



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



Cadre de référence régional Prévention des chutes

Volet soutien à domicile Intervention multifactorielle personnalisée



bcp024-21 www.fotosearch.fr

*Région 10
Nord-du-Québec*

Avril 2009

Production et diffusion

Direction des soins infirmiers et des programmes

Coordination des travaux

Colette Girard, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction des soins infirmiers et des programmes

Chargée de projet

Lili Bernard, thérapeute en réadaptation physique, Centre de santé de Chibougamau

Collaboratrice

Karoline Paquet, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique

Révision de texte et mise en page

Donata Sénéchal, agente administrative, Direction des soins infirmiers et des programmes

Pour obtenir une copie de ce document, veuillez vous adresser au :

Centre de documentation

Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

312, 3^e Rue

Chibougamau (Québec) G8P 1N5

Téléphone : 418 748-3575

Ce document est inspiré du cadre de référence et du guide d'implantation *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile*, produits par l'Institut national de santé publique.

Dépôt légal - 2009

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-922250-69-5

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Programme d'intervention multifactorielle personnalisée (IMP).....	5
1. Objectif général	5
2. Clientèle	5
3. Intervenant dédié au volet IMP	5
4. Mise en œuvre du programme IMP	6
4.1 Repérage et admissibilité de la clientèle	6
4.2 Dépistage sélectif	6
5. Évaluation par les professionnels	10
5.1 Évaluation par un professionnel de la physiothérapie.....	10
5.2 Évaluation par un pharmacien	11
5.3 Évaluation par une nutritionniste	11
5.4 Évaluation par un autre intervenant selon le facteur complémentaire choisi	12
6. Interventions des différents professionnels	12
6.1 Intervenant dédié au programme IMP	13
6.2 Intervenant dédié à la capacité motrice	14
6.3 Médecin	15
6.4 Pharmacien	15
6.5 Nutritionniste.....	15
6.6 Infirmière.....	16
7. Indicateurs de qualité	16
 Liste des tableaux	
Tableau synthèses I-CLSC	17
Intervention individualisée – Utilisation des outils d'évaluation	18
Intervention individualisée – Traitements	19
Intervention de groupe – Marche et équilibre	20
Tableau sommaire : Codification pour les différentes activités de prévention des chutes.....	21

Annexes

- Annexe 1 Formulaire SAD-160 Lever et marcher chronométrés (*timed up and go*) et échelle d'évaluation de l'équilibre (*Berg*)
- Annexe 2 Formulaire SAD-140 Inventaire de la médication des aînés
- Annexe 3 Formulaire SAD-170 Évaluation du pharmacien
- Annexe 4 Formulaire SAD-180 Grille Ireda – environnement domiciliaire
- Annexe 5 Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés
- Annexe 6 Formulaire SAD-130 Dépistage nutritionnel des aînés
- Annexe 7 Journal alimentaire
- Annexe 8 Formulaire SAD-190 Mesure de la tension artérielle couché-debout (*hypotension orthostatique*)
- Annexe 9 Formulaire SAD-200 Tableau de bord – Programme de prévention des chutes à domicile, intervention multifactorielle personnalisée
- Annexe 10 Présences-Groupe intervention multifactorielle personnalisée
- Annexe 11 Formulaire AH-253 Notes d'évolution du Ministère

Références

INTRODUCTION

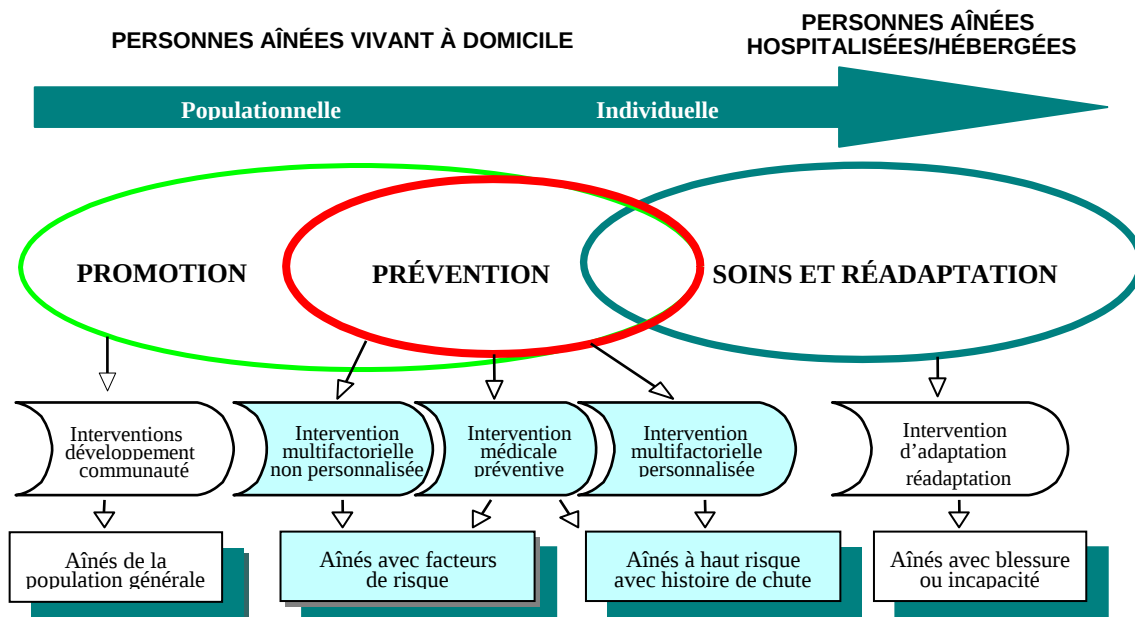
L'ampleur et la gravité des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus constituent un problème de santé publique important. Les connaissances actuelles dévoilent que les chutes trouvent leur origine dans une multitude de facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir par la mise en place d'interventions multifactorielles efficaces pour en diminuer l'occurrence et la gravité¹.

En effet, si toutes les chutes ne causent pas de fracture, pour plusieurs, une chute constitue l'événement déclencheur ou aggravant d'une perte d'autonomie et de mobilité. Prévenir les chutes, c'est aussi s'attaquer à leurs conséquences (consultations, hospitalisations, décès, perte d'autonomie fonctionnelle et hébergement).

Les documents *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, *Place à la santé : plan d'action en santé publique 2008-2012* ainsi que *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux aînés en perte d'autonomie, région Nord-du-Québec (10)*, présentent des objectifs visant l'implantation d'un continuum d'activités de prévention des chutes chez les aînés.

Nous vous présentons le *Cadre de référence régional du programme de prévention des chutes, volet soutien à domicile*, **intervention multifactorielle personnalisée** inspiré du cadre de référence et du guide d'implantation *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile* produits par l'Institut national de santé publique. Il est important de mentionner que le présent cadre de référence s'inscrit dans le continuum de services tel que le démontre la figure présentée à la page suivante.

¹DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p 1.



Source : DIRECTION GÉNÉRALE DE SANTÉ PUBLIQUE, *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p 10.

Ce cadre vient soutenir le déploiement du volet soutien à domicile, **intervention multifactorielle personnalisée**, en précisant la clientèle et les modalités associées au suivi des interventions multifactorielles. Il définit les rôles et responsabilités des professionnels interpellés et fournit les outils d'évaluation et de suivi harmonisés régionalement.

Finalement, l'ensemble des interventions doit être appliqué dans l'optique de développer le continuum de services de prévention des chutes auprès des aînés vivant à domicile.

PROGRAMME D'INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE (IMP)

Le *Programme d'intervention multifactorielle personnalisée* (IMP) permet d'agir de façons individualisée, systématique et coordonnée auprès des personnes de 65 ans ou plus dont l'état de santé ou la présence d'incapacités les exposent à des risques importants de chutes et de blessures.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL

Améliorer ou maintenir l'autonomie des aînés en contrant les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent ou deviennent chroniques.

2. CLIENTÈLE

Les aînés de 65 ans et plus, **en perte d'autonomie inscrits aux services de soutien à domicile**, ayant chuté au cours de la dernière année et ayant été dépistés selon les facteurs de risque définis.

