

Université de Montréal

Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées en
centre hospitalier cardiovasculaire aigu

par

Marie-Christine Malouin-Benoit inf., B.Sc.

Faculté des sciences infirmières

Rapport de stage présenté à la Faculté des sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

option expertise-conseil en soins infirmiers

Juillet 2010

© Marie-Christine Malouin-Benoit, 2010

Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Ce rapport de stage intitulé :
Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées en
centre hospitalier cardiovasculaire aigu

présenté par :

Marie-Christine Malouin-Benoit

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Cossette, inf., Ph.D., directrice de stage

France Patenaude, inf., M.Sc., membre du jury

Juillet 2010

Sommaire

Le stage consistait à déployer une approche de transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées en centre hospitalier cardiovasculaire aigu. Une combinaison de stratégies s'articulant autour d'ateliers interactifs a favorisé le transfert auprès des intervenants d'une unité ciblée. Le projet a été encadré par le cadre conceptuel *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) et fut planifié selon la *Marche à suivre pour implanter des lignes directrices pour la pratique clinique* proposée par l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Pour sélectionner les connaissances à implanter, un outil d'évaluation du risque de chute a été actualisé et un aide-mémoire sur la prévention des chutes a été développé. Les parties prenantes ont été impliquées précocement et tout au long du projet. Les stratégies de mise en place ont comporté de brefs ateliers de remue-méninges, une campagne de promotion et un suivi de pérennité. Finalement, l'évaluation du projet s'est tenue 12 semaines après les ateliers.

Quatre-vingt-treize pourcent des divers intervenants actifs de l'unité ont participé à un des 24 ateliers de 45 minutes animés sur les trois quarts de travail. Un niveau de sensibilisation accru fut démontré par l'évaluation du projet. Regrouper différents intervenants pour une même activité nous a semblé propice à leur cohésion et leur communication. Les commentaires reçus soulignent leur appréciation d'avoir été consultés précocement et impliqués dans le processus d'implantation. Proposer un horaire souple et privilégier un partage bilatéral des connaissances par de courtes discussions interactives ont aussi été appréciés.

Mots-clés : Transfert des connaissances, PARIHS, soins aigus, prévention des chutes, personnes âgées, soins cardiovasculaires

Abstract

The purpose of this master's degree project was to develop and implement a knowledge transfer approach for the prevention of falls among an elderly population in an acute cardiovascular setting. A combination of strategies based on interactive workshops facilitated the knowledge transfer with the healthcare professionals of a targeted unit. Outlined by the *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) conceptual framework, the project was planned with the *Implementation of clinical practice guidelines Toolkit* propose by the Registered Nurses' Association of Ontario.

To select the knowledge to be implanted, an evaluation tool was updated and an intervention tool was developed. The participants were involved early and throughout the project. The strategies of implementation consisted mainly of brief brainstorming workshops, a promotional campaign, as well as a series of follow-ups. Finally, an evaluation of the project was held 12 weeks after completion of the workshops.

Twenty-four workshops were held during day, evening and night shifts. Consequently, 93 % of the various active professionals of a targeted unit took part in the workshops that lasted 45 minutes. A greater level of awareness was noticed among participants following the project. Grouping together various participants for the same activity seemed convenient to us for many reasons, including group cohesion and communication. Our observations and the various comments received underline the participants' appreciation of having been consulted and involved early on in the implementation process. Other positives noted were the flexible schedule of activities and the bilateral knowledge sharing within interactive discussions.

Keywords: knowledge transfer, PARIHS, critical care, falls prevention, elderly, cardiovascular care

Table des matières

Sommaire	iii
Table des matières	v
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
<i>Problématique</i>	2
<i>But du stage</i>	3
<i>Objectifs d'apprentissage</i>	3
Recension des écrits	4
<i>Les chutes</i>	5
Facteurs de risque de chute	5
Conséquences des chutes	5
<i>Prévention des chutes en milieu hospitalier de soins aigus</i>	7
<i>Cadre de référence</i>	10
Cadre conceptuel PARIHS	10
Stratégies de transfert des connaissances	12
Démarche du RNAO ayant guidé le projet	13
Description du projet clinique selon la démarche du RNAO	15
1- <i>Sélection des lignes directrices à implanter</i>	16
Consultation précoce des parties prenantes	16
Mise à jour de la grille d'évaluation des usagers à risque de chute	17
Développement de l'aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes	18
2- <i>Identification, analyse et engagement des parties prenantes</i>	19
Agente facilitant le transfert (infirmière stagiaire)	19
3- <i>Évaluation du niveau de préparation du milieu</i>	19
L'unité ciblée	20
Analyse du contexte du milieu	20
4- <i>Stratégies de mise en place</i>	21

Promotion des ateliers	21
Contenu des ateliers	21
Suivi de pérennité	24
Autres interventions	24
5- Évaluation	25
6- Ressources utilisées	27
Discussion	28
<i>Pertinence du stage</i>	29
<i>Atteinte des objectifs de stage</i>	30
<i>Apprentissages</i>	30
<i>Limites</i>	31
Conclusion	32
Références	34
Appendice A :	ix
<i>Figures 2 et 3 : Grille d'évaluation du risque de chute et aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes</i>	<i>ix</i>
Appendice B:	xi
<i>Figures 4 et 5: Affiches promotionnelles du projet</i>	<i>xi</i>
<i>Figure 8: Affiche permanente sur les interventions pour prévenir les chutes</i>	<i>xiii</i>
Appendice D :	xiii
Appendice D :	xiv
<i>Figure 9 à 16: Pictogrammes développés par l'infirmière stagiaire</i>	<i>xiv</i>

Liste des figures

Figure 1	Schématisation du cadre PARIHS _____	11
Figure 2	Grille d'évaluation du risque de chute _____	ix
Figure 3	Aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes _____	x
Figure 4	Première affiche promotionnelle du projet _____	xi
Figure 5	Seconde affiche promotionnelle du projet _____	xii
Figure 6	Adaptation du diagramme d'Ishikawa sur les facteurs de risque de chute _____	22
Figure 7	Adaptation du diagramme d'Ishikawa sur les interventions de prévention des chutes _____	23
Figure 8	Affiche permanente sur les interventions pour prévenir les chutes _____	xiii
Figure 9 à 16	Pictogrammes développés par l'étudiante _____	xiv
Figure 17	Indicateurs de succès de l'implantation des résultats probants _____	25

Remerciements

L'infirmière stagiaire remercie chaleureusement sa directrice de maîtrise M^{me} Sylvie Cossette, inf., PhD., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Modèle de rigueur, de persévérance et de *leadership*, elle a offert un encadrement incomparable. Son niveau de dévouement a poussé l'infirmière stagiaire à se dépasser et à croire en ses aspirations professionnelles.

Il en va de même pour M^{me} France Patenaude, inf., M.Sc., conseillère en soins infirmiers spécialisés à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM). Exemple de professionnalisme, d'écoute et de respect, elle a supervisé l'infirmière stagiaire en lui transmettant sa passion de l'amélioration continue de la qualité des soins.

L'infirmière stagiaire souligne aussi le soutien inestimable reçu de la part de M^{me} Adriana Miclaus, inf., B.Sc., DESS, coordonnatrice de l'unité ciblée par le projet. Elle remercie aussi le personnel de cette même unité, c'est-à-dire les infirmières, les infirmières cliniciennes, les préposés aux bénéficiaires ainsi que le personnel de soutien pour s'être engagés activement à la réussite du projet.

Ensuite, plusieurs acteurs importants de l'ICM ont participé activement à la planification et la réalisation du projet de stage, notamment M^{me} Marie-Hélène Carbonneau, inf., M.Sc(A), directrice des soins infirmiers, M^{me} Sylvie Demers, inf., M.Sc., conseillère en soins infirmiers spécialisés, ainsi que trois infirmières praticiennes spécialisées en cardiologie: M^{mes} Sonia Heppell, Jacinthe Thibeault et Audrey Verville.

En termes de soutien logistique à l'ICM, l'infirmière stagiaire remercie l'équipe du service audiovisuel, M^{me} Diane Blanchette, technicienne en administration ainsi que M^{me} Geneviève Dénommée, M.Sc., coordonnatrice du programme de la gestion des risques et de l'amélioration continue de la qualité. Pour leurs précieux encouragements, l'infirmière stagiaire remercie aussi M^{me} Danielle Perrault, inf., M.Sc., coordonnatrice de l'urgence et M^{me} Johanne Loyer, inf B.,Sc., infirmière clinicienne.

Finalement, ce stage a été réalisé grâce aux bourses d'études remises par le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRIISIQ), la Fondation de l'ICM et la direction des soins infirmiers du même établissement. La rémunération des participants et l'achat du matériel et des collations furent financés par la direction des soins infirmiers.

Introduction

Problématique

En raison du vieillissement rapide de la population québécoise, les soins de santé adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées deviennent une priorité incontournable. Les chutes chez les personnes âgées provoquent des conséquences nombreuses et sévères, tels des fractures et des accidents vasculaires cérébraux (Gallagher & Brunt, 1996). L'immobilisation d'une personne âgée à la suite d'une chute augmente l'incidence de *delirium*, d'escarres de décubitus, d'incontinence, d'infections respiratoires, de perte de masse musculaire et osseuse, de déshydratation et de sous-alimentation (Hébert & Roy, 2007). Ces complications provoquent aussi la prolongation des séjours hospitaliers, la hausse des besoins en réadaptation et en services à domicile, la hausse des coûts de santé (Eyres & Unsworth, 2005; Lepage & Ouimet, 2008) et enfin la hausse du risque de chute subséquente et de mortalité (Palmer, Counsell, & Landefeld, 2003).

Au sein du centre hospitalier universitaire ultra-spécialisé en soins cardiovasculaires où s'est tenu le projet, le nombre de chutes annuelles s'est accru de 70 à 147 entre 2007 et 2009. De plus, la durée moyenne de séjour sur l'unité de médecine ciblée par le projet était trois fois plus élevée chez les patients ayant chuté en comparaison avec ceux n'ayant pas chuté. Même si les chutes ne peuvent pas expliquer l'ensemble de cet écart, elles demeurent un élément favorisant une durée de séjour prolongée (Corriveau & Roy, 2007). Ainsi, la problématique de la prévention des chutes a été priorisée en regard des soins adaptés à la personne âgée, ce qui positionnait favorablement la mise en place de ce projet de prévention de chutes.

L'efficacité de lignes directrices cliniques pour prévenir les chutes en milieux hospitaliers a été amplement documentée dans les écrits (Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada, 2003; Blanchon, 2006; Corriveau & Roy, 2007; Markey & Brown, 2002; RNAO ou Association des infirmières et infirmiers autoisés de l'Ontario, 2005). Pourtant, leur implantation demeure souvent sous-optimale. Alors que plusieurs auteurs soulignent les nombreux bénéfices du transfert des connaissances pour l'amélioration de la pratique infirmière, l'écart persiste entre l'état des connaissances sur la prévention des chutes et l'application clinique de ces dernières (Aita, Richer, & Héon, 2007; Ducharme, 1998; Estabrooks, Scott-Findlay, & Winther, 2004).

But du stage

Le but du stage consistait à planifier et déployer une approche de transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées sur une unité de médecine cardiovasculaire. Cette approche visait la sensibilisation des intervenants et l'implantation des connaissances et s'est articulée principalement autour d'ateliers interactifs. La sélection des connaissances à implanter a exigé une mise à jour de la grille d'évaluation du risque de chute de l'établissement et le développement d'un aide-mémoire sur les interventions de prévention des chutes. Finalement, l'évaluation du projet fut réalisée et des recommandations furent formulées.

Objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage de l'infirmière stagiaire correspondaient aux raisons l'ayant incitée à entreprendre ses démarches académiques aux cycles supérieurs. Premièrement, elle comptait optimiser la rigueur de sa démarche scientifique dans ses interventions professionnelles. Deuxièmement, elle prévoyait développer les habiletés suivantes, associées au rôle d'experte-conseil en soins infirmiers : (1) cerner, approfondir et traiter un problème complexe en soins infirmiers; (2) faire le point sur les connaissances théoriques, empiriques et cliniques, et échanger ses connaissances avec les intervenants du milieu; (3) élaborer et implanter un plan d'intervention innovateur, soutenu par les résultats probants et adapté au contexte du milieu, et finalement (4) développer des habiletés de communication, d'autonomie, de collaboration et de *leadership* professionnel (Hamric, Spross, & Hanson, 2009).

Recension des écrits

Les chutes

Si les définitions du terme «chute» abondent, elles expriment principalement le «fait de se retrouver involontairement au sol, ou sur une surface en contrebas comme une table à café, ou dans un escalier» (Corriveau & Roy, 2007, p. 203).

