



# — PRÉVENTION DES CHUTES

## Informations & conseils



# INTRODUCTION

Personne n'est à l'abri d'une chute, et le risque augmente considérablement avec l'âge et les problèmes de santé.

Des mesures simples peuvent prévenir les chutes, et le cas échéant, les blessures qui en découlent.

Une chute sur dix cause un traumatisme sévère (luxation, fracture, etc.) pouvant laisser des séquelles qui diminuent l'autonomie et la qualité de vie. De plus, la probabilité de perdre son indépendance dans la vie quotidienne est multipliée par trois après une chute.

→ Le cercle vicieux s'installe :



# DÉPISTAGE DU RISQUE DE CHUTE

QUESTIONS	OUI	NON
Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ?		
Avez-vous des difficultés à vous lever d'une chaise sans l'aide des mains ?		
Ressentez-vous une baisse de tonus musculaire au niveau des jambes ?		
Ressentez-vous parfois des pertes d'équilibre ?		
Avez-vous peur de tomber lorsque vous êtes debout ou lorsque vous marchez ?		

→ Si vous avez répondu «**OUI**» à l'une des questions ci-dessus, le risque de chute vous concerne.



# POURQUOI RISQUEZ-VOUS DE FAIRE UNE CHUTE ?

Les causes des chutes sont **multiples** et sont le résultat de **plusieurs facteurs**.



## L'ÉTAT DE SANTÉ :

- une faiblesse musculaire
- de la fatigue
- des troubles de la marche ou de l'équilibre
- une chute au cours des 30 derniers jours
- une maladie sous-jacente favorisant les chutes
- des problèmes de continence
- un déficit sensoriel (baisse de vision/ouïe...)
- etc

## UN COMPORTEMENT À RISQUE :

- une consommation d'alcool
- une prise de médicaments pouvant modifier la vigilance (automédication, somnifères, antidépresseurs)
- etc





### UN ENVIRONNEMENT MAL ADAPTÉ :

- un espace restreint et encombré d'obstacles
- présence de tapis de descente de lit
- un éclairage insuffisant
- l'absence de poignée de maintien
- un sol glissant
- des escaliers à risque (pas de rampe, marches usées et glissantes...)
- meuble sur roulette
- etc

### LA SOUS-ESTIMATION DES RISQUES DANS LE QUOTIDIEN :

- la précipitation dans les gestes
- des travaux ménagers en hauteur
- l'absence d'utilisation de lunettes ou d'appareils auditifs
- les déplacements des animaux de compagnie
- etc



# NEUF CONSEILS POUR ÉVITER DE CHUTER



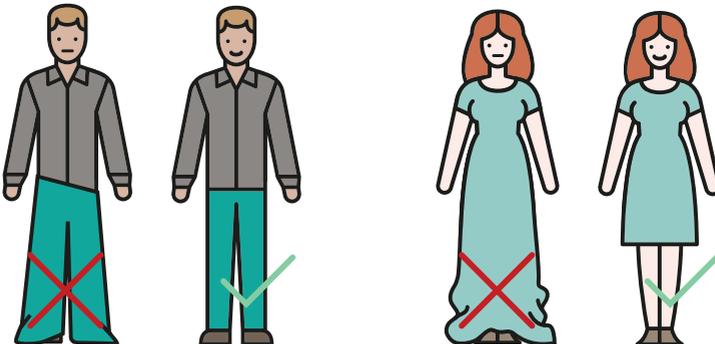
## 1- BOUGER LE PLUS SOUVENT POSSIBLE

- Je reste actif, je marche à mon rythme et reste concentré.
- Je pense à bien alterner les périodes d'activités et de repos et à ne pas rester trop longtemps dans mon lit (sauf si les soins le nécessitent).
- Je suis attentif à tout signe de fatigue, de douleur, de faiblesse, de sensation de vertige ou de déséquilibre.
- J'utilise mon aide à la marche (adaptée à ma situation) si j'en dispose d'une. Les embouts doivent être en caoutchouc pour éviter de glisser.



## 2- BIEN S'HABILLER ET BIEN SE CHAUSSER

- Je porte des vêtements adaptés à ma taille (ni trop larges, ni trop longs, ni trop serrés).



- Je porte des chaussures **lavables et confortables**. Elles sont **à bout rond, fermées à l'arrière** et **adaptables** avec une fermeture velcro, une sangle ou à lacets faits. **Elles sont à ma pointure, non glissantes** et ne comportent **pas de hauts-talons**.



- Je demande un avis complémentaire en cas de douleurs ou de déformation au niveau des pieds (pédicure, podologue).



### 3- BIEN SE NOURRIR ET BIEN S'HYDRATER

- Je mange tous mes repas durant la journée.
- Je bois régulièrement de l'eau et en quantité suffisante, davantage le jour que le soir.
- Je veille à ce que mon alimentation soit équilibrée, variée et je n'hésite pas à demander conseil à la diététicienne.