3. INTERVENANT DÉDIÉ AU VOLET IMP

Professionnel ayant suivi le programme de formation IMP soit : ergothérapeute, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou infirmière.

Rôle et responsabilités de l'intervenant dédié

- Est responsable du cheminement de l'aîné pour le dépistage sélectif, l'évaluation et l'intervention en lien avec les facteurs de risque;
- Est la personne-ressource (informe et sensibilise les autres intervenants du centre de santé);
- Contribue à l'implantation de l'IMP;
- Tient compte des caractéristiques de l'aîné et de son interaction avec son environnement immédiat (considère ses activités courantes et ses rôles sociaux);
- Est à l'écoute de la personne âgée et la guide dans les meilleurs choix de solutions;
- Accompagne et soutient l'aîné dans la réalisation des modifications proposées;
- Aide l'aîné à déterminer les priorités.

4. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME IMP

1. Repérage et admissibilité de la clientèle;
2. Dépistage sélectif;
3. Évaluation par les professionnels;
4. Intervention/suivi et réévaluation.

4.1 REPÉRAGE ET ADMISSIBILITÉ DE LA CLIENTÈLE

Critères d'admissibilité

1. Avoir chuté dans la dernière année;
2. Être inscrit au soutien à domicile (SAD) ou admis en unité d'évaluation gériatrique ou autres services gériatriques;
3. Être âgé de 65 ans et plus;
4. Avoir un profil d'incapacités respectant les cotes au SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) suivantes :
 - Mobilité (>-3 : 0, -1, -2);
 - Communication (>-2 : 0, -1);
 - Fonctions mentales (>-2 : 0, -1);
5. S'assurer de leur engagement personnel (sur une base volontaire);
6. Avoir une capacité minimale à se déplacer (plus grande que 6 mètres).

Une seule réponse négative à ces critères rend la personne âgée inadmissible

L'infirmière responsable du programme de soutien à domicile et les infirmières de liaison travaillent en étroite collaboration pour le repérage de la clientèle. Elles réfèrent les clients à la suite de l'évaluation de l'autonomie selon l'outil d'évaluation multiclientèle SMAF et des références peuvent aussi parvenir de l'intervenante du programme PIED (*programme intégré d'équilibre dynamique*).

4.2 DÉPISTAGE SÉLECTIF

Le dépistage permet d'informer l'ainé et son entourage sur les moyens de prévention. Il permet aussi de conseiller et d'orienter sur les facteurs de risque de chute, tels que la pratique régulière d'activité physique, une alimentation équilibrée et faible en consommation d'alcool ainsi que l'usage approprié des médicaments. Il s'agit de créer un milieu favorable à la santé et à la sécurité en agissant sur l'environnement physique et la sécurité du domicile.

Le dépistage sélectif est réalisé par l'intervenant dédié qui a été formé pour ce programme. L'intervenant dédié à la prévention des chutes doit se rendre au domicile de l'ainé pour effectuer le dépistage des facteurs de risque identifiés. Le dépistage consiste à vérifier, pour chaque personne âgée, la présence des facteurs de risque prévus au programme IMP. Selon le résultat au test de

dépistage sélectif, une évaluation approfondie est réalisée. L'intervenant dédié propose des recommandations ou des références appropriées au client. Si l'aîné accepte, les professionnels ciblés procéderont à une évaluation plus spécifique des facteurs de risque pour lesquels un résultat est positif aux tests de dépistage (exemple : demande d'une évaluation en physiothérapie ou une inscription à un programme d'exercices de groupe de type PIED ou autre programme d'activités physiques selon les capacités de l'aîné, référence avec une nutritionniste, une infirmière, un médecin, etc.) L'intervenant dédié fera le suivi pour favoriser l'application de la solution retenue.

L'intervenant dédié doit vérifier les facteurs de risque suivants :

4.2.1 Facteurs de risque essentiels

- Capacités motrices;
- Médicaments;
- Environnement domiciliaire;
- Facteurs de risque complémentaires.

4.2.1.1 Capacités motrices

La première partie du dépistage est consacrée à l'évaluation de la marche et de l'équilibre par l'outil de dépistage TUG (Timed up and go) et lever et marcher chronométrés (TUG) sur 3 mètres (annexe 1).

Un temps égal ou supérieur à 14 secondes témoigne d'une fragilité posturale et d'un risque de chute élevé. Il est donc nécessaire de faire passer l'outil d'évaluation BERG par un thérapeute en réadaptation physique ou un physiothérapeute. Dans le cas où le temps est inférieur à 14 secondes, il n'est pas nécessaire de faire une référence. L'intervenant dédié remettra à la personne âgée un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile ou lui conseillera de s'inscrire au programme PIED.

4.2.1.2 Médicaments

Le dépistage du risque de chute associé à la médication peut se faire :

- À la suite d'une consultation pour une chute (clinique, bureau du médecin);
- Au domicile (lors d'une visite par un professionnel);
- Chez le pharmacien lors de la remise des médicaments prescrits;
- Auprès du médecin;
- À la sortie de l'hôpital ou lors de l'hospitalisation.

Voici les critères pour que l'intervenant dédié réfère au pharmacien ou au médecin traitant. L'une des deux situations suivantes est nécessaire :

- Quatre (4) médications prescrites et plus;
- La présence d'au moins un médicament à risque sur la liste de médicaments ciblés, c'est-à-dire les psychotropes (antidépresseurs, antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques, sédatifs, benzodiazépines), les médicaments cardiovasculaires ou les médicaments inappropriés en gériatrie sur la liste des médicaments ciblés.

Le rôle de l'intervenant dédié pour ce facteur de risque est de :

- Procéder au dépistage;
- Constituer l'inventaire des médicaments : prescrits, non prescrits (en vente libre), produits naturels, inventaire de la pharmacie personnelle (annexe 2);
- Recueillir l'information pertinente;
- Acheminer la référence au pharmacien/copie au médecin (annexe 3);
- Inclure le rapport d'évaluation au plan d'intervention individualisée ou au plan de services individualisés (PII/PSI);
- Assurer le suivi auprès du pharmacien ou du médecin.

Le médecin traitant est informé par l'intervenant dédié qu'une revue de la médication est amorcée par le pharmacien dans le cadre du *Programme de prévention des chutes*. Le pharmacien et le médecin traitant peuvent convenir des modalités de l'évaluation des médicaments.

4.2.1.3 Environnement domiciliaire

Le dépistage et l'évaluation avec la grille IREDA et l'inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés sont réalisés par l'intervenant dédié (annexes 4 et 5).

Cette grille permet :

- D'identifier les risques de chute liés à l'environnement domiciliaire des aînés. L'évaluation au domicile est plus propice à l'identification de solutions personnalisées qui conviennent à la personne;
- D'améliorer la pertinence et la justification des recommandations visant à modifier le domicile ainsi que l'efficacité de l'intervention;
- D'évaluer l'aîné et ses comportements en interaction avec son environnement domiciliaire, c'est-à-dire de l'évaluer pendant la réalisation de ses activités courantes (déplacement, hygiène, habillage, préparation de repas);
- D'impliquer l'aîné pour le sensibiliser aux risques que présentent son environnement domiciliaire et ses comportements lors de la réalisation de ses activités courantes.

4.2.1.4 Facteurs de risque complémentaires

Un minimum d'un facteur de risque complémentaire doit être choisi régionalement parmi ceux-ci :

- La dénutrition;
- L'hypotension orthostatique;
- Les troubles de la vision;
- La consommation d'alcool.

Pour l'instant, deux facteurs complémentaires ont été choisis et nécessitent un dépistage, soit la dénutrition et l'hypotension orthostatique.

4.2.1.4.1 La dénutrition (DNA adapté)

Pour le dépistage du risque de dénutrition, l'intervenant dédié utilise comme questionnaire le DNA adapté (dépistage nutritionnel pour les aînés) présenté à l'annexe 6. Cette fiche donne les consignes pour chacune des questions. Elle est conçue pour identifier les aînés frêles, en perte d'autonomie, à risque de carences énergétiques et nutritionnels ou susceptibles de requérir de l'aide pour améliorer leur alimentation et combler leurs besoins nutritionnels.

