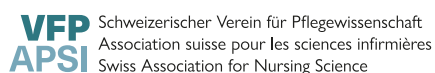


Parachutes

Prévention des chutes
dans le domaine des soins

Manuel Procédure « Parachutes » pour les organisations d'Aide et de soins à domicile (ASAD)

Version : 28.12.2021



Impressum

Autorenschaft

Manuela Birnea, MScN, experte en soins infirmiers APN, Spitex rechtes Limmattal

Sonja Höhn, MScN, responsable de la filière MAS Care Management, Careum Hochschule Gesundheit

Rachel Jenkins, MScN, experte en soins infirmiers APN, Spitex Zürich Limmat

Azra Karabegovic, MScN, experte en soins infirmiers APN, Spitex Zürich Limmat

Florence Wilmes, MScN, experte en soins infirmiers, APN, Spitex Basel

Les autrices sont membres de l'Association suisse pour les sciences infirmières, organisées en groupe de travail « Best Home Care Practice » de la Société scientifique « Soins à domicile ».

Le manuel pour les organisations d'Aide et de soins à domicile a été commenté et approuvé par un groupe de travail élargi de « Parachutes – Aide et soins à domicile ».

Gestion de projet

PHS Public Health Services

© Parachutes 2021

Tous droits réservés. Utilisation autorisée à condition que la source soit citée (voir suggestion de citation).

Citation suggérée

Karabegovic, A., Birnea, M., Höhn, S., Jenkins, R., Wilmes, F. (2021). Procédure « Parachutes » pour les organisations d'Aide et de soins à domicile. Manuel. Berne: PHS Public Health Services

Projet « Parachutes »

Le projet « Parachutes » se déploie de 2019 à 2022 dans les cantons pilotes de Saint-Gall, de Berne, des Grisons, du Jura et de Zurich. Il vise à ancrer dans le domaine des soins une prévention des chutes de haute qualité et interprofessionnelle pour les personnes à risque de chute accru.

Le projet implique des organisations nationales et cantonales du domaine des soins, de la santé publique et de la société civile. Les organisations porteuses de « Parachutes » sont l'Association suisse pour les sciences infirmières, Aide et Soins à Domicile Suisse, l'Association suisse des infirmiers et infirmières ASI et Soins de longue durée Suisse.

Pour plus d'informations d'outils et de matériel de formation pour les professionnels :

www.parachutes.ch

avec le soutien de:



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Table des matières

Aperçu de la procédure « Parachutes » pour les organisations d'Aide et de soins à domicile	4
1. Signaux d'alerte de risque de chute	5
2. Évaluation du risque de chute et classification du risque de chute	6
3. Anamnèse en cas de risque de chute modéré	7
4. Anamnèse et analyse multifactorielle en cas de risque de chute élevé	7
5. Ensemble d'interventions pour un risque de chute faible	8
6. Ensemble d'interventions pour un risque de chute modéré	9
7. Ensemble d'interventions pour un risque de chute élevé	10
8. Évaluation	11
Bibliographie	12
Anamnèse de chute	13
Analyse multifactorielle	15

Aperçu de la procédure « Parachutes » pour les organisations d'Aide et de soins à domicile¹



¹ La procédure est dérivée de: Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. (1) (2)

1. Signaux d'alerte de risque de chute

Les signaux d'alerte sont utilisés pour identifier les personnes à risque de chute, afin de pouvoir évaluer les facteurs de risque sous-jacents et prendre les mesures appropriées.

Le risque de chute doit être évalué au moins une fois par an et en cas de suspicion clinique.

Tableau 1 : Signaux d'alerte de risque de chute

Signaux d'alerte	Responsabilités	Description
3 Questions-clés 1) Avez-vous été victime d'une chute au cours des 12 derniers mois ? (OUI/NON) Si OUI : Combien de fois ? Vous êtes-vous blessé-e ? 2.) Manquez-vous d'assurance en position debout ou en marchant ? (OUI/NON) 3.) Avez-vous peur de tomber ? (OUI/NON)	Tous les employé-es (niveau secondaire I/II, économie domestique, niveau tertiaire)	En cas de suspicion, les 3 questions-clés doivent être posées par tous les soignant-es. Si la réponse à l'une des questions est OUI, une évaluation des risques doit être effectuée par l'infirmière responsable. En cas d'évaluation initiale et de réévaluation, les questions-clés sont posées directement par l'infirmière responsable.
CAP Chutes²	Infirmière diplômée	Si le CAP Chutes apparaît lors de l'évaluation initiale ou de la réévaluation, l'infirmière responsable procède à l'évaluation des risques.
Événement de la chute	Tous les employé-es (niveau secondaire I/II, économie domestique, niveau tertiaire)	Après une chute, l'infirmière qualifiée responsable est informée afin de procéder à une évaluation des risques.

Remarque :

Si toutes les questions et tous les signaux d'alerte énumérés ci-dessus sont négatifs (NON), les client-es sont automatiquement classé-es comme présentant un **risque de chute faible**.

² Les « Clinical Assessment Protocols » (CAP) constituent un outil de référence solide pour examiner plus avant les domaines problématiques identifiés et lancer des mesures appropriées. (3)

2. Évaluation du risque de chute et classification du risque de chute

Lorsqu'un signal d'alerte est présent, l'infirmière procède à une évaluation des risques du client/de la cliente sur la base du tableau clinique et de sa propre expérience clinique (tableau 2). (1, 2, 4, 5)

Les signaux d'alerte et l'évaluation clinique des risques de chute par les infirmières constituent un dépistage et conduisent à une évaluation des risques de chute dans le système de feux de signalisation. Le système de feux de signalisation indique les client-es qui présentent un risque faible avec peu d'efforts de suivi et celles et ceux qui nécessitent des éclaircissements et des mesures supplémentaires en raison de leur risque modéré ou élevé.

