

La plus-value du raisonnement clinique infirmier dans la prévention des chutes en établissement médico-social

Travail de Bachelor

**Poncioni Laetitia
N° 4070016468**

**Senger Vanessa
N°4070016513**

Directeur-trice : MAUPETIT Christine - Professeure HES, Haute Ecole de Santé
Genève

Membre du jury externe : ROBERT Sophie – Infirmière, personne ressource chute
Maison de Vessy

Genève, 7 juillet 2016



DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 7 juillet 2016

Laetitia Poncioni, Vanessa Senger

REMERCIEMENTS

A Madame Christine Maupetit qui nous a soutenues et aidées tout au long de notre travail, ainsi que pour sa grande disponibilité.

A Monsieur Marc Diby, pour son aide apportée lors des séminaires de recherche ainsi que ses précisions pour l'analyse de nos articles.

A Madame Sandrine Favre pour son éclairage sur la théorie de Peplau.

A Madame Muriel Delacquis pour son aide apportée lors de l'élaboration de la Fact sheet.

A Madame Sophie Robert, jury de notre soutenance, pour l'intérêt apporté à notre travail.

A nos familles, amis ainsi que connaissances pour nous avoir encouragées et soutenues tout au long de l'élaboration de ce Travail de Bachelor.

RÉSUMÉ

Introduction: L'augmentation de la population âgée suisse permet de suggérer que l'institutionnalisation en EMS croît également. Le sujet de notre travail de Bachelor traite de la place du raisonnement clinique dans la prévention des chutes en EMS. En effet, ces dernières sont un problème majeur dans notre société. Elles représentent la deuxième cause de décès accidentel dans le monde. Un des rôles infirmier est de promouvoir la prévention du risque de chute. Le but de cette revue de littérature est de décrire le rôle du raisonnement clinique dans la démarche de prévention des chutes sous l'angle de la théorie de Hildegarde Peplau.

Méthodologie: Notre recherche, à l'aide de mots clés et à partir des bases de données Pubmed et Cinhal, a permis d'identifier 70 articles parmi lesquels 6 ont été retenus pour notre analyse critique.

Résultats: Le risque de chute est une problématique liée à l'âge. Les facteurs de risque sont bien documentés dans la littérature et répertoriés selon des niveaux de preuve. Les études montrent que le raisonnement clinique infirmier présente une plus-value au niveau de la prise en soin et qu'il doit être privilégié en incluant les outils/échelles d'évaluation préconisés.

Conclusion: Grâce à ce travail, aux recherches effectuées et aux ouvrages consultés, le raisonnement clinique ressort comme une compétence à part entière de l'infirmière qui se révèle primordiale dans la prévention des chutes. La théorie de Peplau permet une prise en soin personnalisée et centrée sur les besoins et les ressentis des résidents.

Mots clés: Risque de chute, évaluation du risque de chute, EMS, évaluation clinique, jugement clinique, soins infirmiers, qualité des soins.

SUMMARY

Introduction: The increase in the Swiss elderly population suggests that the institutionalization in nursing home also grows. The topic of our Bachelor thesis is about the place of the clinical judgment in the falls prevention in nursing home. These falls are indeed a major problem in our society as they represent the second cause of accidental death in the world. The aim of this literature review is to describe the role of the clinical judgment in the process of falls prevention under the theoretical approach of Hildegard Peplau.

Methodology: Our research, based on key words searched in the Pubmed and Cinhal databases, enabled us to identify 70 articles among which 6 have been selected for our critical analysis.

Outcomes: The risk of fall is an issue linked to age. The risk factors are well documented in the literature and listed according to levels of proof. Studies show that the nursing clinical judgment presents an added value regarding the care and must be favoured by including the recommended evaluation tools/scales.

Conclusion: Through this research, our preliminary searches and the consulted publications, the clinical judgment appears as a full-fledged skill of the nurse and reveals itself as essential in the falls prevention. The Peplau theory enables personalized care focused on the residents' needs and feelings.

Key words: Falls risk, falls risk assessment, nursing home, clinical assessment, clinical judgment, nursing care, quality of care.

MOTS-CLES

Français	Anglais
Risque de chute	Fall risk
Évaluation du risque de chute	Fall risk assessment
EMS	Nursing home
Évaluation clinique	Clinical assessment
Jugement clinique	Clinical judgement
Soins infirmiers	Nursing care
Qualité des soins	Quality of care

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	Antécédents
AS	Aide-soignant
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CG	Control Group
CP-FSI	Communauté de pratique de la Faculté des sciences infirmières
EC	Examen Clinique
EMS	Établissements médico-sociaux
EGG	Evaluation Gériatrique Globale
HEdS	Haute Ecole de Santé - Genève
IG	Intervention Group
KFH	Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses
MIF	Mobility Interaction Fall
MMSE	Mini-Mental State Examination
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
SWWT	Stops Walking When Talking
TUG	Timed Up&Go test
VPN	Valeur prédictive négative
VPP	Valeur prédictive positive

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	4
Summary	5
Mots-clés	6
Liste des abréviations.....	6
1. Introduction	10
1.1. Problématique.....	11
1.2. Cadre théorique	13
1.2.1. Métaconcepts.....	13
1.2.2. Les trois phases de la théorie de Peplau	14
1.2.3. Les cinq rôles de l’infirmière selon Peplau	16
1.2.4. Liens entre notre thématique et la théorie de Peplau	17
1.3. Question de recherche	20
2. Méthode	21
2.1. Sources d’information et stratégies de recherche documentaire	21
2.1.1. Type de recherches retenues	24
2.1.2. Répartition géographique des études retenues.....	24
2.1.3. Types de revues professionnelles.....	25
2.2. Diagramme de flux	26
2.3. Stratégies d’analyse.....	27
3. Résultats	28
3.1. Epidémiologie des chutes en EMS.....	29
3.2. Conséquences des chutes pour la personne âgée.....	29
3.3. Facteurs de risque de chute	29
3.3.1. Facteurs de risque de chute intrinsèques	29
3.3.2. Facteurs de risque de chute extrinsèques.....	30
3.4. Tests de dépistage du risque de chute	30
3.5. Conjugaison du raisonnement clinique infirmier avec les tests de dépistage du risque de chute	32
3.5.1. Tests utilisés seuls	32

3.5.2.	Tests et raisonnement clinique	32
3.5.3.	Raisonnement clinique utilisé seul	32
3.6.	Les compétences infirmières face au risque de chute en EMS	33
4.	Discussion	34
4.1.	Épidémiologie des chutes en EMS.....	34
4.2.	Conséquences des chutes pour la personne âgée.....	34
4.3.	Facteurs de risque de chute	35
4.4.	Tests de dépistage du risque de chute	35
4.5.	Raisonnement clinique infirmier.....	37
4.6.	Les sept compétences infirmières (KFH) face au risque de chute en EMS en lien avec la théorie de Peplau.....	39
4.6.1.	Le rôle d'expert-e	39
4.6.2.	Le rôle de communicateur-trice	40
4.6.3.	Le rôle de collaborateur-trice.....	40
4.6.4.	Le rôle de manager.....	41
4.6.5.	Le rôle de promoteur-trice	41
4.6.6.	Le rôle d'apprenant-e et formateur-trice.....	42
4.6.7.	Le rôle de professionnel-le	42
5.	Conclusion.....	44
5.1.	Limites et apports du travail	44
5.2.	Synthèse des recommandations	45
	Références	46
6.	Annexes	51
Annexe I	51	
Figure 1.	Évolution de la population âgée en Suisse.....	51
Figure 2.	Structure de l'âge par sexe selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09	52
Figure 3.	Fréquences des chutes au cours d'une année selon le lieu de vie en 2007 et en 2008/09	53
Annexe II	54	
Tableau	facteurs de risque de chute et niveaux de preuve.....	54
Annexes III : Grilles de dépistage du risque de chute	55	
Timed up and go Test (TUG)	55	
Stratify scale	56	

Downton index	57
Annexes IV: Analyse des articles	58
Article 1.....	58
Article 2.....	60
Article 3.....	62
Article 4.....	64
Article 5.....	66
Article 6.....	68
Annexes V: Formations continues.....	70
Annexes VI: Interventions infirmières en lien avec la chute.....	73
Figure 4: Prévention des chutes.....	73
Figure 5: Indications à faire de l'exercice: Renforcement musculaire.....	74
Figure 6: Gestion de la médication.....	76
Figure 7: Thérapie par l'exercice: Equilibre.....	78
Annexes VII: Résultats en lien avec la chute.....	79
Figure 8: Fréquence des chutes et préventions des chutes.....	79
Figure 9: Mobilité.....	80
Figure 10: Réaction à un médicament.....	81
Figure 11: Equilibre.....	82
Annexe VIII: Fact Sheet.....	83

1. INTRODUCTION

“En Suisse, environ un tiers des plus de 65 ans tombent au moins une fois par année”
(Sécurité des patients Suisse, 2008).

Lors du choix proposé par la Haute École de Santé (HEdS) pour le Travail de Bachelor, nous avons choisi comme public cible les personnes âgées pour plusieurs raisons: ces dernières sont de plus en plus nombreuses dans notre société. En tant que futures professionnelles, les personnes âgées vont représenter une grande partie de nos futurs patients. Les chutes sont considérées comme un syndrome gériatrique extrêmement présent chez les personnes âgées, que ce soit dans les établissements médico-sociaux (EMS) ou à domicile. Elles entraînent de nombreuses conséquences souvent irréversibles ayant un coût important de la santé.

Notre questionnement s’est porté plus particulièrement sur le rôle de l’infirmière dans la prévention des chutes.

L’EMS nous a semblé être un bon domaine d’étude, car nous avons pu observer par nous-mêmes ce qu’il se passait sur ce terrain lors des stages effectués au cours de notre formation au sein de la HEdS. Les EMS accueillent des personnes âgées dont l’état physique ou psychologique est fragile, les empêchant alors de rester à domicile. Cette fragilité¹ due au vieillissement amène parfois à une perte d’autonomie et une dépendance dans les activités de la vie quotidienne. Le risque de chute est alors très présent au sein de cette population vivant en institution.

Pour effectuer notre travail de recherche, nous avons sélectionné six articles pertinents afin de répondre à notre problématique et de mettre en évidence l’importance de la prévention des chutes et notamment, des outils d’évaluation validés actuellement à notre disposition. Notre questionnement sera en lien avec la place du raisonnement clinique dans la prévention des chutes et les enjeux liés à ce dernier. Le raisonnement clinique est une compétence du rôle infirmier qui mobilise notamment un “savoir penser” (Maupetit, 2008).

¹ Selon Félix (2014), la fragilité se définit comme: « un stade de vulnérabilité physiologique lié à l’âge entraînant un affaiblissement de la réserve homéostatique et une diminution de la capacité de l’organisme à résister au stress. », « La fragilité d’une personne dépend de 5 facteurs: problèmes médicaux, problèmes fonctionnels physiques, problèmes fonctionnels psychiques, problèmes fonctionnels cognitifs et problèmes fonctionnels sociaux ».

Il permet de se faire une idée, une opinion suite à un processus d'observation, d'analyses critiques et de raisonnement en lien avec les éléments observés. Le jugement clinique est en résumé la conclusion du raisonnement clinique de l'infirmière² (Paillard, 2013).

1.1. Problématique

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2014), la part des personnes âgées de plus de 65 ans en Suisse représentent 17,1 % de la population. Les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, notamment suite à l'augmentation de l'espérance de vie (Cf. Annexe I, figure 1), ne vont cesser d'augmenter et vont aussi représenter notre public cible de soin (Cf. Annexe I, figure 2).

Le vieillissement se caractérise par des changements physiologiques progressifs, très lents mais irréversibles. Ces modifications touchent les cellules, les organes et les systèmes du corps humain (Voyer, 2013, chapitre 1, page 5). « Cela entraîne alors une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2012). En effet, de nombreux changements s'opèrent lors du vieillissement et rendent ainsi la personne âgée plus fragile. Le système locomoteur est, par exemple, touché et entraîne une sarcopénie. Cette « baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force et de la performance physique » (Voyer, 2013) engendre une diminution de la mobilité et une instabilité. Selon l'OFS (2015), six personnes en établissement médico-social sur dix ne sont pas en mesure de marcher seules plus de 200 mètres (61%). Les personnes âgées sont alors plus exposées au risque de chute à cause de cela, mais également suite à une défaillance progressive de leur organisme, entraînant par exemple des troubles de la vision ou encore une polymédication.

La chute, « évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment » (OMS, 2012), représente, au niveau mondial, la deuxième cause de décès accidentel. Environ 424 000 personnes perdraient la vie suite aux chutes. 37,3 millions de chutes nécessitent une hospitalisation ou des soins médicaux. Les personnes les plus à risque sont les personnes de plus de 65 ans (Cf. Annexe I, figure

² Se lit également au masculin

3). Selon l'OFS (2012), 39% des personnes vivant en EMS ont fait une chute sur une période d'une année. Presque un quart des résidents³ d'EMS (21%) sont tombés plusieurs fois au cours d'une année. Dans un peu plus d'un tiers des cas (32%), les chutes en EMS occasionnent des fractures.

La Sécurité des patients Suisse (2008), a élaboré des recommandations pour les différents lieux de soin, y compris les EMS. En effet, cette organisation s'appuie sur le processus de gestion des risques pour traiter la problématique des chutes, souvent sous-estimée. Elle propose quatre étapes: l'identification du risque, la définition et l'estimation du risque, la prévention et intervention ainsi qu'une évaluation finale des résultats. Pour réaliser ce processus, l'organisation fournit différents outils et tests de référence internationale permettant aux professionnels de santé de gérer le risque de chute.

Réaliser un examen clinique⁴ combiné d'outils d'évaluation fait partie des compétences du rôle infirmier. En effet, pour connaître son patient et lui offrir les meilleurs soins possibles, l'infirmière doit effectuer une démarche de soin comprenant une anamnèse avec une évaluation clinique complète. Faisant suite à cet examen, elle exerce son raisonnement clinique, et développe un esprit critique sur la situation globale de soin afin de proposer des interventions adaptées à la situation particulière du résident. De plus, dépister le risque de chute fait partie intégrante de l'Evaluation Gériatrique Globale (EGG) (Félix, 2014). Celle-ci comporte en effet un examen clinique physique associé à des tests de dépistage tels que le Timed Up and Go (Cf. Annexe III)

Lors de notre stage respectif en EMS, nous n'avons observé ni protocole spécifique concernant la prévention des chutes, ni mesures de prévention particulières ou spécifiques mises en place *avant* la première chute du résident. Bien qu'une cible⁵ soit posée après un épisode de chute, nous n'avons pas relevé dans les dossiers mis en place d'interventions systématiques.

Compte tenu de ces observations, nous nous interrogeons sur la place du raisonnement clinique dans la démarche de prévention des chutes chez les résidents.

³ Se lit également au féminin.

⁴ Paillard (2013), définit cet examen comme « permettant de détecter les signes, symptômes et indices relatifs à l'état de la base de santé du patient. C'est sur cet examen que l'infirmière fondera son raisonnement clinique ».

⁵ Selon Dancausse & Chaumat (2003), « les transmissions ciblées sont une méthode pour organiser la partie narrative de la personne soignée, pour comprendre rapidement sa situation et les soins nécessaires à dispenser ». Tout acteur de soins, sous la responsabilité de l'infirmière peut apposer sa transmission.

1.2. Cadre théorique

Pour notre Travail de Bachelor, nous avons choisi d'utiliser la théorie de H. Peplau (1952). Celle-ci nous a paru adaptée, car elle met en avant les relations interpersonnelles résident-soignant qui sont particulièrement importantes lors du dépistage du risque de chute. En effet, le ressenti de la personne est à prendre en compte pour pouvoir mettre en place un plan de soin adapté à la personne et centré sur ses besoins. Le partenariat créé permettra d'établir un lien de confiance et favorisera donc une meilleure évaluation des risques. Nous définirons le métaparadigme selon les quatre concepts suivants: la personne, le soin, la santé et l'environnement.

Selon Fawcett (2013), la théorie élaborée par H.E. Peplau se situe dans les grandes théories, aussi appelées théories à large spectre. Ces dernières ont un niveau d'abstraction élevé et permettent une vision générale de la discipline.

L'école à laquelle cette dernière appartient est celle de l'interaction. Cette école, qui a vu le jour dans les années 50-60, répond à la question : « comment les infirmières font ce qu'elles font ? » et s'appuie sur les théories existentialistes.

Le paradigme dans lequel la théorie de H.E. Peplau est ancrée, appartient au paradigme de l'interaction réciproque. Cette théorie se base sur les relations interpersonnelles et favorise le rôle social ainsi que la qualité de vie de la personne. Elle semble donc bien adaptée à notre problématique et question de recherche car elle va permettre d'individualiser les mesures de prévention selon les ressentis, besoins et attentes du résident.

1.2.1. Métaconcepts

1.2.1.1. La personne

Selon Peplau, la personne est « un être bio-psycho-socio-spirituel en développement constant qui présente des besoins et qui a la capacité de transformer son anxiété en énergie positive lui permettant de répondre à ses besoins » (Pepin, Kerouac et Ducharme, 2010).

Son approche de la personne est dynamique: la personne ne peut se développer et s'épanouir que si elle s'engage dans les interactions avec les autres et avec son environnement (Fawcett, 2013).

1.2.1.2. Le soin

La théorie de Peplau, considère que le soin est basé sur l'interdépendance de la relation soignant-soigné. Le soignant et le soigné ont un objectif commun qui est de permettre un développement de la personnalité. Le soin s'organise selon un processus en trois phases (Cf. point 1.2.2).

1.2.1.3. La santé

La santé pour Peplau est un état où la personnalité se développe continuellement. Elle exprime également que l'anxiété serait une source de croissance personnelle, car elle implique des projets interpersonnels et un travail sur soi. Selon Fawcett (2013), la théorie de Peplau définit la santé comme un état qui permet de développer sa «créativité» au quotidien, et de pouvoir entretenir des relations avec les autres. Pour cela, la personne doit mettre un sens sur ce qu'elle vit.

1.2.1.4. L'environnement

Il est représenté par des forces existantes à l'extérieur de l'être humain. Le contexte culturel, les croyances et les coutumes en font partie. La théorie souligne également que l'environnement se constitue des personnes significatives avec qui la personne interagit. L'infirmière et la personne soignée travaillent ensemble afin de résoudre le problème.

1.2.2. Les trois phases de la théorie de Peplau

La théorie de Peplau décrit un processus en trois phases en lien avec l'interaction soignant-soigné : la phase d'orientation, la phase de travail et la phase de résolution que nous allons décrire ci-dessous.

Phase d'orientation :

Selon Parker & Smith (2010), la relation infirmière-patient débute lors de la phase d'orientation. C'est dans cette dernière que la relation va se développer. En effet, lorsque l'infirmière rencontre le patient, c'est la découverte l'un de l'autre. « L'infirmière accepte le patient comme il est et interagit avec lui comme avec un étranger, en laissant place à son ressenti et ses émotions » (Peplau, 1952, p.44). C'est dans cette première phase, qu'un lien de confiance va se tisser et permettre à la relation d'évoluer. Pour cela, la communication verbale et non verbale est essentielle. L'infirmière et le patient apprennent alors à se connaître. Leurs attentes et leurs rôles sont définis et compris. Dans cette phase, le patient exprime un besoin ressenti et sollicite l'infirmière. Ils travaillent ensemble, comme une équipe pour évaluer les besoins du patient. L'infirmière va alors aider le patient en reconnaissant son besoin et en évaluant sa situation.

Phase de travail:

La phase de travail comporte deux étapes: l'identification et l'exploitation. En effet, selon Parker & Smith (2010), le patient va exploiter ses ressources pour améliorer sa santé et l'infirmière joue différents rôles pour faciliter le développement du patient vers le bien-être. L'étape d'identification permet au patient et à l'infirmière d'identifier les besoins de celui-ci, afin de pouvoir trouver ensemble des objectifs de soins. Pour cela, l'infirmière développe et démontre des compétences de résolution de problème au travers d'un processus relationnel. Au cours de l'étape d'exploitation, le patient est actif dans sa prise en soin. Il tire profit de l'aide proposée par l'infirmière et intègre la nécessité de ce soutien. De ce fait, le patient est dépendant de l'infirmière, ils vont alors travailler ensemble pour développer des stratégies de soins et développer une certaine indépendance.

Phase de résolution:

Selon Parker & Smith (2010), cette dernière phase implique le fait que le patient oscille de manière continue entre la dépendance et l'indépendance, sur la base à la fois d'une mise à distance de l'infirmière et d'un renforcement de sa capacité à gérer ses soins. En effet, le patient qui surmonte le « problème » de santé auquel il est confronté.

