TROUSSE D'OUTILS POUR L'INTERVENTION DES AMBULANCIERS EN CAS DE CHUTE

Remerciements :
Le groupe Provincial Leadership Geriatrics Ontario a partagé ses travaux fondateurs sur le développement des compétences initiales en paramédecine communautaire, découlant du programme de gestion des urgences gériatriques et des outils cliniques qui ont servi à élaborer la trousse d'outils pour l'intervention des ambulanciers en cas de chute.

Cette trousse d'outils comprend des protocoles d'évaluation conçus et mis à l'essai par les services médicaux d'urgence de Superior North, les services paramédicaux de Toronto et le GTA Rehab Network. La trousse d'outils pour l'intervention des ambulanciers en cas de chute a été mise à jour pour inclure ces éléments. Un grand merci à ces partenaires indispensables!

Cette trousse contient des outils d'évaluation et de dépistage pouvant servir dans le cadre du diagramme d'intervention des ambulanciers en cas de chute :
https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2023/04/RCA-Paramedic-Post-Fall-Rehabilitative-Care-Pathway.pdf

Table des matières de la trousse d'outils :

	Page
Diagramme d'intervention des ambulanciers en cas de chute de l'ASR	2
Liste de vérification a l'arrivée sur les lieux	3
Mesure de la tension artérielle orthostatique	4
Évaluation de la démarche et des aides à la mobilité	5
Échelle de fragilité clinique (évaluation de la fragilité)	6
Méthode d'évaluation de la confusion (dépistage du délirium)	7
Grille d'évaluation de la sécurité (Exemple d'évaluation de la sécurité à domicile. Cette grille évalue la sécurité à domicile d'une personne atteinte de démence.)	11
Liste de vérification « Préserver votre autonomie » (évaluation du risque de chute)	12
EQ-5D-5L (mesure des résultats déclarés par les patients concernant son état de santé)	13
Question sur l'expérience du patient	15
Indice de Barthel (évaluation des capacités fonctionnelles)	16

Rehabilitative Care Alliance

Mise à jour en juillet 2026

Diagramme de soins de réadaptation pour les personnes âgées fragiles vivant à domicile nécessitant des services paramédicaux communautaires (sans transport de patients)

Services paramédicaux communautaires

Ambulanciers en service

Une personne âgée (65 ans et plus) a appelé le 911 après une chute

Définition : Une chute désigne un évènement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment.

Organisation mondiale de la santé

Les personnes âgées qui font une chute présentent souvent plusieurs problèmes de santé et des besoins médicaux complexes. La prévention du déconditionnement et de nouvelles chutes chez les personnes âgées à haut risque nécessite une approche de soins intégrée et coordonnée.

Évaluation des services paramédicaux communautaires

Une personne âgée (65 ans et plus) signale une ou des chutes

2 chutes ou plus au cours de l'année dernière? N → **Difficultés à marcher ou à garder l'équilibre?** N → **Intervention communautaire** (Voir ci-dessous)

Y

Y

Risque élevé de déconditionnement

Proposer une question complémentaire. Exemple : Avez-vous déjà fait une « quasi-chute »?

Évaluation multifactorielle

- ❑ Évaluer la sécurité à domicile
- ❑ Remplir la liste de vérification « Préserver votre autonomie » pour évaluer les facteurs de risque de chute
- ❑ Évaluer le niveau de fragilité : c.-à-d., l'échelle de fragilité clinique (EFC)
- ❑ Effectuer un dépistage du délirium : p. ex., méthode d'évaluation de la confusion (MEC)
- ❑ Si possible, effectuer une évaluation des capacités fonctionnelles : c.-à-d., l'indice de Barthel

(Voir la Trousse d'outils pour l'intervention des ambulanciers en cas de chute)

Plusieurs facteurs de risque de chute, notamment :

