

Quick-Alert®

N°52

Mobilité ≠ stabilité

Risques de chute liés au mobilier et aux équipements munis de roulettes

Signalements* notifiés au CIRRNET de Sécurité des patients Suisse :

Cas 1

« La cliente (68 ans) est montée dans le car postal. Elle n'a pas eu le temps de trouver une place et s'est donc assise sur le siège de son déambulateur. Comme elle n'avait pas bloqué les freins, le déambulateur a roulé au moment du démarrage du car et s'est renversé, ce qui a fait tomber la cliente. »

Cas 2

« La cliente a pris l'escalier roulant avec son déambulateur pour monter au 1^{er} étage. Au passage entre l'escalier roulant et le sol, les roues du déambulateur se sont mises de travers et bloquées, ce qui a fait tomber la cliente avec son déambulateur. »

Cas 3

« Deux personnes transfèrent le patient de son lit sur la balance assise. Comme la balance ne peut pas vraiment être bloquée, elle glisse et les auxiliaires parviennent tout juste à retransférer le patient sur son lit. La prochaine fois qu'ils utiliseront cette balance, ils demanderont l'aide d'une troisième personne pour la maintenir en place. À l'avenir, l'institution n'achètera plus que des balances équipées de freins. »

Cas 4

« Le client s'est levé de son siège devant la télévision pour aller aux toilettes. Lorsqu'il a voulu s'installer sur son fauteuil roulant, celui-ci a roulé loin de lui car les freins n'étaient pas tirés. »

Cas 5

« La commode et la table ont des roues qui ne se bloquent pas. La patiente a voulu se lever du lit pendant la nuit et s'est retenue à la table et à la commode. Cela l'a fait tomber et lui a causé des hématomes à la tête ainsi qu'au genou et à l'épaule gauches. Le côté opéré n'est pas touché. Personnel infirmier et médecin-chef adjoint informés. Examiné la possibilité d'acquérir du matériel avec roues équipées de freins. Jusqu'ici, pas trouvé ce matériel de remplacement. »

Cas 6

« Un patient qui présente une faiblesse du haut du corps voulait s'installer sur son fauteuil roulant. Il est tombé pendant ce transfert. Le fauteuil roulant n'était freiné que d'un côté. Toujours freiner les deux côtés d'un fauteuil roulant à l'arrêt. »

Cas 7

« Nouveau support de perfusion à 5 pieds avec roulettes dont deux ont une fonction de blocage. Les roulettes n'étaient pas bloquées. La patiente (1917) a voulu aller aux toilettes. Elle est de petite taille, les roulettes tournent mal et les pieds du support sont trop longs. La patiente a trébuché sur le support et a failli tomber. Le support de perfusion a été apporté au service technique pour contrôle des roulettes. Pour des raisons de sécurité, l'acquisition de tels supports pour un usage en division n'est plus autorisée, car l'espace entre la tige et les pieds ne convient qu'aux patients très grands. Le problème est aussi lié aux cinq pieds, il y en a toujours un sur lequel le patient risque de trébucher lorsqu'il se déplace avec le support de perfusion. »

Cas 8

« En voulant se lever rapidement de son fauteuil, la patiente est tombée car les roues du fauteuil n'étaient pas bloquées. Examen de la patiente. Elle n'a que des hématomes. Il faut toujours contrôler que les roues du fauteuil sont bloquées. »

* Textes traduits de l'allemand et partiellement modifiés sur le plan rédactionnel pour une meilleure compréhension

Commentaires des experts

La prise en charge des patientes/patients¹ nécessite très souvent l'utilisation de mobilier et de moyens auxiliaires munis de roues ou de roulettes. Ces équipements aident les patientes/patients à se déplacer ou à accomplir certaines tâches du quotidien. Il s'agit de lits, fauteuils roulants ou déambulateurs, mais aussi de sièges pour la douche, chaises percées ou balances assises, de paravents mobiles, tables de nuits ou supports de perfusions, ou encore de chariots pour appareils.

Cela étant, le mobilier équipé de roulettes et les moyens auxiliaires servant au déplacement des personnes comportent des risques en termes de sécurité des patients. L'utilisation de matériel défectueux ou ne fonctionnant pas correctement et un mauvais maniement peuvent notamment être la cause de chutes. Pour les personnes présentant des risques à cet égard, les moyens auxiliaires munis de roues ou de roulettes constituent un danger supplémentaire.

