, sabinadecurtins@greenmail.ch

Experte en soins à l'hôpital de Zollikerberg; suppléante Développement et coordination.

Domaines d'activité: développement des soins, gestion de la qualité, formation en entreprise, formations en prophylaxie des chutes à la fondation Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule. Participation au développement de la mesure HCRI sur les risques de chutes.



Franziska Zúñiga

Assistante de recherche, Institut de sciences infirmières, Université de Bâle, franziska.zuniga@unibas.ch

Responsable de la gestion de la qualité, KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit, sites de Bassersdorf, Embrach, Kloten, Nürensdorf, franziska.zuniga@k-z-u.ch

MSN; études de sciences infirmières à l'Université de Bâle.

Impressum

Editeur	bpa – Bureau de prévention des accidents Case postale 8236 CH-3001 Berne Tél. +41 31 390 22 22 Fax +41 31 390 22 30 info@bpa.ch www.bpa.ch Commande sur www.commander.bpa.ch , n° d'article 2.120
Responsables du projet	Barbara Pfenninger, collaboratrice scientifique Habitat / Loisirs, bpa Christoph Schmid, département Projets et développement, CURAVIVA Suisse
Auteurs	Ursula Wiesli, experte en soins ANP et spécialiste indépendante en sciences infirmières MSN Sabina Decurtins, experte en soins HöFa II, MAS Gerontological Care FHNW Franziska Zúñiga, assistante de recherche à l'Université de Bâle, responsable de la gestion de la qualité
Rédaction	Jörg Thoma, responsable Conseil / Délégués à la sécurité / Sécurité des produits Vice-directeur, bpa
Equipe du projet	Manfred Engel, responsable Habitat / Loisirs / Produits jusqu'en juillet 2013, bpa Tanja Hofer, assistante de projet Habitat / Loisirs, bpa Nathalie Allenbach, collaboratrice administrative, bpa Section Publications / Langues, bpa
Photos	Andrea Campiche, Schönbühl, www.bildlich.ch
Impression, tirage	Ast & Fischer AG, PreMedia und Druck, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern 1/2013/800 Imprimé sur papier FSC
© bpa 2013	Tous droits réservés; reproduction (photocopie, p. ex.), enregistrement et diffusion autorisés avec mention de la source (cf. proposition).
Proposition d'indication de la source	Wiesli U, Decurtins S, Zúñiga F. <i>Prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées, Guide pratique comportant un outil d'analyse et des informations spécialisées</i> . Berne: bpa – Bureau de prévention des accidents; 2013. Documentation technique 2.120 du bpa ISBN 978-3-906173-04-7 (Print) ISBN 978-3-906173-05-4 (PDF)

Pour une meilleure lisibilité, seule la forme masculine est employée dans le présent rapport, étant entendu qu'elle comprend aussi les femmes. Nous vous remercions de votre compréhension.

Traduit de l'allemand. En cas de divergences, la version allemande fait foi.

Avant-propos

Les chutes sont le type d'accidents le plus fréquent en Suisse, on en dénombre près de 280 000 chaque année. 80 000 environ concernent des personnes âgées et 1200 ont une issue mortelle. Les conséquences des fractures lors de chutes, chez les seniors en particulier, occasionnent des souffrances tant physiques que psychiques et mènent la plupart du temps à une diminution de la mobilité et de la qualité de vie. Souvent, les personnes concernées perdent leur autonomie suite à une chute, ce qui entraîne un besoin en soins accru.

Partant, il est important, pour les établissements médico-sociaux pour personnes âgées également (ci-après désignés le plus souvent par leur acronyme: EMS), d'ancrer des mesures ciblées de prévention des chutes dans le quotidien des soins. Elles augmentent ainsi la qualité des soins et de la prise en charge.

Le bpa – Bureau de prévention des accidents et le domaine spécialisé Personnes âgées de CURAVIVA Suisse soutiennent les institutions dans leurs efforts en publiant la présente documentation. Celle-ci s'entend comme un complément aux normes et stratégies existantes dans les EMS et sert de guide pratique. Elle poursuit deux objectifs:

- Les cadres et les collaborateurs spécialisés des EMS contrôlent les mesures de prévention des chutes en place dans leur établissement et les optimisent si nécessaire.
- Les informations spécialisées nécessaires à l'élaboration d'une stratégie interne de prévention des chutes sont disponibles.

Une autre documentation du bpa est consacrée aux «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées». Elle permet de montrer aux responsables les normes en vigueur sur le plan de l'infrastructure.

De nombreux experts ont contribué à la genèse de la présente publication. Qu'ils soient chaleureusement remerciés pour leur engagement bénévole. Un merci tout particulier s'adresse aux auteures, notamment Ursula Wiesli, Sabina Decurtins et Franziska Zúñiga. Elles ont mis leurs compétences et leur grande expérience au service du groupe de projet et élaboré la présente publication avec beaucoup d'enthousiasme.

Jörg Thoma



Responsable Conseil / Délégués à
la sécurité / Sécurité des produits
Vice-directeur

Markus Leser



Responsable du domaine spécialisé Personnes âgées,
CURAVIVA Suisse

Sommaire

Avant-propos	5
I. Introduction	9
1. Contexte	9
2. Objectifs et public cible	9
3. Structure	10
4. Base	10
5. Approche	11
II. Outil d'analyse pour les cinq domaines thématiques	12
1. Domaine A: Bases générales pour la prévention des chutes en EMS	13
2. Domaine B: Evaluation du risque de chute et processus de soins	14
3. Domaine C: Documentation et analyse des chutes	15
4. Domaine D: Mesures de prévention	16
5. Domaine E: Formation et entraînement des collaborateurs	18
III. Informations spécialisées et inputs sur les différents critères de qualité	19
1. Bases générales	19
1.1 Information spécialisée A1 La conception directrice aborde les aspects de la prévention des chutes	19
1.2 Information spécialisée A2 Spécialiste responsable	19
1.3 Information spécialisée A3 Encourager l'activité physique des résidents au quotidien	20
1.4 Information spécialisée A4 Concept de prévention des chutes avec lignes directrices	21
1.5 Information spécialisée A5 Lignes directrices pour des mesures consécutives à une chute	22
1.6 Information spécialisée A13 Spécialiste responsable des mesures architectoniques et techniques de prévention des chutes	22
2. Evaluation du risque de chute et processus de soins	23
2.1 Information spécialisée B1 Evaluation d'admission avec analyse multifactorielle du risque de chute	23
2.2 Information spécialisée B2 Planification individuelle des objectifs et des mesures	28
2.3 Information spécialisée B3 Discuter du processus de soins avec les résidents et les proches	28
2.4 Information spécialisée B4 Mesures limitant la liberté de mouvement	28
3. Documentation et analyse des chutes	30
3.1 Information spécialisée C1 Définition d'une chute	30
3.2 Information spécialisée C2 Documentation et exemple de procès-verbal de chute	30

3.3	Information spécialisée C3 Evaluation individuelle de la chute	31
3.4	Information spécialisée C4 Résidents tombant plusieurs fois	31
3.5	Information spécialisée C5 Entretiens professionnels dans les situations complexes	32
3.6	Information spécialisée C6 L'institution évalue régulièrement les chutes	33
3.7	Information spécialisée C7 Evaluation des chutes avec les équipes soignantes	36
4.	Mesures de prévention	37
4.1	Information spécialisée D1 L'approche de la prévention des chutes est interprofessionnelle	38
4.2	Information spécialisée D2 Différentes offres d'entraînement	39
4.3	Information spécialisée D3 Recommandations sur la vitamine D	39
4.4	Information spécialisée D4 Mesures générales de prévention des chutes applicables à l'ensemble des résidents	40
4.5	Information spécialisée D5 Mesures de prévention des chutes pour les résidents atteints de démence	42
4.6	Information spécialisée D6 Moyens auxiliaires pour la prévention des chutes ou des blessures	44
4.7	Information spécialisée D7 Contrôler les auxiliaires techniques	45
4.8	Information spécialisée D8 Adapter les auxiliaires techniques aux résidents	45
4.9	Information spécialisée D9 Troubles auditifs et visuels / prothèses auditives et lunettes	45
4.10	Information spécialisée D10 Pieds et chaussures	47
4.11	Information spécialisée D11 Alimentation et apport en liquide	48
4.12	Information spécialisée D12 Contrôle de la médication	48
4.13	Information spécialisée D13 Incontinence et changement de l'excrétion	49
4.14	Information spécialisée D14 Vertiges	49
4.15	Information spécialisée D17 Mesures d'urgence après une chute	50
5.	Formation et entraînement des collaborateurs	51
5.1	Information spécialisée E1 Préparation des mesures de formation et d'entraînement	51
5.2	Information spécialisée E2 Conception de la formation	51
5.3	Information spécialisée E3 Méthodes	52
5.4	Information spécialisée E4 Contenus de la formation	52
5.5	Information spécialisée E5 Garantie du transfert des connaissances et suivi dans le service	53
IV.	Annexe	54
	Sources	59
	Bibliographie complémentaire et offres de perfectionnement	62
	Documentations du bpa	63

I. Introduction

1. Contexte

Les chutes constituent la deuxième cause d'accident ou de décès sur blessure non-intentionnelle à travers le monde [1]. Elles surviennent non seulement fréquemment, mais ont aussi souvent pour conséquence des blessures graves [2]. Une chute est un événement marquant qui peut restreindre la mobilité et donc l'autonomie des personnes concernées. Elle favorise les admissions en EMS, où elle entraîne un besoin en soins accru [2].

Les chutes représentent une charge exceptionnelle pour l'entourage des personnes impliquées (résidents, proches et personnel de santé) [2]. La minimisation, par le biais de mesures appropriées, des chutes et de leurs conséquences (dépendance accrue, handicap durable ou peur des chutes) pour le bien des résidents est un critère de qualité important pour une institution.

2. Objectifs et public cible

Les cadres et collaborateurs spécialisés des EMS peuvent contrôler, optimiser ou introduire des mesures de prévention des chutes dans leur établissement à l'aide de l'outil d'analyse et d'informations spécialisées qui reposent sur différents critères. Les documents permettent de développer une stratégie de prévention des chutes comportant des lignes directrices écrites en fonction des besoins de l'institution. Pour certaines mesures (adaptations de la construction, p. ex.), d'autres publications du bpa – Bureau de prévention des accidents peuvent être prises en compte («Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées») [3].

L'outil d'analyse et les informations spécialisées s'adressent aux cadres, aux spécialistes et aux responsables qualité des EMS.

3. Structure

La première partie (chapitre II) propose une introduction de l'outil d'analyse. Elle donne un aperçu des thèmes de la prévention des chutes. C'est un sujet complexe qui concerne plusieurs aspects des soins, de la prise en charge, du traitement médical et de l'offre thérapeutique et aborde d'autres domaines, à l'instar de la mise en place de mesures limitant la liberté de mouvement.

L'outil s'articule en cinq domaines pour lesquels sont formulés des critères de qualité:

A = Bases générales pour la prévention des chutes en EMS

B = Evaluation du risque de chute et processus de soins

C = Documentation et analyse des chutes

D = Mesures de prévention

E = Formation et entraînement des collaborateurs

Le chapitre III comprend des informations spécialisées et des inputs pour chaque domaine, précise certains critères de qualité et donne des idées de mise en œuvre. Différents modèles, à utiliser par exemple pour les procès-verbaux de chute, figurent en annexe.

Les indications se fondent sur les données probantes disponibles à ce jour (printemps 2013).

4. Base

Les chutes sont la conséquence d'interactions dynamiques entre plusieurs facteurs d'origine différente et de circonstances situationnelles. Partant, les stratégies de prévention sont toujours multifactorielles et reposent sur une approche factuelle de la problématique des chutes. Elles portent sur des prescriptions institutionnelles relatives à la prévention des chutes et sur la création d'un environnement sûr, la concrétisation du processus de gestion du risque chez les résidents (identification et analyse du risque, prévention et intervention, évaluation et réaction appropriée à une chute) de même que le perfectionnement et l'entraînement des collaborateurs.

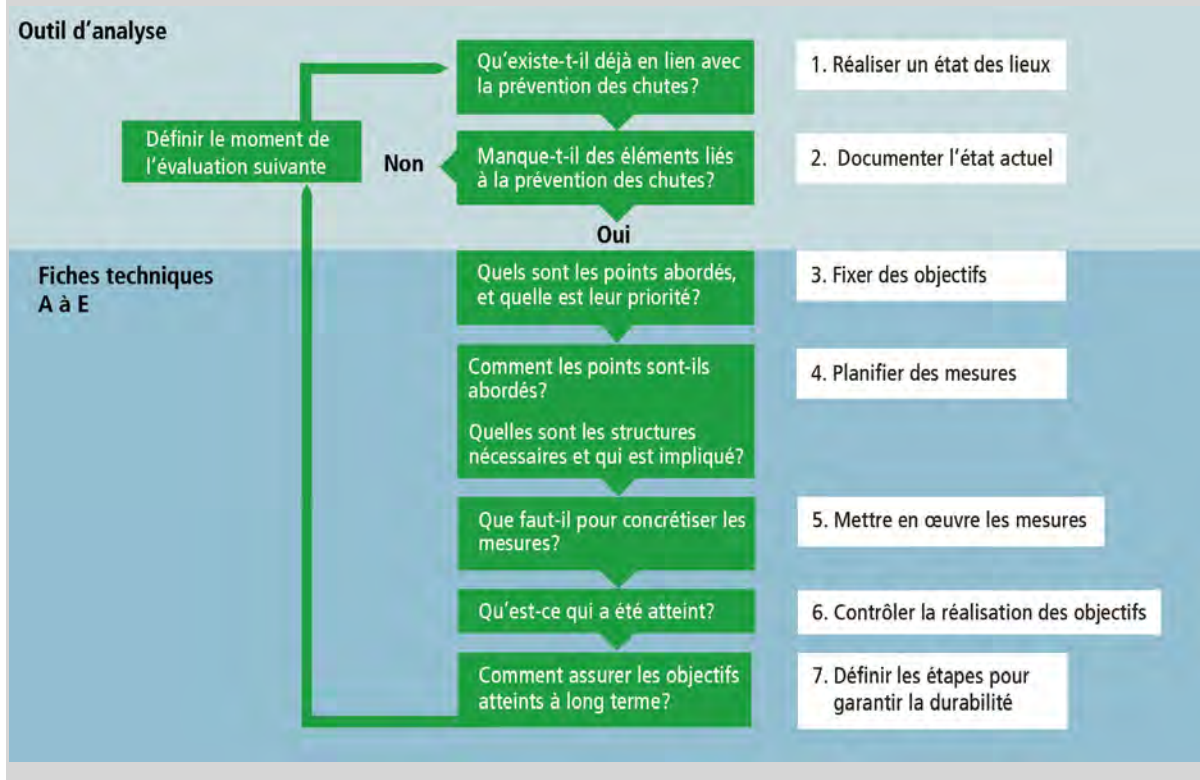
5. Approche

L'outil d'analyse suivant sert à comparer sa propre pratique de la prévention des chutes avec une pratique factuelle. Cet examen aide l'institution à identifier les domaines qui procèdent déjà sur la base d'une pratique factuelle et ceux où de nouvelles voies sont nécessaires pour améliorer la prévention des chutes. L'outil d'analyse se fonde sur le document «Managing falls and fractures in care homes for older people. Good practice self assessment resource», élaboré par NHS Scotland [4].

L'outil d'analyse peut être rempli soit par la direction de l'institution et du service de soins, soit par le spécialiste et le responsable qualité.

Mieux vaut examiner les critères à deux au moins afin de pouvoir discuter de certains points. En cochant la case «en partie rempli» ou «non rempli», la personne décide s'il y a lieu de remanier ce critère de qualité. Les informations spécialisées (A à E) comportent des indications sur la teneur précise de ce critère et sur les possibilités de l'optimiser. Etablir un plan d'action concernant l'introduction de nouvelles mesures favorise le développement. Il est conseillé de procéder à un examen annuel à l'aide de l'outil d'analyse. Si les chutes sont fréquentes, il est possible de répéter l'examen plus tôt (Illustration 1).

Illustration 1
Graphique représentant l'utilisation de l'outil d'analyse



II. Outil d'analyse pour les cinq domaines thématiques

Ci-après, les critères de qualité des cinq domaines A à E

A = Bases générales pour la prévention des chutes en EMS

B = Evaluation du risque de chute et processus de soins

C = Documentation et analyse des chutes

D = Mesures de prévention

E = Formation et entraînement des collaborateurs

L'outil d'analyse peut être téléchargé à l'adresse www.preventionchutes.bpa.ch ou sur le site www.curaviva.ch (Informations spécialisées > Dossiers thématiques > Chutes).

sont examinés à l'aide d'un outil d'analyse. Pour les critères en partie ou non remplis, il y a lieu de tenir compte des renvois aux informations spécialisées.