Selon le résultat obtenu, différentes interventions sont préconisées. L'intervenant dédié remet un guide alimentaire canadien à l'aîné et l'encourage à bien s'alimenter. Lorsque le résultat est égal ou dépasse le seuil de 3, une rencontre avec une nutritionniste est fortement suggérée afin de procéder à l'évaluation de son alimentation et d'établir les recommandations. L'intervenant dédié remet un journal alimentaire à remplir par l'aîné avant la visite de la nutritionniste (annexe 7).

4.2.1.4.2 L'hypotension orthostatique (test de redressement et sphymomanomètre)

Pour ce facteur, l'infirmière du soutien à domicile procède au dépistage et transmet les résultats à l'intervenant dédié qui inscrira les résultats sur le tableau de bord. Selon les résultats obtenus au test de dépistage, l'infirmière assure le suivi en référant l'aîné au médecin traitant selon les algorithmes décisionnels présentés à l'annexe 8.

4.2.1.4.3 Les troubles de la vision (échelle de Snellen, champ visuel par confrontation)

Pour ce facteur, l'intervenant dédié effectue le dépistage sélectif des troubles de la vision à l'aide de l'acuité visuelle (Échelle de Snellen) et du champ visuel par confrontation. Un échec à l'un ou l'autre des tests de dépistage nécessite de diriger l'aîné vers une ressource en optométrie ou en ophtalmologie.

4.2.1.4.4 La consommation d'alcool (questionnaire AUDIT)

Pour ce facteur, l'intervenant dédié remplit un questionnaire comportant dix questions dont le résultat total permet d'apprécier la consommation d'alcool selon la quantité et la fréquence. Il permet également de classer l'usager sur une échelle de 40, selon quatre niveaux de consommation. Selon le résultat, l'aîné est classé par niveau de risque de la consommation. Si le résultat est compris entre 20 et 40, l'intervenant dédié dirige l'aîné vers des services psychosociaux ou vers le médecin.

5. ÉVALUATION PAR LES PROFESSIONNELS

Après avoir obtenu le résultat du dépistage sélectif, la troisième étape porte sur l'évaluation approfondie du risque de chute de l'aîné qui participe au programme. Elle est faite par un professionnel expert dans son domaine, et ce, en fonction du facteur du risque identifié. Le professionnel ciblé reçoit une référence de l'intervenant dédié. L'évaluation du professionnel doit être conforme aux normes de pratique de sa profession.

Les professionnels appelés à faire une évaluation sont :

- Un thérapeute en réadaptation physique ou un physiothérapeute;
- Un pharmacien;
- Une nutritionniste;
- Un autre intervenant, selon le facteur de risque complémentaire choisi (ex. : infirmière)

5.1 Évaluation par un professionnel de la physiothérapie (facteur essentiel capacité motrice) :

L'évaluation peut être effectuée par un thérapeute en réadaptation physique ou un physiothérapeute et est nécessaire seulement pour effectuer l'évaluation de l'équilibre par l'échelle de BERG. Cette échelle permet de définir des valeurs prédictives du risque de chute et s'avère aussi utile pour discriminer la capacité d'une personne aux exercices de groupe ou individuels.

Les cotes suivantes ont été retenues pour l'interprétation des résultats :

- -40/56 : orienter en physiothérapie pour une évaluation plus exhaustive ou proposer un traitement individuel si l'aîné est déjà en physiothérapie;
- -41 à 49/56 : diriger vers un programme d'exercices de groupe supervisés et remettre un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile;
- -50 et plus/56 : recourir au *Programme intégré d'équilibre dynamique* (PIED) ou à un autre programme d'activités physiques selon les capacités de l'aîné ou, en dernier recours, remettre un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile.

Ces cotes sont des mesures de référence. Le jugement du professionnel prévaut quant à l'interprétation des résultats. Un rapport d'évaluation est envoyé à l'intervenant dédié pour la référence de l'aîné dans le programme adapté à ses besoins.

5.2 Évaluation par un pharmacien :

Le rapport d'évaluation du pharmacien contient :

1. Les démarches pour la collecte de données;
2. L'histoire médicamenteuse;
3. La gestion des médicaments;
4. Les recommandations du pharmacien au médecin traitant pour les changements à apporter à la médication du chuteur et le plan de suivi selon les deux objectifs thérapeutiques (réduire les risques de chute et de fracture).

Le rapport de l'évaluation est envoyé à l'intervenant dédié en trois copies :

1. Plan d'intervention individualisé (PII);
2. Dossier médical de l'usager (centre de santé);
3. Médecin traitant et pharmacien privé.

Rôle du pharmacien :

- Valider le profil pharmacologique;
- Établir un lien avec l'usager ou son aidant;
- Discuter avec le médecin traitant pour les changements à apporter;
- Rédiger et acheminer ses recommandations selon deux objectifs thérapeutiques : réduire le risque de chute et le risque de fracture;
- Assurer le suivi.

Le médecin ou le pharmacien doit être à l'affût des médicaments qui augmentent le risque de chute. Ses connaissances sont appliquées dans le contexte clinique de la personne à évaluer dans le but de modifier progressivement la prescription et de réduire l'utilisation des médicaments ciblés.

5.3 Évaluation par une nutritionniste :

À la suite du résultat obtenu au DNA adapté, la nutritionniste assure un suivi auprès du participant ayant un risque nutritionnel modéré ou élevé. Le questionnaire d'évaluation proposé est le modèle de Lanaudière.

Le rapport d'évaluation de la nutritionniste contient :

- L'histoire médicale, pondérale et alimentaire;
- Le fonctionnement du système digestif (dentition, digestion, élimination, etc.);
- Les habitudes de vie, incluant les ressources alimentaires;
- L'estimation des apports alimentaires en :
 - Énergie, protéines;
 - Calcium, vitamine D;
 - Caféine, sodium et autres éléments nutritifs selon le cas.

Rôle de la nutritionniste :

- Documenter l'équilibre alimentaire (collecte de données pour estimer l'état nutritionnel);
- Favoriser une adéquation entre les besoins et les apports nutritionnels.

L'outil d'évaluation rempli sera joint au dossier médical de l'aîné. La nutritionniste doit discuter de la situation avec l'intervenant dédié afin de favoriser une concertation et une complémentarité de leurs interventions. Ainsi, l'intervenant dédié pourra renforcer les conseils de la nutritionniste auprès de l'aîné.

5.4 Évaluation par un autre intervenant selon le facteur complémentaire choisi :

- Travailleuse sociale;
- Nutritionniste;
- Infirmière;
- Optométriste, ophtalmologiste.

L'évaluation et les rôles seront à déterminer selon le facteur choisi.

6. INTERVENTIONS DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS

- Intervenant dédié au programme IMP;
- Intervenant dédié à la capacité motrice (peut être la même personne que l'intervenant dédié);
- Médecin;
- Pharmacien;
- Nutritionniste.

6.1 Intervenant dédié au programme IMP

- Intègre ses interventions au plan d'intervention individualisée (PII) ou au plan de services individualisés (PSI) selon les professionnels concernés;
- Accompagne la personne à l'intérieur du programme sur une période de 12 à 18 mois;
- Réévalue aux 6 mois (3 à 4 évaluations des facteurs de risque ciblés);
- Effectue un suivi téléphonique mensuel et des visites au domicile, consigne les résultats sur le tableau de bord prévu à cet effet (annexe 9) et inscrit les recommandations au PII ou au PSI;
- Prévoit un suivi des aînés pour s'assurer de la compréhension des informations transmises et pour renforcer leur motivation;
- Voit à inscrire les données dans I-CLSC.

6.1.1 Dans le cadre du facteur de l'environnement domiciliaire

- Impliquer et faire participer l'aîné dans la recherche de solutions;
- Soutenir l'aîné dans la mise en place des modifications en lien avec les risques de chutes environnementaux;
- Prévoir des modalités de suivi des recommandations afin d'assurer la réalisation des modifications retenues;
- Éduquer et informer sur les comportements sécuritaires à adopter et les moyens concrets pour diminuer les risques;
- Considérer les normes de sécurité existantes ainsi que les besoins et les ressources de la personne.