Situations à risques caractéristiques :

- Lors du transfert de la patiente/du patient de son lit au fauteuil roulant, les freins de celui-ci ne sont pas tirés ou ne le sont que d'un côté.
- Pour se retenir, une patiente/un patient s'appuie sur la table de nuit, qui est montée sur roulettes.
- Lors du transfert de la patiente/du patient sur la table d'opération, les roues du lit ne sont pas bloquées.
- Une patiente/un patient qui manque de sécurité à la marche prend appui sur son support de perfusion. Celui-ci se renverse, car il n'est pas conçu pour soutenir l'équilibre.
- Dans la rue, les déambulateurs et fauteuils roulants peuvent basculer sur un sol inégal ou les bords des trottoirs.
- Dans le cabinet du médecin, la patiente/le patient se lève en oubliant de bloquer les freins de son déambulateur.

Dans la prise en charge médicale, soignante et thérapeutique, tant stationnaire qu'ambulatoire, les chutes sont relativement fréquentes (1-3) et comptent parmi les défis caractéristiques en matière de gestion de la sécurité des patients.

La chute se définit comme « tout événement où une personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur » (4,5).

De nombreuses chutes sont particulièrement difficiles à éviter, car elles sont favorisées par des facteurs liés à l'état général des patientes/patients sur lesquels il n'est pas possible d'agir de façon immédiate (facteurs de risques intrinsèques). En font partie typiquement les troubles de l'équilibre, la diminution de la force musculaire, les déficits de l'appareil locomoteur et/ou de la perception (sensibilité, ouïe, vue), les limitations cognitives comme la démence et le délire, ou les maladies telles que le Parkinson ou la sclérose en plaques. Peuvent s'y ajouter des facteurs de risques extrinsèques, tels que des chaussures inadaptées, un sol glissant ou, comme dans notre exemple, un mobilier ou des moyens auxiliaires servant au déplacement équipés de roulettes (3,6-8). Ces facteurs peuvent concerner également des personnes qui ne sont par ailleurs pas particulièrement exposées aux risques de chutes.

Les conséquences physiques des chutes vont de l'hématome à la blessure en passant par la fracture et peuvent, dans le pire des cas, conduire au décès (2,3,6). Une chute peut en outre provoquer la dislocation de cathéters, sondes ou drains, ou endommager des appareils tels que pompes à perfusion ou pousse-seringues. À côté des répercussions physiques, il ne faut pas sous-estimer les effets psychologiques. Les personnes qui ont fait une chute (le plus souvent des personnes âgées ou présentant un handicap à la marche) perdent souvent confiance dans leur propre mobilité et limitent dès lors leurs activités par peur de tomber – phénomène appelé syndrome post-chute – (voir tableau 1), ce qui peut entraîner la dépression ou l'isolement social (3,6,9).

Dans le secteur des soins aigus, les chutes occasionnent souvent une prolongation des séjours en hôpital ou en rééducation, induisant dès lors un surcoût (10,11). Dans le secteur ambulatoire, les chutes peuvent également accroître l'étendue de la prise en charge, car les personnes concernées n'osent souvent plus s'aventurer seules à l'extérieur. Il arrive également qu'une chute conduise à un transfert (pas toujours nécessaire) aux urgences pour des contrôles ou à un séjour hospitalier pouvant s'accompagner d'effets indésirables tels que délire, infections nosocomiales ou perte d'aptitudes physiques (12). On constate fréquemment aussi une hausse des transferts dans les institutions du long séjour suite à des chutes.

¹ Pour une meilleure lisibilité de la QA, nous utilisons toujours la désignation de patientes/patients. Celle-ci inclut dans tous les cas les résidentes/résidents, les clientes/clients, etc.

Tableau 1 :

Conséquences des chutes		Résultats	
		n	%
Avez-vous peur de tomber ? (n=43)	Oui	33	76,7
	Non	10	23,3
Limitez-vous vos activités parce que vous avez peur de tomber ? (n=44)	Oui	29	65,9
	Non	15	34,1
Avez-vous été blessé-e en raison d'une chute ? (n=25)	Oui	12	48,0
	Non	13	52,0

Source : Rice et al. (2017) (9) – traduction de l'article original en anglais

Pour réduire la fréquence des chutes dues à du mobilier ou des moyens auxiliaires équipés de roues ou de roulettes et éviter ou atténuer leurs conséquences (p. ex. blessures, hospitalisations), il convient de prendre des mesures préventives ciblées dans toutes les institutions de prise en charge sanitaire (1–3,6,13). La prévention des chutes est une composante importante de l'assurance qualité et

doit en conséquence être conçue de manière globale et obéir à une stratégie. Pour être efficace, elle doit toujours être prise en main comme une prestation interprofessionnelle (7,14). La présente Quick-Alert aborde à cet égard les risques liés au mobilier et aux moyens auxiliaires munis de roues/roulettes.

