



HÔPITAL

Jeffery Hale

HOSPITAL

Programme **MARCHE**

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

ROYAL BÂTIMENTS
DE LA MONTE (INC.)
ARRETES MAILLON
DE QUÉBEC
Direction de l'habitat



CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Roches
CLSC, centre affilié universitaire

INSPO - Montréal



3 5567 00000 7267

Services gériatriques
spécialisés

WA
2008

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Programme **MARCHE**

**Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire
les Chutes dans l'Environnement domiciliaire**

Denise Gagné, médecin, Direction de santé publique de Québec
Catherine Gagnon, médecin, Direction de santé publique de Québec

Personne à contacter pour obtenir un exemplaire du rapport :

M^{me} Sylvie Bélanger
Direction de santé publique de Québec
2400, d'Estimauville
Beauport (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courrier électronique : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 20 \$

**Total : 21,40 \$ incluant la TPS et les frais postaux
payable à l'avance à l'ordre du CHUQ-CHUL**

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada, 2003

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2003

ISBN : 2-89496-228-2

Citation suggérée :

D. Gagné, C. Gagnon. *Programme MARCHE – Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire. Services gériatriques spécialisés de l'Hôpital Jeffery Hale*. Direction de santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2003, 145 pages.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

REMERCIEMENTS

Nous désirons souligner la contribution de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec qui a accordé un soutien financier à la réalisation de ce document, dans le cadre du programme Formation réseau.

Ce document a été élaboré grâce à la contribution de membres de la Direction de santé publique de Québec, des programmes Soutien à domicile des CLSC-CHSLD La Source et Haute-Ville-Des-Rivières ainsi que des Services gériatriques spécialisés des CHSLD Saint-Augustin, Christ-Roi et Jeffery Hale.

Nous remercions les personnes suivantes pour leur participation active aux différentes étapes de réalisation de ce document :

- ✓ *CLSC-CHSLD La Source :*
M^{mes} Martine Baillargeon, ergothérapeute ; Lyne Bouchard, nutritionniste ; Manon Fortier, physiothérapeute ; Sylvie Massé, technicienne en diététique ; MM. Vincent Blanchet, pharmacien et Jean-Paul Gendron, médecin
- ✓ *CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières :*
M^{mes} Karine Gagné, physiothérapeute ; Julie Gravel, nutritionniste ; Lise Leclerc, infirmière ; Hélène L'Espérance, médecin ; Annie Roberge, pharmacienne et Josée St-Pierre, ergothérapeute
- ✓ *Services gériatriques spécialisés, Centre d'hébergement Saint-Augustin, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec :*
M. Denis Martel, physiothérapeute
- ✓ *Direction de santé publique de Québec :*
M^{me} Michèle Paradis, professionnelle de recherche

Nous remercions également les personnes suivantes pour leur contribution à certaines étapes d'élaboration de ce document :

- ✓ *Services gériatriques spécialisés, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, Résidence Christ-Roi :*
M. Jean-Pierre Beauchemin et M^{me} Judith Germain, médecins
- ✓ *Services gériatriques spécialisés, Hôpital Jeffery Hale :*
M^{mes} Nicole Berger, infirmière ; Louise Lagacé, coordonnatrice ; MM. Jacques Legrand, médecin et Éric Lepage, pharmacien

Remerciements

- ✓ *CLSC-CHSLD La Source :*
M^{me} Renée Marceau, directrice du programme Soutien à domicile ;
M. Rémi Bélanger, chef du programme Soutien à domicile et
M^{me} Sylvie Turgeon, infirmière
- ✓ *CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières :*
M^{me} Thérèse Viel, coordonnatrice du programme Soutien à domicile au
CLSC et du centre de jour Jos Villeneuve
- ✓ *Direction de santé publique de Québec :*
MM. Michel Lavoie, Benoît Lévesque et André Tourigny, médecins

Nous voulons, de plus, souligner la collaboration de M. Valois Boudreault de la Direction de santé publique de l'Estrie pour nous avoir permis d'utiliser et d'adapter les fiches techniques développées dans le cadre du Programme de prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Nous remercions également M^{mes} Jeanne-D'Arc Audet et Colette Decoste ainsi que M. Roger Gagnon pour nous avoir permis de les photographier afin d'illustrer le cahier d'exercices et les pages couvertures.

Enfin, nous désirons remercier tout particulièrement M^{mes} Chantal Martineau et Hélène Girard de la Direction de santé publique de Québec pour leurs patientes révisions et corrections de ce document.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie 1 : Problématique, objectifs et clientèle visée par le programme	3
1.1 Problématique	5
1.1.1 Facteurs de risque	6
1.1.2 Interventions efficaces	7
1.2 Objectifs	7
1.3 Clientèle cible	10
Partie 2 : Déroulement et étapes du programme	11
Partie 3 : Identification des facteurs de risque de chute	17
3.1 Déroulement suggéré	19
3.2 Formulaires	21
3.2.1 Feuille synthèse	23
3.2.2 Grille d'identification des problèmes reliés à la prise de médication	25
3.2.3 Grille de dépistage nutritionnel	27
3.2.4a) Examen de Folstein sur l'état mental	29
3.2.4b) Questionnaire d'identification des troubles cognitifs (Mini-mental réduit)	31
3.2.5 Grille d'identification du risque de chute associé à l'environnement	32
3.3 Procédures et interprétations des étapes	33
3.3.1 Utilisation des médicaments	33
3.3.2 Hypotension orthostatique : prise de tension en position couchée et debout	34
3.3.3 Troubles cognitifs : Mini-mental réduit	35
3.3.4 Troubles de l'équilibre : Debout, pieds joints	36
3.3.5 Troubles de la marche : Lever et marcher chronométré (test Timed Up and Go)	37
3.3.6 Troubles visuels : Snellen	38
3.3.7 Environnement domiciliaire	39
Partie 4 : Évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre	43
4.1 Échelle de Berg	46
4.2 Test de marche de Tinetti	51
Partie 5 : Interventions	53
5.1 Interventions selon les facteurs de risque	55
5.2 Troubles de l'équilibre et de la marche	57
5.3 Outils d'intervention	58
Bibliographie	63
Annexes	
Annexe 1 : Fiches techniques	
Annexe 2 : Cahier d'exercices (disponible pour les physiothérapeutes)	
Annexe 3 : Calendrier d'exercices (disponible pour les physiothérapeutes)	
Annexe 4 : Journal personnel des chutes (disponible pour les physiothérapeutes)	

INTRODUCTION

Les gestionnaires des programmes Soutien à domicile de la région de Québec, conscients de l'importance des chutes chez leur clientèle âgée et de la possibilité d'intervenir efficacement pour les prévenir, confiaient le mandat à la Direction de santé publique de Québec de leur proposer des interventions susceptibles d'améliorer ce problème.

La proposition faite et acceptée par les gestionnaires a été de mettre en place, dans un premier temps, un projet pilote auprès des clientèles des programmes Soutien à domicile des CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et La Source. Les représentants des Services gériatriques spécialisés présents sur ces deux territoires ont jugé aussi important de s'impliquer dans la planification et la réalisation du programme. Une évaluation d'implantation devrait permettre de mettre en évidence les facteurs pouvant faciliter ou amener des contraintes à la réalisation d'une telle intervention. Dans un deuxième temps, ces informations pourront être utilisées lors de l'implantation de ces interventions dans l'ensemble de la région.

Bien que le programme soit en implantation dans deux territoires de CLSC, le présent document fait spécifiquement état du programme de prévention des chutes MARCHE (mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire) dans les services gériatriques de l'Hôpital Jeffery Hale.

Le programme MARCHE n'a pas comme objectif de se substituer aux services habituels ; il vise plutôt à améliorer les pratiques par une approche interdisciplinaire plus systématisée. Ce document doit donc servir de guide et ne doit pas être un obstacle ou retarder la prestation des services requis par le client.

La partie 1 traite de la problématique, des objectifs et de la clientèle visée par le programme. La partie 2 présente le déroulement et les étapes du programme. La partie 3 comprend l'identification des facteurs de risque de chute selon un déroulement adapté à chaque milieu, les formulaires, les procédures et les interprétations de différentes étapes. Les parties 4 et 5 touchent respectivement l'évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre et les interventions pour chacun des facteurs de risque. Les annexes présentent des outils d'intervention : l'annexe 1 propose des fiches techniques à remettre à la personne selon les différents risques retrouvés dans son environnement domiciliaire et les annexes qui suivent renferment des outils d'intervention pour les physiothérapeutes.

Partie 1

Problématique, objectifs et clientèle visée par le programme



Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Partie 1 : Problématique, objectifs et clientèle visée par le programme

1.1 PROBLÉMATIQUE

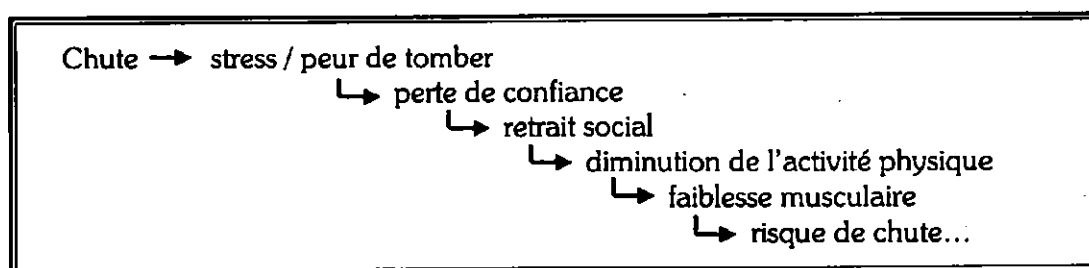
Les chutes constituent un problème de santé fréquent et souvent récurrent. De 30 à 40 % des personnes âgées vivant à domicile chutent sur une période d'un an, la majorité de ces chutes se produisant à la maison. Le risque de chute augmente avec l'âge. De plus, 50 % de ces personnes chuteront à nouveau (Tinetti *et al.*, 1988 ; O'Loughlin *et al.*, 1993 ; Bell *et al.*, 2000, cités dans Bégin *et al.*, 2002 ; Trickey *et al.*, 1999).

Les chutes peuvent avoir des conséquences d'ordre physique, économique, psychologique et social. Même si la majorité d'entre elles sont sans conséquences, 5 % seraient associées à une fracture et de 5 à 10 % à une blessure sérieuse autre qu'une fracture (Bell, 2000, cité dans Bégin *et al.*, 2002 ; Trickey *et al.*, 1999).

Au Québec, il y a eu, en 1997-1998, 615 décès dont 548 personnes âgées de 65 ans et plus. Pour la période de 1997-1999, les chutes occasionnaient, annuellement, 20 969 hospitalisations dont 10 776 chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les chutes représentent la première cause de décès et d'hospitalisation par blessure chez cette clientèle. Les fractures aux membres inférieurs sont la cause de 66 % de ces décès et de 50 % de ces hospitalisations (Hamel, 2001).

Au plan économique, les chutes entraînent des coûts directs en soins de santé (hospitaliers ou non) et indirects en perte de productivité. Au Canada, en 1994, les coûts directs pour le traitement des personnes âgées ayant chuté étaient de 980 millions de dollars alors que les coûts indirects étaient de 1,1 milliard, dus à des handicaps permanents (Sauve-qui-pense, 1998).

Au plan psychologique et social, les chutes peuvent avoir comme conséquence une perte d'autonomie même en l'absence de blessure physique, selon le processus suivant :



Cette situation mène fréquemment à l'institutionnalisation. Très souvent, les personnes âgées sous-estiment leur risque de chuter. Elles perçoivent la chute comme un symbole de vieillissement, une diminution d'indépendance et un événement inévitable.

Des interventions visant à diminuer certains facteurs de risque associés aux chutes ont été démontrées efficaces pour diminuer celles-ci.

1.1.1 Facteurs de risque

Les facteurs qui sont en cause lors de chutes sont souvent multiples. On les regroupe généralement en facteurs intrinsèques et extrinsèques. Les facteurs de risque intrinsèques les plus fortement démontrés en lien avec les chutes dans la littérature (Nevitt, 1990) sont les suivants :

- ✓ âge > 80 ;
- ✓ antécédent de chute ;
- ✓ problèmes de santé (maladie de Parkinson, incontinence) ;
- ✓ troubles cognitifs et dépression ;
- ✓ limitation fonctionnelle aux activités de la vie quotidienne et domestique, troubles de mobilité ;
- ✓ faiblesse musculaire aux genoux, aux hanches et aux chevilles ;
- ✓ diminution de la force de préhension ;
- ✓ trouble de la marche et de l'équilibre ;
- ✓ difficultés dans les transferts assis-debout ;
- ✓ prise de trois médicaments et plus ou de psychotropes.

Les facteurs de risque extrinsèques sont reliés particulièrement à l'environnement domiciliaire. Ceux qui sont le plus souvent associés aux chutes (Trickey *et al.*, 1999 ; Gill *et al.*, 1999 ; Dargent-Molina et Bréart, 1995, cités dans Bégin, 2002) sont :

- ✓ éclairage déficient ;
- ✓ absence de barres d'appui (salle de bain) ;
- ✓ absence de main courante (escalier) ;
- ✓ fils électriques exposés ;
- ✓ encombrement sur le plancher ;
- ✓ tapis non fixés.

Le risque de chute augmente avec le nombre de facteurs de risque, mais l'importance relative de chacun est mal connue (Tinetti *et al.*, 1988). L'effet de l'environnement sur le risque de chute varie selon les caractéristiques des personnes âgées. Ce facteur serait plus important chez les personnes vigoureuses que chez les frêles (Tinetti et Speechley, 1989).

L'ostéoporose et la malnutrition sont associées aux facteurs de risque parce que l'ostéoporose augmente le risque de blessure secondaire à une chute (Osteoporosis Society of Canada Scientific Advisory Board, 1996). alors que la malnutrition peut affecter la masse musculaire nécessaire pour la marche, la densité osseuse ainsi que les possibilités de réadaptation.

1.1.2 Interventions efficaces

Les résultats de quelques études (Tinetti *et al.*, 1994 ; Wagner *et al.*, 1994) montrent qu'il est possible d'intervenir efficacement pour prévenir la survenue de chute chez les personnes âgées selon une approche multifactorielle et individualisée. Les interventions démontrées efficaces visent entre autres à améliorer la force musculaire et l'équilibre, à modifier la médication ou à diminuer le nombre de médicaments pour en réduire les effets secondaires, à corriger le problème de vision ou l'hypotension orthostatique et à améliorer le niveau de sécurité de l'environnement domiciliaire.

Les données regroupées des cinq projets d'interventions multifactorielles (Tinetti *et al.*, 1994 ; Wagner *et al.*, 1994 ; Fabacher, 1994 ; Vetter, 1992 ; Rubinstein, 1990) retenus dans le cadre de la revue Cochrane sur la prévention des chutes (Gillespie, 1999) démontrent une réduction du risque de chute de 21 % (OR 0,79 intervalle de confiance de 0,65 à 0,96).

Par ailleurs, une réduction du nombre de chutes nécessitant une consultation médicale ou entraînant des blessures a aussi été associée à ces interventions. Cependant, cette diminution n'était pas statistiquement significative.

C'est en tenant compte des données qui précèdent que le programme MARCHE a été élaboré.

1.2 OBJECTIFS

La définition de la chute retenue dans le cadre du programme MARCHE s'inspire de celle du *Kellogg International Work Group* citée dans Sattin, 1992. Elle consiste en tout événement imprévu qui amène une personne à se retrouver sur le sol ou à un niveau inférieur et qui n'est pas une conséquence d'un coup violent, d'une perte de conscience, d'une paralysie soudaine ou d'une crise épileptique.

Les objectifs généraux des interventions sont de diminuer l'incidence des chutes, le nombre d'hospitalisations, les fractures et la mortalité secondaire à une chute.

Les objectifs spécifiques sont de diminuer la prévalence des troubles de vision, de l'hypotension orthostatique, de l'utilisation non adéquate de la médication, des troubles d'équilibre et de la marche, des risques environnementaux, de la malnutrition, des risques de fractures reliées à l'ostéoporose et d'adapter les interventions pour les clientèles présentant des troubles cognitifs.

Pour chacun des facteurs de risque retenus, des objectifs plus précis sont présentés dans les tableaux 1 et 2.

Les objectifs opérationnels sont :

- ✓ pour les personnes âgées et leur entourage :
 - de les informer du programme MARCHE ;
 - de les sensibiliser au lien entre la présence des facteurs de risque retrouvés, les chutes survenues et leurs conséquences ;
 - de leur proposer et de réaliser des interventions pour diminuer ces risques.
- ✓ pour les intervenants :
 - de les sensibiliser à l'importance de dépister et d'intervenir pour diminuer les facteurs de risque de chute ;
 - de les habiliter à dépister et à intervenir auprès des personnes à risque de chute.
- ✓ pour les médecins :
 - de les informer du programme MARCHE ;
 - de les informer du risque de chute de leurs patients et de leur proposer des moyens pour diminuer ce risque ;
 - de les soutenir dans ces interventions.

TABEAU 1 : OBJECTIFS VISÉS SELON LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE

Facteurs de risque	Objectifs
Troubles visuels	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informer la personne ou l'entourage de la présence d'un trouble visuel et de l'augmentation du risque de chute associé. ✓ Faire connaître à la personne ou à son entourage les correctifs et les ressources disponibles. ✓ Favoriser une référence aux ressources appropriées. ✓ Adapter les évaluations et les interventions environnementales en conséquence.
Troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer les troubles cognitifs. ✓ Proposer des mesures pour maintenir les capacités fonctionnelles. ✓ Adapter en conséquence les interventions sur les autres facteurs de risque en portant une attention particulière à l'adhésion médicamenteuse et à l'utilisation de psychotropes.
Hypotension orthostatique (HTO)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En accord avec le médecin traitant, ajuster le traitement pharmacologique. ✓ Proposer des interventions non pharmacologiques à la personne âgée.
Utilisation des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaître les médicaments prescrits et non prescrits consommés incluant les produits naturels, homéopathiques et vitamines. ✓ Connaître l'adhésion à la prescription. ✓ Identifier et résoudre les problèmes liés à la pharmacothérapie. ✓ Soutenir le médecin dans les changements suggérés. ✓ Proposer à la personne âgée des moyens pour assurer l'adhésion au traitement pharmacologique.
Antécédents de chute	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Connaître la fréquence et les circonstances de chutes antérieures. ✓ Adapter les interventions en conséquence (environnement, HTO).
Troubles de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Évaluer les causes (y compris les déficits sensoriels multiples) du trouble de l'équilibre. ✓ Proposer à la personne des moyens susceptibles d'améliorer l'équilibre ou de compenser les déficits.
Troubles de la marche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les causes probables, modifiables ou non en évaluant la force, l'amplitude articulaire et la marche. ✓ Proposer à la personne des moyens pour améliorer la marche.
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rendre l'environnement domiciliaire plus sécuritaire en regard des chutes. ✓ Favoriser l'adoption, par les personnes âgées concernées, de comportements sécuritaires en ce qui a trait aux chutes.

**TABLEAU 2 : OBJECTIFS VISÉS SELON LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE
AVEC BLESSURE OU POUVANT INFLUENCER LA CONDUITE ET
L'INTERVENTION**

Facteurs de risque	Objectifs
Ostéoporose	<ul style="list-style-type: none">✓ Vérifier la consommation de calcium et de vitamine D et proposer des mesures compensatoires.✓ Référer les personnes à risque d'ostéoporose pour qu'elles soient diagnostiquées et traitées.
Malnutrition	<ul style="list-style-type: none">✓ Évaluer le risque de déficience nutritionnelle.✓ Identifier les causes de la malnutrition.✓ Proposer des moyens à la personne âgée et à son entourage pour améliorer ou maintenir son état nutritionnel.

1.3 CLIENTÈLE CIBLE

La clientèle cible du programme MARCHE est constituée de toutes les personnes de 65 ans et plus ayant chuté dans les derniers six mois et nouvellement inscrites aux Services gériatriques spécialisés de l'Hôpital Jeffery Hale.

De plus, toute personne déjà inscrite dans ces services et qui tombe pourra aussi être admise dans le programme MARCHE.

Partie 2

Déroulement et étapes du programme



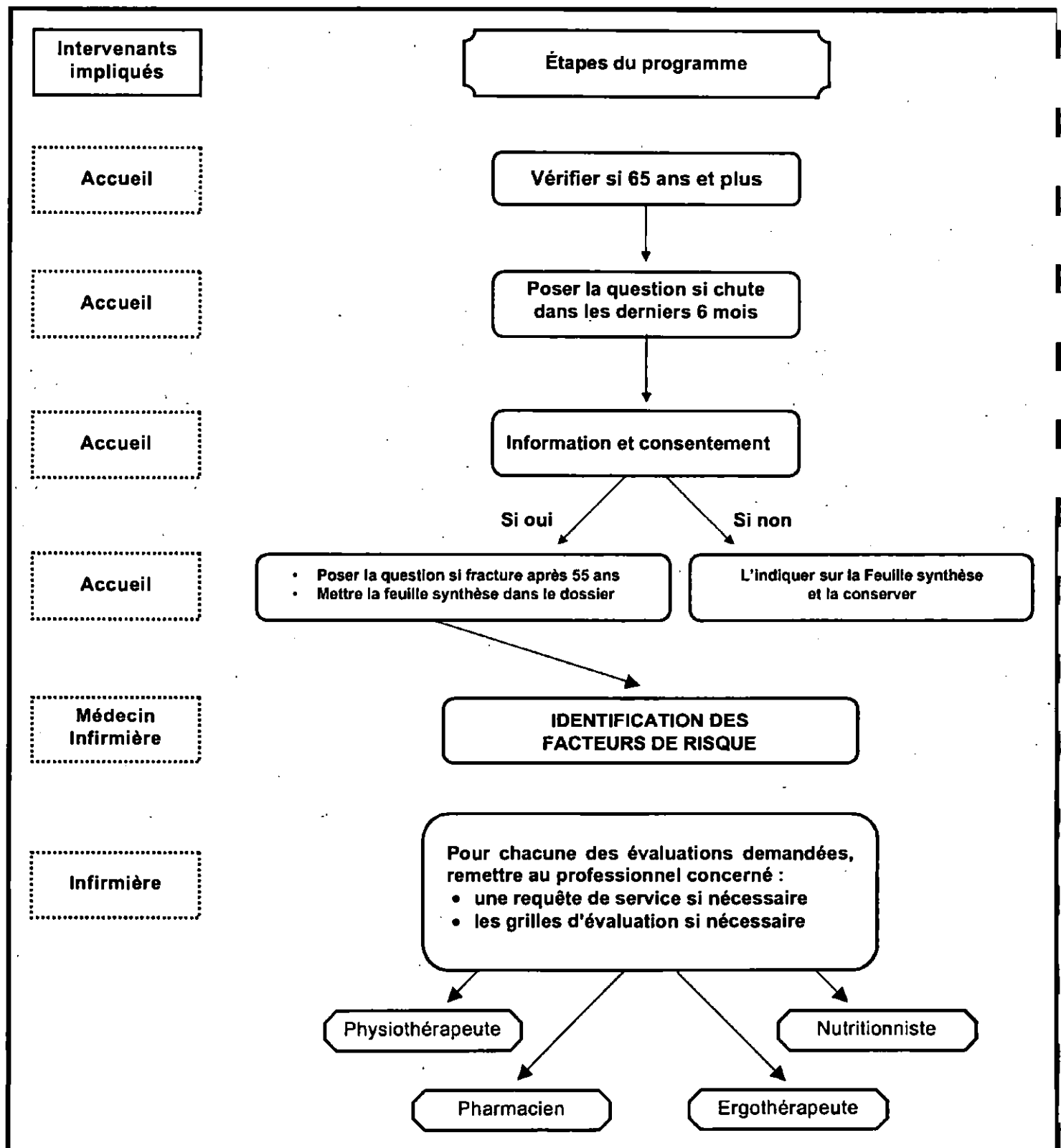
Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

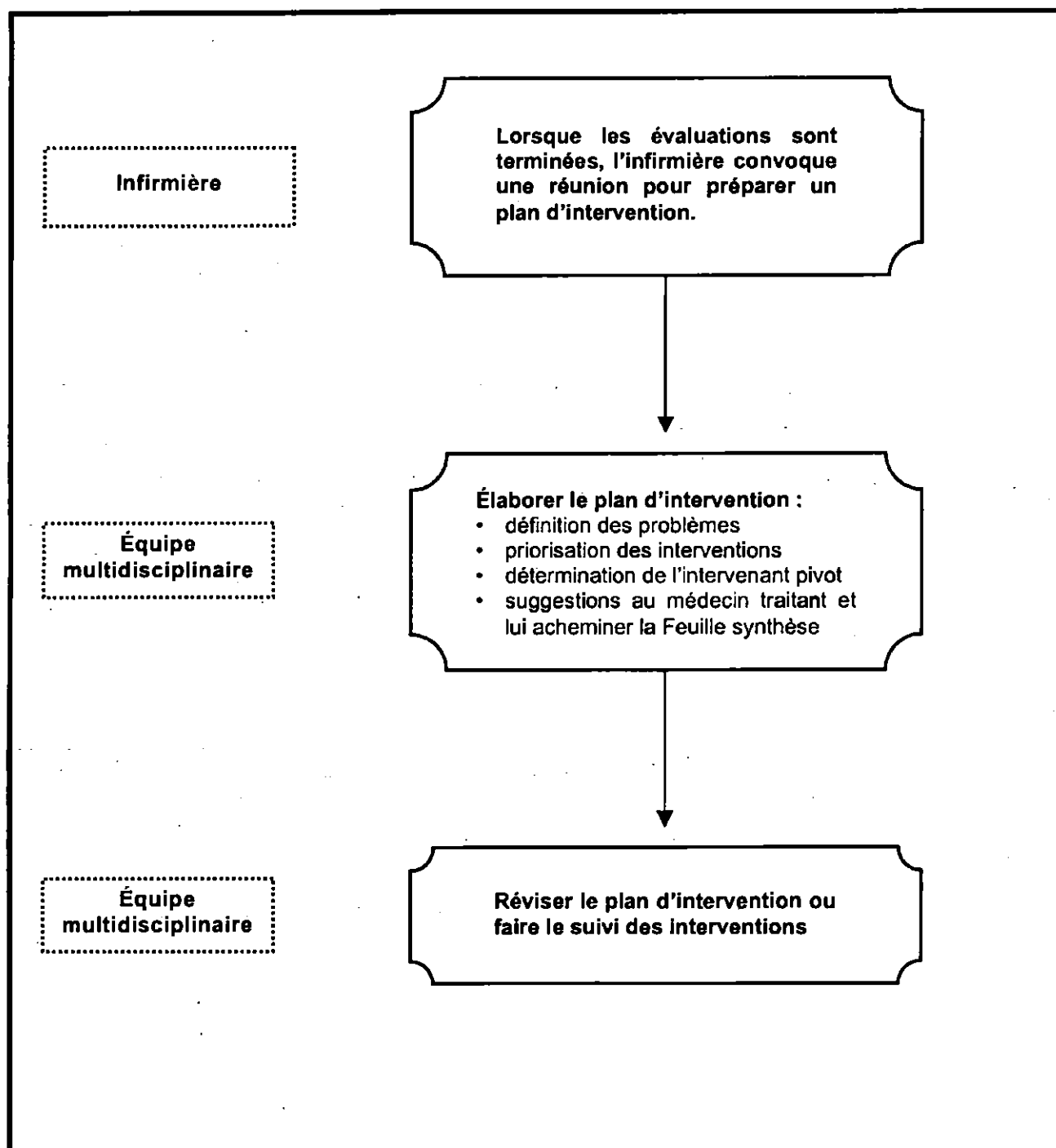
Partie 2 : Déroulement et étapes du programme

Les principales étapes du programme MARCHE sont communes à tous les milieux d'intervention. Cependant, certaines adaptations ont été faites selon les milieux, de façon à tenir compte des modes de fonctionnement et de la répartition des tâches des intervenants. La figure 1 présente les étapes du programme et les intervenants impliqués pour les Services gériatriques spécialisés de l'Hôpital Jeffery Hale.

Lors de la cueillette de données préalables à l'inscription et à l'orientation dans les services gériatriques, certaines informations seront recueillies tels la survenue d'une chute dans les derniers six mois, le consentement à une participation au programme et la présence d'une fracture depuis l'âge de 55 ans. La feuille synthèse est ensuite placée au dossier pour que les intervenants identifiés puissent rechercher les facteurs de risque de chute. L'infirmière demandera les évaluations nécessaires et convoquera les intervenants à un plan d'intervention. Une fois les interventions complétées, un suivi est fait auprès du médecin traitant, ainsi qu'une révision et un suivi du plan d'intervention.

FIGURE 1 : ÉTAPES DU PROGRAMME ET INTERVENANTS IMPLIQUÉS





Partie 3

Identification des facteurs de risque de chute

Partie 3



Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Partie 3 : Identification des facteurs de risque de chute

La partie 3 présente une séquence pour la réalisation de l'étape d'identification des facteurs de risque de chute, les formulaires développés ou retenus par le groupe de travail impliqué dans la réalisation du programme MARCHE ainsi que les procédures et l'interprétation des données recueillies lors des différentes étapes.

3.1 DÉROULEMENT SUGGÉRÉ

Une fois que l'âge de la personne a été vérifié afin de retenir plus spécifiquement les aînés (personnes de 65 ans et plus), quelques questions ont été identifiées afin de s'assurer d'une part de la pertinence de procéder à l'identification des différents facteurs de risque et d'autre part de vérifier la motivation de la personne.