Illustration 2
Réunion d'équipe, entretien professionnel



1. Domaine A: Bases générales pour la prévention des chutes en EMS

Tableau 1
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine A

	Critères de qualité	Rempli	Référence
A1	L'EMS dispose d'une conception directrice qui aborde les aspects généraux de la prévention des chutes et les offres spécifiques concernant la promotion de l'activité physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée A1
A2	Un expert du service de soins est chargé des mesures de prévention des chutes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée A2
A3	L'activité physique des résidents est encouragée au quotidien de manière ciblée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée A3 [10]
A4	Il existe un concept avec des lignes directrices* par écrit sur la prévention des chutes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée A4
A5	Il existe des lignes directrices* par écrit sur les mesures à prendre suite à une chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Informations spécialisées A5, D17
A6	Il existe des lignes directrices* par écrit sur l'utilisation de matériel et de moyens auxiliaires pour prévenir les chutes si nécessaire (p. ex. protège-hanches, barrières de lit, chaussettes antidérapantes, lit de sol).	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D6
A7	Il existe des lignes directrices* par écrit sur la vérification de la médication des résidents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D12
A8	Il existe des lignes directrices* par écrit sur les troubles visuels et auditifs ainsi que sur les appareils auditifs et les lunettes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D9
A9	Il existe des lignes directrices* par écrit sur l'alimentation et l'apport en liquide chez les personnes âgées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D11
A10	Les instruments et le matériel nécessaires pour la prévention des chutes sont à disposition (p. ex. protège-hanches, chaussettes antidérapantes, tapis de contact, lit de sol)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D6
A11	Des collaborateurs bénévoles permettent aux résidents d'avoir plus d'activité physique et de bénéficier d'une meilleure prise en charge	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information domaine E Activité physique Information spécialisée D2
A12	Des experts internes et externes sont à disposition et peuvent être consultés si nécessaire: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pharmacien ▪ service médical, tel que médecin de premier recours, gériatre, gériatopsychiatre, ophtalmologue ▪ thérapeute, tel que physiothérapeute et ergothérapeute ▪ service technique, audioprothésiste 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D1
A13	Un expert est chargé des mesures constructives et techniques de prévention des chutes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Info spécialisée A13 bpa – «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées» [3]

* Dans l'institution, il existe des lignes directrices propres ou la littérature qui s'applique à l'établissement (p. ex. ces informations spécialisées) est définie et facilement accessible au personnel.

2. Domaine B: Evaluation du risque de chute et processus de soins

Tableau 2
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine B

	Critères de qualité	Rempli	Référence
B1	L'évaluation d'admission comprend une analyse multifactorielle du risque de chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée B1 Analyse du risque de chute (tab. 6)
B2	Dans le cadre du processus de soins, l'évaluation du risque de chute entraîne l'établissement/la révision des diagnostics infirmiers, des objectifs et des mesures individuelles qui visent la prévention des chutes et abordent les risques existants à l'aune de l'autonomie et des soins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée B2
B3	Le risque de chute, les diagnostics infirmiers, les objectifs et les mesures sont discutés avec les résidents et/ou leurs proches	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée B3
B4	Les mesures limitant la liberté de mouvement ne sont mises en œuvre que si elles se justifient et respectent les exigences légales et celles de l'établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée B4
B5	L'évaluation du risque de chute et, si nécessaire, l'établissement/la révision des diagnostics infirmiers, des objectifs et des mesures ont lieu lors de l'admission dans l'institution puis au moins deux fois par an. Par ailleurs, une révision suit les événements suivants: <ul style="list-style-type: none"> ▪ chute ▪ changement significatif de l'état de santé ▪ réadmission (p. ex. retour suite à un séjour hospitalier) ▪ changement de la médication augmentant le risque de chute 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée B1

3. Domaine C: Documentation et analyse des chutes

Tableau 3
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine C

	Critères de qualité	Rempli	Référence
C1	L'institution dispose d'une définition de la chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C1
C2	Chaque chute est enregistrée dans un procès-verbal de chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C2 Annexe, exemples de procès-verbaux de chute (tab. 8, tab. 9)
C3	Après une chute, les causes possibles de l'incident sont examinées et des mesures individuelles sont prises si nécessaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C3
C4	Les résidents qui tombent plusieurs fois sont identifiés et des mesures correspondantes sont prises	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C4
C5	Des entretiens professionnels ont lieu dans les situations complexes, si possible de manière interprofessionnelle. Les situations complexes sont p. ex.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ chutes chez des résidents atteints de démence ▪ résidents ayant des chutes multiples ▪ dilemme éthique entre liberté de mouvement et sécurité 	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C5 Annexe, instructions pour l'entretien professionnel (tab. 10)
C6	Les procès-verbaux de chute sont régulièrement évalués afin d'identifier des modèles ou tendances globales et de déduire des mesures (p. ex. pour les lignes directrices, le déroulement des processus, l'adaptation à l'environnement ou les formations)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C6
C7	L'évaluation/la statistique principale des chutes est régulièrement discutée avec les équipes soignantes et des mesures sont prises pour améliorer la prévention des chutes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée C7

4. Domaine D: Mesures de prévention

Tableau 4
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine D

	Critères de qualité	Rempli	Référence
D1	L'approche de la prévention des chutes est interprofessionnelle et les compétences sont définies (soins, service médical, thérapies, service technique)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Informations spécialisées C5, D1
D2	Pour les résidents, il existe des offres d'activité physique et/ou d'entraînement qui comportent des exercices de force et d'équilibre (offre de groupe ou individuelle). L'offre est adaptée aux résidents mobiles, à ceux qui sont plus faibles et à ceux qui sont atteints de démence	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D2
D3	Les résidents présentant un risque de chute accru ou un manque supposé/confirmé de vitamine D reçoivent de la vitamine D et du calcium (sauf contre-indication médicale ou raisons personnelles)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Informations spécialisées B1, D3
D4	Des mesures générales de prévention des chutes sont applicables pour l'ensemble des résidents	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D4
D5	Des mesures spécifiques de prévention des chutes pour les personnes atteintes de démence sont connues et appliquées	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D5
D6	Les instruments visant la prévention des chutes ou des blessures sont employés	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D6
D7	Les déambulateurs, chaises roulantes et autres auxiliaires sont régulièrement contrôlés par rapport à leur état de fonctionnement (p. ex. sur une base mensuelle ou selon les prescriptions internes). Le contrôle est documenté	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D7
D8	Les déambulateurs, chaises roulantes et autres auxiliaires sont adaptés aux résidents, qui sont familiarisés avec leur utilisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D8
D9	Les appareils auditifs et les lunettes sont régulièrement nettoyés et contrôlés par rapport à leur état de fonctionnement et à leur utilité. Pour les contrôles, un audioprothésiste de même qu'un opticien ou un ophtalmologue sont à proximité ou se rendent deux fois par an dans l'établissement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D9
D10	Le choix et le contrôle des chaussures de même que l'utilisation de chaussettes antidérapantes sont adaptés aux mesures de prévention des chutes. Les pieds des résidents font l'objet d'examens réguliers (p. ex. sur une base mensuelle ou selon les prescriptions internes), leur état est documenté et des mesures sont prises le cas échéant. Un traitement podologique et une pédicure peuvent avoir lieu au sein de l'établissement ou être facilement accessibles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D10
D11	Une alimentation et un apport en liquide adaptés chez les résidents sont pris en compte	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D11

Tableau 4 (suite)
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine D

	Critères de qualité	Rempli	Référence
D12	La médication des résidents est régulièrement contrôlée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D12
D13	L'incontinence et un changement de l'excrétion sont identifiés et des mesures sont prises	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D13
D14	Les problèmes de vertiges sont identifiés, les mesures d'accompagnement prises	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D14
D15	Le risque de chute est communiqué en cas de transfert interne ou externe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Procès-verbal de chute, entretien professionnel, Information spécialisée domaine E
D16	L'institution et les alentours sont régulièrement contrôlés par rapport aux endroits présentant un risque de chute (p. ex. sur une base mensuelle ou selon le cahier des charges). Ces zones sont documentées et des mesures sont prises pour remédier aux insuffisances. La mise en œuvre des mesures fait l'objet d'une évaluation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D4 bpa – «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées» [3]
D17	Dans la limite de leurs compétences, l'ensemble des collaborateurs connaissent les mesures d'urgence en cas de chute	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée D17

5. Domaine E: Formation et entraînement des collaborateurs

Tableau 5
Outil d'analyse pour les critères de qualité dans le domaine E

	Critères de qualité	Rempli	Référence
E1	Préparation aux mesures de formation et d'entraînement: transmission de tous les domaines dans lesquels les collaborateurs doivent être formés et fixation des objectifs.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée E1
E2	Elaboration d'un concept de formation.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée E2
E3	Les méthodes de formation sont bâties sur les expériences des collaborateurs et contiennent des méthodes qui servent au transfert de pratique.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée E3
E4	Les contenus de la formation concordent avec les besoins de l'institution et les différents domaines des collaborateurs et incluent des domaines médicaux et non médicaux. Ils correspondent à l'état actuel des connaissances.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée E4
E5	Des méthodes et canaux sont disponibles pour assurer le transfert dans les services et dans toute l'institution.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	Information spécialisée E5

Les trois principaux messages concernant l'outil d'analyse:

- La prévention des chutes est un critère de qualité important pour un EMS.
- L'outil d'analyse favorise le contrôle de la prévention des chutes dans l'établissement.
- L'établissement peut se prononcer, sur la base de l'analyse, sur la nécessité de prendre des mesures visant à améliorer la prévention des chutes et, si oui, dans quels domaines.

III. Informations spécialisées et inputs sur les différents critères de qualité

1. Bases générales

1.1 Information spécialisée A1

La conception directrice aborde les aspects de la prévention des chutes

«Une conception directrice détermine le but de l'organisation et, ainsi, sa tâche, ses valeurs clés, les principes régissant l'action ainsi que les attitudes et comportements souhaités» [4]. Elle a une fonction d'orientation, de légitimation et de motivation [5]. Partant, elle revêt un rôle de premier plan.

Parmi les thèmes qui marquent le rapport à la prévention des chutes chez les résidents, il y a :

- autonomie
- sécurité
- valorisation des ressources
- information
- participation
- pouvoir de codécision
- liberté de mouvement
- offres d'activité physique et d'entraînement

La concrétisation de la prévention des chutes est par ailleurs explicitée dans des lignes directrices écrites, p. ex. dans un concept de prévention des chutes (1.4, p. 21). Celui-ci tient compte des trois fonctions précitées (orientation, légitimation et motivation) comme suit. Il propose une orientation au moyen de l'évaluation des résidents, p. ex. en termes de mobilité, révèle au public la légitimation des aspects éthiques (autonomie, sécurité) et motive les collaborateurs, grâce à des formations et interlocuteurs compétents, à s'occuper des résidents de manière professionnelle et individuelle.

1.2 Information spécialisée A2 Spécialiste responsable

Le spécialiste du service de soins (p. ex. expert en soins) a pour responsabilité que les mesures de prévention des chutes soient connues et mises en œuvre.

Les points suivants peuvent compter parmi leurs tâches :

- L'ensemble du personnel soignant est formé à la prévention et au recensement des chutes (5, p. 51 s.)
- Les responsables thématiques ou les responsables des unités / services sont formés en interne ou en externe (5, p. 51 s.) et conseillés par le spécialiste
- Une évaluation structurée du risque de chute est mise en place (2, p. 23 s.)
- Un procès-verbal de chute est instauré et rempli (3, p. 30)
- Les différents procès-verbaux de chute sont relus; les problèmes, incertitudes ou erreurs sont discutés. Les lacunes d'ordre architectural ou technique sont signalées au service technique ou au chargé de sécurité (4.4, p. 40)
- Des mesures individuelles de prévention des chutes sont discutées au sein des équipes soignantes et mises en œuvre pour certains résidents (3.3, p. 31; 3.4, p. 31 et 4, p. 37)
- Des entretiens professionnels ont lieu si nécessaire (3.5, p. 32)
- Une évaluation transversale des procès-verbaux de chute est effectuée et discutée, des mesures sont prises et mises en œuvre (3.6, p. 33; 3.7, p. 35)

1.3 Information spécialisée A3

Encourager l'activité physique des résidents au quotidien

L'importance de la promotion de l'activité physique au quotidien transparaît par exemple dans

- la conception d'activités générales telles que les différentes offres d'activité physique, d'entraînement ou de sport en fonction des besoins des résidents (4.2, p. 39);
- l'aménagement d'une salle de musculation avec des offres d'entraînement [6] ou l'installation d'appareils tels que des «entraîneurs thérapeutiques» spécialement proposés aux EMS, qui permettent de renforcer la musculature des jambes ou des bras par des activités de mouvement en position assise. Ces «entraîneurs thérapeutiques» peuvent aussi offrir un soutien motorisé [6]. Les offres précitées requièrent des directives concrètes et le soutien de spécialistes;
- la possibilité de participer à un entraînement sur l'utilisation d'un déambulateur ou à une thérapie;
- les stratégies des services qui comportent des offres de promotion de l'activité physique;
- les descriptions de poste des différents groupes professionnels impliqués, à l'instar de la rééducation physique ou de la physiothérapie;
- les planifications des processus de travail concernant les résidents (orientation des ressources), la promotion et le maintien de la mobilité grâce au soutien de l'activité physique au quotidien (p. ex. par Kinaesthetics), l'entraînement de la marche et les balades accompagnées;
- les espaces intérieurs et extérieurs sûrs qui favorisent les «balades», dont les promenades

dans le bâtiment, les sentiers, les escaliers avec mains courantes des deux côtés (voir aussi bpa – «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées»).

Illustration 3
Offres d'entraînement et d'activité physique



1.4 Information spécialisée A4

Concept de prévention des chutes avec lignes directrices

Un concept de prévention des chutes décrit les bases et la méthode pour minimiser les facteurs de risque de chute [2]. La présente brochure peut servir de base en l'espèce.

Le concept porte sur les éléments suivants:

- Informations de base sur la prévention des chutes/les chutes
- Processus de gestion du risque avec la description de l'application des cinq étapes suivantes dans l'établissement:
 1. Analyse du risque/dépistage (2.1, p. 23)
 2. Evaluation du risque (2.1, p. 23)
 3. Prévention et intervention (3.7, p. 36 s.)
 4. Evaluation (3, p. 30 s.)
 5. Chute: réaction à une chute (1.5, p. 22 et 4.15, p. 50) et documentation; procès-ver-

bal de chute et statistique (3, p. 30 s.)

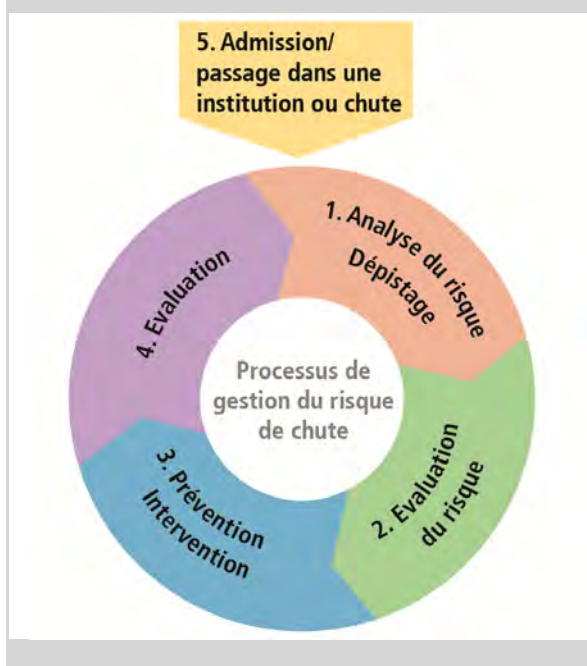
- Description des instruments et matériel à disposition pour la prévention des chutes et son application (4, p. 37 s.)
- Description de la communication d'un risque de chute connu et des mesures de prévention correspondantes aux spécialistes impliqués (médecin de famille), institutions (hôpital, autre EMS) ou organisations (Spitex) (1.6, p. 22; 4.1, p. 38; 4.15, p. 50)

Le concept sert à prendre des décisions dans le cadre des problèmes suivants:

- Identifier les résidents présentant des facteurs de risque de chute visibles afin d'éviter les chutes par des interventions ciblées ou d'en atténuer les conséquences
- Préserver les résidents qui sont déjà tombés d'autres chutes et de leurs conséquences

Le concept est contrôlé tous les trois ans environ par rapport à son exhaustivité et à son actualité.

Illustration 4
Cycle de prévention des chutes



1.5 Information spécialisée A5

Lignes directrices pour des mesures consécutives à une chute

Des lignes directrices pour des mesures consécutives à une chute comportent les points suivants sur la marche à suivre et la protection des résidents:

- Plan d'urgence: quelle est la prise en charge du résident après une chute (alerte), quelles sont les mesures d'urgence adoptées? [7]
- Définir les personnes supplémentaires que l'on peut appeler à l'aide (en particulier de nuit en cas de petits effectifs)
- Rappeler les techniques introduites qui permettent une mobilisation du résident sans l'aide d'un deuxième infirmier (p. ex. Kinaesthetics [8])
- Définir la surveillance des résidents en tenant compte de la gravité des blessures
- Réglementer les situations nécessitant le service médical ou une hospitalisation en unité de soins intensifs
- Définir la documentation des blessures et de la surveillance
- Déterminer les personnes qu'il faut avertir et par qui (proches, médecin de famille, service des soins) ainsi que le moment et la façon (p. ex. par téléphone) de communiquer la nouvelle

1.6 Information spécialisée A13

Spécialiste responsable des mesures architectoniques et techniques de prévention des chutes

Tant les collaborateurs que les résidents signalent les lacunes architecturales et techniques au spécialiste responsable au sein du service technique. Celui-ci cherche des solutions, détermine la charge de travail et les coûts. Il discute des mesures prévues avec l'infirmier et la direction de l'EMS. La documentation du bpa «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées» [3] comporte des listes de contrôle et sert à analyser la situation architecturale dans l'optique de la prévention des chutes.