Tableau 2 : Exemples d'évaluation de l'expérience clinique/de soins (4, 5)

Expérience clinique/de soins	
Exemples :	<ul style="list-style-type: none">• D'après l'expérience acquise avec des client-es qui sont tombé-es.• D'après l'expérience dans les relations avec le ou la client-e.• D'après des caractéristiques telles que la multimorbidité, le fait de vivre seul-e, la fragilité, etc.

La classification des risques de chute basée sur les questions-clés et l'évaluation clinique des risques de chute est présentée ci-dessous :

Classification des risques de chute en risques de chute faibles, modérés ou élevés :

- **3x NON pour les questions-clés. L'évaluation des risques de chute est non-significative.**
 - > Risque de chute faible
- **1-3 x OUI pour les questions-clés. L'évaluation des risques de chute est significative.**
 - > Risque de chute faible
- **1-3 x OUI aux questions-clés. L'évaluation des risques de chute est significative.**
Pas plus d'une chute, pas de blessures.
 - > Risque de chute modéré
- **1-3 x OUI aux questions-clés. L'évaluation des risques de chute est significative.**
Deux ou plusieurs chutes, chutes avec blessures.
 - > Risque de chute élevé

Remarques :

Sur la base de l'expérience clinique/de soins, il peut y avoir un ajustement de l'évaluation des risques de chute, par exemple :

- 3 x NON pour les questions-clés ; cependant, en raison de la démarche instable observable, le risque de chute est considéré comme modéré.
- 1-3 x OUI pour les questions-clés, parce qu'une chute s'est par exemple produite lors d'activités sportives mais l'évaluation du risque de chute est peu significative ; le risque de chute est considéré comme faible.

Remarque :

Si le **risque de chute est faible, aucune autre précision** n'est nécessaire et l'**ensemble d'interventions pour un risque de chute faible** est directement mis en œuvre (voir l'ensemble d'interventions pour un risque de chute faible).

3. Anamnèse en cas de risque de chute modéré

Si le risque de chute est modéré, une **anamnèse de chute** (enquête) est effectuée par l'infirmière qualifiée (annexe). Le but de l'anamnèse de chute est d'identifier les causes des chutes et les facteurs de risque de chute individuels. L'anamnèse de chute diffère d'un protocole de chute en ce sens que l'on ne s'informe pas seulement sur le déroulement de la chute et les mesures immédiates, mais on détermine les facteurs de risque de chute individuels.

4. Anamnèse et analyse multifactorielle en cas de risque de chute élevé

En cas de risque de chute élevé, une **analyse multifactorielle** est effectuée par l'infirmière qualifiée **en plus** d'une anamnèse de chute (questionnaire) (annexe). L'anamnèse et l'analyse multifactorielle permettent de dresser un portrait plus complet du client et de choisir les mesures de suivi adéquates et adaptées à la personne. Dans le cas d'un risque de chute élevé, une **évaluation interRAI**³ actuellement valide est requise comme base de l'analyse multifactorielle.

Figure 1 : Domaines de l'analyse multifactorielle (4, 6, 7)



3 interRAI Home Care Assessment-Instrument (interRAI HC Schweiz)

5. Ensemble d'interventions pour un risque de chute faible

Conseils

- Recommandation d'offres locales d'exercices de prévention des chutes qui favorisent l'équilibre, la force et l'assurance en marchant, par exemple :
 - Gymnastique senior dans la commune : offres de Pro Senectute, de la Ligue contre le rhumatisme, des clubs de gymnastique.
 - Rechercher des offres à proximité (y compris des informations sur l'entraînement à la maison). (8)
- Distribution de la brochure « Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité » du BPA – Bureau de prévention des accidents. (9)
- Si nécessaire, distribution ciblée d'informations complémentaires sur la prévention des chutes et sensibilisation sur les risques de chute.

Remarques :

Il est conseillé d'organiser des séances de conseil en présence des personnes de références/proches aidants afin d'impliquer l'entourage de la personne.

6. Ensemble d'interventions pour un risque de chute modéré

Conseils et soutien ; favoriser l'adhésion

- Recommandation d'offres locales d'exercices de prévention des chutes qui favorisent l'équilibre, la force et l'assurance en marchant, par exemple :
 - Gymnastique senior dans la communauté : offres de Pro Senectute, de la Ligue contre le rhumatisme, des clubs de gymnastique.
 - Rechercher de des offres des cours sur l'internet (y compris des informations sur l'entraînement à la maison). (8)
 - Si nécessaire, physiothérapie et MTT (thérapie médicale d'entraînement) sur prescription médicale.
- Conseils sur l'habitat, les systèmes d'appel d'urgence, les chaussures, les aides.
 - Distribution de la brochure « Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité » du BPA – Bureau de prévention des accidents ; avec une liste de contrôle pour l'habitat. (9)
 - Alarme Croix-Rouge (10) et autres systèmes d'appel d'urgence.
- Encourager une alimentation équilibrée et riche en protéine; vérifier que les médicaments sont pris correctement.
- Accompagner et soutenir le ou la client-e dans la mise en œuvre des mesures convenues. Souligner l'importance d'une mise en œuvre cohérente des mesures.