- ❑ Consommation d'alcool
- ❑ Capacités cognitives
- ❑ Pieds/chaussures
- ❑ Audition
- ❑ Risques à domicile
- ❑ Inactivité/sédentarité
- ❑ Incontinence
- ❑ Antécédents médicaux
- ❑ Mobilité/équilibre
- ❑ Humeur
- ❑ Nutrition et hydratation
- ❑ Hypotension orthostatique
- ❑ Polypharmacie
- ❑ Troubles vestibulaires
- ❑ Vision

~Tous ces éléments sont évalués ensemble afin d'élaborer un plan de soins complet

- Aucune fragilité, p. ex., EFC 1-3
- Quelques facteurs de risque de chute, p. ex., <4 sur la liste de vérification « Préserver votre autonomie »
- Situation médicale non complexe

- Fragilité légère à modérée, p. ex., EFC 4-6
- Plusieurs facteurs de risque de chute, p. ex., ≥4 sur la liste de vérification « Préserver votre autonomie»
- Mobilité raisonnable
- Situation médicale ou psychosociale potentiellement complexe

- Fragilité modérée à sévère, p. ex., EFC 6-7
- Plusieurs facteurs de risque de chute, p. ex., ≥4 sur la liste de vérification « Préserver votre autonomie » ou situation médicale complexe
- Nécessite des soins infirmiers et un soutien supérieur aux services disponibles au sein de la communauté locale, c.-à-d. aucun autre moyen raisonnable de soins de réadaptation

Évaluation et intervention

Intervention communautaire

Clinique communautaire externe/ Soins à domicile/ Services gériatriques spécialisés

Explorez l'accès direct aux soins de réadaptation aux patients hospitalisés

**Si les services paramédicaux communautaires sont limités ou inexistants, une solution de rechange est requise.*

Élaboration du diagramme : Ajoutez des services locaux de réadaptation destinés aux personnes âgées. Indiquez les services et les procédures d'aiguillage dans les cases correspondantes ci-dessous.

Indiquez ici les programmes de prévention, comme les cours sur la prévention des chutes et les cours de conditionnement physique

Liste des services de soins de réadaptation publics : www.rehabcareontario.ca

L'ambulancier communautaire effectue un suivi auprès du patient, en personne et/ou par téléphone, afin d'assurer sa sécurité*

Indiquez ici les services de réadaptation

Services de réadaptation OHaH pour les personnes âgées confinées à domicile
Clinique communautaire externe/Services spécialisés de réadaptation gériatrique

Liste des services de soins de réadaptation publics : www.rehabcareontario.ca

L'ambulancier communautaire effectue une visite de suivi auprès du patient dans les 72 heures afin d'assurer sa sécurité*

Indiquez ici le programme de soins de réadaptation aux patients hospitalisés

Tenez compte des objectifs, de l'évolution fonctionnelle, de la population cible et des caractéristiques fonctionnelles pour choisir un programme disposant des ressources nécessaires pour assurer la gestion sécuritaire des besoins médicaux.
Consultez le *RCA Framework for Bedded Levels of Rehabilitative Care* (cadre de la RCA pour les niveaux de soins de réadaptation avec lits dans les hôpitaux)
L'ambulancier communautaire effectue une visite de suivi auprès du patient dans les 24 heures afin d'assurer sa sécurité*

SURVEILLANCE ET SUIVI AUPRÈS DU MÉDECIN TRAITANT : Communiquez les résultats de l'évaluation préliminaire et la procédure d'aiguillage au médecin traitant. Recommandez une évaluation du risque de fracture.