A) Questions préalables à l'identification des facteurs de risque

Vérification de la pertinence :
✓ La participation au dépistage ou à l'évaluation risque-t-elle de nuire à la personne, au maintien à domicile ou à la poursuite des soins (par exemple : une personne méfiante ou agressive, etc.) ?
Information et consentement :
✓ La personne accepte-t-elle de rencontrer des professionnels tels physiothérapeute, pharmacien ou nutritionniste, pour évaluer son risque de chute et lui proposer des moyens de diminuer ces risques ?

B) Identification des facteurs de risque

Par l'accueil :

Demander à la personne si elle a subi une ou des fractures depuis l'âge de 55 ans

Par le médecin :

Compléter la Grille de dépistage des problèmes reliés à la prise de médication et liste des médicaments

Compléter le Folstein

Dire à la personne :
COLLEZ VOS PIEDS ET TENEZ LA POSITION DEBOUT 60 SECONDES
Est-elle capable de façon sécuritaire ? Non : facteur de risque présent.

Par le médecin si une évaluation en physiothérapie n'est pas prévue

Lever et marcher chronométré (TUG) :
À GO, VOUS VOUS LEVEZ, PUIS VOUS MARCHEZ À UNE VITESSE CONFORTABLE ET SÉCURITAIRE JUSQU'À LA LIGNE, VOUS TOURNEZ SUR CELLE-CI ET VOUS REVENEZ VOUS ASSEoir

Par l'infirmière :

Mesurer la tension artérielle en position couchée et debout :

- ✓ Demander à la personne de se coucher 5 minutes
- ✓ Pendant ce temps, compléter l'évaluation nutritionnelle
- ✓ Prendre la TA aux deux bras
- ✓ Faire lever et prendre la TA après une minute debout

Compléter la Grille de dépistage nutritionnel et référer si risque élevé

Effectuer le Snellen

Par l'ergothérapeute (si facteurs de risque importants) :

Évaluer l'environnement
(i.e. TUG = ou > 30 ou chute avec facteur environnemental important)

3.2 FORMULAIRES

Les pages qui suivent présentent les différents formulaires suggérés pour réaliser l'identification des facteurs de risque.

La Feuille synthèse constitue un outil pour compiler les résultats de l'étape d'identification des facteurs de risque et des évaluations, un résumé des problèmes identifiés, les interventions retenues par l'équipe interdisciplinaire lors de l'élaboration du plan d'intervention ainsi que les suggestions faites au médecin traitant. L'original de la Feuille synthèse est joint au dossier du client et une copie est acheminée au médecin traitant.

Les outils ou grilles pour l'identification des problèmes reliés à la prise de médication, de problème nutritionnel et de facteurs de risque associés à l'environnement ont été soit développés, soit adaptés par le groupe de travail. Quant au dépistage des troubles cognitifs, deux outils peuvent être utilisés. Le Folstein est l'outil standard usuel de dépistage. Le Mini-mental réduit consiste en quelques questions tirées du Folstein. Cet outil validé peut être utile parce qu'il est plus court (voir section 3.3.3).

3.2.1 FEUILLE SYNTHÈSE

Date de réception : _____

Dépisteur : _____

Médecin traitant : _____

Identification des facteurs de risque Durée :	Date	Risque Oui Non	Évaluation	Initiales	Date	Date
Antécédent de chute (moins de 6 mois) retourner au md traitant si chute grave		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Non dépisté : non motivé <input type="radio"/> contre-indiqué <input type="radio"/>			
Ostéoporose Ostéoporose connue Antécédent de fracture après 55 ans		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Évaluation en diététique <input type="radio"/> (si ostéoporose et absence de supplément de vitamine D et calcium)			
Médicaments Grille d'identification des problèmes		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Évaluation par le pharmacien <input type="radio"/> Recommandations <input type="radio"/>			
Troubles cognitifs Jour (1) Mois (3) Année (2) 100-7 ou monde [0,5 par réponse (max. 1,5)] 3 mots (0,5 par réponse) (anormal si total ≤ 7/9) ou FOLSTEIN		<input type="radio"/> <input type="radio"/> / 9 / 30	Évaluation complémentaire (ergothérapie) <input type="radio"/> PECPA2R : PECPA2R Pred :			
Trouble de l'équilibre Debout, pieds joints : _____ s (anormal si < 60 secondes)		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Évaluation en physiothérapie <input type="radio"/> Berg : Sensibilité tactile _____ Vibration _____ Proprioception _____			
Trouble de la marche Timed Up and Go (TUG) (anormal si plus de 14 s) _____ s accessoire : _____		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Évaluation en physiothérapie <input type="radio"/> Test de marche de Tinetti _____ Vitesse de marche _____ Force _____ Amplitude _____			
Hypotension orthostatique Malaise lorsque se lève oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> TA après 5 min. couché _____ et 1 min. debout _____		<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Mesures non pharmacologiques <input type="radio"/> Monitoring ambulatoire suggéré <input type="radio"/> Retour suggéré au md traitant après PI <input type="radio"/>			
Malnutrition Grille de dépistage nutritionnel (risque élevé si 12 et plus)		<input type="radio"/> <input type="radio"/> / 17	Évaluation en diététique <input type="radio"/>			
Troubles visuels SNELLEN 2 yeux + verres (vision très déficiente si ≤ 10 / 30)		<input type="radio"/> <input type="radio"/> 10 /	Retour au médecin traitant <input type="radio"/>			
Environnement Identification des facteurs de risque nombre ____ / 25			Suivi nécessaire par _____ <input type="radio"/> Référence en ergothérapie si TUG ≥ 30 <input type="radio"/>			

Date de référence pour évaluation : _____

Évaluation complétée : _____

Responsable : _____

Problèmes identifiés :

Interventions :

Suggestions :

Signature du médecin de l'équipe

Date

3.2.2 GRILLE D'IDENTIFICATION DES PROBLÈMES RELIÉS À LA PRISE DE MÉDICAMENT ET LISTE DES MÉDICAMENTS

Médecin de famille : _____ Tél. : _____

Pharmacien : _____ Tél. : _____

NOM ET DOSE DU MÉDICAMENT PRESCRIT	HORAIRE DE PRISE						1	2	3	4	5	6	7	8
	30 MIN. AVANT DÉJ.	DÉJEUNER	DÎNER	SOUPER	COUCHER	AUTRES								
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														

MÉDICAMENTS NON PRESCRITS, PRODUITS NATURELS ET VITAMINES

NOM ET DOSE DU MÉDICAMENT OU PRODUIT	HORAIRE DE PRISE						1	2	3	4	5	6	7	8
	30 MIN. AVANT DÉJ.	DÉJEUNER	DÎNER	SOUPER	COUCHER	AUTRES								
1.														
2.														
3.														
4.														

- Le client utilise un pilulier ☐ oui ☐ non
- Le client reçoit l'aide d'une personne de son entourage pour la gestion de la médication ☐ oui ☐ non
- Les renouvellements à la pharmacie sont ☐ réguliers ☐ irréguliers ☐ non vérifiés

Renseignements pertinents _____

		OUI	NON
1	Le client prend (ou devrait prendre) des médicaments de façon régulière		
2	Le client prend quatre médicaments prescrits différents et plus par jour		
3	Le client consomme un psychotrope : antidépresseur, neuroleptique, benzodiazépine (à compléter par le pharmacien)		
4	Le client doit prendre sa médication plus de deux fois par jour		
5	Le client démontre des difficultés dans la prise/gestion de sa médication (oublie, omet des doses, en prend plus que prescrit, utilise des médicaments en vente libre et des produits naturels sans avis professionnel)		
6	Le client manifeste son appréhension face à la quantité de médicaments qu'il doit prendre		
7	Le client présente un déficit cognitif		
8	Le client a été hospitalisé ou a consulté à l'urgence récemment		
	Total		

Complété par : _____ Date : _____

(remettre au pharmacien de l'établissement)

3.2.3 GRILLE DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL

IDENTIFICATION DES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE, À RISQUE DE DÉVELOPPER DES DÉFICIENCES NUTRITIONNELLES

(ces cotes suggèrent un risque de déficience, mais ne représentent pas un diagnostic)

Complétez le questionnaire avec votre client.

Pour chaque question, encerclez la cote qui correspond à la réponse.

	OUI	NON
1. Êtes-vous âgé de plus de 75 ans ?	1	0
2. Êtes-vous seul lorsque vous prenez vos repas ?	1	0
3. Avez-vous de la difficulté à faire régulièrement votre épicerie ? oui non Si oui, avez-vous de la difficulté à recevoir de l'aide pour la faire ? oui non (si oui au 2 ^e énoncé, cotez OUI)	1	0
4. Avez-vous de la difficulté à préparer vos repas ? oui non Si oui, avez-vous de la difficulté à recevoir de l'aide pour les préparer ? oui non (si oui au 2 ^e énoncé, cotez OUI)	1	0
5. Avez-vous vécu un événement important au cours de la dernière année ? (perte d'un proche, perte d'autonomie, changement de milieu de vie)	2	0
6. Avez-vous perdu, sans le vouloir, environ dix livres au cours de la dernière année ?	2	0
7. Mangez-vous moins de trois repas par jour ?	1	0
8. Mangez-vous à chaque jour ? oui non des produits céréaliers (ex. : pain, céréales, etc.) oui non des produits laitiers (ex. : lait, fromage, yogourt, etc.) oui non des fruits, des légumes oui non de la viande ou l'équivalent (ex. : bœuf, volaille, œufs, , etc.) oui non (si un des groupes est absent, cotez NON)	0	1
9. Avez-vous des difficultés à vous alimenter ? (difficulté à mastiquer, à avaler, tendance à vous étouffer, à avoir des tremblements importants, etc.)	2	0
10. Avez-vous remarqué une diminution de votre appétit au cours de la dernière année?	2	0
11. Y a-t-il des aliments que vous ne pouvez pas manger ? (dû à : douleurs abdominales, mauvaise digestion, diarrhée, allergie, diète, etc.)	1	0
12. Pour les boissons alcoolisées (incluant bière et vin), prenez-vous trois consommations ou plus par jour ?	1	0
13. Prenez-vous au moins trois médicaments différents par jour ?	1	0
Additionnez les résultats de chacune des colonnes et inscrire le pointage total		

Analyse des cotes : Les cotes suivantes facilitent l'identification des personnes pouvant présenter des risques de dénutrition

0 à 3 points :	Aucun risque de déficiences nutritionnelles actuellement
4 à 6 points :	Risque léger de développer des déficiences nutritionnelles
Action suggérée :	Référence pour conseils alimentaires et stimulation
<hr/> <hr/> <hr/>	
7 à 11 points :	Risque modéré de développer des déficiences nutritionnelles
Action suggérée :	Dosage de l'albumine sérique et formule sanguine complète (FSC) Référence en diététique pour investigation plus complète
<hr/> <hr/> <hr/>	
12 points et plus :	Risque élevé de développer des déficiences nutritionnelles
Action suggérée :	Évaluation nutritionnelle complète à effectuer Dosage de l'albumine, des protéines, FSC, bilan des électrolytes, acide folique érythrocytaire et vitamine B ₁₂
<hr/> <hr/> <hr/>	

Complété par : _____

Date : _____

Ont collaboré à l'élaboration de cette grille :

Célyne F. Blackburn, dt.p.

Lise Boiteau, dt.p.

Anne Fortin, dt.p.

Solange Mathieu-Landry, dt.p.

Hélène Poitras, dt.p.

Danielle Ruel, dt.p.

Lucie Turcotte, dt.p.

Conçu et réalisé par les diététistes du
groupe de travail – L'identification du
problème nutritionnel
Comité géronto-nutrition, section Québec
Mai 1994, révisé avril 1995
Information : Célyne F. Blackburn

3.2.4a) EXAMEN DE FOLSTEIN SUR L'ÉTAT MENTAL

Nom de l'établissement _____

A) Orientation		COTE MAXIMALE	COTE DU SUJET
Demander au sujet :			
1- Quel est	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> l'année </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> le mois </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> le jour </div> <div style="text-align: center;"> D L M Me J V S le jour de la semaine </div> </div> <div style="margin-top: 5px;"> La saison : printemps <input type="checkbox"/> été <input type="checkbox"/> automne <input type="checkbox"/> hiver <input type="checkbox"/> </div>	5	()
2- Où sommes-nous	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> Province </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> Pays </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 2px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> Ville, village </div> <div style="width: 45%;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> Lieu (hôpital, cabinet, maison, etc.) </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 2px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> Étage </div>	5	()
B) Enregistrement			
3- Mentionner un des groupes de 3 mots suivants; prendre une seconde pour prononcer chaque mot :			
chemise, bleu, honnêteté () ou chaussure, brun, modestie () ou chandail, blanc, charité ()		3	()
Par la suite, demander au sujet de répéter les 3 mots choisis. Donner 1 point pour chaque bonne réponse au 1 ^{er} essai. Répéter l'exercice jusqu'à ce que le sujet retienne les 3 mots. Compter le nombre d'essais et le noter. Pour information seulement.			
Nombre d'essais : _____			
C) Attention et calcul (cocher l'un ou l'autre test)			
4- <input type="checkbox"/> Demander au sujet de faire la soustraction par intervalles de 7 à partir de 100 :			
100 - 7 = () 93 - 7 = () 86 - 7 = () 79 - 7 = () 72 - 7 = () 65.		5	
OU Donner 1 point pour chaque bonne réponse.			
<input type="checkbox"/> Demander au sujet d'épeler le mot « MONDE » à l'envers. (EDNOM) : _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(écrire les lettres)</div>			
D) Rétention mnésique			
5- Demander au sujet de répéter les 3 mots déjà mentionnés :		chemise, bleu, honnêteté () ou chaussure, brun, modestie () ou chandail, blanc, charité ()	
		3	()
E) Langage			
6- Montrer au sujet un crayon () une montre () et lui demander de nommer l'objet.		2	()
7- Demander au sujet de répéter la phrase suivante : « Pas de si ni de mais ».		1	()
8- Demander au sujet d'obéir à un ordre en 3 temps : « Prenez ce papier de la main droite ou gauche, pliez-le en deux et redonnez-le moi ».		3	()
N.B. : Demander au sujet droitier de prendre de la main gauche et vice versa. Prendre garde de tendre la main; éviter les indices non-verbaux.			

Traduction et adaptation française non validées du « Mini-Mental State » de Folstein, M.F., Folstein, S.E., Mc Hugh, P.R. : « Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician », J. Psychiatr Res, 12 : 189-198, 1975, à partir des travaux du centre de gériatrie Hôpital d'Youville Sherbrooke de Québec.

E) Langage (suite)

COTE
MAXIMALE COTE
DU SUJET

9- Demander au sujet de lire et de suivre l'instruction suivante : « **FERMEZ VOS YEUX** »

1 ()

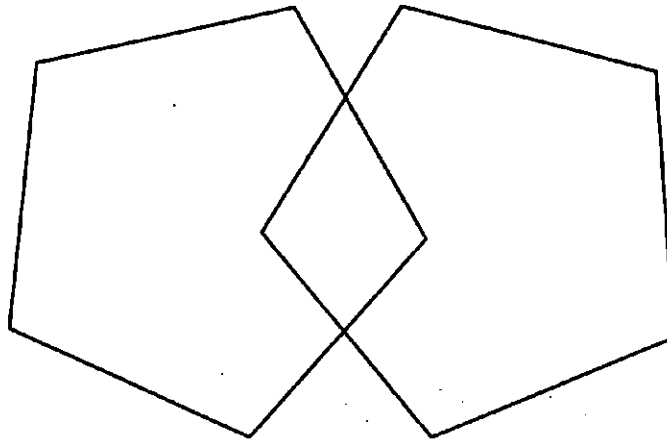
10- Demander au sujet d'écrire une phrase : _____

1 ()

(sujet, verbe, sans égard aux fautes)

F) Praxie de construction

11- Demander au sujet de copier le dessin suivant :



1 ()

COTE MAXIMALE : 30

COTE DU SUJET : _____

Interprétation des scores :

Un score de moins de 24 points à l'examen de Folstein sur l'état mental détermine une altération des fonctions cognitives.

Ce test ne permet cependant pas de faire un diagnostic étiologique.

Nombre d'années de scolarité du sujet : _____

Évaluer le niveau de conscience du sujet : vigilant ☐ somnolent ☐

En cas d'incapacité du sujet à être évalué, spécifier : _____

Indiquer les conditions ayant pu influencer l'évaluation _____

Date | _____ |
Année Mois Jour

Signature _____

**3.2.4b) QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION
DES TROUBLES COGNITIFS
(MINI-MENTAL RÉDUIT)***

Questions	Cotations	Résultats
Quel est le jour de la semaine ?	Donner 1 point pour la bonne réponse sinon 0	/1
Dans quel mois de l'année sommes-nous ?	Donner 3 points pour la bonne réponse sinon 0	/3
En quelle année sommes-nous ?	Donner 2 points pour la bonne réponse sinon 0	/2
<ul style="list-style-type: none"> • Je vais vous dire trois mots ; répétez-les après moi : chandail, blanc, charité (si la personne est incapable, lui redire les trois mots jusqu'à ce qu'elle soit capable de les répéter pour un maximum de trois fois). • Retenez ces trois mots, je vais vous les redemander plus tard. 		
Soustraire 100 – 7 (lorsque la personne se trompe, elle doit continuer à soustraire 7 à partir de sa fausse réponse pour un maximum de trois soustractions) (100-7= 93-7 =86-7=79) Si elle ne réussit pas les trois soustractions, lui demander d'épeler le mot monde à l'envers (ednom)	Donner 0,5 point par bonne soustraction (maximum 1,5 point). Donner 0,5 point pour chaque bonne lettre épelée dans le bon ordre, arrêter de compter lorsqu'il y a erreur (maximum 1,5 point). Le pointage final sera le meilleur des deux tests.	/1,5
Nommer les trois mots retenus (ne pas donner d'indice)	Donner 0,5 point par bonne réponse (maximum 1,5 point)	/1,5
	Total des points	/9

Un total de 7 et moins sur 9 laisse suspecter un trouble cognitif.

Complété par : _____ **Date :** _____

* Adaptation à partir de : Klein L.E. et al. Diagnosing Dementia Univariate and Multivariate Analyses of the Mental Status Examination. J Am Geriatr Soc 33 : 483,1985.

3.2.5 GRILLE D'IDENTIFICATION DU RISQUE DE CHUTE ASSOCIÉ À L'ENVIRONNEMENT

RISQUES DE CHUTE		Évaluation		Réévaluation	
		Date		Date	
	Présence	Oui	Non	Oui	Non
CUISINE					
1. Aires de déplacement encombrées					
2. Présence de carpe(s)					
3. Armoires non accessibles					
4. Revêtement glissant au sol					
SALON					
5. Aires de déplacement encombrées					
6. Présence de carpe(s)					
7. Absence d'un interrupteur					
CHAMBRE DE LA PERSONNE					
8. Aires de déplacement encombrées					
9. Présence de carpe(s)					
10. Absence d'un interrupteur					
11. Hauteur inadéquate du lit					
CORRIDOR (trajet de la chambre à la salle de bain)					
12. Aires de déplacement encombrées					
13. Présence de carpe(s)					
14. Éclairage insuffisant la nuit					
SALLE DE BAIN					
15. Aires de déplacement encombrées					
16. Présence de carpe(s)					
17. Éclairage insuffisant la nuit					
18. Baignoire non standard (bain podium, cabine de douche, etc.)					
19. Fond de la baignoire glissant (absence de tapis antidérapant)					
20. Sortie de la baignoire glissante (absence de tapis antidérapant)					
21. Absence de barres d'appui pour baignoire					
22. Revêtement glissant au sol					
ESCALIER INTÉRIEUR (s'il y a lieu)					
23. Aires de déplacement encombrées					
24. Présence d'un tapis non fixé aux marches (s'il y a lieu)					
25. Absence de mains courantes bilatérales					
Total des risques de chute					

Habitudes de vie ou autres facteurs associés aux chutes (vêtements, chaussures, seuils de porte, escaliers extérieurs, etc.).

Évaluation complétée par :

Réévaluation complétée par :

3.3 PROCÉDURES ET INTERPRÉTATIONS DES ÉTAPES

Les pages qui suivent fournissent les informations nécessaires pour procéder à l'identification et l'interprétation des résultats sur les facteurs de risque suivants :

- ✓ l'utilisation des médicaments ;
- ✓ l'hypotension orthostatique ;
- ✓ les troubles cognitifs ;
- ✓ l'équilibre ;
- ✓ la marche ;
- ✓ les troubles visuels ;
- ✓ l'environnement domiciliaire.

L'interprétation des résultats au dépistage nutritionnel est présentée au point 3.2.3 - Analyse des cotes.

3.3.1 Utilisation des médicaments

Selon des données du *Health Care Finance Administration* (Vernon, 1994), les personnes âgées à domicile consommaient une moyenne de 12 à 15 médicaments prescrits ou non par jour. Le nombre de médicaments est clairement identifié comme facteur de risque de chute, d'effets indésirables et de non-adhésion. Une étude prospective (Tinetti *et al.*, 1988) rapporte une augmentation du risque de chute avec une augmentation du nombre total de médicaments. Une revue de la littérature et une méta-analyse (Leipzig *et al.*, 1999) a démontré, elle aussi, une augmentation du risque de chute avec la prise de trois médicaments et plus, que ce soit des psychotropes, des médicaments cardiaques ou des analgésiques.

✓ **Procédure (mettre la personne à l'aise en lui disant que vous savez que ce n'est pas toujours facile de prendre des médicaments) :**

- ▶ Évaluer la consommation réelle de médicaments :
 - noter tous les médicaments prescrits, en vente libre, produits naturels et vitamines (ne pas oublier les gouttes pour les yeux, les timbrés transdermiques, les inhalateurs, les vaporisateurs nasaux, les médicaments injectables, etc.) ainsi que l'horaire de la prise ;
 - évaluer l'adhésion aux traitements (si un appel est fait à la pharmacie, vérifier la régularité des renouvellements) :
 - vous arrive-t-il d'oublier de prendre des doses de médicaments ?
 - vous arrive-t-il de prendre des doses supplémentaires ou de quelqu'un d'autre ?
 - comment faites-vous pour ne pas oublier de prendre vos médicaments (utilisation adéquate d'un pilulier) ?
 - quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre vos médicaments ?
 - si vous vous sentez mal après avoir pris vos médicaments, cessez-vous de les prendre ?
- ▶ Compléter la grille d'identification des facteurs de risque.
- ▶ Acheminer une copie de toutes la grille au pharmacien qui établira la pertinence d'une évaluation et les priorités d'intervention en fonction des facteurs de risque identifiés.

✓ **Interprétation :**

- ▶ Dans le cadre du programme MARCHE, le pharmacien peut, suite à son évaluation de la médication, demander d'effectuer une prise de tension artérielle en position couchée et debout.

3.3.2 Hypotension orthostatique : prise de tension en position couchée et debout

La présence de l'hypotension orthostatique varie d'une journée à l'autre chez un même individu. De plus, la chute de tension après un changement de position peut se produire jusqu'à trente minutes plus tard (Streeten et Anderson, 1992). Par ailleurs, il y a une corrélation plus ou moins grande entre la diminution de la tension et les symptômes associés à une diminution de la perfusion cérébrale : par exemple, des patients avec une hypoperfusion cérébrale peuvent ne pas avoir d'hypotension posturale significative. De plus, le temps de la journée, le nombre d'heures après les repas, la durée de la position couchée avant le lever et la position du bras peuvent probablement tous influencer la tension artérielle (Mader, 1989).

En général, le dépistage de l'hypotension orthostatique est considéré positif si on observe une réduction de la pression systolique de 20 mmHg ou de la diastolique de 10 mmHg dans les trois minutes après s'être levé, et ce, après cinq minutes en position couchée (Hale, 1999). Cependant, dans un but de dépistage, une lecture après une minute peut être suffisante et selon l'histoire clinique, une autre prise peut être faite après trois et cinq minutes (Mader, 1998).

✓ **Installation et procédure :**

- ▶ Faire coucher la personne cinq minutes.
- ▶ Prendre la tension artérielle aux deux bras, garder le brassard du côté de la pression la plus élevée.
- ▶ Lui demander de se lever debout.
- ▶ S'assurer de se tenir près de la personne au cas où elle tomberait.
- ▶ Quand la personne est en station debout, prendre la tension artérielle après une minute.
- ▶ Si la personne présente des étourdissements ou autres symptômes, prendre à nouveau la tension artérielle à trois et cinq minutes ou plus, dépendamment des symptômes.
- ▶ Noter dans le dossier s'il y a présence de symptômes.

✓ **Interprétation :**

- ▶ Il y a hypotension orthostatique lorsqu'il y a une réduction de la pression systolique de 20 mmHg ou de la diastolique de 10 mmHg.
- ▶ Il y a hypoperfusion cérébrale posturale s'il y a présence de symptômes sans changement significatif de la tension artérielle.
- ▶ Dans le cadre du programme MARCHE, le médecin sera informé de la présence de ce problème et des suggestions concernant la médication seront suggérées par le biais de la Feuille synthèse.

3.3.3 Troubles cognitifs : Mini-mental réduit

Certains auteurs ont tenté de raccourcir le test qui est le plus couramment utilisé pour identifier des problèmes cognitifs chez les personnes âgées, soit le test du Mini-mental (Folstein *et al.*, 1975). Ils ont étudié la relation entre chacun des items de ce test et la gravité de la démence. Par exemple, la spécificité des cinq questions d'orientation temporelle est de 91 %, mais la sensibilité est faible, soit 56 %, particulièrement chez les patients atteints de démence légère. À l'inverse, les soustractions (100-7) ou l'épellation du mot monde à l'envers et la rétention mnésique sont sensibles, mais peu spécifiques. Dans ce contexte, un outil composé de ces divers éléments a été proposé et c'est celui-ci que nous avons retenu. Il ne s'agit pas d'un outil de diagnostic de la démence, mais d'un test de dépistage rapide. Sa sensibilité est de 89 % et sa spécificité de 78 % (Klein *et al.*, 1985).

✓ **Installation :**

- ▶ S'assurer que le sujet est confortable.
- ▶ Essayer de diminuer les éléments qui pourraient le distraire (par exemple, éteindre la radio et la télévision).
- ▶ Favoriser la communication en s'adressant directement au sujet, en se plaçant de façon à ce qu'il puisse voir votre visage.
- ▶ Si le sujet possède un appareil auditif, lui demander de l'utiliser.

✓ **Procédure :**

- ▶ Demander à la personne d'effectuer les tâches telles que décrites dans le questionnaire.
- ▶ Additionner les points obtenus et les inscrire sur la Feuille synthèse.

✓ **Interprétation :**

- ▶ Un total de sept points ou moins sur neuf identifie une possibilité de trouble cognitif. Cela ne signifie pas que la personne est atteinte de démence, mais cela incite à une investigation plus poussée.
- ▶ Dans le cadre du programme MARCHE, le médecin sera informé si une atteinte cognitive est suspectée chez son client.

3.3.4 Troubles de l'équilibre : Debout, pieds joints

Les critères qui ont guidé le choix des tests pour identifier les personnes ayant des troubles de marche et d'équilibre furent les suivants : le test devait être de courte durée puisqu'il sera inclus dans un ensemble de tests de dépistage, être facile à utiliser à domicile par un intervenant de la santé et, si possible, avoir été validé pour permettre l'identification des personnes qui chutent.

Le groupe de travail composé de trois physiothérapeutes et d'un médecin a choisi le test d'équilibre : Debout, pieds joints pendant 60 secondes.

Le seul test rapide pour évaluer l'équilibre est le *Functionnal Reach*. Il n'a pas été retenu en raison de sa variabilité s'il n'est pas effectué avec rigueur. L'équilibre Debout, pieds joints pendant 60 secondes n'a pas été validé isolément. Cependant, il fait partie de l'échelle de Berg et cet élément de l'échelle est rapide et simple. L'échelle de Berg a été validée, sa sensibilité est de 64 % pour dépister les personnes qui tombent et sa spécificité est de 90 % (Berg et al., 1989 ; Riddle et Stratford, 1999).

- ✓ **But :** ce test vise à évaluer l'équilibre (mesure la stabilité statique avec une base réduite). Il consiste à vérifier la capacité d'un sujet à prendre la station debout pieds joints et à maintenir la position 60 secondes sans perdre l'équilibre.
- ✓ **Matériel :** chronomètre.
- ✓ **Installation :**
 - ▶ Expliquer la procédure au sujet avant de débiter le test.
 - ▶ Le sujet devra se placer debout dos à une chaise sans y toucher.
- ✓ **Procédure :**
 - ▶ Le dépisteur doit se tenir face au sujet de façon à prévenir une éventuelle chute.
 - ▶ Si le sujet est incapable de coller ses pieds ensemble pour des raisons anatomiques (par exemple en raison de déformations aux genoux, d'obésité ou autres), faire le test avec la base la plus réduite et le noter sur la Feuille synthèse.
 - ▶ Chronométrez le temps dès que les pieds sont joints jusqu'à 60 secondes ou jusqu'à ce que les pieds se déplacent par déséquilibre.
 - ▶ Si le sujet refuse parce qu'il craint de perdre l'équilibre ou de tomber, il échoue le test.
 - ▶ Le sujet échoue le test après trois essais infructueux s'il est incapable de coller ses pieds sans perdre l'équilibre.
- ✓ **Instruction à donner :**
 - ▶ *COLLEZ VOS PIEDS ET TENEZ LA POSITION DEBOUT 60 SECONDES, SANS PRENDRE APPUI.*
- ✓ **Interprétation :**

Dans le cadre du programme MARCHE, les personnes ayant chuté dans les derniers six mois et qui ne sont pas capables de se tenir debout pieds joints pendant 60 secondes, seront référées en physiothérapie.