Remarques :

Si nécessaire, des **mesures individuelles ciblées** sont prises en cas de risque de chute modéré – en plus des conseils généraux et du programme de soutien.

Mesures spécifiques selon les résultats de l'anamnèse

L'anamnèse de chute (annexe) indique les causes spécifiques des chutes et les facteurs de risque de chute individuels et détermine les mesures de suivi thérapeutique et infirmier adaptées à chaque cas. En fonction des résultats de l'anamnèse de la chute, le médecin de famille doit être informé ou impliqué.

Remarque :

L'**adhésion**⁴ aux mesures convenues est absolument cruciale pour la réussite du traitement. Les clients doivent donc être bien soutenus et accompagnés dans la mise en œuvre des mesures convenues.

Remarques :

L'**échange interprofessionnel** avec les médecins, la physiothérapie, l'ergothérapie et d'autres spécialistes est essentiel à une prévention des chutes bien coordonnée et efficace à tous les stades.

4 L'OMS définit l'adhésion comme la mesure dans laquelle le comportement d'une personne est conforme aux recommandations convenues avec un professionnel de la santé, que cela implique la prise de médicaments, le suivi d'un régime alimentaire et/ou les changements de mode de vie. (11).

7. Ensemble d'interventions pour un risque de chute élevé

Conseils et soutien ; favoriser l'adhésion

- Entraînement de l'équilibre, de la force, de l'assurance en marchant et de la mobilité :
 - Envisager la recommandation d'une prescription de physiothérapie (à domicile) par le médecin généraliste, avec poursuite de l'entraînement physique par l'ASAD.
 - Proposition d'offres locales d'exercices de prévention des chutes qui favorisent l'équilibre, la force et l'assurance en marchant ; si nécessaire, organisation du transport et/ou de l'accompagnement.
- Conseils sur l'habitat, les systèmes d'appel d'urgence, les chaussures, les aides.
 - Si nécessaire, recommander au médecin de famille l'intervention d'un ergothérapeute pour évaluer l'habitat et prendre des mesures supplémentaires.
 - Alternative : évaluation de l'habitat par l'ASAD sur la base de la brochure « Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité » du BPA – Bureau de prévention des accidents avec la liste de contrôle pour l'habitat. (9)
 - Proposition de mesures de soutien (par exemple, adaptation des chaussures, installation d'aides, systèmes d'appel d'urgence).
- Conseils sur une alimentation équilibrée et riche en protéines de la part du personnel soignant ou inclusion de conseils nutritionnels de la part du médecin de famille.
- Accompagner et soutenir le ou la client-e dans la mise en œuvre des mesures convenues. Souligner l'importance d'une mise en œuvre cohérente des mesures.

Remarque :

En cas de risque de chute élevé, des **mesures individuelles ciblées** basées sur l'anamnèse de la chute et l'analyse multifactorielle sont prises – en plus de l'ensemble général de conseils et de soutien.

Mesures spécifiques selon les résultats de l'anamnèse et des analyses multifactorielles

L'anamnèse de chute (annexe) et l'analyse multifactorielle (annexe) indiquent les causes spécifiques des chutes et les facteurs de risque de chute individuels et déterminent les mesures de suivi thérapeutique et infirmier adaptées à chaque cas. En fonction des résultats de l'anamnèse de la chute et de l'analyse multifactorielle, le médecin de famille doit être informé ou impliqué.

Remarque :

L'**adhésion**⁵ aux mesures convenues est absolument cruciale pour la réussite du traitement. Les clients doivent donc être bien soutenus et accompagnés dans la mise en œuvre des mesures convenues.

Remarque :

L'**échange interprofessionnel** avec les médecins, la physiothérapie, l'ergothérapie, la diététique et d'autres spécialistes est essentiel à une prévention des chutes bien coordonnée et efficace à tous les stades.

⁵ L'OMS définit l'adhésion comme la mesure dans laquelle le comportement d'une personne est conforme aux recommandations convenues avec un professionnel de la santé, que cela implique la prise de médicaments, le suivi d'un régime alimentaire et/ou les changements de mode de vie. (11).

8. Évaluation

L'évaluation a lieu dans le cadre de la réévaluation, qui est effectuée par l'infirmier qualifié responsable de l'ASAD au plus tard tous les 9 mois après l'expiration de l'ordre médical ou en cas de détérioration importante (OPAS, al. 3. Art. 8.) (12). L'évaluation analyse et évalue le succès des mesures introduites et leur efficacité ; par exemple, si les chutes ultérieures ont pu être évitées, si la physiothérapie régulière à domicile a permis d'améliorer la démarche ou si le poids du corps a pu être stabilisé par une alimentation adaptée. En outre, les 3 questions-clés sont posées à nouveau afin de vérifier comment le risque de chute a changé et s'il est nécessaire de prendre des mesures supplémentaires.