Facteurs de risque de chute

Parmi les principaux facteurs de risque de chute, on compte notamment l'hypotension orthostatique, l'équilibre précaire, l'incontinence urinaire (diurèses impérieuses), la faiblesse musculaire, la polypharmacie, l'acuité visuelle ou auditive réduite et la confusion (Corriveau & Roy, 2007; Fulmer, 2007). On compte aussi plusieurs facteurs iatrogènes, c'est-à-dire les effets indésirables provoqués par le traitement médical ou l'environnement hospitalier plutôt que par la maladie.

Lors de l'hospitalisation, l'immobilisation devient un facteur de risque de chute iatrogène majeur. Les personnes âgées hospitalisées sont fréquemment assujetties au repos au lit, ce qui rend cette clientèle particulièrement vulnérable face aux risques de l'immobilisation (Blanchon, 2006; Covinsky et al., 2003; Markey & Brown, 2002). Par exemple, une semaine d'immobilisation provoque une amyotrophie de 10 à 15% augmentant le risque de chute (Graf, 2006; Hébert & Roy, 2007, p. 480). De plus, la réserve fonctionnelle de la personne âgée étant limitée, la maladie induit souvent un état d'asthénie, c'est-à-dire de fatigue généralisée non soulagée par le repos.

Certaines classes de médicaments agissent aussi à titre de facteurs de risque de chute iatrogènes, notamment les sédatifs et hypnotiques, les neuroleptiques, les hypotenseurs et les diurétiques (Blanchon, 2006). Respectivement, de tels médicaments peuvent provoquer de la somnolence, des tremblements et enfin de la faiblesse musculaire ou de l'hypotension orthostatique (Covinsky et al., 2003). Les perfusions intraveineuses, les sondes vésicales et les contentions comme les ridelles accroissent également le risque de chute en limitant la mobilisation (Lepage & Ouimet, 2008). Finalement, les écrits décrivent certaines attitudes de la part des intervenants à l'égard des personnes âgées pouvant contribuer au risque de chute, comme la non-priorisation, le maternage ou l'utilisation prématurée ou injustifiée des contentions (Corriveau & Roy, 2007; Lepage & Ouimet, 2008).

Conséquences des chutes

Les conséquences des chutes sont souvent sévères chez la personne âgée, principalement parce que cette dernière retrouve rarement son niveau préalable de fonctionnement physique. Les chutes chez cette clientèle provoquent fréquemment des

traumatismes, comme les fractures ou les accidents vasculaires cérébraux (Gallagher & Brunt, 1996). Chez une personne âgée blessée à la suite d'une chute, la peur de rechuter et la perte de confiance peuvent affecter grandement son niveau d'autonomie et sa qualité de vie (Means, O'Sullivan, & Rodell, 2003; Scaf-Klomp, van Sonderen, Sanderman, & Ormel, 2001).

Paradoxalement, la chute de la personne âgée hospitalisée conduit souvent à l'immobilisation de cette dernière, alors que l'immobilisation entraîne une élévation marquée du risque de chute (Dykes, Carroll, & Hurley, 2009; Gillis & MacDonald, 2005). L'immobilisation s'avère souvent contre-indiquée chez la personne âgée en raison des conséquences probables et graves sur sa santé (Hébert & Roy, 2007). Le syndrome d'immobilisation se définit comme étant « l'ensemble des symptômes physiques, psychologiques et métaboliques résultant de la décompensation de l'équilibre précaire du vieillard, par le seul fait de l'interruption ou de la diminution des activités quotidiennes habituelles » (Hébert & Roy, 2007, p. 479). Il s'agit d'une affection fréquente dont les conséquences peuvent être mortelles.

L'immobilisation de la personne âgée hospitalisée à la suite d'une chute précipite plusieurs complications désastreuses menaçant sérieusement sa santé, dont les symptômes de *delirium*, les escarres de décubitus, l'incontinence, les infections respiratoires, la perte de masse musculaire, la perte de masse osseuse, la déshydratation, la sous-alimentation ou même la mort (Hébert & Roy, 2007). Certains symptômes graves peuvent être observés après une immobilisation de courte durée (Blanchon, 2006; Covinsky et al., 2003; Hébert & Roy, 2007). Après un mois d'alitement, 16 % des personnes âgées de plus de 80 ans mourront des complications de l'immobilisation et 25% d'entre elles seront institutionnalisées définitivement. Même une mobilisation minimale peut prévenir considérablement l'intensité et l'incidence des conséquences (Covinsky et al., 2003; Hébert & Roy, 2007). Un programme structuré de mobilisation précoce des personnes âgées aide à prévenir les chutes et leurs complications en milieu hospitalier aigu (Blanchon, 2006; Markey & Brown, 2002).

Le syndrome d'immobilisation provoque la prolongation des séjours hospitaliers, la hausse des besoins en réadaptation et en services à domicile, la hausse des coûts de santé (Eyres & Unsworth, 2005; Lepage & Ouimet, 2008) et enfin la hausse du risque de chute et du taux de mortalité (Palmer et al., 2003). Pour la clientèle âgée, une semaine d'immobilisation engendre moyennement trois semaines de réadaptation (Lacombe, 2001).

Prévention des chutes en milieu hospitalier de soins aigus

Plusieurs organismes ont récemment émis des lignes directrices sur la prévention des chutes en milieu hospitaliers basées sur les résultats probants scientifiquement robustes, notamment la Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada (2005) ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario ou RNAO, 2005). Un résumé non exhaustif et adapté à un contexte de soins aigus de ces lignes directrices est présenté au tableau I.

Tableau I***Survol des interventions de prévention des chutes***

Politiques institutionnelles et interdisciplinaires.

- Réviser régulièrement la médication afin de gérer efficacement la polypharmacie et d'analyser les alternatives chez les personnes à risque de chute
- Impliquer un comité interdisciplinaire de gériatrie pour dresser un plan d'intervention spécifique
- Évaluer la mobilité par un physiothérapeute
- Tenir des ateliers de sensibilisation et de formation destinés aux intervenants
 - Utiliser des situations cliniques réalistes ainsi que de l'approche réflexive
- Assurer l'accessibilité à une procédure écrite et claire en matière de prévention des chutes et d'interventions post-chute pour les intervenants

Sécurité de l'environnement.

- Surveiller étroitement la sécurité de l'environnement
 - Minimiser l'encombrement dans les chambres et les corridors
 - Garder les planchers secs en tout temps
 - Enclencher les freins des lits et des fauteuils
 - Abaisser les lits après l'administration des soins
 - Laisser les objets usuels et la cloche d'appel à la portée du patient
 - Se rendre plus fréquemment au chevet des personnes à risque de chute
 - Promouvoir la continence en offrant régulièrement l'aide nécessaire pour l'élimination
 - Utiliser des dispositifs d'alarmes ambulatoires émettant un signal lorsque la personne se mobilise
 - Assurer un éclairage adéquat jour et nuit, minimisant à la fois les effets éblouissants de la lumière vive sur le sol
 - Utiliser des veilleuses de nuit
 - S'assurer que la personne à risque de chute utilise des chaussures ou pantoufles bien ajustées et antidérapantes
 - Surveiller le bon état du matériel roulant, du mobilier et des barres d'appui
 - S'assurer de la hauteur adéquate des lits et des fauteuils
-

Tableau I***Survol des interventions de prévention des chutes (suite)*****Interventions cliniques.**

-
- Dès l'admission, évaluer le niveau de risque de chute pour dépister les personnes en fonction de leurs facteurs de risques de chute
 - S'il y a lieu, analyser les circonstances des chutes antérieures
 - À l'admission, orienter la personne âgée dans le nouvel environnement de l'unité de soins
 - Lors d'administration temporaire de médicaments rendant les personnes plus à risque de chute comme les diurétiques ou les antihypertenseurs :
 - Considérer, si indiqué, cette personne provisoirement à risque de chute
 - Fournir, si indiqué, un appareil provisoire d'aide à la marche comme la canne ou le déambulateur
 - Faire part du risque de chute des personnes ciblées par des dispositifs tels un bracelet particulier, un pictogramme aimanté au chevet ou un autocollant distinctif au dossier
 - Promouvoir la mobilisation précoce chez la personne âgée hospitalisée
 - Offrir une assistance pour circuler vers la salle de bain toutes les deux heures le jour et le soir et ajuster l'horaire aux besoins spécifiques durant la nuit
 - Après une chute, procéder à une analyse approfondie des causes liées à la personne et des causes attribuables à l'environnement hospitalier
 - Après une chute, compléter un rapport incident-accident et en garder une copie bien en vue au dossier, afin que chaque professionnel prenne connaissance de l'événement, de ses conséquences sur l'état clinique du patient et du plan de prévention des récurrences
 - Aviser la personne et sa famille du risque de chute et du plan d'intervention en conséquence
 - Offrir à la personne à risque et sa famille des informations adaptées aux facteurs de risque spécifiques de la personne
 - Thèmes pertinents : mobilisation sécuritaire, alimentation, ostéoporose, vitamine D, habitudes de vie, peur de rechuter, utilisation des appareils d'aide à la marche, hypotension orthostatique ou autoévaluation de ses limites
 - Remettre à la personne à risque de chute et à sa famille un dépliant sur le sujet
-

(Champagne & Monfette, 2009; Chevalier, 2008; Corriveau & Roy, 2007; Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada, 2005; Huot, Racine, Dubois, Cantin, & Paquette, 1999; Murphy, Labonte, Klock, & Houser, 2008; RNAO, 2005; Ward, Candela, & Mahoney, 2004; Williams et al., 2007)

En résumé, les connaissances sont abondantes sur les facteurs de risque de chutes et les stratégies à entreprendre pour les prévenir. Pourtant, les chutes sont un problème de plus en plus préoccupant dans nos milieux cliniques. Une partie de ce phénomène s'explique par un transfert sous-optimal des connaissances scientifiques dans la pratique clinique.

Cadre de référence

Suite à l'étude du corpus de connaissances infirmières et interdisciplinaires en transfert des connaissances, on constate la persistance du fossé entre les résultats de la recherche et leur application clinique (Aita et al., 2007; Ducharme, 1998; Estabrooks et al., 2004). Plusieurs auteurs soulignent les nombreuses implications du transfert des connaissances pour l'amélioration de la pratique infirmière (Aita et al., 2007; Lauder, Reynolds, & Angus, 1999).

L'examen de la littérature ne révèle pas de consensus sur la définition du transfert des connaissances. Dans le cadre du présent stage, il est d'abord défini comme un processus interpersonnel promouvant l'utilisation des connaissances scientifiques dans la pratique clinique (Aita et al., 2007). Ensuite, le transfert des connaissances réfère aussi au processus cognitif où l'individu, selon ses caractéristiques personnelles, acquiert la connaissance dans un contexte précis et l'applique ou non à d'autres contextes (Singley & Anderson, 1989, p. 1).

Le projet a été construit selon deux cadres complémentaires et a été opérationnalisé en fonction des résultats probants en transfert des connaissances. Le cadre conceptuel *Promoting Action on Research Implementation in Health Services* (PARIHS) (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998) a d'abord permis de conceptualiser les éléments importants du transfert des connaissances. Pour opérationnaliser ces notions, un examen approfondi de la littérature sur le transfert des connaissances a permis de mettre en lumière les stratégies d'implantation les plus prometteuses chez les professionnels de la santé. Un second cadre, c'est-à-dire la *Marche à suivre pour implanter des lignes directrices pour la pratique clinique* (RNAO, 2002), a structuré la planification du projet.

Cadre conceptuel PARIHS

Le cadre conceptuel PARIHS a été retenu puisqu'il guide le processus continu d'amélioration de la qualité des soins par le biais de l'implantation des résultats probants dans les milieux cliniques (Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2002). En ce sens, la relation non-linéaire entre la nature de la connaissance, le contexte et l'agent facilitant le

transfert est analysée pour que les éléments favorables et contraignants soient identifiés. Ces éléments doivent être propices au changement et analysés de façon continue pour garantir la pérennité (Kitson et al., 1998), tel qu'illustré à la figure 1.