Recommandations

Dans le contexte professionnel, de nombreuses mesures de prévention des chutes sont déjà mises en œuvre, mais leur efficacité est relativement difficile à attester (15,16). Parmi celles-ci figurent, outre l'analyse des facteurs de risques liés aux personnes, aux médicaments et à l'environnement, l'information ciblée des patientes/patients ou les mesures générales telles que le port de chaussures appropriées ou l'entraînement de l'équilibre et de la force musculaire (3,6,7,15-17). Mener régulièrement une évaluation individuelle des risques de chutes des patientes/patients est utile pour identifier une aggravation du risque, mais cela ne doit pas être la seule base décisionnelle pour mettre en place des mesures préventives. Il convient d'inclure dans la réflexion la volonté des patientes/patients et de bien peser les dangers que recèlent les limitations des déplacements liées aux mesures de prévention des chutes.

De façon générale, il est recommandé de renoncer, à chaque fois que cela est possible, à du mobilier et à des moyens auxiliaires équipés de roulettes. À défaut, on appliquera les recommandations émises spécifiquement pour le maniement du mobilier et

des moyens auxiliaires équipés de roulettes :

Analyse du risque et évaluation

- Analyser les besoins de soutien des patientes/patients en termes de mobilité et fournir des moyens auxiliaires appropriés.
- Identifier et réduire/supprimer les facteurs de risques en relation avec le mobilier et les moyens auxiliaires sur roulettes dans l'environnement des patientes/patients.
- Apprécier les aptitudes et les besoins d'éducation des patientes/patients par rapport à l'utilisation correcte des moyens auxiliaires sur roulettes (se lever, s'asseoir, effectuer les transferts, utiliser les freins) et examiner si ceux-ci sont appropriés.
- Évaluer régulièrement les moyens auxiliaires pour vérifier s'ils sont encore adaptés aux besoins et à la personne.
- Analyser (gestion systématique) les chutes survenues en lien avec du mobilier/des moyens auxiliaires roulants.

Mobilier / moyens auxiliaires

- Vérifier le fonctionnement du mobilier et des moyens auxiliaires avant leur utilisation (18).
- Choisir le mobilier et les moyens auxiliaires offrant la plus grande stabilité, risquant le moins possible de rouler ou de se renverser, car d'expérience, on sait qu'ils sont souvent utilisés comme appuis pour se lever ou se tenir debout.
- Utiliser des chaises avec des accoudoirs sur lesquels la personne pourra s'appuyer pour se lever avec sécurité.
- Bloquer les freins du mobilier sur roulettes chaque fois que cela est possible (18,19) (et positionner le lit au niveau le plus bas).
- Contrôler régulièrement, nettoyer (selon les consignes du fabricant) et vérifier le fonctionnement du mobilier et des moyens auxiliaires sur roulettes de façon professionnelle (p. ex. chaque mois, ou selon les directives de l'établissement/du fabricant). Documenter par écrit les contrôles effectués afin de vérifier les mesures et d'apporter des éléments probants en cas de procédure juridique.
- Prendre en considération, lors de l'acquisition de mobilier/moyens auxiliaires nouveaux, non seulement les consignes de sécurité, mais également les aspects liés à la prévention des chutes (p. ex. déambulateurs avec freins centrifuges).
- Documentation écrite sur les mesures de prévention, p. ex. matériel d'information pour les patientes/patients et les proches.
- Planification de suffisamment de temps pour les patientes/patients afin d'éviter les situations de stress (p. ex. transfert avec le déambulateur de la salle d'attente au cabinet de consultation ou de la pièce où la personne se déshabille vers la salle d'examen).