3.3.5 Troubles de la marche : Lever et marcher chronométré (test Timed Up and Go)

Le Lever et marcher chronométré est rapide, relativement simple et a été bien étudié (Podsiadlo et Richardson, 1991). La sensibilité et la spécificité en regard des chutes sont de 87 % (Shumway-Cook et al., 2000).

- ✓ **But :** ce test vise à vérifier la mobilité fonctionnelle de base de la personne âgée en perte d'autonomie. Le test Timed Up and Go (TUG) consiste à chronométrer un sujet lorsqu'il se lève d'une chaise, marche trois mètres, tourne et revient s'asseoir dans la même position.
- ✓ **Matériel :**
 - ▶ Chronomètre, corde de trois mètres, ruban à gommer.
 - ▶ Chaise avec appuis-bras (si absence d'appuis-bras, le mentionner sur la Feuille synthèse).
- ✓ **Installation :**
 - ▶ Choisir un espace d'au moins cinq mètres de long sans obstacle.
 - ▶ Placer l'extrémité de la corde sous le milieu du pied du sujet et identifier avec un ruban l'autre extrémité trois mètres plus loin.
- ✓ **Procédure :**
 - ▶ Le sujet porte ses chaussures habituelles. Il utilise un accessoire de marche si nécessaire.
 - ▶ On ne lui donne aucune assistance physique.
 - ▶ Au début du test, le sujet est assis avec le dos appuyé au dossier de la chaise (hauteur moyenne du siège : 46 cm), les mains sont sur les appuis-bras (hauteur moyenne : 64 cm) et son accessoire de marche est à portée de la main.
 - ▶ Suivre le sujet de près durant tout le parcours afin d'éviter une chute.
 - ▶ Le temps chronométré débute à go et s'arrête lorsque le sujet est assis dans la position de départ.
 - ▶ Aucun encouragement n'est fourni lors du test.
 - ▶ Répéter le test deux fois en plus du test d'essai.
 - ▶ Inscrivez le meilleur temps sur la Feuille synthèse.
- ✓ **Instructions à donner :**
 - ▶ *À GO, VOUS VOUS LEVEZ, PUIS VOUS MARCHEZ À UNE VITESSE CONFORTABLE ET SÉCURITAIRE JUSQU'À LA LIGNE, VOUS TOURNEZ SUR CELLE-CI ET VOUS REVENEZ VOUS ASSEOIR.*
 - ▶ Le sujet fait le test une fois avant d'être chronométré, et ce, afin de se familiariser avec la procédure.
- ✓ **Interprétation :**
 - ▶ Dans le cadre du programme MARCHE, les personnes ayant chuté dans les derniers six mois, qui exécutent le test en plus de quatorze secondes, seront référées en physiothérapie.

3.3.6 Troubles visuels : Snellen

Plusieurs études ont montré qu'une perte d'acuité visuelle pour la vision éloignée est un facteur de risque pour les chutes (Ivers, 1998 ; Nevitt *et al.*, 1989 et Lord et Dayhew, 2001). Plusieurs éléments de la vision sont associés au risque de chute, particulièrement la perte de la perception des profondeurs, une différence d'acuité entre les deux yeux ou la difficulté à voir les contrastes. Cependant, ces éléments sont difficilement identifiables dans un contexte de dépistage. Nous avons donc choisi l'outil standard d'évaluation de l'acuité visuelle, l'optotype de Snellen.

- ✓ **But :** vérifier si l'acuité visuelle des deux yeux avec la correction habituelle est déficiente.
- ✓ **Matériel :** échelle de Snellen dix pieds.
- ✓ **Installation :**
 - ▶ Placer le sujet à dix pieds (trois mètres) de l'échelle ; celle-ci doit être installée à la hauteur des yeux dans un endroit bien éclairé. Le sujet doit mettre les verres qu'il utilise habituellement (excluant les verres utilisés uniquement pour la lecture).
 - ▶ En commençant par les lettres les plus volumineuses situées en haut de l'échelle, demander au sujet d'identifier les lettres et de les nommer. La cotation à inscrire sur la Feuille synthèse est située à l'extrémité de la dernière ligne que la personne réussit à lire entièrement.
 - ▶ Si le sujet a de la difficulté à lire les premières lettres, vérifier si les difficultés sont reliées à de l'analphabétisme en essayant avec l'échelle des E (l'échelle des E s'utilise selon le même principe sauf que le sujet doit indiquer dans quelle direction se dirigent les pattes du E avec les doigts ou verbalement.)
 - ▶ Si, malgré tout, le sujet est incapable de lire, se placer à un mètre de lui et lui demander de compter le nombre de doigts qu'il voit.
- ✓ **Interprétation :**
 - ▶ L'acuité visuelle est mesurée par deux chiffres. Le numérateur représente la distance entre le patient et l'échelle. Le dénominateur représente la plus petite ligne que le patient peut lire entièrement.
Par exemple :
 - 10/30 signifie que le patient est capable de lire à dix pieds ce qu'un œil normal peut lire à 30 pieds.
 - 10/10 est considéré comme normal pour un adulte.

Il est important de se rappeler que la mesure de l'acuité visuelle, telle que proposée, n'est qu'un test de dépistage. Ce test n'évalue pas d'autres éléments qui peuvent augmenter le risque de chute comme la vision périphérique, la perception de la profondeur et des contrastes. Une acuité visuelle des deux yeux de 10/30 (équivalent à 20/60) ou moins n'est pas suffisante pour conduire ou pour regarder la télévision.

Dans le cadre du programme MARCHE, un résultat 10/30 ou moins, par exemple 10/60 devra être amené au plan d'intervention où une décision sera prise à l'aide de l'outil présenté à la page 59.

3.3.7 Environnement domiciliaire

✓ Procédure :

➤ 1^{RE} ÉTAPE : CUISINE

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée dans la cuisine pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 1) **Aires de déplacement encombrées** : vérifier la présence d'objets au sol, de fils électriques, de fils de téléphone ou de meubles qui peuvent nuire au déplacement. Vérifier également si ces obstacles nuisent à l'accès aux armoires, au poêle, au réfrigérateur, à l'évier ou à la fenêtre.
- 2) **Présence de carpe(s)** : vérifier la présence de petits tapis.
- 3) **Armoires non accessibles** : vérifier la présence d'armoires nécessitant l'usage d'un escabeau, d'un tabouret ou d'un autre type d'accessoire pour y accéder. Demander à la personne âgée si elle utilise un escabeau, un tabouret ou tout autre type d'accessoire pour atteindre des objets dans les armoires.
- 4) **Revêtement glissant au sol** : vérifier si la surface du plancher est glissante (plancher de bois franc bien verni, linoléum bien ciré, etc.)

➤ 2^E ÉTAPE : SALON

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée dans le salon pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 5) **Aires de déplacement encombrées** : vérifier la présence d'objets au sol, de fils électriques, de fils de téléphone ou de meubles qui peuvent nuire au déplacement. Vérifier également si ces obstacles nuisent à l'accès au téléviseur, au système de son, à une lampe ou aux fenêtres.
- 6) **Présence de carpe(s)** : vérifier la présence de petits tapis.
- 7) **Absence d'un interrupteur** : vérifier la présence d'un interrupteur à l'entrée du salon. L'absence d'interrupteur constitue un risque de chute.

➤ 3^E ÉTAPE : CHAMBRE DE LA PERSONNE

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée dans la chambre pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 8) **Aires de déplacement encombrées** : vérifier la présence d'objets au sol, de fils électriques, de fils de téléphone ou de meubles qui peuvent nuire au déplacement. Vérifier également si ces obstacles nuisent à l'accès à la garde-robe, au lit, au bureau ou à la fenêtre.

- 9) **Présence de carpe(s)** : vérifier la présence de petits tapis.
- 10) **Absence d'un interrupteur** : vérifier la présence d'un interrupteur à l'entrée de la chambre. L'absence d'interrupteur constitue un risque de chute.
- 11) **Hauteur inadéquate du lit** : si possible, faire asseoir la personne âgée sur le rebord de son lit. La hauteur adéquate du lit correspond à un angle d'environ 90 degrés au niveau des hanches et des genoux lorsque les pieds sont à plat au sol. S'il est impossible de vérifier de cette façon, mesurer la hauteur du lit : la normale se situe autour de 45 cm (17 ¾ pouces). Un lit trop haut ou trop bas peut entraîner une chute.

➤ **4^e ÉTAPE : CORRIDOR (TRAJET DE LA CHAMBRE À LA SALLE DE BAIN)**

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée de la chambre jusqu'à l'entrée de la salle de bain pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 12) **Aires de déplacement encombrées** : vérifier la présence d'objets au sol, de fils électriques, de fils de téléphone ou de meubles qui peuvent nuire au déplacement.
- 13) **Présence de carpe(s)** : vérifier la présence de petits tapis.
- 14) **Éclairage insuffisant la nuit** : vérifier la présence d'une veilleuse ou d'une autre source lumineuse qui assure la sécurité des déplacements la nuit. Le manque d'éclairage constitue un risque de chute.

➤ **5^e ÉTAPE : SALLE DE BAIN**

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée dans la salle de bain pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 15) **Aires de déplacement encombrées** : vérifier la présence d'objets qui peuvent nuire au déplacement. Vérifier également si ces obstacles nuisent à l'accès au bain, à la toilette, au lavabo ou à la fenêtre.
- 16) **Présence de carpe(s)** : vérifier la présence de petits tapis au sol.
- 17) **Éclairage insuffisant la nuit** : vérifier si l'éclairage est suffisant pour assurer la sécurité des déplacements la nuit. Le manque d'éclairage constitue un risque de chute.
- 18) **Baignoire non standard** : vérifier si la baignoire est non standard, c'est-à-dire présence d'un bain podium, d'un bain sur pattes, d'une cabine de douche, d'un bain tourbillon ou d'un bain avec des portes coulissantes.
- 19) **Fond de la baignoire glissant** : vérifier la présence d'une surface antidérapante dans le fond de la baignoire ou l'utilisation d'un tapis antidérapant pour le bain. L'absence de surface antidérapante augmente les risques de chute.

- 20) **Sortie de la baignoire glissante** : vérifier la présence d'un tapis antidérapant à la sortie du bain. La non-utilisation d'une surface antidérapante correspond à un risque de chute.
- 21) **Absence de barres d'appui pour la baignoire** : vérifier si deux barres d'appui chromées et striées sont fixées solidement au mur (voir fiches techniques pages FT 28, FT 29). L'absence de barres d'appui augmente le risque de chute.
- 22) **Revêtement glissant au sol** : vérifier si la surface du plancher est glissante (plancher ciré, présence de liquide au sol, etc.).

➤ **6^E ÉTAPE : ESCALIERS INTÉRIEURS (S'IL Y A LIEU)**

L'évaluateur se déplace, si possible, avec la personne âgée dans les escaliers intérieurs (si elle les utilise) pour observer les risques de chute reliés à l'environnement :

- 23) **Aires de déplacements encombrées** : vérifier la présence d'objets au sol ou sur les marches qui pourraient nuire à l'accès à l'escalier ou à son usage.
- 24) **Présence d'un tapis non fixé aux marches (s'il y a lieu)** : vérifier si le tapis dans l'escalier est bien fixé aux marches.
- 25) **Absence de mains courantes bilatérales** : vérifier la présence de deux mains courantes qui se prolongent après la première et la dernière marche.

✓ **Suivi**

Dans le cadre du programme MARCHE, des fiches techniques sont remises à la personne pour éliminer les risques de chute identifiés. Une référence en ergothérapie peut aussi être faite si la baignoire n'est pas standard et que la personne présente des difficultés à prendre son bain.

Partie 4

Évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre

Partie 4



Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Partie 4 : Évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre

L'évaluation des troubles de la marche et de l'équilibre est très importante dans le cadre d'un programme de prévention des chutes. Les épreuves présentées dans les pages suivantes ont été choisies par le groupe de travail comme étant les plus valides dans le contexte d'évaluation de la marche et de l'équilibre :

- ✓ lever et marcher chronométré (Timed Up and Go [TUG]) (voir page 35) ;
- ✓ vitesse de marche sur 5 ou 10 mètres en vitesse confortable et maximale ;
- ✓ échelle de Berg (voir page 44) ;
- ✓ test de Marche de Tinetti (voir page 49).

En ce qui a trait à l'équilibre, les tests complémentaires suivants sont proposés :

- ✓ les sensibilités vibratoires à l'aide d'un diapason à fréquence de 128 Hz ;
- ✓ l'évaluation de la proprioception par le mouvement de flexion-extension du premier orteil de chaque pied à la vitesse de cinq degrés à la seconde ;
- ✓ la sensibilité tactile : évaluation du tact léger effectuée au niveau des pieds ;
- ✓ la vérification des amplitudes des membres inférieurs ;
- ✓ l'évaluation de la force des fléchisseurs dorsaux et plantaires de la cheville, des extenseurs du genou, des abducteurs et des extenseurs de la hanche.

4.1 ÉCHELLE DE BERG PHYSIOTHÉRAPIE

DATE : (année-mois-jour)				
HEURE :				
		Commentaires		Commentaires
1. Assis à debout				
2. Debout sans appui				
3. Assis pieds au sol				
4. Debout à assis				
5. Transferts				
6. Debout, les yeux fermés				
7. Debout, pieds joints				
8. Déplacement vers l'avant, bras étendu				
9. Ramasser objet au sol				
10. Debout, se tourner pour ...				
11. Pivoter sur place 360°				
12. Pied touche le banc				
13. Debout, pieds tandem				
14. Debout, sur une jambe				
Total :		/56		/56
Surface :				
Chaussure :				
Signature :				

ÉCHELLE DE BERG : TECHNIQUES

1. PASSER DE LA POSITION ASSISE À DEBOUT

INSTRUCTIONS : Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains

- (4) peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre
- (3) peut se lever seul avec l'aide des mains
- (2) peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives
- (1) besoin d'un peu d'aide pour se lever ou pour garder l'équilibre
- (0) besoin d'une aide modérée ou importante pour se lever

2. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI

INSTRUCTIONS : Essayez de rester debout deux minutes sans prendre appui

- (4) peut rester debout sans danger pendant 2 minutes
- (3) peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance
- (2) peut tenir debout 30 secondes sans prendre appui
- (1) doit faire plusieurs tentatives pour tenir debout 30 secondes sans prendre appui
- (0) est incapable de tenir debout 30 secondes sans l'aide de quelqu'un

3. SE TENIR ASSIS, SANS APPUI, PIEDS AU SOL OU SUR UN TABOURET

INSTRUCTIONS : Asseyez-vous les bras croisés pendant 2 minutes

- (4) peut rester assis(e) 2 minutes sans danger
- (3) peut rester assis(e) 2 minutes sous surveillance
- (2) peut rester assis(e) 30 secondes
- (1) peut rester assis(e) 10 secondes
- (0) incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes

4. PASSER DE LA POSITION DEBOUT À ASSISE

INSTRUCTIONS : Veuillez vous asseoir

- (4) peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains
- (3) contrôle la descente avec ses mains
- (2) contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise
- (1) s'assoit sans aide sans contrôler la descente
- (0) a besoin d'aide pour s'asseoir

5. TRANSFERTS (arranger les chaises pour un transfert pivot)

INSTRUCTIONS : Asseyez-vous sur le siège avec appuis-bras et ensuite sans appuis-bras.

On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans appuis-bras) ou un lit et une chaise.

- (4) exécute sans difficulté en s'aidant un peu des mains
- (3) exécute sans difficulté en s'aidant beaucoup des mains
- (2) exécute avec des instructions verbales ou avec surveillance
- (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un
- (0) a besoin de l'aide ou de surveillance de deux personnes afin d'être sécuritaire

6. SE TENIR DEBOUT LES YEUX FERMÉS

INSTRUCTIONS : Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes

- (4) peut se tenir debout sans appui pendant 10 secondes, sans danger
- (3) peut se tenir debout pendant 10 secondes sous surveillance
- (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes
- (1) incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes, mais garde l'équilibre
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber

7. SE TENIR DEBOUT LES PIEDS JOINTS

INSTRUCTIONS : Placez vos pieds ensemble

- (4) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute sans danger
- (3) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute sous surveillance
- (2) peut joindre les pieds sans aide et rester debout moins de 30 secondes
- (1) a besoin d'aide pour joindre les pieds, mais peut tenir 15 secondes
- (0) a besoin d'aide pour exécuter l'exercice et ne peut se tenir debout plus de 15 secondes

8. DÉPLACEMENT VERS L'AVANT - BRAS ÉTENDU

INSTRUCTIONS : Levez le bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant

- (4) peut se pencher sans danger, 25 cm et plus
- (3) peut se pencher sans danger, 12 cm et plus, moins que 25 cm
- (2) peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12,5 cm
- (1) peut se pencher, mais sous surveillance
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber

9. RAMASSER UN OBJET AU SOL

INSTRUCTIONS : Ramassez votre chaussure qui est devant vos pieds

- (4) peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger
- (3) peut ramasser sa chaussure, mais sous surveillance
- (2) ne peut ramasser, s'arrête de 2 à 5 cm de la chaussure et garde l'équilibre
- (1) ne peut ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance
- (0) incapable d'essayer l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber

**10. SE RETOURNER POUR REGARDER PAR-DESSUS
L'ÉPAULE GAUCHE ET L'ÉPAULE DROITE**

INSTRUCTIONS : Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche puis derrière l'épaule droite

- (4) se retourne des deux côtés ; bon déplacement du poids
- (3) se retourne d'un côté seulement, mais mauvais déplacement du poids de l'autre côté
- (2) se tourne de profil seulement en gardant son équilibre
- (1) a besoin de surveillance
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber

11. PIVOTER SUR PLACE 360°

INSTRUCTIONS : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté

- (4) peut se tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de 4 secondes
- (3) peut se tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de 4 secondes
- (2) peut se tourner 360° sans danger, mais lentement
- (1) a besoin de surveillance ou de directives verbales
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber

12. DEBOUT ET SANS SUPPORT, PLACEMENT ALTERNATIF D'UN PIED SUR UNE MARCHE OU TABOURET

INSTRUCTIONS : Placez en alternance un pied sur la marche ou un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois

- (4) peut se tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en 20 secondes
- (3) peut se tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secondes
- (2) peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance
- (1) ne peut toucher plus de 2 fois ; a besoin d'aide
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tomber ou ne peut faire l'exercice

13. SE TENIR DEBOUT SANS APPUI, UN PIED DEVANT L'AUTRE

INSTRUCTIONS : (faire une démonstration devant le sujet) Placez un pied directement devant l'autre. Si impossible, faites un grand pas (pour obtenir trois points, la longueur du pas devra dépasser la longueur de l'autre pied et l'écart entre les pieds devra être à peu près l'équivalent d'un pas normal)

- (4) est capable de placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir la position 30 secondes
- (3) peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secondes
- (2) peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secondes
- (1) a besoin d'aide à faire un pas, mais peut tenir 15 secondes
- (0) perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir debout

14. SE TENIR DEBOUT SUR UNE SEULE JAMBE

INSTRUCTIONS : Tenez-vous debout sur une seule jambe le plus longtemps possible, sans appui

- (4) peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secondes
- (3) peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secondes
- (2) peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secondes ou plus
- (1) essaie de lever une jambe, ne peut tenir plus de 3 secondes, mais reste debout sans aide
- (0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber

4.2 TEST DE MARCHE DE TINETTI

1. Initiation de la marche (immédiatement après le signal de départ) : ▪ hésitations ou plusieurs essais pour partir ▪ aucune hésitation	0 1
2. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe droite a) • ne passe pas au-delà du pied gauche • passe au-delà du pied gauche b) • le pied droit ne quitte pas complètement le plancher • le pied droit quitte complètement le plancher	0 1 0 1
3. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe gauche a) • ne passe pas au-delà du pied droit • passe au-delà du pied droit b) • le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher • le pied gauche quitte complètement le plancher	0 1 0 1
4. Symétrie des pas : ▪ longueur de pas du pied gauche et du pied droit inégale (estimer) ▪ longueur de pas du pied gauche et du pied droit semble égale	0 1
5. Continuité du pas : ▪ arrête ou fait des pas ▪ les pas semblent continus	0 1
6. Trajectoire (estimée en relation avec les tuiles du plancher, diamètre de 30 cm. Observer le trajet d'un pied sur environ 3 m de marche) : ▪ déviation marquée ▪ déviation modérée ou utilise un auxiliaire à la marche ▪ trajectoire droite sans auxiliaire à la marche	0 1 2
7. Tronc : ▪ balancement marqué ou utilise un auxiliaire à la marche ▪ pas de balancement, mais plie les genoux ou le dos ou écarte les bras lors de la marche ▪ pas de balancement, pas de flexion, pas d'écartement et pas d'auxiliaire à la marche	0 1 2
8. Position de marche : ▪ talons écartés ▪ talons se touchent presque lors de la marche	0 1
9. Tourner : ▪ chancelant, instable • discontinu, mais ne chancelle pas ou n'utilise pas de cadre de marche ou de canne ▪ stable, continu sans auxiliaire à la marche	0 1 2
10. Capable d'augmenter sa vitesse de marche (dire au sujet de marcher aussi vite qu'il le peut tout en ayant un rythme sécuritaire) : ▪ aucun ▪ un peu ▪ beaucoup	0 1 2
Total du test de marche de Tinetti =	/16

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of American geriatric Society* 1986 ; 34 : 119-126 traduit par : Raiche M, Hébert R, Prince F, Corniveau H. Validité prédictive du test de Tinetti dans le dépistage du risque de chute des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. *Revue canadienne de réadaptation* 1998 ;11(4) : 225-6.

Signature : _____ Date : _____

4.2 TEST DE MARCHÉ DE TINETTI

1. Initiation de la marche (immédiatement après le signal de départ) :	
▪ hésitations ou plusieurs essais pour partir	0
▪ aucune hésitation	1
2. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe droite	
a) ▪ ne passe pas au-delà du pied gauche	0
▪ passe au-delà du pied gauche	1
b) ▪ le pied droit ne quitte pas complètement le plancher	0
▪ le pied droit quitte complètement le plancher	1
3. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe gauche	
a) ▪ ne passe pas au-delà du pied droit	0
▪ passe au-delà du pied droit	1
b) ▪ le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher	0
▪ le pied gauche quitte complètement le plancher	1
4. Symétrie des pas :	
▪ longueur de pas du pied gauche et du pied droit inégale (estimer)	0
▪ longueur de pas du pied gauche et du pied droit semble égale	1
5. Continuité du pas :	
▪ arrête ou fait des pas	0
▪ les pas semblent continus	1
6. Trajectoire (estimée en relation avec les tuiles du plancher, diamètre de 30 cm. Observer le trajet d'un pied sur environ 3 m de marche) :	
▪ déviation marquée	0
▪ déviation modérée ou utilise un auxiliaire à la marche	1
▪ trajectoire droite sans auxiliaire à la marche	2
7. Tronc :	
▪ balancement marqué ou utilise un auxiliaire à la marche	0
▪ pas de balancement, mais plie les genoux ou le dos ou écarte les bras lors de la marche	1
▪ pas de balancement, pas de flexion, pas d'écartement et pas d'auxiliaire à la marche	2
8. Position de marche :	
▪ talons écartés	0
▪ talons se touchent presque lors de la marche	1
9. Tourner :	
▪ chancelant, instable	0
▪ discontinu, mais ne chancelle pas ou n'utilise pas de cadre de marche ou de canne	1
▪ stable, continu sans auxiliaire à la marche	2
10. Capable d'augmenter sa vitesse de marche (dire au sujet de marcher aussi vite qu'il le peut tout en ayant un rythme sécuritaire) :	
▪ aucun	0
▪ un peu	1
▪ beaucoup	2
Total du test de marche de Tinetti =	/16

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of American geriatric Society* 1986 ; 34 : 119-126 traduit par : Raïche M, Hébert R, Prince F, Corriveau H. Validité prédictive du test de Tinetti dans le dépistage du risque de chute des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. *Revue canadienne de réadaptation*. 1998 ; 11(4) : 225-6.

Signature : _____

Date : _____

Partie 5

Interventions



Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Partie 5 : Interventions

La partie 5 propose des interventions et des outils selon les facteurs de risque retrouvés lors de l'étape d'identification des facteurs de risque et de l'évaluation. Le choix des interventions selon les facteurs de risque pourra être discuté durant la rencontre de l'équipe interdisciplinaire en vue de l'élaboration du plan d'intervention.

5.1 INTERVENTIONS SELON LES FACTEURS DE RISQUE

Le tableau 3 présente des interventions pour l'ensemble des facteurs de risque de chute retenus dans le cadre du programme MARCHE.

TABEAU 3 : LES INTERVENTIONS SELON LES FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque	Interventions
Antécédent de chute (moins de 1 mois)	✓ Retourner au médecin traitant, si jugé nécessaire, pour évaluation et traitement.
Peur de chuter	✓ Mise en situation pour redonner confiance et diminuer la peur.
Troubles de l'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rééducation de l'équilibre. ✓ Enseignement d'un programme d'exercices d'équilibre, de renforcement et d'assouplissement. ✓ Renforcement par tous les intervenants des exercices à faire. ✓ Renforcement auprès des personnes âgées en leur montrant les progrès accomplis.
Troubles de la marche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entraînement à la marche (patron de la marche, endurance). ✓ Introduction d'un accessoire à la marche si nécessaire.
Hypotension orthostatique	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si l'identification des facteurs de risque est positive : <ul style="list-style-type: none"> ▶ transmettre l'information au médecin traitant pour suivi et ajustement pharmacologique ; ▶ conseiller le patient sur les mesures non pharmacologiques : exercice postural, élever la tête du lit et précaution lors du lever.
Troubles cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lors de l'élaboration du plan d'intervention : <ul style="list-style-type: none"> ▶ identifier les modifications que la présence du trouble cognitif apporte aux interventions sur les autres facteurs de risque. ✓ Auprès du médecin : <ul style="list-style-type: none"> ▶ lui transmettre les résultats de l'évaluation cognitive ; ▶ l'informer des interventions entreprises et du suivi suggéré.

Partie 5 : Interventions

5.3 OUTILS D'INTERVENTION

Les outils suivants sont proposés pour faciliter l'intervention auprès des personnes évaluées à risque de chute :

- ✓ une lettre présentant le contexte de l'intervention dans le cadre du programme est proposée. Elle pourra être jointe à la Feuille synthèse sur laquelle seront compilés les résultats des dépistages, des évaluations et les suggestions de l'équipe interdisciplinaire. Le tout sera acheminé au médecin traitant des personnes ayant été rencontrées dans le cadre du programme MARCHE ;
- ✓ des conseils pour les personnes présentant de l'hypotension orthostatique et qui pourront être remis à la personne présentant ce problème ;
- ✓ un suivi selon les résultats au test de Snellen est suggéré. Cet outil pourra être utilisé lors de la rencontre de l'équipe interdisciplinaire ;
- ✓ une feuille de recommandations qui pourra être remise à la personne âgée après le plan d'intervention ou à la fin des interventions.

Objet : Programme MARCHE

Docteur,

Dans le cadre du programme de prévention des chutes MARCHE, un de vos patients a été évalué et considéré à risque de chute. Nous vous acheminons les résultats des évaluations et des interventions réalisées auprès de celui-ci ainsi que les problèmes retrouvés.

Des suggestions pouvant contribuer à diminuer le risque de chute chez votre patient vous sont proposées. Cependant, en tant que médecin traitant, vous avez probablement des informations sur votre patient que nous ne possédons pas. Vous êtes donc le mieux placé pour décider de la pertinence de donner suite aux suggestions que nous vous faisons ou d'identifier d'autres causes ou interventions pour diminuer le risque de chute chez votre patient.

Nous sommes disponibles pour discuter avec vous et vous fournir des précisions ou des informations additionnelles.

Nous vous remercions de votre collaboration.

Signature : _____ Date : _____

L'hypotension orthostatique est une baisse de pression lors de changement de position, particulièrement de la position couchée ou assise à la position debout.

Elle est souvent associée à des étourdissements ou des faiblesses qui peuvent vous faire tomber. On vous suggérera probablement de revoir votre médecin traitant à ce sujet.