Principaux points à examiner:

- Configuration du sol (risque de trébucher ou de glisser) et transitions entre les pièces (p. ex. seuils, contrastes)
- Eclairage (éblouissement, manque de lumière)
- Risque de trébucher (câbles ou tapis)
- Meubles instables ou défectueux
- Entretien régulier des chaises roulantes et des déambulateurs

Les trois principaux messages concernant le domaine A:

- Il y a un concept de prévention des chutes qui comprend les bases visant à minimiser les facteurs de risque de chute.
- L'établissement dispose au moins d'un spécialiste chargé de la concrétisation de la prévention des chutes.
- Les bases de la promotion de l'activité physique au quotidien et des offres d'entraînement et d'activité physique sont disponibles.

2. Evaluation du risque de chute et processus de soins

L'observation doit permettre d'identifier un risque de chute croissant.

2.1 Information spécialisée B1 Evaluation d'admission avec analyse multifactorielle du risque de chute

En sus des mesures générales de prévention des chutes applicables pour l'ensemble des résidents, des mesures individuelles s'avèrent toujours nécessaires. Partant, il est essentiel d'évaluer les risques individuels et de prendre des mesures adaptées visant à réduire le risque de chute lors de toute nouvelle admission ou de changement concernant les résidents (p. ex. maladie aiguë, mobilité réduite). L'analyse individuelle du risque est la clé du succès de la prévention des chutes et des blessures. Plus le résident présente de facteurs de risque, plus la probabilité de chute est élevée [2].

Qui doit évaluer le risque de chute et de quelle manière?

Le processus de gestion du risque fait la distinction entre les deux étapes d'identification du risque/dépistage et d'analyse/évaluation du risque [2,4]. Le dépistage sert à identifier les personnes qui présentent un risque de chute. L'analyse du risque permet de déterminer les facteurs de risque individuels des résidents. Comme, la plupart du temps, l'ensemble des résidents d'EMS sont menacés de chute, il est toujours indiqué de procéder à une analyse / évaluation du risque. Un dépistage du risque est ainsi superflu. Dès l'admission, les facteurs de risque intrinsèques (résidents), extrinsèques (environnement) et comportementaux sont observés de manière permanente et précise sur l'ensemble des résidents.

Chez les résidents d'EMS, le passage de l'autonomie à l'assistance est souvent flou.

Quels sont les facteurs de risque? [2,9]

Intrinsèques (caractéristiques qu'apporte la personne présentant un risque de chute):

- problèmes d'équilibre (équilibre du corps)
- changements de la démarche
- restriction de la mobilité
- réduction de la force aux extrémités inférieures et dans le tronc (qui stabilise le bassin et améliore la sécurité de la démarche et la stabilité [10])
- difficulté à faire deux choses simultanément (motricité et cognition)
- troubles cognitifs: démence, délire
- troubles de l'humeur: dépression, deuil
- incontinence partielle ou totale, incontinence par impériosité, nycturie
- infection aiguë: p. ex. infection des voies urinaires
- variations glycémiques postprandiales
- hypotension orthostatique et autres problèmes cardio-vasculaires
- carence ou mauvaise nourriture
- diminution de la sensation de soif et, ainsi, apport en liquide insuffisant
- peur des chutes
- antécédents de chute, chute au cours des six derniers mois
- maladies particulières, comme p. ex. parkinson, sclérose latérale amyotrophique ou sclérose en plaques

- déficiences visuelles: p. ex. plissage fréquent des yeux ou autre, réduction de la perception des contrastes ou de l'acuité de la vue, lunettes inappropriées, lunettes en général
- troubles auditifs: prothèse auditive qui ne fonctionne pas, prothèse auditive en général

Extrinsèques (facteurs de risque extérieurs influant sur la personne):

- médicaments: plus de quatre médicaments et en particulier des psycholeptiques, des sédatifs / hypnotiques, des antiarythmiques, des diurétiques
- moyen auxiliaire inapproprié ou mal utilisé: p. ex. déambulateur
- mauvaises chaussures, vêtements inappropriés
- environnement: mauvais éclairage, escaliers raides, absence de mains courantes, sols lisses, risque de trébucher, absence de moyens de se tenir dans les sanitaires, siège ou lit trop haut ou trop bas
- mesures limitant la liberté de mouvement

Facteurs de risque comportementaux, p. ex.:

- vitesse inadaptée: marcher ou tourner vite en dépit d'une démarche mal assurée
- ne pas utiliser les mains courantes et les poignées
- grimper sur des chaises peu sûres
- ne pas utiliser d'aide à la marche
- porter de mauvaises chaussures ou marcher pieds nus
- ne pas demander de l'aide même si c'est nécessaire

Le type et le nombre de facteurs de risque varient chez les personnes (très) âgées et peuvent évoluer au fil du temps [2]. Il y a des situations où les résidents sont particulièrement menacés de chute, comme p. ex. lors de l'admission en institution ou en cas de dégradation de l'état général. Il faut donc actualiser l'analyse du risque et adapter les mesures pour qu'elles correspondent aux besoins individuels des résidents.

Moment de l'évaluation du risque [2,4]

- Dès que possible lors de l'admission (RAI-MDS, BESA ou Plaisir soutiennent l'évaluation du risque au moyen d'assessments ou de questions). L'évaluation du risque de chute doit néanmoins avoir lieu dans les 24 heures suivant l'admission et ne peut pas attendre jusqu'à la fin de la période d'observation de deux semaines – voir la proposition d'analyse du risque de chute (Tableau 6, p. 26). L'emménagement dans un EMS accroît en principe le risque de chute du fait du stress causé par le déménagement, du nouvel environnement, des changements du quotidien, de l'adaptation à la nourriture, de la perte de l'appartement, etc.

Illustration 5
Les médicaments comme facteur de risque



- Pendant l'évaluation semestrielle à l'aide de RAI-MDS, BESA ou Plaisir
- Après une chute
- En cas d'évolution de l'état de santé, comme p. ex. un refroidissement, une infection des voies urinaires ou autre, constipation ou diarrhée, déshydratation, perte de poids involontaire / incontrôlée
- En cas de réduction des activités, comme p. ex.
 - promenades, gymnastique, contacts sociaux
 - repos au lit accru ou temporairement permanent
- Lors du retour de l'hôpital ou d'autres institutions
- Changements de la médication, en particulier des analgésiques, somnifères ou sédatifs, en d'autres termes des médicaments qui influent sur le risque de chute

Comment se déroule l'évaluation des risques?

L'évaluation gériatrique multidimensionnelle sert à l'appréciation globale de la personne âgée et recense les aspects médicaux, fonctionnels et psychosociaux chez les résidents. Elle a lieu de manière interprofessionnelle, nécessite ainsi, outre les soins, l'évaluation du service médical et de la physiothérapie. Cette évaluation gériatrique comprend plusieurs instruments et méthodes de test permettant d'analyser les facteurs de risque de chute, à l'instar des tests de force, d'équilibre et de mobilité (test «Timed up and go », Berg Balance Scale [10]) et des tests de la vue ou des problèmes cardiovasculaires. Néanmoins, elle ne peut souvent pas être réalisée dans les EMS. Il n'existe pas d'instrument qui analyse le risque de chute de manière exhaustive.

Une aide à l'évaluation (Tableau 6, p. 26) peut soutenir l'examen des facteurs de risque. Les principaux points y sont réunis et leur examen revient aux différentes professions représentées au sein de l'établissement. La physiothérapie peut par exemple effectuer les tests de mobilité et d'équilibre, alors que le service médical procède à l'examen précis de la médication. En fonction du modèle de la prise en charge médicale, les médecins de famille connaissent très bien leurs patients de longue date et peuvent contribuer à l'analyse du risque. Dans la mesure du possible, il convient d'intégrer les résidents et les proches dans l'évaluation du risque et la planification des mesures qui en découlent.

Proposition d'évaluation du risque de chute

Les questions suivantes peuvent être posées dans l'évaluation du risque de chute, examinées et discutées de manière interprofessionnelle. Un diagnostic de soins adapté est retenu dans le cadre du processus de soins (p. ex. risque de chute). Les objectifs et mesures correspondantes sont formulés, les mesures mises en œuvre.

Tableau 6
Analyse du risque de chute [4,7,9]

Thème (quoi)	Examen (comment)	Réponse	Visa / date
Mobilité / équilibre:	▪ Le résident a-t-il des difficultés à rester en équilibre ou a-t-il des problèmes de mobilité (p. ex. démarche mal assurée, s'appuie contre les parois, petits pas lents)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il des difficultés avec les transferts (p. ex. de la chaise roulante aux toilettes, se lever du lit, s'asseoir sur la chaise)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il peur des chutes?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Troubles cognitifs / délire:	▪ Le résident souffre-t-il de troubles cognitifs, est-il désorienté ou agité?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ Est-il plus confus que d'habitude?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il une estimation de soi qui est faussée?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il ses repères dans son environnement?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ Le résident est-il déjà tombé?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Antécédents de chute:	▪ Si oui, combien de fois, quelles en étaient les causes?		
	▪ Quelles étaient les conséquences des chutes?		
Médicaments:	▪ Le résident prend-il actuellement quatre médicaments ou plus?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Prend-il un médicament des catégories suivantes: hypnotiques et sédatifs, antidépresseurs, antipsychotiques, antihypertenseurs, diurétiques, antiparkinsoniens?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Y a-t-il eu récemment un changement de la médication qui pourrait influencer sur le risque de chute?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Continence:	▪ Le résident a-t-il des problèmes de continence qui pourraient accroître le risque de chute (p. ex. changement de l'excrétion, incontinence, mictions fréquentes, incontinence par impériosité, diarrhée)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	

Tableau 6 (suite)
Analyse du risque de chute [4,7,9]

Thème (quoi)	Examen (comment)	Réponse	Visa / date
Chaussures et santé des pieds:	▪ Les chaussures/semelles sont-elles inadaptées?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ Le résident a-t-il des problèmes aux pieds (p. ex. ongles incarnés, infections, douleurs, troubles de la sensibilité)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Vertiges / évanouissements / problèmes cardiaques:	▪ Le résident a-t-il des vertiges debout?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il la sensation que la pièce tourne quand il bouge la tête ou le corps?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il des évanouissements?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il des palpitations?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
	▪ A-t-il un problème orthostatique (baisse de tension en se levant)?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Vue / ouïe:	▪ Le résident souffre-t-il de troubles visuels?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Le résident souffre-t-il de troubles auditifs?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Porte-t-il des lunettes?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Porte-t-il une prothèse auditive?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Environnement:	▪ L'environnement est-il sûr et adapté aux besoins de la personne?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en partie	
Mauvaise alimentation / manque de vitamine D:	▪ Le résident a-t-il perdu du poids sans le vouloir ou a-t-il peu d'appétit?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Son poids est-il insuffisant?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Passe-t-il peu de temps à l'extérieur à la lumière du soleil?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	▪ Le taux de vitamine D est-il inférieur à 75 nmol/l?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Santé osseuse:	▪ Le résident souffre-t-il d'ostéoporose ou y a-t-il des facteurs de risque d'ostéoporose?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Il est important que le personnel soignant connaisse et évalue les facteurs de risque intrinsèques, extrinsèques et comportementaux ou qu'il puisse déléguer cette évaluation à des tiers. Pour ce faire, celui-ci doit être régulièrement formé aux facteurs de risque de chute et aux interventions correspondantes. En fait aussi partie la compétence de conseiller les résidents et les proches en conséquence [11].

2.2 Information spécialisée B2

Planification individuelle des objectifs et des mesures

La détermination des facteurs de risque individuels oriente le processus de soins. Pour chaque risque identifié et sur lequel il est possible d'influer, des diagnostics, objectifs et mesures en matière de soins sont planifiés et mis en œuvre. Les résidents et les proches de même que l'équipe interprofessionnelle sont pris en compte dans le processus de soins.

2.3 Information spécialisée B3

Discuter du processus de soins avec les résidents et les proches

En principe, les diagnostics, objectifs et mesures en matière de soins doivent toujours être discutés avec les résidents et/ou leurs proches [12], si c'est nécessaire ou dans le cadre de l'évaluation régulière au moyen de BESA, RAI ou Plaisir. Si les résidents sont capables de discernement, ils décident s'ils souhaitent faire appel à quelqu'un, et si oui à quelle personne de leur entourage. En vertu du nouveau droit de la protection de l'adulte, ils définissent à qui l'EMS, c.-à-d. le personnel soignant p. ex., doit et peut donner des renseignements. La prudence est néanmoins de mise pour les informations rela-

tives à des questions médicales, car les résidents concernés doivent délier le personnel soignant du secret professionnel par écrit [12]. Pour les personnes qui ne sont plus capables de discernement ou de manière limitée, la volonté présumée des résidents ou leurs directives anticipées sont applicables. Ici aussi s'appliquent les dispositions du nouveau droit de la protection de l'adulte, qui règlent notamment la représentation et l'application des mesures limitant la liberté de mouvement (2.4, p. 28) chez les résidents incapables de discernement [12].

2.4 Information spécialisée B4

Mesures limitant la liberté de mouvement

Que sont les mesures limitant la liberté de mouvement? [13]

Les personnes âgées peuvent présenter des troubles du comportement en cas d'agitation, de confusion, de démence, de délire ou de maladies psychiques. Des mesures limitant la liberté de mouvement peuvent être envisagées pour leur protection. Elles ne peuvent être prises qu'aux conditions suivantes:

- a) par son comportement, la personne âgée compromet gravement sa sécurité, sa santé, ou celles de tiers;
- b) le comportement particulier n'est pas dû à des causes auxquelles il est possible de remédier (douleurs, effets secondaires de médicaments ou tensions interindividuelles, p. ex.);
- c) d'autres mesures moins restrictives de la liberté personnelle ont échoué ou ne peuvent pas être appliquées [13].

Les mesures limitant la liberté de mouvement (barrière de lit, siège bas, ceinture ou tapis de contact) pour éviter ces dangers ou l'administration de médicaments favorisant l'immobilisation constituent une atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Pareilles mesures ne contribuent pas toujours à une diminution du danger, pouvant même parfois l'accroître. Comme il existe un risque, une surveillance optimale doit être assurée pendant toute la mise en œuvre de la mesure. Les motifs et la durée de la mesure doivent être documentés avec précision. Une mesure limitant la liberté de mouvement dans l'optique de garantir la sécurité doit donc, par principe, rester exceptionnelle.

Mise en place des mesures limitant la liberté de mouvement

Si des mesures limitant la liberté de mouvement sont nécessaires, une décision justifiée sur le plan interprofessionnel doit être prise à l'aune des réglementations légales [13].

La mise en place de telles mesures chez les résidents d'EMS incapables de discernement est précisée dans le nouveau droit de la protection de l'adulte. Les documents suivants permettent de s'y retrouver:

- Curaviva (2012). Le nouveau droit de la protection de l'adulte: Informations générales, outils de travail et modèles de documents pour les EMS et les homes médicalisés [12]: www.curaviva.ch (Informations spécialisées > Publications)
- Société suisse de gérontologie (SSG) et Société professionnelle suisse de gériatrie (SPSG) (2011). Liberté et sécurité. Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté [14].

Curaviva Suisse et l'Association bernoise des établissements médico-sociaux (vbb) proposent des documents et des formations consacrés aux mesures restreignant la liberté de mouvement [15].

Les trois principaux messages concernant le domaine B:

- Dans le cadre d'une évaluation interprofessionnelle, le risque de chute est analysé à l'aide de questions ciblées et les facteurs de risque sont identifiés.
- Les groupes professionnels impliqués définissent des mesures et objectifs sectoriels de prévention des chutes.
- Les mesures limitant la liberté de mouvement ne réduisent pas le risque de chute, aussi leur mise en place implique-t-elle la prise en compte de la réglementation légale et une décision justifiée sur le plan interprofessionnel.

3. Documentation et analyse des chutes

3.1 Information spécialisée C1 Définition d'une chute

Il existe une définition écrite d'une chute pour que le personnel sache ce qui est documenté sous ce terme. Proposition de définition d'une chute:

«La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.» [9].

3.2 Information spécialisée C2 Documentation et exemple de procès-verbal de chute

Documentation d'une chute = procès-verbal de chute

L'objectif d'un procès-verbal de chute (ou d'une déclaration de chute) est de documenter et d'analyser soigneusement l'événement et d'en déduire des mesures visant à prévenir d'autres chutes. L'analyse se déroule au niveau tant individuel qu'institutionnel.

Ce faisant, chaque institution prépare un procès-verbal ou une déclaration de chute qui est établi à la chute d'un résident. La définition d'une chute propre à l'institution est prise en compte pour déterminer ce qui considéré et documenté comme une chute. Une documentation exhaustive des thèmes figurant dans le procès-verbal de chute est essentielle pour l'évaluation.

Les réflexions suivantes peuvent jalonner la définition de la teneur du procès-verbal de chute:

- Quelles sont les informations nécessaires dans le cadre de l'évaluation individuelle au niveau des résidents?

Objectif: éviter d'autres chutes et blessures consécutives à une chute en analysant les causes / facteurs de risque chez les résidents.

- Quelles sont les informations importantes au niveau institutionnel?

Objectif: éviter d'autres chutes à l'ensemble des résidents en évaluant les données sur une période définie. L'analyse porte sur les structures et processus pouvant occasionner une chute, suivie de la déduction de mesures pour toute l'institution.