Bibliographie

1. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. [www.cdc.gov](https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-print.pdf). [Online] 2017. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-print.pdf>.
2. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-508.pdf>. CDC Centers for Disease Control and Prevention. Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. [www.cdc.gov](https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-508.pdf). [Online] 2019. <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-508.pdf>.
3. Morris, J. N., Fries, B. E., Bernabei, R., Steel, K., Ikegami, N., Carpenter, G. I., Gilgen, R., DuPasquier, J-N., Frijters, D., Henrard, J-C., Hirdes, J. P., Belleville-Taylor, P., Berg, K., Björkgren, M., Gray, L., Haws, C., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Phillips, C. D., & Zimmermann, D. (2019). interRAI Home Care Schweiz (interRAI HCSchweiz) Bedarfsabklärungsinstrument und Handbuch. Deutschsprachige Ausgabe für die Schweiz. Version 9.4.2. interRAI.
4. NICE. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (NICE guideline CG161). 2019.
5. Schwendimann, R. Sturzrisiko einschätzen und abklären: Screening und Assessment. CURAVIVA-BfU Impulstag 2012. Olten: s.n., 2012.
6. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung). Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, 2013. ISBN: 978-3-00-015082-1.
7. Fondation pour la sécurité des patients. Prévention des chutes. Publication No2, 2008. ISBN-Nr. 978-3-905803-01-3.
8. Equilibre-en.marche.ch. [Online] 2020. <https://www.equilibre-en-marche.ch/trouver-un-cours>.
9. BPA – Bureau de prévention des accidents. Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité». www.bpa.ch. [Online] 2020. <https://www.bfu.ch/fr/recherche?q=3.159>.
10. Croix-Rouge suisse. www.redcross.ch. [Online] CRS, 2020. <https://alarme.redcross.ch>.
11. World Health Organization. Adherence to longterm therapies. Evidence for action. [Online] 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf?sequence=1>.
12. Confédération suisse. Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Berne: Chancellerie fédérale, 2020.

Anamnèse de chute

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Nombre de chutes au cours des 12 derniers mois :

(Si pas de chute, mais suspicion clinique d'un risque accru de chute > page 2)

Nombre d'hospitalisations/de visites aux urgences liées à une chute au cours des 12 derniers mois :

Enregistrement de la chute actuelle **Date/Lieu :**

Cause directe de la chute

Perte soudaine de conscience (syncope)	Malaise sans perte de conscience	Glissement	Autre :
Trouble de l'équilibre	Trébuchement		

Signe

Troubles sensoriels	Peur	Trouble de la parole	Autre :
Trouble de la conscience	Perte de force	Transpiration	
Vertiges	Voile noir devant les yeux	Troubles de la vision	
Trouble respiratoire	Aucun		

Facteurs environnementaux

Non significatifs	Lumière (trop claire, trop sombre)	Autre :
Sol (irrégulier, lisse, humide, glacé, glissant)	Des chaussures inadaptées (ouvert, chaussettes, pieds nus)	

Aides utilisées actuellement

Bâtons de marche	Déambulateur	Problèmes liés aux appareils d'assistance :	Autre :
Fauteuil roulant			

Position avant la chute

En déplacement	Debout	Couché	Autre :
Assis	Non connu		

Situation après la chute, symptômes

Immédiatement debout	Relevé par une personne	est resté couché, temps approximatif au sol :	Tension artérielle/pouls :
Inconscience	Peur		
Confusion	Vertige		
Pâleur	Fatigue		
Miction involontaire / Excrétion des selles	Paralysie		Autre :
	Non connu		

Blessures physiques

Hématome	Abrasion/plaie	Fracture :	Autre :
Ecchymose	Aucune		

Description de la chute

Facteurs de risque de chute

Historique de chutes

Vertiges

La mobilité :

Problèmes d'équilibre

Problèmes de force

Instabilité de la démarche/changement de la démarche (Par exemple, en raison de douleurs, de problèmes de pieds, maladies neurologiques, maladies musculosquelettiques, etc.)

Vision : Déficiences visuelles

Cognition : altération de la cognition, délire ou dépression

Incontinence urinaire : comportement mictionnel (par exemple, incontinence urinaire, nycturie, problèmes pour aller aux toilettes)

Nutrition : malnutrition ou dénutrition

Peur de tomber

Médicaments : par exemple polymédication, antidépresseurs, antipsychotiques, neuroleptiques, sédatifs, hypnotiques, antihypertenseurs, diurétiques.

Abus de substances (par exemple, alcool, drogues)

Facteurs extrinsèques :

Utilisation des aides

Chaussures et vêtements inadaptés

Dangers dans l'environnement

Mesures envisagées par ASAD

Commentaires

Date :

Visa :

Sources :

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung). Hochschule Osnabrück

Grob D. Gilgen R. Bopp I. Ongaro G. Behrendt U. Husmann C. Zbinden N. Rügger B. (2002). Waid-Guide – Agenda für geriatrisches Screening und Assessment. Teil 4: Test für die geriatrische Sturz-Abklärung. Klinik für Akutgeriatrie Stadtspital Waid

Patientensicherheit Schweiz. (2008). Sturzprävention - Schriftreihe Nr. 2. Patientensicherheit Schweiz Spitex Bâretswil (2009). Sturzprotokoll. Spitex Bâretswil

Spitex Chur (2019). Überwachungsformular Sturzereignis. Spitex Chur

Analyse multifactorielle

Vertiges	16
Mobilité	16
Vision	17
Cognition - Délire - Dépression	18
Cognition	18
Délire	18
Dépression	19
Incontinence urinaire	19
Nutrition	20
Peur de tomber	20
Médicaments	21
Abus de substances	21
Alcool	21
Drogues à fort potentiel de dépendance	22
Facteurs extrinsèques	23
Sources	24

Vertiges

Vertiges dans l'anamnèse des chutes

Évaluation ciblée

Anamnèse centrée sur les symptômes (1)

1. Où et quand les vertiges se produisent-ils ? Par exemple, en se levant ou en s'asseyant.
2. Qualité/caractère : Comment se sent-il/elle ? Par exemple, comme sur un bateau qui tangue ou tête qui tourne
3. Quantité/Force/Intensité : Quelle est la force ? par exemple sur une échelle d'évaluation numérique (NRS) de 0 à 10.
4. Déroulement chronologique : Apparition, durée, fréquence et périodicité des vertiges.
5. Facteurs modificateurs : facteurs précipitants, atténuants et aggravants.
6. Symptômes associés : par exemple, douleurs, nausées, problèmes d'audition, anxiété, faux mouvements
7. Explication du/de la client·e.