CONSEILS

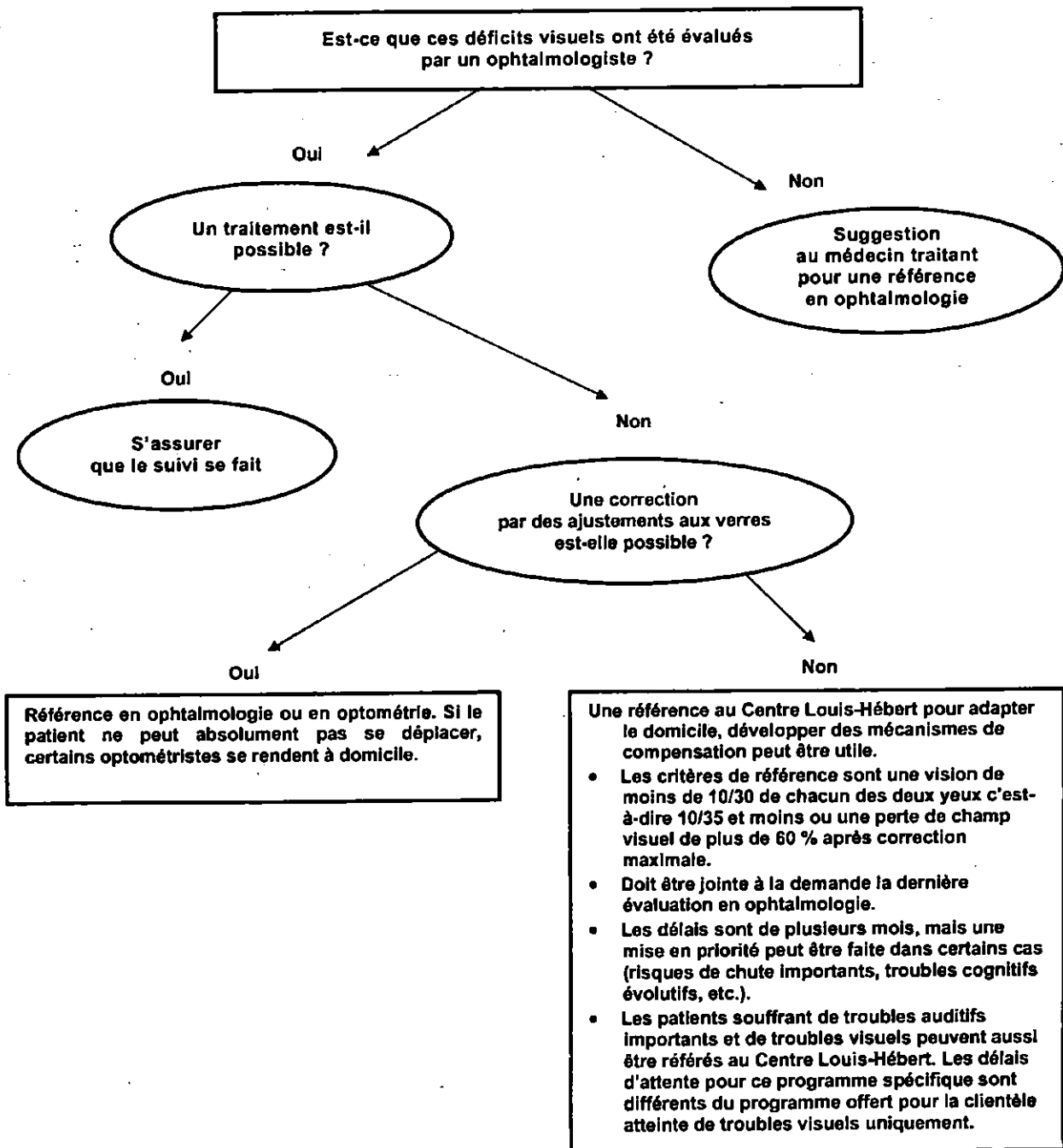
Les mesures suivantes peuvent diminuer le risque de chute :

- ✓ élever la tête du lit de 15 cm
- ✓ se lever lentement de la chaise et du lit
- ✓ s'asseoir sur le bord du lit pendant trois à quatre minutes avant de se lever
- ✓ en position assise sur le bord du lit, faire des exercices de flexion et d'extension des chevilles et d'ouverture et de fermeture des mains avant de se lever
- ✓ s'asseoir pour l'hygiène, l'habillage et la douche
- ✓ s'hydrater de façon adéquate
- ✓ éviter :
 - la station debout prolongée ;
 - des immobilisations prolongées ;
 - de travailler les bras au-dessus de la tête ;
 - des douches ou des bains chauds ;
 - des températures trop chaudes ;
 - l'alcool ;
 - la prise de médicaments sans ordonnance ou de produits naturels sans l'avis de votre médecin ou pharmacien.

SUIVI SELON LES RÉSULTATS AU TEST DE SNELLEN

Les recommandations qui suivent peuvent être utiles dans le cadre de discussions interdisciplinaires.

Elles s'appliquent si le sujet a 10/30 ou moins à la vision des deux yeux ou si le sujet a une vision de 10/30 ou moins à un œil, mais une vision des deux yeux plus grande que 10/30 (entraînant une diminution de sa vision des profondeurs, ce qui est assez fortement corrélé avec un risque de chute).



Recommandations aux personnes inscrites au programme MARCHE

Vous avez participé au programme Mobilisation auprès des aînés afin de réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire.

Afin de diminuer vos risques de chute, les professionnels de l'équipe vous recommandent de :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Date : _____

BIBLIOGRAPHIE

Bégin C *et al.* **Projet-pilote régional de prévention des chutes à domicile chez les personnes âgées. Devis d'implantation dans les CLSC.** Service de prévention et de promotion. Direction de santé publique. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, mars 2002 ; 55 p. et annexes.

Bell AJ, Talbot-Stern JK, Hennessy A. **Characteristics and Outcomes of Older Patients Presenting to the Emergency Department After a Fall : A Retrospective Analysis.** *The Medical Journal of Australia*, 2000 ; 173 : 179-182.

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams J, Gayton D. **Measuring Balance in the Elderly : Preliminary Development of an Instrument.** *Physiotherapy Canada*, 1989 ; 41 : 304-311.

Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams J, Maki B. **Measuring Balance in the Elderly ; Validation of an Instrument.** *Canadian Journal Public Health*, 1992 ; 83 : S7-S11.

Dargent-Molina P, Bréart G. **Épidémiologie des chutes et des traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées.** *Revue Épidémiologie et santé publique*, 1995 ; 43 (1) : 72-83.

Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubinstein LZ. **An In-home Preventive Assessment Program for Independent Older Adults.** *Journal of American geriatric Society*, 1994 ; 42 : 630-638.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. **«Minimental State» : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician.** *Psychiatric Ressource*, 1975 ; 12 : 189-198.

Gill TM, Williams CS, Robinson JT, Tinetti ME. **A Population-based Study of Environmental Hazards in the Homes of Older Persons.** *American Journal of Public Health*, 1999 ; 89 (4) : 553-556.

Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH. **Interventions for Preventing Falls in the Elderly.** Cochrane Review. In : The Cochrane Library, Issue 4, 1999. Oxford : Update Software.

Hale WA, Chambliss ML. **Should Primary Care Patients be Screened for Orthostatic Hypotension ?** *Journal of Family Practice*, 1999 ; 48 (7) : 547-552.

Hamel D. **Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999**. Institut national de santé publique du Québec, 2001.

Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P *et al.* **Visual Impairment and Falls in Older Adults : The Blue Mountains Eye Study**. *Journal of American geriatric Society*, 1998 ; 46 : 58-64.

Klein LE, Roca RP, McArthur J, Vogelsang G, Klein GB, Kirby SM, Folstein M. **Diagnosing Dementia Univariate and Multivariate Analyses of the Mental Status Examination**. *Journal of American geriatric Society*, 1985 ; 33 : 483-488.

Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. **Drugs and Falls in Older People : a Systematic Review and Meta-analysis :11 Cardiac and Analgesic Drugs**. *Journal of American geriatric Society*, 1999 ; 47 : 40-50.

Lord SR, Dayhew J. **Visual Risk Factors for Falls in Older People**. *Journal of American geriatric Society*, 2001 ; 49 : 508-515.

Mader SL. **Aging and Postural Hypotension**. *Journal of American geriatric Society*, 1989 ; 37 : 229-237.

Mader SL. **Orthostatic Hypotension Dizziness and Syncope**. In Duthie : *Practice of Geriatrics*, 3rd ed., 1998, W. B. Saunders Company, Chap. 20 : 207-210.

Maki BE, McIlroy WE. **Postural Control in the Older Adult**. *Clinics in geriatric medicine*, 1996 ; 12 : 635-657.

Nevitt M. **Falls in Older Persons. Risk Factors and Prevention**. Institute of Medicine. Promoting health and preventing disability, Washington DC, 1990 ; P263-290.

Nevitt M, Cummings S, Kidd S *et al.* **Risk Factors for Recurrent Non-syncopal Falls**. *Journal of American Medical Association*, 1989 ; 261 : 2663-2668.

O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin J-F, Suissa S. **Incidence of and Risk Factors for Falls and Injurious Falls among the Community-dwelling Elderly**. *American Journal of Epidemiology*, 1993 ; 137 (3) : 342-354.

Osteoporosis Society of Canada Scientific Advisory Board. **Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Osteoporosis**. *Canadian Medical Association Journal*, 1996 ; 155 (8) : 1113-1133.

Podsiadlo D, Richardson S. **The Timed "Up and Go" : a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons.** *Journal of American geriatric Society*, 1991 ; 39 : 142-148.

Raïche M., Hébert R, Prince F, Corriveau H. **Validité prédictive du test de Tinetti dans le dépistage du risque de chute des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile.** *Revue canadienne de réadaptation*, 1998 ;11 (4) : 225-226.

Riddle DL, Stratford PW. **Interpreting Validity Indexes for Diagnostic Tests : An Illustration Using the Berg Balance Test.** *Physical Therapy*, 1999 ; 79 (10) :939-948.

Rubinstein LZ *et al.* **The Value of Assessing Falls in a Elderly Population. A Randomized Trial.** *Ann Intern Med*, 1990 ; 113 : 308-316.

Sattin RW. **Falls among Older Persons : A Public Health Perspective.** *Annual review of Public Health*, 1992 ; 13 : 489-508.

Sauve-qui-pense. **Le fardeau économique des blessures non intentionnelles au Canada. Un sommaire.** Étude dirigée par The Hygeia Group. Sous la direction de Douglas E. Angus et coll., 1998 ; 5 p.

Streiten DHP, Anderson GH. **Delayed Orthostatic Intolerance.** *Archives of International Medicine*, 1992 ; 152 : 1066.

Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. **Predicting the Probability for Falls in Community-Dwelling Older Adults Using the Timed Up and Go Test.** *Physical Therapy*, 2000 ; 80 (9) : 896-903.

Tinetti ME, Speechley M, Ginter S. **Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community.** *New England Journal of Medicine*, 1988 ; 319 : 1701-1707.

Tinetti ME. **Performance-oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients.** *Journal of American geriatric Society*, 1986 ; 34 : 119-126.

Tinetti ME, Speechley M. **Prevention of Falls among the Elderly [Review]** [Journal Article. Review. Review, Tutorial] *New England Journal of Medicine*, 1989 ; 320 (16) : 1055-1059.

Tinetti ME, Baker DI, McAvay G *et al.* **A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community.** *New England Journal of Medicine*, 1994 ; 331 : 821-827.

Trickey F, Robitaille Y, Laforest S, Gosselin C, Parisien M. **Évaluation du Programme intégré d'Équilibre Dynamique (P.I.E.D.) pour la prévention des chutes chez les aînés.** Direction de la santé publique. RRSSS Montréal-Centre, 1999 ; 141 p.

Vernon G. **Medication Iatrogenesis in the Elderly : Common Yet Preventable.** *Nurse Practitioner*, 1994 ;19 : 27-28.

Vetter NJ *et al.* **Can Health Visitors Prevent Fractures in Elderly People ?** *Br Med J*, 1992 ; 304 : 888-890.

Wagner EH, Lacroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, Odle K, Buchner DM. **Preventing Disability and Falls in Older Adults : A Population-based Randomized Trial.** *American Journal of Public Health*, 1994 ; 84 : 1800-1806.

Annexes

Annexe 1 :

Fiches techniques

Annexe 2 :

Cahier d'exercices

(disponible pour les physiothérapeutes)

Annexe 3 :

Calendrier d'exercices

(disponible pour les physiothérapeutes)

Annexe 4 :

Journal personnel des chutes

(disponible pour les physiothérapeutes)



Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire



Annexe 1

Fiches techniques

Risque de chutes lié au domicile

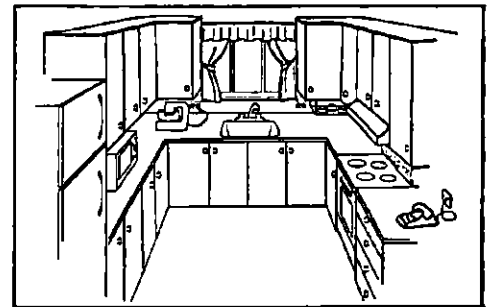
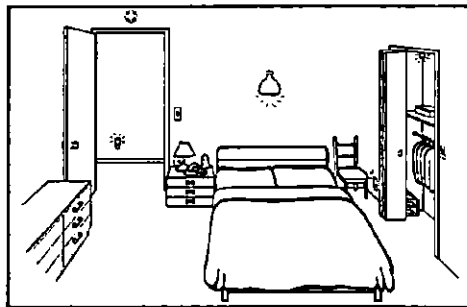
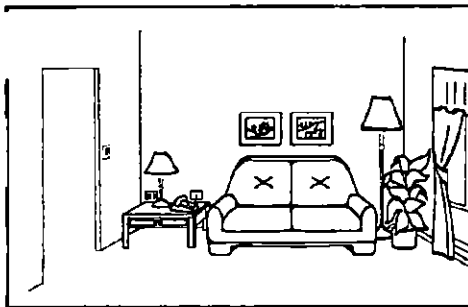
Préparé par :

Martine Baillargeon, ergothérapeute

CLSC-CHSLD La Source

Josée St-Pierre, ergothérapeute

CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières



Programme
MARCHE

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domestique

Table des matières

Cuisine

1. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES	F.T. 5
2. PRÉSENCE DE CARPETTE	F.T. 6
3. ARMOIRES NON ACCESSIBLES	F.T. 7
4. REVÊTEMENT GLISSANT AU SOL	F.T. 8
BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA CUISINE	F.T. 9

Salon

5. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES	F.T. 10
6. PRÉSENCE DE CARPETTE	F.T. 11
7. ABSENCE D'UN INTERRUPTEUR À L'ENTRÉE DU SALON	F.T. 12
BONNES HABITUDES DE VIE DANS LE SALON	F.T. 13

Chambre de la personne

8. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES	F.T. 14
9. PRÉSENCE DE CARPETTE	F.T. 15
10. ABSENCE D'UN INTERRUPTEUR À L'ENTRÉE DE LA CHAMBRE	F.T. 16
11. HAUTEUR INADÉQUATE DU LIT	F.T. 17
BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA CHAMBRE À COUCHER	F.T. 18

Corridor

12. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES (TRAJET DE LA CHAMBRE À LA SALLE DE BAIN)	F.T. 19
13. PRÉSENCE DE CARPETTE	F.T. 20
14. ÉCLAIRAGE INSUFFISANT LA NUIT	F.T. 21

Salle de bain

15. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES	F.T. 22
16. PRÉSENCE DE CARPETTE	F.T. 23
17. ÉCLAIRAGE INSUFFISANT LA NUIT	F.T. 24
18. BAIGNOIRE NON STANDARD	F.T. 25
19. FOND DE LA BAIGNOIRE GLISSANT (ABSENCE DE TAPIS ANTIDÉRAPANT INTÉRIEUR)	F.T. 26
20. SORTIE DE LA BAIGNOIRE GLISSANTE (ABSENCE DE TAPIS ANTIDÉRAPANT EXTÉRIEUR)	F.T. 27
21. ABSENCE DE BARRES D'APPUI SOLIDES POUR BAIGNOIRE	
1. BARRE D'APPUI MURALE VERTICALE	F.T. 28
2. BARRE D'APPUI MURALE OBLIQUE	F.T. 29
22. REVÊTEMENT GLISSANT AU SOL	F.T. 30
BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA SALLE DE BAIN	F.T. 31

Escaliers intérieurs

23. AIRES DE DÉPLACEMENT INTÉRIEURES ENCOMBRÉES	F.T. 32
24. PRÉSENCE D'UN TAPIS NON FIXÉ AUX MARCHES	F.T. 33
25. ABSENCE DE MAINS COURANTES BILATÉRALES (RAMPES)	F.T. 34
BONNES HABITUDES DE VIE DANS LES ESCALIERS INTÉRIEURS	F.T. 35

ANNEXE :

LISTE DES FOURNISSEURS D'AIDES TECHNIQUES	F.T. 36
---	---------



1. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES

But

Avoir des aires de déplacement dégagées de façon à assurer la sécurité des déplacements à l'intérieur de la cuisine et assurer l'accès aux fenêtres, aux armoires, au poêle, au réfrigérateur, à l'évier, aux portes ou au garde-manger.

Solutions

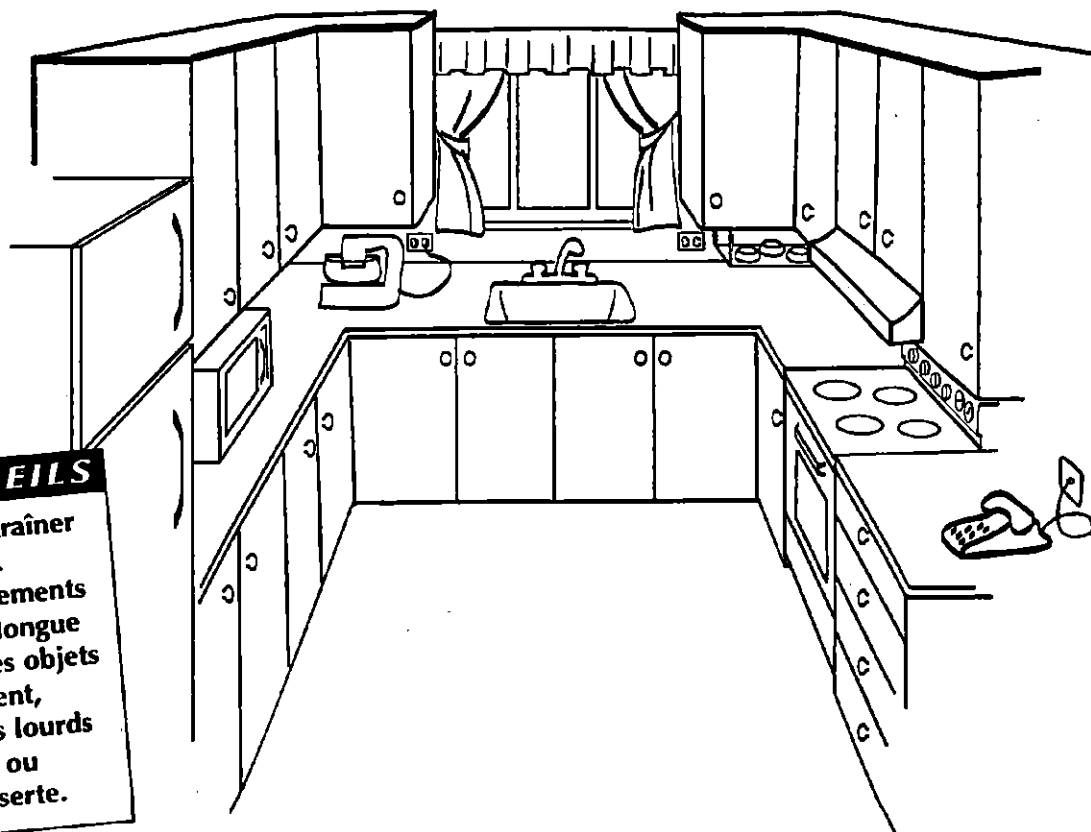
- Ramasser les objets qui traînent au sol.
- Déplacer les meubles pour dégager les aires de déplacement.
- Fixer à l'aide d'un ruban adhésif ou d'agrafes de plastique les fils électriques ou le fil du téléphone. Au besoin, relocaliser l'appareil et ajouter une rallonge afin de pouvoir faire suivre les fils le long des murs.

Fournisseurs

- Ruban adhésif : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 5 \$ le rouleau.
- Agrafes de plastique : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ le paquet.
- Rallonge (pour fil électrique) : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ selon la longueur.
- Rallonge (pour fil du téléphone) : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 3 \$ à 10 \$ selon la longueur.

CONSEILS

- Éviter de laisser traîner des objets au sol.
- Éviter les déplacements sur moyenne et longue distance avec des objets lourds. Idéalement, glisser les objets lourds sur le comptoir ou utiliser une desserte.





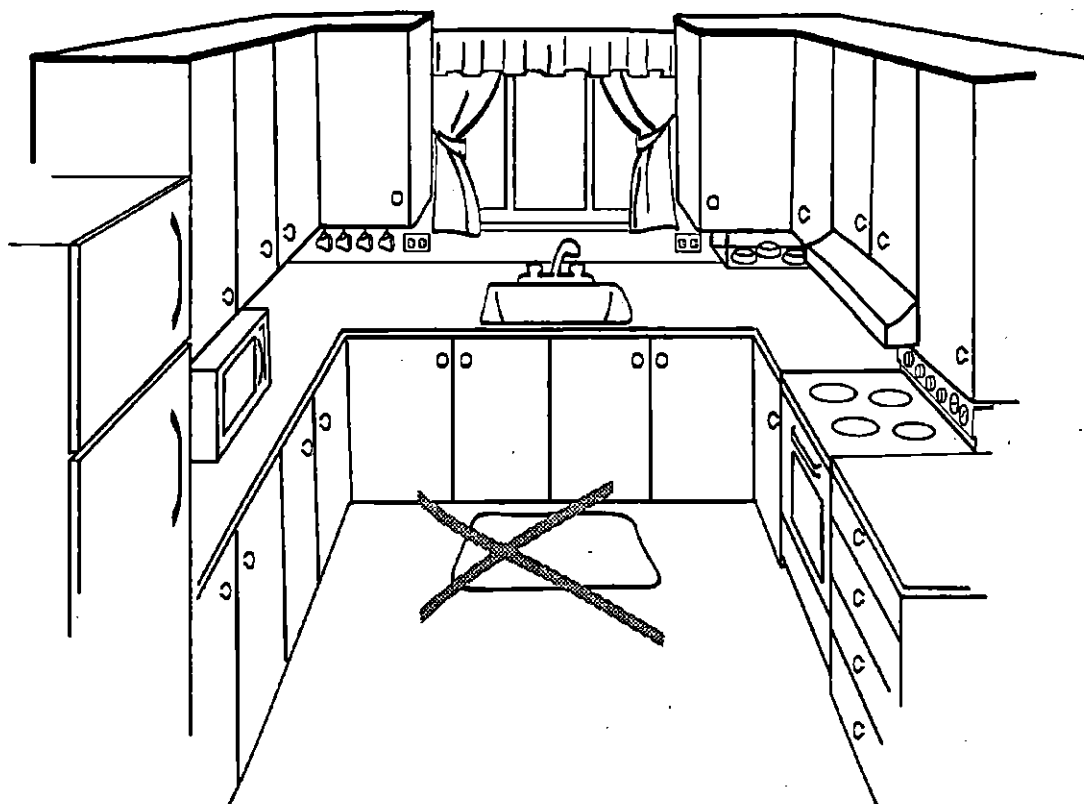
2. PRÉSENCE DE CARPETTE

But

Avoir des planchers sans carquette pour éviter que les pieds ou l'accessoire à la marche ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant ainsi une chute.

Solution

- Enlever les petites carpettes du sol.





3. ARMOIRES NON ACCESSIBLES

But

Avoir un accès facile aux armoires pour éviter de s'étirer ou de grimper pour aller chercher des objets. Réduire au minimum les déplacements ou la nécessité de se courber (ex. : armoire près du sol).

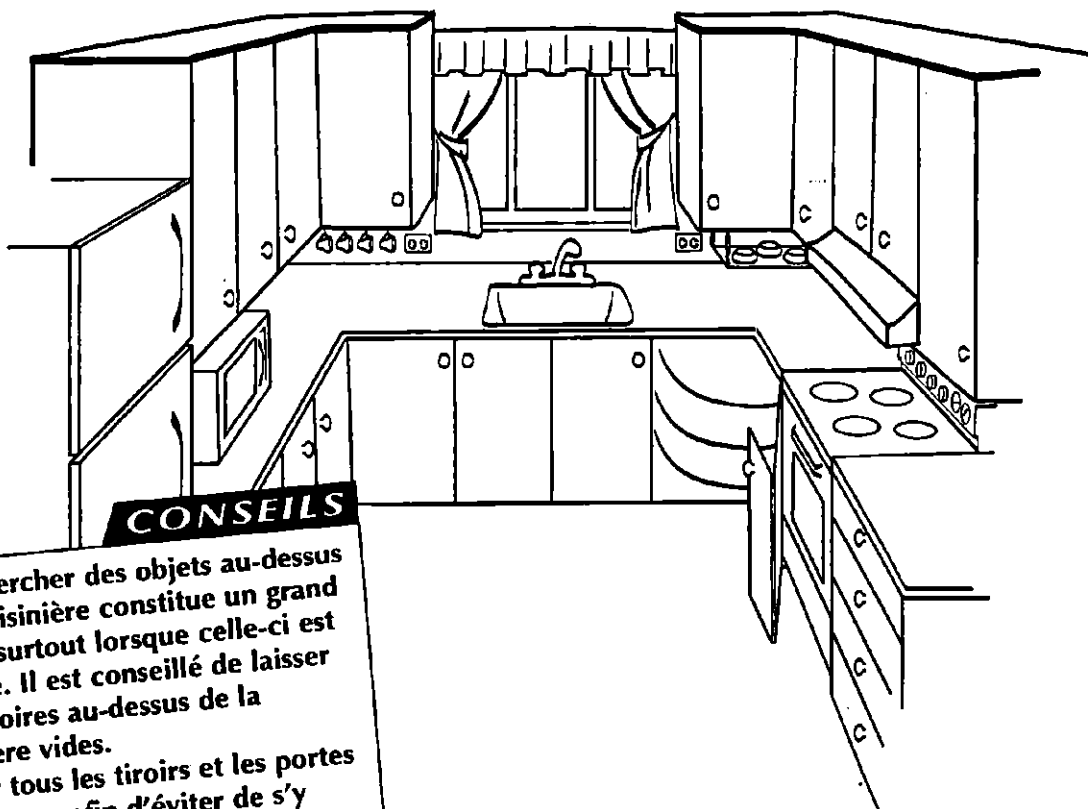
Solutions

- Mettre les objets usuels et lourds à la portée de la main.
- Ajouter des tablettes ou des crochets sous les armoires pour y ranger les objets utilisés régulièrement.
- Si possible, garder les tablettes d'armoires hautes vides.

- Éviter l'usage d'un escabeau, d'un tabouret ou de tout accessoire pour atteindre des objets dans les armoires. Demander de l'aide au besoin.
- Installer des plateaux pivotants et des tablettes sur rails pour les armoires profondes ou près du sol.

Fournisseurs

- Menuisier : (pages jaunes dans l'annuaire téléphonique) prix approximatif de 28 \$ l'heure.
- Tablettes : quincaillerie, prix approximatif variable selon le matériel et la longueur désirée.
- Crochets : quincaillerie, prix approximatif de 25 à 50 cents l'unité.



- CONSEILS**
- Aller chercher des objets au-dessus de la cuisinière constitue un grand danger surtout lorsque celle-ci est allumée. Il est conseillé de laisser les armoires au-dessus de la cuisinière vides.
 - Fermer tous les tiroirs et les portes après usage afin d'éviter de s'y frapper.



4. REVÊTEMENT GLISSANT AU SOL

But

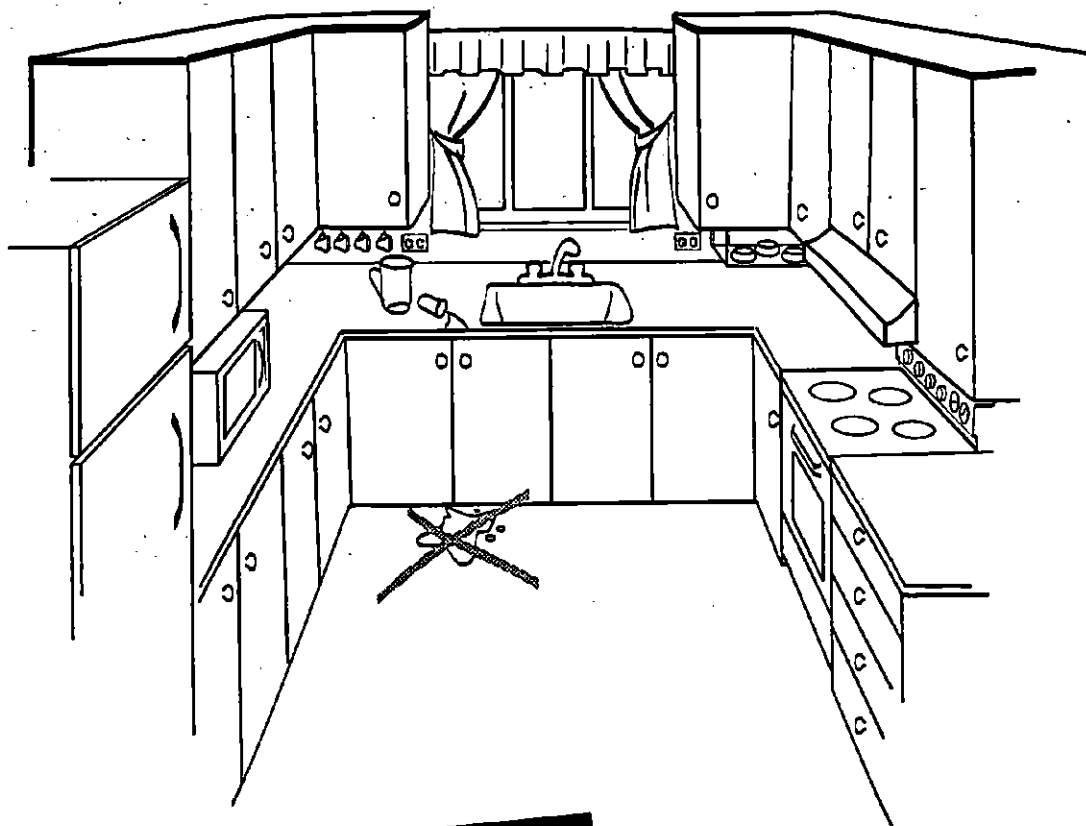
Assurer l'adhésion du pied au sol à l'aide d'un revêtement antidérapant.