Nature de la connaissance. À la lumière du cadre conceptuel PARIHS, la rigueur scientifique des résultats probants et la valeur accordée à l'expérience clinique des intervenants doivent être considérées. Les connaissances scientifiques renferment souvent un caractère dynamique, émergent, provisoire et toujours incomplet. Le contexte et la connaissance demeurent mutuellement inclusifs (Dobrow, Goel, & Upshur, 2004). Puisque l'expérience filtre la connaissance perçue et que l'intervenant n'en retient que la portion jugée pertinente (Gabbay et al., 2003), la connaissance est inévitablement transformée avant son utilisation pour s'ajuster aux perceptions et intérêts personnels et organisationnels (Beyer & Trice, 1982). Les connaissances à transmettre doivent donc provenir de sources variées et crédibles sans négliger l'expérience des intervenants (Rycroft-Malone et al., 2002).

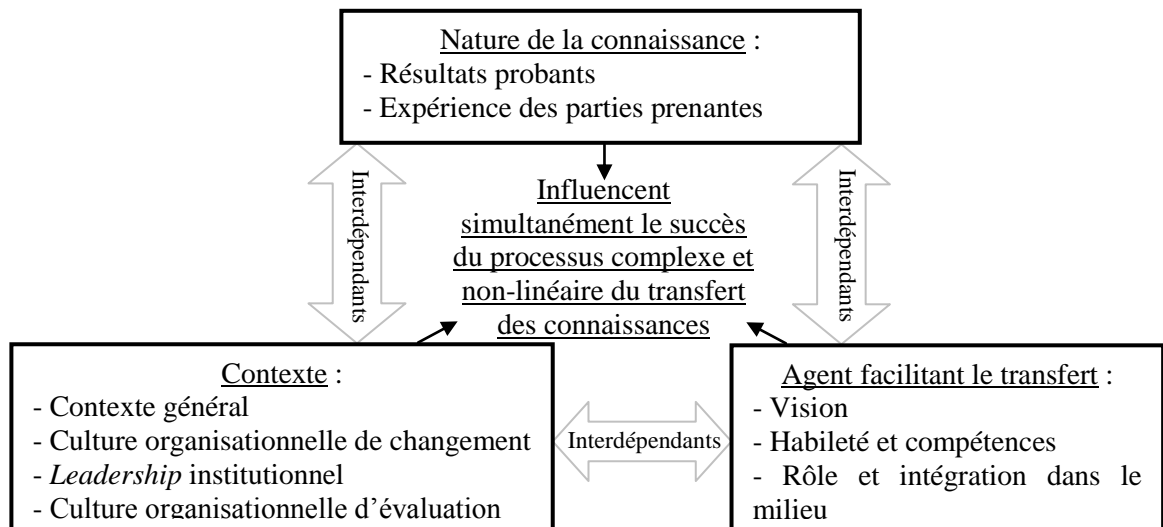


Figure 1. Schématisation du cadre PARIHS

(Inspiré de Doran & Sidani, 2006; Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2002).

Contexte. L'analyse du contexte général est essentielle à tout changement organisationnel. Les auteurs du cadre PARIHS invitent d'abord à cerner le contexte général: niveau de transparence, répartition des pouvoirs, disponibilité des ressources, communication intra-organisationnelle et réceptivité au changement. Concernant cette dernière caractéristique, il faut noter que les organisations sont généralement conservatrices en raison de contraintes internes telles que les structures préexistantes, les rôles ou les valeurs, ainsi qu'en raison des contraintes externes comme les obligations à l'égard d'autres organisations (Beyer & Trice, 1982). Ensuite, l'analyse du contexte implique un examen de la culture organisationnelle: valeurs, croyances, modèle de *leadership* et cohérence par rapport à l'utilisation des résultats probants dans la pratique clinique. Finalement, le contexte est analysé en fonction des processus d'évaluation prévalant au sein de l'organisation dont le niveau de rétroaction sur la performance et la diversité des méthodes d'évaluation (Rycroft-Malone et al., 2002). Malgré que les organisations soient généralement conservatrices, une plus vaste expérience des intervenants en matière d'évaluation augmentera leur niveau de réceptivité lors de l'implantation d'un changement (Doran & Sidani, 2006).

Agent facilitant le transfert. Le transfert des connaissances est avant tout un processus interpersonnel impliquant une communication efficace entre différents partis : chercheurs, agent facilitant le transfert, intervenants ou autres personnes concernées (Ginsburg, Lewis, Zackheim, & Casebeer, 2007). De cette façon, l'agent facilitant le transfert analysera sa vision de la connaissance et du transfert des connaissances, ses habiletés de communication et de *leadership* ainsi que son rôle et son niveau d'intégration au sein de l'organisation (Kitson et al., 1998). Il pourra, ce faisant, miser sur ses forces et prévoir des stratégies pour pallier à ses limites en tant qu'agent facilitant le transfert.

Stratégies de transfert des connaissances

Pour opérationnaliser le cadre conceptuel PARIHS, il existe plusieurs stratégies de transfert des connaissances passives et interactives semblant propices au domaine de la santé. Dans le cadre du stage, les stratégies les plus prometteuses ont été identifiées dans les écrits.

Stratégies passives de transfert des connaissances. Les stratégies passives propices au contexte du domaine de la santé incluent l'affichage, les suggestions de lecture, la distribution d'un résumé de la littérature et les incitatifs financiers (Chunharas, 2006; Grimshaw et al., 2002; Jacobson, Butterill, & Goering, 2003). Ces stratégies sont souvent

insuffisantes lorsqu'elles sont utilisées seules. Elles s'avèrent toutefois nécessaires pour transmettre l'information et requièrent relativement peu d'investissements pour leur déploiement (Ginsburg et al., 2007; Grimshaw, Eccles, Walker, & Thomas, 2002).

Stratégies interactives de transfert des connaissances. Quant aux stratégies interactives de transfert des connaissances, elles demandent davantage d'investissement (temps, coûts, engagement, motivation) de la part de l'agent facilitant le transfert, mais elles semblent plus efficaces, surtout chez les intervenants du domaine de la santé (Chunharas, 2006; Ginsburg et al., 2007; Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004; Kühne-Eversmann, Eversmann, & Fischer, 2008; Mitton, Adair, McKenzie, Patten, & Perry, 2007). Par exemple, les connaissances doivent s'agencer aux préoccupations des intervenants (Ginsburg et al., 2007). On suggère donc une combinaison de stratégies adaptées au contexte organisationnel et individuel (Chunharas, 2006; Grimshaw et al., 2002; Haines et al., 2004). De plus, il est fortement recommandé de disséminer des connaissances déjà synthétisées, prêtes à être utilisées et facilement accessibles, puisque les intervenants des milieux hospitaliers bénéficient de peu de disponibilité pour les activités de transfert de connaissances (Gabbay et al., 2003). Une telle approche gagne aussi à impliquer une interaction directe et dynamique entre les intervenants et l'agent facilitant le transfert (Ginsburg et al., 2007).

À la lumière de l'examen des écrits, les stratégies de transfert des connaissances interactives semblant propices auprès des intervenants du domaine de la santé sont les suivantes : la consultation précoce des intervenants pour recueillir les savoirs professionnels, l'implication d'un agent facilitant le transfert déjà intégré au milieu, des invitations personnelles, des ateliers de remue-méninges en petits groupes avec invitations par le supérieur et l'implication d'un réseau de *leaders* d'opinion (Chunharas, 2006; Grimshaw et al., 2002; Jacobson et al., 2003; King, Hawe, & Wise, 1998).

Démarche du RNAO ayant guidé le projet

En plus du cadre PARISH et des stratégies opérationnelles de transfert des connaissances, nous avons retenu la démarche proposée par le RNAO visant à soutenir les professionnels de la santé dans l'implantation de lignes directrices au sein des milieux cliniques. Cette démarche intitulée *Marche à suivre pour implanter des lignes directrices pour la pratique clinique* a été développée par un groupe de chercheurs et d'infirmières canadiens. Elle comporte six étapes: (1) la sélection des lignes directrices pour la pratique clinique; (2) l'identification, l'analyse et l'engagement des parties prenantes; (3)

l'évaluation du niveau de préparation du milieu; (4) le choix des stratégies de mise en place (stratégies de transfert des connaissances); (5) la planification de l'évaluation; et finalement (6) la planification des ressources.

La section suivante décrit donc la mise en place du projet telle qu'inspirée par le cadre conceptuel PARISH en intégrant les différentes stratégies de transfert des connaissances et en respectant la démarche du RNAO.

Description du projet clinique selon la démarche du RNAO

Dans la présente section, la démarche en six étapes du RNAO (2002) est retenue pour structurer la description du projet. Cette dernière a consisté à employer une combinaison de stratégies de transfert des connaissances pour prévenir les chutes des personnes âgées hospitalisées sur l'unité ciblée. Elle s'est articulée principalement autour de brefs ateliers interactifs de sensibilisation et de remue-méninges sur la prévention des chutes. Globalement, l'infirmière stagiaire et ses collaborateurs ont procédé à la mise à jour de la grille d'évaluation du risque de chute de l'institution, au développement d'un aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes, à la promotion et l'animation des ateliers, à un suivi de pérennité ainsi qu'à l'évaluation préliminaire du succès du projet.

1- Sélection des lignes directrices à implanter

Consultation précoce des parties prenantes

Les résultats dits «probants» sur la prévention des chutes sont dynamiques et provisoires, puisqu'ils demeurent inextricablement liés à leur contexte. Ainsi, une approche pratique-opérationnelle semblait indiquée comme stratégie compte tenu de l'ampleur de l'influence du contexte sur la prévention des chutes en milieu hospitalier (Dobrow et al., 2004). En raison du contexte de pénurie de personnel soignant, les intervenants du réseau de la santé ont peu de disponibilité pour d'éventuelles activités de transfert de connaissances. Cette connaissance devait s'associer le plus parfaitement possible aux préoccupations, expériences et intérêts des intervenants (Gabbay et al., 2003; Ginsburg et al., 2007).

Afin d'intégrer précocement les parties prenantes, nous avons rencontré des infirmières chefs d'équipe (ou assistantes infirmière-chef) pour recueillir leurs perceptions et préoccupations en regard de la prévention des chutes. Nous avons aussi recensé les outils et ressources auxquels les intervenants avaient déjà accès dans le milieu pour agencer la recension des écrits au contexte du projet. Une grille d'évaluation du risque de chute existait dans le milieu, mais était peu utilisée depuis plusieurs années. Elle avait été élaborée à partir de deux écrits scientifiquement rigoureux sur les facteurs de risque de chute chez la personne âgée hospitalisée.

Le premier écrit est celui de Allard (1987) qui a procédé à la classification des facteurs de risque de chute en fonction de leur importance aux yeux du personnel infirmier selon la technique d'estimation de la magnitude des variables. Pour ce faire, 30 professionnels infirmiers ont attribué une valeur entre 0 et 100 à 19 facteurs de risque de

chute documentés par les écrits. Allard a ensuite classifié les facteurs de risque de chute en fonction de leur importance et leur pertinence pour dépister les patients à risque de chute en milieu hospitalier.

Le second écrit est celui de Berryman *et al.* (1989) qui ont regroupé une équipe d'infirmiers spécialisés en gériatrie, en psychiatrie, en administration et en éducation pour analyser 1087 rapports d'incidents reliés à la chute d'une personne âgée en milieu hospitalier. À partir de ces données, ils ont proposé un outil d'évaluation dont les critères sont encore repris dans plusieurs outils de dépistage actuels.

Ensuite, les connaissances s'appuyant sur des données probantes de la plus haute qualité possible furent rassemblées. La recherche documentaire sur les bases de données Cinhal, Medline, Cochrane et Embase fut une étape cruciale, puisque la méthodologie employée a défini la robustesse scientifique des connaissances transmises. La stratégie de recherche fut préalablement révisée par une bibliothécaire expérimentée avant son application.

Mise à jour de la grille d'évaluation des usagers à risque de chute

À la suite de la revue des écrits, il est apparu que les outils d'évaluation du niveau de risque de chute en milieu de soins aigus abondaient. Trois d'entre eux se distinguaient par le fait que leurs validités aient fait l'objet d'études scientifiquement rigoureuses : le St Thomas Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients (STRATIFY) (Oliver, Britton, Seed, Martin, & Hopper, 1997; Oliver et al., 2008), le Morse Fall Scale (Morse, 1997) et enfin le Hendrich II Fall Risk Model (Hendrich, 2007). Le Hendrich II Fall Risk Model est celui dont la validité est la mieux démontrée. Ces trois outils ont d'ailleurs été recommandés par le RNAO et par l'Agence de la santé publique du Canada en 2005.

Ils ont ensuite été présentés à un groupe d'infirmières cliniciennes et gestionnaires qui a plutôt recommandé de conserver la grille déjà en place dans le milieu et de l'actualiser en fonction des résultats probants. Elle avait l'avantage d'être conviviale et adaptée au contexte de soins aigus cardiovasculaires, tout en couvrant la majorité des éléments du STRATIFY, du Morse Fall Scale et du Hendrich II Fall Risk Model.