LISTE DE VÉRIFICATION

☐	Expliquer les objectifs de la visite. Obtenir le consentement du client et procéder aux évaluations, conformément au processus habituel.
☐	Vérifier les antécédents de chutes ou de quasi-chutes au cours de **la dernière année** ☐ Date de la dernière chute (le cas échéant) - _____ ☐ Blessure résultant de la dernière chute - _____ ☐ Nombre de chutes au cours de la dernière année : _____ ☐ première chute ☐ deuxième chute/chute subséquente ☐ inconnu
☐	Vérifier l'accès aux : ☐ Moyens de transport - _____ ☐ Services communautaires - _____
☐	Évaluation de la condition physique ☐ Mesurer la tension artérielle orthostatique
☐	Évaluation de la démarche et des aides à la mobilité
☐	Diagramme d'intervention en cas de chute de l'ASR ☐ Échelle de fragilité clinique ☐ Méthode d'évaluation de la confusion ☐ Évaluation de la sécurité à domicile, p. ex., Grille d'évaluation de la sécurité pour les personnes atteintes de démence vivant à domicile ☐ Indice de Barthel (si le temps et la capacité le permettent) À remplir avec le client : ☐ Liste de vérification « Préserver votre autonomie» ☐ EQ-5D-5L
☐	Suivre le diagramme d'intervention en cas de chute afin d'orienter le patient vers des soins de réadaptation ou des services gériatriques spécialisés
☐	Communiquer les résultats de l'évaluation préliminaire et la procédure d'aiguillage au médecin traitant aux fins de suivi et de surveillance. Si le patient est âgé de plus de 65 ans et a fait deux chutes ou plus, recommander une évaluation du risque de fracture.

Source: Adapté de la mise en œuvre du projet d'intervention en cas de chute des services médicaux d'urgence de Superior North, des services paramédicaux de Toronto et du GTA Rehab Network

Mesure de la tension artérielle orthostatique

Version abrégée (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson et Kramer, 2011)

Étapes :

1. Demandez au patient de s'asseoir ou de s'allonger sur le dos pendant au moins 5 minutes.
2. Mesurez la tension artérielle et la fréquence cardiaque.
3. Demandez au patient de se lever.
4. Reprenez les mesures de la tension artérielle et du pouls après 1 minute en position debout.

En cas de baisse de la TA ≥ 20 mm Hg ou de la TA diastolique ≥ 10 mm Hg, ou en cas de sensation d'étourdissement ou de vertige, soupçonnez une hypotension orthostatique.

Position	Durée	TA	Symptômes associés
Position allongée ou position de repos	5 min	TA_____/_____ RC_____	
Position debout	1 min	TA_____/_____ RC_____	

Évaluation de la démarche et des aides à la mobilité

Adapté de la mise en œuvre de l'intervention en cas de chute des services médicaux d'urgence de Superior North.

ÉVALUATION DE LA DÉMARCHE

☐	Normale	Marche avec la tête droite, balancement naturel des bras le long du corps, foulée assurée (sans hésitation). Déplacements autonomes.
☐	Avec faiblesse	Marche voûtée, mais capable de lever la tête sans perdre l'équilibre. Marche à petits pas, parfois en traînant les pieds. Diminution de la force musculaire. Déplacements supervisés ou avec l'aide d'une personne. Aide à la marche peut être nécessaire.
☐	Difficile	Difficultés à se lever d'une position assise, recours aux accoudoirs de la chaise ou mouvements saccadés (plusieurs tentatives pour se lever). Tête baissée, regard fixé au sol. Tendance à s'agripper à un meuble ou à une personne, besoin d'une aide à la marche pour se déplacer, ou incapable de marcher sans assistance. Perte d'équilibre en position debout, vertiges. Instabilité en position debout. Deux personnes nécessaires pour les déplacements.