Il est important de procéder à une évaluation de la chute au niveau individuel, même si le procès-verbal est transmis pour une évaluation globale des chutes dans l'établissement. L'original du procès-verbal doit être déposé dans le dossier du résident (p. ex. Kardex) pour être consultable ultérieurement. Cette solution permet de planifier des mesures ou d'identifier des chutes multiples.

Un procès-verbal de chute comprend au moins les points suivants [9]:

- Moment de la chute
- Lieu de la chute
- Description de la situation de la chute
- Activités juste avant la chute
- Facteurs de risque préexistants et état de santé (2.1, p. 23)
- Conséquences de la chute (p. ex. type et gravité des blessures)

- Mesures prises (p. ex. mesures d'urgence telles que pansements, examens, recours au service médical, intervention de l'ambulance, admission en unité de soins intensifs ou dans un hôpital)

Ils peuvent être complétés comme suit:

- Information aux proches
- Planification de mesures préventives et thérapeutiques avant et après la chute

Exemples de procès-verbaux de chute en annexe: Alterszentrum Wallisellen (AZW) et Spital Zollikerberg, ou auprès de la Société professionnelle suisse de gériatrie (en allemand): <http://www.sfgg.ch> (Empfehlungen SFGG > Vorschlag Sturzprotokoll, PDF).

3.3 Information spécialisée C3

Evaluation individuelle de la chute

Evaluation compréhensive au niveau des résidents:

- Le déroulement et les causes de la chute sont analysés au niveau des résidents au moyen d'un entretien professionnel (personnel soignant et plan interprofessionnel) et/ou d'entretiens avec les résidents:
 - Le risque de chute était-il connu avant l'incident?
 - Une analyse et une évaluation du risque ont-elles eu lieu?
 - Les mesures de prévention des chutes qui ont été prises le cas échéant étaient-elles judicieuses?
 - Quels sont les éléments déclencheurs de la chute (activité, facteurs de risque, facteurs environnementaux, etc.)?
 - Qu'est-il possible de faire pour éviter d'autres chutes?

- Le diagnostic, les objectifs et les mesures en matière de soins sont évalués et adaptés si nécessaire.
- Le diagnostic, les objectifs et les mesures en matière de soins sont discutés avec les résidents, les proches et les professionnels impliqués (p. ex. service médical, physiothérapie).

Toutes les chutes ne peuvent pas être évitées. Une évaluation multiprofessionnelle est essentielle afin d'éviter d'autres chutes ou d'atténuer la gravité des blessures dans la mesure du possible.

3.4 Information spécialisée C4

Résidents tombant plusieurs fois

- L'organisation de l'archivage des procès-verbaux de chute doit permettre d'identifier rapidement les résidents qui tombent de manière répétée.
- Si des résidents tombent plusieurs fois et que les mesures prises n'ont pas de succès, il est recommandé de consulter un expert externe pour un entretien professionnel (3.5, p. 32) [16].

3.5 Information spécialisée C5

Entretiens professionnels dans les situations complexes

- Dans les situations complexes (résidents tombant de manière répétée, résidents atteints d'une démence, dilemme éthique) ou si les mesures ne déploient pas d'effet, il vaut la peine de mener un entretien professionnel avec l'équipe soignante. La médiation est assurée par une personne expérimentée qui n'est pas impliquée dans la situation (expert en soins, cadre, responsable thématique).
- Les étapes suivantes sont recommandées (sur le modèle des étapes classiques de l'intervision [17]):
 - Préparer et collecter les demandes: l'infirmier de référence demande la consultation d'un expert en soins pour un entretien, qui est organisé.
 - Présenter, exposer la situation: l'infirmier de référence (ou qui connaît bien le résident) expose la situation et le problème, dont: présentation du résident et de ses antécédents, causes possibles de chute et risques, mesures prises. Présentation de la planification des soins si disponible.
 - Poser des questions de compréhension: le groupe pose des questions sans proposer de solutions pour l'instant.
 - Faire des associations et formuler des hypothèses: que s'est-il passé, pourquoi? Rechercher les causes: pourquoi le résident est-il tombé? Qu'ont les différentes chutes en commun? Des mesures de prévention des chutes étaient-elles prévues? Si oui, lesquelles? Pourquoi les mesures prises ne se sont-elles pas révélées utiles?
- Rechercher des solutions dans le groupe: quelles mesures sont encore possibles? Que se passe-t-il si on les introduit (p. ex. limitation de l'autonomie)? Que risque-t-on si le résident tombe de nouveau? Peut-on prendre le risque? A quelles conditions?
- Aboutir à des décisions et préparer les prochaines étapes: prise de position sur les propositions – Qu'imagine l'infirmier qui s'occupe du résident? Pour quelle raison la mesure pourrait-elle être efficace? Quelle mesure ne le serait pas? Pourquoi? Répartir les tâches: que faut-il faire, organiser (documentation, matériel)? Qui faut-il associer à la mesure (p. ex. résident, proches, thérapeutes)? Qui fait quoi?
- Donner un feed-back: l'entretien était-il utile? Faut-il y changer quelque chose la prochaine fois?

Annexe p. 58: exemple d'instructions pour un entretien professionnel

3.6 Information spécialisée C6

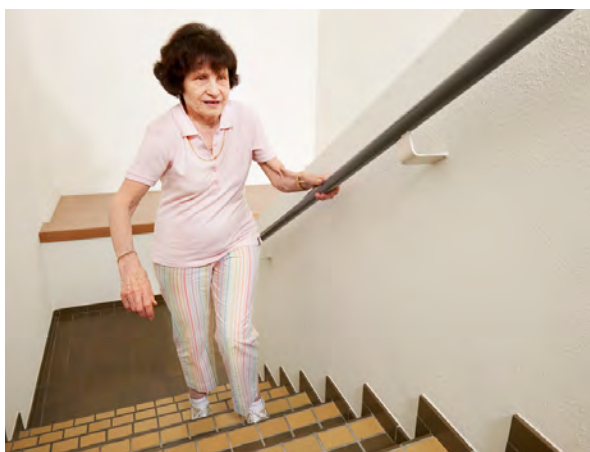
L'institution évalue régulièrement les chutes

La collecte de données sur les chutes et les blessures consécutives à une chute dans les EMS relève des bonnes pratiques dans la gestion des chutes. L'objectif est non seulement de faire face aux chutes qui se sont déjà produites, mais aussi d'améliorer l'offre de soins pour les résidents et de prévenir les chutes [18].

Les points suivants décrivent les éléments de la documentation et de la surveillance des chutes au niveau institutionnel:

- La documentation des chutes de toutes les personnes qui recourent à des services dans des EMS constitue la base pour une évaluation transversale (3.2, p. 30). L'évaluation comprend le travail sur les procès-verbaux de chute et la collecte des données de ces procès-verbaux (cf. tableau à l'annexe 3), qui servent de base pour l'évaluation des chutes au niveau de la direction et de la gestion de la qualité [9,19].

Illustration 6
Monter les escaliers



- Les données permettent de calculer les fréquences de chute (p. ex. taux de chute par journée de soins) et d'effectuer une synthèse des indications concernant le lieu, le moment, la cause, les circonstances, les caractéristiques des résidents, les facteurs de risque ou les conséquences d'une chute. Une attention particulière peut être accordée aux principales causes des chutes dans les EMS: aménagement de l'environnement (p. ex. éclairage, garde-corps, revêtement de sol), transfert, chaise roulante ou médicaments psychotropes [20].
- Pour une surveillance, il est conseillé qu'une personne (p. ex. expert en soins, responsable qualité) évalue de routine les procès-verbaux de chute. Elle contrôle p. ex. l'exhaustivité des procès-verbaux et examine la répétition des chutes, les interventions engagées et leur mise en œuvre. Il faut un mois pour pouvoir prendre des mesures concrètes. Les évaluations permettent:
 - d'identifier des modèles pour les chutes dans l'ensemble de l'institution en termes de lieu, moment ou causes. Y a-t-il des lieux ou moments de la journée liés à une fréquence de chutes plus importante (p. ex. moments avec peu de personnel, salles de bains peu éclairées ou revêtements de sol glissants)? Trouve-t-on, dans les procès-verbaux de chute, des causes indiquant un problème prépondérant (p. ex. chutes plus fréquentes lors de transferts, chez des personnes atteintes de démence)?
 - de déterminer la nécessité d'agir au niveau institutionnel, comme p. ex.:
 - adapter l'aménagement de l'environnement [3]

- modifier les aide-mémoire, lignes directrices ou normes relatives à la gestion des chutes
- former / coacher le personnel dans le domaine de la prévention des chutes (5, p. 51 s.);
- de mettre en évidence les tendances en matière de fréquence des chutes;
- de donner un feed-back des résultats aux infirmiers afin de garantir une prévention efficace des chutes à long terme (3.7, p. 36);
- d'élaborer en commun de nouvelles mesures ou formations dans l'établissement si nécessaire (4, p. 37 s.; 5, p. 51 s.).

Les statistiques des chutes devraient être évaluées au moins une fois par an et discutées dans le service de soins, les différentes équipes ou toute l'institution. Dans la mesure du possible, elles sont comparées aux données figurant dans la littérature ou aux autres institutions dont le profil des résidents est similaire. Les indicateurs suivants sont recommandés pour la prévention des chutes au niveau institutionnel [16,21–23]:

- Nombre de chutes pour 1000 journées de soins. Cet indicateur permet la comparaison entre grandes institutions et unités (services). Pour le déterminer:

$$x = \frac{\text{Nbre de chutes dans la période donnée}}{\text{Nbre de journée de soins dans la période donnée}} \times 1000$$

Un autre indicateur peut être le nombre de résidents ayant fait une chute pour 1000 journées de soins. Par rapport à la formule précédente, l'accent porte sur les résidents qui font une chute et non sur le nombre de chutes.

$$x = \frac{\text{Nbre de rés. (1 chute au moins) dans la période donnée}}{\text{Nbre de journée de soins dans la période donnée}} \times 1000$$

- Nombre de résidents ayant des blessures consécutives à une chute pour 1000 journées de soins. Pour le déterminer:

$$x = \frac{\text{Nbre de rés. avec bles. cons. à 1 chute dans la période donnée}}{\text{Nbre de journée de soins dans la période donnée}} \times 1000$$

Autres indicateurs possibles:

- Proportion de résidents ayant fait au moins une chute au cours des 30 derniers jours. Cet indicateur permet p. ex. d'établir une évolution mensuelle.
- Proportion de résidents ayant fait deux chutes ou plus dans une période donnée, afin d'identifier la fréquence des chutes multiples chez les résidents.
- Proportion de résidents présentant un risque de chute et faisant l'objet d'un diagnostic, d'objectifs et de mesures spécifiques en matière de soins.
- Proportion du personnel ayant suivi une formation à la prévention des chutes (5, p. 51 s.): cet indicateur aide à identifier le besoin de formation en la matière.

Par ailleurs, des systèmes tels que RAI ou BESA proposent des indicateurs de chute, tout comme des projets actuels visant à démontrer la qualité, à l'instar de l'évaluation de la qualité dans les soins de longue durée [23].

Points importants pour améliorer la prévention des chutes, qui ont en partie un impact positif sur d'autres domaines des soins (Tableau 7) [16]:

Tableau 7**Amélioration de la prévention des chutes**

Facteurs à prendre en compte dans les mesures visant à améliorer la qualité	Motif
Ne pas présenter les chutes comme le seul problème en lien avec les soins	Les chutes sont un sujet multifactoriel et interprofessionnel
Ne pas évaluer la qualité des soins sur la base des taux de chute. Ne pas paniquer si le taux de chute augmente pour un service pendant un à deux mois	Les chiffres par service sont modestes, et un résident souffrant de démence ou d'agitation peut déjà influencer sur le taux
Ne pas paniquer si les statistiques des chutes ne s'améliorent pas au cours des deux premières années de collecte des données y afférentes et d'interventions ciblées	La problématique des chutes est complexe et la documentation progresse au début, ce qui entraîne des chiffres plus élevés
Ne pas réaliser d'évaluation ou remplir de liste de contrôle aux dépens des mesures qui changent / améliorent les soins et la prise en charge effective des résidents	Les évaluations sans interventions constituent un gaspillage des ressources et engendrent de la frustration
Ne pas faire de prévention des chutes au détriment de l'autonomie et de la réadaptation des résidents	Les mesures limitant la liberté de mouvement ne sont une solution envisageable dans la prévention des chutes qu'à titre exceptionnel
Communiquer de manière régulière et transparente sur les taux de chute et les mesures prises et informer la direction et les responsables thématiques par écrit au moins une fois par an, plus souvent pendant la période d'introduction	Aucun changement n'est possible sans communication
Ne procéder à des évaluations comparatives avec d'autres établissements que de manière limitée	La différence peut résider dans les disparités en termes de collecte des données, de populations et de besoins en soins. Il est recommandé d'apprendre des établissements qui ont amélioré leurs résultats au fil du temps
Intégrer des mesures aux processus qui fonctionnent d'ores et déjà	Si l'on incorpore des nouveautés dans des processus familiers, il est plus facile de s'en souvenir et de les mettre en œuvre
Ne pas choisir les mesures les plus simples	Les chutes sont un phénomène complexe, et l'amélioration est d'autant plus importante si l'on aborde plusieurs facteurs de risque

3.7 Information spécialisée C7

Evaluation des chutes avec les équipes soignantes

- Une évaluation régulière des rapports de chute avec les équipes soignantes donne un feed-back utile aux services / disciplines et permet ainsi un apprentissage commun et une amélioration de la prévention des chutes.
- Le responsable qualité ou l'expert choisit une méthode appropriée pour l'évaluation des procès-verbaux de chute et la diffusion des résultats aux équipes (feed-back). Certains systèmes logiciels ou de documentation permettent d'évaluer directement les procès-verbaux de chute. Il est aussi possible de recenser les données sur papier et de les reporter dans un tableau Excel ou un logiciel de statistique. Avec ces programmes, on peut p. ex. réaliser des graphiques. On trouve aussi des programmes de saisie en ligne par le biais de l'intranet d'un établissement, avec des fonctionnalités similaires. Il est important de choisir un système fiable qui n'exige pas une charge de travail démesurée. Partant, il y a lieu de préférer les saisies électroniques (dans le système de documentation ou sur l'intranet) au papier.
- Les méthodes suivantes peuvent être utiles pour le feed-back aux collaborateurs de base [4,16,19]:
 - Des graphiques (p. ex. diagrammes en bâtons) sur l'évolution du taux de chute mensuel par service / unité
 - Inscrire les chutes dans un plan du service ou de l'institution (de manière rétrospective et/ou inscription des nouvelles chutes). Cette solution permet d'identifier des endroits particulièrement dangereux en termes de chute
 - Inscrire l'heure d'une chute (de manière rétrospective et/ou inscription des nouvelles chutes), ce qui permet d'identifier les heures où les chutes sont fréquentes (rapport avec les équipes, les effectifs, les tours de nettoyage?)
 - Rapport mensuel sur les analyses des chutes aux services, avec les enseignements qui en découlent
 - Evaluations individuelles des chutes et entretiens professionnels
 - Réalisation d'analyses systémiques (p. ex. formation à l'analyse systémique et systématique des erreurs ERA, cf. www.securitedespateurs.ch) pour les fractures consécutives à une chute

Les feed-back devraient être compréhensibles pour les collaborateurs.

Les trois principaux messages concernant le domaine C:

- Un procès-verbal de chute est disponible pour l'évaluation individuelle et institutionnelle des chutes.
- Dans les situations complexes, des entretiens multiprofessionnels peuvent avoir lieu.
- Les chutes sont évaluées au niveau tant des résidents que de l'institution dans le but de prévenir les chutes individuelles, d'identifier des modèles génériques de chutes et de s'y attaquer.

4. Mesures de prévention

Qu'est-ce que la prévention des chutes?

Les mesures de prévention des chutes dans les EMS doivent [2,24]

- réduire la fréquence des chutes et atténuer ou éviter les conséquences des chutes (p. ex. blessures);
- être adaptées aux multiples facteurs de risque;
- être adaptées individuellement aux facteurs de risque et aux handicaps des personnes âgées;
- être adaptées aux résidents de manière générale;
- durer longtemps et être intensives (4.2, p. 39) afin de maintenir ou d'améliorer la motricité (promotion de l'activité physique);
- aborder les facteurs de risque environnementaux de manière ciblée.

Que peut-on faire pour la prévention des chutes?

Il existe en principe deux possibilités d'intervention:

- la mise en œuvre de programmes d'intervention éprouvés qui comprennent une série de mesures visant à s'attaquer à différents facteurs de risque [2,24]. Cette approche se révèle notamment efficace si elle comprend un entraînement de l'équilibre et de la force pour les résidents et que les mesures sont envisagées à long terme. Il est en outre important que les programmes d'intervention comportent des mesures individuelles pour les résidents;
- ou la réalisation d'interventions individuelles pour les facteurs de risque généralement fréquents. Dans les études, seuls l'administration de vitamine D et le contrôle des médicaments par un pharmacien ont produit de l'effet [24].

Les interventions peuvent tout à fait agir à la fois sur le comportement des personnes impliquées, résidents inclus, et sur la situation.

Les mesures de prévention des chutes sont-elles indiquées pour les résidents?