Selon le contexte (prise en charge ambulatoire ou stationnaire, soins de longue durée, etc.), il convient de prendre en compte spécifiquement les points suivants :

- Clarifier/examiner les responsabilités en matière de fonctionnement, réparation et maintenance des moyens auxiliaires loués ou appartenant aux patientes/patients.
- Examiner/adapter les conditions de l'environnement qui comportent des risques en cas d'utilisation de moyens auxiliaires sur roulettes (p. ex. tapis/bords de tapis, seuils de portes ou d'ascenseurs, hautes marches) (14).
- Au besoin analyser et, le cas échéant, adapter les conditions au sein du logement, d'entente avec les patientes/patients et les proches.

Les fabricants sont invités à concevoir le mobilier et les moyens auxiliaires de manière adaptée aux besoins des patientes/patients, à tenir compte des retours de la pratique, à effectuer des évaluations et, le cas échéant, à adapter leur production.

Information / conseil / instruction

- Information/instruction et exercices répétés pour le personnel afin de garantir une utilisation des moyens auxiliaires correcte et conforme aux instructions (« Training on the job »).
- Adaptation des aides à la marche, fauteuils roulants et autres moyens auxiliaires aux besoins individuels des patientes/patients (taille, besoins particuliers, etc.) par le personnel spécialisé.
- Conseils et instructions donnés aux patientes/patients et, le cas échéant, aux proches par le personnel spécialisé pour une utilisation correcte et sûre des moyens auxiliaires. Suivi jusqu'à un niveau de sécurité suffisant.

En complément, il est nécessaire de mettre à disposition des protocoles de chutes/déclarations de chutes afin que le personnel spécialisé puisse analyser les chutes et prendre des mesures adéquates pour en éviter d'autres. La collaboration interprofessionnelle revêt ici une importance particulière lors de la mise en place d'une prévention multifactorielle des chutes dans l'établissement, en prenant en compte les maladies de base et les affections concomitantes des patientes/patients. À noter que toute chute ne peut pas être évitée chez des patientes/patients âgés souffrant de polymorbidité, mais qu'il s'agit de faire tout ce qui est possible pour réduire au maximum le nombre de chutes et en particulier les blessures qui s'ensuivent. La prévention des chutes ne sera efficace que si elle est gérée en collaboration avec les patientes/patients (responsabilité de la personne) et tous les professionnels de la santé.

Bibliographie

1. Schwendimann RR. Patient falls: a key issue in patient safety in hospitals [Internet]. 2006. Available from: <https://edoc.unibas.ch/495/>
2. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill A-M, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing [Internet]. 2022 May 1;51(5):1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35524748/>
3. Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen (BIVA), Sturzprophylaxe in der Pflege - Expertenstandards leicht verständlich [Internet]. 2013. Available from: <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Sturzprophylaxe.pdf>
4. World Health Organization (WHO). Falls [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls>
5. Lamb SE, Jørstad-Stein EC, Hauer K, Becker C. Development of a common outcome data set for fall injury prevention trials: the Prevention of Falls Network Europe Consensus. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2005 Sep;53(9):1618–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16137297/>
6. Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical best practice guidelines: Preventing falls and reducing injury from falls [Internet]. 2017. Available from: https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/bpg/FALL_PREVENTION_WEB_1207-17.pdf
7. Wiesli U, Decurtins S, Zúñiga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen [Internet]. Bern; 2013. Available from: https://www.bfu.ch/api/publications/bfu_2.120.01_sturzpr%C3%A4vention%20in%20alters-%20und%20pflegeinstitutionen.pdf
8. Pereira CB, Kanashiro AMK. Falls in older adults: a practical approach. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 May;80(5 suppl 1):313–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35976297/>
9. Rice L, Kalron A, Berkowitz SH, Backus D, Sosnoff JJ. Fall prevalence in people with multiple sclerosis who use wheelchairs and scooters. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2017 Sep;96(35):e7860. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858096/>
10. Müller R, Halfens R, Schwendimann R, Müller M, Imoberdorf R, Ballmer PE. Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital – Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Pflege [Internet]. 2009 Dec 1;22(6):431–41. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302.22.6.431>
11. Schwendimann R. Sturzprävention im Akutspital - Eine Literaturübersicht. Pflege [Internet]. 2000 Jun 1;13(3):169–79. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302.13.3.169>
12. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing [Internet]. 2014 Nov 1;43(6):759–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25315230/>
13. Ong MF, Soh KL, Saimon R, Myint WW, Pawi S, Saidi HI. Falls risk screening tools intended to reduce fall risk among independent community-dwelling older adults: A systematic review. Int J Nurs Pract [Internet]. 2022 Jul 24;(July):e13083. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35871775/>
14. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Pin Tan M, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. Age Ageing [Internet]. 2022;51:1–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36178003/>
15. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 Sep 7;9(9):1–328. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30191554/>
16. Hopewell S, Adedire O, Copey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018;(7):1–257. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30035305/>
17. Frank O, Schwendimann R. Schriftenreihe Nr. 2: Sturzprävention - Orientierungshilfe und Empfehlungen. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2008. Available from: https://www.patientsicherheit.ch/fileadmin/user_upload/2_Forschung_und_Entwicklung/Archiv/Sturzpraevention/2_SR_2_Sturzpraevention_D_160725.pdf
18. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th Edition. Elsevier Health Sciences; 2018.
19. Makic MBF, Martinez-Kratz Marina Reyna. Ackley and Ladwig's Nursing Diagnosis Handbook - An Evidence-Based Guide to Planning Care. 13th Edition. Elsevier LTD, Oxford; 2022.