Intervention recommandée

Transmettez les informations de l'évaluation ciblée au médecin de famille pour obtenir des précisions sur les vertiges.

Mobilité

Mobilité dans l'anamnèse des chutes :

- Problèmes d'équilibre
- Problèmes liés à la force
- Insécurité de la démarche/changement de la démarche (par exemple, en raison de douleurs, de problèmes de pieds, de maladies neurologiques, de maladies musculo-squelettiques, etc.)

Évaluation ciblée

Test Timed up and Go¹ (TUG)

Le test TUG (Timed up and go Test) est un test standard recommandé pour évaluer la mobilité. On demande au client de se lever d'une chaise et de marcher 3 mètres, de faire demi-tour et de revenir s'asseoir sur la chaise. Le temps nécessaire pour cela est mesuré. (2)

Informations importantes sur l'exécution :

- Le TUG peut être effectué avec des aides (par exemple, un déambulateur, des cannes).
- Les clients peuvent utiliser leurs mains pour se lever.
- Vitesse de marche normale pendant le test.
- Démarrer le chronométrage à partir du signal « Allez-y ! »
- Arrêtez le chronométrage dès que les fesses touchent la chaise.

Interprétation :

La valeur seuil permettant de distinguer les personnes présentant un risque de chute (risque accru de chute) des personnes ne présentant pas de risque de chute est $\geq 13,5$ secondes (2).

Avis :

Si la douleur survient au repos ou en mouvement pendant le test, elle doit être évaluée à l'aide de l'échelle d'évaluation numérique (NRS) de 0 à 10. Pour les client·es présentant des troubles cognitifs, il convient d'utiliser l'échelle ECPA² (Echelle comportementale de la douleur chez la personne âgée non communicante).

1 Lien vers la vidéo (en allemand) : www.stoppsturz.ch/lernvideo-timed-up-and-go

2 Disponible sur (en français) : www.healthsadvisor.com/fr/guest/qs/ecpa-echelle-evaluation-douleur-personne-agee/

Interventions recommandées

Identifier la cause du trouble de la mobilité (p. ex. problèmes de pieds, œdèmes, douleurs) et, si nécessaire, adapter la thérapie en collaboration avec le médecin de famille.

Pour améliorer la démarche et l'équilibre :

1. Organiser la physiothérapie à domicile pour la création d'un programme de domicile adapté. Soutien de l'ASAD pour une mise en œuvre régulière.
2. Pour les clients mobiles, envisagez une physiothérapie suivie d'un entraînement thérapeutique.
3. Si la physiothérapie n'est pas possible : choisissez et pratiquez des exercices adaptés avec le/la client-e, voir par exemple [ici](#)³.
4. Soutien dans la recherche d'une offre de groupe adaptée dans les environs (p. ex. Pro Senectute, Ligue contre le rhumatisme, communautés religieuses). Si nécessaire, soutien à l'inscription et/ou au transport (accompagnement), voir par exemple [ici](#)⁴.

En cas d'utilisation d'une aide à la marche ou de besoin d'une aide à la marche :

- Contrôle et réglage de l'aide à la marche, voir [ici](#)⁵.

Vision

- Vision* dans l'anamnèse de la chute

Évaluation ciblée

1. Vérifiez la vision avec des aides (lunettes) :
 - **Gros plan** : Un journal est un bon moyen de vérifier la vision de près.
 - **Vision de loin** : par exemple, montrer le cadran d'une horloge dans la pièce et demander l'heure.
 - **Vision des contrastes** : Si la personne voit un objet brillant sur un fond blanc, par exemple une serviette en papier sur du papier blanc.
 - **Éblouissement** : demandez si, par exemple, les lumières vives comme la lumière directe du soleil sont aveuglantes.
2. Précisez si un examen de la vue a été effectué au cours des 2 dernières années.

Interventions recommandées

1. En cas de problèmes de vision (vision de près, vision de loin, vision des contrastes, éblouissement) et/ou si aucun examen de la vue n'a été effectué au cours des deux dernières années :
 - Recommandation d'un examen des yeux par le médecin de famille, l'ophtalmologue ou l'optométriste avec adaptation ultérieure des lunettes si nécessaire (si nécessaire, renonciation aux verres progressifs).
2. Identifier et traiter les facteurs de risque extrinsèques, par exemple :
 - Eclairage de l'appartement.
 - Utilisation incorrecte des aides (par exemple, lunettes non portées, manque d'entretien des lunettes, etc.)
3. Implication de l'Association locale des aveugles et malvoyants⁶ pour le conseil à domicile.

³ Disponible sur : www.equilibre-en-marche.ch/sentrainer-a-la-maison

⁴ Disponible sur : www.equilibre-en-marche.ch/trouver-un-cours

⁵ Disponible sur : www.bfu.ch/fr/recherche?q=3.176

⁶ Disponible sur : www.sbv-fsa.ch/fr/sections

Cognition - Délire - Dépression

Cognition

- La *cognition* dans l'anamnèse des chutes et/ou
- CAP *Perte des capacités cognitives*
- CAP *Comportement*

Évaluation ciblée

Contrôle de l'**échelle de performance cognitive** interRAI (**CPS**).⁷

Interventions recommandées

Si la valeur du CPS est ≥ 2 , le/la client·e est orienté·e vers le médecin de famille traitant pour une évaluation d'un trouble cognitif, si le diagnostic n'a pas déjà été posé.