ÉVALUATION DES AIDES À LA MOBILITÉ

1. Quelles aides à la mobilité (le cas échéant) le client utilise-t-il?

   ☐ Fauteuil roulant ☐ Canne

   ☐ Marchette ☐ Triporteur/Quadriporteur

   ☐ Autre : _____

2. La ou les aides à la mobilité ont été ajustées par :

   ☐ Un professionnel ☐ Le client

3. Le client peut marcher _____ mètres de manière autonome.

4. Le client peut marcher _____ mètres de manière autonome avec une aide à la mobilité.

ÉCHELLE DE FRAGILITÉ CLINIQUE

FRANÇAIS

	1	TRÈS EN FORME	Des personnes robustes, actives, énergiques et motivées. Elles font généralement de l'activité physique régulièrement et comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.
	2	EN FORME	Ces personnes n'ont **pas de symptômes actifs de maladie**, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très **actives occasionnellement**, p. ex. selon la saison.
	3	SE DÉBROUILLENT BIEN	Des personnes dont les **problèmes médicaux sont bien maîtrisés**, même si elles présentent des symptômes à l'occasion, mais qui ne sont souvent **pas régulièrement actives** au-delà d'une promenade régulière.
	4	TRÈS LÉGÈREMENT FRAGILES	Auparavant « vulnérables », cette catégorie représente l'amorce de la perte de l'indépendance complète. Bien que ces personnes **ne dépendent pas** d'autrui pour une aide au quotidien, des **symptômes limitent fréquemment leurs activités**. Elles se plaignent souvent d'être « ralenties » ou d'être fatiguées pendant la journée.
	5	LÉGÈREMENT FRAGILES	Des personnes qui présentent un ralentissement évident et qui ont besoin d'aide pour les activités instrumentales complexes de la vie quotidienne (finances, transport, gros travaux ménagers). De façon générale, une fragilité légère nuit progressivement à la capacité de faire ses courses ou de marcher à l'extérieur seul, de préparer ses repas, de gérer ses médicaments et commence à limiter l'exécution de travaux ménagers légers.
	6	MODÉRÉMENT FRAGILES	Des personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités extérieures** et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent de la difficulté dans les escaliers et ont besoin d'**aide pour le bain**, et peuvent avoir besoin d'une aide minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.
	7	GRAVEMENT FRAGILES	**Dépendance complète pour les soins personnels**, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, ces personnes semblent stables et leur risque de mourir (dans les six prochains mois environ) ne semble pas très élevé.
	8	TRÈS GRAVEMENT FRAGILES	Dépendance complète pour les soins personnels et approche de la fin de vie. De façon générale, ces personnes ne se remettraient pas d'une maladie même bénigne.
	9	EN PHASE TERMINALE	Approchent de la fin de vie. Cette catégorie correspond aux personnes ayant une **espérance de vie de < 6 mois**, qui ne sont pas **par ailleurs gravement fragiles**. (Certaines personnes peuvent encore faire de l'activité physique jusqu'à très près de leur décès.)

SCORE DE FRAGILITÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les **symptômes courants de démence légère** sont l'oubli des détails d'un événement récent sans que l'événement lui-même soit oublié, la répétition d'une même question ou histoire et le retrait social.

Dans le cas de **démence modérée**, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent bien d'événements de leur passé. Elles ont besoin d'encouragement pour leurs soins personnels.

Dans le cas de **démence sévère**, les personnes ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

Dans le cas de **démence très sévère**, les personnes sont souvent alitées. Bon nombre d'entre elles sont à peu près muettes.

Échelle de fragilité Clinique - Français
© 2005-2020 Rockwood, Version 2.0 (FR).

Tous droits réservés. Pour autorisation : **www.geriatricmedicineresearch.ca**

Traduit avec permission vers le français par Traduction Michèle Deslauriers inc., Montréal (Québec), Canada, 2020.

Rockwood K et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005:173;489-495.

DALHOUSIE UNIVERSITY

Traduction: Confusion Assessment method (CAM)

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. Annals of Internal Medecine 113: 941-8

Confusion assessment Method (CAM)

Identification du patient : _____ Date : _____

Début soudain

1. Y a-t-il des signes évidents d'un changement soudain de l'état mental du patient comparé à son état habituel ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Inattention

2A. Est-ce que le patient éprouvait de la difficulté à focaliser son attention (par exemple, être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?)