Solutions

- Ne pas cirer le plancher.
- Mettre des chaussures antidérapantes.

Fournisseurs

- Antidérapant pour céramique : fournisseurs médicaux (annexe 1), prix approximatif de 25 \$ la bouteille, couvre de 50 à 75 pieds carrés.



CONSEIL

- Essuyer rapidement tout liquide renversé.

**BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA CUISINE**

- Vérifiez une fois par mois le bon fonctionnement de l'extincteur chimique et des détecteurs de fumée.
- Pour faire bouillir votre eau, utilisez une bouilloire qui siffle ou munie d'un arrêt automatique.
- Essuyez immédiatement tout liquide renversé.
- Évitez de cirer le plancher.
- Fermez tous les tiroirs et les portes après usage afin d'éviter de s'y frapper.
- N'utilisez jamais un escabeau pour atteindre les endroits élevés. Demandez de l'aide au besoin.
- Lorsque vous vous appuyez sur une chaise ou sur la table pour vous lever ou vous asseoir, vérifiez si elles sont stables.
- Évitez de soulever des objets lourds ou de transporter des paquets qui vous obstruent la vue car ils pourraient vous faire perdre l'équilibre.
- Utilisez une desserte à roulettes pour diminuer le nombre de déplacements et pour transporter les objets lourds.



5. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES

But

Avoir des aires de déplacement dégagées de façon à assurer la sécurité des déplacements à l'intérieur du salon tout comme l'accès aux fenêtres, au téléviseur, au système de son ou aux lampes.

Solutions

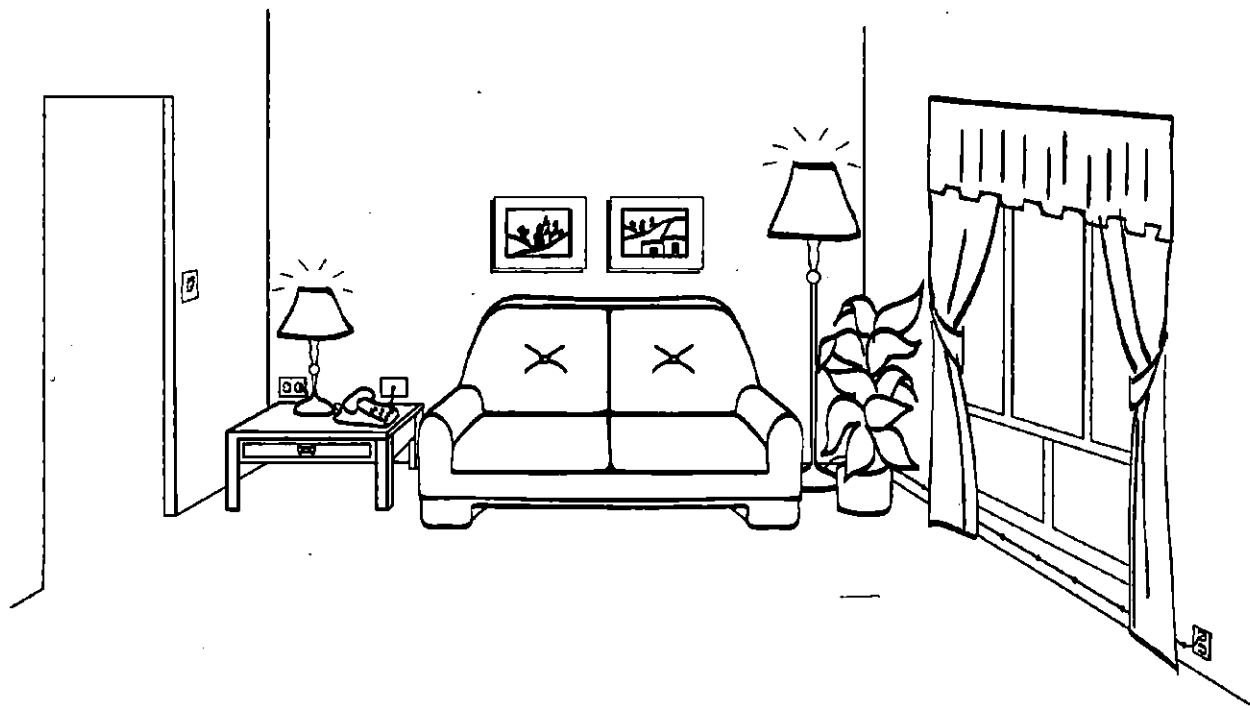
- Ramasser les objets qui traînent au sol.
- Enlever les tables basses et tout autre meuble se trouvant à l'intérieur des aires de déplacement et hors du champ visuel (près du sol).
- Fixer à l'aide d'un ruban adhésif ou d'agrafes de plastique les fils électriques ou le fil du téléphone. Au besoin, relocaliser l'appareil et ajouter une rallonge afin de faire suivre les fils le long des murs.

Fournisseurs

- Ruban adhésif : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 5 \$ le rouleau.
- Agrafes de plastique : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ le paquet.
- Rallonge (pour fil électrique) : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ selon la longueur.
- Rallonge (pour fil du téléphone) : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 3 \$ à 10 \$ selon la longueur.

CONSEILS

- Éviter de laisser traîner des objets au sol.
- Se procurer au moins un téléphone par pièce ou un téléphone sans fil.
- Ne pas courir si le téléphone sonne.
- Avertir les proches de laisser sonner longtemps.
- Mettre une petite table près du sofa, mais hors des aires de circulation pour déposer les objets.





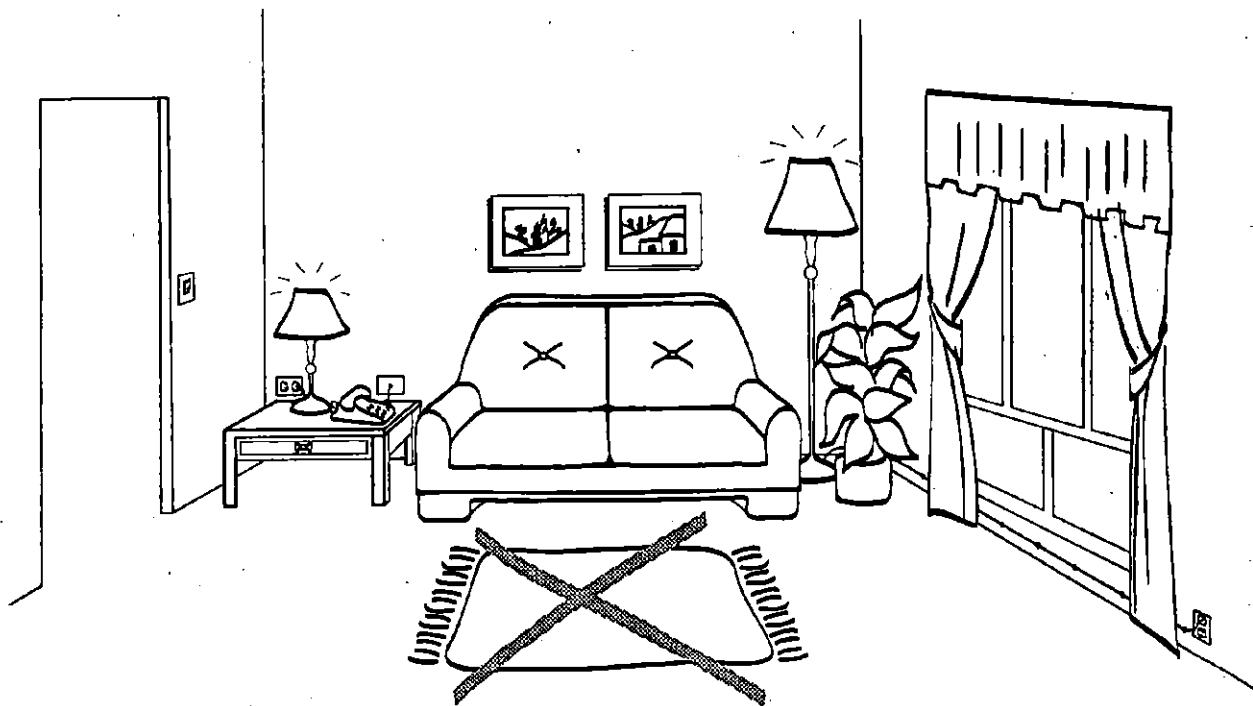
6. PRÉSENCE DE CARPETTE

But

Avoir des planchers sans carpeste pour éviter que les pieds ou l'accessoire à la marche ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant ainsi une chute.

Solution

- Enlever les petites carpestes du sol.





7. ABSENCE D'UN INTERRUPTEUR À L'ENTRÉE DU SALON

But

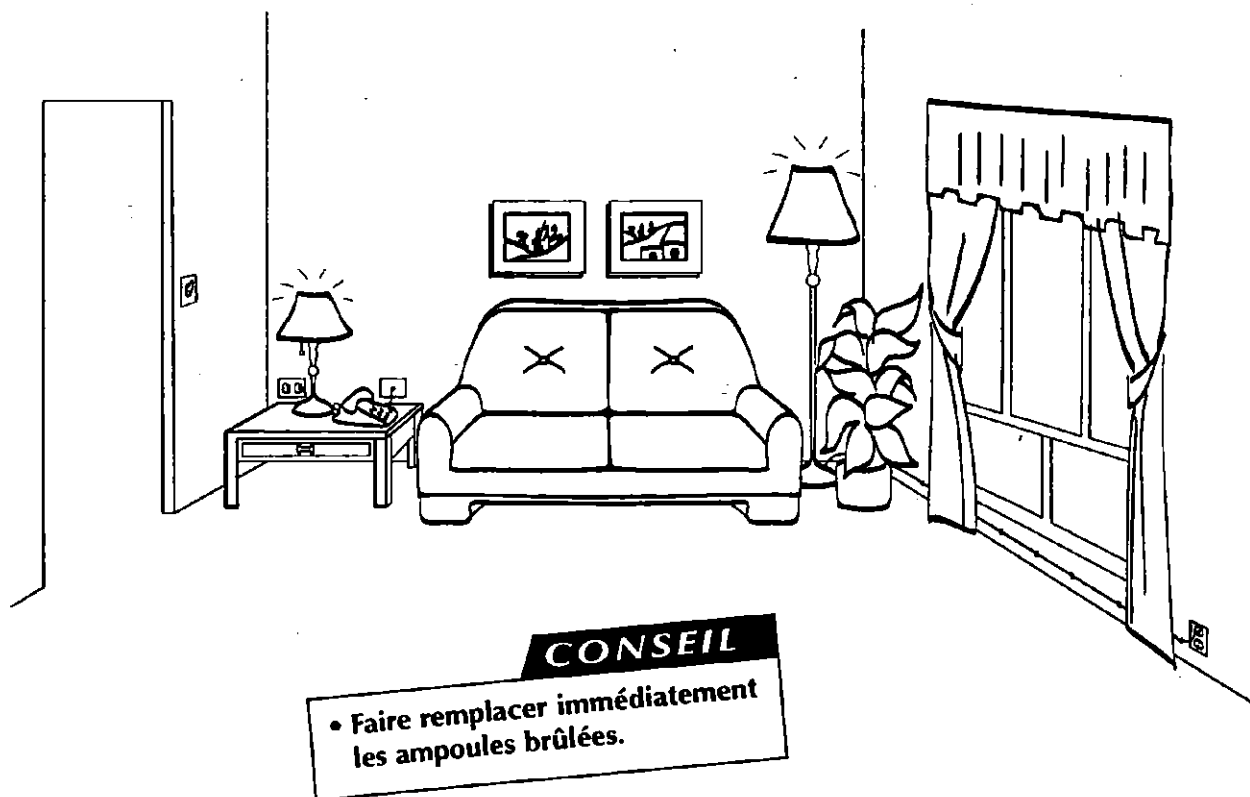
Avoir accès à un interrupteur pour éviter les déplacements à la noirceur.

Solutions

- En l'absence d'interrupteur à l'entrée du salon, placer une lampe près de l'entrée du salon.
- Installer une minuterie sur une lampe.
- Installer une veilleuse au besoin.
- Laisser entrer l'éclairage naturel, ouvrir les rideaux ou enlever les tentures foncées et les rideaux inutiles.

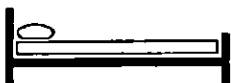
Fournisseurs

- Minuterie : quincaillerie, prix approximatif de 8 \$ à 35 \$.
- Veilleuse : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif 6 \$ à 15 \$.



**BONNES HABITUDES DE VIE DANS LE SALON**

- Dégagez les aires de déplacement.
- Ne laissez jamais traîner des objets par terre pour ne pas trébucher.
- Évitez de mettre vos journaux par terre. Déposez-les plutôt dans un porte-journaux ou dans une boîte.
- Fixez les fils électriques ou de téléphone le long des murs.
- Utilisez un fauteuil ferme, d'une bonne hauteur et muni d'appuis-bras.
- Évitez l'utilisation de chaises berçantes ou munir celles-ci d'un système de blocage manuel ou automatique empêchant le mouvement pendant les transferts.
- Évitez l'utilisation d'un pouf pour les pieds, ce qui peut être nuisible lors des déplacements. Choisissez plutôt une chaise munie d'un appui-pieds rétractable.



8. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES

But

Avoir des aires de déplacement dégagées de façon à assurer la sécurité des déplacements à l'intérieur de la chambre tout comme l'accès aux fenêtres, au lit, aux bureaux, aux portes ou aux garde-robes.

Solutions

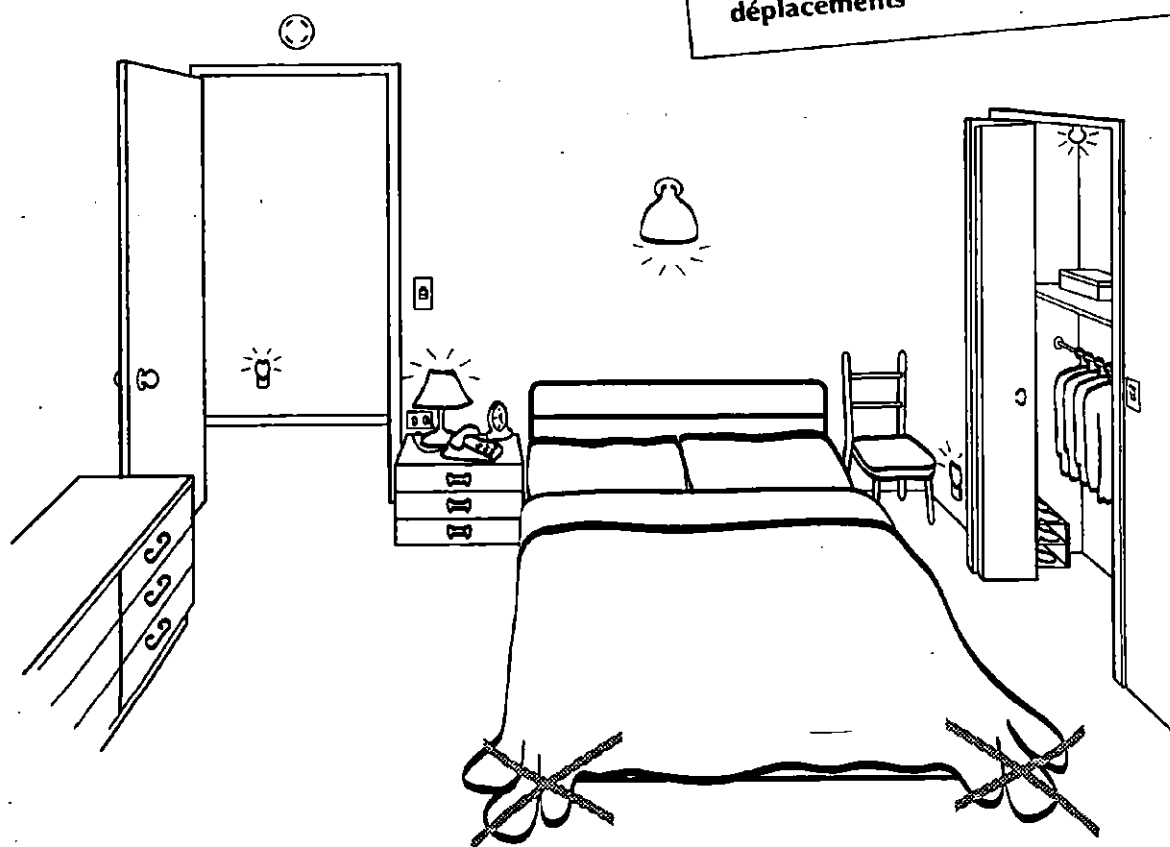
- Ramasser les objets qui traînent au sol.
- Déplacer les meubles pour dégager les aires de déplacement.
- Fixer à l'aide d'un ruban adhésif ou d'agrafes de plastique les fils électriques ou le fil du téléphone. Au besoin, relocaliser l'appareil et ajouter une rallonge afin de faire suivre les fils le long des murs.

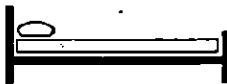
Fournisseurs

- Ruban adhésif : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 5 \$ le rouleau.
- Agrafes de plastique : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ le paquet.
- Rallonge (pour fil électrique) : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ selon la longueur.
- Rallonge (pour fil du téléphone) : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 3 \$ à 10 \$ selon la longueur.

CONSEILS

- Éviter de laisser traîner des objets au sol.
- Éviter les couvre-pieds longs qui peuvent être encombrants lors des déplacements





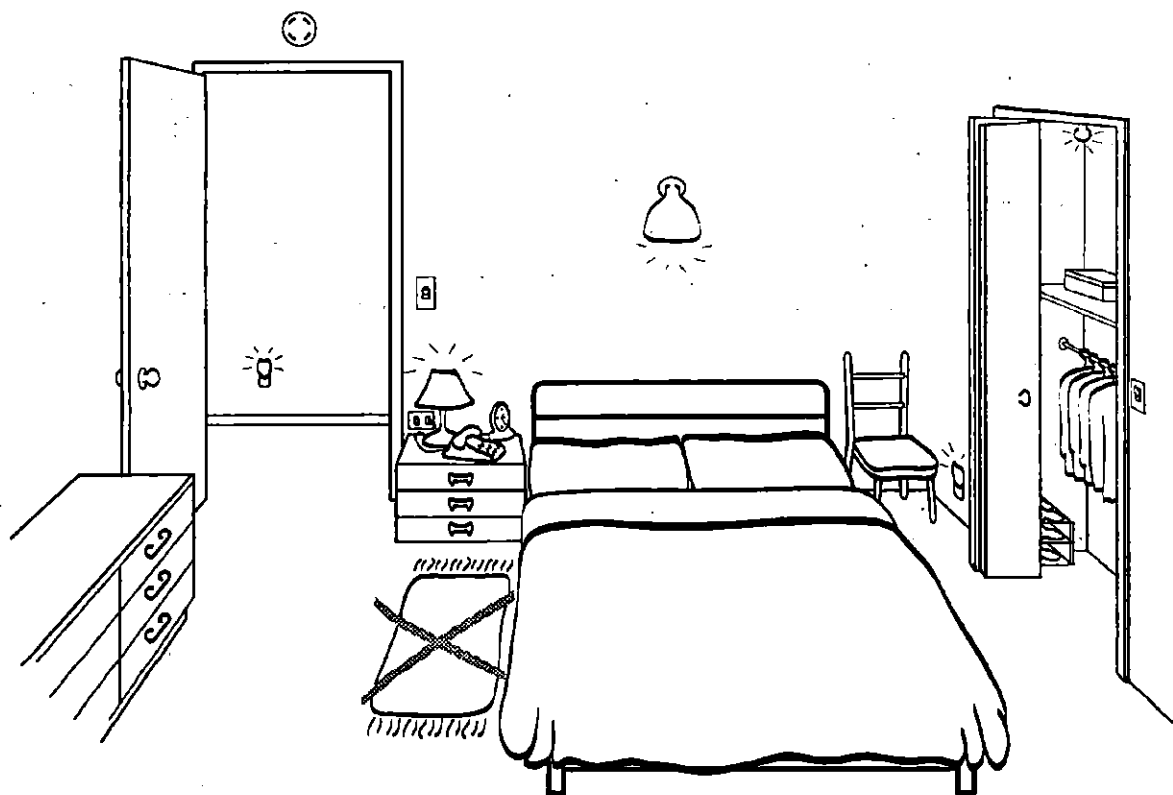
9. PRÉSENCE DE CARPETTE

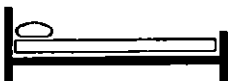
But

Avoir des planchers sans carpe tte pour  viter que les pieds ou l'accessoire   la marche ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant ainsi une chute.

Solution

- Enlever les petites carpe ttes du sol.





10. ABSENCE D'UN INTERRUPTEUR À L'ENTRÉE DE LA CHAMBRE

But

Avoir accès à un interrupteur à l'entrée de la chambre pour éviter les déplacements à la noirceur.

Solutions

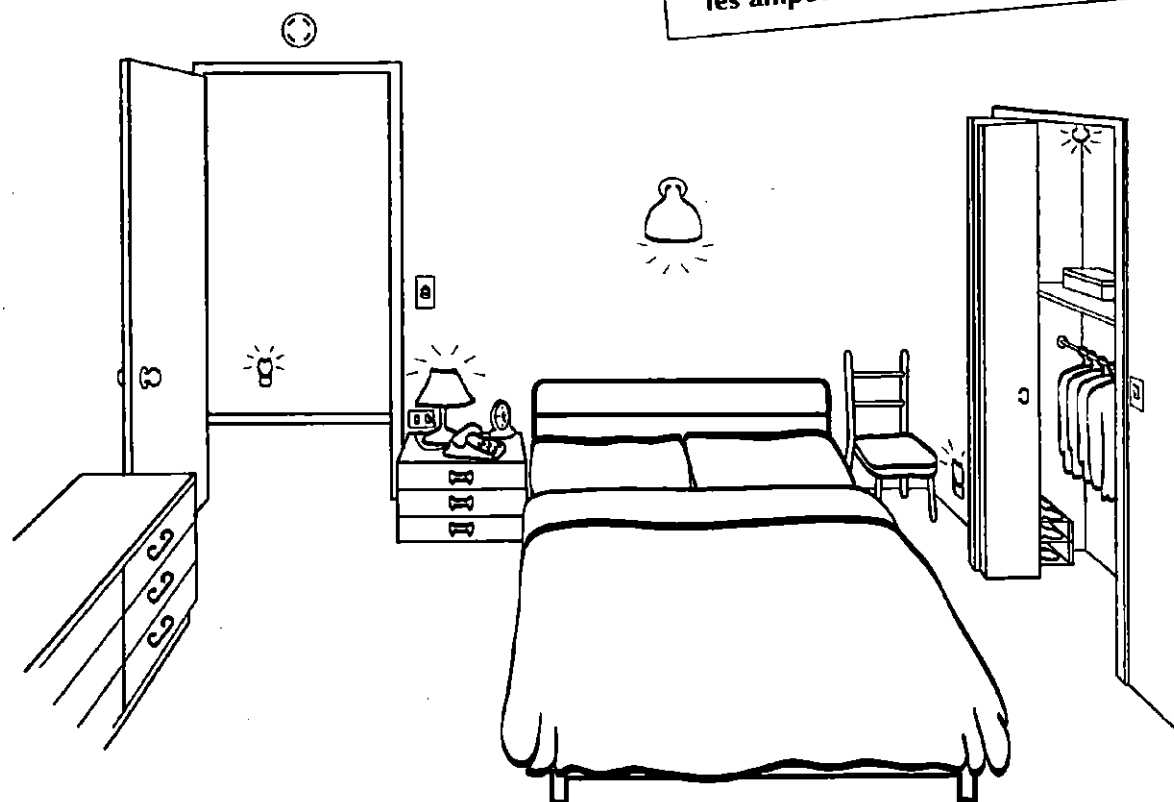
- En l'absence d'interrupteur, placer une lampe près de l'entrée de la chambre.
- Installer une minuterie sur une lampe.
- Installer une veilleuse au besoin.
- Laisser entrer l'éclairage naturel, ouvrir les rideaux ou enlever les tentures foncées et les rideaux inutiles.

Fournisseurs

- Minuterie : quincaillerie, prix approximatif de 8 \$ à 35 \$.
- Veilleuse : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 6 \$ à 15 \$.

CONSEIL

- Faire remplacer immédiatement les ampoules brûlées.





11. HAUTEUR INADÉQUATE DU LIT

But

Avoir un lit dont la hauteur est adéquate. Un lit trop bas peut amener une difficulté à passer de la position assise à debout ce qui peut entraîner une chute. Un lit trop haut (pieds non à plat au sol) peut aussi entraîner une chute.

Solutions

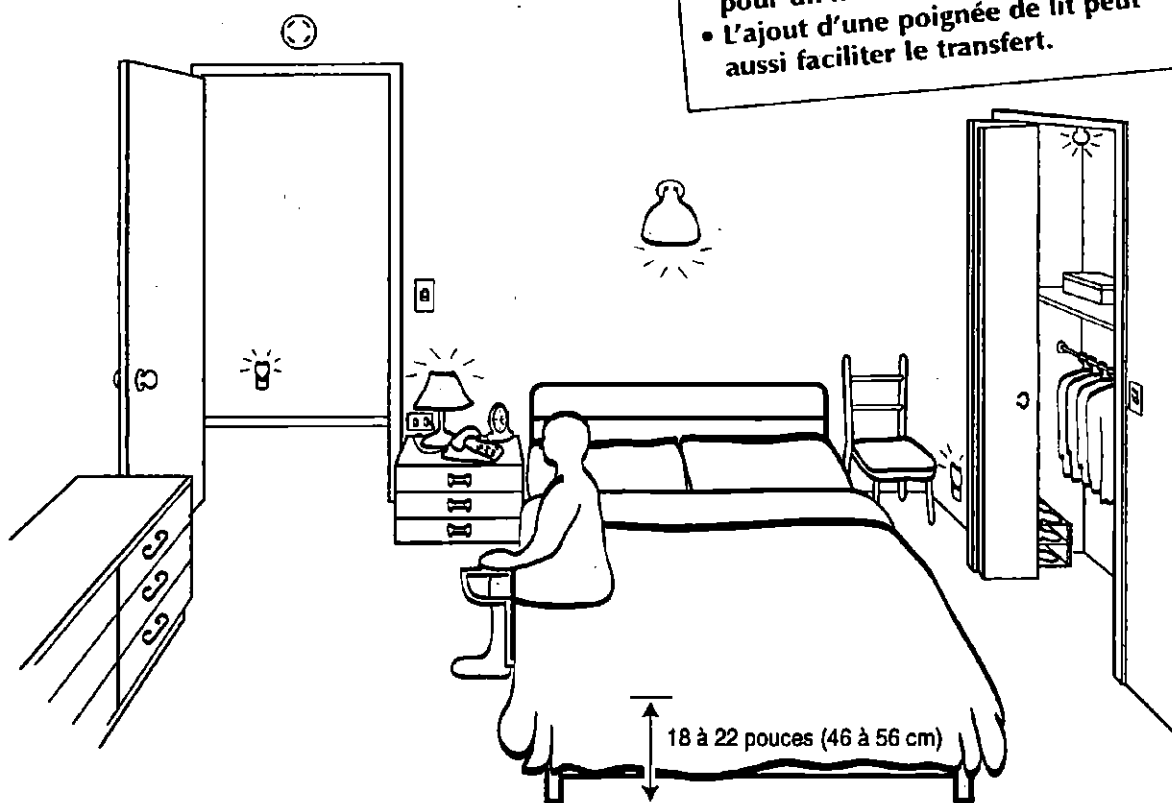
- Si trop haut : enlever, changer ou modifier les pattes du lit.
- Si trop bas : ajouter des blocs pour surélever le lit à la hauteur désirée. Le centre de chaque bloc doit être creux pour stabiliser la patte du lit.

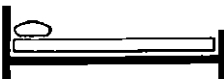
Fournisseurs

- Menuisier : (pages jaunes de l'annuaire), prix approximatif de 28 \$ l'heure.
- Blocs de bois : fournisseurs d'équipements médicaux (annexe 1), prix variable selon le modèle choisi.

CONSEILS

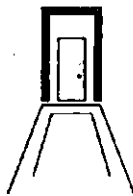
- Se lever tranquillement après avoir été allongé.
- Si vous utilisez une marchette, ne tirez pas sur celle-ci pour vous relever du lit. Poussez plutôt sur votre lit avec vos mains et saisissez la marchette seulement une fois debout.
- Pour faciliter le transfert, optez pour un matelas ferme.
- L'ajout d'une poignée de lit peut aussi faciliter le transfert.





BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA CHAMBRE À COUCHER

- Déposez les contenants de vos médicaments de nuit sur la table de chevet.
- En cas de panne d'électricité, ayez une lampe de poche à portée de la main.
- Installez une table de chevet près de la tête du lit pour y déposer une lampe, un cadran lumineux et un téléphone.
- Ne vous levez pas trop rapidement après avoir été allongé, car vous pourriez être étourdi et tomber. Restez assis quelques secondes au bord du lit.
- Mettez vos lunettes et vos chaussures avant de vous lever.
- Asseyez-vous sur une chaise pour vous habiller. Évitez de porter des vêtements trop amples, larges ou longs qui pourraient vous faire trébucher.
- Ne laissez pas traîner d'objets au sol.
- Gardez libre l'accès à la garde-robe, aux fenêtres et à la porte.
- Ayez un espace suffisant pour circuler des deux côtés du lit.
- Assurez-vous que la tringle et la tablette de la garde-robe soient à une hauteur accessible. Évitez d'utiliser un escabeau.
- Refermez les tiroirs de bureau après chaque usage.



12. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES (TRAJET DE LA CHAMBRE À LA SALLE DE BAIN)

But

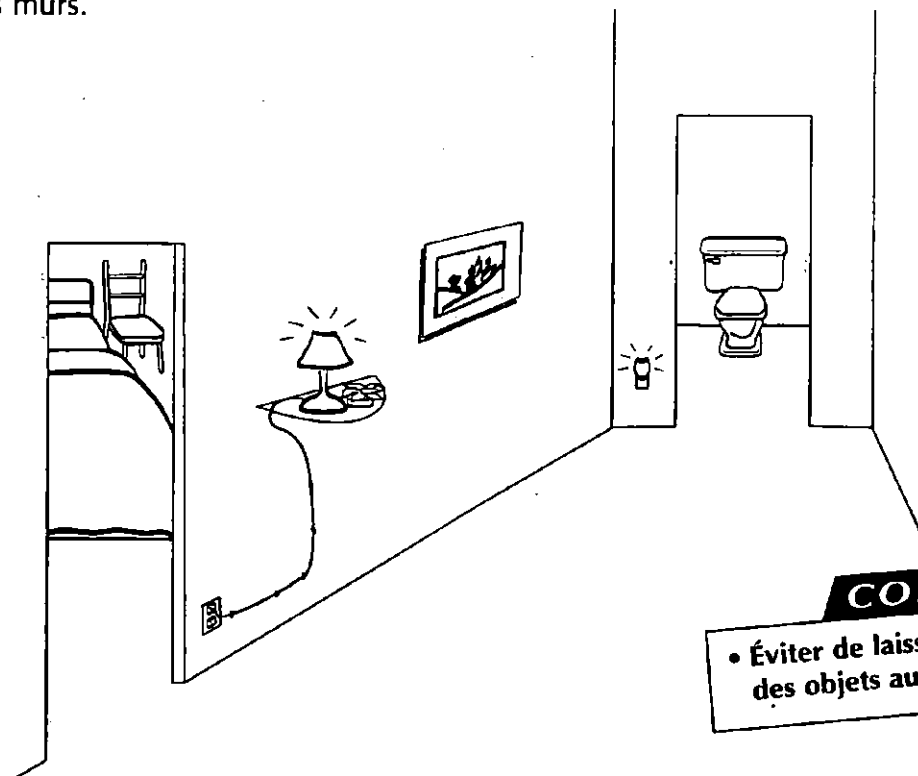
Avoir des aires de déplacement dégagées de façon à assurer la sécurité lors des déplacements à l'intérieur de la maison.

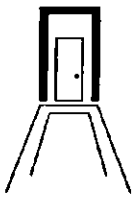
Solutions

- Ramasser les objets qui traînent au sol.
- Déplacer les meubles pour dégager les aires de déplacement.
- Fixer à l'aide d'un ruban adhésif ou d'agrafes de plastique les fils électriques ou le fil du téléphone. Au besoin, relocaliser l'appareil et ajouter une rallonge afin de pouvoir faire suivre les fils le long des murs.

Fournisseurs

- Ruban adhésif : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 5 \$ le rouleau.
- Agrafes de plastique : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ le paquet.
- Rallonge (pour fil électrique) : quincaillerie, prix approximatif de 2 \$ à 4 \$ selon la longueur.
- Rallonge (pour fil du téléphone) : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 3 \$ à 10 \$ selon la longueur.





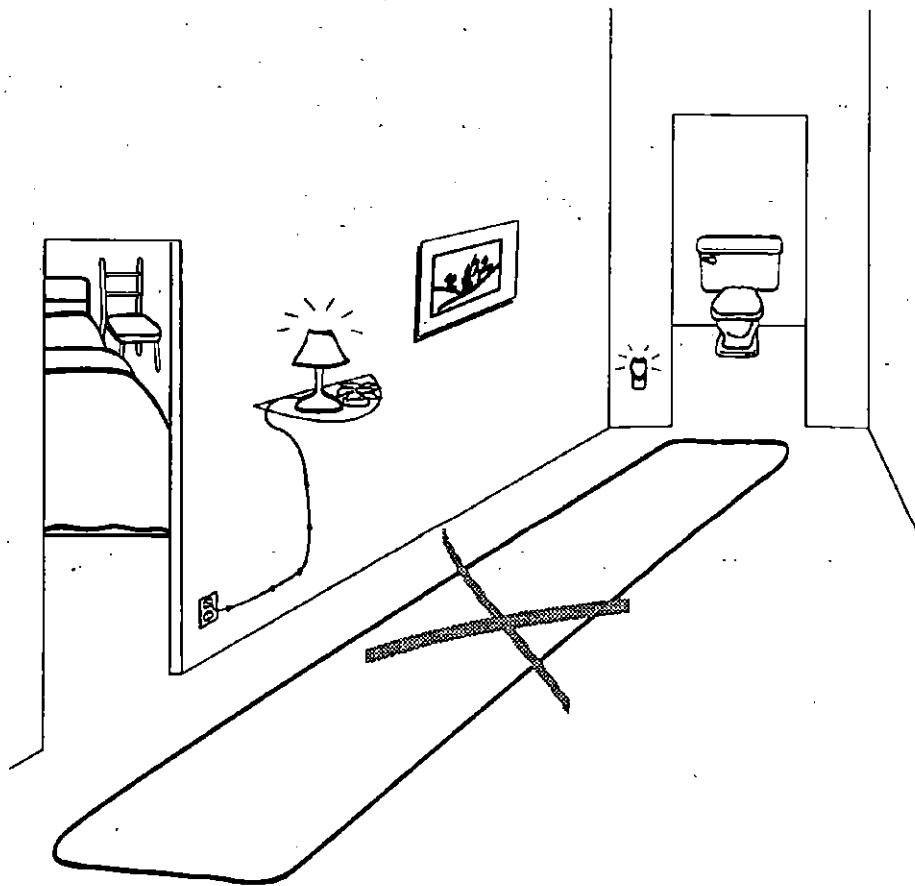
13. PRÉSENCE DE CARPETTE(S)

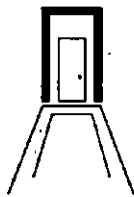
But

Avoir des planchers sans carquette pour éviter que les pieds ou l'accessoire d'aide à la marche ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant une chute.

Solution

- Enlever les carpettes au sol.





14. ÉCLAIRAGE INSUFFISANT LA NUIT

But

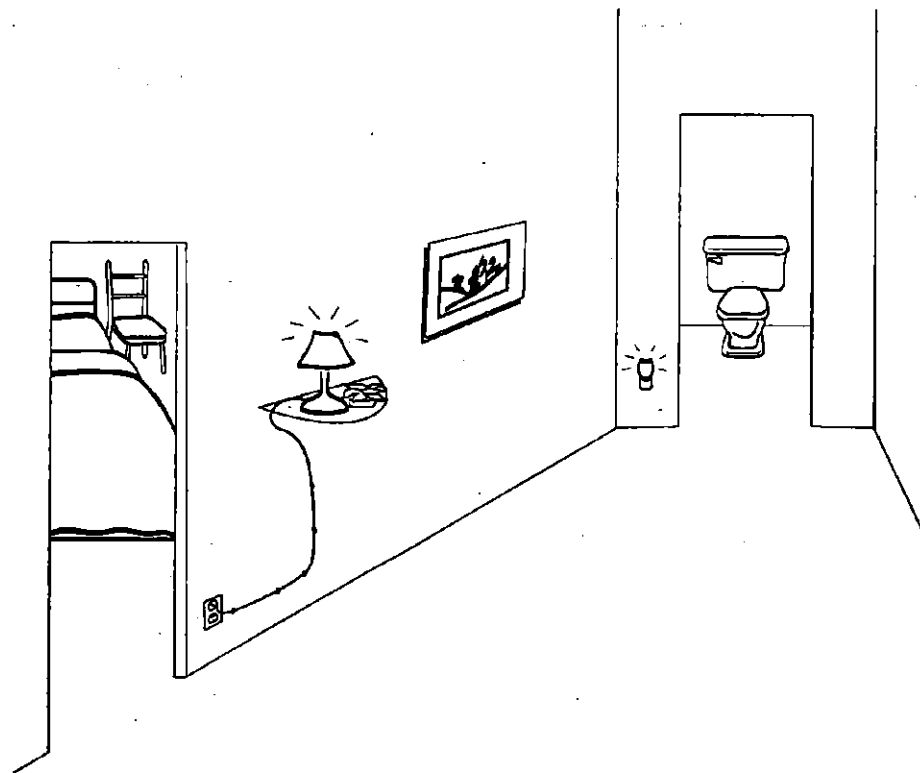
Avoir un éclairage non éblouissant la nuit de façon à assurer la sécurité des déplacements de la chambre à la salle de bain.

Fournisseurs

- Veilleuse : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 6 \$ à 15 \$.

Solution

- Ajouter une veilleuse. Idéalement, la veilleuse devrait être munie d'un œil magique et s'allumer d'elle-même à la noirceur.





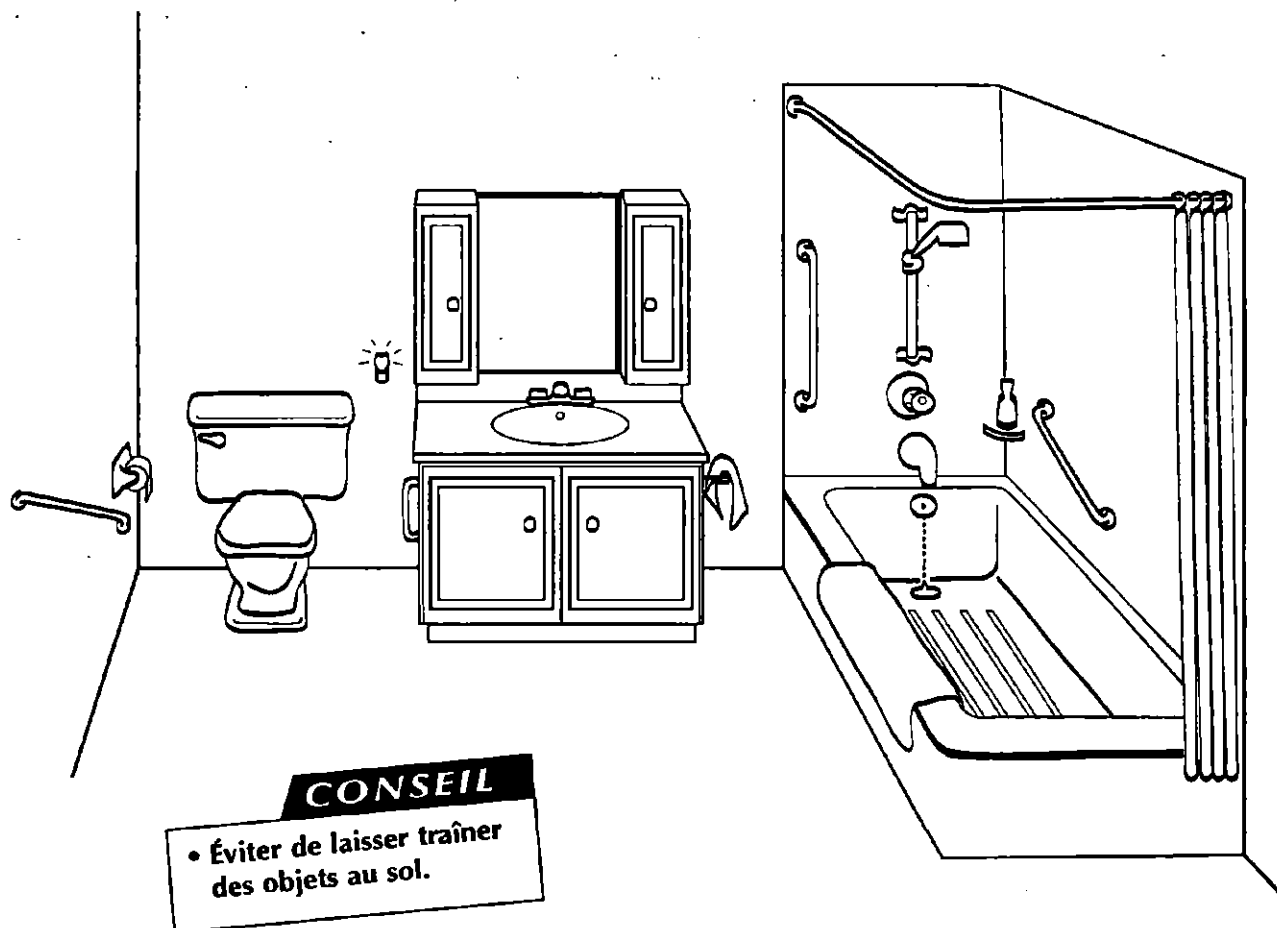
15. AIRES DE DÉPLACEMENT ENCOMBRÉES

But

- Avoir des aires de déplacement dégagées de façon à assurer la sécurité des déplacements à l'intérieur de la salle de bain tout comme l'accès aux fenêtres, au bain, au lavabo, à la toilette, aux portes ou à la lingerie.

Solutions

- Ramasser les objets qui traînent au sol.
- Déplacer les meubles ou objets pour dégager les aires de déplacement.
- Utiliser un téléphone sans fil.





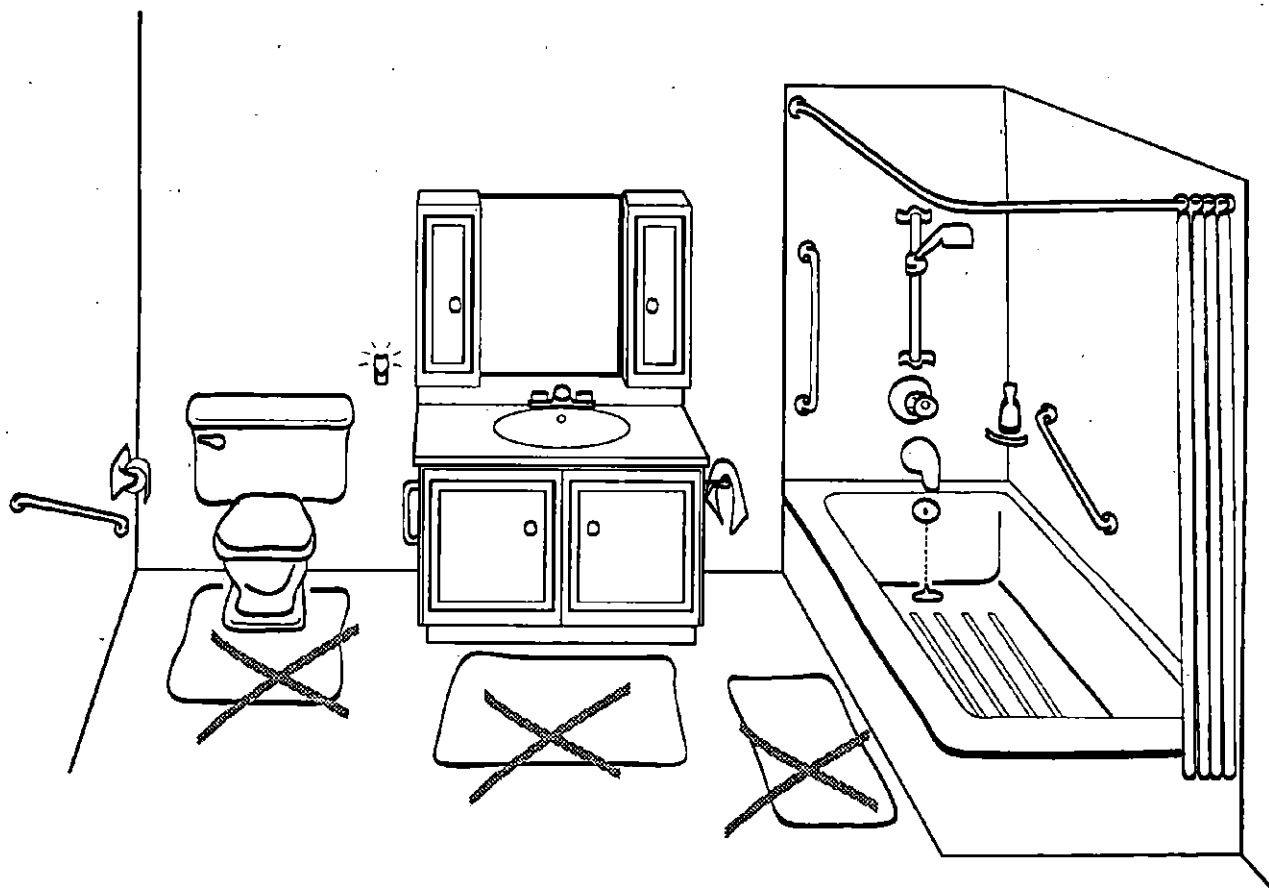
16. PRÉSENCE DE CARPETTE

But

Avoir des planchers sans carpette de façon à éviter que les pieds ou l'accessoire à la marche ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant ainsi une chute.

Solutions

- Enlever les petites carpettes au sol.
- Ranger le tapis antidérapant extérieur pour baignoire après usage. Ne jamais le laisser au sol car il peut nuire au déplacement.





17. ÉCLAIRAGE INSUFFISANT LA NUIT

But

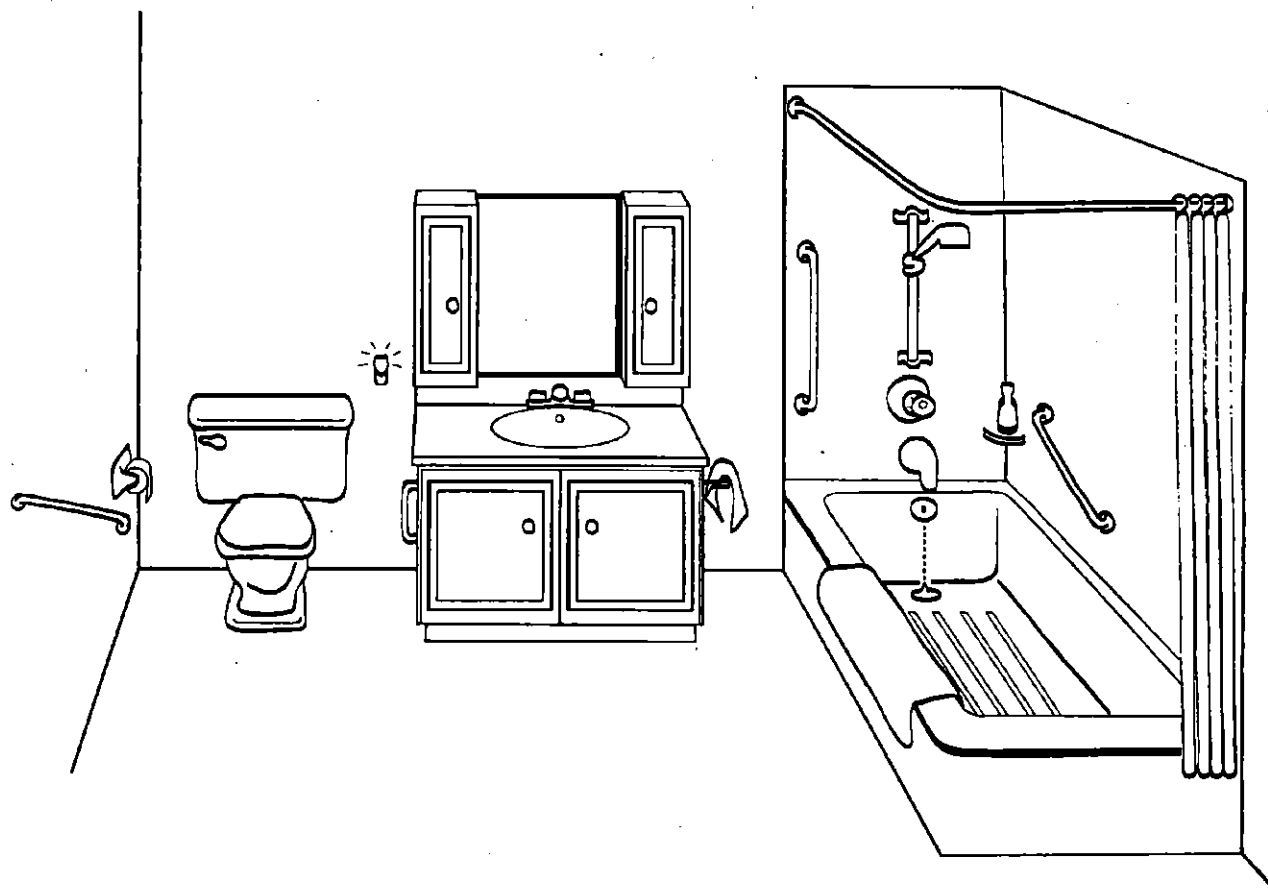
Avoir un éclairage non éblouissant pour assurer la sécurité des déplacements la nuit.

Fournisseurs

- Veilleuse : quincaillerie et grands magasins, prix approximatif de 6 \$ à 15 \$.

Solution

- Ajouter une veilleuse ou laisser une lumière allumée. Idéalement, la veilleuse devrait être munie d'un œil magique et s'allumer d'elle-même à la noirceur.





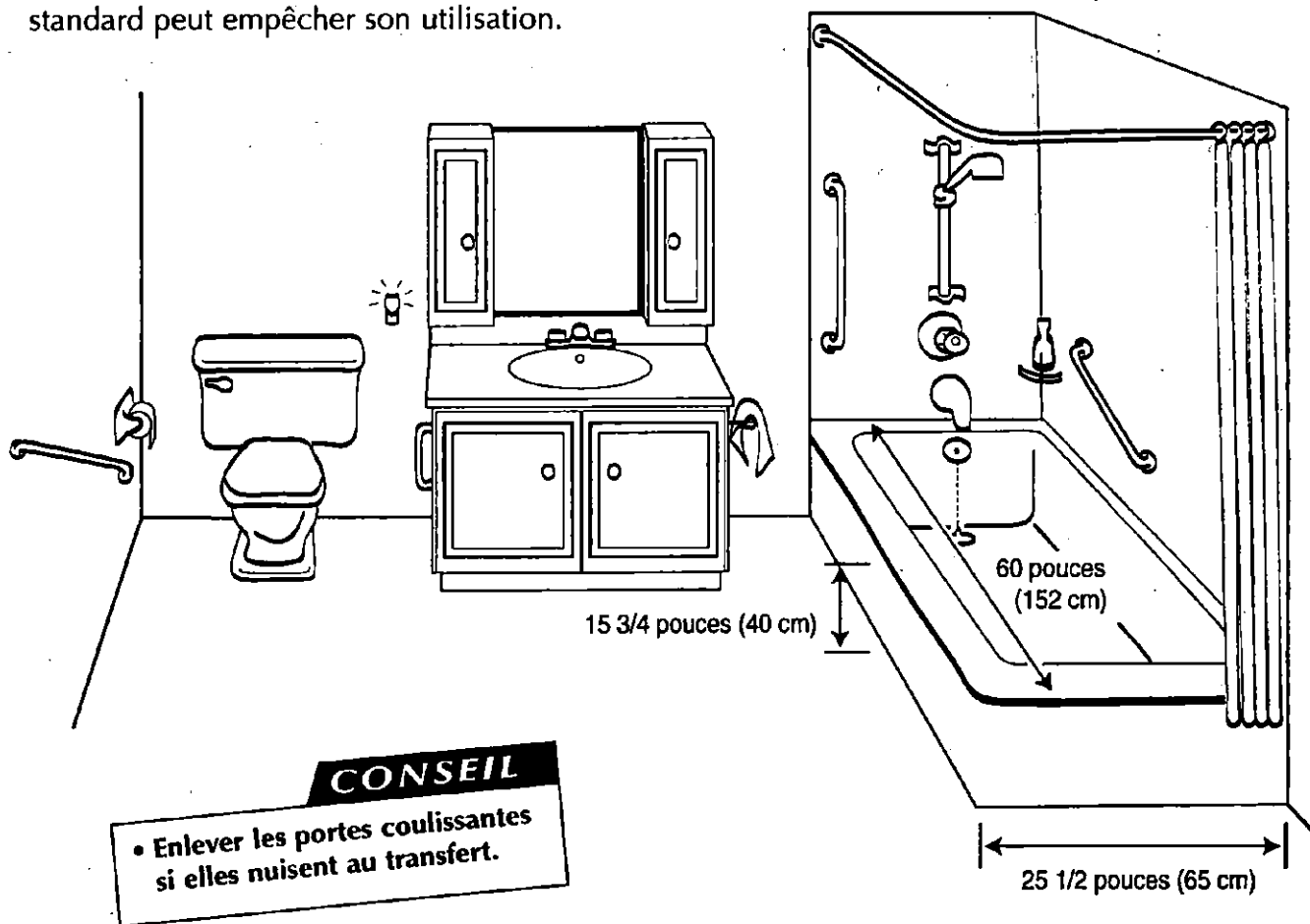
18. BAIGNOIRE NON STANDARD

But

Assurer l'adaptation sécuritaire d'une baignoire non standard. Une baignoire non standard (bain podium, bain sur pattes, cabine de douche, bain tourbillon) ou la présence de portes coulissantes peut causer différents problèmes et même provoquer des chutes. Par exemple, lorsque la baignoire est trop haute, la personne peut avoir de la difficulté à l'enjamber. De plus, la personne peut aussi avoir besoin d'un équipement spécifique (banc de transfert, banc de bain, barre d'appui, etc.) et la baignoire non standard peut empêcher son utilisation.

Solution

- Référer en ergothérapie lorsque la baignoire est non standard et que le client présente des difficultés à prendre son bain.





19. FOND DE LA BAIGNOIRE GLISSANT (ABSENCE DE TAPIS ANTIDÉRAPANT INTÉRIEUR)

But

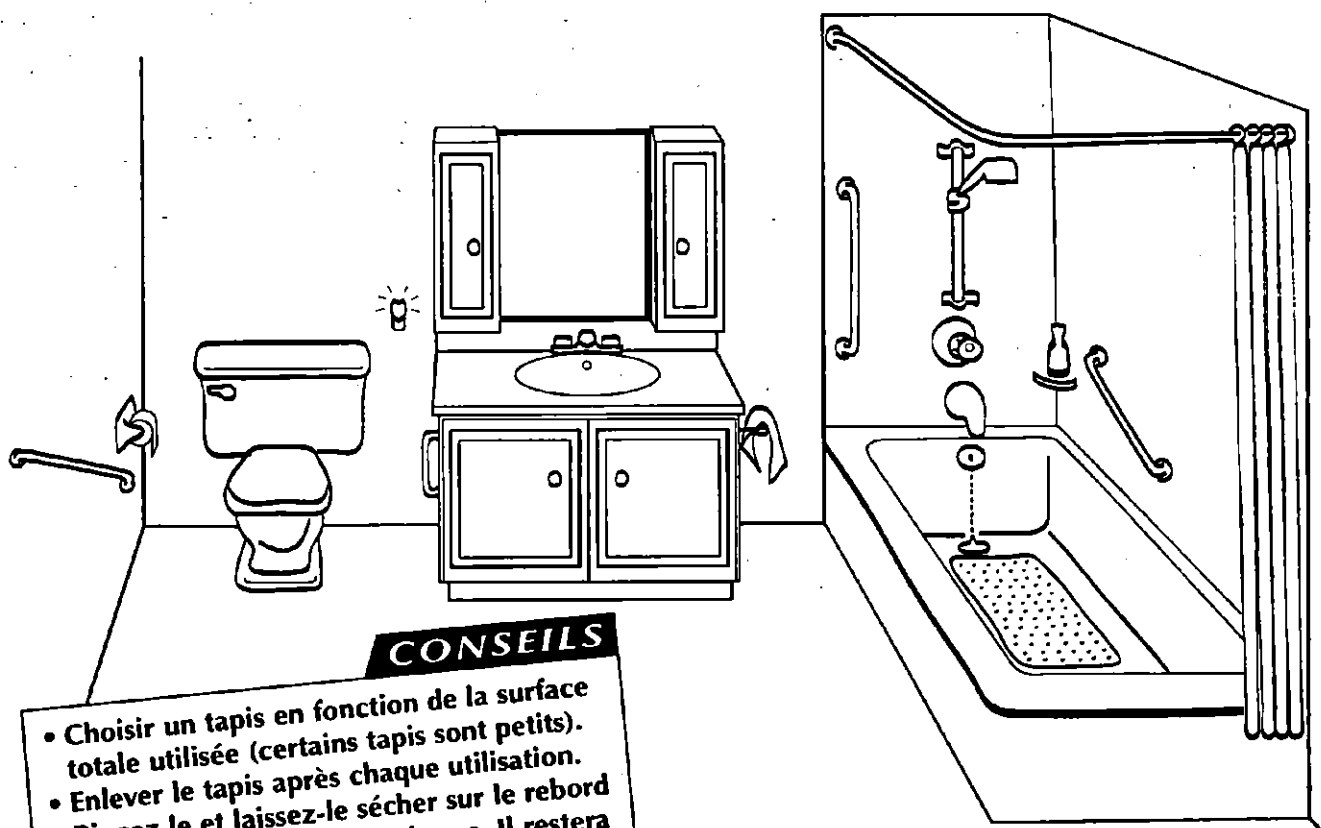
Avoir une baignoire avec un fond antidérapant de façon à éviter de glisser dans la baignoire lors de la prise du bain.

Solutions

- Acheter et utiliser un tapis antidérapant intérieur pour le bain.
- Éviter d'utiliser de l'huile de bain.

Fournisseurs

- Tapis antidérapant : quincaillerie, grands magasins et fournisseurs médicaux (annexe 1), prix approximatif de 12 \$ à 35 \$.