Chacun vieillit différemment. C'est un processus individuel sans évolution continue [25]. A des périodes de perte des facultés liée à des difficultés physiques, psychiques ou sociales peuvent succéder des phases d'amélioration, comme chez les plus jeunes, mais à un rythme plus lent [26]. Ainsi, «des ressources de nature totalement différente sont à disposition (...) pendant la vie toute entière dans différents domaines» [27, p. 13].

Pour les raisons précitées, il est conseillé de mettre en place des mesures de prévention des chutes et de les adapter régulièrement à la situation. La prévention des blessures est un autre aspect qui peut entraîner des restrictions.

Comment opter pour des mesures appropriées?

Le modèle de l'optimisation sélective avec compensation (modèle SOC) est un référentiel utile pour planifier des interventions chez les personnes âgées. «Ce modèle présenté par Baltes & Baltes (1990) procède de l'idée que trois processus sont concomitants pour obtenir la plus grande autonomie possible tout au long de la vie» [27, p. 13]:

- S = sélection des capacités en fixant des objectifs personnels, p. ex. ne se promener que sur le sol sec et non dans la neige quand la démarche est peu sûre.
- O = optimisation des capacités et compétences dans un domaine choisi, p. ex. l'entraînement de l'équilibre et de la force des pieds et du tronc spécialement afin d'améliorer la mobilité.
- C = compensation des pertes dans certains domaines par des améliorations dans d'autres, ce qui implique la concentration des ressources afin de maintenir le niveau de compétences atteint, p. ex. la compensation par l'emploi d'accessoires pour faciliter la marche, aussi provisoire, jusqu'à ce que l'état d'entraînement souhaité soit atteint.

Le modèle SOC est intéressant pour la sélection de mesures de prévention des chutes, car il invite à la réflexion pour déterminer si les trois aspects (sélection, optimisation et compensation) sont pris en compte. Si une mesure compensatoire ou sélective est choisie, il est important d'envisager les possibilités d'optimiser les capacités et compétences.

Il est p. ex. possible qu'un résident se lève tout seul avec une aide à la marche (compensation). Dès qu'un infirmier est là, celui-ci entraîne la mobilisa-

tion sans accessoire si la sécurité est garantie (optimisation).

4.1 Information spécialisée D1

L'approche de la prévention des chutes est interprofessionnelle

Les mesures permettant d'influer favorablement sur les différents facteurs de risque de chute doivent être réalisées par une équipe du personnel de santé de manière coordonnée pour être efficaces. Le personnel soignant, le service médical et les thérapeutes (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, rééducation physique) appartiennent à l'équipe interprofessionnelle. L'administration de vitamine D [24,28–30] et le contrôle des médicaments par un pharmacien [24] sont des interventions individuelles qui ont déployé des effets. Les exercices d'activité physique, de force et d'équilibre semblent aussi réduire le risque de chute [24,31]. L'équipe interprofessionnelle compte aussi le service technique / chargé de sécurité de l'institution avec qui les facteurs de risque architecturaux ou techniques peuvent être discutés. La documentation technique du bpa «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées» mentionne les normes et recommandations correspondantes pour l'examen du niveau de sécurité [3].

4.2 Information spécialisée D2

Différentes offres d'entraînement

Les offres d'entraînement et les exercices d'activité physique doivent être adaptés aux différentes catégories de résidents. Leur aménagement varie fortement d'une institution à l'autre. Ici aussi, l'approche et l'échange interprofessionnels sont conseillés, car ces offres peuvent être proposées par le personnel soignant, les rééducateurs, les physiothérapeutes ou d'autres thérapies par le mouvement. Deux éléments de l'entraînement sont éminemment importants pour la prévention des chutes: l'entraînement de la force des jambes et de l'équilibre (équilibre statique et dynamique). L'entraînement doit être adapté aux possibilités des résidents et donc être aménagé individuellement. Dans l'idéal, des séquences d'activité physique sont incluses dans le quotidien des résidents. Dans l'optique de la prévention des chutes, un entraînement ciblé devrait avoir lieu trois fois par semaine [10].

Voici une sélection d'offres possibles:

- gymnastique de groupe pour les résidents qui sont bien mobiles ou qui ne bougent qu'en position assise (voir la page Internet «Aktiv in

jedem Alter/Sportif et actif à tout âge» [32]);

- entraînement de la force avec appareils, sous la surveillance d'un professionnel, pour développer la musculature de manière ciblée ou comme entraînement général de la force dans une salle de musculation. L'entraînement de l'endurance sur un vélo d'appartement ou avec un vélo à main doit aussi être proposé (cf. Curaviva «Kraftvoll altern im Heim» [en allemand] [6]);
- promenades accompagnées avec ou sans auxiliaire, à l'intérieur et à l'extérieur;
- s'exercer à monter les escaliers;
- exploiter chaque possibilité de faire de l'activité physique au quotidien et en sécurité (p. ex. aller à la salle à manger en étant accompagné) et utiliser les techniques favorisant l'activité physique, à l'instar de Kinaesthetics;
- offres de gymnastique destinées spécialement aux personnes atteintes d'une démence et qui ne peuvent pas être intégrées dans l'un des autres groupes, p. ex. la rythmique selon la méthode Emile Jaques-Dalcroze pour les personnes âgées [31,33].

4.3 Information spécialisée D3

Recommandations sur la vitamine D

Dans leur recherche bibliographique étendue sur le groupe Cochrane, Cameron et al. (2010) ont découvert que deux interventions individuelles ont un effet sur le taux de chute. Il s'agit de l'administration de vitamine D et du contrôle des médicaments par un pharmacien (4.12, p. 48) [24].

Le Pr Heike Bischoff-Ferrari, directrice de la clinique gériatrique de l'Hôpital universitaire de Zurich, précise (2009) que «la vitamine D s'est révélée idéale à double titre ces dernières années dans la

Illustration 7
Entraînement d'endurance



prévention des fractures et des chutes chez les personnes âgées» [30].

Dans le rapport d'un groupe d'experts de la Commission fédérale de l'alimentation (COFA) qui a élaboré une nouvelle recommandation relative à l'apport en vitamine D à l'instigation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Reinke (2012) résume l'administration de vitamine D aux personnes âgées comme suit [34,35].

«Recommandations concernant la vitamine D pour les personnes de 60 ans ou plus: les données de nombreuses études et enquêtes indiquent que les personnes âgées, en Suisse également, présentent un risque élevé de carences évidentes en vitamine D, notamment si elles vivent en EMS. Les patients âgés ayant eu une fracture aiguë de la hanche sont particulièrement concernés. Pour la moitié d'entre eux, les concentrations de vitamine D sont inférieures à 30 nmol/l et 80% de ces cas présentent un taux de vitamine D inférieur à 50 nmol/l. Il est prouvé que des concentrations en vitamine D supérieures (dans l'idéal 75 nmol/l) ou une prise de 800 IE de vitamine D par jour permettent de réduire le risque de chute et de fracture de la hanche de près de 30% chez les personnes âgées. Par ailleurs, de

telles concentrations (dans l'idéal 75 nmol/l) sont associées à une meilleure densité osseuse aux hanches chez les jeunes et moins jeunes.»

4.4 Information spécialisée D4

Mesures générales de prévention des chutes applicables à l'ensemble des résidents

Certaines mesures de prévention des chutes ne sont pas seulement destinées aux résidents menacés de chute, mais améliorent l'environnement de tous. Parmi ces mesures, on compte les modifications ou adaptations architecturales apportées au bâtiment ou à l'aménagement, décrites en détail dans la documentation du bpa «Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées».

Mesures environnementales [3]

Bâtiment

- Revêtements de sol antidérapants, sans motifs mal choisis que les personnes souffrant de troubles visuels peuvent associer à des marches ou à des obstacles
- Accès et passages entre les pièces sûrs, sans seuils ou risque de trébucher
- Protection contre les chutes dans les escaliers, aux balcons et fenêtres
- Escaliers avec des rayures contrastées sur le bord des marches et des mains courantes des deux côtés
- Sanitaires avec des revêtements de sol antidérapants et des poignées
- Eclairage adapté aux personnes âgées
- Couleurs adaptées à la vue des personnes âgées [36]

Illustration 8
Vitamine D



- Portes faciles à ouvrir ou ouverture automatique sûre
- Respect des mesures entre paroi et mains courantes pour les lits, chaises et installations sanitaires
- Signalisation bien visible et lisible des toilettes et autres pièces
- Acoustique adaptée aux résidents dans les espaces communs
- Correction des lacunes du bâtiment et des environs dans un délai raisonnable après la notification
- Il est notoire que les nouveaux résidents font souvent une chute les premiers jours suivant l'emménagement ou le passage dans un EMS. Les mesures suivantes soutiennent cette période de transition:
 - Les nouveaux résidents visitent les locaux et leur orientation est favorisée, p. ex. au moyen d'interrupteurs ou d'un accompagnement aux repas
 - La collaboration avec le personnel soignant et d'encadrement est précisée, p. ex. le déroulement de la journée ou les possibilités de demander de l'aide

Moyens auxiliaires et meubles [3,16,18,37]

- Les moyens auxiliaires sont adaptés à la taille et aux besoins des résidents, p. ex. les lits, déambulateurs, chaises roulantes, fauteuils
- Le bon état de fonctionnement des aides à la marche est régulièrement contrôlé, p. ex. le profil des roues
- Les meubles sont stables et sans risque de se renverser, car ils servent souvent à se tenir debout
- Les meubles à roulettes sont retenus et maintenus le plus bas possible
- Les barrières de lit sont seulement utilisées quand des mesures moins restrictives ne sont pas efficaces – p. ex., à quel point les mesures limitant la liberté de mouvement sont-elles pertinentes chez les personnes atteintes de démence? (4.5, p. 42)
- Les risques de trébucher sont évités, p. ex. les appareils médicaux, tubes d'oxygène, câbles électriques, objets environnants, tapis décollés
- Placer les effets personnels à portée de main
- Les horaires et méthodes de nettoyage sont adaptés, le nettoyage n'a p. ex. pas lieu quand de nombreux résidents se déplacent dans le bâtiment, des panneaux le signalent (sol glissant, p. ex.)

Mesures en lien avec les résidents

- Vitesse adaptée lors de la mobilisation (tension, vertiges)
- Chaussures adaptées et offrant un maintien suffisant (4.10, p. 47)

Collaboration du personnel soignant, du personnel d'encadrement et d'autres services [16,37]

- Possibilités d'alerte: la sonnette est à portée de main et en état de fonctionner
- Possibilités de surveillance: bonne visibilité des pièces pour le personnel

4.5 Information spécialisée D5

Mesures de prévention des chutes pour les résidents atteints de démence

Plusieurs études ont constaté que les personnes souffrant de limitations cognitives et les personnes atteintes de démence font deux fois plus de chutes que les personnes sans restrictions cognitives dans des conditions identiques [18,38]. Néanmoins, rares sont les études décrivant des mesures de prévention des chutes spécialement prévues pour les personnes atteintes de démence. Des recherches en la matière sont encore nécessaires [39].

Les résultats des études relatives aux conséquences de l'entraînement de l'équilibre et de la force sur le taux de chute des personnes atteintes de démence sont contradictoires. Aucun effet positif n'a pu être démontré clairement à ce jour [39]. En revanche, les études ont constaté que les mesures limitant la liberté de mouvement chez les personnes ayant des problèmes cognitifs n'avaient pas d'impact majeur sur la diminution du taux de chute, mais augmentaient ainsi considérablement la fréquence et la gravité des blessures [39]. On peut en déduire que le recours à des mesures limitant la liberté de mouvement doit être examiné sous un angle critique pour cette catégorie de résidents dans le contexte de la prévention des chutes. L'utilisation de barrières de lit peut occasionner de graves blessures si un résident confus grimpe au-dessus de la barrière car il ne sait pas comment chercher de l'aide (2.4, p. 28).

Une étude allemande a interrogé des équipes soignantes sur les interventions connues en matière de prévention des chutes chez les personnes at-

teintes de démence. Elles ont cité les mesures spéciales suivantes, appliquées en sus des mesures générales [39]:

Atténuer le besoin d'activité physique et l'agitation des personnes atteintes de démence

- Encourager et permettre l'occupation et l'activité physique dans un cadre sûr
- Tenir compte des habitudes individuelles
- Appliquer la validation
- Recourir à l'aromathérapie, p. ex. l'huile de mélisse ou de lavande
- Favoriser la fréquentation d'autres résidents

Fournir une orientation

- Utiliser des symboles, de grandes polices à hauteur des yeux ou plus bas
- Donner les objets personnels ou les placer dans le champ de vision du résident
- Etiqueter ou marquer le déambulateur
- Recourir à des variantes de dispositifs d'appel (lits de sol, etc.)

Surveillance

- Garantir une prise en charge de jour / de nuit
- Organiser l'ergothérapie / la rééducation physique
- Intégrer les compagnons de chambre
- Accompagner les résidents dans la salle de soins
- Permettre de les accompagner
- Informer les unités voisines, l'accueil ou la cafétéria des tendances à se sauver

Tenir compte de l'influence de l'environnement sur les résidents atteints de démence

- Observer l'influence négative d'autres résidents, p. ex. discussions inappropriées, insultes
- Surveiller le volume sonore et l'acoustique dans le réfectoire et prendre des mesures le cas échéant, p. ex. prendre les repas dans une plus petite pièce et un groupe plus petit et adapté

Les mesures précitées semblent ne rien avoir à faire directement avec la prévention des chutes. Tant les infirmiers interrogés [39] que les standards internationaux [7] procèdent néanmoins de l'idée que l'agitation et le besoin d'activité physique occasionnent des situations dangereuses et augmentent ainsi le risque de chute. Partant, ces mesures peuvent être utiles pour réduire le taux de chute chez les personnes atteintes de démence. Répondre aux besoins qui émergent constitue un autre aspect de la réduction de l'agitation et des comportements difficiles [40]. Parmi les besoins non satisfaits, on peut citer l'envie d'uriner, la faim, la soif, les douleurs, la solitude, une journée qui ne se déroule pas comme d'habitude. Une identification individuelle des risques et la planification d'objectifs revêtent une importance primordiale chez ces résidents [20], car la démence a des répercussions différentes chez chacun.

Même si l'efficacité n'est pas certaine, il est nécessaire de favoriser la participation aux entraînements de la force et de l'équilibre. Les expériences mentionnées par les infirmiers dans le cadre des entretiens et celles de Becker et al. [41] impliquent que les résultats des exercices pourraient être meilleurs si l'entraînement tenait compte des limitations cognitives des participants (4.2, p. 39).

Les mesures suivantes sont en outre recommandées [7]: veiller aux délires possibles en cas de maladie grave et les traiter, observer les cycles de sommeil et favoriser ce dernier, donner des informations de sécurité simples ou fournir des orientations (p. ex. bien signaler les toilettes), développer et maintenir la routine au quotidien (heures quand aller faire ses besoins, phases de repos et phases actives), tenir compte des habitudes. Espérons qu'il y aura encore d'autres études à l'avenir examinant l'efficacité des mesures de prévention des chutes chez les personnes atteintes de démence.

4.6 Information spécialisée D6

Moyens auxiliaires pour la prévention des chutes ou des blessures

L'institution propose plusieurs moyens auxiliaires pour la prévention des chutes ou des blessures. En fonction du règlement interne, ceux-ci sont facturés aux résidents ou mis à disposition / loués par l'institution. Il est important de montrer les moyens auxiliaires aux résidents et de laisser ces derniers les essayer. Du matériel d'information devrait aussi être disponible. Il est impératif d'initier les infirmiers à l'utilisation des moyens auxiliaires et de bien savoir leur expliquer leur application et utilité (5, p. 51 s.). Il est important de tenir compte du fait que certains moyens auxiliaires limitent la liberté de mouvement et qu'il faut examiner les mesures de manière différenciée la plupart du temps (2.4, p. 28).

Exemples:

- Systèmes d'alarme comme p. ex. les tapis de contact ou des alarmes posées directement dans le lit ou aux bords de lit, des barrières lumineuses ou des surveillances auditives.
- Attention: les personnes atteintes de démence en particulier peuvent être effrayées quand quelqu'un entre sans cesse dans leur chambre dès qu'elles s'asseyent au bord du lit.
- Lits de sol: si des personnes tombent souvent du lit et peuvent grimper par-dessus les barrières, le lit de sol est une alternative utile.
- Attention: les meubles alentour ne doivent pas pouvoir basculer si les résidents les utilisent souvent pour se lever.
- Protège-hanches: servent à éviter les fractures de la hanche. Ces fractures sont souvent la cause de restrictions de mobilité accrues et conduisent ainsi à une perte d'autonomie.

→ Attention: les protège-hanches sont en partie gênants pour se rendre aux toilettes, car ils doivent être bien ajustés et sont donc difficiles à retirer, ce qui peut limiter l'autonomie pour aller aux toilettes. Il faut donc bien peser le pour et le contre avant de prendre cette mesure. Il est très utile d'essayer des protège-hanches (il en existe aussi qui se mettent comme une ceinture) et de s'exercer à les utiliser.

- Les chaussettes antidérapantes évitent de glisser. Il peut être utile de les faire porter principalement de nuit, p. ex. par des résidents qui ne se manifestent pas avant de se lever.

→ Attention: quand on porte ces chaussettes pour la première fois, leur profil est encore très marqué, elles tendent à trop freiner, raison pour laquelle il est conseillé d'accompagner les résidents. Les chaussettes doivent être contrôlées régulièrement (les picots sont-ils intacts?). Elles ne sont pas adaptées aux résidents qui ne lèvent pas les pieds en marchant (p. ex. les personnes souffrant de Parkinson). Il faut généralement préférer de bonnes chaussures aux chaussettes antidérapantes (4.10, p. 47). De jour notamment, les résidents devraient être motivés à porter des chaussures normales qui offrent une meilleure prise que les chaussettes à picots.