L'environnement doit être adapté aux capacités de la personne, et ce, en fonction de ses activités courantes et ses rôles sociaux. Il est primordial de tenir compte des incapacités et des activités de la personne. Au besoin, l'ergothérapeute peut être impliqué dans la démarche afin d'aider l'intervenant dédié à formuler les meilleures recommandations possibles pour chacun des risques identifiés.

Une relance téléphonique est requise quatre semaines après l'évaluation pour faire un suivi de l'application des solutions retenues. Plusieurs relances peuvent être nécessaires pour soutenir l'aîné jusqu'à ce que les modifications soient réalisées. Un rapport écrit du formulaire *Inventaire des risques de l'environnement domiciliaire des aînés* (annexe 5), rempli par l'intervenant dédié est remis à l'aîné et mis au dossier de celui-ci. Ceci favorise l'implication de ce dernier et de sa famille dans la réalisation des modifications.

6.2 Intervenant dédié à la capacité motrice

L'intervenant dédié à la capacité motrice peut être :

- Un éducateur physique;
- Un physiothérapeute;
- Un thérapeute en réadaptation physique;
- Un kinésologue.

L'intervenant doit être apte à choisir, doser et adapter les exercices en fonction des besoins et des capacités des participants.

Le programme offert aux personnes à risque devrait comporter une évaluation des capacités et un ajustement personnalisé des exercices qui doivent viser les capacités motrices dont l'équilibre, la démarche et la force musculaire des membres inférieurs. Le programme est offert en semi-groupe ou individuel selon les résultats de l'échelle de BERG.

Contenu du programme

Un programme d'exercices physiques efficace devrait comporter des exercices :

- de renforcement musculaire et d'entraînement de l'équilibre;
- d'équilibre statique et dynamique;
- de sollicitation du système sensoriel;
- de sollicitation du système nerveux (attention, vitesse de réaction);
- d'assouplissement et des séances de marche rapide.

Un cahier d'exercices physiques a été développé pour guider et soutenir les intervenants dans l'animation de la séance d'activités physiques en groupe ou individuelle et dans la prescription de programme d'exercices personnalisés qui seront réalisés par l'aîné au domicile. (Se référer au *Guide d'implantation : Intervention multifactorielle personnalisée* de l'Institut national de santé publique, 2007, à la section *Capacités motrices* sous la rubrique *1.3 Cahier d'exercices* aux pages 107 à 506.)

Intensité du programme

Pour être efficace, le programme doit être pratiqué à raison de deux à trois séances de 45-75 minutes par semaine pour une durée de 10 semaines consécutives. Il doit comprendre des exercices de renforcement musculaire et d'entraînement de l'équilibre dont une séance faite en semi-groupe et les deux autres séances, seul à domicile avec le programme d'exercices personnalisé.

Supervision du programme

- Intervention individualisée : (1 intervenant/1 participant)
- Intervention en semi-groupe : (1 intervenant/5 participants)

Il est primordial que l'intervenant prévoie des stratégies pour encourager la persévérance des aînés tout au long du programme et fasse un suivi téléphonique quand la personne manque une séance.

Il serait important de mettre en place des activités sur le maintien des acquis après la fin des interventions prévues, notamment pour l'alimentation et l'activité physique.

6.3 Médecin

- Réaliser une démarche diagnostique précise;
- Hiérarchiser les priorités thérapeutiques;
- Définir des objectifs thérapeutiques compatibles avec la qualité de vie et le risque de chute;
- Informer et éduquer l'aîné ou son entourage;
- Proposer une solution de rechange aux somnifères et aux anxiolytiques;
- Mettre en place un suivi vigilant et adapté ainsi que des programmes de soutien lors du sevrage et de l'arrêt des psychotropes.

6.4 Pharmacien

- Rédiger un rapport et l'acheminer au médecin traitant dans un délai raisonnable;
- Envoyer une copie à l'intervenant dédié pour être consignée au dossier médical de l'aîné;
- Proposer des outils de gestion de la prise des médicaments (pilulier, etc.);
- Sensibiliser l'aîné ou son entourage au bon usage des médicaments.

6.5 Nutritionniste

- Rédiger un plan et des objectifs pour améliorer l'apport nutritionnel dont une copie sera acheminée à l'intervenant dédié pour être consignée au dossier médical de l'aîné;
- Apporter les correctifs alimentaires appropriés (recommandations);
- Suggérer les ressources alimentaires locales, si nécessaire;
- Transmettre l'enseignement sur des thèmes spécifiques selon le cas;
- Effectuer des suivis téléphoniques ou à domicile (selon le cas);
- Fermer le dossier sur la nutrition lorsque les objectifs sont atteints.

6.6 Infirmière

- Procéder au repérage de la clientèle selon les critères d'admissibilité;
- Transmettre à l'intervenant dédié, la liste des clients potentiels;
- Procéder au dépistage de l'hypotension orthostatique à la demande de l'intervenant dédié et transmettre les résultats à celui-ci. (Selon les résultats obtenus au test de dépistage, l'infirmière assure le suivi en référant l'ainé au médecin traitant, selon l'algorithme décisionnel présenté à l'annexe 8.);
- Encourager la participation de l'utilisateur au programme;
- Partager ses observations avec l'intervenant dédié, au besoin.

7. Indicateurs de qualité

Le déploiement de ce programme nécessite la mise en place de mécanismes de suivi des indicateurs. Le CRSSS de la Baie-James doit fournir périodiquement les données concernant la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie rejointes dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes. Ces données devront être saisies dans le système d'information comme indiqué dans les quatre tableaux synthèses suivants.

TABLEAU SYNTHÈSE I-CLSC

APPLICATION DU CADRE NORMATIF DANS LES SERVICES EN PRÉVENTION DES CHUTES DESTINÉ AUX PERSONNES ÂGÉES À RISQUE, LORSQUE CES SERVICES SONT RENDUS PAR DES INTERVENANTS DU CSSS (MISSION CLSC).

	Activités de prévention des chutes	Section cadre normatif	Définition/Particularité
Prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile	interventions multifactorielles personnalisées	Interventions individualisées	Ces interventions multifactorielles sont offertes à la clientèle de 65 ans et plus, en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) du soutien à domicile qui a fait une chute au cours de la dernière année.
		Interventions de groupe	Ces interventions sont offertes à la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) du soutien à domicile pour compléter les interventions individualisées dans certains facteurs tel que le programme d'exercices en groupe.
	Interventions multifactorielles non personnalisées	Interventions de groupe	Ces interventions multifactorielles sont offertes à la population aînée, relativement autonome, qui a fait une chute dans la dernière année ou qui se perçoit à risque (Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)).
	Activité ponctuelle de groupe normalisée	Activité de prévention et de promotion de groupe	Activité de prévention et de promotion réalisée auprès de l'ensemble des personnes âgées.

1 INTERVENTION INDIVIDUALISÉE- Utilisation des outils d'évaluation

Interventions multifactorielles personnalisées

1- Centre d'activités ou sous-centres : (sous-programmes reliés à :)	6173 (soins infirmiers à domicile) 6561 (services psychosociaux à domicile) 6806 (pharmacien) 7111 (nutrition à domicile) 7161 (ergothérapie à domicile) 7162 (physiothérapie à domicile)
2- Type d'intervention :	1 Intervention individualisée
3- Raison 1 – 2 – 3 :	Maladie, affection, problème, besoin ou situation de l'utilisateur tel que défini par l'intervenant au cours de l'intervention (cadre normatif élément 034)
4- Acte 1: Acte 2 ou 3 :	6500 Actions d'évaluation ou de réévaluation 6550 Poursuite d'évaluation ou de réévaluation 7270 Actions multifactorielles personnalisées ou non – prévention des chutes
5- Suivi :	100 Aucun suivi sans référence formelle 200 Aucun suivi avec référence formelle interne 300 Aucun suivi avec référence formelle externe 301 Aucun suivi avec référence formelle au centre hospitalier 400 Suivi sans référence formelle 500 Suivi avec référence formelle interne 600 Suivi avec référence formelle externe 601 Suivi avec référence formelle au centre hospitalier 700 Suivi requis mais refusé par l'utilisateur
6- Profil de l'intervention :	710 Perte d'autonomie liée au vieillissement
7- Mode de l'intervention :	1 Rencontre
8- Lieu de l'intervention :	100 Au CSSS (mission CLSC) 120 Au domicile 140 Résidence privée pour personnes âgées avec services 160 En ressource intermédiaire 170 En ressource de type familial 500 Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu 600 Autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux 900 Autres lieux
9- Langue de l'intervention :	100 Français 200 Anglais 900 Autres