CONSEILS

- Choisir un tapis en fonction de la surface totale utilisée (certains tapis sont petits).
- Enlever le tapis après chaque utilisation. Rincez-le et laissez-le sécher sur le rebord du bain, ventouses sur le dessus. Il restera propre plus longtemps.
- Lorsque le tapis n'adhère plus au fond du bain, c'est qu'il est temps de le changer.
- Pour favoriser l'adhérence des ventouses, mouiller la surface de la baignoire avant de poser le tapis au fond de la baignoire.



20. SORTIE DE LA BAIGNOIRE GLISSANTE (ABSENCE DE TAPIS ANTIDÉRAPANT EXTÉRIEUR)

But

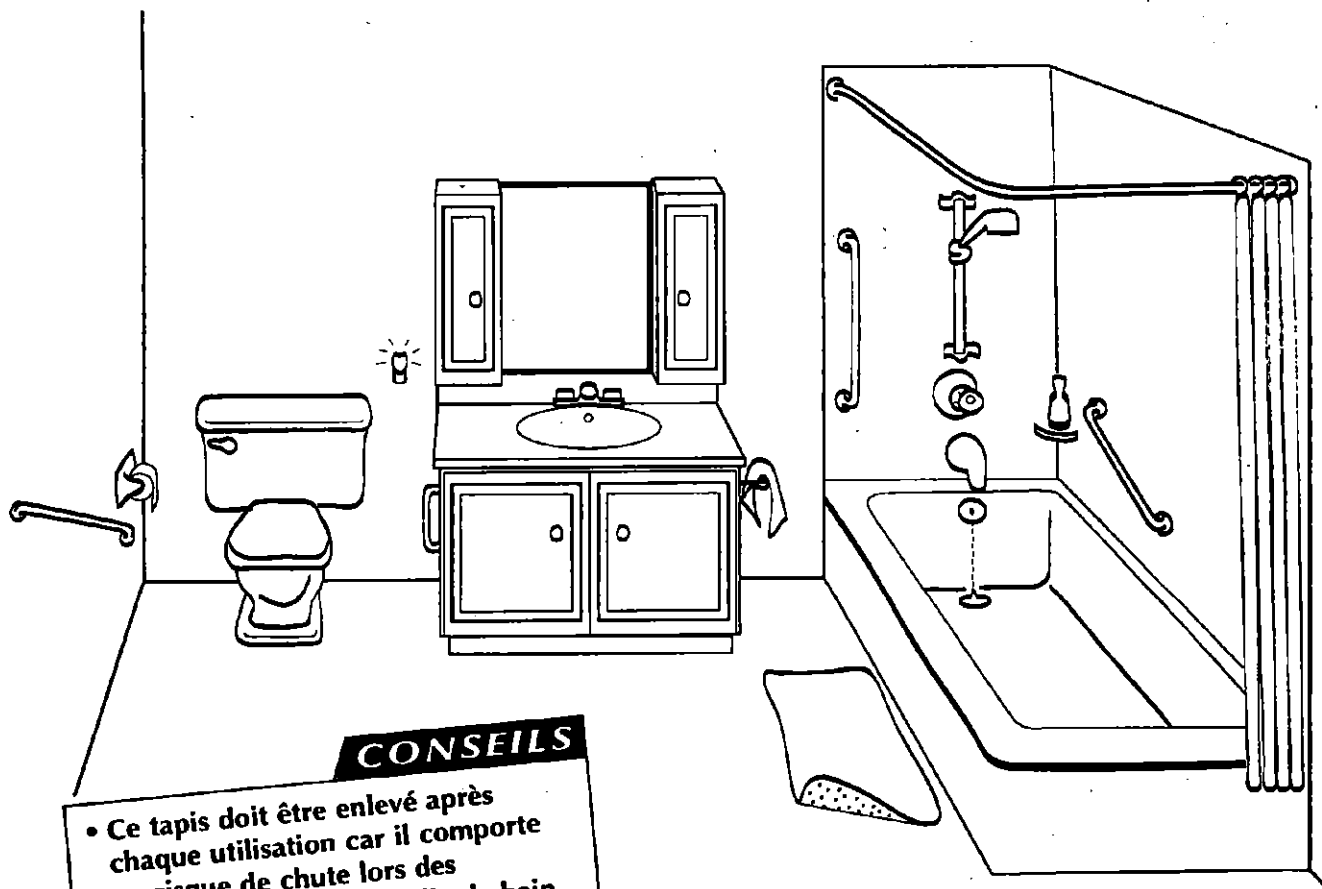
Avoir un tapis antidérapant extérieur de façon à éviter de glisser sur le plancher à la sortie du bain.

Fournisseurs

- Tapis antidérapant : grands magasins, prix approximatif de 6 \$ à 20 \$.

Solution

- Utiliser un tapis antidérapant à la sortie du bain.



CONSEILS

- Ce tapis doit être enlevé après chaque utilisation car il comporte un risque de chute lors des déplacements dans la salle de bain.
- Avec le temps, le caoutchouc de tapis sèche et perd sa propriété d'adhérence. Il est recommandé de le remplacer lorsque celui-ci est instable et n'adhère plus au sol.



21. ABSENCE DE BARRES D'APPUI SOLIDES POUR BAIGNOIRE

1. Barre d'appui murale verticale

But

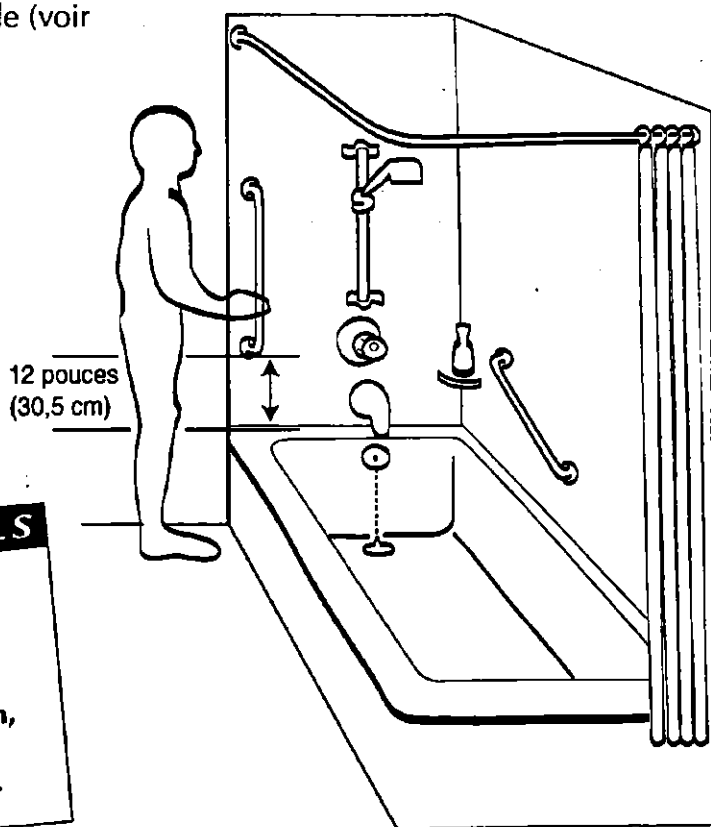
Avoir une barre d'appui verticale de façon à permettre un appui solide pour enjamber le rebord du bain et éviter les pertes d'équilibre.

Solution

- Installer une barre d'appui chromée et striée (pour obtenir une meilleure préhension) d'une longueur de 24 pouces. Elle est généralement installée sur le mur où sont situés les robinets à environ 12 pouces du rebord du bain. S'assurer d'une prise avec un angle de 90° au coude (voir schéma).

Fournisseurs

- Barre d'appui (achat) : quincaillerie et fournisseurs médicaux (voir annexe 1), prix approximatif de 15 \$ à 25 \$.
- Barre d'appui (installation) : fournisseurs médicaux (voir annexe 1), prix approximatif 12 \$ à 25 \$ la barre.
- Bande antidérapante : quincaillerie, prix approximatif de 5 \$ pour un petit rouleau.



CONSEILS

- Si une barre d'appui murale est déjà installée mais n'est pas antidérapante, l'ajout de bandes antidérapantes peut être recommandé.
- Ne jamais s'appuyer sur le porte-savon, le porte-serviettes, les robinets ou la barre supportant le rideau de douche.



21. ABSENCE DE BARRES D'APPUI SOLIDES POUR BAIGNOIRE

2. Barre d'appui murale oblique

But

Avoir une barre d'appui oblique, ce qui permet de se relever de façon sécuritaire du fond du bain ou d'un banc de bain. Elle permet aussi d'assurer la sécurité des soins d'hygiène debout.

Solution

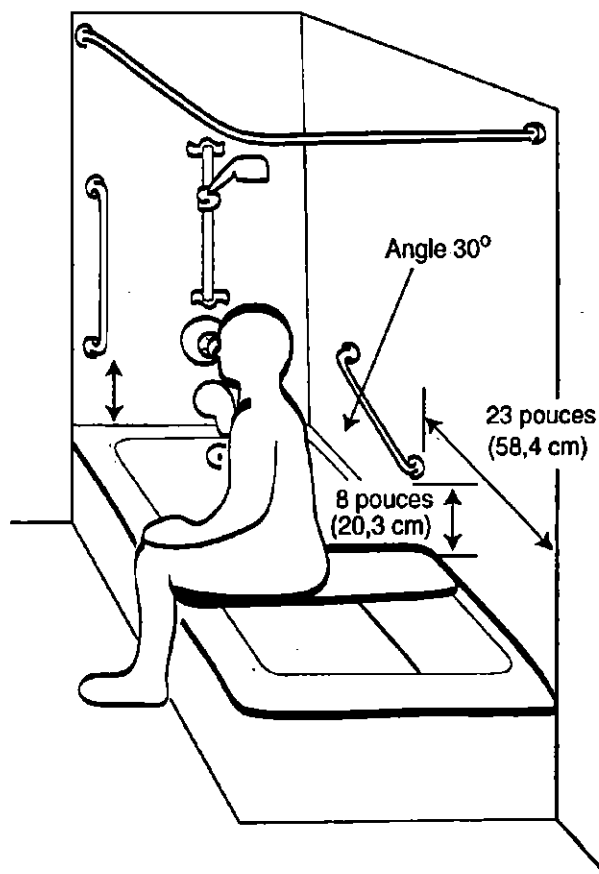
- Installer une barre d'appui chromée et striée (pour obtenir une meilleure préhension) de 32 pouces. Elle est généralement installée à environ 30° sur le mur latéral de la baignoire (voir schéma pour localisation).

CONSEILS

- Si une barre d'appui murale est déjà installée mais n'est pas antidérapante, l'ajout de bandes antidérapantes peut être recommandé.
- Ne jamais s'appuyer sur le porte-savon, le porte-serviettes, les robinets ou la barre supportant le rideau de douche.

Fournisseurs

- Barre d'appui (achat) : quincaillerie et fournisseurs médicaux (voir annexe 1), prix approximatif de 15 \$ à 25 \$.
- Barre d'appui (installation) : fournisseurs médicaux (voir annexe 1), prix approximatif de 12 \$ à 25 \$ la barre.
- Bande antidérapante : quincaillerie, prix approximatif de 5 \$ pour un petit rouleau.





22. REVÊTEMENT GLISSANT AU SOL

But

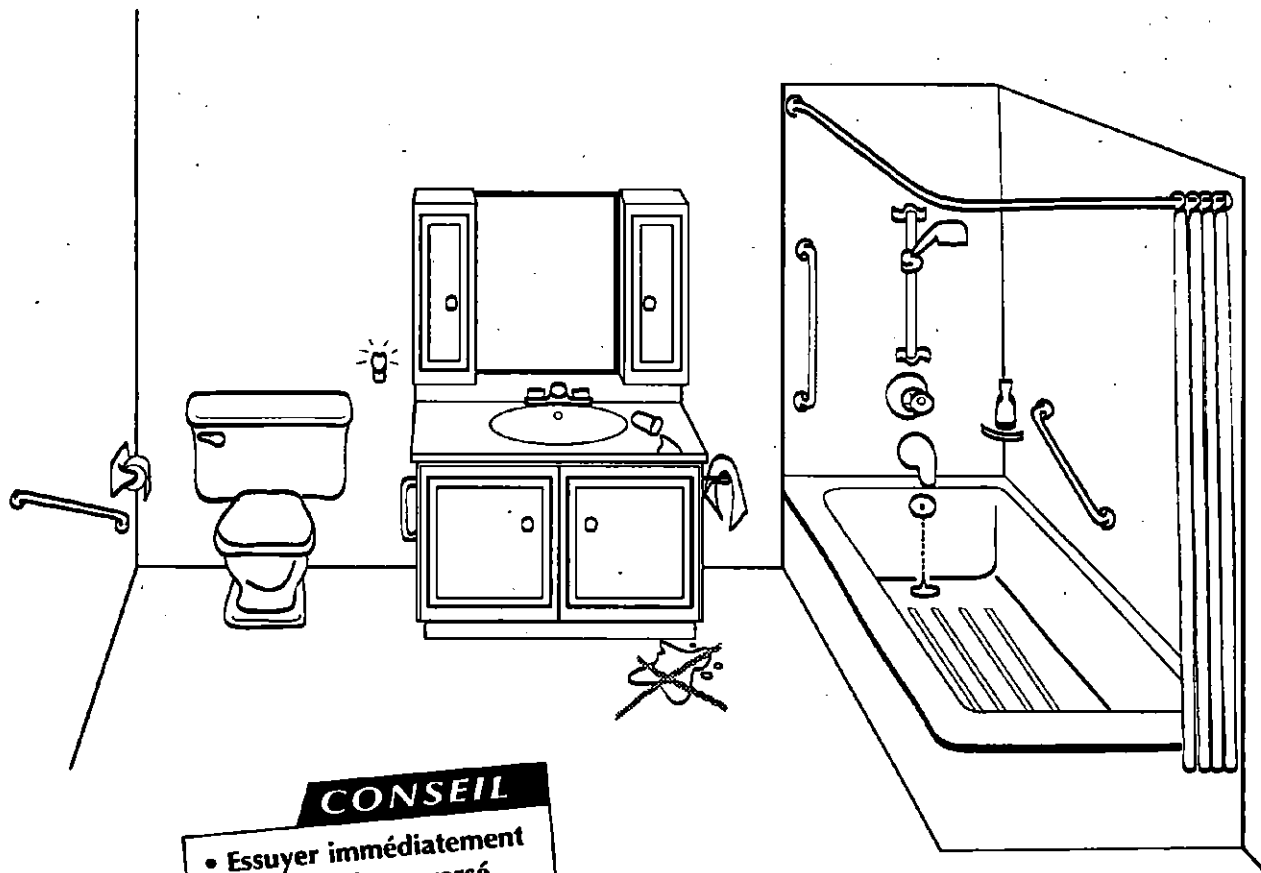
Favoriser l'adhésion des pieds au sol par un revêtement antidérapant.

Solutions

- Ne pas cirer le plancher.
- Mettre des chaussures antidérapantes.

Fournisseurs

- Antidérapant pour céramique : fournisseurs médicaux (annexe 1), prix approximatif de 25 \$ la bouteille, couvre de 50 à 75 pieds carrés.



CONSEIL

- Essuyer immédiatement tout liquide renversé.



BONNES HABITUDES DE VIE DANS LA SALLE DE BAIN

- Placez à votre portée les articles nécessaires lorsque vous faites votre hygiène (savon, shampoing, brosse, serviette).
- Servez-vous des barres d'appui solides et antidérapantes pour vous appuyer. Ne pas vous appuyer sur le porte-savon, le porte-serviettes, les robinets ou la barre supportant le rideau de douche.
- Vérifiez la température de l'eau avant d'entrer dans la baignoire. Vous pouvez aussi faire installer un mitigeur (régulateur thermostatique) pour éviter les brûlures.
- Évitez d'utiliser de l'huile de bain. Utilisez plutôt des sels de bain.
- Un éclairage suffisant est garanti par la lumière du jour qui entre par la fenêtre et une bonne lampe qui éclaire toute la salle de bain sans créer de points d'ombre. En général, une lampe au plafond et une lampe au-dessus du lavabo sont conseillées. L'interrupteur pour la lampe devrait être à l'entrée de la pièce.
- Installez au bas du mur une veilleuse détectant la noirceur de façon à éclairer le chemin pour aller à la salle de bain la nuit.
- Par mesure de sécurité, apportez votre téléphone sans fil dans la salle de bain.
- Si vous vivez seul et que vous êtes physiquement moins en forme, téléphonez à un proche avant et après votre hygiène.
- Si vous avez de la difficulté à vous relever de la toilette, l'utilisation d'une barre d'appui au mur peut faciliter le transfert.



23. AIRES DE DÉPLACEMENT INTÉRIEURES ENCOMBRÉES

But

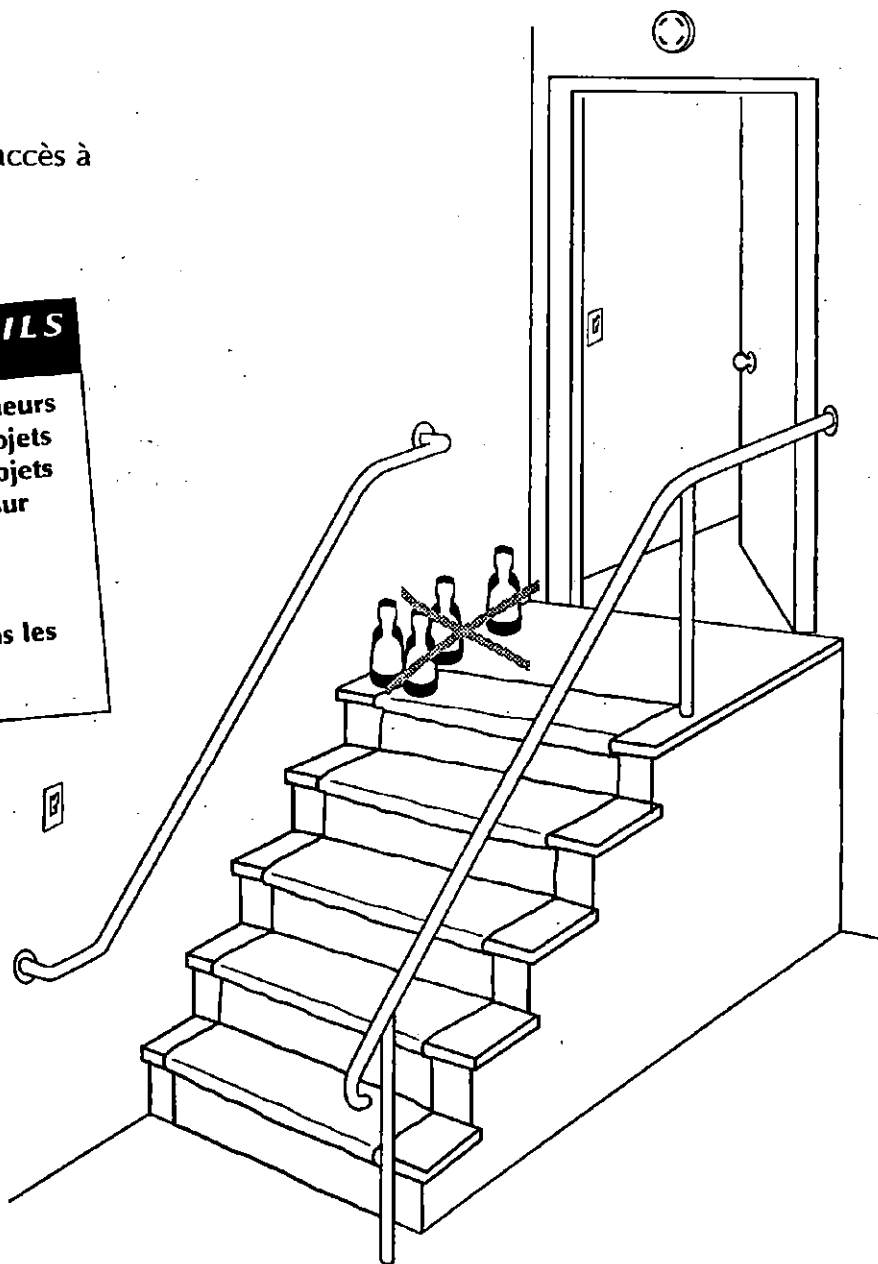
S'assurer que les escaliers et les paliers supérieurs et inférieurs soient toujours libres de tout objet afin d'éviter de s'accrocher et de trébucher.

Solution

- Enlever tout objet limitant l'accès à l'escalier ou à son usage.

CONSEILS

- Si vous ne pouvez pas faire plusieurs déplacements pour ranger les objets au fur et à mesure, placez les objets à un endroit stratégique (ex. : sur une table) ailleurs que dans les escaliers et les ranger lorsque possible.
- Éviter de mettre des objets dans les escaliers.





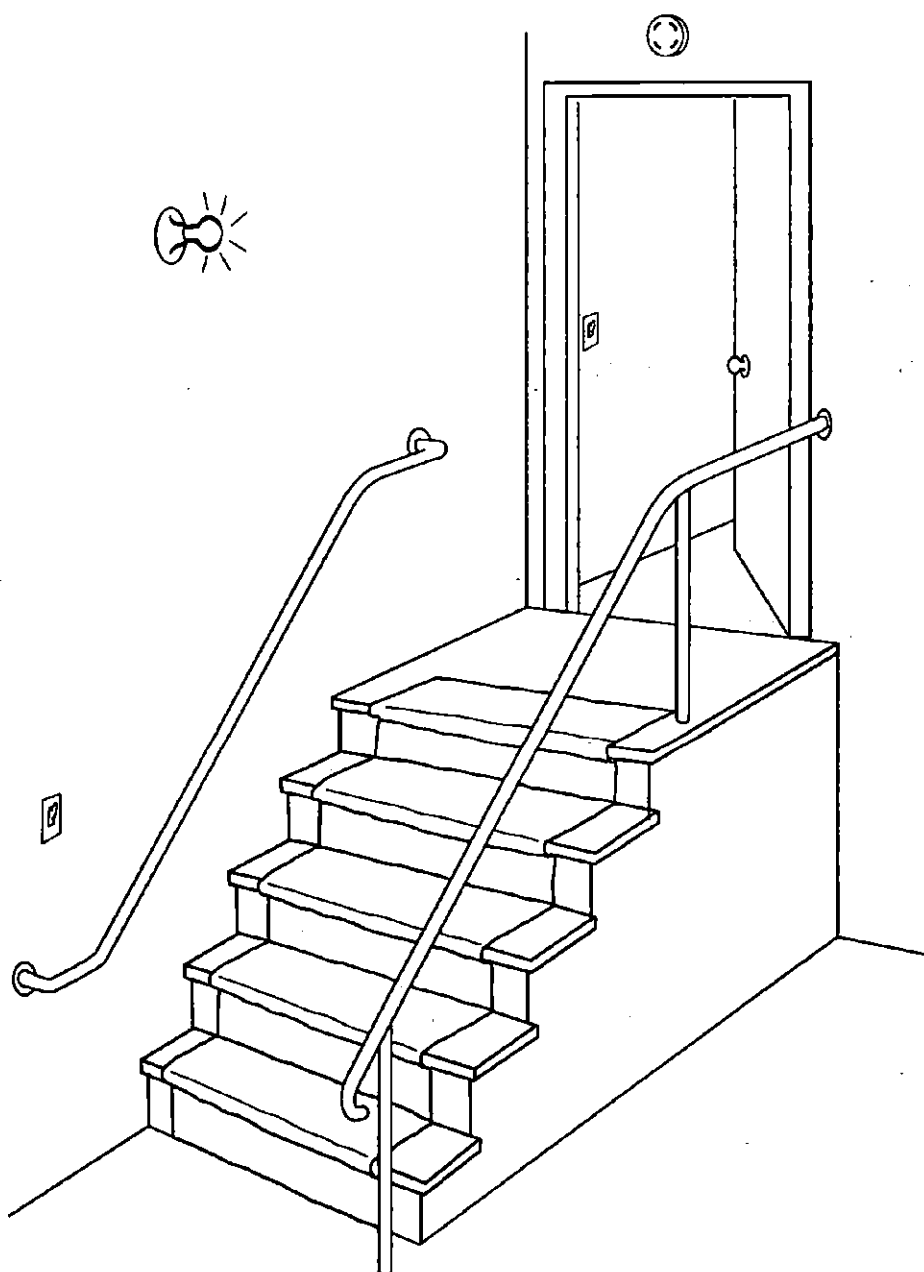
24. PRÉSENCE D'UN TAPIS NON FIXÉ AUX MARCHES

But

Avoir un tapis bien fixé aux marches afin d'éviter que les pieds ne s'accrochent au rebord du tapis, provoquant ainsi une chute.

Solution

- Enlever le tapis ou bien le fixer aux marches.





25. ABSENCE DE MAINS COURANTES BILATÉRALES (RAMPES)

But

Avoir des mains courantes bilatérales (rampes) pour s'assurer des appuis solides et éviter les pertes d'équilibre dans l'escalier.

Solution

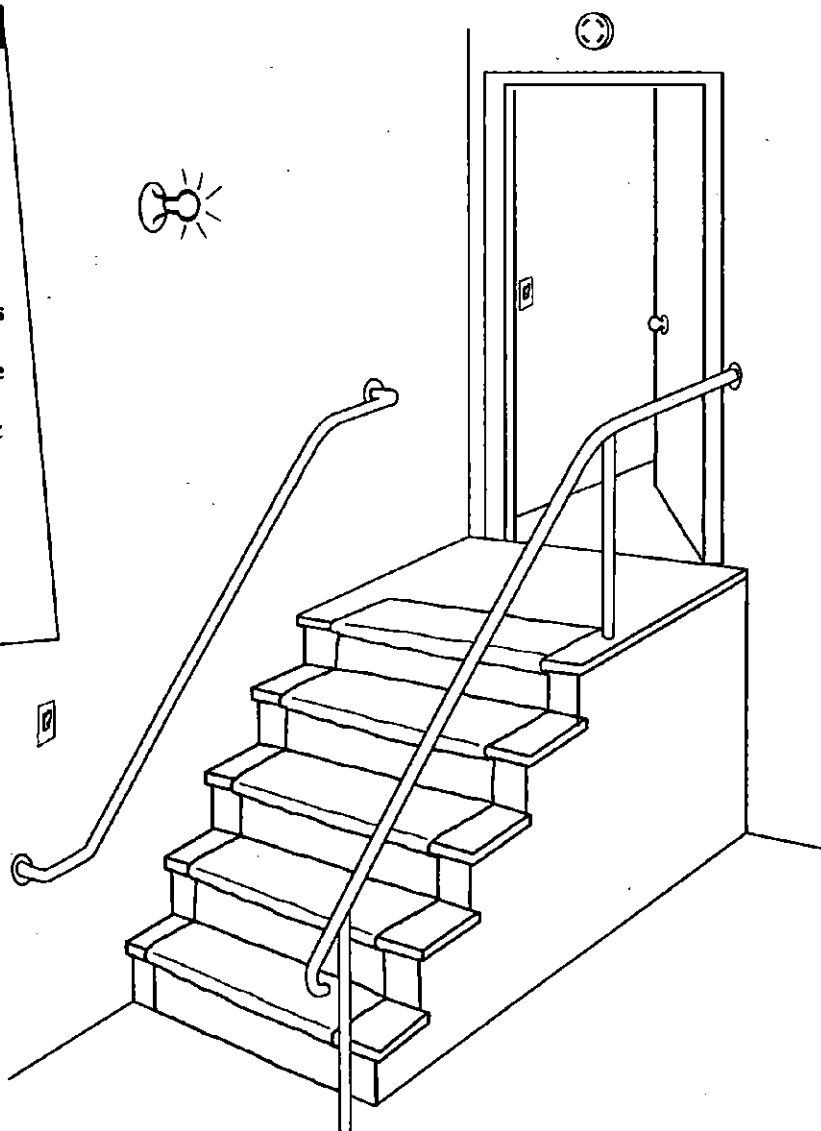
- Ajouter des mains courantes ou des barres d'appui au besoin.

Fournisseurs

- Menuisier : (pages jaunes dans l'annuaire téléphonique), prix approximatif de 28 \$ l'heure.
- Mains courantes : quincaillerie, prix varie selon le matériel choisi et la longueur désirée.
- Barres d'appui (achat) : quincaillerie et fournisseurs médicaux (annexe 1), prix approximatif de 15 \$ à 25 \$ selon la longueur désirée.
- Barres d'appui (installation) : fournisseurs médicaux (annexe 1), prix approximatif 10 \$ à 25 \$ la barre.

CONSEILS

- Les mains courantes (rampes) doivent être placées à une hauteur d'environ 80 cm à 92 cm (31 1/2 à 36 1/4 po) au-dessus des marches. Elles doivent se prolonger d'environ 30 cm (11 1/4 po) en haut et en bas de l'escalier, et être de forme arrondie à l'extrémité pour éviter de s'y accrocher. Enfin, elles doivent être détachées du mur [5cm (2 po) de distance] pour une meilleure préhension.
- Transporter les objets dans un sac à courroies afin d'avoir toujours les mains libres pour permettre l'utilisation des mains courantes. Au besoin, n'hésitez pas à demander l'aide de l'entourage pour transporter des objets.