Avis :

Les client·es ayant un CPS < 2 avec de meilleures capacités cognitives ont un grand potentiel de développement dans les changements de comportement s'il y a un accompagnement et un soutien appropriés.

Délire

- CAP *Delirium*

Évaluation ciblée

Effectuez l'**évaluation 4AT**⁸ pour détecter le délire (4).

Interventions recommandées

1. En cas d'évaluation positive du 4AT⁸ : Recherchez la cause, en collaboration avec le médecin de famille (5).
2. Les interventions suivantes sont recommandées pour soutenir les soins en cas de délire (5) :
 - Traitement des troubles cognitifs et/ou d'orientation
 - Promotion du rythme jour-nuit
 - Traitement de la déshydratation, de la malnutrition aiguë et de la constipation
 - Traitement des infections
 - Traitement de l'immobilité ou de la mobilité réduite
 - Traitement des déficiences visuelles et auditives
 - Traitement de la douleur existante

⁷ Un score CPS de 2 et plus indique une altération de la cognition de plus en plus prononcée. Pour les personnes ayant un score CPS de 6, le CAP n'est pas déclenché. (3)

⁸ Disponible sur : www.the4at.com/4at-francais

Dépression

- La *cognition* dans l'anamnèse des chutes, et/ou
- CAP Humeur*
- CAP Comportement*

Évaluation ciblée

Vérification de l'**échelle d'évaluation de la dépression** interRAI (**DRS**).⁹

Interventions recommandées

1. En cas de DRS ≥ 3 : Discuter du résultat avec le médecin de famille et engager les mesures appropriées.
2. L'intervention d'un-e infirmier-ère psychiatrique est recommandée.

Incontinence urinaire

- Incontinence urinaire* dans l'anamnèse de chutes, et/ou
- CAP Incontinence urinaire*

Évaluation ciblée

Répondre au questionnaire modulaire «International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – short form German (ICIQ-UI SF)»¹⁰

L'ICIQ-UI SF est un questionnaire qui enregistre la fréquence des mictions séparément le jour et la nuit, l'étendue de l'incontinence urinaire, la forme de l'incontinence urinaire et l'influence de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie. L'ICIQ-UI SF permet d'évaluer systématiquement la multi-causalité de l'incontinence urinaire chez les clients et de proposer des interventions de soins appropriées en fonction des causes déclenchantes. (6)

Interprétation

Le niveau de souffrance est mesuré sur une échelle de 0 à 10. Des valeurs plus élevées indiquent une incontinence urinaire plus prononcée.

Interventions recommandées

1. Si la forme¹¹ de l'incontinence urinaire n'est pas connue, il est recommandé, par l'intermédiaire du médecin généraliste, d'orienter les patients vers la gynécologie (femmes) ou l'urologie (hommes) pour une évaluation plus approfondie (7).
2. Conseil et organisation d'aides et de protections (7).
3. Implication d'une expertise spécialisée, par exemple un centre de continence.

⁹ Un score DRS de 3 et plus indique la présence possible d'une dépression.

¹⁰ L'ICIQ-UI SF est disponible gratuitement en plusieurs langues (y compris le français) pour les organisations sur inscription (durée 2-3 jours) à l'adresse : <https://iciq.net/register>.

¹¹ Pour les formes d'incontinence urinaire, voir le livre interRAI CAP p. 195 - 197, ou sur www.inkontinex.ch/.

Nutrition

- Nutrition dans l'anamnèse des chutes, et/ou
- CAP Nutrition

Évaluation ciblée

Mini évaluation nutritionnelle (MNA)¹² (8)

Interprétation :

24 - 30 points	Etat nutritionnel normal
17 - 23,5 points	Risque de malnutrition
< 17 points	Nutrition déficiente

Interventions recommandées

1. En cas de risque de malnutrition ou de malnutrition manifeste : implication du médecin de famille et/ou conseil en nutrition (avec prescription médicale).
2. Recommandations nutritionnelles pour la malnutrition (9) :
 - Une surveillance régulière du poids corporel est recommandée pour toutes les personnes âgées, au moins deux à quatre fois par an.
 - Ajustez la taille des portions individuelles. Répartissez 5-6 petits repas tout au long de la journée.
 - Faites des repas (surtout le petit-déjeuner) riches en protéines.
 - Les aliments riches en protéines sont, par exemple, les œufs, la viande, le poisson, le tofu, le fromage, le fromage blanc, le yaourt et le lait. Les noix, les légumineuses et les produits céréaliers contribuent également à l'apport en protéines.
 - Réduisez la portion de légumes au profit d'accompagnements de protéines et de féculents.
 - Buvez après et entre les repas.

Avis :

En cas de perte de poids non désirée, contactez le médecin de famille pour traiter les causes de la perte de poids (9).