Il s'identifie de moins en moins à l'infirmière qui l'a aidé et devient ainsi de plus en plus autonome.

1.2.3. Les cinq rôles de l'infirmière selon Peplau

H. Peplau attribue cinq rôles à l'infirmière : l'étrangère, la conseillère, la personne ressource, le leader et le substitut:

Le rôle de l'étrangère: le professionnel et la personne soignée se rencontrent pour la première fois. Ils sont donc comme deux étrangers. Le professionnel va alors essayer d'apprendre à connaître la personne en la considérant comme un être à part entière avec son histoire de vie et ses croyances afin d'établir une confiance mutuelle. Le professionnel va faire preuve de respect et d'intérêt envers la personne rencontrée.

Le rôle de conseillère: le professionnel fera preuve d'une écoute active et donnera des pistes pour que la personne soignée puisse comprendre ce qui lui arrive et accepter les éventuels changements qui vont avoir lieu. Il va donc être en mesure de la guider et de l'orienter vers un nouveau mode de vie face aux changements qui risquent de s'opérer.

Le rôle de personne ressource: le professionnel sert de soutien à la personne soignée. En effet, cette dernière peut s'appuyer sur le professionnel qui lui transmettra des données médicales et des interprétations concernant sa situation de santé. Des réponses utiles et pertinentes lui seront donc fournies afin de pouvoir mieux comprendre son état de santé actuel.

Le rôle de leader: le professionnel aide et stimule la personne soignée à s'appliquer de façon active dans la prise en soin qui lui a été proposée afin que sa santé s'améliore. La personne soignée doit comprendre que la réussite de la prise en soin vient d'elle. Le professionnel doit également s'assurer que le plan de soin est adapté et que la personne soignée en soit satisfaite. Le professionnel doit aussi se montrer leader face à l'équipe pluridisciplinaire.

Le rôle de substitut: le professionnel est là pour donner un point de repère à la personne soignée sur qui elle peut compter. Cette situation permettra de faire revivre à

la personne soignée des sentiments archaïques. La personne soignée a souvent tendance à pousser, de façon inconsciente, le professionnel dans ce rôle.

1.2.4. Liens entre notre thématique et la théorie de Peplau

1.2.4.1. Métaconcepts

La personne: Selon Fawcett (2013), la personne agit selon le sens de l'évènement au cours de la relation. Ainsi, lors d'un épisode de chute, chaque personne va réagir et comprendre différemment la situation. Le développement constant de la personne défini par la théorie de Peplau, fait que le résident est acteur de sa prise en soin : le résident travaille donc en partenariat avec l'infirmière. En effet, suite à une chute, l'infirmière peut mener un entretien avec le résident afin qu'il puisse mettre en mots ses maux. Grâce à ce travail de réflexion et d'expression de ses ressentis, le résident va pouvoir discuter des différentes stratégies avec l'infirmière afin de pouvoir choisir la plus adaptée (ex : renforcement musculaire, mobilisation etc.) à mettre en place avec l'infirmière pour éviter une nouvelle chute.

Le soin: Durant les différentes étapes de la prise en soin, l'infirmière va travailler AVEC le résident, non pas pour régler son problème à tout prix, mais pour essayer de l'identifier et de le comprendre. Dans le cadre d'une chute, les objectifs de soins seront fixés par l'infirmière avec le résident en fonction des besoins et limites de ce dernier. De ces objectifs découleront des interventions ainsi que des résultats visant à travailler sur l'épisode de la chute.

La santé: Dans la posture de Peplau, c'est en mettant un sens sur ce que la personne soignée vit (la chute) en comprenant son ressenti sur la chute et les peurs qu'elle peut rencontrer afin de mettre en place avec elle un plan de soin personnalisé. Le but de ce dernier, dans un contexte de chute, est de permettre au résident de conserver son état de santé actuel afin d'éviter une péjoration de celui-ci.

L'environnement: Cette relation duelle va nous permettre de mettre en place la prévention la plus adaptée grâce au ressenti et à l'expression des difficultés émises par le résident. Cette théorie se base sur les besoins rencontrés par le résident afin d'y

répondre le mieux possible. Cette relation vise à améliorer le quotidien de la personne soignée et à trouver avec elle des solutions. Afin de mener à bien cette relation, il faut également prendre en compte l'environnement social. Les proches aidants sont aussi des partenaires de soin. Il est donc important de prendre en compte le vécu de la famille et des proches afin de pouvoir travailler avec eux de façon adéquate. Ils sont d'une grande aide, tant pour collaborer avec les professionnels de la santé que pour soutenir et être présents envers leurs proches qu'ils connaissent si bien. En effet, ils peuvent nous apporter des informations sur les antécédents de chute, comme par exemple, les circonstances de la chute, comme le moment de la journée ou le lieu.

1.2.4.2. Les trois phases de la théorie de Peplau

Phase d'orientation: C'est lors de cette première phase que l'infirmière va tisser un lien de confiance avec le résident dès la première rencontre. Elle va lui permettre de s'exprimer par rapport au vécu de sa chute. Elle va également questionner le résident sur une éventuelle peur de chuter à nouveau pour pouvoir y travailler ensemble s'il en ressent le besoin. Le raisonnement clinique fait alors place au jugement clinique qui est l'aboutissement de la réflexion de l'infirmière en lien avec son analyse de la situation. L'infirmière doit aussi prendre conscience de ses propres représentations et valeurs en lien avec la chute (Est-il normal qu'une personne chute ? La chute est-elle une fatalité ?). Ainsi en s'engageant dans le processus de soin, elle va utiliser ses intuitions, perceptions et compétences en matière de communication. Elle va choisir le bon mot au bon moment, en respectant le rythme de la personne soignée et ainsi inciter le résident à s'exprimer. L'infirmière va réaliser un examen clinique et un recueil de données. Les éléments recueillis vont non seulement permettre à l'infirmière d'apprendre à connaître le résident, mais aussi à compléter son anamnèse. L'infirmière va ainsi le questionner sur différents éléments tels que les traitements qu'il prend, ses antécédents médicaux et chirurgicaux, ses habitudes de vie, son réseau relationnel et ses éventuels antécédents de chute afin d'identifier les facteurs de risque de la chute et de connaître son vécu. En interagissant avec la personne soignée, l'infirmière utilise également sa compétence d'observatrice. En effet, elle doit être ouverte et attentive à ce qui se passe dans la relation, tant chez elle que chez le résident. Elle va observer le comportement du résident, ses mouvements, ses déplacements et son occupation de l'espace. L'infirmière et le résident étant partenaires de soins, l'infirmière va lui faire part de ses observations afin de les « valider » ensemble.

Phase de travail: Selon Parker & Smith (2010), Peplau souhaite que les infirmières travaillent « avec » le patient plutôt que « pour » le patient. Le résident sera alors plus enclin à s'investir dans le processus de travail s'il se sent écouté et compris. En effet, l'infirmière aide à améliorer, renforcer et développer les capacités du résident à traverser et à affronter la situation mais n'enseigne pas des solutions. Chaque personne est unique et a ainsi des attentes et des besoins qui lui sont propres. L'infirmière, pour aider au mieux le résident, doit tenir compte de son rythme et de ses intérêts. De plus, elle doit s'interroger sur sa pratique: qu'est-ce qui est le plus bénéfique, le plus adapté pour ce patient? C'est dans cette phase que l'infirmière va énoncer des hypothèses de compréhension, formuler des diagnostics infirmiers (ex : risque de chute), des objectifs et des interventions (NIC) en lien avec le risque de chute, toujours en accord avec son partenaire de soin, le résident et/ou sa famille ainsi que des résultats selon NOC (Cf. annexe VI et VII).

Phase de résolution: Les besoins d'aide du résident commencent à être satisfaits et de nouveaux besoins et objectifs apparaissent. Le résident est conscient du risque de chute et est sensible aux facteurs de risque en lien avec ce risque. Il utilise pleinement les stratégies proposées par l'infirmière lors de la phase de travail et les applique dans son quotidien. La personne soignée est de moins en moins dépendante de l'infirmière.

1.2.4.3. Les cinq rôles de l'infirmière selon la théorie de Peplau

Le **rôle de l'étrangère** peut se révéler très intéressant dans la prise en soin du résident à risque de chute et/ou ayant déjà chuté, car l'infirmière adopte un rôle empathique et d'écoute dès l'admission du résident et le considère comme un être à part entière avec son expérience, son vécu et son histoire de vie. L'infirmière tient compte des besoins rencontrés afin de créer un climat propice à la communication et à la confiance.

Grâce au **rôle de conseillère**, le résident pourra se livrer sans crainte d'être jugé. Il pourra, par exemple, parler du vécu de sa chute. Ensemble, ils pourront réfléchir sur les possibilités d'amélioration du résident et son éventuelle participation à des cours d'activités physiques.

Celui de **personne ressource** va permettre à l'infirmière d'apporter par exemple des réponses aux questionnements du résident ainsi que des explications liées aux facteurs de risque modifiables.

L'infirmière va, grâce au **rôle de leader**, pousser le résident à agir et à prendre conscience que suite à une chute, il est nécessaire de trouver des pistes d'intervention. Si le résident propose lui-même des pistes, elles seront certainement mieux suivies par le résident, car elles n'auront pas été imposées. Il faut donc s'investir dans la prise en charge de son programme thérapeutique (mobilité, cours d'activités,...). L'infirmier fera des points de situation à des intervalles réguliers afin de pouvoir évaluer si la prise en soin est correcte et adéquate et si le résident est assidu au programme. En cas de problèmes rencontrés, l'infirmière pourra discuter avec le résident et revoir avec lui le programme établi. L'infirmière doit également coordonner tous les professionnels qui interviennent au sein de la situation (ex : animation, cuisine, hôtellerie), car elle est la plus proche du patient et a donc une place centrale dans la coordination de la prise en soin.

Le **rôle de substitut** est très souvent utilisé, car les résidents ont besoin de s'identifier, en quelque sorte, à une figure qu'ils connaissent.

L'infirmière sera présente, écoutera et viendra en aide au résident afin de le soutenir lors des problèmes rencontrés (ex: chutes,...). Le résident pourra se livrer sur les expériences rencontrées et rien que de pouvoir mettre en mots ses maux l'aidera à traverser l'épreuve qu'il a subi.

1.3. Question de recherche

Notre question de recherche est la suivante: Le raisonnement clinique de l'infirmière dans la prévention des chutes en établissement médico-social représente-t-il une plus value par rapport aux tests de dépistages utilisés?

Cette question nous a paru pertinente, car elle est d'actualité. En effet, lors de nos stages en EMS, nous n'avons pas constaté la mise en place de pratiques spécifiques et systématiques de dépistage de ce grand syndrome gériatrique. En 2012, on dénombrait 1558 EMS ayant accueilli plus de 140'000 personnes en Suisse, selon l'OFSP (2014). Notre attention s'est portée sur le rôle de l'infirmière, en particulier sur sa compétence liée au raisonnement clinique (faisant partie rôle d'expert en soins

infirmiers, qui se trouve dans le référentiel de compétences KFH), dans le cadre de la prévention des chutes des résidents.

Cette thématique a fait ressurgir de nouvelles questions. Les sous-questions que nous nous sommes alors posées sont les suivantes:

- Quels sont les facteurs de risque de chute ? Quels niveaux de preuve ?
- Les tests de dépistage du risque de chute existant sont-ils pertinents?
- Est-il satisfaisant d'utiliser un seul test de dépistage au cours de l'EKG?
- Quel est l'outil de dépistage du risque de chute le plus utilisé au sein des EMS en Suisse ?
- Quelles compétences l'infirmière doit-elle mettre en avant afin de dépister le risque de chute ?
- Quelle est la place du raisonnement clinique dans la démarche de prévention des chutes en EMS?
- En quoi un protocole apporte-t-il une plus-value ?

2. MÉTHODE

Le travail de Bachelor consiste à effectuer des recherches sur des articles en lien avec notre problématique afin d'effectuer une revue de la littérature. Cette revue est une méthode permettant de récolter des données sur un sujet précis avec un regard objectif.

Avant de commencer à chercher nos articles sur les bases de données, nous avons utilisé la méthode PICOT⁶ pour mieux cibler notre recherche.

2.1. Sources d'information et stratégies de recherche documentaire

Pour trouver des articles scientifiques, nous nous sommes servis de deux bases de données (CINHAL, Medline via Pubmed) pour mentionner les mots clés, spécifier les équations de recherche et répertorier les critères d'inclusion et d'exclusion des articles.

⁶ "PICOT est une abréviation mnémotechnique qui permet pour une situation clinique de déterminer l'ensemble des mots-clés nécessaires à la formulation d'une équation de recherche et/ou ses limites, pour interroger une base de données comme CINHAL, PUBMED,.." (Diby, M., 2014)

	Mots clés utilisés
Patient	Nursing home Elderly / aged Fall risk
Intervention	Clinical assessment / Clinical judgement Nurse's judgement Fall risk assessment Nursing care
Comparaison	/
Outcomes	Quality of care Fall prevention Predicting falls
Temps	/

Notre recherche des articles a débuté en septembre 2015 et s'est terminée au mois de mars 2016. Ce temps est relativement long, car notre problématique porte sur un questionnement plutôt nouveau et sur lequel peu de recherches ont déjà été effectuées.

Plusieurs des titres des articles semblaient centrés sur le sujet, mais à la lecture de l'abstract, ceux-ci ne se révélaient pas toujours en adéquation avec notre problématique.

Les critères d'inclusion que nous avons fixé au début de notre recherche sont les suivants:

- Personnes âgées en EMS de plus de 60 ans
- Personnes âgées présentant un risque de chute
- Compétence infirmière, rôle de cette dernière et jugement clinique

Les critères d'exclusion que nous avons fixés afin de nous aider dans la sélection des articles sont les suivants:

- Articles datés d'avant 1997.
- Personnes âgées non résidentes en EMS (public cible).
- Outils de dépistage et/ou programmes de prévention testés sans aborder les compétences infirmières

Équation de recherche 1:

Mots clés utilisés: fall risk, clinical assessment, clinical judgement.

Résultat = 35 articles.

Article sélectionné: Vassalo, M.: **Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward.**

Équation de recherche 2:

Mots clés utilisés: fall risk assessment, clinical judgement, predicting falls.

Résultat = 6 articles.

Article sélectionné: Myers, H.: **Fall risk assessment: A prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls.**

Equation de recherche 3:

Mots clés utilisés: falls, clinical assessment, nurse's judgement, nursing care.

Résultat = 11 articles.

Article sélectionné: Turkosi, B.: **Clinical Nursing Judgment Related to Reducing the Incidence of Falls by Elderly Patients.**

Equation de recherche 4:

Mots clés utilisés: predicting falls, fall risk assessment, nurse's judgement.

Résultat = 7 articles.

Article sélectionné: Meyer, G.: **Predicting the risk of falling - efficacy of a risk assessment tool compared to nurses' judgement: a cluster-randomised controlled trial**

Équation de recherche 5:

Mots clés utilisés: fall risk assessment, nurses' judgement.

Résultats = 7 articles.

Article sélectionné: Meyer G., Köpke S., Haastert B. & Mühlhauser I.: **Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone : a cluster-randomised controlled trial.**

Equation de recherche 6:

Mots clés utilisés: predicting falls, staff judgement.

Résultat = 4 articles.

Article sélectionné: Lundin-Olsson, L.: **Predicting falls in residential care by a risk assessment tool, staff judgement, and history of falls**

2.1.1. Type de recherches retenues

Les six articles retenus reflètent quatre types d'études, selon Fortin (2010):

L'étude de cohorte est une étude analytique basée sur l'observation étiologique prospective (quasi expérimentale). Cette dernière est : « utilisée dans les recherches épidémiologiques et cliniques auprès d'un groupe de personne (cohorte) suivi dans le temps. Dans ce genre d'étude, on choisit au préalable un groupe qui ne présente pas la caractéristique recherchée, lequel est suivi dans le temps pour voir s'il acquiert la caractéristique en question » (Fortin, 2010).

L'étude descriptive quantitative (non expérimentale) est une « recherche qui vise à fournir un portrait détaillé de caractéristiques de personnes d'évènements ou de populations » (Fortin, 2010).

L'essai contrôlé randomisé est une étude expérimentale interventionnelle. « L'essai clinique randomisé utilise en général un grand nombre de sujets de manière à pouvoir vérifier les effets des interventions et comparer les résultats cliniques avec ceux obtenus par un groupe témoins qui n'a pas bénéficié de l'intervention ou qui a reçu le traitement habituel » (Fortin, 2010)

L'étude interventionnelle expérimentale est une « recherche qui vise à vérifier des relations causales entre une variable indépendante ou plus et une variable dépendante ou plus » (Fortin, 2010).

2.1.2. Répartition géographique des études retenues

Quatre études retenues apportent une dimension européenne, en effet, deux études se sont déroulées en Allemagne, une en Grande-Bretagne et une en Suède. Deux études ont été menées en dehors de l'Europe, soit une en Australie et une aux Etats-Unis.

Grâce à cette répartition géographique, nous avons un regard diversifié plus centré sur ce qui se fait en Europe, mais tout en gardant une dimension mondiale.

2.1.3. Types de revues professionnelles

Nous avons retenu cinq revues professionnelles pour l'analyse :

- *International Journal of Nursing Practice* et *Rehabilitation Nursing* sont des revues de soins infirmiers. Celles-ci apportent une approche spécifiquement centrée sur l'infirmière, ce qui est primordial pour notre recherche. Ces revues nous livrent également des éléments importants pour notre pratique professionnelle.

- Deux de nos articles sont tirés de la même revue : *Aged and ageing*. Cette revue met en lumière une approche médicale sur la problématique, elle est spécifique au public cible des personnes âgées.

- *BMC Geriatrics* est une revue proposant des recherches universitaires, ce qui offre une grande diversité au niveau des intervenants et donc de leur vision.

- *Aging Clinical and Experimental Research* est une revue qui se présente sous forme d'un forum multidisciplinaire.

Ces différentes revues ont chacune une vision différente en lien avec leurs spécialités, mais se rejoignent sur la plupart des points abordés dans notre question de recherche.

2.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1 ci-dessous. Ce diagramme représente une photo de la recherche que nous avons effectuée afin de trouver nos articles.

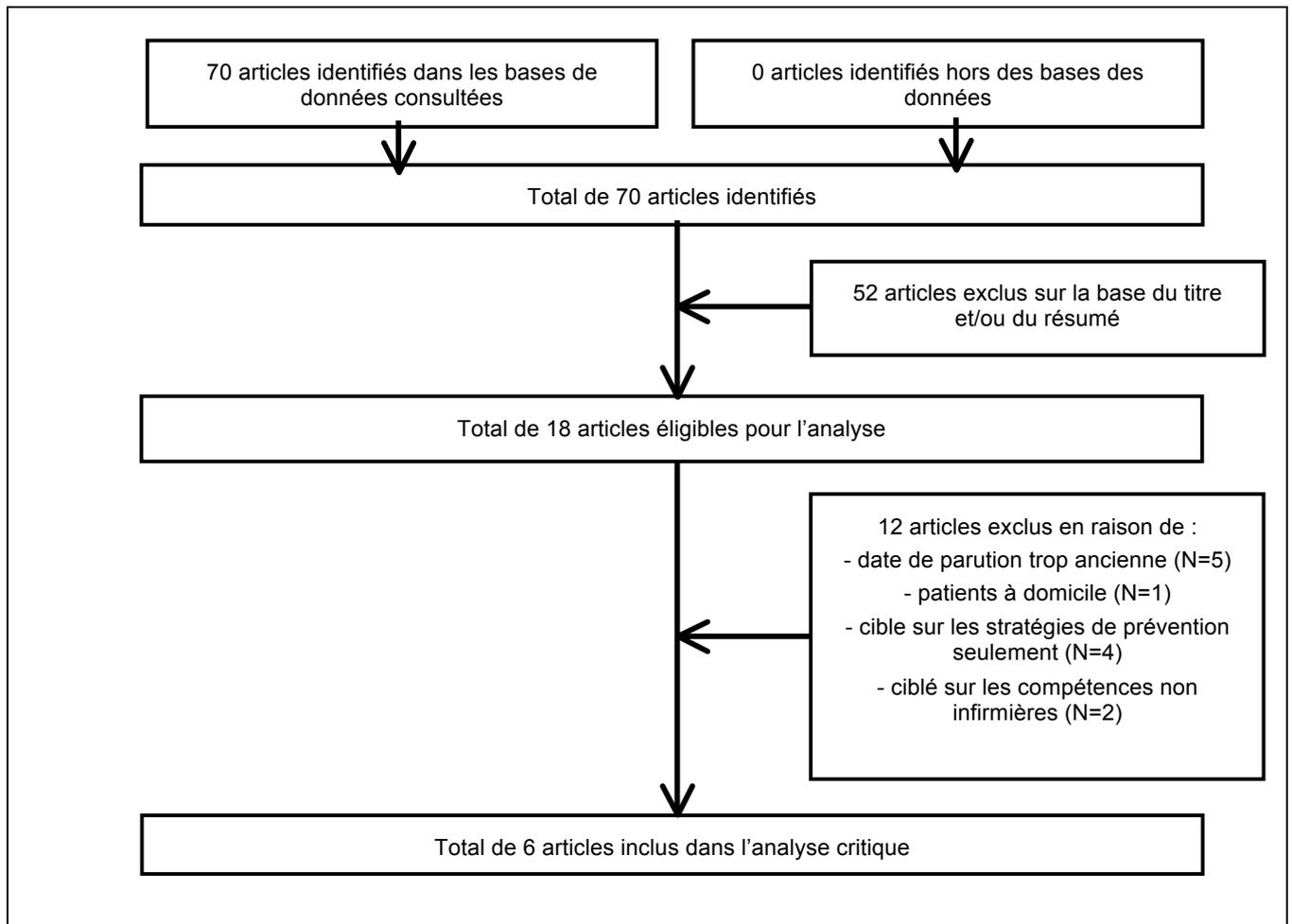


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

2.3. Stratégies d'analyse

Nous avons analysé nos six articles selon la grille d'analyse de Fortin (Cf. Annexe IV) afin de faire ressortir les éléments clés de ces articles et les présentons en annexes sous forme de tableaux. Nous avons analysé le premier article séparément puis nous avons fait une mise en commun, également avec notre directrice de Bachelor Mme Christine Maupetit, afin d'avoir une bonne base pour l'analyse des articles suivants. Ce chapitre présente une synthèse de l'analyse complète qui se trouve en annexe IV.