□ Pas présent, à aucun moment lors de l'entrevue

□ Présent à un moment donné lors de l'entrevue, mais de façon légère

□ Présent à un moment de l'entrevue, de façon marquée

□ Incertain

2B. (Si présent ou anormal) Est-ce que ce comportement a fluctué lors de l'entrevue (c'est-à-dire qu'il a eu tendance à venir et partir, à augmenter et diminuer en intensité)

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

2C. (Si présent ou anormal) Merci de décrire ce comportement

_____

_____

_____

Désorganisation de la pensée

3. La pensée du patient était-elle désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Altération de l'état de conscience

4. En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ?

□ Alerte (Normal)

□ Vigilent (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement)

□ Léthargique (somnolent, se réveille facilement)

□ Stupeur (difficile à réveiller)

□ Coma (impossible à réveiller)

□ Incertain

Désorientation

5. Est-ce que le patient a été désorienté à un certain moment lors de l'entrevue, tel que penser qu'il ou qu'elle était ailleurs qu'à l'hôpital, se tromper de lit ou se tromper concernant le moment de la journée ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Troubles Mnésiques

6. Le patient a-t-il démontré des problèmes de mémoire lors de l'entrevue, tels qu'être incapable de se souvenir des événements à l'hôpital ou difficultés à se rappeler des consignes ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Anomalie de perception

7. Y a-t-il évidence de troubles perceptuels chez le patient, tels qu'hallucinations, illusions, erreurs d'interprétation (par exemple penser que quelque chose avait bougé alors que ce n'était pas le cas)

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Agitation psychomotrice

8A. A un moment donné lors de l'entrevue, le patient a-t-il eu une augmentation inhabituelle de son activité motrice, telle que ne pas tenir en place, se tortiller ou gratter les draps, taper des doigts, ou changer fréquemment et soudainement de position?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

8B. A un moment donné lors de l'entrevue, le patient a-t-il eu une diminution inhabituelle de son activité motrice, telle qu'une lenteur, un regard fixe, rester dans la même position pendant un long moment, ou se déplacer très lentement ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

Perturbation du rythme veille-sommeil

9. Y a-t-il eu des signes évidents de changement dans le rythme veille-sommeil chez le patient, telle que somnolence excessive le jour et insomnie la nuit ?

□ Oui □ Non □ Incertain □ Non applicable

L'algorithme diagnostique du CAM

Critère 1 : Début soudain et fluctuation des symptômes

Les informations utiles à ces critères sont habituellement obtenues par un membre de la famille ou d'une infirmière et sont illustrées par une réponse positive aux questions suivantes : Y a-t-il évidence d'un changement soudain de l'état mental du patient comparé à son état habituel ? Est-ce que ce comportement (anormal) a fluctué durant la journée, qu'il a eu tendance à être présent ou absent ou, à augmenter et diminuer en intensité ?

Critère 2 : Inattention

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante : Est-ce que le patient éprouvait de la difficulté à focaliser son attention, par exemple, être facilement distrait ou avoir de la difficulté à retenir ce qui a été dit ?

Critère 3 : Désorganisation de la pensée

Ce critère est illustré par une réponse positive à la question suivante : La pensée du patient était-elle désorganisée ou incohérente, telle qu'une conversation décousue ou non pertinente, ou une suite vague ou illogique des idées, ou passer d'un sujet à l'autre de façon imprévisible ?

Critère 4 : Altération de l'état de conscience

Ce critère est illustré par n'importe quelle réponse autre que « alerte » à la question

suivante :

En général, comment évalueriez-vous l'état de conscience de ce patient ? Alerte (Normal), Vigilent (hyper alerte, excessivement sensible aux stimuli de l'environnement, sursaute très facilement), Léthargique (somnolent, se réveille facilement), Stupeur (difficile à réveiller), Coma (impossible à réveiller)

Le diagnostic de l'état confusionnel aigu à l'aide du CAM requiert la présence des critères 1,2 et 3 ou 4 .