1 INTERVENTION INDIVIDUALISÉE- Traitements

Interventions multifactorielles personnalisées

1- Centre d'activités ou sous-centres : (sous-programmes reliés à :)	6173 (soins infirmiers à domicile); 6530 (aide à domicile) 6561 (services psychosociaux à domicile) 6806 (pharmacien) 7111 (nutrition à domicile) 7161 (ergothérapie à domicile) 7162 (physiothérapie à domicile)
2- Type d'intervention :	1 Intervention individualisée
3- Raison 1 – 2 – 3 :	Maladie, affection, problème, besoin ou situation de l'utilisateur tel que défini par l'intervenant au cours de l'intervention (cadre normatif élément 034)
4- Acte 1, 2 ou 3 :	7270 Actions multifactorielles personnalisées ou non – prévention des chutes Tout autre acte si nécessaire (cadre normatif élément 035)
5- Suivi :	100 Aucun suivi sans référence formelle 200 Aucun suivi avec référence formelle interne 300 Aucun suivi avec référence formelle externe 301 Aucun suivi avec référence formelle au centre hospitalier 400 Suivi sans référence formelle 500 Suivi avec référence formelle interne 600 Suivi avec référence formelle externe 601 Suivi avec référence formelle au centre hospitalier 700 Suivi requis mais refusé par l'utilisateur
6- Profil de l'intervention :	710 Perte d'autonomie liée au vieillissement
7- Mode de l'intervention :	1 Rencontre 2 Communication téléphonique (en présence de l'utilisateur) 3 Rencontre (en absence de l'utilisateur) 4 Communication téléphonique (en absence de l'utilisateur)
8- Lieu de l'intervention :	100 Au CSSS (mission CLSC) 120 Au domicile 140 Résidence privée pour personnes âgées avec services 160 En ressource intermédiaire 170 En ressource de type familial 500 Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu 600 Autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux 900 Autres lieux
9- Langue de l'intervention :	100 Français 200 Anglais 900 Autres

2 INTERVENTION DE GROUPE- Marche et équilibre

Interventions multifactorielles personnalisées

Catégorie d'usager groupe	100 Groupe de thérapie
1- Centre d'activités ou sous-centres : (sous-programmes reliés à :)	7161 (ergothérapie à domicile) 7162 (physiothérapie à domicile)
2- Type d'intervention :	4 Intervention de groupe
3- Raison 1 – 2 – 3 :	2407 Troubles relatifs au système nerveux et ostéomusculaire (incluant : mouvements involontaires anormaux, anomalie de la démarche et de la mobilité, troubles de la coordination, réflexes anormaux, etc.) Maladie, affection, problème, besoin ou situation de l'usager tel que défini par l'intervenant au cours de l'intervention (cadre normatif élément 034)
4- Acte 1 :	7270 Actions multifactorielles personnalisées ou non – prévention des chutes
5- Suivi :	100 Aucun suivi sans référence formelle 400 Suivi sans référence formelle
6- Profil de l'intervention :	710 Perte d'autonomie liée au vieillissement
7- Mode de l'intervention :	1 Rencontre
8- Lieu de l'intervention :	100 Au CSSS (mission CLSC) 120 Au domicile 140 Résidence privée pour personnes âgées avec services 160 En ressource intermédiaire 170 En ressource de type familial 500 Dans les locaux d'un organisme communautaire ou d'un groupe du milieu 600 Autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux 900 Autres lieux
9- Langue de l'intervention :	100 Français 200 Anglais 900 Autres
10- Nombre de participants :	001 à 999 : À compléter

Tableau sommaire : Codification pour les différentes activités de prévention des chutes

CONTINUUM DE SERVICES													HORS CONTINUUM
INTERVENTION PERSONNALISÉE										INTERVENTION NON PERSONNALISÉE			
Intervention individualisée - utilisation des outils d'évaluation				Intervention individualisée - traitement				Intervention de groupe		Intervention de groupe PIED			Activité de groupe normalisée
Catégorie d'utilisateur groupe								100 Groupe de thérapie		200 Groupe d'éducation			
1 Centre d'activités ou sous-centres : (sous-programme reliés à) :				6173 6561 6806 7111 7161 7162				6173 6530 6561 6806 7111 7161 7162		7161 7162 6589 7161 7162			Selon l'intervenant de groupe
2 Type d'intervention				1 (individualisée)				1 (individualisée)		4 (de groupe)			4 (ponctuelle de groupe)
3 Raison 1-2-3				cadre normatif 034				cadre normatif 034		cadre normatif 034 (2407)			5500 - Prévention et éducation
4 Acte 1-2-3				Acte 1 : 6500 / 6550 Acte 2 ou 3 : 7270				7270, si précision d'activités voir cadre normatif		7270			7360 - Actions éducatives et préventives concernant les chutes
5 Suivi				100 200 300 301 400 500 600 601 700				100 200 300 301 400 500 600 601 700		100 400			100 - Aucun suivi sans référence formelle
6 Profil de l'intervention				710 PALV				710 PALV		590 Autres services santé publique			590 - Autres services santé publique
7 Mode de l'intervention				1 (rencontre)				1 (rencontre)		1 (rencontre)			5 (groupe d'activité d'éducation systématique) 6 (groupe d'activité de masse)
8 Lieu de l'intervention				100 120 140 160 170 500 600 900				100 120 140 160 170 500 600 900		100 120 140 160 170 500 600 900			100 140 160 170 500 600 900
9 Langue de l'intervention				100 200 900				101 200 900		102 200 900			104 200 900
10 Nombre de participants								001 à 999 : À compléter		001 à 999 : À compléter			001 à 999 : À compléter uniquement pour les activités d'éducation systématique

ANNEXES



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

LEVER ET MARCHER CHRONOMÉTRÉS (TIMED UP AND GO) ET ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'ÉQUILIBRE (BERG)

Temps du T.U.G. : _____

Interprétation des résultats

Cochez	Résultats	Recommandations du groupe d'experts (participant)
☐	Moins de 14 secondes	Aucune référence. Remettre un programme d'exercices individuels adapté pour le domicile ou conseiller de s'inscrire à un programme tel que PIED.
☐	14 secondes et plus	Échec. Faire passer l'outil d'évaluation (Échelle de Berg) par la physiothérapeute.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAULT et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

Recommandations proposées (cochez) :

☐	Programme d'exercices individuels adapté
☐	Programme PIED
☐	Évaluation du BERG

Signature : _____

Date : _____

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE L'ÉQUILIBRE (BERG)

DESCRIPTION (NOTE 0-4)	Évaluation 1	Évaluation 2	Évaluation 3	Évaluation 4
DATE :				
1. Passer de la position assise à debout				
2. Se tenir debout sans appui				
3. Se tenir assis sans appui				
4. Passer de la position debout à assise				
5. Transferts				
6. Se tenir debout les yeux clos				
7. Se tenir debout les pieds ensemble				
8. Déplacement antérieur bras étendu(s)				
9. Ramasser un objet qui est par terre				
10. Se retourner et regarder en arrière				
11. Tourner de 360 degrés				
12. Placer en alternance un pied sur le tabouret				
13. Se tenir debout un pied devant l'autre				
14. Se tenir debout sur une jambe				
TOTAL :	/56	/56	/56	/56

Cochez	Résultats	Recommandations
	< 40/56	Orienter vers la physiothérapeute. Pour une évaluation ou proposer un traitement individuel si l'ainé est déjà en physiothérapie.
	41 à 49/56	Orienter vers un programme d'exercices en semi-groupe supervisé et remettre un programme d'exercices individuels adapté pour le domicile. Référer en physiothérapie s'il n'a pas d'accessoire à la marche ou proposer un traitement individuel si l'ainé est déjà en physiothérapie.
	50 et plus/56	Orienter vers des services du programme PIED ou à un autre programme d'activités physiques selon les capacités de l'ainé ou, en dernier recours, remettre un programme d'exercices individuels adapté pour le domicile.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAULT et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