- Des veilleuses peuvent servir à améliorer l'orientation dans l'obscurité. Une lumière dans les toilettes peut aussi remplir cette fonction.

La réalisation de ces mesures est documentée et évaluée régulièrement.

4.7 Information spécialisée D7

Contrôler les auxiliaires techniques

Comme tous les appareils, les aides à la marche, chaises roulantes et autres doivent être nettoyées et contrôlées par rapport à leur état de fonctionnement en vertu des prescriptions du fabricant [4]. Les freins défectueux, profils de roues usés et parties instables sont une source de danger concernant les chutes. Il est important de documenter l'entretien correct et régulier par écrit.

4.8 Information spécialisée D8

Adapter les auxiliaires techniques aux résidents

Les aides à la marche doivent offrir un soutien pour marcher et garder son équilibre et permettent de diminuer le risque de chute. Pour ce faire, les physiothérapeutes doivent les adapter individuellement aux résidents. Il est tout aussi important de s'exercer à utiliser ces aides à la marche, et ce dans le milieu où les résidents se déplacent, donc aussi à l'extérieur s'ils y font des promenades. Ici aussi, il est conseillé que le physiothérapeute mette en place de premiers exercices et puisse informer le

personnel d'encadrement.

Il est aussi possible de proposer ou d'organiser des cours sur l'utilisation des déambulateurs par des VitalTrainers [42].

4.9 Information spécialisée D9

Troubles auditifs et visuels / prothèses auditives et lunettes

Troubles auditifs [4]

Les troubles de l'audition peuvent augmenter le risque de chute.

- Si possible, il faut examiner les problèmes auditifs chez l'audioprothésiste et contrôler régulièrement l'ouïe
- Il peut être nécessaire de recourir aux gestes et aux signes pour communiquer
- En cas de troubles auditifs, il est important et utile de minimiser les bruits de fond pendant une conversation

Prothèses auditives [43]

Si les résidents portent une prothèse auditive, il faut en prendre soin et l'utiliser correctement. Une utilisation soigneuse permet de maintenir ces appareils en état de fonctionner pendant de nombreuses années et de minimiser d'éventuels problèmes au quotidien. Les prothèses auditives sont solides, mais bénéficient d'une technologie sensible qui ne résiste pas à un traitement inapproprié. (entretien d'une prothèse auditive selon le mode d'emploi, voir aussi [43])

Un audioprothésiste est nécessaire

- en cas de gêne ou de douleurs même si l'embout auriculaire est bien placé;
- si le cérumen ne peut plus être enlevé de l'extrémité de l'embout auriculaire;

Illustration 9
Déambulateur



- si le tube est jaunâtre et fragile;
- s'il n'est plus possible de régler le volume souhaité parce que la prothèse commence à siffler.

Troubles visuels [4,36]

Les troubles de la vue peuvent augmenter le risque de chute en raison des problèmes suivants:

- les yeux s'adaptent moins vite en cas de changement des conditions lumineuses;
- les objets ne sont pas perçus du fait de la limitation du champ de vision;
- la diminution de l'acuité visuelle et la perception des contrastes rendent l'identification des objets environnants difficile;
- la perception de l'espace change, avec pour corollaire l'apparition de problèmes d'équilibre.

Les troubles de la vue peuvent survenir ou s'accroître suite à plusieurs maladies, p. ex. après un accident vasculaire cérébral ou en cas de démence. Chez les personnes ayant des facultés de communiquer réduites, il est particulièrement difficile d'examiner les troubles de la vue. Les observations sont essentielles: la personne plisse-t-elle les yeux, avance-t-elle à tâtons ou se cogne-t-elle sans cesse?

Illustration 10 Lunettes



Partant, il est important de garantir la meilleure acuité visuelle possible grâce aux mesures suivantes:

- procéder à des contrôles réguliers de la vue, chaque année dans l'idéal;
- avoir des lunettes pour lire et d'autres pour la vie de tous les jours, et non des verres à double foyer;
- les résidents ont de bonnes lunettes qui sont à eux;
- nettoyer les lunettes tous les jours (voir ci-dessous);
- ne pas gêner le passage dans les corridors et les escaliers;
- éclairage artificiel suffisant, laisser entrer la lumière du jour dans la mesure du possible;
- ajuster les lunettes avec précaution, car cela peut accroître le risque de chute [44].

Comment prendre soin des lunettes [45]

Il faut nettoyer les lunettes à l'eau quand c'est nécessaire, mais au moins une fois par jour, pour permettre une vision nette et optimale. Un entretien mauvais ou inapproprié peut rayer les verres ou causer d'autres dommages.

- Eau courante: avant de les nettoyer, rincer les lunettes sous l'eau courante et tiède.
- Nettoyer doucement: mettre un peu de produit vaisselle sur le bout des doigts et le répartir doucement sur les lunettes. Les rincer ensuite sous l'eau courante et tiède.
- Sécher les lunettes: un tissu spécial en microfibres ou un mouchoir est idéal pour sécher les lunettes. Les tenir du côté en train d'être séché.

4.10 Information spécialisée D10

Pieds et chaussures

L'état des pieds (santé podologique) et les chaussures font régulièrement l'objet d'un examen et d'une documentation [4].

Pieds

Identifier les problèmes suffisamment tôt permet de limiter les restrictions de la mobilité et de réduire d'autant plus le risque de chute. Il faut notamment veiller aux points de pression, douleurs et rougeurs aux pieds [7].

Une pédicure régulière est recommandée et peut aussi contribuer au bien-être (prestataires privés ou institutions comme Pro Senectute).

En cas de maladies spéciales comme le diabète ou d'importants problèmes de santé au pied (ongles incarnés, callosités incrustées), il faudrait consulter un podologue (la podologie est le soin médical des pieds).

Chaussures

Les chaussures influent sur la démarche. Des souliers adaptés favorisent donc la mobilité, alors que de mauvais souliers peuvent renforcer le risque de chute.

- Une personne doit se sentir bien et en sécurité dans ses chaussures.
- Des pantoufles ouvertes, talons hauts, semelles usées, vieilles chaussures et souliers ouverts derrière ne sont pas indiqués et peuvent restreindre la mobilité.

- Les chaussures en cuir mou et les semelles plutôt minces avec un bon profil sont excellentes pour bien sentir le sol. Les chaussures avec des semelles épaisses et souples peuvent entraver la stabilité du corps [46]. C'est pourquoi de telles chaussures ne devraient pas être recommandées aux personnes âgées.
- Un bon profil est un atout, mais il ne devrait pas trop coller. En outre, il faut faire attention à ce que les résidents puissent lever les pieds assez haut (p. ex. en cas de Parkinson).
- Les chaussures à talon haut peuvent avoir une influence négative sur la position parce qu'elles modifient le centre de gravité du corps et la position du pied en marchant. Mais il faut aussi tenir compte des habitudes individuelles: une étude a constaté que les personnes qui avaient porté auparavant des chaussures à talon haut pendant une longue période tombaient quand elles portaient des chaussures plates [46]. Une autre étude a examiné l'équilibre des femmes qui portent leurs propres chaussures, des talons hauts ou marchent pieds nus. Celles qui ont des talons hauts ont le moins bien réussi à garder l'équilibre. Ce résultat montre que les talons hauts peuvent constituer un risque. Dans l'idéal, il faut utiliser des talons larges et arrondis, ce qui garantit un bon contact avec le sol [46].
- Chaussettes antidérapantes (4.6, p. 44)

4.11 Information spécialisée D11

Alimentation et apport en liquide

Manger est un apport d'énergie. Une alimentation et un apport en liquide suffisants aident à minimiser le risque de chute.

Ressources donnant de plus amples informations:

- ESPEN – Leitlinie Enterale Ernährung (en allemand) – résumé: www.dgem.de (Leitlinien/Guidelines > Übersetzung ESPEN Guidelines [2006]) [47, p. 209–210]
Curaviva Suisse: guide «Ernährungsempfehlungen für hochbetagte Menschen» (en allemand) [48]: www.curaviva.ch (Fachinformationen > Arbeitsinstrumente > Gastro- nomie > «Leitfaden Ernährung für Hochbetagte»)

4.12 Information spécialisée D12

Contrôle de la médication

Certains médicaments peuvent augmenter le risque de chute. Contrôler soigneusement la médication des résidents en tenant compte de leurs antécédents de chute peut contribuer à minimiser le risque de chute.

Cameron et. al. (2010) ont découvert dans leur recherche sur le groupe Cochrane que deux interventions individuelles ont un effet sur le taux de chute, à savoir le contrôle des médicaments par un pharmacien et l'administration de vitamine D (4.3, p. 39) [24].

L'établissement définit en interne à quelle fréquence le service médical contrôle la médication, évent. avec la participation d'un pharmacien. Un contrôle annuel est recommandé [4]. Normale-

ment, les questions servent à déterminer si tous les médicaments que prennent les résidents sont encore nécessaires et s'ils sont administrés dans les quantités appropriées.

Les infirmiers ont la responsabilité de faire attention aux effets secondaires indésirables des médicaments entre les contrôles de la médication et de prendre contact avec le service médical si nécessaire.

Exemples de médicaments qui augmentent le risque de chute:

- hypnotiques et sédatifs
- antidépresseurs
- antipsychotiques
- antihypertenseurs
- diurétiques
- antiparkinsoniens

Pour de plus amples informations sur l'identification des médicaments augmentant le risque de chute (en allemand): www.priscus.net

4.13 Information spécialisée D13 Incontinence et changement de l'excrétion

Si les résidents présentent un changement de l'excrétion ou s'ils sont incontinents, le risque de chute peut être accru.

- Arriver à temps aux toilettes peut s'avérer problématique, car la mobilité est le plus souvent limitée, et c'est souvent urgent.
- Dégrafer les vêtements et enlever les protège-hanches peut créer des difficultés (4.6, p. 44) [7].
- Uriner ou aller à selles peut présenter un risque de glisser.
- Certains médicaments favorisent l'incontinence, à l'instar des diurétiques.

L'objectif primaire est de parvenir à la continence ou à une incontinence compensée [49]. Une mesure envisageable est de bien observer la prise de liquide et les habitudes de miction. On établit ensuite un plan pour aller aux toilettes qui est adapté aux habitudes des résidents et permet de se rendre à temps et en sécurité aux toilettes. Par ailleurs, des médicaments peuvent provoquer une incontinence. Il y a lieu de les contrôler et d'arrêter de les administrer le cas échéant [7].

4.14 Information spécialisée D14 Vertiges

Le vertige est un trouble fréquent chez les personnes âgées, qui peut p. ex. conduire à l'hébétude, insécurise la position debout et la marche et peut ainsi entraîner une chute [11].

Dans la mesure du possible, il convient de remédier à la cause du vertige. Les maladies suivantes peuvent occasionner des vertiges: inflammations, migraine, variabilité de la tension artérielle (p. ex. orthostase), attaques cérébrales, anémies, mais aussi troubles de l'oreille interne, maladies psychiatriques ou effets secondaires de médicaments.

Un apport insuffisant en liquide peut aussi provoquer des vertiges, il faut surtout y penser les jours de forte chaleur (4.11, p. 48).

En cas de vertige, la principale mesure consiste à accompagner les résidents et à leur transmettre de la sécurité. Il faut veiller à ce qu'ils se lèvent lentement après avoir dormi ou mangé en raison de possibles variations de la pression artérielle.

4.15 Information spécialisée D17

Mesures d'urgence après une chute

Après une chute, les mesures d'urgence pour protéger les résidents et le traitement des éventuelles blessures font partie des réactions immédiates. L'intervention d'autres services et l'information des supérieurs et des proches sont aussi envisagées si nécessaire. Il faut tenir compte des lignes directrices internes concernant les mesures consécutives à une chute (1.5, p. 22).

Protection des résidents / mesures d'urgence:

- Examiner et interroger la personne qui est tombée quant à des blessures apparentes avant qu'elle ne bouge (fractures, plaies, etc.) [7].
- Calmer le résident.
- Le mettre dans une position de sécurité qui soit supportable (le cas échéant sur le sol).
- Garantir une mobilisation sûre et calme du sol au lit (pour le résident et le personnel soignant), évent. demander de l'aide (tenir compte des principes de Kinaesthetics dans la mesure du possible).

- Faire attention aux blessures internes et surveiller la situation: échelle de Glasgow [50] après une blessure à la tête, contrôle des signes vitaux, réaction pupillaire, etc. (prendre en compte une éventuelle anticoagulation) [37].
- Soigner les plaies ou autres blessures (pansement, coldpack).
- Atténuer la douleur.
- En cas de blessures, consulter les lignes directrices/exigences internes et, le cas échéant, mobiliser le médecin de garde et/ou faire hospitaliser le résident.

Informations:

- Avec le consentement du résident, informer les proches et le médecin traitant.
- Informer les responsables de l'institution (chef de service, direction du service de soins, expert en soins, etc.).

Les trois principaux messages concernant le domaine D:

- Des stratégies de prévention efficaces visent plusieurs facteurs de risque de chute.
- Elles se composent à la fois de mesures générales (p. ex. adaptation de l'environnement) et de mesures individuelles qui se fondent sur les facteurs de risque de chute recensés de manière interprofessionnelle.
- Les offres d'entraînement adaptées aux résidents, l'administration de vitamine D et le contrôle de la médication notamment sont des éléments importants d'une prévention des chutes individuelle.

5. Formation et entraînement des collaborateurs

Les mesures de formation et d'entraînement destinées au personnel sont adaptées aux besoins de l'établissement et dépendent de l'expérience de l'institution avec la prévention des chutes.

Si le sujet est nouveau, il est recommandé de choisir une structure de projet pour la mise en œuvre. Ce faisant, il est utile de relever les données relatives à la prévention des chutes avant le lancement du projet (3, p. 30 s.) afin d'obtenir les valeurs initiales et d'évaluer l'impact du projet. La mise en œuvre d'une stratégie de prévention des chutes porteuse et durable nécessite du temps, ce dont il faut tenir compte dans la planification.

- Planification, dans la conception de la formation, de l'introduction des nouveaux collaborateurs de l'établissement à la prévention des chutes ainsi que de sessions régulières de répétition et d'approfondissement.
- Choix des enseignants en interne ou prise en compte d'externes. En cas de recours à des enseignants ou experts externes, il est recommandé de disposer au moins d'une personne dans l'établissement qui connaît bien la thématique et à laquelle on peut faire appel pour les questions liées à la mise en œuvre.
- Il est conseillé de consulter les supports de formation d'autres institutions similaires et d'échanger des expériences [16,37] afin d'économiser des ressources et d'apprendre les uns des autres.

5.1 Information spécialisée E1

Préparation des mesures de formation et d'entraînement

- Détermination des groupes de collaborateurs et des domaines qui sont formés.
- Identification du besoin de formation.
- Définition des objectifs de formation pour les différents niveaux et groupes professionnels (infirmiers, professionnels de la santé et encadrement, personnel auxiliaire, personnel d'entretien, de la restauration et de la cafétéria, service technique, physiothérapeutes, administration, service médical, etc.).
- Thématisation de la mise en œuvre durable des contenus de la formation et de l'entraînement et définition des mesures garantissant le transfert des connaissances.
- Détermination des responsables thématiques qui soutiennent la mise en œuvre durable dans les unités de soins.

5.2 Information spécialisée E2

Conception de la formation

- L'ensemble des nouveaux collaborateurs des domaines des soins et de l'encadrement sont initiés aux fondements de la prévention des chutes.
- Toutes les personnes concernées (voir E1) sont formées quand le thème de la prévention des chutes est introduit dans une institution.
- Les sessions de répétition ou d'approfondissement ont lieu régulièrement pour tous les collaborateurs (au moins une fois par année).
- Suivre des cours qui complètent l'offre interne est encouragé et défini.

5.3 Information spécialisée E3

Méthodes

- Il est essentiel de fonder la formation sur les expériences des collaborateurs et de renforcer les mesures qui sont déjà concrétisées.
- Méthodes: ateliers, exposés, inputs, entretiens interprofessionnels, analyse de documents, évaluation des données relatives aux chutes, apprentissage électronique, etc.
- Il est conseillé d'assurer une formation interprofessionnelle à tous les échelons de la hiérarchie. Ce faisant, il faut veiller à ce que plusieurs groupes professionnels assument différentes responsabilités dans la prévention des chutes et que d'autres contenus figurent par conséquent au premier plan. Un choix méthodologique correspondant permet à l'ensemble des participants de profiter de la formation, même en cas de formations interprofessionnelles (p. ex. travail en groupe de collaborateurs ayant la même formation sur des thèmes spécifiques).

5.4 Information spécialisée E4

Contenus de la formation

- Les contenus de la formation sont adaptés aux besoins de l'institution et aux thèmes qui lui importent en lien avec la prévention des chutes.
- Ils correspondent aux compétences des groupes professionnels qui prennent part à la formation.
- Pour définir la structure d'une formation, on peut se poser les questions suivantes, qui sont souvent mentionnées dans le cadre de la prévention des chutes [51].
 - Qui est menacé de chute?

- Pourquoi les résidents risquent-ils de faire une chute?
- Que faire pour éviter des chutes / blessures?
- A quelle fréquence y a-t-il des chutes, et avec quelles conséquences?