Directives d'utilisation:

Compléter le CAM nécessite 5 Minutes. Un entraînement est requis pour le bon déroulement du test.

Directives pour l'attribution du score

Pour obtenir un résultat positif de CAM, la présence des critères 1 et 2 et 3 ou4 est requise.
Une réponse positive est nécessaire aux critères suivants.

Début soudain et fluctuation des symptômes **ET**

Inattention **ET**

Désorganisation de la pensée **OU** Altération de l'état de conscience

CLSC CÔTE-DES-NEIGES

Nom

G.E.S. GRILLE D'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ

AIDANT NATUREL ET ENVIRONNEMENT 1

a) Cette personne habite seule. Oui [1] Non [0]

b) Cette personne est seule chez elle.
Toujours [4] La plupart du temps [3] À l'occasion [2] Jamais [1]

USAGE DU TABAC 2

Cette personne laisse des marques de brûlure de cigarettes sur le plancher, les meubles ou ses vêtements. Oui [1] Non [0]

FEU ET BRÛLURE 3

a) Les boutons d'allumage de la cuisinière sont...
sur le devant de la cuisinière [1] sur le dessus de la cuisinière [2]
derrière les plaques chauffantes (ronds) de la cuisinière [3]

b) Cette personne est capable d'allumer elle-même les feux de la cuisinière.
Oui [1] Non [0] Ne sait pas [1]

c) Cette personne fait chauffer ses aliments elle-même.
Toujours [4] La plupart du temps [3] À l'occasion [2] Jamais [1]

d) Cette personne oublie un chaudron sur le feu.
Très souvent [4] Souvent [3] Quelquefois [2] Jamais [1]

e) Le système de chauffage fonctionne...
à l'électricité [1] au gaz naturel [2] au bois [3]

NUTRITION 4

a) Cette personne reçoit la popote roulante ou des repas préparés.
Plus d'une fois par jour [1] Une fois par jour [2]
2 à 6 fois par semaine [3] Une fois par semaine ou moins [4]

b) Les repas de cette personne sont composés d'aliments de différents groupes alimentaires (produits laitiers, viande ou poisson, céréales, fruits et légumes).
Toujours [1] La plupart du temps [2] À l'occasion [3] Jamais [4]

INTOXICATION ALIMENTAIRE ET SUBSTANCES TOXIQUES 5

Cette personne peut faire la différence entre la nourriture fraîche et la nourriture avariée (passée date). Oui [0] Non [1]

MÉDICATION ET PROBLÈMES DE SANTÉ 6

a) Cette personne prend régulièrement...*
de 1 à 3 médicaments [2] de 4 à 6 médicaments [3]
7 médicaments ou plus [4] Ne prend pas de médicaments [1]
*médicaments prescrits seulement

b) Cette personne prend des médicaments pour l'aider à dormir ou à relaxer.
Oui [1] Non [0]

c) Cette personne souffre-t-elle de problèmes de santé physique ?
Aucun [1] Légers [2] Modérés [3] Graves [4]

d) Cette personne accepte de se faire soigner pour ses problèmes de santé physique. Oui [0] Non [1] Ne s'applique pas [0]

ERRANCE ET ADAPTATION AUX CHANGEMENTS DE TEMPÉRATURE 7

a) Cette personne se perd dans des lieux familiers.
Très souvent [4] Souvent [3] Parfois [2] Jamais [1]

b) Cette personne s'est-elle déjà perdue ? Oui [1] Non [0]

c) Cette personne peut-elle retrouver le chemin pour rentrer chez-elle ?
Oui [0] Non [1]

d) Cette personne s'habille-t-elle de façon appropriée selon les changements de température à l'intérieur comme à l'extérieur ?
Oui [0] Non [1]

Centre affilié universitaire
Affilié à l'Université McGill

RÉSULTAT 47

Évaluation par

© CLSC Côte-des-Neiges

Préserver votre autonomie

Les chutes sont la principale cause de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Êtes-vous à risque ? Cochez chaque affirmation qui est vraie pour vous.