### 4- BIEN ÉLIMINER

- Je passe régulièrement aux toilettes le jour ainsi que le soir, avant d'aller me coucher.
- J'utilise les barres d'appui et les rehausseurs des toilettes si cela s'avère nécessaire.
- Je demande à mettre l'urinal, chaise percée à proximité de moi si besoin.
- Je signale mes difficultés à l'équipe soignante et à mes proches. Je réclame de l'aide au besoin.





## 5- NE PAS OUBLIER VOS LUNETTES ET/OU VOS APPAREILS AUDITIFS.



## ÉVITER DE METTRE LE VOLUME DE VOS ÉCOUTEURS TROP FORT.

- Je reste attentif à ce qui m'entoure en portant mes lunettes et/ou mes appareils auditifs et en ne me privant pas de mes sens.
- J'allume dès que la luminosité diminue.
- Je garde les sanitaires éclairés la nuit.
- Je signale aux soignants et à mes proches si je ne vois pas bien ou si je n'entends pas bien.





## 6- PRENDRE LA TOTALITÉ DE VOTRE TRAITEMENT AUX HEURES PRÉVUES

- **Si je suis à l'hôpital**, avant chaque prise de médicament, je confirme au soignant mon nom, prénom et ma date de naissance.
- Je respecte les instructions de prise de médicaments et les heures prévues.
- J'apprends à connaître mes médicaments, leurs effets désirés et leurs effets secondaires.
- Je signale à l'équipe soignante, à mon médecin, les sensations inhabituelles perçues lors de la prise de mes médicaments.



## 7- ÉVITER LES COMPORTEMENTS À RISQUES

- **Si je suis à l'hôpital**, je demande à placer les appareillages de soins (pied à perfusion, sonde vésicale...) du côté du lit par lequel je me lève le plus souvent.
- J'évite de marcher si le sol est mouillé.
- Je reste attentif à mon environnement et je respecte les panneaux signalétiques.
- Je fais attention aux obstacles qui peuvent entraver mon passage : fil de téléphone, pots de fleurs, animaux de compagnie...

- J'utilise les barres d'appui et les accoudoirs des chaises et fauteuils pour m'asseoir et me lever.
- J'évite les activités à risque : monter sur une chaise ou un escabeau, placer des objets utiles à la cave, nettoyer à grandes eaux...
- Je range à portée de main les objets que j'utilise couramment.
- J'utilise une balayette à long manche.
- Je place un tapis antidérapant sous le lavabo, dans la douche et dans la baignoire.
- Si besoin, je fais ma toilette assis.



- Je veille à ce que les passages soient toujours dégagés devant moi.
- Je place mes affaires personnelles (lunettes, téléphone, verre) à portée de main et je range ce qui n'est pas nécessaire.
- Je garde la sonnette d'appel à portée de main ou la téléassistance autour du cou ou du poignet et j'appelle quand j'ai besoin d'aide.
- Je veille à avoir mes aides à la marche à portée de main quand je me lève.
- Quand je veux ramasser un objet au sol, je prends appui sur un support stable ou j'utilise ma pince de préhension.





## 8- BIEN COMMUNIQUER

- Je partage mes antécédents de chute avec mes soignants et mes proches.
- Je demande au personnel soignant de me communiquer mon risque de chute actuel. Un bilan peut être réalisé par les médecins avec les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes.
- Je partage mes expériences, mes peurs, mes doutes et mes questions sur le sujet.
- Je demande de garder la porte ouverte pour que l'on m'entende si j'appelle.





## 9 - EN CAS DE CHUTE

### SI JE NE SUIS PAS BLESSÉ ET QUE JE PEUX ME RELEVER SEUL

- Je garde mon calme.
- Je reprends mon souffle et je vérifie si je suis blessé. Même si je ne semble pas l'être, je prends mon temps avant de me relever.
- Chaque personne se relève d'une façon qui lui est propre. Celle-ci est déterminée par ses capacités physiques et ses éventuelles douleurs articulaires.



Je signale toute chute survenue et ne sous-estime jamais sa gravité. Un avis médical s'impose, même en l'absence de symptômes sévères.

### SI JE SUIS BLESSÉ



#### **Je n'essaie pas de me relever :**

- j'appelle à l'aide et je crie pour me faire entendre.
- je presse la sonnette d'appel ou le bouton de téléassistance si j'en suis équipé
- j'utilise mon téléphone

- Je signale aux soignants mes douleurs, mes incapacités à bouger une partie de mon corps, avant de me relever (seul ou avec aide).
- Après la chute, une prise en charge particulière sera mise en place pour moi (surveillance rapprochée, examens éventuels, avis de spécialistes...).
- Par après, je n'hésite pas à parler de mon expérience et de ce qu'elle provoque en moi.
- Je pense à reprendre mes activités dès que possible pour conserver ma force musculaire et prévenir le risque d'une 2<sup>ème</sup> chute. L'équipe soignante m'y aidera.