Contenus possibles de la formation destinée au personnel soignant et d'encadrement

- Présentation du concept, lignes directrices dans le domaine de la prévention des chutes
- Evaluation du risque de chute
- Risque de chute chez des personnes en état confusionnel aigu et chronique (4.5, p. 42) [16]
- Prise en compte des résidents et des proches
- Documentation du risque de chute
- Réactions à une chute (4.15, p. 50)
- Procès-verbal de chute
- Analyse individuelle de la chute et mesures
- Planification et mise en œuvre de mesures de prévention des chutes (4, p. 37 s.)
- Mesures de sécurité générales
- Promotion de l'activité physique, entraînement de la force et de l'équilibre (y c. application Ki-naesthetics) [10]
- Moyens auxiliaires (utilité / dangers)
- Médicaments (y c. vitamine D) (4.3, p. 39)
- Mesures limitant la liberté de mouvement
- Responsabilités au sein de l'établissement
- Notification de situations et d'événements dangereux

Contenus supplémentaires pour

- **les responsables thématiques (multiplicateurs) dans les services de soins:**
 - rôle des responsables thématiques
 - animation d'un entretien professionnel (axé sur la prévention des chutes) (3.5, p. 32)

- interprétation des évaluations des chutes (3.7, p. 36)
 - **le personnel domestique:**
 - sources de danger (p. ex. sols mouillés, passages encombrés, câbles)
 - collaboration avec le personnel soignant (p. ex. notification de situations dangereuses, découverte de personnes qui ont fait une chute)
 - **le service technique:**
 - entretien du bâtiment
 - utilisation des listes de contrôle [3]
 - prise en compte des sujets de la prévention des chutes dans les instances inter-professionnelles
 - **la restauration:**
 - élimination des sources de danger dans la mesure du possible (sols mouillés, passages encombrés)
 - soutien des résidents dans les situations dangereuses (démarche incertaine)
 - alerte dans les situations d'urgence
 - **les collaborateurs bénévoles:**
 - collaboration avec le personnel soignant / d'encadrement et information sur le risque de chute
 - compétences en lien avec la mobilisation des résidents
 - mesures de sécurité simples pour la mobilisation des résidents (p. ex. transfert en sécurité, mesures en cas de vertiges, Kinaesthetics)
 - alerte et procédure en cas de chute
- 5.5 Information spécialisée E5**

Garantie du transfert des connaissances et suivi dans le service

 - Il est recommandé de planifier des mesures de suivi après la formation afin de garantir une mise en pratique des contenus de la formation.
 - Exemples:
 - entretiens professionnels concernant les résidents menacés de chute (3.5, p. 32)
 - analyse des chutes (3.3, p. 31; 3.4, p. 31; 3.6, p. 33; 3.7, p. 36)
 - feed-back sur la qualité du procès-verbal de chute rempli
 - discussion sur les objectifs et mesures en matière de soins pour les résidents menacés de chute
 - rencontre annuelle des responsables thématiques (p. ex. pour évaluer les résultats des chutes)
 - compte rendu des formations externes que les collaborateurs ont suivies sur la prévention des chutes

Les trois principaux messages concernant le domaine E:

- Tous les domaines sont intégrés dans la formation et l'entraînement à la prévention des chutes.
- Des sessions de répétition et d'approfondissement sont régulièrement proposées afin de garantir la pérennité de la formation et la prise en compte des nouveaux collaborateurs.
- Les formations sont accompagnées de mesures visant à garantir le transfert des connaissances.

IV. Annexe

Tableau 8
Procès-verbal de chute, hôpital de Zollikerberg



Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunkthospital im Grünen

Nom

Procès-verbal de chute

Définition d'une chute:

«La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.» DNQP

Sexe de la personne qui est tombée: <input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme			
Unité/service: _____		Date de la chute: _____	
N° de chambre: _____		Heure de la chute: _____	
Type de chute:	<input type="checkbox"/> en se levant/s'asseyant	Lieu de la chute:	
<input type="checkbox"/> position allongée	<input type="checkbox"/> debout/marcher	<input type="checkbox"/> chambre du patient <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> corridor	
<input type="checkbox"/> position assise	<input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> à l'extérieur, où? _____	
		<input type="checkbox"/> autre _____	
Le risque de chute était-il connu?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
		Diagnostic dans le dossier <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Alarme: fonctionnelle & à portée de main avant la chute?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Confirmation possible après la chute?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Aide à la mobilité (canne, déambulateur, etc.)		Barrière de lit en place (=levée)	
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel? _____		<input type="checkbox"/> non/ou pas de chute du lit	
Implication dans la chute?		<input type="checkbox"/> oui/quelle utilisation? (à moitié levée, petite barrière, etc.)	
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, comment? _____			
Facteurs de risque préexistants:			
Chute antérieure? (6 derniers mois)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> plusieurs fois _____			
Troubles de la mobilité? (marche, etc.)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? _____			
Limitations cognitives (confusion aiguë, démence, etc.)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquelles? _____			
Faiblesse générale?			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, _____			
Troubles de la vue?			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? _____			
Changements de l'excrétion? (incontinence, diarrhée, IVU)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? _____			
Vertige?			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, _____			
Risque lié aux chaussures?			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel? _____			
Dangers ambiants? (risque de trébucher, absence de lumière, etc.)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? _____			
Maladie aiguë? (fièvre, infection urinaire, apoplexie, etc.)			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, laquelle? _____			
Autres?			
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? _____			
Aides/mesures prises à ce jour en lien avec la prophylaxie des chutes:			
Protège-hanches	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, portés	<input type="checkbox"/> oui, non portés
Chaussettes antidérapantes	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, portées	<input type="checkbox"/> oui, non portées
Matelas / détecteur de pression du corps	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui, non branché / fonctionnel
Exercice physique (p.ex. entraînement de la marche, mobilisation)	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Par qui? Soins/physio/patient Quoi? _____
Autres aides / mesures de prophylaxie des chutes?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	Lesquelles? _____

Tableau 8 (suite)
Procès-verbal de chute, hôpital Zollikerberg




Spital Zollikerberg
Ihr Schwerpunktspital im Grünen

Procès-verbal de chute

<p>Médicaments à risque <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> multimédication (plus de 4 préparations) <input type="checkbox"/> oui, lesquels? <input type="checkbox"/> somnifères/hypnotiques <input type="checkbox"/> diurétiques <input type="checkbox"/> psycholeptiques <input type="checkbox"/> opiacés <input type="checkbox"/> antihypertenseurs <input type="checkbox"/> laxatifs, lesquels? _____ Remarque: _____</p>	
<p>Renseignements du patient (pour des raisons de lisibilité, la forme masculine englobe les deux sexes). Que s'est-il passé? (avant, pendant et après la chute?)</p> <p>Pourquoi êtes-vous tombé?</p> <p><input type="checkbox"/> Le patient ne peut pas fournir de renseignements (laisser vide) <input type="checkbox"/> Le patient ne veut pas fournir de renseignements (laisser vide) <input type="checkbox"/> Une autre personne a assisté à la chute</p> <p>Renseignements du personnel soignant Décrivez les circonstances de la chute, ou comment avez-vous trouvé le résident?</p> <p>Pourquoi le résident est-il tombé en vertu d'une évaluation infirmière?</p> <p><input type="checkbox"/> Chute sans témoins</p>	Description précise de la chute
<p>Blessures consécutives à la chute: <input type="checkbox"/> aucune blessure (pas de douleurs, troubles, plaies ou autres blessures visibles) <input type="checkbox"/> blessure légère (blessure qui se soigne en quelques jours, p. ex. contusion, légère écorchure, rougeur ou tâche bleue) <input type="checkbox"/> blessure grave (blessure sérieuse, p. ex. toutes les fractures, plaies cutanées, lacerations et coupures) Type de blessure: _____ Suivi (traitement de la plaie, radio, GCS, surveillance, opération, etc.): radio <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, opération <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	
<p>Déclaration de la chute (informer les médecins immédiatement, le chef de service plus vite possible=journée): <input type="checkbox"/> médecin: _____ (date/heure): _____ <input type="checkbox"/> responsable du jour/de l'unité: _____ (date/heure): _____ Information aux proches avec le consentement du patient: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, justification: _____</p>	
<p>Quelles sont les mesures prises pour que ce patient ne tombe plus à l'avenir? (prophylaxie des chutes):</p> <p><input type="checkbox"/> discussion interprofessionnelle (visite) / <input type="checkbox"/> discussion au sein de l'équipe soignante (discussion du cas, etc.): _____</p>	
<p>Rempli par (nom, fonction): _____ Date: _____</p>	
<p><input type="checkbox"/> copié et transmis (cf. procédure). L'original reste dans le dossier du patient!</p>	

Bibliographie: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege, février 2005
R. Schwendimann, Sturzprotokoll, Stadtspital Waid 2002, angepasst Kompetenzzentrum Diakoniewerk Neumünster-Schweizerische Pflegerinnenschule, 2^e version S. Decurtins, 15.1.2008

Tableau 9
Procès-verbal de chute, ASZW Wallisellen

Dokumententyp	Standard	Namensetikette oder Zuhause: Name _____ und Geb.dat. _____	
Dokumentenname	Sturzprotokoll ASZW		
Adressat/Verteiler	Pflegedienst ASZW		
Herausgeber	Ursula Wiesli, Rita Portmann		

20 Procès-verbal de chute ASZW* (* explication complémentaire en page 2)

Définition d'une chute: <i>«La chute est définie comme le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ.» DNQP</i>	
Date de la chute:	Heure de la chute: *
Lieu de la chute: <input type="checkbox"/> chambre (<input type="checkbox"/> à coucher <input type="checkbox"/> séjour) <input type="checkbox"/> cuisine/«Riedenerstübl» <input type="checkbox"/> Salle de bains/WC <input type="checkbox"/> corridor <input type="checkbox"/> escaliers <input type="checkbox"/> à l'extérieur <input type="checkbox"/> autre _____	
Renseignements du résident/client*: (Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine englobe les deux sexes) Que s'est-il passé? Que venez-vous de faire? (avant, pendant et après la chute?)	
Pourquoi êtes-vous tombé? <input type="checkbox"/> Le résident/client ne peut pas fournir de renseignements (laisser vide) <input type="checkbox"/> Le résident/client ne veut pas fournir de renseignements (laisser vide) <input type="checkbox"/> Une autre personne a assisté à la chute. Qui? _____ <input type="checkbox"/> Chute sans témoins (renseignements du personnel soignant seulement)	
Renseignements du personnel soignant Décrivez les circonstances de la chute, ou comment avez-vous trouvé le résident/client?	
Pourquoi le résident/client est-il tombé en vertu d'une évaluation infirmière?	
Type de chute: <input type="checkbox"/> debout/marcher <input type="checkbox"/> en se levant/s'asseyant <input type="checkbox"/> d'une position assise <input type="checkbox"/> d'une position allongée	
Conséquences de la chute: <input type="checkbox"/> aucune blessure (pas de douleurs, troubles, plaies ou autres blessures visibles) <input type="checkbox"/> blessure légère (blessure qui se soigne en quelques jours, p. ex. contusion, légère écorchure, rougeur, tâche bleue, plaie cutanée ne nécessitant pas de consultation médicale) <input type="checkbox"/> blessure grave (blessure sérieuse, p. ex. toutes les fractures, plaies cutanées, lacérations et coupures nécessitant une consultation médicale) Type de blessure*: _____	
Mesures en cas de blessures <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> observation <input type="checkbox"/> traitement de la plaie <input type="checkbox"/> refroidissement <input type="checkbox"/> antalgique <input type="checkbox"/> examen physique par l'infirmier/médecin <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> opération <input type="checkbox"/> autre: _____	
Facteurs de risque préexistants: risque de chute connu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<input type="checkbox"/> chute antérieure (6 derniers mois); <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> troubles de la mobilité (marche, déambulateur, etc.) <input type="checkbox"/> troubles de la vue (cataracte, lunettes, etc.) <input type="checkbox"/> limitations cognitives (démence, délire, etc.) <input type="checkbox"/> vertige <input type="checkbox"/> chaussures (pieds nus, chaussures étroites/larges, etc.) <input type="checkbox"/> facteurs environnementaux (risque de trébucher, absence de lumière, etc.) <input type="checkbox"/> changement de l'excrétion (incontinence, diarrhée, IVU) <input type="checkbox"/> maladie aiguë (fièvre, infection, etc.) <input type="checkbox"/> mesures de contention <input type="checkbox"/> autres: _____	<input type="checkbox"/> automédication <input type="checkbox"/> multimédication > 4 préparations Médicaments à risque <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lesquels? <input type="checkbox"/> somnifères/hypnotiques <input type="checkbox"/> diurétiques <input type="checkbox"/> antihypertenseurs <input type="checkbox"/> psycholeptiques <input type="checkbox"/> opiacés <input type="checkbox"/> laxatifs <input type="checkbox"/> autres: _____
Barrière de lit (en cas de chute d'une position allongée)	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> d'un côté <input type="checkbox"/> des deux côtés

Tableau 9 (suite)
Procès-verbal de chute, ASZW Wallisellen

Dokumententyp	Standard
Dokumentenname	Sturzprotokoll ASZW
Adressat/Verteiler	Pflegedienst ASZW
Herausgeber	Ursula Wiesli, Rita Portmann



Mesures de prévention avant la chute: qu'est-ce qui a été entrepris afin d'éviter la chute ou de réduire les blessures?*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Information | <input type="checkbox"/> Protège-hanches: <input type="checkbox"/> oui, portés <input type="checkbox"/> oui, non portés |
| <input type="checkbox"/> Adaptation de la médication | <input type="checkbox"/> Chaussures appropriées, p. ex. chaussettes antidérapantes |
| <input type="checkbox"/> Entraînement de la marche, de la mobilité | <input type="checkbox"/> Matelas doté de détecteur-avertisseur |
| <input type="checkbox"/> Adaptation des aides à la mobilité | <input type="checkbox"/> Placer le lit contre le mur d'un côté |
| <input type="checkbox"/> Mesures spécifiques pour patients souffrant de confusion mentale | <input type="checkbox"/> Barrière de lit: <input type="checkbox"/> d'un côté <input type="checkbox"/> des deux côtés |
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes régulièrement accompagné | <input type="checkbox"/> Adaptation de l'environnement |
| <input type="checkbox"/> Remarques: | |

Comment le risque de chute et de blessure sera-t-il réduit? Discuter de l'évaluation de la situation et de la marche à suivre de manière interdisciplinaire, p. ex. rapport, discussion de cas, séances.*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Information | <input type="checkbox"/> Protège-hanches |
| <input type="checkbox"/> Adaptation de la médication | <input type="checkbox"/> Chaussures appropriées, p. ex. chaussettes antidérapantes |
| <input type="checkbox"/> Entraînement de la marche, de la mobilité | <input type="checkbox"/> Matelas doté de détecteur-avertisseur |
| <input type="checkbox"/> Adaptation des auxiliaires de marche | <input type="checkbox"/> Placer le lit contre le mur d'un côté |
| <input type="checkbox"/> Mesures spécifiques pour patients souffrant de confusion mentale | <input type="checkbox"/> Barrière de lit: <input type="checkbox"/> d'un côté <input type="checkbox"/> des deux côtés |
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes régulièrement accompagné | <input type="checkbox"/> Adaptation de l'environnement |
| <input type="checkbox"/> Remarques: | |

Déclaration de la chute:

(Original dans les documents du résident / le dossier du client, y laisser le dernier PV de chute)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> copie à l'expert de soins | Information aux proches avec le consentement du résident/client: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> inscription par l'assistante de direction des soins | Justification: _____ |
| Notification au médecin: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Date: _____ **Rempli par:** _____ ☐ infirmier dipl. ☐ ASSC ☐ aide-soignant/auxiliaire de santé

Légende –

Déroulement et explications: les chutes de résidents et de clients sont saisies et évaluées de routine. Après l'enregistrement de toute chute, un procès-verbal est dressé par un infirmier diplômé (apprentis, aides-soignants en accord avec l'infirmier diplômé qui vise le PV) dans les 24 heures avec mention dans le rapport de soins.

Heure de la chute: en cas de doute, le moment où la personne a été trouvée ou, à la maison, des indications approximatives.

Questions au client/résident après la chute: pour déterminer les circonstances/causes de la chute, il est important de laisser le client/résident répondre aux questions dans la mesure du possible (activités, état d'esprit, circonstances, etc. avant la chute).

Conséquences de la chute – indiquer le type de blessure: p. ex. situer précisément les douleurs, indiquer les fractures, localiser les plaies. Les conséquences de la chute qui sont constatées ultérieurement doivent être déclarées à l'expert en soins par téléphone, courriel ou en complétant la copie du procès-verbal de chute.

Mesures directes: mesures qui se réfèrent aux conséquences de la chute/blessures immédiates ou potentielles et qui sont prises par le personnel soignant ou ordonnées par le médecin.

Evaluation de la situation et discussion de la marche à suivre: à l'aune de ces deux questions directrices, le personnel soignant (évent. avec le médecin) évalue la situation de la chute et définit la marche à suivre en prenant des mesures concrètes.