Évaluez votre risque de chutes	Pour demeurer autonome
☐ (2) Je suis tombé(e) au cours des six derniers mois.	Apprenez comment réduire vos risques de chute, car les gens qui ont déjà fait une chute ont plus de risques d'en faire d'autres.
☐ (2) J'utilise une canne ou une marchette pour me déplacer en toute sécurité, ou bien on m'en a recommandé l'utilisation.	Demandez à votre physiothérapeute de vous parler des aides fonctionnelles qui conviennent le mieux à vos besoins.
☐ (1) Parfois, je me sens instable quand je marche.	Faites des exercices de renforcement pour améliorer votre équilibre. Vous diminuerez ainsi les risques de chute.
☐ (1) Je m'appuie sur les meubles pour me déplacer chez moi.	Faites chaque jour des exercices d'équilibre et éliminez les dangers à la maison qui pourraient vous faire glisser ou trébucher.
☐ (1) J'ai peur de tomber.	Apprenez comment prévenir les chutes afin de soulager vos craintes et favoriser une vie active.
☐ (1) Je dois m'appuyer sur mes mains pour me lever d'un fauteuil.	Renforcez vos muscles pour réduire les risques de chute et de blessure.
☐ (1) J'ai de la diffculté à monter sur le trottoir.	Faire des exercices chaque jour pour améliorer votre force et votre équilibre.
☐ (1) Souvent, je dois me dépêcher pour aller aux toilettes.	Parlez à votre fournisseur de soins primaires ou à un spécialiste de l'incontinence, qui pourra vous proposer des solutions pour ne plus devoir vous précipiter aux toilettes.
☐ (1) J'ai perdu certaines sensations dans mes pieds.	Parlez-en à votre fournisseur de soins primaires ou à un podiatre, car l'engourdissement des pieds peut vous faire trébucher et tomber.
☐ (1) Je prends des médicaments qui me donnent parfois le vertige ou l'impression que je suis plus fatigué(e) que d'habitude.	Parlez avec votre fournisseur de soins primaires ou pharmacien des effets secondaires de médicaments qui peuvent accroître vos risques de chute.
☐ (1) Je prends des médicaments qui m'aident à dormir ou améliorent mon humeur.	Demandez à votre fournisseur de soins primaires ou pharmacien s'il y a des solutions plus sécuritaires.
☐ (1) Souvent, je me sens triste ou déprimé(e).	Parlez à votre fournisseur de soins primaires des symptômes de la dépression et trouvez ensemble des solutions.
TOTAL	Additionnez le nombre de points entre parenthèses à côté de chaque case que vous avez cochée. Si vous obtenez un pointage de 4 ou plus, vous êtes possiblement à risque de chutes. Discutez-en avec votre fournisseur de soins primaires afin de trouver des moyens de réduire ce risque

Pour en savoir plus, visitez:

- Parachute: https://parachute.ca/préventiondeschutes

MOIS DE LA PRÉVENTION DES CHUTES
NOUS AVONS TOUS UN RÔLE À JOUER

Cette liste de vérification, élaborée par le Greater Los Angeles VA Geriatrie Research Education Clinical Center et ses établissements, constitue un outil d'auto-évaluation du risque de chute validé (Vivrette, Rubenstein, Martin, Josephson & Kramer, 2011). Adapté avec l'autorisation des auteurs.