Peur de tomber

- Peur de tomber dans l'anamnèse de chute

Évaluation ciblée

Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I)¹³

Le FES-I court est un outil de mesure simple qui permet de mesurer de manière fiable l'ampleur de la peur de tomber. Le questionnaire convient à toutes les personnes qui expriment une incertitude ou une inquiétude au sujet des chutes. Les personnes concernées ou les évaluateurs peuvent utiliser le FES-I court sans formation préalable. (10)

Interprétation :

Les résultats servent d'indicateur de l'ampleur de la peur de tomber :

7 - 8 points	Peu de préoccupations
9 - 13 points	Préoccupations modérées
14 - 28 points	Préoccupations élevées

¹² Disponible sur : https://mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf

¹³ Disponible sur (version française) : <https://documents.manchester.ac.uk/display.aspx?DocID=38570>

Interventions recommandées

1. Identifier les causes et traiter les facteurs de causalité (par exemple, s'entraîner à se relever du sol).
2. Recommandation de la physiothérapie pour promouvoir la mobilité via la prescription du médecin généraliste.
3. Recommandation de consulter un infirmier psychiatrique en cas de symptômes anxieux prononcés et/ou pour une formation de désensibilisation.

Médicaments

- Médicaments* dans l'anamnèse des chutes

Évaluation ciblée

Évaluation de :

- 1. Polypharmacie (≥5 médicaments) :** combien de médicaments la personne prend-elle régulièrement ?
- 2. Groupes de médicaments à risque :** Prend-on régulièrement des antidépresseurs, antipsychotiques, neuroleptiques, sédatifs, hypnotiques, opioïdes, antihypertenseurs et/ou diurétiques ? A quel moment de la journée sont-ils pris ? (S'il existe des indications d'une consommation problématique de drogues, voir également le chapitre «Toxicomanie / Drogues ayant un fort potentiel d'accoutumance».)
- 3. Changement de médicaments :** y a-t-il eu des changements de médicaments récemment (1-2 semaines) ?
- 4. Utilisation de médicaments de réserve :** quelle a été la fréquence de prise des médicaments de réserve récemment (1-2 semaines) ?
- 5. Observer et poser des questions sur les effets secondaires.**

Interventions recommandées (3, 11, 12)

1. En cas de polypharmacie et/ou d'autres facteurs de risque, l'implication du médecin généraliste ou du pharmacien est recommandée pour revoir et optimiser la médication.
2. Une revue de la médication doit être effectuée régulièrement avec la participation du médecin de famille (par exemple, à l'occasion d'une réévaluation). Selon la situation, examen supplémentaire, par exemple en cas de changement dans la mobilité, après avoir quitté l'hôpital ou à la demande du client / de la cliente.
3. Dans la mesure du possible, faire participer le client et ses proches au processus de médication.

Abus de substances

Alcool

- Mauvaise utilisation de substances : alcool* dans l'anamnèse des chutes

Évaluation ciblée

Questionnaire court **AUDIT-C**¹⁴

Le questionnaire court AUDIT-C (composé de 3 items de consommation) est adapté à la détection de la consommation problématique d'alcool. (13)

Interprétation :

Un score de **4** ou plus pour les **femmes** ou de **5** ou plus pour les **hommes** indique une utilisation problématique.

¹⁴ Disponible sur : <https://docs.lequotidiendumedecin.fr/operations/Mooc%20Alcool%202016/AUDIT-C.pdf>

Interventions recommandées

1. Participation d'infirmiers psychiatriques spécialisés.
2. La mise en œuvre d'interventions brèves (7 étapes) est recommandée (14) (15):
 1. Ouvrez la discussion(encouragez l'établissement de relations, recherchez la discussion et abordez la question de la toxicomanie au moment opportun).
 2. Faites le diagnostic en collaboration avec le médecin de famille.
 3. Informez le-la client-e (donnez des informations sur ce que signifie «consommation normale d'alcool»). Soutenez la volonté d'affronter le problème et encouragez la décision de changer.
 4. Test de motivation («Dans quelle mesure êtes-vous motivé-ee, de 0 (pas du tout) à 10 (beaucoup), pour vous attaquer au problème ?»).
 5. Motiver le-la client-e (indiquer les possibilités d'action, soutenir et motiver la mise en œuvre et la poursuite des mesures).
 6. Définissez les objectifs (fixez des objectifs réalistes).
 7. Maîtriser les interventions brèves (réfléchir sur les étapes franchies, réaliser un suivi).

Avis :

Les troubles de la dépendance les plus fréquents chez les personnes âgées sont la dépendance à l'alcool chez les hommes et la dépendance aux sédatifs chez les femmes (15).

Drogues à fort potentiel de dépendance

Mauvaise utilisation de substances psychoactives : Médicaments dans l'anamnèse de chute

Évaluation ciblée

Percevoir et documenter les signes et les observations (16) :

- **Signes externes/physiques** : par exemple, négligence, mauvaise haleine, perte de poids, chutes, perte d'équilibre, symptômes de manque, délire.
- **Signes comportementaux** : par exemple, humeur dépressive ou déprimée, anxiété, perte d'intérêt, hallucinations, attention réduite, agressivité, violence.
- **Signes sociaux, environnement familial** : par exemple, plus de visites, négligence, les dépôts de médicaments sont amassés.
- **Langage et expressions** : p. ex. paroles mal articulées, diluées, incohérentes, se plaignant de douleurs (à la tête), de troubles du sommeil, d'anxiété, de solitude, de dettes.

Benzodiazépines et non-benzodiazépines

S'il existe une indication d'une utilisation problématique de somnifères et de tranquillisants, tant dans le groupe des benzodiazépines que dans le groupe des non-benzodiazépines, il est recommandé de procéder à un dépistage au moyen du **LippstadtBenzo Check (LBC)**¹⁵ / **Benzodiazepine Dependence Questionnaire (BDEPQ)**¹⁶.