Signature : _____

Date : _____

Instructions	
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 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 aide de quelqu'un 3. Se tenir assis, sans appui, mais 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 (placer les chaises pour un transfert pivot) Instructions : Asseyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs. On peut utiliser deux chaises (l'une avec et l'autre sans accoudoirs) ou un lit et une chaise avec accoudoirs (4) exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains (3) exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains (2) exécute l'exercice moyennant des instructions verbales et surveillance (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un (0) a besoin de l'aide/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 (3) peut se tenir debout pendant dix secondes sous surveillance (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes (1) incapable de fermer les yeux plus de 10 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 sans aide et rester debout moins de 30 secondes (1) a besoin d'aide à 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, 12,5 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 ou un objet à 7,5 cm (3 pouces) du sol 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 à 2-5 cm de la chaussure et garde l'équilibre (1) ne peut pas ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance (0) incapable d'essayer l'exercice/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 la 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 Instructions : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites un autre tour complet de l'autre côté (4) peut tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de quatre secondes (3) peut tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de quatre secondes (2) peut 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 (hauteur : 15 et 20 cm – 6 à 8 pouces) ou un 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/ne peut faire l'exercice 13. Se tenir debout sans appui, un pied devant l'autre Instructions : Placez un pied directement devant l'autre (faire une démonstration devant le sujet). 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 pour 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 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, mais ne peut tenir la position plus de 3 secondes, mais reste debout, sans aide (0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide pour ne pas tomber
---	--

Échelle d'équilibre de BERG - Procédures et interprétation		
Procédures d'application à suivre : - Expliquer et démontrer les épreuves. - N° 2 : position des bras et des pieds (bras le long du corps, pieds écartés de la largeur du bassin); - N° 5 : position des chaises (à 90° l'une par rapport à l'autre); - N° 6 : position des bras et des jambes (bras le long du corps, libres, c.-à-d. sans raideur, sans se tenir au corps, mais sans réaction ample, c'est-à-dire pas de flexion ni d'abduction exagérée, le minimum de réaction d'équilibre; les pieds sont écartés de la largeur du bassin). Note : si réaction des bras est ample ou la réaction d'équilibre est importante cela signifierait qu'une surveillance serait requise, donc la cote est ajustée en conséquence; - N° 7 : position des bras (bras le long du corps, libres); - N° 9 : position d'un objet par rapport aux pieds (le sujet est debout, l'objet est à environ 10 cm devant les pieds, au centre); - N° 10 : position du bras et de la jambe (les bras sont libres de bouger, les jambes ne bougent pas, le bon déplacement du corps : le poids du corps se déplace sur la jambe du côté de la rotation, si le sujet se tourne du côté droit le poids du corps se déplace sur la jambe droite), les pieds sont écartés de la largeur du bassin; - N° 11 : position des bras (bras le long du corps, libres); - N° 13 : position des bras (bras le long du corps, libres); - N° 14 : position des bras et jambe dans les airs (bras le long du corps, le pied qui se soulève ne doit pas venir toucher la jambe en appui). - Ne pas tenir le client lors du test. - Le client porte ses chaussures habituelles. - Le client choisit la jambe sur laquelle il va se tenir en équilibre unipodale (N° 14) ainsi que celle qu'il placera à l'avant lors de l'épreuve pieds en tandem (N° 13). - Utiliser un banc de la hauteur d'une marche normale pour l'épreuve 12, soit 195 mm (7,75 pouces). Un banc de 150 mm (6 pouces) de hauteur est adéquat. Il n'y a pas de différence significative sur le résultat final de l'échelle entre l'utilisation d'un banc de 150 à 195 mm. - Inscrire la note la plus basse lorsque vous hésitez entre deux résultats. - Aucune aide technique n'est permise. - Aucune stimulation n'est permise. - Pas d'indice sur le temps qu'il reste lorsqu'il y a un temps chronométré.		
Cochez	Résultats	Recommandations du groupe d'experts (participant)
☐	≤ 40/56	Orienter vers la physiothérapie pour une évaluation des actions appropriées à l'aide d'autres outils ou proposer un traitement individuel si l'ainé est déjà en physiothérapie.
☐	41 à 49/56	Orienter vers un programme d'exercices en semi-groupe supervisé et remettre un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile. Référer en physiothérapie, s'il n'a pas d'accessoire à la marche, ou proposer un traitement individuel si l'ainé est déjà en physiothérapie.
☐	50 et plus/56	Orienter vers des services d'interventions multifactorielles non personnalisées ou à un autre programme d'activités physiques selon les capacités de l'ainé ou, en dernier recours, remettre un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAULT et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v. 679 p.

Fonctions dépistées : le lever et la marche

Description :	Instrument clinique mesurant la mobilité de base (se lever d'une chaise, marcher, se retourner puis se rasseoir) chez l'ainé (60 à 90 ans).
Matériel :	Un chronomètre, une chaise (hauteur moyenne du siège : 46 cm) avec des accoudoirs (hauteur moyenne : 64 cm) de hauteur standard, ruban gommé ou cône.
Durée du test :	5 minutes

Instructions : Position initiale : l'ainé est assis, bien adossé, les pieds au sol. Il porte ses chaussures habituelles et utilise son aide technique usuelle (canne, marchette), mais il ne doit bénéficier d'aucune autre assistance. Les bras reposent sur les accoudoirs, l'aide technique usuelle est à la portée de la main. L'utilisation d'une chaise sans accoudoirs peut changer les résultats du test.

1. Au signal de la personne chargée de l'évaluation (« Allez-y »), l'ainé se lève et marche à une vitesse confortable et sécuritaire jusqu'à une ligne tracée sur le plancher ou à un cône (trois mètres plus loin en mesurant à partir du milieu du pied de l'ainé en position assise), se tourne puis revient s'asseoir. Il est libre ou pas d'utiliser les accoudoirs.
2. Un premier essai doit être fait pour familiariser l'ainé avec le test et s'assurer qu'il comprend bien les consignes. Il convient de permettre un repos suffisant avant l'évaluation finale. Puis le test qui comptera pour le score final est réalisé.

Résultats : La personne responsable de l'évaluation débute le chronométrage au signal « Allez-Y » et l'arrête lorsque la personne est revenue en position assise et adossée.

Le temps du parcours (en secondes) est retenu comme étant le score final. Le test sera jugé positif (échec) si le score est de 14 secondes et plus.

Seuil de risque ou critère d'échec : 14 secondes et plus (ou de ne pas se lever).

Recommandation : faire passer l'outil d'évaluation (Échelle d'équilibre de Berg) par la (le) physiothérapeute.

Note : si le test a été réalisé avec une chaise sans accoudoirs, le noter sur la fiche de résultats pour reproduire ou comparer avec de futurs tests (comparabilité intertest).

Cochez	Résultats	Recommandations du groupe d'experts (participant)
☐	Moins de 14 secondes	Aucune référence. Remettre un programme d'exercices individuels adaptés pour le domicile ou conseiller de s'inscrire à un programme des interventions multifactorielles non personnalisées (tel que PIED*.)
☐	14 secondes et plus	Échec. Faire passer l'outil d'évaluation (Échelle de Berg) par la (le) physiothérapeute.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

* PIED : Programme Intégré d'Équilibre Dynamique.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

INVENTAIRE DE LA MÉDICATION DES ÂÎNÉS

Médecin traitant : _____

Clinique et numéro de téléphone : _____

Pharmacie et numéro de téléphone : _____

Système de gestion des médicaments :

- ☐ Fioles de la pharmacie ☐ Pilulier hebdomadaire ☐ Complété par aidant, patient ou pharmacien
☐ Autres : _____