Tableau 10
Instructions pour l'entretien professionnel

Personnes impliquées:	Equipe soignante du résident, éven. personne de référence ou autres personnes de l'équipe d'encadrement (physio, médecin de famille, etc.), (éven. résident)		
Durée:	30 à 60 minutes		
Rôle du responsable thématique / médiateur:	Contrôler le temps, poser des questions, fixer les étapes, s'occuper du début et de la fin, tenir compte des règles générales en lien avec la présidence de séance		
Etape du processus	Questions	Réponse	Notes
Description de la chute	La chute et les antécédents sont décrits par un infirmier/une personne de référence et/ou à l'aide du procès-verbal de chute.		
Complément / questions	Les autres participants à l'entretien professionnel posent des questions de compréhension. <ul style="list-style-type: none"> Y a-t-il encore des questions en suspens? (résident, témoin de la chute, etc.) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, noter les questions. 		
Analyse de la situation (noter les points principaux)	Est-ce la première fois que ce résident fait une chute?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Pourquoi est-il tombé? (causes)		
	Le risque de chute était-il connu?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Avait-on pris des mesures de précaution?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Lesquelles?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Les mesures de précaution sont-elles documentées?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Y a-t-il une planification des soins, que comporte-t-elle?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Le résident et l'équipe en ont-ils connaissance?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Les mesures étaient-elles adaptées à la situation?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Aurait-on pu éviter cette chute? (ce n'est pas toujours le cas)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Quelles sont les ressources disponibles?		
	Noter les points principaux		
	Comment éviter à l'avenir les chutes de ce résident?		
	Que faut-il changer pour que le résident ne fasse plus de chute?		
Ebauches de solution	Qui doit mettre en place/en œuvre ces changements?		
	Noter les solutions		
	Quelles solutions sont réalisables?		
	L'équipe soignante peut-elle appliquer les solutions?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Evaluation des solutions	Si non, qui faut-il y associer?		
	Qu'implique la mise en place des mesures pour le résident?		
	Supprimer les solutions irréalistes (avec justification)		
	Que faut-il faire pour concrétiser les mesures de prophylaxie des chutes?		
	Qui discute des mesures avec le résident, les proches, les autres services?		
Mise en œuvre	Qui documente les mesures discutées?		
	Répartir les tâches		
	Qu'avons-nous appris de ce cas?		
Evaluation			

Sources

- [1] 10 faits sur le vieillissement et la qualité de vie. Organisation mondiale de la santé (OMS). <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/index.html>. Accès le 21.09.2009.
- [2] Frank O, Schwendimann R. *Sturzprävention*. Basel: Stiftung für Patientensicherheit; 2008 2. Schriftenreihe Patientensicherheit Schweiz.
- [3] Jeannotat B, Engel M, Bohn F. *Mesures de construction pour la prévention des chutes dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées*; 2013.
- [4] *Managing falls and fractures in care homes for older people. Good practice self assessment resource*. Social Care and Social Work Improvement Scotland SCSWIS, NHS Scotland. http://www.scswis.com/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=329&Itemid=378. Accès le 22.08.2013.
- [5] Was ist ein Leitbild? CuraViva. <http://www.curaviva.ch/index.cfm/C8D135DE-9C71-38EE-18D32346375642D9/?method=process.detailpopup&part=A3616640-5175-427F-BE97A0FC92249471&step=87746412-502F-4CDB-BFD1FEBD9EE3D8F2&lay=defaultpopup>. Accès le 26.04.2013.
- [6] Thüler H. *Kraftvoll altern im Heim - Leitfaden zur Planung und Realisierung eines Trainingsraumes in einem Altersheim*. Zürich: Curaviva; 2013.
- [7] Victorian Quality Council. *Minimising the Risk of Falls and Fall-related Injuries: Guidelines for Acute, Sub-acute and Residential Care Settings*. Melbourne Victoria: Department of Human Services; 2004.
- [8] Kinaesthetics - Was ist Kinaesthetics? Kinaesthetics Schweiz, Deutschland, Österreich, Italien. http://www.kinaesthetics.ch/download/EKA/Infoblaetter/deutsch/Infoblatt_1_Was_ist_Kinaesthetics.pdf. Accès le 08.09.2013.
- [9] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP. *Expertenstandard – Sturzprophylaxe in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerds für Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP; 2005.
- [10] Gschwind YJ, Pfenninger B. *Prévention des chutes: exercices d'entraînement. Manuel d'entraînement de la force et de l'équilibre pour prévenir les chutes des personnes âgées*. Berne: bpa – Bureau de prévention des accidents; 2013. Documentation technique 2.104 du bpa.
- [11] CuraViva, Stiftung Diakoniewerk Neumünster-Schweizerische Pflegerinnenschule. *Sturz: Risiken kennen und minimieren. Antworten auf Fragen aus der Berufspraxis*. Zürich: Curaviva; 2006.
- [12] *Neues Erwachsenenschutzrecht: Basisinformationen Arbeitshilfen und Musterdokumentationen für Alter- und Pflegeinstitutionen*. CuraViva. <http://www.curaviva.ch/index.cfm/82D17655-D227-4612-366B508D6AAF5E81/?id=8F1CD9DF-9E7D-1528-68B059473C55F86A&method=objectdata.detail>. Accès le 10.12.2012.
- [13] Académie suisse des sciences médicales. *Mise en place de mesures limitatives de liberté. Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance – Directives et recommandations médico-éthiques*. 2004:10–11.
- [14] Chappuis C. «Liberté et sécurité». *Directives relatives aux mesures d'entrave à la liberté (MEL)*. Société suisse de gérontologie SSG, Société professionnelle suisse de gériatrie SPSG; 2012.
- [15] *Curaviva Weiterbildung*. Curaviva, Verband Berner Pflege- & Betreuungszentren. <http://www.weiterbildung.curaviva.ch/>. Accès le 22.08.2013.
- [16] *The 'How to' Guide for Reducing harm from falls*. Patient Safety First. <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/Intervention-support/FALLSHow-to%20Guide%20v4.pdf>. Accès le 27.04.2012.
- [17] Lippmann E. *Intervision – Kollegiales Coaching professionell gestalten*. Berlin: Springer; 2004.
- [18] Pierobon A, Funk M. *Sturzprävention bei älteren Menschen*. Stuttgart: Thieme; 2007.
- [19] Lamb SE. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the prevention of falls network Europe consensus. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;16:1618–1622.

- [20] Moreland J. Evidence-Based Guidelines for the Secondary Prevention of Falls in Older Adults. *Gerontology*. 2003;49:93–116.
- [21] Coussement J et al. Interventions for preventing falls in acute- and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2008. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):29–36.
- [22] European Centre for Social Welfare Policy and Research. *PROGRESS. Verbesserungen messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime*. European Centre for social welfare policy and research; 2012.
- [23] Berner Fachhochschule, ARIPA Freiburg, AVDEMS Vaud, Gesundheitsvorsorgung Aargau, Curaviva Zürich. *Nachweis der Qualitätstähigkeit in der stationären Langzeitpflege in den Kantonen Freiburg, Waadt, Aargau und Zürich*. Bern: Berner Fachhochschule; 2013.
- [24] Cameron ID, Murray GR, Gillespie LD, Robertson MC, Hill KD, Cumming RG, Kerse N. Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD005465
- [25] Körtner U. Frailty: Medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des alten Menschen. *Ethik in der Medizin*. 2006;18:108–119.
- [26] Rüegger H. *Alter(n) las Herausforderung: Gerontologisch-ethische Perspektiven*. Zürich: Theologischer Verlag Zürich TVZ; 2009.
- [27] Martin M. *Verfügbarkeit und Nutzung menschlicher Ressourcen im Alter: Kernpunkte eines gerontologischen Leitkonzepts*. Idstein: Schulz-Kirchner; 2001.
- [28] Bischoff-Ferrari HA. Massnahmen für stabile Knochen im Alter. *Geriatric Praxis*. 2008;6–8.
- [29] Bischoff-Ferrari HA, Stäheli HB. Muskulatur und Knochen – Die Rolle des Vitamin D. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin*. 2009;(04)–22.
- [30] Bischoff-Ferrari HA, Heike A. Vitamin D – Das Evidenz-basierte Doppeltalent. *Deutsche Apotheker Zeitung DAZ*. 2009;149(19):3000–3004.
- [31] Kressig RW, Allali G, Beauchet O. Long-term practice of Jaques-Dalcroze eurhythmics prevents age-related increase of gait variability under a dual task. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):728–729.
- [32] *Aktiv in jedem Alter*. <http://www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php>. Accès le 22.08.2013.
- [33] Kressig RW, Schlögl M. Mehr als eine wirksame Art der Sturzprävention. *Der informierte Arzt*. 2012;08:43–46.
- [34] Reinke C. Vitamin-D-Bericht der EEK: Empfehlungen zur Vitamin-D-Versorgung der Schweizer Bevölkerung. *Schweizerische Zeitschrift für Ernährungsmedizin*. 2012;5:29–31.
- [35] Bischoff-Ferrari HA, Heike A, Keller U. Recommandations de la Commission fédérale de l'alimentation concernant l'apport de vitamine D. Groupe d'experts «Vitamine D» de la Commission fédérale de l'alimentation sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. *Forum Médical Suisse*. 2012;12(40):775–778.
- [36] Breuer P. *Visuelle Kommunikation für Menschen mit Demenz*. Bern: Huber Verlag; 2009.
- [37] Registered Nurses' Association of Ontario. *Toolkit: Implementation of best practice guidelines*. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2012.
- [38] Gleason CE, Gangnon RE, Fischer BL, Mahoney JE. Increased risk for falling associated with subtle cognitive impairment: secondary analysis of a randomized clinical trial. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;27(6):557–563. PM:19602883.
- [39] Härlein J, Scheffel E, Heinze C, Dassen T. Sturzprävention bei Menschen mit Demenzerkrankungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 2007;40(3):185–191.
- [40] Kovach CR, Noonan PE, Schlidt AM, Reynolds S, Wells T. The Serial Trial Intervention: an innovative approach to meeting needs of individuals with dementia. *J Gerontol Nurs*. 2006;32(4):18–25. PM:16615709.
- [41] Becker C. *Mobilität und Mobilitätsstörungen von HeimbewohnerInnen - Verminderung von sturzbedingten Verletzungen bei Alten- und Pflegeheimbewohnern*. Ulm; 1999.
- [42] *Rollator-Training*. Kunzfit, RollatorGym Akademie. <http://www.kunzfit.ch/index.php?p=rollator>. Accès le 22.08.2013.
- [43] *Nettoyage et entretien - Comment prendre soin de vos aides auditives*. Phonak. <http://www.phonak.com/ch/b2c/fr/support/support/faq.html>. Accès le 22.08.2013.

- [44] Balzer K, Junghans A, Behncke A, Lühmann D. *Literaturanalyse Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege + Aktualisierung*. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2013. Accès le 01.09.2013.
- [45] *Brillenpflege*. Pochon Optik. <http://www.pochon-optik.ch/index.php/brillenpflege>. Accès le 22.08.2013.
- [46] Lord SR, Sherrington C, Menz HB. *Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention*. Cambridge University Press; 2000.
- [47] Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P. ESPEN-Leitlinien Enterale Ernährung: Geriatrie. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2006;31:209–210.
- [48] Meier Bosshard A. *Leitfaden «Ernährungsempfehlungen für hochbetagte Menschen»*. Zürich: CuraViva; 2013.
- [49] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege DNQP. *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. 2007 4.
- [50] *Beurteilung der Bewusstseinsstörung*. Glasgow Coma Scale. <http://www.notmed.info/msygcs.html>. Accès le 04.05.2013.
- [51] Schwendimann R. Sturzprävention in Spitälern und Pflegeheimen - State of the Art. In: After Work Lecture.: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; 2013; Winterthur.

Bibliographie complémentaire et offres de perfectionnement

Livres

L. Zahner/R. Steiner (Hrsg.). *Kräftig altern – Fachhandbuch*. Luzern: Health and Beauty Marketing Swiss GmbH; Karlsruhe: Health and Beauty Business Media; 2010.

L. Zahner/R. Steiner (Hrsg.). *Kräftig altern – Lebensqualität und Selbstständigkeit dank Muskeltraining*. Luzern: Health and Beauty Marketing Swiss GmbH; Karlsruhe: Health and Beauty Business Media; 2010.

Comptes rendus et articles

K. J. Gormley. Falls prevention and support: translating research, integrating services and promoting the contribution of service users for quality and innovative programmes of care. *International Journal of Older People Nursing* 6, 307-314; 2011.

Y. J. Gschwind/I. Wolf/S. A. Bridenbaugh/R. W. Kressig. Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. *Swiss Med Wkly*, 141:w13305; 2011.

J. O. Kehinde/Ch. Pope/E. J. Amella. Methodological Issues in Fall Prevention Research Involving Older Adults in Long-Term Care Facilities. *Research in Gerontological Nursing* 4/4, 294-303; 2011.

H. W. Lach/J. Krampe/S. Phongphanngam. Best practice in fall prevention: roles of informal caregivers, health care providers and the community. *International Journal of Older People Nursing* 6, 299-306; 2011.

S. McMahon/ K. Talley/ J. Wyman. Older people's perspectives on fall risk and fall prevention programs: a literature review. *International Journal of Older People Nursing* 6, 289-298; 2011.

M. Montero-Odasso/J. L. Wells/M. J. Borrie/M. Speechley. Can cognitive enhancers reduce the risk of falls in older people with Mild Cognitive Impairment? A protocol for a randomised controlled double blind trial. *BMC Neurol*. 9: 42; 2009.

K. Robertson/P. Logan/M. Ward/J. Pollard/ A. Gordon/W. Williams/J. Watson. Thinking falls – taking action: a falls prevention tool for care homes. *British Journal of Community Nursing* 17/5, 206-209; 2012.

C. Sherrington/A. Tiedemann/N. Fairhall/J. C.T. Close/S. R. Lord. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *2011 NSW Public Health Bulletin* Vol. 22(3-4), 78-83, 2011.

F. Yu/A. S. Leon/D. Bliss/M. Dysken/K. Savik/J. F. Wyman. Aerobic Training for Older Men with Alzheimer's Disease. Individual Examples of Progression. *Research in Gerontological Nursing* 4/ 4, 243-250; 2011.

Offres de perfectionnement

CURAVIVA Weiterbildung, Abendweg 1, 8006 Lucerne, tél. 041 419 01 72, weiterbildung@curaviva.ch; www.weiterbildung.curaviva.ch

Association bernoise des établissements médico-sociaux, Formation continue, Könizstrasse 74, 3008 Berne, tél. 031 808 70 77, weiterbildung@vbb-abems.ch; www.vbb-abems.ch

Documentations du bpa

Les documentations du bpa peuvent être commandées gratuitement sur www.commander.bpa.ch ou téléchargées.

Certaines documentations n'existent qu'en allemand avec un résumé en français et en italien.

Circulation routière	Espace routier partagé – Attractivité et sécurité (2.083)	
	Chemin de l'école – Mesures pour une meilleure sécurité routière sur le chemin de l'école (2.023)	
	Comparaison des méthodes VSS et EuroRAP – Evaluation de deux méthodes de localisation d'endroits à concentration d'accidents sur des tronçons choisis (R 0617)	
	Les 18 à 24 ans dans la circulation routière et le sport (R 9824)	en PDF uniquement
Sport	Encourager l'activité physique chez les enfants en toute sécurité – Guide à l'intention des écoles enfantines, des écoles (à horaire continu), des crèches, des groupes de jeu et des garderies (2.082)	
	Snowparks – Guide pour la planification, la construction et l'exploitation (2.081)	
	Sentiers raquettes balisés – Guide pour l'aménagement, la signalisation, l'entretien et l'exploitation (2.059)	
	Installations pour VTT – Guide pour la planification, la construction et l'exploitation (2.040)	
	Salles de sport – Recommandations de sécurité pour la planification, la construction et l'exploitation (2.020)	
	Sécurité et prévention des accidents dans le sport des aînés (R 0113)	
	Prévention des chutes: exercices d'entraînement – Manuel d'entraînement de la force et de l'équilibre (2.104)	
Habitat et loisirs	Sécurité dans l'habitat – Escaliers et garde-corps. Législations cantonales et du Liechtenstein (2.034)	
	Revêtements de sol: liste d'exigences – Risque de glissade dans les locaux publics et privés (2.032)	
	Revêtements de sol – Conseils pour la planification, l'exécution et la maintenance de revêtements de sol antidérapants (2.027)	
	Pièces et cours d'eau – Sécurisation d'étangs et de biotopes aquatiques (2.026)	
	Aires de jeux – Conception et planification d'aires de jeux attractives et sûres (2.025)	
	Bains publics – Recommandations de sécurité pour le projet, la construction et l'exploitation (2.019)	
	Prévention des chutes chez les seniors – Rôle du protège-hanches dans la prévention des fractures par chute (R 0610)	
	Accidents prioritaires – Circulation routière, sport, habitat et loisirs (R 0301)	en PDF uniquement
Documentations générales		

Le bpa. Pour votre sécurité.

Le bpa est le centre suisse de compétences pour la prévention des accidents. Il a pour mission d'assurer la sécurité dans les domaines de la circulation routière, du sport, de l'habitat et des loisirs. Grâce à la recherche, il établit les bases scientifiques sur lesquelles reposent l'ensemble de ses activités. Le bpa propose une offre étoffée de conseils, de formations et de moyens de communication destinés tant aux milieux spécialisés qu'aux particuliers.

Plus d'informations sur www.bpa.ch.

Partenaire: Curaviva (www.curaviva.ch)

CURAVIVA.CH

© bpa 2013. Tous droits réservés; reproduction (photocopie, p. ex.), enregistrement et diffusion autorisés avec mention de la source (cf. proposition)