3. RÉSULTATS

Suite à la lecture des six articles, nous avons défini six thématiques que nous avons synthétisé sous forme de tableau ci-dessous que nous allons détailler.

	Myers, H. (2003)	Vassalo, M. (2008)	Turkosi, B. (1997)	Meyer, G. (2005)	Meyer, G. (2009)	Lundin - Olsson , L. (2003)
Épidémiologie des chutes						X
Conséquences des chutes			X	X	X	X
Facteurs de risque de chute	X	X	X	X	X	X
Tests de dépistage :						
MIF						X
Stratify		X				
Downton Index		X		X	X	
Schmid & Berryman	X					
Timed Up and Go		X				X
Raisonnement clinique infirmier	X	X	X	X	X	X
Compétences liées à la démarche de prévention des chutes	X	X	X	X	X	X

3.1. Epidémiologie des chutes en EMS

Selon Lundin-Olsson (2003), les chutes constituent un sérieux problème chez les personnes âgées résidant en EMS : elles apparaissent trois fois plus souvent que dans la communauté.

3.2. Conséquences des chutes pour la personne âgée

Lundin-Olsson (2003) et Meyer (2005), relèvent que la chute augmente le risque d'avoir une fracture de la hanche. Comme autres conséquences, Meyer (2005) ajoute que les chutes apportent d'autres dommages tels que blessures, des hospitalisations ou encore un coût pour la santé.

Meyer (2009) dit que la chute engendre des blessures qui créent des restrictions physiques chez la personne âgée. De plus, un épisode de chute augmente la morbidité.

3.3. Facteurs de risque de chute

Meyer (2009) soutient le fait que les facteurs de risques sont importants à prendre en compte et recommande aux professionnels de les identifier afin de développer une stratégie de prévention du risque de chute individuelle.

3.3.1. Facteurs de risque de chute intrinsèques

Selon l'étude de Turkosi (1997), l'état cognitif des patients a un impact significatif sur les chutes. En effet, la confusion, les pertes de mémoire, l'impulsivité et le désir d'indépendance des patients augmentent considérablement le risque de chute. Le fait qu'ils ne soient pas conscients de la diminution de leurs fonctions cognitives et physiques est également à considérer.

L'étude de Lundin-Olsson (2003) a répertorié les facteurs de risques des résidents sur une durée de six mois en comparant les résidents ayant chuté et ceux sans épisodes

de chute. Les grandes catégories de ce tableau sont : l'âge, le sexe, les sens, la cognition, le statut fonctionnel et les comorbidités.

Selon l'étude de Vassalo (2008), le risque de chute est proportionnel aux facteurs de risque de chute. Il en liste certains : l'instabilité, l'agitation et les incontinences urinaires.

Les effets secondaires de certains traitements peuvent créer des restrictions au niveau de la fonction physique et psychique, ce qui peut influencer le risque de chute, Meyer (2005).

3.3.2. Facteurs de risque de chute extrinsèques

Si le patient ne fait pas confiance à l'infirmière, le risque de chute est potentialisé. De plus, la fatigue et l'ennui jouent aussi un rôle dans le risque de chute, tout comme la polymédication, Turkosi (1997).

Il en ressort que les résidents prenant des traitements laxatifs ainsi que des benzodiazépines ont plus de risque de chuter, Lundin-Olsson (2003). Myers (2003), rejoint l'étude de Meyer (2005) et Lundin-Olsson (2003) sur le fait que les effets paradoxaux que peuvent créer certains traitements seraient un facteur intervenant dans le risque de chute, c'est pourquoi il préconise de les surveiller.

L'étude de Vassalo (2008) liste également certains facteurs extrinsèques tels que : les antécédents de chute, les traitements sédatifs et hypnotiques.

3.4. Tests de dépistage du risque de chute

Plusieurs tests sont cités dans ces six articles.

La **MIF** est basée sur le jugement infirmier et l'historique des chutes afin de pouvoir classer le risque de chute des 208 résidents étudiés dans l'article de Lundin-Olsson (2003). Cette échelle utilise de nombreux tests (ex : marche, concentration, etc.) afin d'établir si un résident risque de chuter. Cette dernière a une sensibilité de 43% et une spécificité de 69%.

Le **Stratify** se base sur 5 facteurs associés à la chute: antécédents de chute en maison de retraite, agitation du résident, troubles de la vision, incontinence et difficulté

à la mobilisation et à la marche. Dans l'étude de Vassalo (2008), cette échelle a identifié correctement 93 résidents à risque de chute sur 200. Pour l'identification des résidents à risque récurrent de chute, le Stratify en a détecté 75. Nous constatons donc que ce test est moins précis pour les résidents ayant un risque de chute récurrent. Il recommande alors de l'utiliser avec le raisonnement clinique car ce dernier a, dans l'étude, une sensibilité basse (Vassalo, 2008).

Le **Downton Index** s'intéresse aux chutes antérieures, aux traitements pris par les résidents, aux déficits sensoriels, aux déficits anatomiques (paralysie,...), à la présence d'une confusion et à la présence d'une démarche incertaine. Dans l'étude de Vassalo (2008), cette échelle a identifié de manière correcte 100 résidents à risque de chute sur 200. Pour l'identification des résidents à risque récurrent de chute, le Downton Index en a identifié 74. Nous constatons donc que ce test est moins précis pour les résidents ayant un risque de chute récurrent. Il recommande alors de combiner le Downton Index avec le raisonnement clinique car ce dernier a, dans l'étude, une sensibilité basse (Vassalo, 2008).

L'étude de Myers (2003), a employé les tests de **Schmid & Berryman**. Ces deux tests présentent des résultats semblables. En effet, ils obtiennent une sensibilité de 91% et de 25% de spécificité pour le Berryman et 27% pour Schmid.

Le test du **Timed Up and Go** est utilisé afin d'avoir des données supplémentaires telles que l'observation de la démarche et de la mobilisation : se lever de la chaise, marcher 3 mètres, tourner sur soi et retourner s'asseoir sur la chaise afin d'évaluer l'habileté à bien comprendre les instructions données aux résidents. Lundin-Olsson (2003) a utilisé le TUG en plus de la MIF. Quant à Vassalo (2008), il a utilisé le Downton Index et le Stratify en plus du TUG.

Étant donné que la spécificité d'un outil de dépistage change en fonction de la prévention effectuée, les outils existants, même s'ils n'ont pas toujours une spécificité très élevée, n'ont pas besoin d'être remplacés par de nouveaux avec une spécificité élevée (Vassalo, 2008).

Les études de Meyer (2009) et Lundin-Olsson (2003), rejoignent le point de vue de Vassalo (2008) quant à l'utilisation des outils d'évaluation permettant de compléter le raisonnement clinique.

3.5. Conjugaison du raisonnement clinique infirmier avec les tests de dépistage du risque de chute

Le raisonnement clinique passe par l'étape d'identification du risque de chute. A travers nos six articles, nous avons pu classer les résultats et recommandations des auteurs selon quatre catégories.

Selon l'étude menée par Turkosi (1997), cette identification se fait en observant le patient, par exemple sur la manière de se mobiliser, ses habitudes ou encore son comportement.

3.5.1. Tests utilisés seuls

Aucun auteur ne préconise d'utiliser seulement les tests pour dépister le risque de chute. En effet, ces derniers démontrent des limites telles que la non considération du contexte de la prise en soin ainsi que le fait que chaque cas est unique, Meyer (2009).

3.5.2. Tests et raisonnement clinique

Selon Vassalo (2008), le raisonnement clinique démontre de meilleurs résultats que le Downton Index et le Stratify. Ces derniers démontrent que le raisonnement clinique est le plus performant, avec 78,5% de degré d'identification correct de personnes à risque de chute contre 50% pour le Downton Index et 46,5% pour le Stratify. Cependant, le jugement clinique seul présente une sensibilité basse, en dépit des grandes limites des outils et recommande d'utiliser ces deux stratégies de façon complémentaire, tout comme Lundin-Olsson (2003).

3.5.3. Raisonnement clinique utilisé seul

Meyer (2009), est radical et propose de supprimer l'utilisation des outils de dépistage, car ils présentent de trop grandes limites telles que la non considération du contexte de la prise en soin ainsi que l'individualité du résident. Le raisonnement clinique doit donc primer.

Pour Myers (2003), le résultat du jugement clinique infirmier a 88% de sensibilité et 26% de spécificité. Grâce à ce dernier, sur 226 patients évalués, 202 ont été

considérés à risque de chute et pour 199 un plan de soin a été réalisé, ce qui a entraîné une diminution du risque de chute de 15%.

L'étude de Turkosi (1997), parle uniquement du raisonnement clinique infirmier pour dépister le risque de chute. Il n'a étudié aucun outil dans cette étude. Les compétences infirmières sont alors mises en avant de manière centrale pour le dépistage des chutes.

3.6. Les compétences infirmières face au risque de chute en EMS

Selon Myers (2003), les infirmières sont en première ligne pour identifier et évaluer le risque de chute. Selon cet auteur, elles acquièrent un jugement clinique qui n'est vraiment adéquat qu'après au moins trois ans d'expérience professionnelle.

Pour Turkosi (1997), l'infirmière est une personne clé auprès des résidents. En effet, elle est en contact régulier avec eux et permet de transmettre les informations recueillies, auprès de ces derniers et de leurs proches, aux autres professionnels. Elle porte une attention particulière aux résidents, aux indices transmis de façon consciente ou inconsciente par ces derniers, à la communication et à l'environnement dans lequel ils évoluent afin de dépister le risque de chute chez des résidents (ex: mobilité, attitudes, comportements,...). Il est essentiel que le résident et l'infirmière se comprennent et puissent se faire confiance pour une meilleure prise en soin. Les infirmières ont un impact significatif et la responsabilité de la chute est attribuée à leurs comportements, leurs jugements et leurs interventions.

Lors d'une prise en soin, l'infirmière doit être en mesure de lier connaissances théoriques, expérience et raisonnement clinique afin d'avoir une vision la plus globale possible. Le résident, au cours de son séjour en EMS, peut avoir une baisse de l'état général ou avoir un risque de chute augmenté en lien avec un nouveau traitement prescrit. Il est donc judicieux de faire une réévaluation des résidents afin de voir si le risque de chute est augmenté en fonction de plusieurs marqueurs (traitements, poids, activités, nouvel environnement,...). Cette réévaluation devrait comprendre: une nouvelle évaluation clinique, un nouveau jugement clinique, une proposition aux programmes de prévention si le résident ne suit pas de cours, se renseigner sur l'adhésion aux programmes de prévention si le résident en suit un et demander des retours sur ces derniers afin de juger si ils sont adaptés ou non aux besoins et aux attentes du résident comme il est décrit dans l'article (Myers, 2003).

Il est également spécifié que le fait de tenir à jour des documents recensant les chutes des résidents est bénéfique pour les professionnels soignants. La documentation clinique permet de savoir si un résident a déjà chuté, les conséquences de cette chute et les actions mises en place (Meyer, 2005).

L'étude de Lundin-Olsson (2003), montre la place de l'infirmière au sein d'une équipe interdisciplinaire. En effet, il lui attribue un rôle de leader dans la prise en soin.

4. DISCUSSION

4.1. Épidémiologie des chutes en EMS

Les différents articles analysés s'accordent à dire que la chute est un problème récurrent et d'actualité. Par exemple, selon l'étude menée par Lundin-Olsson (2003), 104 résidents, soit le 50% des participants à l'étude ont chuté au moins une fois sur les six mois qu'a duré le temps de l'étude et 27 % des participants ont chuté plus d'une fois. Pour Meyer et al. (2005), 45% des participants du groupe de contrôle ont chuté au moins une fois sur les 12 mois. La proportion de chutes enregistrée par Meyer (2005) est légèrement plus faible de celle enregistrée par Lundin-Olsson (2003). En fonction des lieux, les types de terrain (EMS, unités hospitalières) peuvent changer, ce qui amène donc des différences au niveau épidémiologique. Ces chiffres concordent avec ceux énoncés par Félix (2014). Ces pourcentages élevés justifient donc l'intérêt de se préoccuper de la prévention de la chute. Selon Félix et al. (2014), 30% des personnes âgées de plus de 75 ans chutent chaque année.

4.2. Conséquences des chutes pour la personne âgée

Les conséquences des chutes sont multiples. Selon Meyer (2005), les chutes peuvent entraîner une hospitalisation plus longue entraînant ainsi une augmentation des coûts. Agir sur les facteurs de risque afin d'éviter les conséquences est donc primordial pour la santé publique. En Suisse, les conséquences des chutes sont les mêmes que celles énoncées dans nos six articles, Büla (2006).

4.3. Facteurs de risque de chute

Les six articles sélectionnés s'accordent à dire que les chutes sont d'origine multifactorielle et sont avant tout une problématique liée à l'âge. Les *antécédents de chute* sont relevés comme un facteur de risque ayant un niveau de preuve élevé. Les *troubles de la cognition*, tels que l'Alzheimer, les troubles confusionnels ou la maladie de Parkinson sont également des facteurs de risque de chute. Ces facteurs sont également relevés dans l'article de Félix (2014) : Plus de 30% des personnes âgées de plus de 75 ans sont atteints de démences. Environ deux tiers des résidents en EMS sont atteints de démence (Association Alzheimer Suisse).

La polymédication est un autre facteur de risque relevé dans l'article de Lundin-Olsson (2003). Il présente un niveau de preuve élevé qui est à prendre en compte. En effet, les personnes âgées ont généralement plusieurs traitements liés à leurs polyopathologies. Selon Félix (2014), les résidents des EMS ont en moyenne plus de sept médicaments.

Les articles de Myers (2003) et Turkoski (1997), désignent *les incontinences urinaires* (niveau de preuve élevé) comme un élément significatif dans le risque de chute. Selon Félix (2014), 40 à 50% des personnes en EMS sont touchées par des incontinences urinaires. Ce facteur de risque a un niveau de preuve élevé.

Selon Myers (2003), un autre facteur de risque de chute avec un niveau de preuve élevé est celui de *la mobilité physique réduite* (niveau de preuve élevée). En effet, 40% des personnes âgées de plus de 80 ans ont des troubles de la marche (Félix, 2014). Ce facteur de risque est influencé par d'autres facteurs tels que la polymédication, l'état psychologique et cognitif de la personne (niveau de preuve élevé), la malnutrition (niveau de preuve faible), ainsi que le processus de vieillissement (NANDA I, 2015).

Selon l'article de Turkoski (1997), *l'environnement* (niveau de preuve faible) dans lequel se trouve le résident peut également avoir un impact sur le risque de chute. La nature du sol, la disposition des meubles ou encore l'intensité de lumière peuvent engendrer une chute s'ils ne sont pas adaptés. Ce facteur de risque présente cependant un niveau de preuve faible (Cf. annexe II).

4.4. Tests de dépistage du risque de chute

Comme nous avons pu le voir dans les résultats, les grilles de dépistage du risque de chute utilisées dans les articles choisis sont multiples. La mobilité et le risque de chute

peut être testée grâce au TUG selon Vassalo (2008) (Cf. annexe III). Cette échelle est la plus utilisée dans la pratique (dans les EMS à Genève). Son avantage est que le patient a une activité à effectuer et que l'infirmière peut donc récolter des données objectives et en plus observer d'autres éléments (ex : vitesse de marche, équilibre, peur de chuter).

Les deux échelles : Downton (Cf. Annexe III) et Stratify (Cf. Annexe III)⁷ se basent quant à elles sur des questions à poser au résident. L'article de Vassalo (2008) montre que ces échelles présentent certaines limites telles qu'une vision plus subjective de la situation, car il n'y a pas d'objectivation comme des tests de mobilisation par exemple. Il peut cependant être intéressant de les utiliser en parallèle du raisonnement clinique.

Les bénéfices liés au dépistage des chutes et à la mise en place d'une démarche de soin⁸ liée, ont été démontrés. La démarche de soin est primordiale, car elle permet de planifier des interventions (NIC, ex : incitation à faire de l'exercice : renforcement musculaire, Cf. annexe VI) ainsi que des résultats (NOC, ex : équilibre ; mobilité, Cf. annexe VII) adaptés à la situation du résident. En effet, sur les 226 résidents évalués dans l'étude, 202 sont considérés à risque de chuter et 199 bénéficient d'un plan de soin. 34 d'entre eux ont alors diminué leur risque de chute. Dans l'article de Myers (2003), le risque de chute a diminué chez 15% des participants grâce à des programmes de soins adaptés qui ont pu être mis en place (ex: les programmes de soin proposés en EMS: mindfulness,...).

L'anamnèse est une étape incontournable du raisonnement clinique car elle permet d'avoir une meilleure vue d'ensemble au sujet du résident. Cela s'effectue tout au long des phases d'orientation et de travail de la théorie de Peplau. Nous allons pouvoir lui demander de marcher quelques mètres, de faire demi-tour et de faire quelques exercices afin d'évaluer sa capacité à se déplacer dans l'espace, ce qui nous permet donc d'approfondir le recueil de données. Le dépistage du risque de chute que nous avons fait sera plus complet et nous allons pouvoir mettre plus rapidement des actions en place, ce qui diminuera le risque de chute des résidents.

⁷ Ces deux tests de dépistage du risque de chute se trouvent en annexe, car ce sont les deux les plus utilisés dans nos articles.

⁸ Selon Paillard (2013), " l'objectif des soins infirmiers est de fournir l'aide qu'un patient requiert pour que ses besoins soient satisfaits. L'infirmière atteint son objectif en engageant une démarche qui détermine le besoin immédiat du patient et l'aide à répondre à ce besoin directement ou indirectement.

4.5. Raisonnement clinique infirmier

Le raisonnement clinique est primordial dans la prévention du risque de chute, mais a également sa place dans toute autre problématique de santé.

L'examen clinique, n'est, de nos jours, encore peu utilisé, car il s'agit d'une nouvelle compétence qui est enseignée que depuis deux ans dans les HES-SO de santé de Suisse Occidentale. Le concept tend à se développer, car il apporte des bénéfices à la prise en soin et permet de détecter, par exemple, le risque de chute. "En s'appuyant sur une bonne connaissances des facteurs potentiels de risque de chute et sur son évaluation de la condition physique et mentale d'un client, l'infirmière peut évaluer le risque de chute de manière optimale" (Voyer et al., 2014, p.29).

La théorie de Peplau porte une grande importance au vécu et au ressenti de la personne, afin de comprendre le contexte de la situation et ainsi proposer des stratégies adaptées à chacun. Il est possible que le résident ait peur de rechuter depuis cet évènement. Il réduira alors peut-être son activité physique afin de limiter le risque de tomber à nouveau. Selon Peplau, citée par Pépin, Kérouac et Ducharme (2010), « une personne a la capacité de comprendre sa situation et de transformer son anxiété en énergie positive qui lui permettra de répondre à ses besoins ».