BONNES HABITUDES DE VIE DANS LES ESCALIERS INTÉRIEURS

- Dégagez les marches et les paliers de tout objet pour éviter l'encombrement.
- Dégagez les murs près des escaliers de tout objet qui pourrait distraire la vue ou nuire à la circulation (cadres, petites tablettes).
- Évitez d'être distrait par l'environnement lors de l'utilisation des escaliers.
- Ayez toujours au moins une main libre pour saisir une rampe en montant ou en descendant l'escalier. Transportez vos objets dans un sac à courroies pour permettre l'utilisation des rampes.
- Gardez toujours une main sur la rampe.
- Évitez de porter des paquets lourds ou encombrants qui peuvent obstruer la vue.
- Demandez, au besoin, de l'aide pour transporter des objets dans les escaliers.
- Circulez lentement dans les escaliers.
- Faites réparer au fur et à mesure l'escalier, les rampes et les paliers.
- Utilisez de bonnes chaussures antidérapantes.
- Utilisez au besoin une canne pour vos déplacements dans les escaliers.

ANNEXE 1

LISTE DES FOURNISSEURS D'AIDES TECHNIQUES

ABC DE L'AUTONOMIE

5350, boul. Henri-Bourassa, bureau 170
Charlesbourg (Québec) G1H 6Y8
Tél. : 623-6619
Téléc. : 623-5295

BOILY INC.

1325, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2N7
Tél. : 683-1746
Téléc. : 683-5746

CENTRE DE STOMIE DU QUÉBEC

1624, 1^{re} Avenue
Québec (Québec) G1L 3L6
Tél. : 522-1268
Téléc. : 522-8294

DÉPANAGO

1451, boul. Charest Ouest
Québec (Québec) G1N 4N7
Tél. : 682-8300
Téléc. : 682-8302

LES ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX LTL

2101, 1^{re} Avenue
Québec (Québec) G1L 3M6
Tél. : 648-9797 (1-800-290-0575)
Téléc. : 648-8989

I.R.D.P.Q. Site François-Charron

Services des aides techniques
525, boul. Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 2S8
Tél. : 649-3700
N.B. Fauteuils roulant usagers disponibles

MÉDICO-CONCEPT

390, boul. Père-Lelièvre
Vanier (Québec) G1M 1M8
Tél. : 686-6688
Téléc. : 686-7656

MÉDI-SÉLECT

670, rue Bouvier, suite 116
Québec (Québec) G2A 1A7
Tél. : 623-3353
Téléc. : 623-1211

PROTHÈSES ORTHÈSES SAVARD

2575, boul. Hamel Ouest
Québec (Québec) G1P 2H9
Tél. : 681-4771 – 681-6381 – 681-3057
Téléc. : 681-1372

ÉQUIPEMENTS PRO-MÉDIC

5356, boul. de la Rive-Sud
Lévis (Québec) G6V 4Z2
Tél. : 838-0278
Téléc. : 838-0382

OU DANS LA PLUPART DES PHARMACIES



Annexe 2

Cahier d'exercices

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Conçu et rédigé par :

Manon Fortier, physiothérapeute
CLSC-CHSLD La Source

Denis Martel, physiothérapeute
Centre d'hébergement St-Augustin de Beauport

Karine Gagné, physiothérapeute
CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières



Programme **MARCHE**

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Table des matières

Recommandations générales et information	C.E. 4
--	--------

Exercices d'assouplissement

A 1. Assouplissement des mollets	C.E. 5
A 2. Assouplissement de la musculature de l'arrière du corps	C.E. 6
A 3. Assouplissement des fléchisseurs de la hanche	C.E. 7

Exercices de renforcement

R 1. Renforcement des fessiers (position couchée)	C.E. 8
R 2. Renforcement des fessiers (position debout)	C.E. 9
R 3. Renforcement des fessiers et des cuisses	C.E. 10
R 4. Renforcement des abducteurs de la hanche	C.E. 11
R 5. Renforcement des cuisses	C.E. 12
R 6. Renforcement des fléchisseurs dorsaux des chevilles	C.E. 13
R 7. Renforcement des mollets	C.E. 14

Exercices d'équilibre

E 1. Transfert latéral de poids	C.E. 15
E 2. Pieds collés	C.E. 16
E 3. Rotation du tronc (regardez derrière vous)	C.E. 17
E 4. Semi-tandem	C.E. 18
E 5. Majorette	C.E. 19
E 6. Grand pas	C.E. 20
E 7. Déplacement avant-arrière, position de grand pas	C.E. 21
E 8. Équilibre sur une jambe (flamant rose)	C.E. 22
E 9. Mouvement du bassin vers l'avant et vers l'arrière	C.E. 23
E 10. Mouvement d'un pendule inversé	C.E. 24

Recommandations générales et information

- Prenez soin de bien respirer, c'est-à-dire de ne pas bloquer votre respiration lorsque vous exécutez les exercices.
- Portez vos chaussures habituelles pour faire les exercices.
- Faites les exercices _____ fois par jour.
- Répétez vos séances d'exercices _____ fois par semaine.
- Les exercices de renforcement peuvent faire apparaître des raideurs. Celles-ci devraient diminuer au cours de la journée suivante.

- Si une douleur apparaît :
 - A. Reprenez la position de départ
 - B. Si la douleur persiste, cessez l'exercice et recommencez le lendemain
 - C. Si la douleur persiste, cessez jusqu'à la prochaine visite du physiothérapeute
- Pour toute information supplémentaire, contactez votre physiothérapeute :

Tél. : _____

A 1. ASSOUPPLISSEMENT DES MOLLETS

Position de départ :

Placez-vous debout face à un mur, à une distance d'environ trois pieds.



Mouvement à faire :

Faites un grand pas vers l'avant avec une jambe et placez vos mains contre le mur. Déplacez votre corps vers l'avant en gardant le genou de la jambe arrière bien droit et le talon au sol. Reprenez la position de départ.

Tenez la position de ____ à ____ secondes.

Répétez 5 fois.

Changez de jambe
et répétez l'exercice 5 fois.



A 2. ASSOUPPLISSEMENT DE LA MUSCULATURE DE L'ARRIÈRE DU CORPS

Position de départ :

Placez-vous dos au mur, les talons à une distance de 3 pouces du mur. Placez un bottin téléphonique ou une pente sous la moitié avant de vos pieds.

Mouvement à faire :

Collez les fesses, le dos et la tête au mur tout en gardant les jambes bien droites. Rentrez le menton.

Maintenez la position d'étirement de ____ à ____ secondes.

Répétez _____ fois.



A 3. ASSOUPPLISSEMENT DES FLÉCHISSEURS DE LA HANCHE

Position de départ :

Couchez-vous sur le dos au bord de votre lit, légèrement de biais. Pliez vos 2 jambes pour avoir les 2 pieds à plat sur le matelas.

Mouvement à faire :

Placez une jambe à l'extérieur et laissez-la pendre. L'autre jambe est pliée (talon près de la fesse). Le dos doit être bien appuyé contre le matelas. Revenez à la position de départ.

Tenez la position d'assouplissement 30 secondes.

Répétez _____ fois.

Répétez le mouvement avec l'autre jambe en changeant de position sur le lit.



**R 1. RENFORCEMENT DES
FESSIERS** (POSITION COUCHÉE)

Position de départ :

Couchez-vous sur le dos avec un rouleau (exemple : une grosse bouteille d'eau ou de boisson gazeuse de 4 à 5 pouces de diamètre entourée d'une serviette) sous vos genoux.



Mouvement à faire :

Soulevez vos fesses tout en poussant vos genoux vers le bas contre le rouleau. Baissez vos fesses.

Tenez la position 5 secondes.

Répétez _____ fois.



Exercices de renforcement

R 2. RENFORCEMENT DES FESSIERS (POSITION DEBOUT)

Position de départ :

En position debout, prenez appui sur un objet fixe : le comptoir de cuisine ou le dossier d'une chaise.



Mouvement à faire :

Étendez une jambe vers l'arrière, tout en gardant le dos droit et en regardant devant vous.

Tenez la position ____ secondes.

Répétez _____ fois.

Répétez le même exercice avec l'autre jambe.



R 3. RENFORCEMENT DES FESSIERS ET DES CUISSSES

Position de départ :

Placez-vous en bas d'un escalier sécuritaire,
tout en vous tenant sur une rampe.



Mouvement à faire :

Montez une marche avec la jambe gauche
en premier. Puis, redescendez-la avec la
jambe gauche en premier.

Répétez _____ fois.

Montez une marche avec la jambe droite en
premier. Puis, redescendez-la avec la jambe
droite en premier.

Répétez _____ fois.

***Si un escalier n'est pas disponible, utilisez
un bloc de 6 à 8 pouces d'épaisseur.***



**R 4. RENFORCEMENT DES
ABDUCTEURS DE LA
HANCHE**

Position de départ :

Couchez-vous sur le côté droit avec le genou droit plié.



Mouvement à faire :

Élevez votre jambe gauche en gardant le genou bien allongé. Ne tournez pas votre corps. Gardez vos épaules en ligne avec votre bassin. Baissez votre jambe.

Tenez la position 5 secondes.

Répétez _____ fois.

Répétez l'exercice en étant couché sur le côté gauche.



**R 5. RENFORCEMENT
DES CUISSSES**

Position de départ :

Debout, face à un comptoir. Prenez appui avec vos mains sur celui-ci. Prenez soin de répartir le poids également sous les 2 pieds.

Mouvement à faire :

Pliez les 2 genoux tout en penchant légèrement le tronc vers l'avant. Vous devriez sentir la contraction au niveau des cuisses.

Tenez la position pliée pendant
___ à ___ secondes et redressez-vous.

Répétez _____ fois.



Exercices de renforcement

R 6. RENFORCEMENT DES FLÉCHISSEURS DORSAUX DES CHEVILLES

Position de départ :

Debout, de face ou de côté au comptoir.
Tenez-vous d'une main sur le comptoir.
Placez vos pieds à la largeur de vos épaules.

Mouvement à faire :

Déplacez votre poids sur vos talons de
façon à remonter le bout de vos pieds.
Redescendez vos pieds au sol.

Répétez _____ fois.



R 7. RENFORCEMENT DES MOLLETS

Position de départ :

Debout, face à l'évier de cuisine. Placez vos pieds à la largeur de vos épaules.



Mouvement à faire :

Montez sur la pointe des pieds sans pencher le corps vers l'avant.

Tenez la position 5 secondes.

Répétez _____ fois.

Variante 1 : faites le même exercice mais en accélérant le mouvement.

Variante 2 : lorsque l'exercice devient trop facile, soulevez un pied du sol et montez sur la pointe d'un seul pied.

Recommencez de l'autre côté.

Répétez 10 à 15 fois de chaque côté.



E 1. TRANSFERT LATÉRAL DE POIDS

Position de départ :

Debout, pieds écartés, face au comptoir de cuisine avec les jambes bien droites.
Placez vos mains au-dessus du comptoir pour y prendre appui au besoin.



Mouvement à faire :

Déplacez votre poids sur la jambe gauche, puis sur la jambe droite.

Répétez _____ fois.



E 2. PIEDS COLLÉS

Position de départ :

Debout, près du comptoir de cuisine.

Mouvement à faire :

Collez les 2 pieds ensemble et maintenez votre équilibre pendant ____ à ____ secondes.

Augmentez progressivement jusqu'à 1 minute.

Répétez _____ fois.



E 3. ROTATION DU TRONC
(regardez derrière vous)

Position de départ :

Debout, dos au comptoir de cuisine, sans le toucher. Les pieds sont écartés à la largeur des épaules.



Mouvement à faire :

Tournez le haut du corps et la tête le plus loin possible vers la droite sans perdre l'équilibre, puis vers la gauche.

Répétez _____ fois
de chaque côté.



E 4. SEMI-TANDEM

Position de départ :

Debout, près du comptoir de cuisine.



Mouvement à faire :

Collez les 2 pieds mais avec 1 pied légèrement plus avancé que l'autre (talon vis-à-vis les orteils de l'autre pied).

Maintenez votre équilibre pendant _____ secondes.

Recommencez avec l'autre pied à l'avant.

Répétez _____ fois de chaque côté.



E 5. MAJORETTE

Position de départ :

Debout, de côté au comptoir de cuisine.



Mouvement à faire :

Levez un pied à 7 pouces (hauteur d'une marche d'escalier) du sol en alternance avec l'autre pied (marche des majorettes).

Augmentez le temps que le pied est levé (exemple : 1 seconde puis 2 secondes).

Répétez _____ fois.



E 6. GRAND PAS

Position de départ :

Debout, de côté au comptoir de cuisine.



Mouvement à faire :

Faites un grand pas et tenez la position 30 secondes. Recommencez avec l'autre pied.

Répétez _____ fois.



E 7. DÉPLACEMENT AVANT- ARRIÈRE, POSITION DE GRAND PAS

Position de départ :

Debout, de côté au comptoir de cuisine.



Mouvement à faire :

Faites un grand pas. Déplacez votre poids sur le pied qui est devant puis sur le pied qui est derrière sans déplacer les pieds.

Répétez _____ fois.



**E 8. ÉQUILIBRE SUR UNE
JAMBE (FLAMANT ROSE)**

Position de départ :

Debout, dos au coin du comptoir de cuisine ou de côté à celui-ci. Tenez-vous légèrement avec vos mains sur le comptoir.

Mouvement à faire :

Levez lentement la jambe gauche pour vous tenir en équilibre sur votre jambe droite. Tenez la position le plus longtemps possible (de ____ à ____ secondes).

Si cela est trop facile, retirez lentement les mains qui sont en appui sur le comptoir. Faites le même exercice en levant la jambe droite.

Répétez _____ fois.
de chaque côté.



**E 9. MOUVEMENT DU BASSIN
VERS L'AVANT ET VERS
L'ARRIÈRE**

Position de départ :

Debout, pieds écartés à la largeur des épaules, mains sur les hanches.



Mouvement à faire :

Avancez le bassin vers l'avant puis vers l'arrière. La tête doit demeurer au-dessus de vos pieds.

Répétez _____ fois.

Variante 1 : répétez le même mouvement de droite à gauche.

Répétez _____ fois
de chaque côté.



E 10. MOUVEMENT D'UN PENDULE INVERSÉ

Position de départ :

Debout, pieds écartés à la largeur des épaules, bras allongés le long du corps.



Mouvement à faire :

Balancez le corps en bloc le plus loin possible vers l'avant, puis vers l'arrière; les pieds restant au sol.

Répétez _____ fois.

Variante 1 : balancez le corps en bloc, de droite à gauche.

Répétez _____ fois
de chaque côté.





Annexe 3

Calendrier d'exercices

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

Conçu et rédigé par :

Manon Fortier, physiothérapeute
CLSC-CHSLD La Source

Denis Martel, physiothérapeute
Centre d'hébergement St-Augustin de Beauport

Programme
MARCHE

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

CALENDRIER D'EXERCICES

Directives : Vous cochez à chaque jour les exercices que vous faites

		Exercices					
Jour	Date						
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							
Lundi							
Mardi							
Mercredi							
Jeudi							
Vendredi							

Nom de l'intervenant

Nom du client



Annexe 4

Journal personnel des chutes

Mécanismes impliqués
dans la survenue
d'une chute

Histoire de la chute
et aide-mémoire

Préparé par :

Manon Fortier, physiothérapeute
CLSC-CHSLD La Source

Programme
MARCHE

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

L'annexe 4 fournit de l'information sur les mécanismes impliqués dans la survenue d'une chute, propose une feuille d'histoire de la chute et un aide-mémoire servant à l'interprétation des données recueillies par l'histoire de la chute.

Le Journal personnel des chutes permettra de recueillir l'histoire la plus précise possible des circonstances entourant la chute. Cette précision de l'histoire pourra permettre de déterminer la ou les causes de la chute et ainsi les prévenir.

Lors de la première visite du physiothérapeute, la feuille Histoire de la chute sera utilisée pour élaborer l'histoire des différents épisodes de chute antérieurs à la prise en charge du client. L'évaluation en physiothérapie permettra d'orienter l'intervention vers certaines causes intrinsèques ou extrinsèques. La feuille Histoire de la chute sera utilisée pour tout épisode subséquent.

Le Journal personnel des chutes constitué d'une page couverture et de trois à quatre copies de feuille Histoire de la chute sera laissé au client ou à l'aidant naturel. L'utilisation du Journal diminuera la discordance entre ce qui est rapporté et ce qui est vraiment arrivé lors de la chute. La discordance sera diminuée par le fait que le Journal sera complété le plus tôt possible après la chute.

MÉCANISMES IMPLIQUÉS

Selon Maki et McIlroy (1996), deux conditions doivent être présentes pour qu'une chute survienne :

- 1) il doit y avoir une perturbation ;
- 2) il doit y avoir une incapacité du système du contrôle postural à compenser la perturbation.

Occasionnellement, une chute survient lorsqu'une perturbation physiologique interrompt momentanément la fonction du système de contrôle postural en interférant avec la perfusion des centres du contrôle postural (p. ex. : ischémie cérébrale transitoire, hypotension orthostatique, arythmie cardiaque, occlusion des artères vertébrales lors des mouvements du cou) ou en interrompant les systèmes sensori-moteurs (épisodes d'étourdissement ou de vertige).

Nous pouvons donc décrire trois formes de perturbations provoquant les chutes :

- ✓ **Perturbation mécanique** : changement au niveau des forces qui agissent sur le corps soit en déplaçant le centre de masse au-delà de la base de support ou qui empêche la base de support d'être alignée sous le centre de masse. La force peut être imposée par l'environnement ou lors des mouvements volontaires.
 - Perturbation du centre de masse imposée (poussée par l'impact d'une porte, par un objet mobile, etc.)
 - Perturbation du centre de masse autoinduite (s'asseoir, se pencher, enfiler un manteau, tourner, se lever)
 - Perturbation de la base de support (glisser, trébucher, collision avec obstacles, s'accrocher les pieds)
- ✓ **Perturbation des afférences** : changement au niveau de la nature des informations provenant de l'environnement. Il y a alors création de conflits entre les stimuli afférents visuels, vestibulaires ou somatosensoriels.
 - Perte de la vision (manteau sur la tête)
 - Changement de la vision (de la noirceur à la lumière)
 - Incongruité visuelle (foule qui bouge, revêtement avec motifs dans un escalier, etc.)
- ✓ **Perturbation physiologique** :
 - Se lever d'une chaise, se lever du lit (hypotension orthostatique)
 - Tourner la tête (insuffisance vertébro-basilaire, occlusion de l'artère vertébrale)

Il est important d'envisager une perturbation physiologique en cas d'absence de perturbation mécanique ou des afférences.

Lors de **perturbations physiologiques**, il est très utile de noter s'il y a eu perte de conscience ou pas. S'il y a eu perte de conscience, les causes possibles se divisent en causes cardiovasculaires ou neurologiques.



✓ **Cardiovasculaires :**

- ▶ Hypotension orthostatique : elle peut être causée par l'hypovolémie spécialement lors des températures chaudes, la polymédication et la neuropathie du système nerveux autonome (diabète). La diminution de sensibilité des barorécepteurs chez la personne âgée (la tension artérielle n'est pas toujours compensée par la fréquence cardiaque) augmente la sensibilité des personnes âgées à l'hypotension.
- ▶ Hypersensibilité du sinus carotidien : normalement la fréquence cardiaque et la tension artérielle diminuent légèrement avec la stimulation du sinus carotidien. La réponse est augmentée chez la personne âgée et peut causer de la bradycardie ou de l'hypotension. Ce phénomène est fréquemment associé aux pathologies cardiovasculaires (HTA), au diabète et à la médication qui supprime l'activité nodale (digoxine ou bêtabloquant). Une syncope précédée par une rotation de tête peut indiquer une hypersensibilité du sinus carotidien ou une compression de l'artère vertébrale.
- ▶ Hypotension post-prandiale : la pression systolique diminue en moyenne de 25 mmHg, une heure après le repas sans compensation de la fréquence cardiaque chez le tiers des personnes âgées.
- ▶ Syncope post-toux ou miction : une perte de conscience peut survenir lorsqu'il y a une augmentation de la pression intra-abdominale, ce qui diminue le retour veineux. Cela entraîne une diminution du débit cardiaque et une diminution de la perfusion cérébrale.
- ▶ Arythmies cardiaques : l'arythmie, particulièrement les bradycardies associées à la maladie du sinus, peut entraîner des pertes de conscience subites.
- ▶ Maladies valvulaires (spécialement les sténoses aortiques et les cardiomyopathies) peuvent diminuer le volume d'éjection systolique et provoquer la perte de conscience.

✓ **Neurologiques :**

- ▶ L'accident vasculaire cérébral (AVC) : peut se présenter initialement sous forme de chute, mais les signes cliniques évoluent rapidement.
- ▶ L'épilepsie : peut survenir occasionnellement chez la personne âgée, mais est habituellement secondaire à un problème néoplasique ou métabolique.

S'il n'y a pas eu de perte de conscience, il peut s'agir d'un drop-attack.

- ▶ Drop-attack : brusque suspension du tonus postural entraînant la chute par le dérobage des jambes, sans perte de conscience. Ce phénomène est attribué à une ischémie paroxystique du tronc cérébral, consécutive à l'insuffisance vertébro-basilaire. Habituellement, la personne est incapable de se tenir debout sans assistance après la chute.

L'analyse de la chute découlant de l'histoire pourra se faire en fonction des trois types de perturbations décrites plus haut :

- 1) chute par perturbation mécanique de type centre de masse ou base de support ;
- 2) chute par perturbation des afférences ;
- 3) chute par perturbation physiologique.

Le physiothérapeute interviendra dans les deux premiers types. Une référence au médecin traitant devra être faite si la chute est causée par une perturbation physiologique ou s'il y a des doutes qu'il puisse y avoir une perturbation physiologique en plus des perturbations mécaniques ou des afférences puisque plusieurs conditions peuvent coexister.



Journal personnel des chutes

Préparé par :

Manon Fortier, physiothérapeute
CLSC-CHSLD La Source

Les chutes ne font pas partie du vieillissement normal.
Plusieurs causes entraînant les chutes peuvent être traitées.
Dans le but de les prévenir, nous avons besoin d'avoir le plus d'informations
possibles au sujet de vos chutes.
Aidez-nous à vous aider !

En cas de chute, veuillez communiquer avec :

Téléphone : _____

**Programme
MARCHE**

Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire

HISTOIRE DE LA CHUTE

- 1.** Date de la chute : _____
- 2.** Endroit de la chute : _____
- 3.** Heure de la journée : _____
- 4.** Témoins : _____

5. AVANT LA CHUTE (quelques secondes avant)	OUI	NON
– Je portais mes lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je me suis levé(e) de la position couchée ou assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je marchais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– J'ai trébuché ou glissé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– J'ai regardé vers le haut ou sur les côtés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je plaçais quelque chose dans une armoire haute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je me suis penché(e) et je me suis relevé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je viens de prendre un repas, il y a moins d'une heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– J'ai toussé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Après être allé(e) à la toilette (urine ou selle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– J'ai pris de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Je pense avoir perdu conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Description ou détails: _____		

6. SYMPTÔMES PRÉCÉDANT LA CHUTE	OUI	NON
– Étourdissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Douleur à la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Palpitation cardiaque (cœur rapide, lent, sauter des coups)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vertige (sensation « que ça tourne »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Vision brouillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Difficulté à parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Faiblesse d'une ou des deux jambes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Marche comme « si j'étais en boisson »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Incontinence (perte d'urine ou de selle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Se mordre la langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Mal dans le cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– Bourdonnement dans les oreilles avec difficulté à entendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Si vous avez des *étourdissements ou vertiges* : OUI

- Sont-ils continus (sans arrêt) ☐
- Ou intermittents (par périodes) ☐

8. *Durée* des étourdissements :

- Moins de 1 minute ☐
- Entre 20 minutes et 2 heures ☐
- Entre 2 heures et 2 jours ☐

9. *Apparition* des étourdissements :

- Soudain ☐
- Graduel ☐

10. Quel *accessoire de marche* utilisiez-vous *avant la chute* ?

- ☐ canne ☐ quadripode ☐ marchette ☐ aucun

11. Quel *type de chaussure* portiez-vous *lors de la chute* ?

- ☐ aucune ☐ pantoufles
☐ souliers, semelles régulières ☐ souliers avec un dessous spécial

12. *Combien de temps* êtes-vous demeuré(e) au sol ?

13. Avez-vous eu besoin d'aide à vous relever du sol ?

- ☐ Non ☐ oui, d'une personne ☐ oui, de deux personnes

14. Vous êtes-vous *blessé* ?

- ☐ Oui : à quel endroit de votre corps ? _____
☐ Non

15. Avez-vous *réduit vos activités* suite à cette chute?

- ☐ Oui ☐ Non

16. Tombez-vous toujours dans les mêmes circonstances ?

- ☐ Oui ☐ Non

17. Votre médecin a-t-il changé votre médication récemment ?

- ☐ Oui ☐ Non

RAPPORT COMPLÉTÉ PAR _____ DATE : _____

Analyse de la chute : _____

Signature du physiothérapeute : _____

HISTOIRE DE LA CHUTE – AIDE-MÉMOIRE

Cet aide-mémoire vise à orienter vers certaines hypothèses pathologiques. Cependant, d'autres éléments sont nécessaires pour établir un diagnostic.

1. **Date de la chute :** _____
2. **Endroit de la chute :** _____
3. **Heure de la journée :** _____
4. **Témoins :** _____

5. Avant la chute (quelques secondes avant) ➡ tâche effectuée, circonstances	
✓ Je portais mes lunettes	Compensation du déficit visuel
✓ Je me suis levé(e) de la position couchée ou assise	Hypotension orthostatique (HTO)
✓ Je marchais	Trouble de la marche ou de l'équilibre, déficit de l'attention
✓ J'ai trébuché ou glissé	Trouble de l'équilibre, trouble visuel ou facteur environnemental
✓ J'ai regardé vers le haut ou sur les côté	Insuffisance vertébro-basilaire (IVB), vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB), hypersensibilité du sinus carotidien
✓ Je plaçais quelque chose dans une armoire haute	Sous-clavière voleuse, IVB, VPPB, hypersensibilité du sinus carotidien
✓ Je me suis penché(e) et je me suis relevé(e)	VPPB
✓ Je viens de prendre un repas, il y a moins d'une heure	Hypotension post-prandiale
✓ J'ai toussé	↑ pression intra-abdominale, ↓ retour veineux, ↓ débit cardiaque, ↓ perfusion cérébrale
✓ Après être allé(e) à la toilette (urine ou selle)	↑ pression intra-abdominale, ↓ retour veineux, ↓ débit cardiaque, ↓ perfusion cérébrale
✓ J'ai pris de l'alcool	Effet sur le système nerveux central
✓ Je pense avoir perdu conscience	Syncope (facteurs cardiovasculaires)
✓ Description ou détails	Autres éléments non mentionnés ci-haut

6. Symptômes précédant la chute	
✓ Étourdissements	Se référer au document sur les étourdissements (disponible sur demande auprès de Manon Fortier, pht)
✓ Douleur à la poitrine	Pathologie cardiaque
✓ Palpitation cardiaque (cœur rapide, lent, sauter des coups)	Trouble du rythme
✓ Vertige (sensation que « ça tourne »)	VPPB, lésions cérébrovasculaires, ischémie cérébrale transitoire vertébro-basilaire (ICTvb), accident vasculaire cérébral vertébro-basilaire (AVCvb), labyrinthite aiguë, neuronite
✓ Vision brouillée	IVB, ICT vertébrobasilaire
✓ Faiblesse ou engourdissement d'un côté du corps	AVC, IVB
✓ Difficulté à parler	AVC, ICT
✓ Faiblesse d'une ou des deux jambes	↓ force musculaire, drop-attack
✓ Marche comme « si j'étais en boisson »	AVC, déficits neuro-sensoriels multiples, perte vestibulaire sévère uni ou bilatérale, neuropathie périphérique, maladie cérébelleuse
✓ Incontinence (perte d'urine ou de selle)	Convulsion
✓ Se mordre la langue	Convulsion
✓ Mal dans le cou	Étourdissements cervicaux, proprioception cervicale
✓ Bourdonnement dans les oreilles avec difficulté à entendre	Maladie de Ménière

7. Si vous avez des étourdissements ou vertige	
✓ Sont-ils continus ?	AVC
✓ Ou intermittents ?	VPPB, ICT, maladie de Ménière

8. Durée des étourdissements	
✓ Moins de 1 minute	VPPB
✓ Entre 20 minutes et 2 heures	ICT
✓ Entre 2 heures et 2 jours	Maladie de Ménière

9. Apparition des étourdissements	
✓ Soudain	Problèmes vasculaires, cardiaques, infectieux ou traumatiques
✓ Graduel	Induit par médication, pathologies chroniques, processus dégénératif, psychologique

10. Quel accessoire de marche utilisiez-vous avant la chute ?
‣ *compensation adéquate ou non du trouble de l'équilibre*

11. Quel type de chaussures portiez-vous lors de la chute ?
‣ *chaussures assurant une bonne stabilité des pieds*

12. Combien de temps êtes-vous demeuré(e) au sol ?
‣ *évalue la probabilité du syndrome post-chute, en référence à la durée prolongée au sol*

13. Avez-vous eu besoin d'aide pour vous relever du sol ?
‣ *capacité du client à se relever du sol avec aide ou sans aide*

14. Vous êtes-vous blessé(e) ?
‣ *évalue la sévérité des blessures*

15. Avez-vous réduit vos activités suite à cette chute ?
‣ *évalue la possibilité d'un syndrome post-chute*

16. Tombez-vous toujours dans les mêmes circonstances ?
‣ *évalue la répétition du facteur de risque ou toute combinaison des différents facteurs en cause*

17. Votre médecin a-t-il changé votre médication récemment ?
‣ *effet de la médication*

ANALYSE DE LA CHUTE (se référer au texte précédent)
‣ *Chute par perturbation mécanique de type centre de masse ou bas de support*
‣ *Chute par perturbation des afférences*
‣ *Chute par perturbation physiologique*