INSCRIRE LES MÉDICAMENTS PRESCRITS, NON PRESCRITS ET LES PRODUITS NATURELS

Nom du médicament ☐ Aucun médicament	Posologie	Médecin prescripteur	Prescrit	Non prescrit	Produit naturel
1.			☐	☐	☐
2.			☐	☐	☐
3.			☐	☐	☐
4.			☐	☐	☐
5.			☐	☐	☐
6.			☐	☐	☐
7.			☐	☐	☐
8.			☐	☐	☐
9.			☐	☐	☐
10.			☐	☐	☐
11.			☐	☐	☐
12.			☐	☐	☐
13.			☐	☐	☐
14.			☐	☐	☐
15.			☐	☐	☐
Résultats (cocher)	☐ R1. Prise de 4 médicaments prescrits ou plus par jour	Référer au pharmacien et au médecin			
	☐ R2. Prise de 1 médicament ou plus de la liste des médicaments	Référer au pharmacien et au médecin			

Nom de l'utilisateur : _____

de dossier : _____

Questions à adresser aux participants (cocher)	Oui	Non	Ne sait pas
Au cours de la dernière semaine, est-ce que vous avez bu de la bière, du vin, un spiritueux ou toute autre boisson alcoolisée?	☐	☐	☐
Avez-vous des étourdissements ou des faiblesses (fatigue)?	☐	☐	☐
Combien pesez-vous (poids déclaré)?	_____ kg ou _____ lbs		
Au cours de la dernière année, un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faites de l'hypotension orthostatique?	☐	☐	☐

Signature : _____ Date : _____

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

LISTE DES MÉDICAMENTS GUIDANT LA RÉFÉRENCE AU PHARMACIEN (CLASSIFICATION PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE DE NOMS GÉNÉRIQUES)

Cette liste sert à l'intervenant dédié lors de l'inventaire de la médication et, s'il y a lieu, pour faire l'orientation vers le pharmacien.

Noms génériques	Principaux noms commerciaux	Remarques (Référence)
Alprazolam	Xanax ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Amitriptyline	Plusieurs produits génériques (anciennement : Elavil ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Belladone	Composant de Bellergal spacetabs ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Bromazépam	Lectopam ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Bupropion	Wellbutrin ^{md} SR, Zyban ^{md} et quelques produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Buspirone	BuSpar ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Butalbital	Composant de Fiorinal ^{md}	Barbiturique : potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Carbamazépine	Tegrétol ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽⁶⁾
Chloral (hydrate de)	Génériques (Anciennement : Noctec ^{md})	
Chlordiazépoxyde	Composant de Librax ^{md} (anciennement : Librium ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Chlorpheniramine	Plusieurs préparations de vente libre pour le rhume et les allergies	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Chlorpromazine	Largactil ^{md} , Novo-Chlorpromazine ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Chlorpropamide	Novo-propamide ^{md} , Apo-Chlorpropamide ^{md} (anciennement : Diabinese ^{md})	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Chlorzoxazone	Plusieurs préparations de vente libre (Parafon ^{md} , Tylenol douleurs musculaires ^{md} , etc.)	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Citalopram	Celexa ^{md} et plusieurs produits génériques	
Clobazam	Frisium ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Clomipramine	Anafranil ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Clonazépam	Rivotril ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Clorazébate	Plusieurs produits génériques (anciennement : Tranxène ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Clozapine	Clozaril ^{md} et plusieurs produits génériques	
Cyclobenzaprine	Flexeril ^{md} et plusieurs produits génériques	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Cyproheptadine	Periactin ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Désipramine	Norpramin ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Diazépam	Valium ^{md} , Vival ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Dicyclomine	Bentylol ^{md} , Riva-Dicyclomine ^{md} (en vente libre)	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Digoxin	Lanoxin ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽²⁾
Dimenhydrinate	Gravol ^{md} et plusieurs produits génériques (en vente libre)	Référence si usage régulier. Contient du diphenhydramine
Diphenhydramine	Plusieurs préparations de vente libre pour l'insomnie, rhume ou allergie (Benadryl ^{md} , SleepAid ^{md} , Somnexam ^{md} , Dormiphen ^{md}).	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Diphenoxylate	Composant de Lomotil ^{md} (avec atropine)	Comprimés, capsules ou sirop/élixir
Disopyramide	Rythmodan ^{md} , Norpace ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Doxépine	Sinequan ^{md} et quelques produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽²⁾
Doxylamine	En vente libre : Unisom-2 ^{md} , Tylenol ^{md} sinus Extra fort, Gravol ^{md} , Mersyndol ^{md} . Sur ordonnance médicale : Calmydone ^{md} sirop, Diclectin ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Escitalopram	Cipralax ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Flavoxate	Urispas ^{md} et quelques produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Fluoxétine	Prozac ^{md} et plusieurs produits génériques	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Flupenthixol	Fluanxol ^{md} dépôt	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Fluphénazine	Plusieurs produits génériques; Modecate ^{md} en injectable	Disponible en injectable seulement
Flurazépam	Somnol ^{md} et quelques produits génériques (anciennement : Dalmane ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Fluvoxamine	Luvomax ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Halopéridol	Haldol ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Hydroxyzine	Atarax ^{md} plusieurs produits génériques	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Imipramine	Tofranil ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Indométhacine	Plusieurs produits génériques; (anciennement : Indocid ^{md})	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Lorazépam	Ativan ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Loxapine	Plusieurs produits génériques; Loxapac ^{md} si injectable	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Maprotiline	Novo-Maprotiline ^{md} (anciennement : Ludiomil ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Meperidine	Demerol ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Methocarbamol	Robaxin ^{md} (composant de plusieurs produits en vente libre)	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾

Metoclopramide	Plusieurs produits génériques (anciennement : Maxeran ^{md})	Si utilisé chez un patient atteint de la maladie de Parkinson ⁽⁴⁾
Méthotriméprazine	Nozinan ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Mirtazapine	Remeron ^{md} et plusieurs produits génériques	
Moclobémide	Manérix ^{md} et plusieurs produits génériques	
Nitrazépam	Plusieurs produits génériques (anciennement : Mogadon ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Nortryptiline	Aventyl ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Olanzapine	Zyprexa ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽⁵⁾
Orphenadrine	Norflex ^{md} , Orfenace ^{md} , Rhoxal-Orphenadrine ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Oxazépam	Quelques produits génériques (anciennement : Sérax ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Paroxétine	Paxil ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Pentazocine	Talwin ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Pericyazine	Neuleptil ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Perphénazine	Produits génériques; Trilafon ^{md} si injectable (anciennement : Étrafon ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Phénelzine	Nardil ^{md}	
Phenobarbital	Produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽⁶⁾
Phénytoin	Dilantin ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽⁶⁾
Pimozide	Orap ^{md} , Apo-Pimozide ^{md}	
Pipothiazine	Piportil ^{md}	Disponible en injectable seulement
Primidone	Produits génériques (anciennement : Mysoline ^{md})	Métabolisé en phénobarbital
Procaïnamide	Procan ^{md} , Pronestyl ^{md} et quelques produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽²⁾
Prochlorpérazine	Stemetil ^{md} et quelques produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Prométhazine	Histantil ^{md} (anciennement : Phénergan ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Propoxyphène	Darvon ^{md}	Potentiellement inapproprié en gériatrie ⁽³⁾
Quétiapine	Seroquel ^{md}	
Quinidine	Biquin Durules ^{md} (Quinidine bisulfate) et génériques (Quinidine sulfate)	Peut aggraver le risque de chute ⁽²⁾
Risperidone	Risperdal ^{md}	
Sertraline	Zoloft ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Témazépam	Restoril ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Thioridazine	Produits génériques (anciennement : Mellaril ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Thiotixène	Navane ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Thiopropérazine	Majeptil ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Tranlycypromine	Parnate ^{md}	
Trazodone	Désyrel ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Triazolam	Halcion ^{md} , Apo-Triazo ^{md} , Gen-triazolam ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Trifluopérazine	Quelques produits génériques (anciennement : Stélazine ^{md})	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Trimipramine	Surmontil ^{md} et plusieurs produits génériques	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Venlafaxine	Effexor ^{md}	Peut aggraver le risque de chute ⁽¹⁾
Zopiclone	Imovane ^{md} , plusieurs produits génériques	
Zuclopenthixol	Clopixol ^{md}	Disponible en injectable seulement

Cette liste représente les médicaments les plus susceptibles d'augmenter les risques de chutes chez les aînés. Elle regroupe principalement les médicaments de la section **28 : 16 Psychotropes** (antidépresseurs et tranquillisants), ceux de la section **28 : 24 Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques**, ainsi que certains médicaments cardiovasculaires tels que : digoxin (**24 : 04.08 Cardiotonique**) quinidine (**24 : 04 Cardiotropes**), disopyramide et procaïnamide (**24 : 04.04 Antiarythmiques**), tirés de la liste des médicaments de la RAMQ, de l'édition du 30 août 2006.