Selon la théorie élaborée par Peplau (1952), le raisonnement clinique se situe dans la phase d'orientation. En effet, l'infirmière utilise son rôle d'étrangère afin de pouvoir faire connaissance avec le résident et c'est la phase dans laquelle elle va pouvoir recueillir tous les éléments utiles pour la prise en charge future du résident grâce à l'examen clinique. L'infirmière va « travailler » avec le résident afin d'identifier son problème et tenter de le comprendre (Pépin, Kérouac et Ducharme (2010).

Tanner (2006) propose quant à elle un modèle de prise de décisions cliniques qui comprend quatre étapes : le constat, l'interprétation, la réaction et la réflexion. Ces quatre étapes peuvent faire écho aux trois phases élaborées par la théorie de Peplau. Qu'il s'agisse des quatre étapes de Tanner ou des trois phases de Peplau, ces processus sont imprégnés du raisonnement clinique.

Meyer (2005) souligne que les outils d'évaluation clinique ne devraient plus être utilisés, sauf s'ils complètent et démontrent une plus value par rapport au raisonnement infirmier.

Dans l'article de Myers et al. (2003), le risque de chute a diminué chez 15% des participants de l'étude grâce à des programmes de soin adaptés qui ont pu être mis en place, mais également grâce au jugement clinique qui a pu aider à détecter et orienter correctement les résidents jugés à risque. Ils affirment que le raisonnement infirmier est une « plus value pour la prise en soin ».

Selon Meyer et al (2009), le raisonnement clinique est aussi une compétence qui s'avère très intéressante et qui pourrait même être utilisée seule, sans les différentes échelles d'évaluations de risque proposées. Ce dernier prime, car les outils d'évaluation démontrent des limites : « La CP-FSI recommande d'éviter la multiplication des échelles et d'améliorer les compétences infirmières en évaluation, particulièrement sur l'examen clinique » (Voyer et al., 2014, p.31).

« Le premier objectif devrait être d'améliorer les compétences infirmières en matière d'évaluation des risques plutôt que d'instaurer l'usage systématique d'échelles de mesure » (Voyer et al., 2014, p.31) sauf si ces dernières complètent le raisonnement clinique. « Les échelles ont été créées pour soutenir le raisonnement clinique en situation complexe et non pour le remplacer. Les infirmières devraient avoir la latitude de décider quand elles jugent pertinent ou non de les utiliser » (Voyer et al., 2014, p.31). Nous constatons donc que Voyer (2014) confirme les résultats que nous avons obtenus dans les articles.

Pour que le personnel soignant soit doté d'un bon jugement clinique, ces auteurs ont constaté que ce jugement était influencé par le nombre d'années de pratique et de l'expérience de l'infirmier (d'au moins 3 ans). Plus l'infirmier a de la pratique, plus son jugement clinique peut s'affiner et être correct. Dans l'étude, le jugement clinique était correct dans 35,3% des cas. Comme le souligne Voyer et al. (2014, p.31), «les infirmières n'ont pas toutes les mêmes connaissances et les mêmes compétences pour évaluer les risques et les mesures préventives. Les directions des soins infirmiers doivent en tenir compte lorsqu'elles instaurent un programme d'évaluation de risque et le réévaluer en cours d'application».

Selon Chapados (2014), le raisonnement est « à la base de toutes les décisions et les interventions de l'infirmière. Il est motivé par l'évaluation de l'état de santé de son client basée sur des indices, des symptômes et des signes ».

4.6. Les sept compétences infirmières (KFH) face au risque de chute en EMS en lien avec la théorie de Peplau

Selon le plan d'étude cadre bachelor (2012), « le référentiel de compétences est décliné à partir des sept rôles développés par la KFH (Conférence des recteurs des hautes écoles spécialisées suisses) ». « Il s'agit des compétences spécifiques à la profession décrivant des habiletés nécessaires à une pratique de qualité ». De plus, « aucun outil ne peut remplacer les compétences, les connaissances et le jugement des infirmières » (Voyer et al., 2014, p.28). En effet, comme vu dans les articles, le raisonnement prime souvent, mais il est tout de même recommandé d'utiliser un outil de dépistage lors de l'examen clinique afin d'avoir une vision la plus globale possible.

4.6.1. Le rôle d'expert-e

L'infirmière va devoir exercer son rôle « d'experte » dès sa première rencontre avec le résident. En effet, selon Peplau (1952), le soignant et le patient sont tels des étrangers au début de la relation. Il est ainsi essentiel que l'infirmière instaure un lien de confiance et crée un partenariat avec non seulement le résident, mais aussi ses proches, qui font partie intégrante de la prise en charge. Afin de mieux connaître le résident, l'infirmière va effectuer une anamnèse et un examen clinique du résident qui permettra d'évaluer ses besoins et ses attentes ainsi que déterminer un éventuel risque de chute. Le raisonnement clinique de l'infirmière est alors primordial pour repérer au plus vite les facteurs de risque liés à la chute et ainsi initier des stratégies pour les réduire.

Dans ce rôle, l'infirmière, à l'entrée d'un résident en EMS, effectue une EGG et un EC comprenant une anamnèse et un examen physique. De cette compétence, l'infirmière va employer une pratique réflexive qui consiste en une évaluation et observation quotidienne afin de réadapter la prise en soin, pour que cette dernière soit la plus bénéfique possible. Son raisonnement clinique lui permet d'évaluer la nécessité ou non d'utiliser une grille de dépistage des chutes.

Suite à son raisonnement clinique, elle pose un diagnostic infirmier et planifie avec l'équipe les différentes stratégies retenues en fonction des besoins du résident. Par la suite, elle va mener une évaluation des stratégies afin de constater si elles sont toujours adaptées.

4.6.2. Le rôle de communicateur-trice

Travailler sur les enjeux psychosociaux de la chute est aussi une priorité dans les stratégies de prévention des chutes. En s'appuyant sur la théorie de Peplau (1952), il est primordial de comprendre et d'investiguer ce que les résidents ressentent, par exemple, une peur face au risque de chute et ce qui peut être mis en place avec eux afin de les rassurer. Pour d'y parvenir, l'infirmière doit utiliser le rôle de conseillère, décrite par la théorie de Peplau (1952). Se concentrer et discuter autour de la notion de la chute est bénéfique et permet donc de trouver des stratégies d'adaptation. Le fait de discuter et d'entrer en relation avec le résident est un bon moyen d'approche pour le dépistage, car certains résidents ne sont pas jugés à risque de chuter, mais peuvent néanmoins présenter des facteurs de risque méconnus. Les échanges entre l'infirmière, le résident et sa famille, créent aussi un environnement de confiance qui permettra au résident de se livrer plus facilement sur ses inquiétudes, ses ressentis et ses peurs.

Tanner (2006) rejoint Peplau sur le fait que les « bons » jugements cliniques dans les soins exigent non seulement la compréhension de la physiopathologie et des aspects diagnostiques de la maladie, mais aussi celle de l'expérience de la maladie, tant pour le client que pour sa famille, de leurs forces physiques, sociales, émotionnelles ainsi que leurs ressources d'adaptation. De plus, le récit effectué par le résident permet de se faire un portrait global tout en comprenant l'expérience de la maladie que vit ce dernier, comment il l'explique et comment il fait face à la situation.

4.6.3. Le rôle de collaborateur-trice

L'infirmière en EMS utilise son rôle de collaboratrice lorsqu'elle travaille en équipe. Elle est en effet amenée à collaborer non seulement avec ses proches collègues (les aide-soignants (ex : veiller aux facteurs de risque de chute (ex : surveillance de la quantité mangée lors des repas, aide à la mobilisation) et les ASSC), mais aussi avec les autres professionnels tels que physiothérapeutes ou diététiciennes. Chacun d'eux a ses propres compétences à apporter à la prise en soins. Il est alors essentiel que chacun partage son point de vue et les actions qu'il pourrait mener. Utiliser ces différentes ressources et les associer garantissent une bonne prise en soin.

L'infirmière ne va pas seulement exercer son rôle de collaboratrice avec ses collègues, mais aussi avec les proches du résident. En effet, ce derniers sont des personnes ressources dans la prise en soins et qui peuvent nous amener des éléments déterminants sur la mobilisation antérieure et les habitudes de vie du résident (ex : la personne était-elle plutôt active avant ? sédentaire ? Utilisait-elle des moyens de suppléances ?). L'infirmière en EMS se doit donc de considérer les proches comme partenaires de soin à part entière afin d'assurer le meilleur suivi possible.

Il est vrai que le partenariat entre l'infirmière et le résident/famille est un élément de base nécessaire à chaque relation selon Peplau (1952).

4.6.4. Le rôle de manager

L'infirmière exerce son leadership auprès des autres professionnels de la santé en coordonnant les soins liés à la prévention des chutes. Dans ce rôle par exemple, elle doit donc collaborer avec ses collègues et planifier les différentes interventions des autres professionnels (ex : physiothérapeute, ergothérapeute, diététicienne, aides-soignant). Suite aux interventions menées, elle doit demander un retour afin d'avoir une vision encore plus globale grâce à l'interdisciplinarité et pouvoir ainsi documenter les cibles dans le dossier patient informatisé. Cette documentation permet d'objectiver l'évolution de la prise en soin et d'assurer le meilleur suivi possible.

4.6.5. Le rôle de promoteur-trice

Le dépistage prématuré des facteurs de risque représente une étape incontournable dans la prévention du risque de chute. L'infirmière y joue un rôle primordial. En effet, elle va soutenir les résidents/famille dans leur investissement à agir sur les facteurs favorisant la chute et ainsi tendre à améliorer leur qualité de vie. Elle va favoriser la participation active du résident et de ses proches, dans la mesure du possible, en renforçant leur motivation à adopter des comportements favorables à leur santé. Ce partenariat entre résident et infirmière ne sera que bénéfique à cette prévention du risque de chute. « L'interaction se fait entre deux personnes ayant un but commun, ce qui implique respect, croissance et apprentissage mutuels » (Pépin, Kérouac et Ducharme).

Dans ce rôle, l'infirmière réalise des enseignements thérapeutiques auprès des résidents afin de viser la réduction du risque de chute (ex : l'infirmière peut demander

de sonner au résident avant de se lever afin qu'une aide-soignante ou elle-même puisse aider ce dernier dans sa mobilisation et/ou son lever afin d'éviter une chute).

4.6.6. Le rôle d'apprenant-e et formateur-trice

Transmettre de nouvelles connaissances au sein de l'équipe permettra à l'infirmière d'exercer ce rôle.

Une infirmière ayant par exemple la compétence de réaliser un examen clinique (appris suite à une formation de base ou continue) pourra transmettre ce savoir aux autres professionnels soignants (infirmières).

Elle peut également sensibiliser les aides-soignants lors des repas afin qu'ils soient attentifs à la quantité de nourriture mangée, car la dénutrition est un facteur de risque de chute, ainsi qu'alerter si ils constatent une perte de poids chez le résident et peuvent également être attentifs à sa mobilisation.

4.6.7. Le rôle de professionnel-le

Le respect des valeurs, des croyances, des principes éthiques font partie intégrante du rôle de professionnelle de l'infirmière. La relation interpersonnelle décrite par Peplau préconise une écoute, une confiance, un respect et une valorisation du résident afin qu'elle soit bénéfique. L'infirmière, tout comme le résident, doit pouvoir exprimer son ressenti et ses émotions si le résident est à risque de chute et a un tapis dans sa chambre. Nous pouvons lui conseiller de le retirer en mettant en avant ce facteur de risque de chute, mais si le résident veut le garder en ayant connaissance des risques, c'est son choix et nous devons le respecter.

L'éthique d'un soignant peut être mise à l'épreuve lors de la mise en place d'une mesure de contention en vue d'éviter une chute. En effet, la sécurité du résident ne doit pas être au détriment des principes éthiques. Le résident pourrait alors voir son autonomie diminuer. Faire le choix de proposer un lit « Alzheimer » par exemple plutôt que de mettre des barrières de contention respecte le principe éthique⁹ de bienfaisance.

⁹ L'Association Suisse des Infirmières (ASI) définit quatre principes éthiques : l'autonomie (liberté personnelle et autodétermination), la bienfaisance (obligation morale et souci de faire le bien), la non-maltraitance (prévention des dommages potentiels) et la justice (droit à ce qui est juste, traitement égal pour tous).

Par ailleurs et tout au long de sa carrière, l'infirmière actualise ses connaissances en effectuant notamment de la formation continue. Cela va lui permettre de développer un questionnement vis-à-vis de sa pratique professionnelle et celle de l'équipe soignante. De plus, en ayant de nouvelles connaissances (ex : formation continue, Cf. annexe V) elle pourra transformer ses propres expériences, celles de ses pairs et celles des résidents en opportunités d'apprentissages visant l'amélioration de la qualité des soins donnés aux personnes soignées.

5. CONCLUSION

Grâce à ce travail, aux recherches effectuées et aux ouvrages consultés, nous sommes en mesure de conclure que le raisonnement clinique est une compétence à part entière de l'infirmière et qu'il se révèle primordial dans la prévention du risque de chute.

Il sera d'autant plus précis s'il est mené par une infirmière experte. La plus-value du raisonnement clinique repose sur le fait que l'infirmière aura une vision plus globale d'un résident en combinant raisonnement clinique et outils d'évaluation existants. Elle sera également plus apte à dépister les conduites à risque d'un résident en utilisant son raisonnement clinique, compétence faisant partie du rôle d'expert.

S'appuyer sur la théorie de Peplau favorise une prise en soin individualisée et centrée sur les besoins et ressentis du résident. Il s'avère donc intéressant d'utiliser cette théorie lors de la prévention du risque de chute.

5.1. Limites et apports du travail

Nous pouvons relever plusieurs limites à notre travail. Tout d'abord nous n'avons utilisé que deux moteurs de recherche pour sélectionner nos articles. Nous avons inclus un article scientifique datant de 1997. Deux articles retenus sont du même auteur, dont l'étude était menée au même endroit. Les études ne se déroulent pas seulement en EMS, mais aussi au sein de services de réhabilitation dans des hôpitaux.

Notre ancrage théorique présente certaines limites, il ne peut être utilisé que si la personne est en mesure de communiquer, ce qui implique donc qu'il n'est pas adapté pour les résidents présentant des troubles cognitifs (étant un facteur de risque à niveau de preuve élevé chez les personnes à risque de chute).

En ce qui concerne les apports de notre travail, nous pensons avoir pu démontrer la plus-value du raisonnement clinique infirmier dans une prise en soin de dépistage du risque de chute. Le rôle d'expert est l'un des rôles infirmiers le plus importants, il est donc primordial à travailler, car il permet de nous distinguer des autres professionnels. Il nous permet en effet d'avoir un rôle autonome dans la prise en soin, ainsi qu'un rôle de coordinateur.

5.2. Synthèse des recommandations

(Cf. Annexe VIII : Fact Sheet)

Nous avons décidé d'élaborer une Fact Sheet afin de synthétiser les recommandations adressées aux professionnels. Il s'agit d'un document d'une page utilisable sur le terrain qui met en valeurs les points clés et les réflexions que l'élaboration de ce Travail de Bachelor nous a apportés.

RÉFÉRENCES

- Association Alzheimer Suisse. (2014). *Les EMS sous la loupe – les personnes atteintes de démence spécialement vulnérables*. Accès <http://www.alz.ch/index.php/239/items/les-ems-sous-la-loupe-les-personnes-atteintes-de-demence-specialement-vulnerables.html>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. ASI. (2013). *L'éthique dans la pratique des soins*. Berne : ASI.
- Association suisse des infirmières et infirmiers. ASI. (1990). *Principes éthiques pour les soins infirmiers*. Berne : ASI.
- Bartholome, C. (2014). (Se) rendre compte de sa pratique en formation initiale, accepter de résonner pour apprendre à raisonner. *Perspective soignante*, (49), 43-55.
- Belmin, J., Chassagne, P., Friocourt, P., Gonthier, R., Jeandel, C., Nourhashémi, F. & Pfitzenmeyer, P. (2009). *Gériatrie* (2^e éd.). Paris: Elsevier Masson.
- Büla, C., Rochat, S., Dunand, G. (2006). Chutes et personnes âgées. *PrimaryCare*, 11(6), 200-203.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & McCloskey Dochterman, J. (2010). *Classification des interventions de soins infirmiers CISI/NIC*. Paris: Elsevier Masson.
- Chapados, C., Audétat, M-C. & Laurin S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11, 37-40.
- Confédération suisse. (2014). *Comparaison des EMS suisses*. Accès <https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=fr&msg-id=52164>
- Dancausse, F., Chaumat, E. (2003). *Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins* (3^e éd.). Paris : Masson
- Diby, M. (2014). *La méthode PICOT* [Présentation PowerPoint]. Accès https://cyberlearn.hes-so.ch/pluginfile.php/575259/mod_resource/content/2/2014-15_Introduction%20M%C3%A9thode%20PICO_2014.09.25.pdf
- Fawcett, J. D.-M., S. , Ed. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Félix, S., Guillemin, P., Lleshi, E. & Rivier, E. (2014). *Evaluation gériatrique globale* (2^e éd.). Genève: Médecine et Hygiène.

Formation continue du réseau santé et social. (2016). Genève : Eduqua.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Education.

Haute Autorité de Santé. (2005). *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*.
Accès: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee

Lundin-Olsson, L., Jensen, J., Nyberg, L. & Gustafson, Y. (2003). Predicting falls in residential care by a risk assessment tool, staff judgement, and history of falls. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(1), 51-59. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12841419>

Maupetit C. (2008). *Concilier "Savoir penser" et "savoir formuler" : un enjeu fondamental pour "prendre soin" de la personne soignée*. *Perspective soignante*, 33 :75-86

Meyer; G., Köpke, S., Haastert, B. & Mühlhauser, I. (2009). Comparaison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 38, 417-423. doi: 10.1093/ageing/afp049

Meyer, G., Köpke, S., Bender, R. & Mühlhauser, I. (2005). Predicting the risk of falling - efficacy of a risk assessment tool compared to nurses' judgement: a cluster-randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 5(14), 1-4. doi: 10.1186/1471_2318_5_14

Mittaz Hager, A.-G. (2012). *Prévention des chutes chez les seniors*. [PDF]. Accès <http://www.schp.ch/data/documents/Praesentationen/individuelle%20PDFs/C1%20Mittaz%20Hager.pdf>

Moorhead, S., Johnson, M., Mass, M. L. & Swanson, E. (2014). *Classification des résultats de soins infirmiers CRSI/NOC: Mesures des résultats de santé*. Paris: Elsevier Masson.

Myers, H. & Nikoletti, S. (2003). Fall risk assessment: A prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 158-165. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=fall+risk+assessment+a+prospective+investigation+of+nurses+clinical+judgement>

NANDA International. (2015). *Diagnostiques infirmiers. Définitions et classification 2015-2107*. Paris Elsevier Masson

- Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Santé des personnes âgées – Données, indicateurs : Locomotion et chutes*. Accès <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/05.html#B>
- Office fédéral de la statistique. (2014). *Le nombre croissant de personnes âgées nécessitant des soins préoccupe la Confédération et les cantons*. Accès <http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=fr&msg-id=54239>
- Office fédéral de la statistique. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social: Enquête sur la santé des personnes âgées en 2008/09*. Accès: http://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Les chutes*. Genève : OMS. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier: Approches et concepts de la relation soignant-soigné*. Bordeaux: Setes éditions
- Parker, M.E. & Smith, M.C., (2010). *Nursing theories, Nursing practices third Edition*. Philadelphie: Davis Plus
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Plan d'études cadre Bachelor. (2012). *Filière de formation en soins infirmiers: Référentiel des compétences*. Accès <http://www.hes-so.ch/data/documents/Referentiel-Competences--Soins-infirmiers-4620.pdf>
- Promotion Santé Suisse. (2014). *La promotion de la santé des personnes âgées – de réels bénéfices*. Accès http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/Via_-_Argumentaire_De_reels_benefices.pdf
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed „up&go“: a test of basic functional mobility for frail elder persons. *J Am Geriatr Soc*, 39, 142-148. Accès <http://www.patientsicherheit.ch/fr/th-mes/Risquesmajeurs/Sturzpraeventio.html>
- Réseau-astéria. *Hildegard E. Peplau – « Relations Interpersonnelles en Soins Infirmiers » (1952) - Extraits*. Accès <http://www.reseau-asteria.fr/CADCI/CONCEPT%20PEPLAU.PDF>

- Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. Accès <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
- Sautebin, A. (2011). *Notions de base en gériatrie pour la prise en charge pré-hospitalière de la personne âgée*. Accès <http://www.bc-cesu.ch/pdf/Prehosp.pdf>
- Sécurité des patients Suisse. (2008). *Recommandations concernant la prévention des chutes*. Accès: <http://www.patientensicherheit.ch/fr/themes/Risques-majeurs/Sturzpraevention.html>
- Statistiques cantonales. (2015). *Etat de la population*. Accès https://www.ge.ch/statistique/graphiques/affichage.asp?filtreGraph=01_02_1&om=1
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse : a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- Turkoski, B., Pierce, L., Schreck, S., Salter, J., Radziewiez, R., Guhde, J. & Brady, R. (1997). Clinical nursing judgement related to reducing the incidence of falls by elderly patients. *Rehabilitation Nursing*, 22(3), 124-130. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=clinical+nursing+judgement+related+to+reducing+the+incidence>
- Vassallo, M., Poynter, L., Sharma, J-C., Kwan, J. & Allen, S-C. (2008). Fall risk-assessment tools compared with clinical judgement: an evaluation in a rehabilitation ward. *Age and Ageing*, 37, 277-281. doi: 10.1093/ageing/afn062
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: 2e édition*. Canada: Pearson.
- Voyer, P., Mercier, J., Roy, S., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., ... Morin, D. (2014). Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique. *Perspective Infirmière*, 11(4), 27-32.