L'infirmière stagiaire, le groupe d'infirmières cliniciennes et gestionnaires ainsi que les intervenants de l'unité ciblée ont collaboré pour actualiser la grille d'évaluation du risque de chute du milieu en fonction des résultats probants. Ils ont notamment tenu compte du risque de chute associé à l'utilisation de contentions ou aux manifestations d'hypotension orthostatique (souvent reliées à plusieurs pathologies cardiaques). Les

recommandations inscrites sur la nouvelle grille précisent que l'intervenant doit évaluer toutes les personnes âgées de 70 ans et plus lors de l'admission et procéder à une réévaluation hebdomadaire ou lorsque l'état clinique change. En ce sens, le jugement clinique de l'intervenant guide la mise en application de ces directives. Enfin, les directives de prévention des chutes de l'institution sont précisées sur la nouvelle grille; c'est-à-dire documenter le risque de chute au plan thérapeutique infirmier, apposer un autocollant rouge au bracelet et au kardex de la personne à risque, informer la personne à risque et sa famille sur son niveau de risque de chute puis communiquer cette information aux autres intervenants.

Développement de l'aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes

Lorsqu'un risque de chute est dépisté, il devient essentiel de préciser les interventions pour le réduire. L'actualisation de la grille d'évaluation du risque de chute devait donc être accompagnée par un guide d'interventions préventives. À la suite à la recension des écrits sur les lignes directrices de prévention des chutes en milieu hospitalier de soins aigus, un aide-mémoire sur les interventions de prévention des chutes fut produit par le groupe d'infirmières mentionné précédemment, et commenté par les intervenants de l'unité ciblée. Il a été convenu que le format de cet aide-mémoire devait se limiter à une seule page afin d'être intégré au verso de la grille d'évaluation du risque de chute. Au total, 37 interventions furent retenues et classées selon les catégories suivantes :

- interventions générales pour l'ensemble des patients hospitalisés;
- interventions spécifiques pour l'ensemble des patients à risque de chute;
- interventions spécifiques en présence de témérité, d'atteinte cognitive ou de dépression du SNC;
- interventions spécifiques en présence de troubles d'élimination;
- interventions spécifiques en présence de déficit visuel ou auditif;
- interventions spécifiques en présence d'alitement prolongé, de contentions ou de trouble de mobilité;
- interventions spécifiques en présence d'étourdissements ou d'hypotension orthostatique.

Les Figures 2 et 3 de l'Appendice A présentent la nouvelle grille d'évaluation du risque de chute et l'aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes.

2- Identification, analyse et engagement des parties prenantes

Appréhender les positions et champs d'intérêts des parties prenantes s'avère essentiel pour éclaircir les mythes ou contextes délicats (RNAO, 2002). L'identification, l'analyse et l'engagement des différentes parties prenantes ont débuté par l'exploration du climat organisationnel grâce à des entretiens avec des gestionnaires de différents niveaux (Gabbay et al., 2003; RNAO, 2002). Tel que présenté dans la section précédente, nous avons aussi rencontré quatre chefs d'équipe (ou assistantes infirmière-chef) pour les engager dans le projet tout en recueillant leurs perceptions et préoccupations. De cette façon, nous nous sommes alliés précocement plusieurs experts-*leaders*. La sélection des lignes directrices et des stratégies d'implantation a tenu compte de leurs intérêts et perceptions.

Agent facilitant le transfert (infirmière stagiaire)

À la lumière du cadre conceptuel PARIHS présenté à la figure 1, il était primordial que l'infirmière stagiaire analyse ses caractéristiques en tant qu'agent (utilisation du genre masculin pour préserver la fluidité du texte) facilitant le transfert, ainsi que leur impact sur les chances de succès du projet. Ce faisant, elle a pu mettre à profit ses forces et prévoir des stratégies pour pallier aux éléments potentiellement contraignants. Ses principales forces ont été sa vision constructiviste de la connaissance en accordant une grande valeur aux expériences et perceptions des intervenants. Elle tenait aussi compte des différents courants, processus décisionnels, biais cognitifs et résultats probants sur les stratégies de transfert des connaissances. Elle a été en mesure de proposer une approche multi-stratégique scientifiquement rigoureuse et adaptée à la réalité des intervenants du milieu. De plus, l'infirmière stagiaire bénéficiait d'être déjà connue dans le milieu à titre d'infirmière et possédait de bonnes habiletés de communications. Ces deux caractéristiques ont facilité les échanges avec les intervenants. Toutefois, elle a dû redéfinir son nouveau rôle d'agent facilitant le transfert auprès des parties prenantes dès le début du projet, puisque définir clairement ce rôle s'avère essentiel au succès du transfert (Kitson et al., 1998).

3- Évaluation du niveau de préparation du milieu

Pour favoriser le succès du transfert des connaissances selon le cadre PARIHS, il importait d'analyser les facteurs favorables et contraignants du contexte (figure 1). La mission de ce centre hospitalier universitaire ultra-spécialisé de 153 lits promeut largement l'excellence des soins cardiovasculaires, la recherche et l'enseignement.

L'unité ciblée

Le projet de stage a ciblé plus spécifiquement une unité de médecine cardiovasculaire de 35 lits. Les raisons d'admissions y sont notamment l'insuffisance cardiaque, l'arythmie cardiaque, l'insuffisance rénale, la détérioration de l'état général, l'ajustement de la médication, la surcharge pulmonaire ou la pneumonie. La condition clinique des patients de cette unité est généralement aiguë sans être critique. La moyenne d'âge y est aussi la plus élevée de l'institution.

Analyse du contexte du milieu

En termes de facteurs contextuels favorables, une priorité institutionnelle est accordée à la clientèle âgée dans la planification stratégique 2010-2015 de l'établissement. En ce sens, un vaste projet est en chantier. Il vise à développer et à implanter une approche multidisciplinaire pour mieux adapter l'environnement aux besoins spécifiques de la clientèle âgée. Le présent stage s'inscrivait comme un préambule au déploiement de ce vaste projet. De plus, la mission du milieu a nettement favorisé le succès du stage en promouvant la formation continue et l'utilisation des résultats probants pour atteindre l'excellence. Enfin, la décentralisation du *leadership* facilitait la communication entre les intervenants, l'infirmière stagiaire et les gestionnaires. Par exemple, la disponibilité de la coordonnatrice de l'unité ciblée fut un atout de taille pour épauler l'infirmière stagiaire lors des imprévus et des ajustements. Ce soutien s'est aussi avéré essentiel pour alléger la tâche habituelle des intervenants et leur permettre de participer aux activités de transfert.

Par contre, certains facteurs contextuels associés au réseau de la santé québécois furent contraignants. Par exemple, la communication s'avère souvent un défi au sein d'une organisation où les intervenants exercent sur trois quarts de travail et une fin de semaine sur deux. Pour y pallier, l'infirmière stagiaire a multiplié ses présences sur l'unité en choisissant des périodes stratégiques et variées pour rejoindre un auditoire plus vaste. Elle a aussi tenu compte de la disponibilité des intervenants en planifiant de nombreuses séances selon un horaire souple. Ensuite, pour favoriser l'ouverture au changement et sensibiliser les intervenants à la prévention des chutes, l'infirmière stagiaire a fait appel à leur fierté et à la culture institutionnelle d'excellence des soins, de recherche et d'enseignement. Elle a reconnu toute la valeur des savoirs professionnels et a invité les intervenants à rassembler leurs expertises pour devenir une référence en soins adaptés à la clientèle âgée. Finalement, compte tenu du temps et des ressources disponibles, l'infirmière stagiaire a planifié le projet en limitant la quantité et l'ampleur des nouveaux processus à instaurer (formulaires,

outils ou techniques). Elle aurait alors risqué de surcharger les intervenants ou d'exacerber l'ampleur du projet, hypothéquant ainsi ses chances de pérennité.

4- Stratégies de mise en place

Promotion des ateliers

Le cœur du projet a consisté à mettre sur pied des ateliers interactifs sur la prévention de chutes. Ainsi, une campagne d'affichage fut mise en place dont le thème était «Prévenir les chutes, ça marche!». Deux affiches promotionnelles sont d'ailleurs présentées comme figures 4 et 5 de l'Appendice B. Tel que mentionné précédemment, la promotion des ateliers comportait d'abord la consultation précoce des chefs d'équipe, avant-même de procéder à la recension des écrits.

La coordonnatrice de l'unité ciblée a officiellement annoncé la venue du projet de stage auprès des équipes d'intervenants de chaque quart de travail en soulignant l'importance de participer aux ateliers. C'est ensuite l'infirmière stagiaire qui a rencontré individuellement la majorité des intervenants pour les y inviter. À cet effet, elle procédait à une brève sensibilisation sur l'incidence croissante et les conséquences graves des chutes. Elle les a ensuite invités à venir échanger leurs connaissances, plutôt qu'à assister à une formation. S'ils le désiraient, ils pouvaient consulter quelques articles sur la prévention des chutes rendus disponibles dans un cahier spécial au poste des intervenants.

Pour maximiser le taux de participation, les ateliers se sont tenus sur l'unité ciblée durant les trois quarts de travail, durant la semaine et durant la fin de semaine. Les intervenants avaient le choix d'y assister durant ou en dehors de leur quart de travail. Un local situé sur l'unité de soins avait été réservé et des collations étaient prévues durant les ateliers.

Contenu des ateliers

En février 2010, 24 ateliers de 45 minutes furent animés auprès de 64 préposées aux bénéficiaires, infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières praticiennes, conseillères en soins infirmiers spécialisés et coordonnatrice de l'unité. Le taux de participation fut de 93 % des intervenants actifs de l'unité.

Par groupes de quatre intervenants ou moins, les ateliers débutaient avec une période de sensibilisation sur l'incidence croissante et les conséquences parfois tragiques des chutes. Les intervenants prenaient ensuite part à des remue-méninges interactifs utilisant la technique des *Post-it*® et des adaptations du diagramme d'Ishikawa (Best & Neuhauser,

2008; Gupta & Varkey, 2009). Dans un premier temps, chacun écrivait deux facteurs de risque de chute sur deux *Post-it*® (un facteur de risque par *Post-it*®) et les apposait au mur, sur un tableau blanc où figurait un diagramme sur les facteurs de risque de chute (figure 6). Par exemple, un intervenant pouvait suggérer *l'antécédent de chute* et *l'augmentation des antihypertenseurs* comme facteurs de risque de chute importants et en discuter avec le groupe.

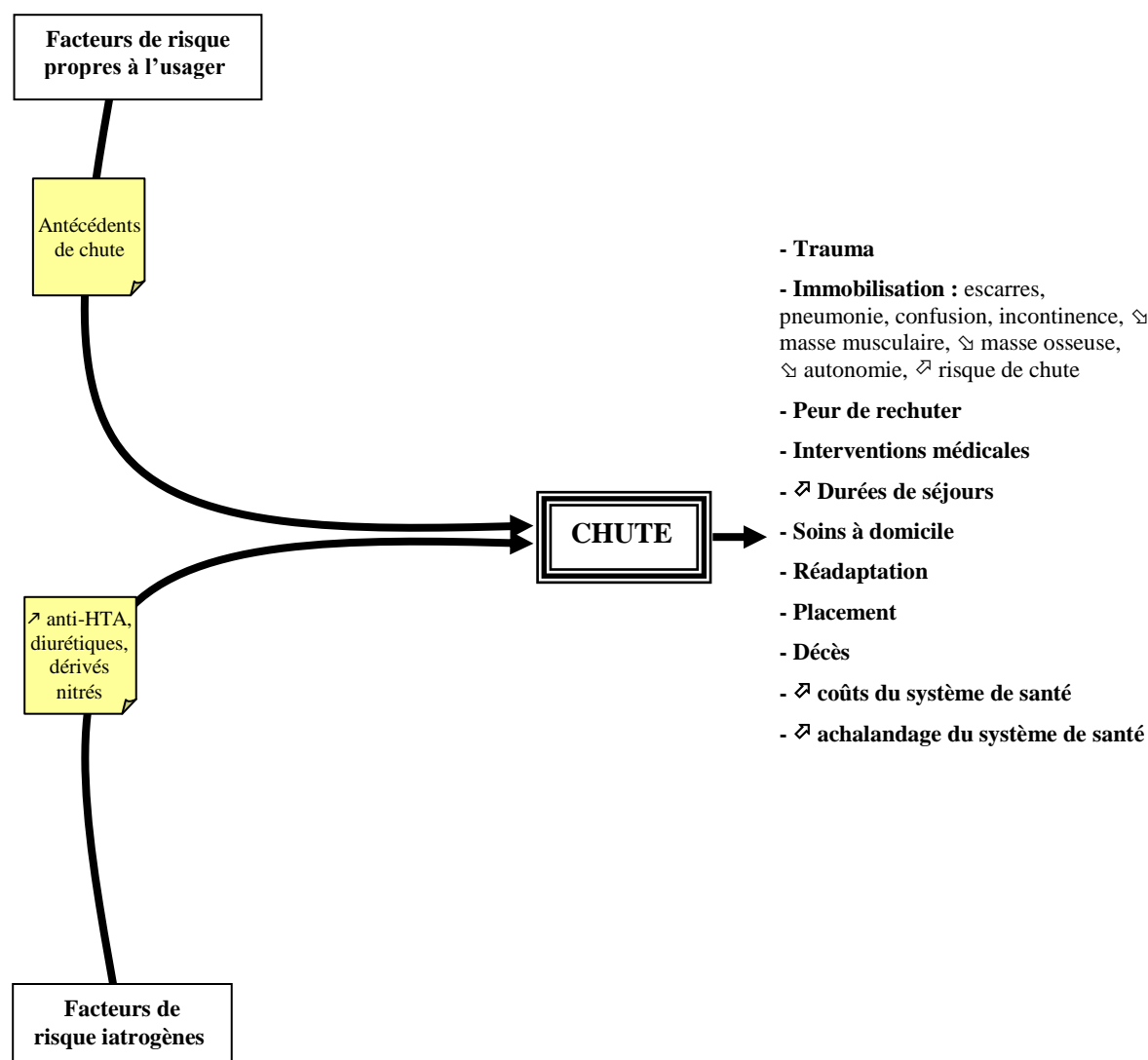


Figure 6. Adaptation du diagramme d'Ishikawa pour les facteurs de risque de chute.