15 Disponible sur (en allemand): www.lwl.org/klinik_warstein_bilder/global/flyer-shop/10079.pdf

16 Disponible sur (manuel en anglais, questionnaire voir page 60): <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/T.R%200033.pdf>

Interventions recommandées

Créer un plan d'action (15) (16) :

1. Percevoir : Discernez les anomalies de l'environnement domestique et collectez des indices.
2. Réfléchir : Partagez vos observations lors d'une réunion d'équipe ou avec les membres du personnel et échangez si des observations similaires ont été faites. Discutez de la situation et de la marche à suivre en équipe.
3. Evoquer : En tant qu'infirmière responsable, abordez les anomalies avec le-la client-e. Exprimez-lui votre inquiétude.
4. Motiver : Au cours de plusieurs discussions, motivez le-la client-e à consulter le médecin de famille ou à accepter une visite à domicile. Proposez de faire participer les soignant-es.
5. Accompagner : Si la situation n'a pas changé et que le problème persiste, essayez de motiver le-la client-e à contacter un centre de conseil en toxicomanie ou à accepter d'autres offres d'aide.
6. S'impliquer : Aidez à prendre contact avec un service spécialisé si le client est d'accord. Continuez à montrer votre volonté de parler et de souligner les effets et les conséquences qui pourraient se produire si le comportement ne change pas. Dans les situations d'urgence telles que la mise en danger de soi ou une urgence médicale, prendre des mesures en collaboration avec le médecin de famille.

Avis :

Les médicaments à fort potentiel addictif comprennent les hypnotiques, les sédatifs et les tranquillisants, les analgésiques opioïdes (16).

Facteurs extrinsèques

Facteurs extrinsèques dans l'anamnèse des chutes.

Évaluation ciblée

- **Liste de contrôle pour l'habitat du BPA** : passez en revue la liste de contrôle avec le client sur place/à domicile ; voir la brochure du BPA – Bureau de prévention des accidents « Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité »¹⁷, pages 6-9.
- **Vérification des aides à la marche** (si nécessaire) ; voir la brochure du BPA « Cannes et déambulateurs »¹⁷.
- **Vérifiez les chaussures/les pieds.** (17)

Interventions recommandées

1. Voir les recommandations de la brochure du BFP Indépendance dans la vieillesse¹⁸
2. Si nécessaire, faites appel à un spécialiste en ergothérapie pour adapter l'environnement et les aides.

¹⁷ Disponible sur : www.bfu.ch/fr/recherche?q=3.159

¹⁸ Disponible sur : www.bfu.ch/fr/recherche?q=3.176

Sources

1. Morgan Jr, W. L., Engel, G. L., & Luria, M. N. (1972). The general clerkship: a course designed to teach the clinical approach to the patient. *Academic Medicine*, 47(7), 556-63.
2. Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy*, 80(9), 896-903.
3. Morris, J., Berg, K., Björkgren, M., Finne-Soveri, U. H., Fries, B. E., Frijters, D., Gilgen, R., Gray, L., Hawes, C., Henrard, J-C., Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Steel, K., Szczerbińska, K., Belleville-Taylor, P., Rabinowitz, T. & Smith, T. F. (2019). interRAI Clinical Assessment Protocols (interRAI CAPs) zur Verwendung mit den Assessment- Instrumenten für die Langzeitpflege. Version 9.1.3. interRAI. 978-1-62255-160-6
4. Tiegies, Z., Maclulich, A. M., Anand, A., Brookes, C., Cassarino, M., O'Connor, M., Ryan, D., Saller, T., Arora, R. C., Chang, Y., Agarwal, K., Taffet, G., Quinn, T., Shenkin, S. D. & Galvin, R. (2021). Diagnostic accuracy of the 4AT for delirium detection in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 50(3), 733-743.
5. Savaskan, E., & Hasemann, W. (2017). Leitlinie Delir: Empfehlungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie des Delirs im Alter. Hogrefe Verlag.
6. ICIQ. (2021). The International Consultation on Incontinence Questionnaire. <https://iciq.net>
7. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2014). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung). DNQP.
8. Nestlé. (2009). Mini Nutritional Assessment MNA. Nestlé. https://mna-elderly.com/forms/mini/mna_mini_french.pdf
9. ssn Société Suisse de Nutrition. (2021). Séniors. sge. <https://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/aux-differents-ages/seniors/>
10. The University of Manchester. (2005). FES-I Falls Efficacy Scale. The University of Manchester. <https://sites.manchester.ac.uk/fes-i/>
11. Patientensicherheit Schweiz. (2021). Sichere Medikation in Pflegeheimen. Patientensicherheit Schweiz. <https://www.patientensicherheit.ch/programme-progress/sichere-medikation-in-pflegeheimen/>
12. DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2013). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung). DNQP.
13. Praxis Suchtmedizin. (2012). AUDIT-C Fragebogen. Praxis Suchtmedizin. https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/alkohol/AuditC_d.pdf
14. Loeb, P., Stoll, B., & Weil, B. (2014). Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung (2. erweiterte Auflage). EMH Media.
15. Savaskan, E., Fuchs, A., Hemmeter, U., Ibach, B., Indermaur, E., Klöppel, S., Laimbacher, S., Leyhe, T., Lötscher, C., Popp, J., Stauch, T., Wiesbeck, G., Wocpfner, A. & Zullino, D. (2021). Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie der Abhängigkeitserkrankungen im Alter. Praxis.
16. Kanton Zug. (2015). Leitfaden zur Früherkennung von Alkohol- und Medikamentenproblemen in der ambulanten Altersarbeit. Kanton Zug. <https://www.zg.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/ suchtberatung/sucht-im-alter>
17. BPA Beratungsstelle für Unfallverhütung. (2020). Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité. BPA.