Liste des annexes :

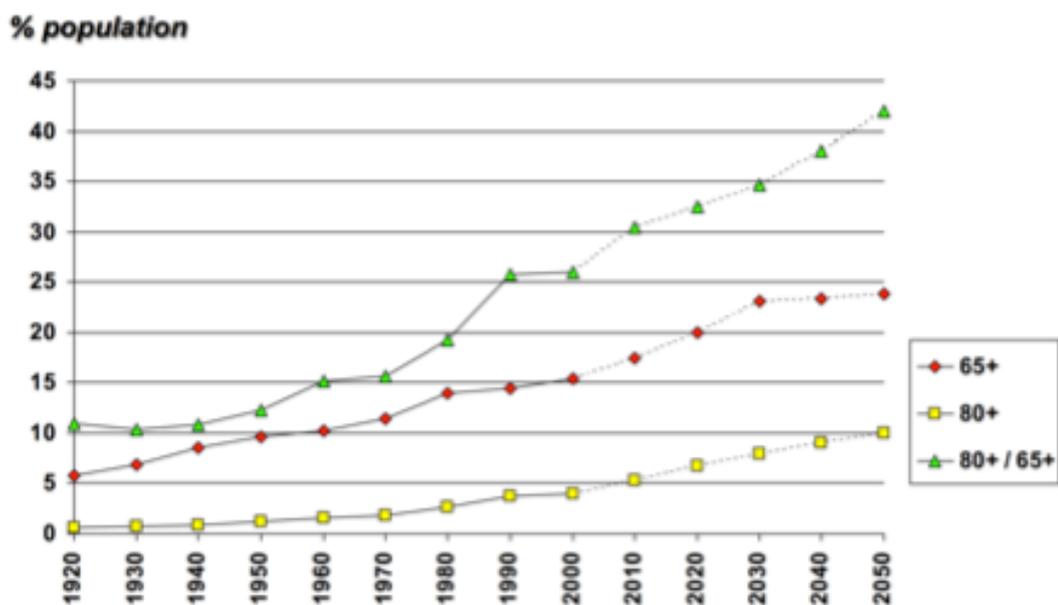
- Annexes I:** Figure 1. Evolution de la population âgée en Suisse
Figure 2. Structure de l'âge par sexe selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09
Figure 3. Fréquences des chutes au cours d'une année selon le lieu de vie en 2007 et en 2008/2009
- Annexe II: Tableau facteurs de risque et niveaux de preuve**
- Annexes III: Grilles de dépistage du risque de chute**
Timed up and go
Stratify scale
Downton index
- Annexes IV: Analyse des articles**
Article 1
Article 2
Article 3
Article 4
Article 5
Article 6
- Annexes V: Formations continues**
- Annexes VI: Interventions infirmières en lien avec la chute**
Figure 4: Prévention des chutes
Figure 5: Incitation à faire de l'exercice: renforcement musculaire
Figure 6: Gestion de la médication
Figure 7: Thérapie par l'exercice: équilibre
- Annexes VII: Résultats en lien avec la chute**
Figure 8: Fréquence et prévention des chutes
Figure 9: Mobilité
Figure 10: Réaction à un médicament
Figure 11: Équilibre
- Annexe VIII : Fact Sheet**

6. ANNEXES

Annexe I

Figure 1. Évolution de la population âgée en Suisse

Evolution de la population âgées en Suisse



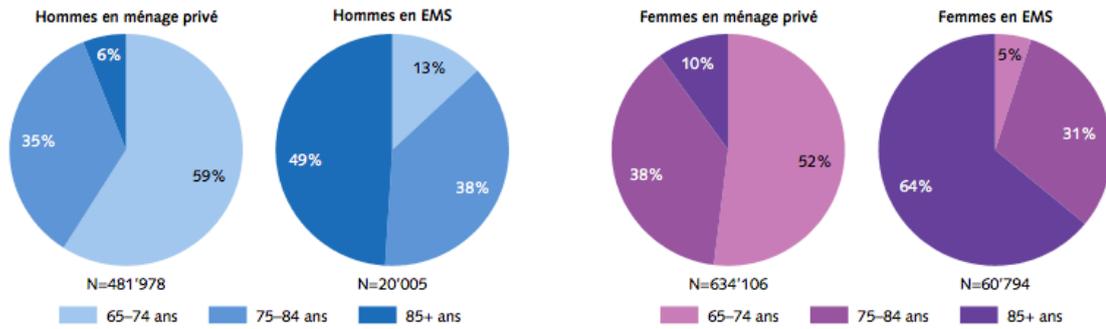
Tiré de: Service de Gériatrie et de Réadaptation gériatrique - CHUV, 2011

Figure 2. Structure de l'âge par sexe selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Structure de l'âge par sexe selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 2



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

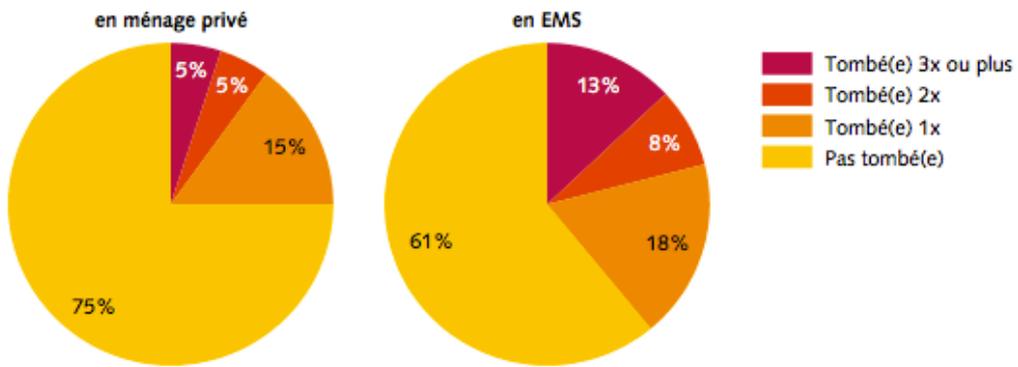
Tiré de: OFS, 2012

Figure 3. Fréquences des chutes au cours d'une année selon le lieu de vie en 2007 et en 2008/09

Fréquence des chutes au cours d'une année selon le lieu de vie, en 2007 et en 2008/09

Part de la population de 65 ans et plus

G 16



Source: OFS (ESS, ESAI)

© Office fédéral de la statistique (OFS)

Tiré de: OFS, 2012

Annexe II

Tableau facteurs de risque de chute et niveaux de preuve

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<p>Âge (>80 ans)</p> <p>(Niveau de preuve élevé)</p>	<p>Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien des proches - isolement social - solitude <p>(Niveau de preuve faible)</p>
<p>Troubles cognitifs</p> <p>(Niveau de preuve élevé)</p>	<p>État affectif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anxiété - dépression <p>(Niveau de preuve modéré)</p>
<p>Comorbidités:</p> <ul style="list-style-type: none"> - orthopédiques ou musculo-articulaires (Niveau de preuve modéré) - cardio-vasculaires (Niveau de preuve modéré) - neurologiques (Niveau de preuve élevé) - hypotension (Niveau de preuve modéré) - artériopathie périphérique (Niveau de preuve modéré) 	<p>Médication:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diurétiques - benzodiazépines - antihypertenseurs - antiarythmiques, digoxine, - anxiolytiques, hypnotiques - neuroleptiques - antidépresseurs, - polymédication (>4 médicaments) <p>(Niveau de preuve élevé)</p>
<p>Limitation fonctionnelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles de la marche - troubles de l'équilibre - faiblesses des membres inférieurs - déficits dans les AVQ - incontinence <p>(Niveau de preuve élevé)</p>	<p>Emploi de moyens auxiliaires</p> <p>Chaussures inadaptées</p> <p>(Niveau de preuve faible)</p>
<p>Troubles visuels</p> <p>(Niveau de preuve modéré)</p>	<p>Environnement (éclairage, aménagements, sols, configuration)</p> <p>(Niveau de preuve faible)</p>
	<p>Nutrition:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cachexie - malnutrition, carences <p>(Niveau de preuve faible)</p>
	<p>ATCD de chute (Niveau de preuve élevé)</p> <p>Peur de chuter (Niveau de preuve modéré)</p>
	<p>Intoxication ou sevrage OH</p> <p>(Niveau de preuve faible)</p>

Félix, S., Rivier, E., Guillemin, P. & Lleshi, E. (2014). *Evaluation gériatrique globale*. Suisse: Médecine et Hygiène.

Annexes III : Grilles de dépistage du risque de chute

Timed up and go Test (TUG)

Le test Timed up and go (TUG) est recommandé par les sociétés de gériatrie américaine et britannique pour examiner la mobilité d'un patient. Il peut être fait avec ou sans chronométrage, mais ne renseigne pas très précisément sur le risque direct de chute.

Bref descriptif:

1. Demandez au patient de se lever d'une chaise avec dossier, de s'éloigner de 3 mètres, puis de revenir vers la chaise pour y reprendre place.
2. Mesurez le temps pris par le patient pour cette activité. Il peut utiliser ses moyens auxiliaires d'aide à la marche.

Evaluation:

Temps nécessaire < 14 secondes : normal

Temps nécessaire 20 – 30 secondes : limitation (légère) de la mobilité

Temps nécessaire > 30 secondes : limitation importante de la mobilité

Tiré de: Podsiadlo D, Richardson S. The timed „up&go“: a test of basic functional mobility for frail elder persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148.

Stratify scale

STRATIFY Risk Assessment Tool

Answer all five questions below and count the number of "Yes" answers.

1	Did the patient present to hospital with a fall or has he or she fallen on the ward since admission (recent history of fall)?	Yes = 1	No = 0
2	Is the patient agitated ?	Yes = 1	No = 0
3	Is the patient visually impaired to the extent that everyday function is affected?	Yes = 1	No = 0
4	Is the patient in need of especially frequent toileting ?	Yes = 1	No = 0
5	Does the patient have a combined transfer and mobility score of 3 or 4? (calculate below)	Yes = 1	No = 0
	<p><i>Transfer score:</i> Choose one of the following options which best describes the patient's level of capability when transferring from a bed to a chair:</p> <p>0 = Unable 1 = Needs major help 2 = Needs minor help 3 = Independent</p>		
	<p><i>Mobility score:</i> Choose one of the following options which best describes the patient's level of mobility:</p> <p>0 = Immobile 1 = Independent with the aid of a wheelchair 2 = Uses walking aid or help of one person 3 = Independent</p>		
	<p><i>Combined score (transfer + mobility):</i> _____</p>		
Total score from questions 1-5: _____			
<p>0 = Low risk 1 = Moderate risk 2 or above = High risk</p>			

Tiré de: Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013

Downton index

Table 1 J.H. Downton Scale for in-hospital fall risk (in our hospital, every patient over 65 and/or postsurgical patient, is considered high risk patient)

Value	Value	Score
Previous fall	Yes	1
Medication intake	None	0
	Tranquilizer or sedative	1
	Diuretic	1
	Hypotensive (non-diuretic)	1
	Anti-Parkinson's	1
	Antidepressants	1
	Other medications	1
Sensory deficiency	None	0
	Visual alterations	1
	Aural alterations	1
	Extremity ictus	1
Mental state	Oriented	0
	Confused	1
Walking ability	Normal	0
	Safe with help	1
	Unsafe with/without help	1
	Impossible	1
Post-surgical patient	Yes	1
Age >65 years	Yes	1

Tiré de: Medicina Universitaria, 2014

Annexes IV: Analyse des articles

Article 1

Auteurs- Année	<p>Myers, H., Nikoletti, S.</p> <p>Fall risk assessment: A prospective investigation of nurses' clinical judgement and risk assessment tools in predicting patient falls</p> <p>2003 Tiré de : International Journal of Nursing Practice</p>
Population / Type étude	<p>Cet article mène une étude prospective de cohorte auprès de 226 personnes, sur une durée de 14 semaines, au sein de deux centres de réhabilitation australiens (N=226).</p>
But de l'étude	<p>Le but de cette étude est, dans un premier temps, de déterminer la fiabilité et la validité des outils d'évaluation du risque de chute et le jugement clinique des infirmières au sein des deux centres de réhabilitation. Puis, dans un second temps, de comparer la capacité des outils d'évaluation et le jugement des infirmières.</p>
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>L'étude est menée dans deux établissements de courte durée. Sur une période de 14 semaines, chaque nouvelle personne admise était évaluée à son arrivée, selon les deux outils de dépistage du risque de chute ainsi que l'évaluation clinique de l'infirmière. L'étude utilise deux outils (utilisés par les chercheurs) et, en troisième plan le jugement clinique (utilisé par l'infirmière), afin de les comparer entre eux.</p> <p>Le premier outil développé par Berryman et al. par le biais d'une vérification rétrospective des chutes de patients, contient 9 items classés sur une échelle de 0 à 26, 0 étant le score le plus bas et 26 le plus haut. Un score de 10 identifie le patient comme étant à risque de chute.</p> <p>Le second outil développé par Schmid se base sur 5 items répertoriés sur une échelle de 0 à 6, 0 étant le score le plus bas et 6 le plus haut. Un score de 3 identifie le patient comme étant déjà à haut risque de chute. Ces deux instruments ont été choisis pour cette étude basée sur une revue de la littérature d'outils d'évaluation du risque de chute.</p> <p>Les grandes lignes de ces deux outils définissent le risque de chute en tenant compte de: l'âge, l'élimination, la cognition de la personne, les antécédents de chute, les troubles sensoriels et la prise de traitements et se basent sur des échelles.</p> <p>Dans un second temps, une étude Test-retest des données trouvées par les chercheurs a été effectuée auprès de 20 patients, sur une durée de 2 jours avec des évaluations toutes les 5-6 heures afin de démontrer la fiabilité de ces derniers. Les résultats ont ensuite été analysés avec le logiciel SPSS.</p> <p>L'infirmière se concentrait sur l'anamnèse et le jugement clinique pour définir si les personnes se trouvaient à risque de chute.</p>
Principaux résultats	<p>L'étude révèle qu'au niveau de la sensibilité (mesure la capacité d'un test/outil à pouvoir donner un résultat positif lorsque l'hypothèse de départ est vérifiée. Exemple: test effectué sur une personne malade se révèle positif), les deux outils utilisés par les chercheurs sont semblables. Ils présentent tout deux un taux de sensibilité à 91%.</p> <p>Le résultat du jugement clinique effectué par l'infirmière est, quant à lui, de 88% de sensibilité.</p> <p>Pour ce qui est de la spécificité (mesure la capacité d'un test à pouvoir donner un résultat négatif lorsque l'hypothèse de départ n'est pas vérifiée. Exemple: la</p>

	<p>personne n'est pas malade donc le test est négatif), les deux outils utilisés par les chercheurs ont une spécificité basse: de 25% pour le premier et de 27% pour le deuxième. Le jugement clinique obtient une valeur de 26% pour la spécificité.</p> <p>La valeur prédictive positive (mesure la probabilité que la maladie soit en effet présente lorsque le test se révèle positif), est de 18% pour les 3 tests utilisés. nous pouvons donc comprendre qu'il y a une surestimation de personnes à risque de chute.</p> <p>La valeur prédictive négative (mesure la probabilité que la maladie soit en effet pas présente lorsque le test se révèle négatif), est de 94% pour les deux tests utilisés par les chercheurs et de 92% pour le jugement clinique. On constate donc que les cas qui n'ont pas été jugés à risque de chute sont corrects.</p> <p>Sur les 226 patients évalués, 202 sont considérés à risque de chuter et pour 199 un plan de soin est réalisé. 34 d'entre eux ont alors diminué leur risque de chute (diminution de 15%).</p> <p>Le jugement clinique a été exercé 101 fois par les infirmières (44.7%), dont 69 fois par des infirmières confirmées (30.5%), 36 fois par des infirmières diplômées il y a une année (15.9%) et 20 fois par des infirmières spécialistes clinique (8.8%). La moyenne d'expérience des infirmières était de 12,08 ans. Il a été démontré que le jugement clinique des infirmières était correct dans 35,3% des cas. De plus, il a été constaté que le jugement clinique est influencé par le nombre d'années de pratique et de l'expérience de l'infirmière dans ce domaine. En effet, plus le soignant a de l'expertise, plus il est juste dans son jugement.</p> <p>La fiabilité a été démontrée suite au test-retest effectué par les chercheurs dans un second temps. La validité, quant à elle, n'a pas été prouvée, car nous n'avons pas de données sur la conformité des deux outils.</p> <p>Les infirmières sont en première ligne pour identifier et évaluer le risque de chute. Cependant, il faut que l'infirmière ait au minimum 3 ans de pratique afin d'avoir un niveau de jugement plus élevé, sinon elle travaillera son jugement clinique sous supervision d'une infirmière plus expérimentée.</p> <p>Les trois méthodes ont des spécificités faibles d'où la nécessité d'améliorer les techniques donc les outils de dépistage et le jugement clinique infirmier.</p>
Limites	<p>Il y a une confusion au niveau des données: 570 lits ou 226 personnes? L'étude démontre une basse spécificité au niveau des deux outils utilisés par les chercheurs et du jugement clinique utilisé par l'infirmière. Une explication possible de la basse spécificité est que les patients qui ont été évalués à haut risque de chute, étaient bien à haut risque, mais grâce au programme de prévention mis en place dans l'étude, le risque de chute a pu être prévenu. Etude pas approuvée par un comité d'éthique (pas de renseignements).</p>

Article 2

Auteurs- Année	<p>Vassalo, M., Poynter, L., Sharma, J.C., Kwan, J. & Allon, S.C.</p> <p>Fall risk-assessment tools compared with clinical judgment: an evaluation in a rehabilitation ward</p> <p>2008 Tiré de: Aged and ageing n°37</p>
Population / Type étude	<p>Cet article mène une étude interventionnelle expérimentale qui s'est déroulée en Angleterre, auprès de 200 patients. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de North Nottinghamshire.</p>
But de l'étude	<p>Le but de l'étude est de comparer deux échelles d'identification du risque de chute: Downton Index et STRATIFY avec le jugement clinique basé sur l'observation du comportement afin de prévenir les chutes des patients en maison de retraite qui se trouvent être médicalement stables.</p>
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>L'étude est menée dans une seule maison de retraite accueillant des personnes âgées.</p> <p>A l'admission des résidents, ces derniers ont eu une évaluation médicale, infirmière et physique complétés d'outils d'évaluation du risque de chute afin d'avoir une vision globale du résident et des risques encourus. Les informations récoltées sont centrées sur l'âge, le genre, l'historique des chutes et les médicaments pris à l'admission. Les examens physiques ont eu pour but de tester un grand nombre de points tels que: la vision, l'ouïe, la confusion,....</p> <p>Le premier outil est le Downton Index: cette échelle s'intéresse aux chutes antérieures, aux traitements pris par les résidents, aux déficits sensoriels, aux déficits anatomiques (paralysie,...), à la présence d'une confusion et la présence d'une démarche incertaine.</p> <p>Le deuxième outil est STRATIFY: cette échelle se base sur 5 facteurs associés à la chute: antécédents de chute en maison de retraite, agitation du résident, troubles de la vision, incontinence et difficulté à la mobilisation et à la marche. Ils ont collecté des informations sur l'âge, le sexe, l'histoire et les antécédents des chutes ainsi que les médications prises par les résidents.</p> <p>Les résidents ont été examinés et ont eu des examens approfondis (vision, audition, cognition,...).</p> <p>Des tests ont aussi été effectués tels que le Get Up and Go Test (ce test sert à évaluer la démarche et permet de voir comment le résident se mobilise).</p> <p>Ces différentes évaluations ont permis de classer les résidents dans 4 groupes différents: -normal, -sûr, - incertain, - inapte à la mobilisation.</p>
Principaux résultats	<p>Sur les 200 patients étudiés, il y a eu 51 résidents qui ont chuté une fois et 17 résidents qui ont chuté plus d'une fois.</p> <p>Pour l'identification des personnes à risque de chute:</p> <p>Le résultat de la sensibilité du jugement clinique est de 43,1%. Ce résultat est plutôt mauvais comparé à la sensibilité du Downton qui est de 92,2% et celui du Stratify est de 82,3%.</p> <p>Cependant, le jugement clinique a de meilleures valeurs au niveau de la spécificité. En effet, pour le jugement clinique elle est de 90,6 alors que le Downton obtient un résultat de 35,8% et le Stratify de 34,2%.</p> <p>La valeur prédictive positive est meilleure pour le jugement clinique que pour les deux autres tests : 61,1%, contre 30,0% pour le Stratify et 33,1% pour le Downton.</p>