(Best & Neuhauser, 2008; Gupta & Varkey, 2009)

Dans un deuxième temps, chaque intervenant inscrivait quatre interventions de prévention des chutes sur quatre autres *Post-it*® (ex : *Disposer les objets usuels à la portée du patient*). Il en discutait ensuite avec le groupe en apposant ses *Post-it*® sur le tableau blanc, selon un deuxième diagramme (figure 7). Les ateliers ont permis aux intervenants d'exprimer leurs propres connaissances et de conjuguer l'expertise des intervenants experts aux connaissances actuelles des intervenants novices. L'infirmière stagiaire a orienté les échanges et a fourni des informations à la lumière de ses lectures.

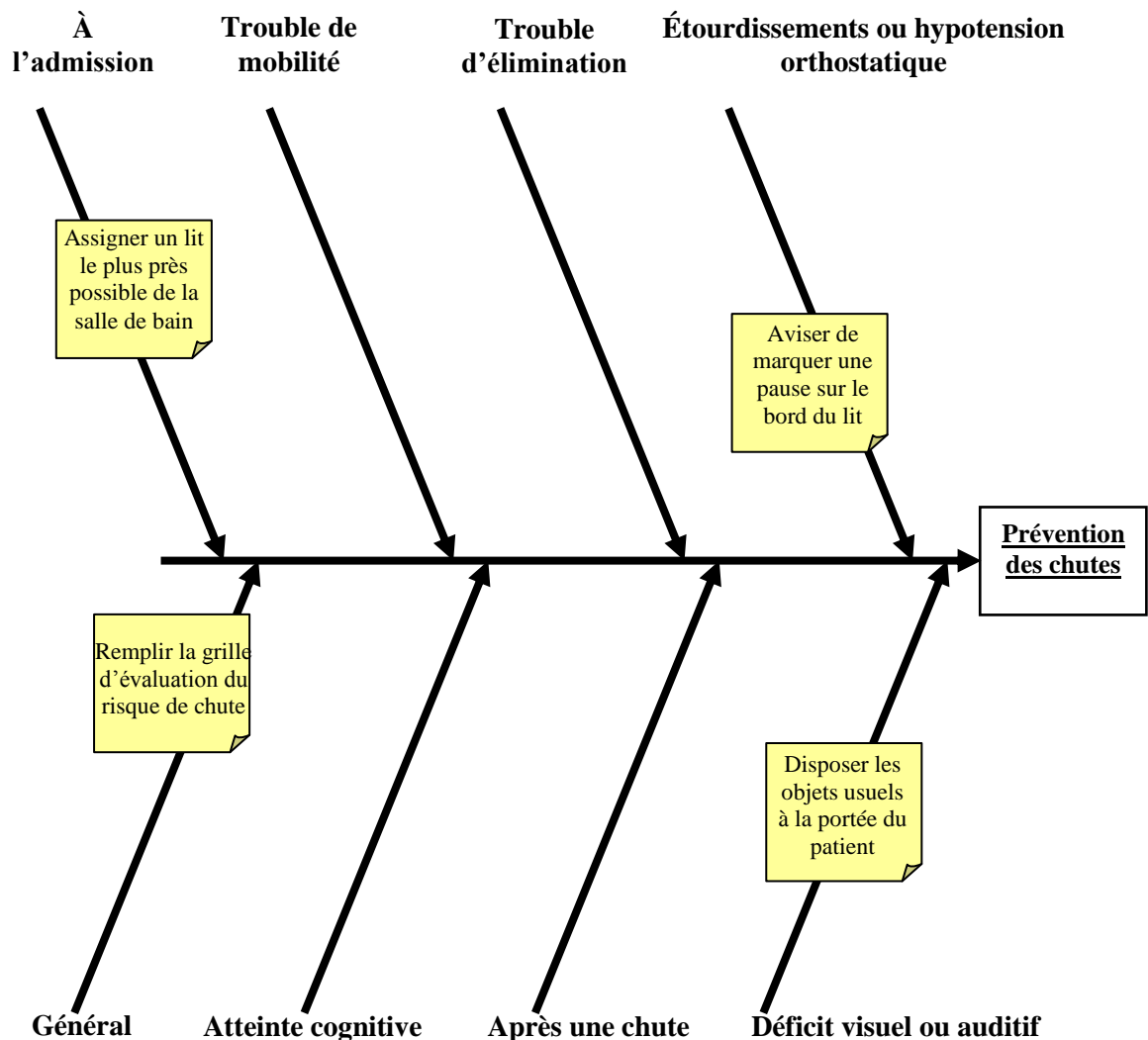


Figure 7. Adaptation du diagramme d'Ishikawa pour les interventions de prévention des chutes.

(Best & Neuhauser, 2008; Gupta & Varkey, 2009)

En fin d'atelier, les intervenants prenaient connaissance de la nouvelle grille d'évaluation du risque de chute et de l'aide-mémoire sur les interventions de prévention des chutes. Leurs commentaires ont été pris en compte et des ajustements ont été apportés avant l'implantation officielle. Après la tenue des ateliers, la grille et l'aide mémoire ont été systématiquement insérés dans les dossiers des personnes âgées de 70 ans et plus. Les intervenants pouvaient aussi la compléter s'ils considéraient un usager à risque sans que ce dernier ait été ciblé par la procédure systématique.

Suivi de pérennité

Un suivi de pérennité fut assuré sur les trois quarts de travail durant les 16 jours qui ont suivi les ateliers sous forme d'observations et de recommandations sans blâme de la part de l'infirmière stagiaire. Concrètement, cette dernière s'est présentée deux à trois fois par jour, durant 30 à 90 minutes, pour soutenir les intervenants. Premièrement, elle prenait connaissance de la liste des personnes à risque de chute auprès de l'infirmière chef d'équipe. Elle discutait ensuite avec chaque infirmière pour valider si les grilles d'évaluation étaient complétées, si les risques de chutes étaient documentés au plan thérapeutique infirmier, si l'autocollant rouge était apposé au kardex et si la personne à risque et sa famille avaient été avisées. Enfin, elle rencontrait les préposés aux bénéficiaires pour valider si leur liste des personnes à risque de chute sur l'unité concordait avec celle des infirmières. L'infirmière stagiaire a aussi agi à titre de consultante pour aider quelques infirmières novices à dresser des plans d'intervention. De plus, elle a profité de ses visites pour souligner la qualité de l'engagement des intervenants envers la prévention des chutes. Elle misait sur les forces et sur les expériences positives.

Comme autres stratégies de transfert des connaissances, l'infirmière stagiaire a produit une affiche permanente sur la prévention des chutes en collaboration avec l'équipe de l'audiovisuel. Cette troisième affiche est présentée à l'Appendice C (figure 8) et énumère les 37 interventions de l'aide mémoire sur la prévention des chutes. Les intervenants en ont été avisés par l'infirmière stagiaire et par l'entremise des chefs d'équipes.

Autres interventions

À la lumière des recommandations recueillies durant les ateliers, un nouvel affichage quotidien de la liste des personnes à risque de chute a été instauré pour améliorer la communication entre infirmières et préposés aux bénéficiaires en matière de prévention des chutes. L'infirmière stagiaire a transmis plusieurs messages, interrogations et suggestions

des participants à la coordonnatrice de l'unité, comme le besoin d'information sur l'utilisation du nouveau mobilier récemment acquis sur cette unité. Elle s'est aussi assurée de la disponibilité constante des grilles d'évaluation, des autocollants rouges et des dépliants sur la prévention des chutes destinés aux personnes âgées et leurs familles.

Par la suite, elle a exploré l'utilisation éventuelle de pictogrammes aimantés témoignant du risque de chute des personnes âgées à leur chevet. L'Appendice D présente d'ailleurs les pictogrammes développés par l'infirmière stagiaire et soumis à la coordonnatrice de l'unité ciblée pour leur implantation éventuelle (figures 9 à 16). Plusieurs d'entre eux traitent de prévention des chutes alors que certains visent à communiquer d'autres informations utiles sur l'unité ciblée. Enfin, elle a recommandé l'achat d'alarmes ambulatoires et l'instauration d'un programme structuré de mobilisation des personnes âgées. Le suivi de pérennité a ensuite été suspendu durant une période de cinq semaines (délai tenant compte du contexte de stage) pour permettre aux intervenants d'utiliser les outils et les connaissances transmises sans le soutien rapproché de l'infirmière stagiaire.

5- Évaluation

Une préoccupation majeure de la discipline infirmière demeure le problème de l'évaluation du transfert des connaissances (Estabrooks et al., 2004). Ce terrain mal défriché offre un nombre très limité de guides pour l'acteur qui s'y aventure en raison de la conceptualisation complexe de l'implantation de la connaissance (Estabrooks et al., 2004). Compte tenu des limites temporelles associées au stage, il aurait été prématuré d'évaluer la réussite du projet en fonction du taux de chute pré et post intervention. Un délai de 12 semaines ne permet pas d'établir une tendance définitive puisque le taux de chutes mensuel est inférieur à 10 et s'avère très variable sur l'unité ciblée. De plus, le temps requis par le processus de comptabilisation des chutes en lui-même peut nécessiter jusqu'à 12 semaines.

L'évaluation formelle s'est tenue en avril 2010, 12 semaines après la fin des ateliers, par le biais d'un audit sur les indicateurs de succès suivants : l'utilisation de la grille, la mise en place d'un autocollant rouge au kardex, la communication inter-intervenants, la documentation du risque de chute au plan thérapeutique infirmier (PTI) et la mise en place d'un autocollant rouge au bracelet des personnes à risque. L'infirmière stagiaire s'est rendue sur l'unité de soin pour recueillir ces données à cinq reprises, à intervalles de 2 à 3 jours. À chaque visite, elle consultait d'abord le dossier, le kardex, la grille de dépistage et le PTI de chaque personne à risque de chute. Elle relevait ensuite la liste des personnes à

risque selon les préposés aux bénéficiaires et la liste des personnes à risque selon les infirmières. Enfin, elle se rendait au chevet des personnes à risque pour observer leur bracelet d'identité.

La figure 17 résume les indicateurs de succès recueillis sur le terrain avant les ateliers, deux semaines après les ateliers (fin du suivi de pérennité) ainsi que 12 semaines après les ateliers (évaluation du projet). Certaines données n'ont pas pu être recueillies, comme la documentation du risque de chute au PTI avant les ateliers, la communication inter-intervenants deux semaines après les ateliers ou la mise en place d'un autocollant rouge au bracelet des personnes à risque avant les ateliers et deux semaines après les ateliers.