Auteurs et spécialistes ayant participé à l'élaboration du présent document

Kerker-Specker Carmen

MScN, Sécurité des patients Suisse

Paula Helmut

EMBA HSM, Sécurité des patients Suisse

Bohn Felix

Consultant en construction adaptée aux problèmes d'âge avancé et de démence, Zurich

Decurtins Sabina

MAS Gerontological Care, MAS Coaching, experte en soins infirmiers, responsable de la formation, Hôpital de Zollikerberg

Grädel Roland

Technicien dipl. ES en génie mécanique, spécialiste Produits, Bureau de prévention des accidents (BPA)

Knuchel-Schnyder Silvia

Physiothérapeute HES, enseignante, Hôpital des Bourgeois, Soleure

Lee Patricia

MAS Geriatric Care, experte en qualité des soins, Soins à domicile de la région de Brugg AG

Mohr Giulia

Psychologue du travail et des organisations, experte en sécurité des patients, Hôpital universitaire de Bâle

Müller Rita

Responsable Soins et développement, Hôpital cantonal de Winterthour

Peschak Anne

Responsable développement des soins et gestion de la qualité, MSc en soins infirmiers, Soins à domicile Berne

Wiesli Ursula

Master en soins infirmiers MSN, infirmière de pratique avancée APN-CH, responsable de l'hygiène, Centre de soins Eschenbach SG

Zeller Andreas

Prof. Dr. med. MSc, responsable du Centre universitaire de médecine de premier recours des deux Bâle

Zúñiga Franziska

Dr. sc. med, responsable du domaine Enseignement, Institut des sciences infirmières, Université de Bâle

Contact

Carmen Kerker-Specker, collaboratrice scientifique

kerker@patientensicherheit.ch

Helmut Paula, responsable de CIRRNET

paula@patientensicherheit.ch

www.securitedespatients.ch/publications/quick-alert/

Fondation Sécurité des patients Suisse

Asylstrasse 77

CH-8032 Zurich

T +41 43 244 14 80

La présente Quick-Alert® a été approuvée par les associations professionnelles / organes suivants :

- Comité du CIRRNET
- Association suisse pour les sciences infirmières (APSI) et ses sociétés scientifiques
 - Soins aigus
 - Soins en gériatrie
 - Soins en réhabilitation

VFP APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

VFP APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Société scientifique
Soins aigus

VFP APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Société scientifique
Soins en gériatrie

VFP APSI Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association suisse pour les sciences infirmières
Swiss Association for Nursing Science

Société scientifique
Soins en réhabilitation

Remarque

Cette problématique a une importance qui dépasse le cadre régional. Merci d'en examiner la portée pour votre établissement et de veiller, le cas échéant en accord avec les organismes dont vous relevez, à ce qu'elle soit diffusée de manière ciblée et, si nécessaire, à un large public.

Les présentes recommandations visent à sensibiliser et à soutenir les institutions de santé et les professionnels actifs dans le domaine de la santé pour l'élaboration de directives internes à leur établissement. Il incombe aux fournisseurs de prestations de les examiner dans leur contexte local et de décider si elles revêtent un caractère obligatoire ou si elles doivent être modifiées ou rejetées. La forme spécifique et l'application à chaque cas selon les mesures de précaution en vigueur (en fonction des conditions locales sur le plan technique, entrepreneurial, légal, personnel et de la situation) relèvent exclusivement de la responsabilité des prestataires compétents.