	<p>La valeur prédictive négative est meilleure pour le Downton: 92,9%, contre 82,3% pour le jugement clinique et 85,0% pour le Stratify.</p> <p>Le jugement clinique a identifié correctement pour 157 résidents sur 200 soit 78%.</p> <p>Le Downton a identifié de façon correcte 100 résidents sur 200 et le Stratify a identifié correctement 93 résidents sur 200.</p> <p><u>Pour l'identification des personnes à risque récurrents de chutes:</u></p> <p>Le résultat de la sensibilité du jugement clinique est de 58,8%. La sensibilité du Downton est de 100% et celle du Stratify est de 94,1%.</p> <p>Au niveau de la spécificité, le jugement clinique a une valeur de 85,8% , le Downton a une valeur de 31,1% et le Stratify a une valeur de 32,2%.</p> <p>La valeur prédictive positive est meilleure pour le jugement clinique: 27,7%, contre 11,4 pour le Stratify et 11,8 pour le Downton.</p> <p>La valeur prédictive négative est meilleure pour le Downton:100%, mais elle est suivie de près par le Stratify: 98,3% et le jugement clinique 95,7%.</p> <p>Le jugement clinique a identifié correctement 167 patients. Le Downton en a identifié correctement 74 et le Stratify 75.</p> <p><u>Synthèse des résultats:</u></p> <p>Le jugement clinique donne le plus haut degré de prédictivité ainsi qu'un haut taux de spécificité. La sensibilité du jugement clinique est basse, ce qui sous-entend une grande proportion de personnes à risque de chute qui n'ont pas été identifiées.</p> <p>Nous remarquons également que les deux outils sont assez similaires face aux résultats obtenus.</p> <p>Le jugement clinique démontre de meilleurs résultats que les deux outils d'évaluation (Downton et Stratify) du risque de chute utilisés. Le jugement clinique se base sur l'observation, qui est un item primordial à évaluer pour déterminer le risque de chute et devrait donc être utilisé de façon plus récurrente.</p> <p>Les outils étudiés et le jugement clinique se complètent s'ils sont utilisés ensemble.</p> <p>La sensibilité du jugement clinique seul est basse, il n'est donc pas recommandé même s'ils présentent de grandes limites, de remplacer les outils d'évaluation par le jugement clinique seul.</p> <p>La spécificité d'un outil change en fonction de la prévention faite, il n'est donc pas utile de développer de nouveaux outils avec une spécificité élevée.</p>
Limites	<p>Basse sensibilité due au petit nombre de patients présentant une agitation et des restrictions au lit?</p> <p>La définition du comportement est basée sur des critères standardisés ce qui a pu baisser le niveau de spécificité. Le fait de prévenir le risque de chute des résidents, peut aussi faire baisser le taux de spécificité et affecter la prédictivité.</p> <p>Le jugement clinique a été effectué par un médecin qui a également utilisé deux outils d'évaluation afin de poser un résultat sur le comportement des résidents. Ces derniers ont donc pu influencer le résultat émis par le médecin sur le comportement.</p> <p>Il n'y a pas de chapitre sur les limitations et donc pas d'auto-évaluation sur l'étude menée.</p>

Article 3

Auteurs- Année	<p>Turkosi, B. Pierce, L.L., Schreck, S., Salter, J., Radziewicz, R., Juhde, J. & Brady, R.</p> <p>Clinical Nursing Judgment Related to Reducing the Incidence of Falls by Elderly Patients</p> <p>1997 Tiré de: Rehabilitation Nursing</p>
Population / Type étude	<p>Cet article mène une étude descriptive quantitative sur 4 mois, auprès de 14 infirmières (N=14), à l'aide d'interviews téléphoniques semi structurées et de questionnaires au sein d'une unité de réadaptation dans le Nord de l'Ohio comprenant 28 lits.</p>
But de l'étude	<p>Le but de cette étude est de démontrer l'expertise du jugement clinique infirmier et les résultats que ce dernier offre. Afin d'y parvenir, l'étude identifie les subtilités du raisonnement clinique (les indices et les stratégies) utilisées par les infirmières en réadaptation afin de prévenir le risque de chute.</p>
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>L'étude a sélectionné 14 infirmières de différents établissements pour répondre à l'objectif de cette dernière. Les infirmières ont tout d'abord reçu des informations concernant l'étude sur leur boîte mail. Puis elles ont été contactées par un chercheur, non associé à l'établissement où elle travaille, pour réaliser l'interview. 6 chercheurs réaliseront ces interviews. Chaque infirmière a été interrogée une seule fois. Le chercheur commence l'interview en posant la question suivante: Que pouvez-vous nous dire à propos des chutes des patients?. Les questions posées lors de la suite de l'entretien dépendront de cette première réponse. Le chercheur pose à la fois des questions ouvertes et des questions fermées. Chaque contenu d'interview est retranscrit par un secrétariat. L'interview fait ressortir les thèmes principaux abordés.</p> <p>Avant de réaliser ces interviews, les 6 chercheurs, dont le niveau d'expérience varie, on reçu un enseignement délivré par un chercheur qualifié, sur une durée de 4 mois. Ces enseignements apportent des éléments sur les différentes approches et analyses possibles. Après avoir effectué les interviews, trois équipes, composées de chercheurs expérimentés et moins expérimentés, ont été créés pour analyser à nouveau les interviews, pour s'assurer de la qualité et de la précision de l'analyse effectuée la première fois. Il en ressort que chacun des chercheurs ont identifié des thèmes communs lors de leur analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pourquoi les patients chutent? -Identifier les patients qui sont à risque de chute -Prévenir les chutes -Sentiments des infirmiers sur les patients qui chutent. <p>Les résultats seront alors développés selon ces derniers.</p>
Principaux résultats	<p>Tous les soignants interviewés étaient des femmes âgées de 24 à 55 ans. Différents niveaux de formation ont été identifiés. 5 d'entre elles ont une spécialisation dans le domaine des soins gériatriques et soins en réadaptation datant de 2 à 21 ans.</p> <p>L'étude rapporte qu'il n'y a cependant pas de relations significatives entre l'âge, l'éducation reçue, les années d'expériences et le nombre de patients qui ont chuté. Toutefois, les infirmières spécialisées ont rapporté un peu moins de chutes de patients que les autres 8 infirmières non spécialisées). L'article propose ce sujet pour une autre recherche.</p>

	<p>Selon l'étude, l'état cognitif des patients a un impact significatif sur les chutes. En effet, la confusion, les pertes de mémoire, l'impulsivité et le désir d'indépendance des patients augmentent considérablement le risque de chute. Le fait qu'ils ne soient pas conscients de la diminution de leurs fonctions cognitives et physiques est également à considérer.</p> <p>Certains patients ont aussi peur de déranger les infirmières et font alors par eux-mêmes, sans avoir conscience du risque qu'ils engendrent. Ou alors certains trouvent que les infirmières sont trop occupées et n'ont pas de temps à leur accorder.</p> <p>L'étude révèle que si le patient ne fait pas confiance à l'infirmière, le risque de chute est potentialisé.</p> <p>La fatigue et l'ennui jouent également un rôle dans le risque de chute, tout comme la polymédication.</p> <p>L'identification du risque de chute se fait en observant le patient, par exemple sur la manière de se mobiliser, ses habitudes ou encore son comportement. Il est également important que l'infirmière soit attentive à la communication qu'elle a avec le patient ou les proches de celui-ci. Il est essentiel que le patient et l'infirmière se comprennent et puissent se faire confiance pour une meilleure prise en soin. Les proches du patient sont une aide précieuse pour compléter la prise en soins. L'infirmière doit aussi être attentive aux changements.</p> <p>Cette étude montre l'impact des implications infirmières dans la prise en charge à risque de chute. Les infirmières ont un impact significatif et la responsabilité de la chute est attribuée à leurs comportements, leurs jugements et leurs interventions.</p> <p>Lors d'une chute, les infirmières sont en colère contre elles-mêmes et se sentent coupables de ne pas avoir pu éviter la chute. Une infirmière spécialisée rapporte que le manque d'expérience rentre en compte dans le vécu de la chute.</p> <p>Les mesures de prévention des chutes se basent sur une attitude proactive d'anticipation visant à observer et évaluer les indices les plus minimes des résidents qui interviennent dans le risque de chute. Il est, en effet, essentiel que l'infirmière utilise son raisonnement clinique pour identifier le risque de chute. Cette étude montre comment l'infirmière lie ses connaissances théoriques, son expérience et son jugement clinique.</p>
<p>Limites</p>	<p>L'étude descriptive est de petite ampleur, seules 14 infirmières sont interviewées.</p> <p>Il n'y a pas de statistiques et de données quant à l'étude menée.</p> <p>Les résultats ne sont pas exposés dans un tableau récapitulatif.</p> <p>L'étude ne donne pas d'informations sur les patients étudiés, nous ne savons ni leur âge, ni leur sexe, ni s'ils ont des antécédents de chutes.</p> <p>Les biais de cette étude ne sont pas exposés.</p> <p>Il n'y a pas d'explications sur le fait que les infirmières spécialisées ont rapporté un peu moins de chutes de patients que les infirmières non spécialisées.</p> <p>Étude pas approuvée par un comité d'éthique (pas de renseignements).</p>

Article 4

<p>Auteurs- Année</p>	<p>Meyer, G., Köpke, S., Bender, R. & Mülhauser, I.</p> <p>Predicting the risk of falling - efficacy of a risk assessment tool compared to nurses' judgement: a cluster-randomised controlled trial</p> <p>2005 Tiré de: BMC Geriatrics</p>
<p>Population / Type étude</p>	<p>Cet article mène un essai contrôlé randomisé qui s'est déroulée sur 12 mois auprès de 54 maisons de retraite à Hambourg. 1080 résidents ont été inclus dans l'étude et les critères d'inclusion étaient que les résidents aient 70 ans ou plus et qu'ils aient déjà chuté au moins une fois sur les 12 mois. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique de Hambourg.</p>
<p>But de l'étude</p>	<p>Le but de l'étude est de comparer l'utilisation d'une évaluation standard du risque de chute avec le jugement clinique ou juste le jugement clinique seul afin d'évaluer l'efficacité du jugement clinique et les conséquences des différentes stratégies d'évaluation du risque de chute.</p>
<p>Intervention / Méthode / Instrument de mesure</p>	<p>L'étude a été menée sur 12 mois. Ils ont utilisé le Downton Index, une échelle de soin standardisée et une évaluation économique a été menée. Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de Hambourg. Les interventions de l'étude ont été: une session d'éducation du personnel soignant de 60 à 90 minutes qui permet de pouvoir mettre plus facilement en évidence les stratégies de prévention des chutes et les complications liées aux chutes. Le groupe d'intervention (IG) a reçu une séance d'information sur l'utilisation du Downton Index afin qu'ils puissent l'utiliser dans l'IG. Le groupe de contrôle, lui, ne mène aucune intervention. 200 résidents ont été choisis pour participer à l'étude, répondant aux critères d'inclusion suivants: âgé de plus de 70 ans, personne non alitées, résidents vivant en EMS depuis plus de 3 mois. Le personnel soignant avait des données claires sur comment documenter en cas de chute et sur comment prévenir le risque de chute. Tous les mois, le personnel soignant et les résidents avaient une visite des personnes chargées de mener l'étude.</p>
<p>Principaux résultats</p>	<p>Le premier résultat est le nombre de participants ayant chuté au moins une fois durant les 12 mois. Le deuxième résultat est le nombre de chutes, les conséquences cliniques, les mesures de prévention appliquées et les effets secondaires des deux stratégies d'évaluation des risques. Les effets secondaires s'appliquent aux effets physiques et pharmacologiques qui entraînent des restrictions.</p> <p>45% des participants du groupe de contrôle ont chuté au moins une fois sur les 12 mois. Le personnel infirmier devra remplir une fiche de documentation spécialement développée dans le cas d'un événement de chute et aussi une fiche de documentation sur les mesures utilisées pour éviter les chutes une fois par mois.</p> <p>Le personnel soignant doit tenir à jour des documents sur les résidents afin de pouvoir voir s'ils ont déjà chuté, les conséquences de la chute et ce qui a été mis en place par la suite. Une vision globale se met en place si les dossiers sont bien tenus à jour.</p>

Limites	Nous avons trouvé que la disposition de l'article n'est pas très claire: les différents chapitres ne sont pas bien délimités, l'exposition des résultats n'est pas bien délimitée. Il y a très peu de chiffres exposés et aucun tableau récapitulatif.
----------------	---

Article 5

Auteurs- Année	<p>Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B. & Mülhauser, I.</p> <p>Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone : a cluster-randomised controlled trial</p> <p>2009 Tiré de: Age and Ageing</p>
Population / Type étude	<p>Cet article mène un essai contrôlé randomisé auprès de 1125 résidents, dans 58 EMS, sur une durée de 12 mois, à Hambourg (N=1125).</p>
But de l'étude	<p>Comparer la plus value d'une évaluation standardisée du risque de chute combinée avec le jugement clinique de l'infirmière ou le jugement clinique de l'infirmière seule.</p>
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>Une lettre d'invitation a été envoyée à 78 EMS. Les critères d'inclusion étaient qu'il y ait au moins 30 résidents au sein de l'établissement et qu'ils utilisent ou non un outil d'évaluation du risque de chute. Dans chaque établissement, un coordinateur de l'étude a été sélectionné pour lister le nombre de résidents. D'après cette liste, des résidents ont été retenus pour participer à l'étude selon les critères d'inclusion suivant: les personnes ayant plus de 70 ans et résidant au sein de l'EMS depuis au moins trois mois.</p> <p>Les infirmiers ont ensuite collecté des données afin de les rentrer dans la base de données. Ces dernières ont été décrites selon un système allemand utilisé par le service médical et les assurances maladies. Les données des fonctions physiques et cognitives ont alors été répertoriées selon leurs degrés: 0=pas de trouble, 1= trouble considérable, 2= trouble sévère et 3= trouble très sévère. L'utilisation de cet outil allemand a été pré-testé dans une étude pilote auprès de deux EMS.</p> <p>Des séances d'informations ont été menées dans 6 EMS. Les séances ont duré de 60 à 90 min et étaient délivrées par un chercheur auprès de petits groupes. La fréquence des chutes, les conséquences des chutes chez les personnes âgées, les facteurs de risque, la morbidité liée aux chutes ainsi que les meilleures stratégies mises en place pour prévenir les chutes ont été abordées à l'aide de présentations, de discussions de groupe ou encore de vignettes.</p> <p>Ensuite, 1125 résidents ont été recrutés auprès des 58 EMS puis répartis dans deux groupes: un groupe où l'intervention sera menée (IG) et l'autre, qui sera un groupe témoin, où aucune intervention ne sera menée (CG).</p> <p>Dans le groupe d'intervention, le Downton Index et le jugement infirmier en lien avec le risque de chute sont utilisés.</p> <p>Dans le groupe de contrôle, seul le jugement infirmier est pris en compte.</p>
Principaux résultats	<p>Sur 78 EMS seuls 58 correspondent aux critères d'inclusion. 1125 résidents ont été retenus sur 1972.</p> <p>L'étude constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes comparés. Dans le groupe IG 52% des résidents ont eu au moins un épisode de chute durant l'année contre 53% pour le CG.</p> <p>Les infirmières doivent continuer d'utiliser les outils d'évaluation du risque de chute pour compléter leur raisonnement clinique.</p> <p>Un nombre remarquable d'outils d'évaluation du risque de chute ont été développés et largement mis en œuvre dans la pratique infirmière.</p> <p>Cette étude a démontré que l'administration mensuelle d'un outil d'évaluation des risques de chute dans les EMS n'a pas abouti à une réduction du nombre de chute.</p>

	<p>Les outils d'évaluation clinique ne devraient plus être utilisés, sauf s'ils complètent et démontrent une plus value par rapport au jugement infirmier. Ce dernier prime, car les outils d'évaluation démontrent des limites telles que la non considération du contexte de la prise en soin ainsi que le fait que chaque cas est unique, dont il faut être conscient.</p>
<p>Limites</p>	<p>L'étude ne décrit pas comment l'infirmière effectue son raisonnement clinique. Nous pouvons supposer qu'elle l'utilise lorsqu'elle effectue les tests et les outils d'évaluations.</p> <p>Les résultats sont exposés sous forme de tableaux, mais il y a ainsi peu de discussion autour de ceux-ci.</p> <p>L'utilisation d'une évaluation standardisée du risque de chute combinée avec le jugement clinique de l'infirmière comparé avec juste le jugement clinique de l'infirmière seul n'a pas été développé dans l'étude.</p> <p>L'étude ne s'interroge pas pour savoir si une évaluation standardisée complétée d'un jugement clinique infirmier est plus bénéfique que le fait d'utiliser uniquement le jugement clinique infirmier et inversement.</p> <p>Étude pas approuvée par un comité d'éthique (pas de renseignements).</p>

Article 6

Auteurs- Année	<p>Lundin-Olsson, L., Jensen, J., Nyberg, L. & Gustafson, Y.</p> <p>Predicting falls in residential care by a risk assessment tool, staff judgement, and history of falls</p> <p>2003 Tiré de: Aging Clinical and Experimental Research</p>
Population / Type étude	<p>Cet article mène une étude de cohorte prospective auprès de quatre maisons de retraite dans le nord de la Suède, sur une durée de 6 mois. 208 résidents de 65 ans et plus participent à l'étude. Le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université d'Umea a approuvé l'étude.</p>
But de l'étude	<p>Les buts principaux de cette étude est de valider la précision et l'utilité de la MIF (Mobility Interaction Fall qui consiste en un test de la marche, de la vision et de la concentration) dans l'échantillon donné et comparer cet outil au jugement clinique du personnel soignant en lien avec le risque de chute et du vécu des chutes des résidents. Le second objectif était de déterminer si une combinaison de ces deux mesures, la MIF et le jugement clinique, augmenterait la détection du risque de chute.</p>
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>La MIF est basée sur le jugement infirmier et l'historique des chutes afin de pouvoir classer le risque de chute des 208 résidents étudiés (moyenne d'âge: 83,2±6,8 ans). Les chercheurs ont également inclus à leurs analyses des observations sur leurs habilités à marcher et interagir simultanément avec un objet, un test de vision et un test de concentration. Ils ont pris des résidents vivant dans 4 EMS différents et les ont suivis sur une période de 6 mois. Une spécialiste en médecine gériatrique vient une fois par semaine et le reste du temps elle peut être appelée en cas d'urgence. 6 spécialistes sont engagés dans l'étude et qui connaissent la majorité des résidents. 6 physiothérapeutes sont employés dans l'étude et visent à évaluer les troubles de la vision, de l'audition et de la cognition dans le risque de chute. Pour la cognition, ils utilisent l'échelle: Mini-Mental State Examination (MMSE). Les chercheurs ont également effectué le test Timed Up&Go test (TUG: se lever de la chaise, marcher 3 mètres, tourner sur soi et retourner s'asseoir sur la chaise) afin d'évaluer l'habileté à bien comprendre les instructions des résidents. Les résidents pouvant marcher indépendamment et ayant effectué le test comme il faut, ont été observés pour le test SWWT (Stops walking when talking: s'arrêter de marcher afin de pouvoir discuter et recommencer à marcher une fois la discussion finie). Un tableau est fourni comprenant les différents facteurs associés à la chute en comparant les personnes ayant chuté et celles n'ayant pas chuté. Selon ce tableau, une majorité de femmes chuteraient, la vision serait un important facteur du risque de chute, tout comme le diagnostic de fracture du fémur, l'utilisation de benzodiazépines et bien d'autres encore.</p> <p>Le risque de chute du résident est classifié dans trois différentes catégories: la MIF, l'évaluation du personnel soignant (jugement clinique) et l'historique des chutes.</p>
Principaux résultats	<p>Pour 25 chutes (ce qui représente 8,6% du nombre total de chute), les chercheurs n'ont pas trouvé les rapports d'incident qui auraient du être ouverts après la chute, mais ils les ont tout de même inclus dans l'étude.</p>