Premièrement, le taux d'utilisation de la grille d'évaluation chez les personnes à risque de chute est passé de 33 % avant le projet à 77 % après 12 semaines. De la même façon, l'apposition d'un autocollant rouge au kardex des personnes à risque de chute est passée de 33 % à 91 % après 12 semaines. La communication inter-intervenants fait référence au niveau de concordance entre la liste des personnes âgées à risque de chute des infirmières et de celle des préposés aux bénéficiaires. Ce taux est passé de 40 % avant le projet à 90% après 12 semaines. Ce succès démontre le niveau très élevé de sensibilisation atteint chez les intervenants suite au projet.

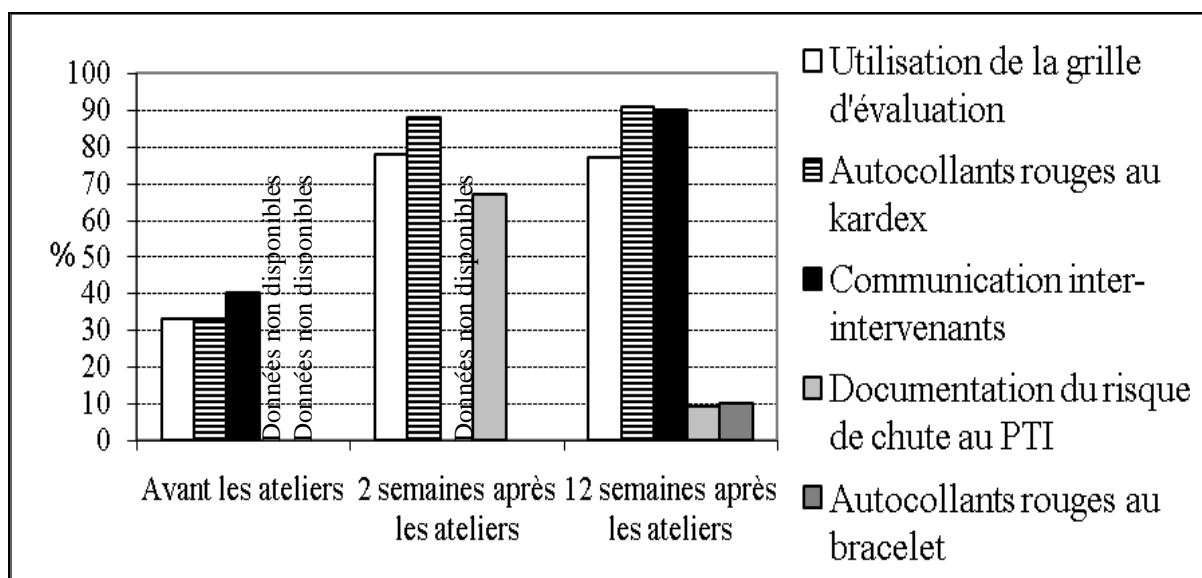


Figure 17. Indicateurs du succès de l'implantation des résultats probants

Deux indicateurs de succès n'ont pas été aussi probants, c'est-à-dire la documentation du risque de chute au PTI et la mise en place d'un autocollant rouge au bracelet des personnes à risque. Précisons d'abord que depuis le premier avril 2009, les infirmières travaillant au Québec sont appelées à documenter leurs décisions relatives aux priorités de soins spécifiques à un patient dans le PTI de celui-ci. Lorsqu'un risque de chute est dépisté, une note à cet effet devrait apparaître au PTI avec les directives cliniques associées. La documentation du risque de chute au PTI a atteint un taux de 67% deux semaines plus tard. Toutefois, elle ne s'élevait plus qu'à 9 % après 12 semaines. Ce faible pourcentage pourrait être expliqué par le fait que la documentation du risque de chute sur le PTI et sur la grille de dépistage était considérée comme de la duplication d'information par les intervenants. Il faut aussi noter que lors du stage, l'utilisation du PTI était toujours en consolidation sur l'unité ciblée.

Ensuite, uniquement 10 % des personnes identifiées à risque de chute portaient un bracelet muni d'un autocollant rouge après 12 semaines. Plusieurs intervenants expliquent ce faible taux par le fait qu'ils auraient préféré que le risque de chute d'une personne soit affiché au chevet par un pictogramme plutôt que par un autocollant rouge sur le bracelet, car l'autocollant se détache facilement ou n'est pas réinstallé lorsque le bracelet est remplacé. La recommandation des pictogrammes a été prise en compte par la coordonnatrice de l'unité, ce qui a amené l'infirmière stagiaire à développer les pictogrammes mentionnés précédemment.

6- Ressources utilisées

En ce qui a trait aux ressources, le succès d'un tel projet dépendait de l'unification des différentes parties prenantes dans un effort coordonné (RNAO, 2002). L'ampleur du projet étant adaptée au contexte d'un stage de maîtrise, la planification et le rassemblement des ressources furent facilités par la précieuse collaboration des parties prenantes. La rémunération des intervenants ainsi que le matériel et les collations ont été financés par la direction des soins infirmiers de l'institution.

Discussion

Pertinence du stage

Ce projet a consisté à planifier et déployer une approche de transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes à risque hospitalisées sur une unité de médecine cardiovasculaire.

Premièrement, le cadre conceptuel PARIHS a grandement favorisé la réussite du projet en teintant l'approche de l'infirmière stagiaire. L'analyse de la relation non-linéaire entre la nature de la connaissance, le contexte et l'infirmière stagiaire en tant qu'agent facilitant le transfert a permis de dresser un portrait complet des éléments favorables et contraignants. De cette façon, elle a accru les chances de succès de l'implantation des résultats probants. L'engagement des intervenants et l'implantation des outils ont été favorisés par la robustesse scientifique des connaissances et l'importance accordée à l'expérience des intervenants. De plus, la mission du milieu promouvant l'excellence, la recherche et l'enseignement ainsi que le grand soutien des gestionnaires ont favorisé la réussite du projet. Il en va de même pour la culture organisationnelle en matière de *leadership*. Outre cela, une bonne connaissance du milieu de la part de l'infirmière stagiaire aura facilité la mise en application d'une telle approche.

Deuxièmement, la *Marche à suivre pour implanter des lignes directrices pour la pratique clinique* que propose le RNAO (2002) est soutenue par des résultats probants de haute qualité. Cette démarche a été précieuse lors de la planification du stage. Elle en a rehaussé la structure, l'exhaustivité et la rigueur. Il semble que la valeur scientifique d'un tel projet puisse nettement bénéficier de cette marche à suivre.

Troisièmement, l'approche de transfert des connaissances déployée dans le cadre du stage s'est avérée appropriée à un contexte d'amélioration continue de la qualité des soins en centre hospitalier cardiovasculaire aigu. Les stratégies de transfert utilisées ont semblé efficaces en termes de sensibilisation à la prévention des chutes. Nous avons effectivement noté un niveau croissant de mobilisation et d'engagement des intervenants en ce sens. Concrètement, la forte participation aux ateliers, l'utilisation accrue de la grille d'évaluation ainsi que l'utilisation rehaussée des autocollants rouges sur le kardex tendent à souligner l'efficacité de cette approche multi-stratégique auprès des intervenants ciblés.

Nos observations et les commentaires des intervenants corroborent aussi les éléments rapportés dans la littérature sur l'importance de consulter de façon précoce les parties prenantes et de solliciter individuellement leur engagement. Il en va de même pour le fait

d'élaborer un horaire d'activités souple et de privilégier un partage bilatéral des connaissances en organisant de courtes séances de discussion interactives et dynamiques. Dans un même ordre d'idée, regrouper différents intervenants (préposées aux bénéficiaires, infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières praticiennes, conseillères en soins infirmiers spécialisés et coordonnatrice de l'unité) pour une même activité semble propice à la cohésion et la communication au sein de l'équipe soignante.

Atteinte des objectifs de stage

Pour prévenir les chutes chez des personnes âgées hospitalisées sur une unité de médecine cardiovasculaire, l'infirmière stagiaire a planifié et mis en application un projet clinique misant sur les résultats probants en transfert des connaissances. Tel que précisé précédemment, les stratégies de transfert retenues ont eu un impact important sur la sensibilisation et l'engagement des intervenants en matière de prévention des chutes. De plus, l'infirmière stagiaire a mis à jour la grille d'évaluation du risque de chute de l'institution et développé un aide-mémoire sur les interventions de prévention des chutes en collaboration avec les parties prenantes. Des recommandations pour la pratique infirmière seront formulées via une publication professionnelle et l'animation d'événements scientifiques.

Apprentissages

Pour l'infirmière stagiaire, le plus grand défi de ce stage fut d'optimiser la rigueur de sa démarche dans ses interventions professionnelles. Malgré les demandes toujours pressantes du milieu, l'infirmière stagiaire a appris à respecter un processus rigoureux. Elle est aussi satisfaite de la qualité de sa synthèse critique des connaissances théoriques, empiriques et cliniques sur le transfert des connaissances et la prévention des chutes. Globalement, elle considère avoir appris à cerner, approfondir et traiter un problème complexe en soins infirmiers en élaborant, en implantant et en évaluant un plan d'intervention innovateur, soutenu par les résultats probants et adapté au contexte du milieu.

L'infirmière stagiaire fut particulièrement fascinée par les différentes collaborations interprofessionnelles. Elle a aussi pris conscience de l'ampleur d'un projet suscitant l'implantation d'un changement de niveau institutionnel. Conséquemment, elle a développé

les prémisses d'une perspective institutionnelle globale au sein d'une organisation complexe.

L'infirmière stagiaire a aussi relevé un défi majeur en ce qui a trait à son *leadership* professionnel. Ayant relativement confiance en son dynamisme pour engager les parties prenantes favorables au changement, ses compétences ont été mises à rudes épreuves en collaborant avec les rares parties prenantes moins réceptives au projet. Elle a misé sur une préparation optimale ainsi que sur l'ouverture, la patience et le respect. Elle a appris à démontrer un certain détachement lorsque nécessaire ainsi qu'une maturité interpersonnelle plus aiguisée. Finalement, les intervenants les plus résistants se sont rassemblés pour témoigner ouvertement de la qualité du projet. Ils l'ont qualifié d'«extrêmement intéressant» et même d'«essentiel à la qualité de leurs soins».

Limites

Certaines stratégies n'ont pas été réalisées par manque de temps, comme l'établissement d'un réseau de *leaders* d'opinion. Il en va de même pour le fait de tenir compte des perceptions des personnes à risque de chutes et de mesurer le succès du projet à leur chevet, tel que le recommandent fortement les auteurs du cadre conceptuel PARIHS. Par ailleurs, la validité et la fidélité de la grille d'évaluation du risque de chute devront être documentées puisque l'outil original a été adapté avant d'être implanté.

Au niveau opérationnel, effectuer plusieurs visites sur l'unité de soir, de nuit et durant les fins de semaines favorise le taux de participation. Toutefois, cela peut devenir une limite à l'applicabilité du projet à d'autres contextes en raison de la grande disponibilité exigée de la part de l'agent facilitant le transfert.

Un projet optimal de prévention des chutes en centre hospitalier gagnerait aussi à s'articuler autour d'une équipe interdisciplinaire spécialisée en soins adaptés à la personne âgée et en impliquant les éléments suivants : un programme structuré d'exercice pour les personnes à risque de syndrome d'immobilisation, l'implantation d'alarmes ambulatoires, l'évaluation systématique de la médication de toutes les personnes à risque de chute ainsi qu'un programme d'enseignement dédié à la personne à risque de chute et à sa famille.

Finalement, si le niveau de sensibilisation et d'engagement à l'égard de la prévention des chutes fut très élevé, la tendance des statistiques sur les chutes devra être analysée ultérieurement. Il sera nécessaire de poursuivre le suivi de pérennité et l'évaluation à plus long terme.

Conclusion

L'incidence et les conséquences des chutes chez les personnes âgées hospitalisées sont fort préoccupantes. Les résultats probants de la recherche proposent des outils de dépistage et de prévention de grande valeur scientifique, alors que leur implantation clinique demeure sous-optimale. Basée sur les résultats probants en transfert des connaissances auprès des intervenants du domaine de la santé, la démarche utilisée dans le présent projet pourrait être reprise dans le cadre d'autres projets d'amélioration continue de la qualité des soins. Il s'agit d'une avenue prometteuse pour réduire l'écart entre le monde de la recherche et celui de la pratique clinique. Ces stratégies requièrent peu de ressources financières, sont applicables dans un court laps de temps, tiennent compte de la disponibilité du personnel soignant et peuvent s'adapter à une variété de thématiques cliniques.