EQ-5D-5L

Pour chaque rubrique, veuillez cocher UNE case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITÉ

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied ❑
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied ❑
- Je suis incapable de me déplacer à pied ❑

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ❑
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ❑

ACTIVITÉS COURANTES *(exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)*

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes ❑
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes ❑
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ❑

DOULEURS / INCONFORT

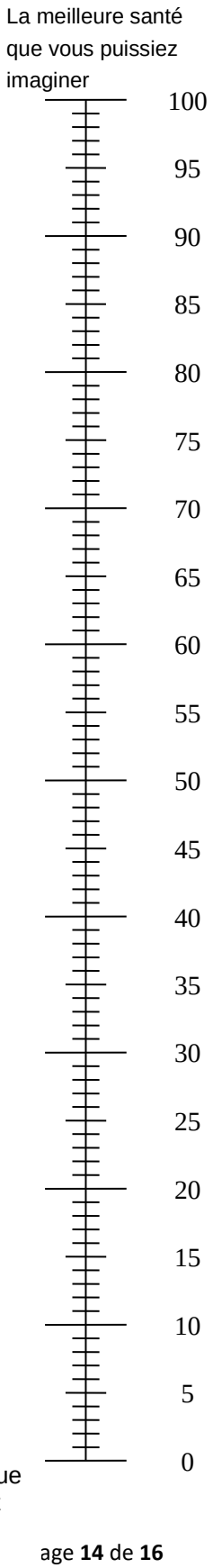
- Je n'ai ni douleur ni inconfort ❑
- J'ai des douleurs ou un inconfort léger(ères) ❑
- J'ai des douleurs ou un inconfort modéré(es) ❑
- J'ai des douleurs ou un inconfort sévère(s) ❑
- J'ai des douleurs ou un inconfort extrême(s) ❑

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) ❑
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e) ❑

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD'HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
  0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire un X sur l'échelle afin d'indiquer votre état de santé AUJOURD'HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l'échelle.

VOTRE SANTÉ AUJOURD'HUI = ☐



Veuillez s'il vous plait décrire votre expérience:

Je recommanderais ce service à ma famille et mes amis s'ils devaient accéder à des soins comparables (svp décrire votre niveau de satisfaction pour chaque service impliqué dans vos soins depuis votre chute).

Service:	**Ce service n'est pas recommandé**						**Ce service est fortement recommandé**
_____	1	2	3	4	5	6	7
_____	1	2	3	4	5	6	7
_____	1	2	3	4	5	6	7

Commentaires:

Index de Barthel

Evaluation : Initiale ☐ Intermédiaire ☐ Finale ☐ DATE :_____

Renseignements socio-administratifs :

Nom _____ Prénom_____

Item	Description		Score
1. Alimentation	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable	10	
	Besoin d'aide par exemple pour coupe	5	
2. Bain	Possible sans aide	5	
3. Continence rectale	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
4. Continence urinaire	Aucun accident	10	
	Accidents occasionnels	5	
5. Déplacements	N'a pas besoin de fauteuil roulant. Indépendant pour une distance de 50m, éventuellement avec des cannes	15	
	Peut faire 50 m avec aide	10	
	Indépendant pour 50 m dans une chaise roulante, si incapable de marche	5	
6. Escaliers	Indépendant. Peut se servir de cannes.	10	
	A besoin d'aide ou de surveillance	5	
7. Habillement	Indépendant. Attache ses chaussures. Attache sais boutons. Met ses bretelles	10	
	A besoin d'aide, mais fait au moins la moitié de la tâche dans un temps raisonnable	5	
8. Soins personnels	Se lave le visage, se coiffe, se brosse les dents, se rase. Peut brancher un rasoir électrique	5	
9. Toilettes	Indépendant. Se sert seul du papier hygiénique, chasse d'eau	10	
	A besoin d'aide pour l'équilibre, pour ajuster ses vêtements et se servir du papier hygiénique	5	
10.Transfert du lit au fauteuil	Indépendant, y compris pour faire fonctionner une chaise roulante.	15	
	Surveillance ou aide minime.	10	
	Capable de s'asseoir, mais a besoin d'une aide maximum pour le transfert	5	
Score TOTAL (max=100) : _____			