	<p>104 résidents, soit 50% ont chuté durant les 6 mois. 27% des résidents, soit 54, ont chuté plus d'une fois. 17 résidents sont morts pendant l'étude et 10 résidents ont été déplacés. 22 résidents, représentant 21% des personnes ayant chuté, n'ont pas été classifiés comme à risque de chute par aucune des 3 méthodes.</p> <p>La sensibilité de la MIF est de 43%, l'historique des chutes de 52% et le jugement clinique de 60%. La MIF a une sensibilité plus basse que les deux autres méthodes utilisées. La spécificité de la MIF est de 69%, l'historique des chutes est de 75% et le jugement clinique de 71%. La valeur prédictive positive est de 58% pour la MIF, de 68% pour l'historique des chutes et de 67% pour le jugement clinique. La valeur prédictive négative est de 55% pour la MIF, de 61% pour l'historique des chutes et de 64% pour le jugement clinique.</p> <p>La MIF classe les résidents comme étant à risque de chute lorsqu'ils chutent lors du test SWWT, lorsqu'ils ont des difficultés au test TUG (au moins 4,5 secondes) et des difficultés de concentration. Elle classe les résidents comme étant à bas risque de chute lorsqu'ils ont un TUG court, lorsqu'ils sont immobiles et ne tombent pas et s'ils n'ont pas de problèmes de concentration. Le total des trois différentes catégories: la MIF, l'évaluation du personnel soignant et la classification des historiques de chute ont détecté 135 résidents à risque de chute. Les trois groupes réunis ont été en accord sur le fait que 35 résidents sur les 135 étaient à risque de chute. Les trois méthodes démontrent les mêmes probabilités de chute.</p> <p>La précision de la MIF a été validée. En effet, les trois méthodes démontrent la même probabilité de chute. La MIF a une sensibilité de 43% et une spécificité de 69%. Les trois catégories ont des résultats qui diffèrent. La combinaison d'au moins deux méthodes apporte de meilleurs résultats que si elle est utilisée seule. L'évaluation clinique apporte de meilleurs résultats si elle est combinée à une échelle ou un outil d'évaluation. Ces deux catégories sont donc complémentaires et il est recommandé de les utiliser ensemble.</p>
Limites	<p>Il n'y a pas d'exposition des limites de l'article, donc pas d'auto-évaluation.</p> <p>Grande différence de pourcentage au niveau des valeurs obtenues (spécificité, sensibilité, VPP, VPN) par les trois méthodes. Un important facteur est la définition de la chute. Dans l'étude, les chutes se déroulant à l'extérieur ont été comptabilisées, alors que les occasions de chutes sont multipliées.</p>

Formation à l'Examen clinique dans les Soins Infirmiers

L'examen clinique fait partie des compétences infirmières à développer pour un rôle autonome au niveau Bachelor selon le référentiel de compétences de la KFH. L'enseignement de l'examen clinique comprend un recueil de données systématique (subjectives et objectives), une analyse et des transmissions efficaces afin de développer des compétences cliniques performantes. L'EC est un outil qui permet d'évaluer globalement et rapidement une situation de soin afin d'anticiper et de gérer les urgences de santé, ceci grâce à une méthode anamnétique structurée et l'acquisition de compétences en examen et auscultation physique.

Public: Cette offre de formation s'adresse aux Infirmières diplômées et praticiens Formateurs.

Objectifs:

Permettre aux participants d'acquérir des compétences méthodologiques et techniques leur permettant de déterminer le degré d'urgence et de gravité d'une situation, de définir des interventions infirmières et interprofessionnelles adaptées et d'exercer une surveillance étroite de l'évolution des pathologies et de l'impact des traitements administrés grâce à une formation de 4 jours.

Intervenant-e-s : Séverine Lalive Raemy et autres intervenant (médecins et infirmiers)

Contenus :

Jour 1 :

- Présentation de l'Examen clinique infirmier Etablissement d'une anamnèse selon une méthodologie spécifique
- Présentation et utilisation des outils de base
- Statut abdominal : cours théorique et exercices pratiques

Jour 2 :

- Statut cardio-vasculaire : cours théorique et exercices pratiques
- Statut thoracique : cours théorique et exercices pratiques

Jour 3 :

- Statut mental : cours théorique et exercices pratiques
- Statut neurologique : cours théorique et exercices pratiques

Jour 4 :

- Statut musculo-squelettique et tégumentaire : cours théorique et exercices pratiques
- Statut complet

Les journées se déroulent sous la forme d'un apport théorique par thème et une mise en pratique sous forme de « laboratoires »

Dates :

- Septembre et Octobre 2015 : Les mardis 15, 22, 29 septembre et 6, octobre 2015
- **NB :** Pour pouvoir suivre la journée 5 sur l'adulte aîné, ces 4 journées sont un prérequis.

- **Délai d'inscription :** Les inscriptions aux sessions courtes vont être ouvertes dès que notre nouveau site web va être ouvert, c'est-à-dire dès **lundi (18 mai) !** Les personnes devront s'inscrire en ligne directement sur notre site web. Pas d'autres possibilités.

Prix : 950.- les 4 jours.

Contact :

HEdS-Genève – Formation continue
Avenue de Champel 47 – 1206 Genève
Tél. : 022 388 56 30 – Fax : 022 388 56 01
E-mail : fc.heds@hesge.ch Ou directement sur le site

www.hesge.ch/heds

**Formation à l'Examen clinique dans les Soins Infirmiers:
Session supplémentaires pour la spécificité de l'ainé**

Soins infirmiers

**Formation à l'Examen clinique dans les Soins Infirmiers : Session
supplémentaire pour la spécificité de l'ainé.**

Dans le cadre de la formation à l'examen clinique, cette session complémentaire porte une attention particulière à l'adulte âgé. En effet, l'ainé représente une part très importante de la population et plus particulièrement de la population soignée et doit à cet effet pouvoir bénéficier de soins bien adaptés que ce soit en milieu extra ou intra hospitalier.

Public: Cette offre de formation s'adresse aux Infirmières diplômées et praticiens Formateurs ayant suivi le cours de 4 jours ou une formation préalable équivalente..

Objectifs:

Permettre aux participants d'acquérir des compétences méthodologiques et techniques leur permettant de déterminer le degré d'urgence et de gravité d'une situation, de définir des interventions infirmières et interprofessionnelles adaptées et d'exercer une surveillance étroite de l'évolution des pathologies et de l'impact des traitements administrés grâce à une formation d'une journée spécifique à l'ainé.

Intervenant-e-s : Séverine Lalive Raemy et autres intervenant (médecins et infirmiers)

Contenus :

- Statut clinique de la personne âgée
- Statut mental de l'ainé

Le contenu de cette session sera donné sous la même forme que les 4 jours prérequis : un apport théorique et une mise en pratique.

Date :

24 juin 2016

Délai d'inscription : un mois avant la date de la session

Prix : CHF

Contact :

HEdS-Genève – Formation continue
Avenue de Champel 47 – 1206 Genève
Tél. : 022 388 56 30 – Fax : 022 388 56 01
E-mail : fc.heds@hesge.ch Ou directement sur le site

www.hesge.ch/heds

CHUTES : PRÉVENTION POUR MAINTENIR MOBILITÉ ET AUTONOMIE

PERSONNE ÂGÉE

OBJECTIFS

Prendre conscience de ses attitudes et réactions face à une personne âgée à risque de chute et/ou rencontrant des problèmes de mobilité.
Nommer les aspects juridiques et éthiques en lien avec les mesures de contrainte.
Identifier les facteurs de risque les plus probants de chutes et de fractures.
S'approprier différents outils de dépistage, traçabilité et évaluation des personnes à risque de chute.
Développer des compétences pour prévenir et intervenir en interdisciplinarité en s'appuyant sur les bonnes pratiques (EBP).

CONTENU

Epidémiologie, facteurs de risque et conséquences des chutes et fractures dans la population gériatrique.
Outils de dépistage, de traçabilité et d'évaluation des personnes à risque.
Mesures limitant la liberté de mouvement: aspects juridiques et éthiques.
Déclaration de chute: outils, intérêts et enjeux.
Equilibre, locomotion et vieillissement: mécanismes, évaluation et réhabilitation.
Présentation du programme CHEOPS (CHutes Et OstéoPoroSe) ainsi que des programmes et mesures de prévention des chutes et maintien de l'autonomie développés aux HUG, à domicile et en EMS.

MOYENS

Apports théoriques, exercices pratiques, analyse de situations, échanges et pratique réflexive à partir du vécu des participants.

PUBLIC-CIBLE

Personnel soignant, Personnel social et éducatif, Personnel médico-thérapeutique

ANIMATION

Yasmine Hunt Andary, Solange Conti, Christine Maupetit, Melany Hars, Pierre Bellemare, Andrea Trombetti

DATES

13-14 octobre 2016

DURÉE

16 heures

HORAIRES

08h30-17h30

TARIF

Professionnels du Réseau et partenaires: 300 CHF
Autres participants: 500 CHF

REMARQUE

Il est souhaité que chaque participant vienne avec une idée de projet lié à la prévention des chutes dans son environnement de travail.
Cette formation relaie le dispositif de formation Fegems. Pour les EMS formés, la Fegems organise des prestations de suivi intra-muros. S'adresser à formation@fegems.ch ou au 022 718 18 62.
Précédemment, cours intitulé: « Chutes: axes de prévention pour maintenir mobilité et autonomie ».

RESPONSABLE

Hôpitaux universitaires de Genève
(022 305 57 00 - formation@hcuge.ch)

Figure 4: Prévention des chutes

Bulechek, G. N., Butler, H. K. et Mc Closkey Dochterman J. (2010).
 Classification des interventions de soins infirmiers.
 Paris = Pearson

CHUTES/PRÉVENTION DES CHUTES | C

CHUTES

6490

Définition : emploi de précautions particulières dans le cas où un patient présente des risques de blessures dues à des chutes:

► **Activités**

- Déterminer les déficits cognitifs ou physiques susceptibles d'augmenter les risques de chutes dans un environnement particulier.
- Identifier les comportements et les facteurs qui influencent le risque de chute.
- Passer en revue l'histoire des chutes avec le patient et sa famille.
- Déterminer les caractéristiques de l'environnement susceptibles de causer des chutes (ex. : planchers glissants, escaliers).
- Observer la démarche, l'équilibre et le degré de fatigue lors de la marche.
- Interroger le patient à propos de sa sensation d'équilibre, si nécessaire.
- Discuter avec le patient des observations sur sa démarche et ses mouvements.
- Suggérer des changements dans la démarche.
- Accompagner le patient dans son adaptation aux changements de démarche suggérés.
- Aider le patient instable quand il marche.
- Fournir un appareil de marche (ex. : canne, déambulateur) afin de stabiliser la démarche.
- Encourager le patient à utiliser une canne ou un déambulateur.
- Enseigner au patient l'emploi de la canne ou du déambulateur.
- Maintenir l'appareil en bon état.
- Verrouiller les roues du fauteuil roulant, du lit ou du chariot à brancard lors du transfert.
- Placer les objets dont il a besoin à la portée du patient.
- Recommander au patient de demander de l'aide pour se mouvoir si nécessaire.
- Montrer au patient comment tomber de façon à réduire les blessures.
- Installer des affiches afin de rappeler au patient de demander de l'aide pour se lever.
- Observer la capacité à passer du lit à une chaise.
- Utiliser la technique appropriée afin de transférer le patient dans son fauteuil roulant, dans son lit, aux toilettes, etc.
- Utiliser un siège de toilette surélevé afin de faciliter le transfert.
- Utiliser des fauteuils de la hauteur appropriée, munis de dossiers et d'appuis-bras afin de faciliter le transfert.
- Utiliser un matelas aux rebords rigides afin de faciliter le transfert.
- Utiliser des barrières de longueur et de hauteur appropriées afin d'éviter les chutes du lit, si nécessaire.
- Régler le lit à sa position la plus basse.
- Mettre en place les mesures de contention afin de limiter les mouvements dangereux si nécessaire.
- Installer un espace de couchage fermé à l'étage, si nécessaire.
- Fournir un siège baquet pour limiter la mobilité, si approprié.
- Placer un rebord de mousse sur le siège du fauteuil afin d'empêcher le patient de se lever, si nécessaire.
- Utiliser un matelas d'eau partiellement rempli afin de limiter la mobilité si nécessaire.
- Fournir au patient dépendant le moyen de demander de l'aide (ex. : cloche, lumière d'appel) lorsque la personne soignante est absente.
- Répondre à l'appel immédiatement.

Interventions

Figure 5: Indication à faire de l'exercice: Renforcement musculaire

EXERCICE/INCITATION À FAIRE DE L'EXERCICE : RENFORCEMENT MUSCULAIRE		E
EXERCICE	INCITATION À FAIRE DE L'EXERCICE : RENFORCEMENT MUSCULAIRE	0201
<i>Définition : favoriser la pratique régulière de la résistance musculaire pour entretenir ou accroître la force musculaire.</i>		
► Activités		
<ul style="list-style-type: none">• Effectuer un examen de santé préalable au moyen d'échelles de capacité physique et/ou d'un examen physique complet afin d'identifier les risques encourus lors de l'entraînement physique.• Obtenir l'accord du médecin pour débiter un programme d'entraînement, si nécessaire.• Aider la personne à exprimer ses croyances, ses valeurs et ses objectifs par rapport à sa santé et son entraînement musculaire.• Donner des informations sur la fonction musculaire, les effets physiologiques de l'exercice et les conséquences de l'absence d'exercice.• Déterminer le niveau de la capacité musculaire par des exercices en situation ou par des tests en laboratoire (ex. : maximum de soulèvement de poids, nombre de soulèvements par unité de temps).• Donner des informations sur les différents moyens de faire travailler les muscles (ex. : usage de poids libres, d'engins à poids, d'élastiques d'étirement, d'objets lestés, exercices aquatiques).• Aider à se fixer des objectifs réalistes à court terme et à long terme ainsi qu'à s'approprier le programme d'exercices.• Aider à développer les moyens de réduire les obstacles à l'entraînement musculaire d'origine procédurale, émotionnelle, comportementale (état d'esprit), financière ou de confort.• Aider à obtenir les ressources nécessaires à l'engagement dans le programme.• Aider à développer un environnement domestique/de travail qui facilite l'engagement dans le programme.• Initier au choix de vêtements qui évitent la surchauffe ou le refroidissement.• Aider à planifier un programme qui tient compte du niveau de forme musculaire, des contraintes musculosquelettiques, des objectifs de santé, de l'équipement disponible, des choix personnels et du soutien social.• Préciser le niveau de résistance à atteindre, le nombre de répétitions, le nombre de séries d'exercices et la fréquence des sessions d'entraînement selon le niveau d'aptitude et la présence ou l'absence de facteurs de risque à effectuer les exercices.• Conseiller au patient de se reposer brièvement après chaque exercice, si besoin.• Préciser le type et la durée des activités d'échauffement et de refroidissement (ex. : étirements, marche, gymnastique).• Adopter un alignement corporel (posture) et un mode de soulèvement appropriés pour exercer chaque groupe musculaire important.• Utiliser les mouvements inversés pour éviter les blessures lors de certains exercices.• Aider le patient à décrire/exécuter les mouvements prescrits sans poids, jusqu'à ce que le déroulement correct soit connu.• Modifier les mouvements et les méthodes d'exercice pour les patients en chaise roulante ou obligés de rester au lit.• Apprendre aux patients à reconnaître les signes/symptômes de tolérance/d'intolérance aux exercices pendant et après la session d'entraînement (ex. : étourdissements, pleurs, douleur musculaire squelettique ou articulaire plus importante que d'habitude, faiblesse, fatigue extrême, angor, diaphorèse, palpitations).• Faciliter l'adaptation musculaire aux exercices en faisant travailler un groupe de muscles spécifique un jour sur deux.• Conseiller de pratiquer chaque semaine trois sessions d'entraînement avec chaque groupe musculaire jusqu'à l'atteinte des objectifs, et commencer ensuite un programme de maintien.		

Figure 5: suite



E EXERCICE/INCITATION À FAIRE DE L'EXERCICE : RENFORCEMENT MUSCULAIRE

- Conseiller d'éviter la pratique de l'exercice musculaire lors de fortes chaleurs.
- Aider à déterminer un programme favorisant la progression régulière du travail musculaire (niveau de résistance, nombre de séances et de séries).
- Donner des instructions écrites, illustrées à emporter au domicile concernant le type de mouvements et les recommandations pour chaque groupe musculaire.
- Aider à développer un système d'enregistrement des données incluant le niveau de force atteint, et le nombre de séances et de séries afin d'évaluer les progrès de la capacité musculaire.
- Évaluer mensuellement la capacité musculaire.
- Planifier le suivi du patient afin d'entretenir sa motivation, de l'aider à résoudre des problèmes et d'évaluer ses progrès.
- Aider le patient à modifier son programme ou à développer d'autres stratégies afin d'éviter l'ennui et l'abandon.
- Collaborer avec la famille et les autres professionnels de la santé (ex. : kinésithérapeute, ergothérapeute, animateur) pour la planification, l'enseignement et le contrôle du programme d'entraînement musculaire.

3^e édition 2000.

Bibliographie

- Hyatt, G. (1996). Strength training for the aging adult. In J. Clark (Ed.), *Exercise programming for older adults* (pp. 27-36). New York: Haworth Press.
- Mobily, K., & Mobily, P. (1996). Progressive resistive training. In M. Titler (Ed.) *Gerontological nursing interventions research center, research development and dissemination core*. Iowa City: The University of Iowa.
- Robbins, G., Fowers, D., & Burgess, S. (1997). *A wellness way of life*. Madison, WI: Brown-Benchmark.
- Roberts, S. (1997). Principles of prescribing exercise. In S. Roberts, R. Robergs, & F. Hanson (Eds.), *Clinical exercise testing and prescription: Theory and application* (pp. 235-261). Boca Raton, NY: CRC Press.
- Sharpe, F., & McConnell, C. (1992). Exercise beliefs and behaviors among older employees: A health promotion trial. *The Gerontologist*, 32(4), 444-449.
- Southard, D., & Lombard, D. (1997). Principles of health behavior change. In S. Roberts, F. Robergs, & F. Hanson (Eds.), *Clinical exercise testing and prescription: Theory and application*. Boca Raton, NY: CRC Press.

Figure 6: Gestion de la médication

MÉDICATION

GESTION DE LA MÉDICATION

2380

Définition : aide apportée à un patient afin de favoriser une utilisation sûre et efficace des médicaments, prescrits ou vendus sans ordonnance.

► Activités

- Déterminer quels médicaments sont requis et les administrer suivant les indications du prescripteur ou du protocole.
- Discuter des problèmes financiers liés à la médication prescrite.
- Déterminer la capacité du patient à s'automédiquer, si nécessaire.
- Vérifier l'efficacité du mode d'administration du médicament.
- Vérifier les effets thérapeutiques du médicament sur le patient.
- Surveiller les signes et symptômes de toxicité médicamenteuse.
- Dépister les effets indésirables du médicament.
- Surveiller les taux des examens sérologiques sanguins (ex. : électrolytes, prothrombine, médications), si nécessaire.
- Vérifier les interactions médicamenteuses non thérapeutiques.
- Réviser périodiquement, avec le patient ou la famille, les types et quantités de médicaments consommés.
- Discuter des traitements passés, interrompus ou contre-indiqués, si nécessaire.
- Faciliter les changements apportés dans le traitement avec le médecin, si nécessaire.
- Évaluer les réactions au changement de la médication prescrite, si nécessaire.
- Déterminer les connaissances du patient à propos du médicament.
- Surveiller l'adhésion du patient à la médication prescrite.
- Déterminer les facteurs qui pourraient empêcher le patient de prendre ses médicaments tels qu'ils sont prescrits.
- Élaborer avec le patient des stratégies visant à augmenter son observance de la médication prescrite.
- Discuter avec d'autres professionnels de la santé de la possibilité de diminuer le nombre et la fréquence des prises de médicaments pour l'obtention d'un même effet thérapeutique.
- Enseigner au patient ou aux membres de la famille la méthode d'administration du médicament, si nécessaire.
- Renseigner le patient ou les membres de la famille sur les effets escomptés et sur les effets secondaires du médicament.
- Fournir au patient et aux membres de la famille de la documentation écrite et illustrée afin d'améliorer l'autoadministration du médicament, si nécessaire.
- Développer des stratégies pour gérer les effets secondaires des médicaments.
- Obtenir une prescription médicale en cas d'autoadministration des médicaments par le patient, si nécessaire.
- Établir un protocole de stockage, de renouvellement et de surveillance des médicaments laissés au chevet du malade en vue d'une autoadministration.
- Rechercher des ressources financières possibles afin de permettre au patient de se procurer les médicaments prescrits, si nécessaire.
- Analyser l'impact du médicament sur le mode de vie du patient.