En 1988, on prônait déjà l'importance du transfert des connaissances pour vaincre le sentiment d'impuissance exprimé par les infirmières (Huston & Marquis). Si l'utilisation optimale des connaissances scientifiques accroît la satisfaction au travail, elle favorise par le fait même le *leadership* professionnel infirmier et la qualité des services de santé (Takase, Kershaw, & Burt, 2001). L'infirmière stagiaire souhaite ardemment inspirer un vaste auditoire par le biais du présent rapport, de l'animation d'événements scientifiques et de la publication de son projet de stage.

Références

- Aita, M., Richer, M. C., & Héon, M. (2007). Illuminating the processes of knowledge transfer in nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, 146-155.
- Allard, M. (1987). *Estimation du niveau de risque de chute du bénéficiaire hospitalisé et implantation d'un programme de soins* (Rapport de stage de maîtrise inédit). Université de Montréal, Montréal.
- Berryman, E., Gaskin, D., Jones, A., Tolley, F., & MacMullen, J. (1989). Point by point: predicting elder's falls. *Geriatric Nursing*, 10, 199-201.
- Best, M., & Neuhauser, D. (2008). Karou Ishikawa: from fishbones to world peace. *Quality & Safety in Health Care*, 17, 150-152.
- Beyer, H., & Trice, H. M. (1982). The utilization process: a conceptual framework and synthesis of empirical findings. *Administrative Science Quarterly*, 27, 591-622.
- Blanchon, M. A. (2006). Conséquences du syndrome d'immobilisation. *La revue de gériatrie*, 31(2), 119-131.
- Champagne, J., & Monfette, J. (2009). *Évaluation de l'implantation de pratiques exemplaires concernant la prévention des chutes*. Projet de recherche présenté au Congrès annuel 2009 du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, Marrakech, Maroc. Résumé récupéré de http://www.oiiq.org/congres_sidiief/sceances_paralleles/liste/SP34.pdf
- Chevalier, P. (2008). Prévention des chutes chez les personnes âgées. *Revue de la Médecine Générale*, 254, 1-32.
- Chunharas, S. (2006). An interactive integrative approach to translating knowledge and building a “learning organization” in health services management. *Bulletin of the World Health Organization*, 84, 652-657.
- Corriveau, H., & Roy, P. M. (2007). Les chutes. Dans H. Arcand & R. Hébert (Éds.), *Précis pratique de gériatrie* (3^e éd., pp. 201-213). Sainte-Hyacinthe, Québec : Edisem Maloine.
- Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Lost of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: Increased vulnerability with age. *Journal of American Gerontological Society*, 51, 451-458.
- Division du vieillissement et des aînés de l'Agence de la santé publique du Canada (2005). *Les meilleures pratiques de prévention des chutes basées sur l'expérience clinique*. Récupéré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/pro/injury-bleisure/falls-chutes/chap4-fra.php>

- Dobrow, M. J., Goel, V., & Upshur, R. E. G. (2004). Evidence-based policy: context and utilization. *Social Science and Medicine*, 58, 207-217.
- Doran, D. M., & Sidani, S. (2006). Outcomes focus knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1, 3-13.
- Ducharme, F. (1998). Pour un transfert rapide des connaissances dans les milieux de soins. *L'infirmière du Québec*, 5(5), 41-48.
- Dykes, P. C., Carroll, D. L., & Hurley, A. C. (2009). Why do patients in acute care hospitals falls? Can falls be prevented? *Journal of Nursing Administration*, 39, 299-304.
- Estabrooks, C. A., Scott-Findlay, S., & Winther, C. (2004). A nursing and allied health sciences perspective on knowledge utilisation. Dans L. Lemieux-Charles & F. Champagne (Éds.), *Using knowledge and evidence in health care : Multidisciplinary perspectives* (pp. 242-280). Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Eyres, L., & Unsworth, C. A. (2005). Occupational therapy in acute hospitals: The effectiveness of a pilot program to maintain occupational performance in older clients. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 218-224.
- Fulmer, T. (2007). Fulmer SPICES. *American Journal of Nursing*, 107(10), 40-48.
- Gabbay, J., Lemay, A., Jefferson, H., Webb, D., Lovelock, R., Powell, J., et al. (2003). A case study on knowledge management in multi-agency consumer-informed "communities for practice": implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health: An interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7, 283-310.
- Gallagher, E., & Brunt, H. (1996). Head over heels: Impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly. *Canadian Journal on Aging*, 15, 84-96.
- Gillis, A., & MacDonald, B. (2005). Prevention deconditioning in the hospitalized elderly. *The Canadian Nurse*, 101, 16-20.
- Ginsburg, L. R., Lewis, S., Zackheim, L., & Casebeer, A. (2007). Revisiting interaction in knowledge translation. *Implementation Science*, 2(34), 1-11. Récupéré de <http://www.implementationscience.com/content/2/1/34>
- Graf, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. It's often a consequence of hospitalization, but it doesn't have to be. *American Journal of Nursing*, 106(1), 58-67.
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Walker, A. E., & Thomas, R. E. (2002). Changing physician's behavior: What works and thoughts on getting more things to work *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 22, 237-243.

- Gupta, P., & Varkey, P. (2009). Developing a tool for assessing competency in root cause analysis. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 35(1), 36-42.
- Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organisation*, 82, 724-732.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : An integrative approach*. (4e éd.). St. Louis, Missouri: Saunders/Elsevier.
- Hébert, R., & Roy, P. (2007). Syndrome d'immobilisation. Dans H. Arcand & R. Hébert (Éds.), *Précis pratique de gériatrie* (3^e éd., pp. 477-492). Sainte-Hyacinthe, Québec : Edisem Maloine.
- Hendrich, A. (2007). How to try this. Predicting patient falls: using the Hendrich II Fall Risk Model in clinical practice. *American Journal of Nursing*, 107(11), 50.
- Huot, L., Racine, D., Dubois, G., Cantin, D., & Paquette, H. (Éds.). (1999). *Guide de prévention des chutes en fonction des facteurs de risques en milieu de soins de courte durée*. Montréal, Québec : Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
- Huston, C. J., & Marquis, B. (1988). Ten attitudes and behaviours necessary to overcome powerlessness. *Nursing Connections*, 1(2), 39-47.
- Jacobson, N., Butterill, D., & , & Goering, P. (2003). Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *Journal of Health Services Resources Policy*, 8(2), 94-99.
- King, L., Hawe, P., & Wise, M. (1998). Making dissemination a two-way process. *Health Promotion International*, 13, 237-244.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Approaches to implementing research in practice. *Quality in Health Care*, 7, 149-159.
- Kühne-Eversmann, L., Eversmann, T., & Fischer, M. R. (2008). Team and case-based learning to activate participants and enhance knowledge: an evaluation of seminars in Germany. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 165-171.
- Lacombe, G. (2001). Réadaptation dans un contexte d'immobilisation. Dans J. Desrosiers & K. Koury (Éds.), *Réadaptation des personnes âgées : Les échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement* (pp. 96-101). Sherbrooke, Québec : Edisem Maloine.
- Lauder, W., Reynolds, W., & Angus, N. (1999). Transfer of knowledge and skills: Some implications for nursing and nurse education. *Nurse Education Today*, 19, 480-487.

- Lepage, N., & Ouimet, F. (2008). *La personne âgée et le syndrome d'immobilisation*, 8, 9-12. Récupéré de http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/PUBLICATIONS/AVANT-GARDE/ag_vol8_no3-02.pdf
- Markey, D. W., & Brown, R. J. (2002). An interdisciplinary approach to addressing patient activity and mobility in the medical-surgical patient. *Journal of Nursing Care Quarterly*, 16(4), 1-12.
- Means, K., O'Sullivan, P., & Rodell, D. (2003). Psychosocial effects of an exercise program in older persons who fall. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 40, 49-58.
- Mitton, C., Adair, C., McKenzie, E., Patten, S. B., & Perry, B. W. (2007). Knowledge transfert and exchange: Review and synthesis of the literature. *The Milbank Quarterly*, 85, 729-768.
- Morse, J. M. (1997). *Morse Fall Scale*. Instrument inédit. School of Nursing, Pennsylvania State University, University Park, United States of America.
- Murphy, T. H., Labonte, P., Klock, M., & Houser, L. (2008). Fall Prevention for elder. And evidenced-based nursing practice initiative. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), 33-39.
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *British Medical Journal*, 315, 1049-1053.
- Oliver, D., Papaioannou, A., Giangregorio, L., Thabane, L., Reizgys, K., & Foster, G. (2008). A systematic review and meta-analysis of studies using the STRATIFY tool for prediction of falls in hospital patients: how well does it work? *Age & Ageing*, 37, 621-627.
- Palmer, R. M., Counsell, S. R., & Landefeld, S. C. (2003). Acute care for elders units. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Diseases Management Health Outcomes*, 11, 507-517.
- RNAO ou Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario. (2002). *Trousse de marche à suivre : Mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Récupéré de http://www.rnao.org/Storage/12/669_Trousse_sur_la_marche_%C3%A0_suivre.pdf
- RNAO ou Association des infirmiers et infirmières autorisés de l'Ontario (2005). *Programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers : Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*. Récupéré de https://www.rnao.org/Storage/24/1874_BPG_Falls_-_Final_-_FRENCH_-_Dec_2006.pdf

- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., et al. (2002). Ingredients for change: Revisiting a conceptual framework. *Quality and safety in Health Care, 11*, 174-180.
- Scaf-Klomp, W., van Sonderen, E., Sanderman, R., & Ormel, J. (2001). Recovery of physical function after limb injuries in independent older people living at home. *Age and Ageing, 30*, 213-219.
- Singley, M. K., & Anderson, J. R. (1989). *The transfer of cognitive skill*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Takase, M., Kershaw, E., & Burt, L. (2001). Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 35*, 819-826.
- Ward, A., Candela, L., & Mahoney, J. (2004). Developing a unit-specific falls prevention program. *Journal for Healthcare Quality, 26*(2), 36-40.
- Williams, T. A., King, G., Hill, A.-M., Rajagopal, M., Barnes, T., Basu, A., et al. (2007). Evaluation of a falls prevention programme in an acute tertiary care hospital. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 316-324.

Appendice A :

Figures 2 et 3 : Grille d'évaluation du risque de chute et aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes

FACTEURS DE RISQUE		DATES D'ÉVALUATION			
		- -	- -	- -	- -
Antécédent de chute	≤6 mois				
Alitement prolongé	Mobilité réduite ou nulle durant plusieurs heures ou plusieurs journées				
Contention	Incluant les ridelles				
Problème de mobilité	Doit circuler avec 1-2 intervenants ou avec un appareil d'aide à la marche (instabilité sur pieds, tremblements)				
Étourdissements ou manifestations d'hypotension orthostatique	Chute de TA, vision faible ou brouillée, lipothymie ou syncope lors du passage de la position couché à la position assise ou debout				
Témérité	Impulsivité, audace				
Dépression du SNC	Altération de l'état de conscience (sommolence), ralentissement psychomoteur...				
Désorientation ou manifestation de trouble cognitif.	Symptômes de délirium, désorganisation de la pensée				
Trouble éliminatoire	Besoins impérieux d'éliminer, pollakiurie, nycturie ou autre				
Déficit visuel ou auditif non-corrigé	Myopie sans verres correcteurs adéquats ou autre état affectant le risque de chute				
Autre facteur de risque : _____					
Initiales de l'intervenant					

Si risque de chute:

- Apposer l'autocollant rouge au kardex et sur le bracelet d'identification.
- Déterminer les interventions appropriées aux besoins spécifiques du patient en se référant au verso du présent document ou à la règle de soins infirmiers sur la surveillance clinique des clients à risque de chute et les inscrire au PTI.
- Aviser l'équipe des préposés aux bénéficiaires et l'assistant(e) infirmier(ère)-chef.

Figures 2. Grille d'évaluation du risque de chute

Pour plus d' informations, voir la règle de soins infirmiers sur la surveillance clinique des clients à risque de chute.

Pour tous les patients hospitalisés

- À l' admission, informer le patient sur l' environnement et la routine du département (chambre, salle de bain, cloches d' appel, système d' éclairage, repas, quarts de travail, administration de la médication).
- Surveiller les éléments de sécurité générale dans la chambre : abaisser le **lit au plus bas**, endencher les **freins** du mobilier, minimiser l' **encombrement** et **libérer la voie** autour du lit et vers la salle de bain.
- Rassurer régulièrement le patient sur la disponibilité des intervenants.
- Aviser de ne pas s' appuyer sur sa table de chevet ou la tige à soluté.
- **Suite à une chute**, compléter un rapport incident-accident AH-223 détaillé.