Je préviens mon **médecin traitant** même si la chute semble être sans conséquences.



# PARÉ CONTRE LES CHUTES

Si je me déplace en fauteuil roulant, je veille à :



Lorsque je marche, je veille à :



## Lorsque je suis dans le lit, je veille à :

mettre mes **objets personnels** à portée de main & placer la **table de lit** à hauteur correcte



mettre la **sonnette** à ma disposition

## Lorsque je suis installé au fauteuil, je veille à :

placer mes **objets personnels** à portée

**mettre** le frein

m'assurer que mes **chaussures** soient adaptées et correctement chaussées



mettre mes **lunettes** et/ou **appareil auditif**

placer le **bouton d'appel** à portée

placer mon **aide technique** à proximité

# CE QUE NOUS FAISONS POUR PRÉVENIR LES CHUTES

- Nous nous informons sur vos antécédents de chutes.
- Nous sommes attentifs à l'aménagement de votre chambre, des couloirs en limitant les obstacles.
- Nous vous rappelons de nous appeler pour vous déplacer, nous veillons à mettre à disposition le bouton d'appel.
- Nous plaçons les barrières de lit ou les tablettes de fauteuil pour éviter de vous lever seul.
- Nous veillons à ce que vous ayez un verre d'eau, vos moyens de distraction à proximité en cas d'immobilisation au lit ou au fauteuil.
- Des séances de kinésithérapie peuvent vous être prescrites pour réapprendre à vous mobiliser correctement.
- Votre traitement médicamenteux peut être revu.
- Nous sensibilisons notre personnel.
- Nous déclarons toute chute constatée.
- Nous identifions grâce à un bracelet le risque de chute.

## LE BRACELET DES BESOINS PARTICULIERS

Si vous êtes malvoyant ou malentendant, si vous présentez un risque de chute ou de fugue, des précautions particulières s'imposent dans le cadre de votre prise en charge.

Afin que tout le personnel puisse vous identifier d'un simple regard et vous protéger encore davantage, nous vous placerons, avec votre consentement, un bracelet bleu. Ceci permettra de vous assurer une plus grande sécurité.

Différents pictogrammes figurent sur ce bracelet. Chaque symbole représente une spécificité. Le soignant qui vous placera le bracelet y entourera la ou les spécificités qui vous concernent.



**Un trouble de la vue**



**Un trouble de l'ouïe**



**Un risque de chute**



**Un risque de fugue**



## À QUEL MOMENT LE BRACELET VOUS SERA-T-IL POSÉ ?

Le risque de chute sera évalué par l'équipe pluridisciplinaire lors de votre admission en unité de soins, à la suite d'une opération chirurgicale ou lors d'un transfert dans une autre unité de soins, lorsqu'il y a une dégradation ou une amélioration de votre état de santé.

Cette évaluation sera réalisée au minimum une fois tous les sept jours.

## COMBIEN DE TEMPS PORTEREZ-VOUS CE BRACELET ?

Cela dépendra de votre état de santé et du suivi de vos besoins spécifiques. Vous pourriez être amené à le porter sur une courte période ou tout au long de votre hospitalisation.

Si vous constatez que votre bracelet s'abîme ou devient illisible, nous vous invitons à le signaler à l'équipe soignante pour qu'un nouveau bracelet vous soit placé.



**À NE PAS CONFONDRE AVEC LE BRACELET D'IDENTIFICATION**

Nous attirons votre attention sur le fait que **ce bracelet ne remplace en aucun cas votre bracelet d'identification de couleur blanche** : ce dernier comporte en effet toutes les informations relatives à votre identification personnelle. Si vous êtes détenteur d'un bracelet bleu, nous vous invitons à vérifier que vous portez bien **les deux bracelets**.



# NOTES

A series of 20 horizontal dotted lines for writing notes.

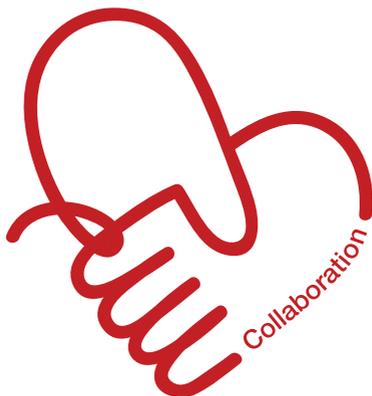


# L'ÉQUIPE EST À VOTRE ÉCOUTE ET À CELLE DE VOS PROCHES



**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE RÉFÉRENCE**

.....



**Adresse :** Boulevard Kennedy 2 à 7000 Mons

**Site web :** [www.hap.be](http://www.hap.be)

**Numéro d'appel général :** 065 41 41 41

Ce livret a été réalisé avec l'avis de nos patients et de leurs familles