Figure 6: suite

- Proposer un choix d'horaires et de modalités d'autoadministration des médicaments pour permettre la réduction au minimum des impacts sur le style de vie.
- Aider le patient et les membres de sa famille à procéder aux changements de leur mode de vie rendus nécessaires par l'utilisation de médicaments particuliers, si nécessaire.
- Informer le patient des circonstances où il doit faire appel au personnel médical.
- Noter les types et les quantités de médicaments vendus sans ordonnance qui sont utilisés par le patient.
- Fournir des informations relatives aux médicaments vendus sans ordonnance et à leurs conséquences possibles sur l'état de santé actuel du patient.
- Déterminer si le patient fait usage de remèdes artisanaux et évaluer leurs effets possibles sur l'utilisation d'autres médicaments délivrés sur ou sans ordonnance.
- Revoir avec le patient les stratégies pour gérer la médication prescrite.
- Fournir au patient une liste des personnes qu'il peut contacter pour obtenir des informations supplémentaires au sujet de sa médication.
- Communiquer avec la famille ou le patient après son départ afin de s'enquérir de leurs questions et préoccupations au sujet de la médication.
- Encourager le patient à faire des tests de dépistage pour déterminer les effets des traitements.

1^{re} édition 1992, révisée à la 2^e édition 1996, à la 3^e édition 2000, et à la 4^e édition 2004.

Bibliographie

- Abrams, A. C., Pennington, S. S., & Lammon, C. B. (2007). *Clinical drug therapy: Rationales for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). Medication administration. In *Fundamentals of nursing: Human health and function* (4th ed.) (pp. 513-574). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Le Sage, J. (1991). Polypharmacy in geriatric patients. *Nursing Clinics of North America*, 26(2), 273-290.
- Malseed, R. T. (1990). *Pharmacology drug therapy and nursing considerations* (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Mathewson, M. J. (1986). *Pharmacotherapeutics: A nursing approach*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Weitzel, E. A. (1992). Medication management. In G. M. Bulechek & J. C. McCloskey (Eds.), *Nursing Interventions: Essential nursing treatments* (2nd ed.) (pp. 213-220). Philadelphia: W. B. Saunders.

Figure 7: Thérapie par l'exercice: Equilibre

EXERCICE (THÉRAPIE PAR L')/THÉRAPIE PAR L'EXERCICE : ÉQUILIBRE		E
EXERCICE (THÉRAPIE PAR L')		
THÉRAPIE PAR L'EXERCICE : ÉQUILIBRE		0222
<i>Définition : utilisation d'activités, de positions et de mouvements déterminés en vue de maintenir, d'améliorer ou de rétablir l'équilibre.</i>		
► Activités		
<ul style="list-style-type: none">• Établir la capacité du patient de participer aux activités qui nécessitent de l'équilibre.• Collaborer avec le kinésithérapeute, l'ergothérapeute ou l'animateur à l'élaboration et à la supervision d'un programme d'exercices, si approprié.• Évaluer les fonctions sensorielles (ex. : vision, audition, proprioception).• Donner l'opportunité de parler des facteurs qui influencent la peur de tomber.• Assurer un environnement sans danger pour la pratique des exercices.• Informer le patient de l'importance de la thérapie par l'exercice pour maintenir et améliorer l'équilibre.• Encourager la pratique de programmes à faible intensité avec l'opportunité de partager son ressenti.• Apprendre au patient des exercices d'équilibre tels que se tenir debout sur une jambe, se pencher en avant, les étirements et la résistance, si approprié.• Aider à établir des programmes de renforcement des chevilles et de marche.• Fournir des informations sur les thérapies alternatives telles que le yoga et le Tai Chi.• Aménager l'environnement de façon à favoriser la concentration.• Fournir les aides nécessaires (ex. : canne, déambulateur, coussins, coussinets) afin de soutenir le patient durant les exercices.• Aider le patient à établir des objectifs réalistes et mesurables.• Donner ou répéter l'information sur la position à adopter et la manière de pratiquer les mouvements visant à maintenir ou à augmenter l'équilibre durant les exercices ou les activités de la vie quotidienne.• Aider le patient à participer aux exercices d'étirement en position couchée, assise ou debout.• Aider le patient à s'asseoir, à stabiliser son tronc en plaçant ses bras sur le côté de la chaise ou du lit et à faire une rotation du tronc en se maintenant avec ses bras.• Aider le patient à se tenir debout ou à s'asseoir et à balancer son corps d'un côté à l'autre afin de stimuler les mécanismes d'équilibre.• Conseiller au patient de maintenir une base d'équilibre élargie; si nécessaire.• Aider le patient à pratiquer l'exercice de se tenir debout, les yeux fermés, pendant de courtes périodes et de façon régulière, afin de stimuler la proprioception.• Surveiller la réaction du patient aux exercices d'équilibre.• Procéder à une évaluation à domicile afin d'identifier les dangers environnementaux et comportementaux, le cas échéant.• Fournir des ressources pour des programmes éducatifs relatifs à l'équilibre, l'exercice, ou aux chutes.• Consulter le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute pour les exercices d'entraînement au maintien de l'équilibre.		

1^{re} édition 1992, révisée à la 5^e édition 2008.

Bibliographie

- Baum, E. E., Jarjoura, D., Polen, A. E., Faur, D., & Rutecki, G. (2004). Effectiveness of a group exercise program in a long-term care facility: A randomized pilot trial. *Journal of American Medical Directors Association*, 4(2), 74-80.
- Choi, J. H., Moon, J. S., & Song, R. (2005). Effects of sun-style tai chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 150-157.

Mothhead, S; Johnson, M.; Maes, M.L. et Sawamura, L.
 Classification des résultats de soins infirmiers CRSI/MOC. Mesure des résultats de santé
 Soins = Japon

Fréquence des chutes

1912

Définition: Nombre de fois qu'un individu chute

RÉSULTAT À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____

		10 et plus	7-9	4-6	1-3	Aucune	
SCORE GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Indicateurs :							
1201	Nombre de chutes en position debout	1	2	3	4	5	NA
1202	Nombre de chutes en marchant	1	2	3	4	5	NA
1203	Nombre de chutes en position assise	1	2	3	4	5	NA
1204	Nombre de chutes du lit	1	2	3	4	5	NA
1205	Nombre de chutes pendant un transfert	1	2	3	4	5	NA
1206	Nombre de chutes en montant un escalier	1	2	3	4	5	NA
1207	Nombre de chutes en descendant un escalier	1	2	3	4	5	NA
1209	Nombre de chutes en allant à la salle de bains	1	2	3	4	5	NA
1210	Nombre de chutes survenues en se penchant	1	2	3	4	5	NA

Spécifier la durée : 24 heures/1 semaine/1 mois

Domaine IV : Comportement et connaissances relatifs à la santé Classe I : Contrôle des risques et sécurité 1^{re} édition 1997; révisé en 2004, 2008

RÉFÉRENCES :

aker L. (1992) Developing a safety plan that works for patients and nurses. *Rehabilitation Nursing* 17(5) : 264-6.
 elson RC, & Amin MA. (1990) Falls in the elderly. *Emergency Care of the Elderly* 8(2) : 309-23.
 choenfelder DP, & Van Why K. (1997) A fall prevention educational program for community dwelling seniors. *Public Health Nursing* 14(6) : 383-90.
 chroeder P. (1995) Benchmarking patient falls. *Nursing Quality Connection* 4(5) : 5.
 orock GS. (1988) Falls among the elderly : Epidemiology and prevention. *American Journal of Preventive Medicine* 4(5) : 282-8.

Prévention des chutes

1909

Définition: Actions mises en œuvre par soi-même ou l'aide naturelle afin de réduire les facteurs de risque pouvant occasionner des chutes dans l'environnement personnel.

RÉSULTAT À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____

		Jamais démontré	Rarement démontré	Quelquefois démontré	Souvent démontré	Constamment démontré	
SCORE GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Indicateurs :							
190923	Demande de l'aide	1	2	3	4	5	NA
190903	Pose des barrières pour prévenir les chutes	1	2	3	4	5	NA
190905	Utilise des barres d'appui si nécessaire	1	2	3	4	5	NA
190915	Utilise des barres de préhension si nécessaire	1	2	3	4	5	NA
190914	Utilise un tapis en caoutchouc dans la baignoire/la cabine de douche	1	2	3	4	5	NA
190910	Porte des chaussures bien ajustées et bien attachées	1	2	3	4	5	NA
190901	Utilise correctement le matériel d'aide	1	2	3	4	5	NA
190918	Utilise de verres correcteurs	1	2	3	4	5	NA
190902	Fournit de l'aide à la mobilité	1	2	3	4	5	NA
190919	Utilise des moyens de transfert sécuritaires	1	2	3	4	5	NA
190922	Procuré un éclairage adéquat	1	2	3	4	5	NA
190909	Utilise les tabourets/échelles de manière sécuritaire	1	2	3	4	5	NA
190906	Élimine les objets encombrants, les liquides, la cire sur le sol	1	2	3	4	5	NA
190907	Retire les tapis de sol	1	2	3	4	5	NA

Prévention des chutes—(Suite)

1909

		Jamais démontré	Rarement démontré	Quelquefois démontré	Souvent démontré	Constamment démontré	
190908	Dégage la neige et le verglas des chemins empruntés	1	2	3	4	5	NA
190911	Ajuste la hauteur des toilettes si nécessaire	1	2	3	4	5	NA
190912	Ajuste la hauteur des chaises si nécessaire	1	2	3	4	5	NA
190913	Ajuste la hauteur du lit si nécessaire	1	2	3	4	5	NA
190916	Contrôle l'agitation	1	2	3	4	5	NA
190917	Prend des précautions lors de la prise de médicaments qui augmentent le risque de chutes	1	2	3	4	5	NA

Domaine IV : Comportement et connaissances relatifs à la santé Classe I : Contrôle des risques et sécurité 1^{re} édition 1997; révisé en 2004, 2013

RÉFÉRENCES :

Abreu, N., Hutchins, J., Matson, J., Polizzi, N., & Seymour, C. J. (1998). Effect of group versus home visit safety education and prevention strategies for falling

Figure 9: Mobilité

378 Partie III Résultats

Mobilité

0208

Définition. Capacité de se mouvoir volontairement dans son propre environnement indépendamment avec ou sans dispositif d'assistance.

RÉSULTAT À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____

		Extrêmement perturbée	Fortement perturbée	Modérément perturbée	Légèrement perturbée	Non perturbée	
SCORE GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Indicateurs :							
120801	Équilibre	1	2	3	4	5	NA
120809	Coordination	1	2	3	4	5	NA
120810	Démarche	1	2	3	4	5	NA
120803	Mouvement musculaire	1	2	3	4	5	NA
120804	Mouvement articulaire	1	2	3	4	5	NA
120802	Changement de position	1	2	3	4	5	NA
120805	Transfert	1	2	3	4	5	NA
120811	Courir	1	2	3	4	5	NA
120812	Sauter	1	2	3	4	5	NA
120813	Ramper	1	2	3	4	5	NA
120806	Marcher	1	2	3	4	5	NA
120814	Se mouvoir avec aisance	1	2	3	4	5	NA

Domaine I : Santé fonctionnelle Classe C : Mobilité 1^{re} édition 1997; révisé en 2004

RÉFÉRENCES

- Aaas, M. L., & Specht, J. P. (2001). Impaired physical mobility. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults : Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 337-365). St. Louis : Mosby.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go" : A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Iukenstein, L. Z., Wieland, D., & Bernakei, R. (Eds.), (1995). *Geriatric assessment technology : The state of the art*. New York : Springer.

Figure 10: Réaction à un médicament

Réaction à un médicament

Définition: Effets thérapeutiques et indésirables d'un médicament prescrit

RÉSULTAT À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____

		Extrêmement perturbée	Fortement perturbée	Modérément perturbée	Légerement perturbée	Non perturbée	
SCORE GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Indicateurs :							
230101	Effets thérapeutiques attendus	1	2	3	4	5	NA
230102	Modifications chimiques sanguines attendues	1	2	3	4	5	NA
230103	Modifications des symptômes attendues	1	2	3	4	5	NA
230111	Maintien des taux sanguins attendus	1	2	3	4	5	NA
230112	Réaction comportementale attendue	1	2	3	4	5	NA
		Grave(s)	Important(e)(s)	Modéré(e)(s)	Léger(ère)(s)	Aucun(e)	
230105	Réaction allergique	1	2	3	4	5	NA
230106	Effets indésirables	1	2	3	4	5	NA
230107	Interactions médicamenteuses	1	2	3	4	5	NA
230108	Intolérance médicamenteuse	1	2	3	4	5	NA
230113	Effets indésirables sur le comportement	1	2	3	4	5	NA

Préciser le(s) médicament(s) : _____

Domaine II : Santé physiologique Classe AA : Réponse thérapeutique 2^e édition 2000; révisé en 2004, 2008

RÉFÉRENCES

Arnold, G. J. (1998). Clinical recognition of adverse drug reactions : Obstacles and opportunities for the nursing profession. *Journal of Nursing Care Quality*, 13(2), 45-55.

Hodgson, B. B., & Kizior, R. J. (2003). *Saunders nursing drug book 2003* (3rd ed.). Philadelphia : W. B. Saunders.

Katzung, B. G. (Ed.). (2000). *Basic and clinical pharmacology*. (8th ed.) Norwalk, CT : Appleton & Lange.

Shannon, M. T., Wilson, B. A., & Stang, C. L. (1995). *Drugs and nursing implications* (8th ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.

Springhouse. (1998). *Nurse practitioner's drug handbook*. (2nd ed.). Springhouse, PA : Author.

Figure 11: Equilibre

		Équilibre					0202
Définition: Capacité de maintenir l'équilibre corporel.							
NIVEAU À ATTEINDRE : maintien à _____ augmentation à _____							
		Extrêmement perturbé	Fortement perturbé	Modérément perturbé	Légerement perturbé	Non perturbé	
NIVEAU GLOBAL DU RÉSULTAT		1	2	3	4	5	
Criteurs :							
02	Maintient l'équilibre en position assise, sans appui arrière	1	2	3	4	5	NA
02	Maintient l'équilibre en passant de la position assise à la position debout	1	2	3	4	5	NA
01	Maintient l'équilibre en station debout	1	2	3	4	5	NA
03	Maintient l'équilibre à la marche	1	2	3	4	5	NA
09	Maintient l'équilibre en appui sur un pied	1	2	3	4	5	NA
10	Maintient l'équilibre en passant d'un pied à l'autre	1	2	3	4	5	NA
13	Maintient l'équilibre tout en tournant de 360 degrés	1	2	3	4	5	NA
11	Posture	1	2	3	4	5	NA
		Grave	Important	Modéré	Léger	Aucun	
05	Vacillement	1	2	3	4	5	NA
06	Vertige	1	2	3	4	5	NA
07	Tremblement	1	2	3	4	5	NA
08	Trébuchement	1	2	3	4	5	NA

Annexe I : Santé fonctionnelle Classe C : Mobilité 1^{re} édition en 1997; révisé en 2004, 2008, 2013

RENCES

K., Wood-Dauphinee, S., Williams, J. L., & Gayton, D. (1989). Measuring balance in the elderly: Preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 41(6), 304-311.

ar, S. (1989). *Rehabilitation nursing: Process and application*. St. Louis: Mosby.

balancing act. (2006). *Harvard Health Letter*, 31(10), 1-3.

ison, A. F., Engardt, M., & Wahlund, L. O. (2002). Activity level and balance in subjects with mild Alzheimer's disease. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 13(4), 213-216.

oy, V. (1990). Development of an ADL-oriented assessment-of-mobility scale suitable for use with elderly people with dementia. *Physiotherapy*, 76(8), 441-448.

ts, B. L. (1989). Effects of walking on balance among elders. *Nursing Research*, 38(3), 180-182.

l, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 34(2), 119-126.

RECOMMANDATIONS POUR PRÉVENIR LE RISQUE DE CHUTE EN EMS

Poncioni, L. & Senger, V. (juillet 2016-réalisé dans le cadre d'un Travail de Bachelor en Soins Infirmiers)



Tiré de : Association Suisse romande Prendsaplace (2014)

Définition de la chute : « Evènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance sur le sol ou tout autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment »

Définition examen clinique :
Permet de détecter les signes, symptômes et indices relatifs à l'état de la base de santé du patient. C'est dans le cadre de cet examen que l'infirmière exerce son raisonnement clinique.

Problématique :
Les chutes représentent la 2^{ème} cause de décès accidentel au niveau mondial. En Suisse, environ un tiers des plus de 65 ans tombent au moins une fois par an. 39% des personnes vivant en EMS ont fait une chute sur une période d'une année. Il se révèle donc important de prévenir le risque de chute.

Définition jugement clinique : Permet de se faire une idée, une opinion suite à un processus d'observation, d'analyses critiques et de raisonnement. Conclusion que l'infirmière se fait suite au recueil des informations, de l'analyse et permet de faire ressortir la problématique de santé.

Rôle d'expert en soins infirmiers, référentiel des compétences KFH.

Facteurs de risque de chute avec niveaux de preuve élevés
Age (>80 ans)
Troubles cognitifs
Limitation fonctionnelle
Médications
ATCD chute / peur de chuter

Facteurs de risque de chute avec niveaux de preuve modérés à faibles
Etat affectif
Comorbidités (ex : neurologiques, cardio-vasculaires)
Troubles visuels
Moyens auxiliaires
Environnement
Nutrition
Réseau social
Consommation OH

Protocole risque de chute :	Attitudes infirmières selon les 3 phases de Peplau :
<p>1. Evaluation clinique : -Anamnèse : ATCDS de chute, vécu de la chute, recherche des facteurs de risque de chute -Examen physique (observation mobilité) et tests de dépistage (Timed Up & Go)</p> <p>2. Raisonnement clinique : -Analyse de la situation en équipe pluridisciplinaire</p> <p>3. Jugement clinique : Documenter -La cible « risque de chute » -Les interventions spécifiques mises en place -Les résultats obtenus</p>	<p>➤ Phase d'orientation : Tisser un lien de confiance avec le résident, l'inciter à s'exprimer, laisser place à ses expériences et ressentis.</p> <p>➤ Phase de travail : Etablir un partenariat, garder le résident actif. Créer un plan de soins grâce à des objectifs, mettre en place des stratégies (ex : renforcement musculaire), être en interdépendance (ex : résident fait appel au soignant).</p> <p>➤ Phase de résolution : Besoins d'aide satisfaits, patient conscient de ses ressources, viser une indépendance.</p>

- Félix, S., Rivier, E., Guillemin, P. & Lleshi, E. (2014). *Evaluation gériatrique globale* (2^e éd). Genève : Médecine et Hygiène.
- Office fédéral de la statistique. (2012). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social: Enquête sur la santé des personnes âgées en 2008/09. Accès: http://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *Les chutes*. Genève : OMS. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/>
- Paillard, C. (2013). *Dictionnaire humaniste infirmier: Approches et concepts de la relation soignant-soigné*. Ile-de-France: Setes éditions
- Parker, M.E. & Smith, M.C., (2010). *Nursing theories, Nursing practices*(third Edition). Philadelphia: Davis Plus
- Peplau, H. (1995). *Relations Interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions
- Sécurité du patient Suisse. (2008). *Recommandations concernant la prévention des chutes*. Accès : <http://www.patientsicherheit.ch/fr/th-mes/Risques-majeurs/Sturzpraevention.html>
- Voyer, P., Mercier, J., Roy, S., Claveau, D., Kasprzak, L., Lépine, H., ... Morin, D. (2014). Plaidoyer pour une valorisation du jugement clinique. *Perspective Infirmière*, 11(4), 27-32.