Pour le patient à risque de chute

- Assigner un lit le plus près possible de la salle de bain. Privilégier une télémétrie sans fil.
- Noter au kardex si circule avec 1 ou 2 personnes, canne ou déambulateur.
- S' assurer que le patient possède des pantoufles bien ajustées et antidérapantes.
- **Ne pas élever les ridelles** de lit dans le seul but de prévenir les chutes (*Les ridelles de lit élevées ou autres contentions ne diminuent pas le risque de chute et multiplient par dix le risque de blessures graves*).
- Informer le patient et sa famille du risque de chute, et des interventions de prévention mises en place.
- Remettre le dépliant < L' équilibre, où en êtes-vous? >.
- Accompagner à la toilette fréquemment, surtout au petit matin et lors des repas. Au besoin, stimuler le patient à se mobiliser. Le jour et le soir, mobiliser le patient 2 à 6 fois par quart de travail. La nuit, respecter son sommeil en demeurant vigilants et disponibles.
- Rappeler d' utiliser la **cloche d' appel** et d' attendre l' assistance pour circuler.
- Disposer les objets usuels à la portée du patient (cloche, lunettes, mouchoirs, verre d' eau).
- Utiliser une veilleuse pour la nuit et/ou allumer la lumière de la salle de bain.
- Référer PRN au comité interdisciplinaire, en physiothérapie (prescription médicale), à l' infirmière de liaison, en psychiatrie.

Témérité, atteinte cognitive ou dépression du SNC

- Assigner une chambre près du poste.
- Visiter le patient plus fréquemment et être attentif à la peur, la colère ou la tristesse.
- Si possible, éviter tout dépresseur du SNC (chez le patient présentant une atteinte cognitive ou une dépression du SNC).
- Si non-utilisation de la cloche d' appel, prévoir les besoins.

Trouble d' élimination

- Si nycturie, réduire l'hydratation en soirée.
- Si possible, éviter d' instaurer la culotte d' incontinence (même la nuit). Si non, utiliser une culotte de la bonne taille.
- Privilégier la toilette, l' urinal debout ou la chaise d' aisance plutôt que l' urinal et la bassine en décubitus.
- Placer la cloche d' appel, l' urinal, la bassine ou la chaise d'aisance à sa portée.

Déficit visuel ou auditif

- Décrire l' environnement et l'explorer avec le patient. Si possible, laisser organiser la disposition de la chambre.
- Si possible, éviter de déplacer les objets du patient et l' aviser si nécessaire de le faire.
- Procurer un éclairage suffisant.
- Encourager à porter ses lunettes (propres) ou son appareil auditif jour/soir.

Alitement prolongé, contentions ou trouble de mobilité

- Si alité, mobiliser aussi précocement que possible.
- Installer au fauteuil tid pour les repas.
- Vérifier la fluidité du roulement de la tige à soluté. Brancher la pompe volumétrique à sa portée.
- Si possible, privilégier l' accès intraveineux en circuit fermé à la perfusion.

Étourdissements et hypotension orthostatique

- Demander d' aviser si étourdissements.
- Enseigner à s' asseoir au bord du lit avant de se lever.
- Vérifier la TA couché, assis, debout et debout 1 minutes et aviser le médecin ou l' infirmière praticienne si gradient > 20 mmHg.
- Élever la tête du lit à 20° ou 30° lorsque le patient est allongé.
- Enseigner les risques d' étourdissements ou d' hypotension orthostatique associés aux effets indésirables de leur médication (nitro, antihypertenseurs, diurétiques, β-bloqueurs, antidépresseurs, benzodiazépines, analgésiques).

Figures 3. Aide-mémoire sur les interventions pour prévenir les chutes

Appendice B:

Figures 4 et 5: Affiches promotionnelles du projet

Prévenir les chutes
ça marche!

Quoi?

Atelier d'environ 45 minutes

- > Durant les heures de travail avec remplacement
- > Rémunéré à taux simple en dehors des heures de travail

Qui?

Offert aux infirmiers et infirmières et aux préposé(e)s aux bénéficiaires du quatrième centre et de l'équipe volante.

Quand?

Lundi 1er février	Mercredi 3 février	Jeudi 4 février	Vendredi 5 février	Samedi 6 février	Lundi 8 février
Solarium du 4eC	Solarium du 4eC	Solarium du 4eC	Solarium du 4eC	Solarium du 4eC	C-1030
16h00 - 17h00	1h30 - 2h30 2h30 - 3h30 3h30 - 4h30 4h30 - 5h30	1h30 - 2h30 2h30 - 3h30 3h30 - 4h30 4h30 - 5h30	7h00 - 8h00 14h45 - 15h45	11h30 - 12h30 12h30 - 13h30 13h30 - 14h30 14h45 - 15h45 16h00 - 17h00	14h45 - 15h45

Infos

- > Pour vous inscrire consulter Marie-Christine Malouin-Benoit au poste 2201.
- > D'ici-là, si vous le désirez, vous pouvez vous renseigner sur le sujet.
- > Voir le cartable vert dans le carrousel du 4eC.

Figure 4. Première affiche promotionnelle du projet



Prévenir les chutes
ça marche!

Ateliers
1er au 8 février

Lancement officiel
9 février

Suivi de pérennité
9 au 26 février

Présence de Marie-Christine Malouin-Benoit sur les départements pour répondre aux questions des intervenants.

Du lundi au vendredi :

- > 14h30 - 15h30
- > 20h - 21h
- > 0h30 - 1h30

Rétroaction sans blâme :
Pour les patients à risque :

- > Grille plaquée dans le dossier ?
- > Grille complétée ?
- > PTI fait ?
- > PABs avisés ?
- > AIC avisée ?
- > Usager-famille avisé ?
- > Points rouges au kardex et au bracelet ?

Mise en place d'un réseau de leaders d'opinion.

Évaluation et ajustements
5 au 16 avril

- > Nombre de chutes au 4eC entre le 9 février et le 19 avril.
- > Audit : évaluation anonyme sur la prévention des chutes au 4eC.
- > Rétroaction sans blâme.

Infos

- > D'ici-là, si vous le désirez, vous pouvez vous renseigner sur le sujet.
Voir le cartable vert dans le carrousel du 4eC.
- > Pour toutes informations supplémentaires, contacter Marie-Christine Malouin-Benoit au poste 2201.

Figure 5. Seconde affiche promotionnelle du projet

Appendice C :

Figure 8: Affiche permanente sur les interventions pour prévenir les chutes

Interventions pour prévenir les chutes

Pour tous les patients hospitalisés

- > À l'admission, informer le patient sur l'environnement et la routine du département (*chambre, salle de bain, cloches d'appel, système d'éclairage, repas, quarts de travail, administration de la médication*).
- > Surveiller les éléments de sécurité générale dans la chambre : abaisser le lit au plus bas, enclencher les freins du mobilier, minimiser l'encombrement et libérer la voie autour du lit et vers la salle de bain.
- > Rassurer régulièrement le patient sur la disponibilité des intervenants.
- > Aviser de ne pas s'appuyer sur sa table de chevet ou la tige à soluté.
- > Suite à une chute, compléter un rapport incident-accident AH-223 détaillé.

Pour le patient à risque de chute

- > Assigner un lit le plus près possible de la salle de bain. Privilégier une télémétrie sans fil.
- > Noter au karex si circule avec 1 ou 2 personnes, canne ou déambulateur.
- > S'assurer que le patient possède des pantoufles bien ajustées et antidérapantes.
- > Ne pas élever les ridelles de lit dans le seul but de prévenir les chutes (*les ridelles de lit élevées ou autres contentions ne diminuent pas le risque de chute et multiplient par dix le risque de blessures graves*).
- > Informer le patient et sa famille du risque de chute, et des interventions de prévention mises en place.
- > Remettre le dépliant « L'équilibre, où en êtes-vous? ».
- > Accompagner à la toilette fréquemment, surtout au petit matin et lors des repas. Au besoin, stimuler le patient à se mobiliser. Le jour et le soir, mobiliser le patient 2 à 6 fois par quart de travail. La nuit, respecter son sommeil en demeurant vigilants et disponibles.
- > Rappeler d'utiliser la cloche d'appel et d'attendre l'assistance pour circuler.
- > Disposer les objets usuels à la portée du patient (*cloche, lunettes, mouchoirs, verre d'eau*).
- > Utiliser une veilleuse pour la nuit et/ou allumer la lumière de la salle de bain.
- > Référer PRN au comité interdisciplinaire, en physiothérapie (*prescription médicale*), à l'infirmière de liaison, en psychiatrie.

Témerité, atteinte cognitive ou dépression du SNC

- > Assigner une chambre près du poste.
- > Visiter le patient plus fréquemment et être attentif à la peur, la colère ou la tristesse.
- > Si possible, éviter tout dépresseur du SNC (*chez le patient présentant une atteinte cognitive ou une dépression du SNC*).
- > Si non-utilisation de la cloche d'appel, prévoir les besoins.

Trouble d'élimination

- > Assigner un lit le plus près possible de la salle de bain.
- > Si nycturie, réduire l'hydratation en soirée.
- > Si possible, éviter d'instaurer la culotte d'incontinence (*même la nuit*). Si non, utiliser une culotte de la bonne taille.
- > Privilégier la toilette, l'urinal debout ou la chaise d'aisance plutôt que l'urinal et la baignoire en décubitus.
- > Placer la cloche d'appel, l'urinal, la baignoire ou la chaise d'aisance à sa portée.

Déficit visuel ou auditif

- > Décrire l'environnement et l'explorer avec le patient. Si possible, laisser organiser la disposition de la chambre.
- > Si possible, éviter de déplacer les objets du patient et l'aviser si nécessaire de le faire.
- > Procurer un éclairage suffisant.
- > Encourager à porter ses lunettes (*propres*) ou son appareil auditif jour/soir.

Allongement prolongé, contentions ou trouble de mobilité

- > Si allité, mobiliser aussi précocement que possible.
- > Installer un fauteuil tid pour les repas.
- > Vérifier la fluidité du roulement de la tige à soluté. Brancher la pompe volumétrique à sa portée.
- > Si possible, privilégier l'accès intraveineux en circuit fermé à la perfusion.

Étourdissements et hypotension orthostatique

- > Demander d'aviser si étourdissements.
- > Enseigner à s'asseoir au bord du lit avant de se lever.
- > Vérifier la TA couché, assis, debout et debout 1 minutes et aviser le médecin ou l'infirmière praticienne si gradient > 20 mmHg.
- > Élever la tête du lit à 20° ou 30° lorsque le patient est allongé.
- > Enseigner les risques d'étourdissements ou d'hypotension orthostatique associés aux effets indésirables de leur médication (*nitro, antihypertenseurs, diurétiques, β-bloqueurs, anti-dépresseurs, benzodiazépines, analgésiques*).

Pour plus d'information, voir la règle de soins infirmiers sur la surveillance clinique des clients à risque de chute.

Figure 8. Affiche permanente sur les interventions pour prévenir les chutes

Appendice D :

Figure 9 à 16: Pictogrammes développés par l'infirmière stagiaire



Figure 9. Risque de chute



Figure 10. Prothèse dentaire



Figure 11. Canne



Figure 12. Déambulateur

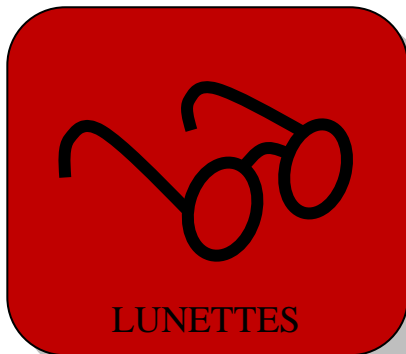


Figure 13. Lunettes

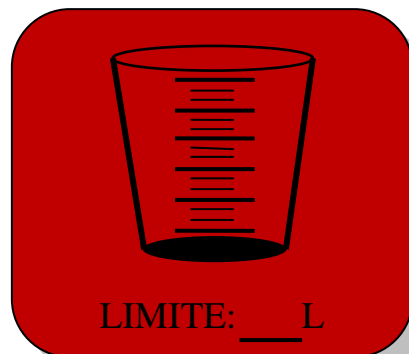


Figure 14. Limite liquidienne



Figure 15. Appareil auditif

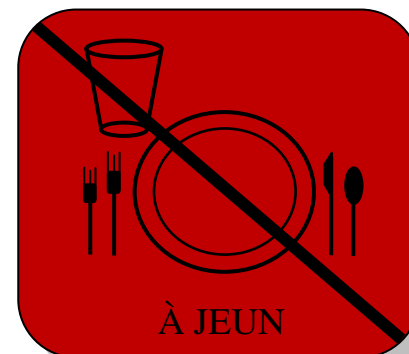


Figure 16. À jeun