Plusieurs autres médicaments disponibles avec ou sans ordonnance médicale (de vente libre) ont été retenus pour cette liste puisqu'ils sont reconnus comme étant potentiellement inappropriés en gériatrie. Ceux-ci sont susceptibles d'aggraver les risques de chutes suite à des effets indésirables sur l'équilibre ou la pression artérielle. La présence de l'un de ces produits au profil médicamenteux d'une personne âgée victime d'une chute devrait résulter en une référence au pharmacien.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v. 679 p.



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
- ☐ Centre de santé de Radisson
- ☐ Centre de santé Isle-Dieu
- ☐ Centre de santé Lebel
- ☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

ÉVALUATION DU PHARMACIEN

Identification : _____

Démarches du pharmacien : _____

HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

ALLERGIE :

INTOLÉRANCE :

Gestion de la médication :

ANALYSE/RECOMMANDATIONS/PLAN DE SUIVI :

Signature du pharmacien : _____

Date : _____



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____



GRILLE IREDA ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE

Type de domicile : ☐ Maison unifamiliale ☐ 1 étage ☐ 2 étages ☐ Multipaliers
☐ Logement ☐ Résidence privée ☐ Autres : _____

La personne est : ☐ Propriétaire ☐ Locataire

Éléments	Dépistage			Suivi		Commentaires
	Oui	Non	N/A	Modification(s)		
Escaliers extérieurs						
1. Revêtement antidérapant						
2. Mains courantes						
3. Uniformité des marches						
4. Indicateur de localisation de la 1 ^{re} et dernière marche						
5. Contremarches fermées et de couleur contrastante						
6. Marches dégagées de tout objet						
7. Éclairage adéquat						
8. Boîte aux lettres hors de l'escalier et à bonne hauteur						
9. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans les escaliers						
Escaliers intérieurs						
10. Revêtement antidérapant						
11. Mains courantes						
12. Uniformité des marches						
13. Indicateur de localisation de la 1 ^{re} et dernière marche						
14. Contremarches fermées et de couleur contrastante						
15. Marches dégagées de tout objet						
16. Porte s'ouvrant vers l'intérieur de la pièce						
17. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans les escaliers						
Salle de bain						
18. Baignoire d'une hauteur et d'une grandeur standard						
19. Barres d'appui solides et antidérapantes						
20. Tapis antidérapant dans la baignoire						
21. Sortie de bain antidérapante						
22. Douche téléphone accessible						
23. Bouchon de la baignoire facile à utiliser						
24. Lavabo accessible						
25. Toilette sécuritaire						
26. Espace de rangement accessible						
27. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans salle de bain						

Nom de l'usager : _____

de dossier : _____

Éléments	Dépistage			Suivi		Commentaires
	Oui	Non	N/A	Modification(s)		
				Oui	Non	
Cuisine						
28. Articles fréquemment utilisés accessibles						
29. Armoires accessibles						
30. Espace de travail sur le comptoir disponible						
31. Escabeau stable et antidérapant (si utilisé)						
32. Courte distance entre le réfrigérateur, la cuisinette, l'évier et la table						
33. Prises de courant accessibles						
34. Table et chaises sécuritaires						
35. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans la cuisine						
Salon						
36. Fauteuil sécuritaire						
37. Absence de table basse au milieu du salon						
38. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans le salon						
Chambre						
39. Lit de bonne hauteur						
40. Matelas ferme ou orthopédique						
41. Téléphone, lampe, cadre lumineux et lampe de poche sur la table de chevet près du lit						
42. Espace de rangement accessible						
43. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires dans la chambre						
TOUTES LES PIÈCES						
44. Chaise permettant de s'asseoir pour s'habiller						
45. Seuils de porte adoucis entre les pièces						
46. Plancher exempt de surface(s) glissante(s)						
47. Plancher sans reflet et tapis uni						
48. Égalité du sol et revêtement bien fixé						
49. Fils électriques et du téléphone bien fixés						
50. Aires de déplacement dégagées						
51. Éclairage adéquat						
52. Interrupteurs accessibles à l'entrée de la pièce						
53. Veilleuse						
54. Téléphone accessible						
55. Autre(s) risque(s) identifié(s) lors de l'enseignement des comportements sécuritaires toutes pièces						
Autres risques observés : sous-sol, salle de lavage, chaussures antidérapantes, vêtements trop longs ou amples, présence de petits animaux dans le domicile, etc.						
Quel(s) type(s) de modification(s) dans votre logement serait(ent) nécessaire(s) afin de rendre vos activités de tous les jours plus faciles et plus sécuritaires?						
Référence à l'ergothérapeute si nécessaire : ☐ Oui ☐ Non						
Total des risques : ____ / 55		Signature : _____				
		Date : _____				

de dossier : _____

1. Maison unifamiliale : maison détachée, jumelée, en rangée, reliée ou mobile.

Logement ou appartement : bâtiment avec entrée distincte pour chaque unité de logement (adresse civique unique avec ou sans numéro d'appartement); immeuble avec entrée principale et plusieurs unités de logement (adresse civique avec numéro d'appartement).

Résidence privée : résidence offrant des services à ses occupants (salle à manger, salle de séjour ou autres services).

Autre : chambre, etc. Préciser.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

INVENTAIRE DES RISQUES DE L'ENVIRONNEMENT DOMICILIAIRE DES ÂÎNÉS

Nom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier : _____

	RISQUES IDENTIFIÉS	MODIFICATIONS RETENUES	PERSONNES RESSOURCES	PRIORITÉ
Escaliers extérieurs				
Escaliers intérieurs				
Salle de bain				
Cuisine				
Salon				
Chambre				

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

Nom de l'intervenant : _____

Numéro de téléphone : _____

Date de l'évaluation du domicile : _____



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

DÉPISTAGE NUTRITIONNEL DES AÎNÉS

DNA[®] ADAPTÉ

DÉPISTAGE NUTRITIONNEL DES AÎNÉS

Poids : _____ lbs _____ kg

Taille à l'âge adulte : _____ pi, _____ po _____ m

IMC : _____ kg/m²

Encercler le chiffre correspondant à l'énoncé qui s'applique à la personne

La personne est très maigre	IMC < 23	2
	IMC ≥ 23	0
Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année?	Oui	1
	non	0
Souffrez-vous d'arthrite, assez pour nuire à vos activités?	Oui	1
	Non	0
Même avec vos lunettes, est-ce que votre vue est :	Bonne	0
	Moyenne	1
	Faible	2
Avez-vous un bon appétit?	Souvent	0
	Quelquefois	1
	Jamais	2
Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté (ex. : maladie personnelle/décès d'un proche)?	Oui	1
	Non	0

Nom de l'utilisateur : _____

de dossier : _____

LA PLUPART DU TEMPS, que prenez-vous comme petit déjeuner?

Fruits ou jus de fruits	Oui	0
	Non	1
Oeuf ou fromage ou beurre d'arachide	Oui	0
	Non	1
Pain ou céréales	Oui	0
	Non	1
Lait (1 verre ou plus que ¼ tasse dans le café)	Oui	0
	Non	1

TOTAL : _____

SCORE OBTENU		RECOMMANDATIONS
	Risque nutritionnel	
6-13	Élevé	1. Remise d'un guide alimentaire pour les aînés de plus de 50 ans; 2. Encouragement à bien s'alimenter par l'ID; 3. Référence à une nutritionniste.
3-5	Modéré	
0-2	Faible	1. Remise d'un guide alimentaire pour les aînés de plus de 50 ans; 2. Encouragement à bien s'alimenter par l'ID; 3. Surveillance alimentaire constante (s'informer régulièrement de l'alimentation, donner des conseils, des encouragements, etc.).

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

Signature : _____ Date : _____

DNA[®] adapté – INSTRUCTIONS

Ce questionnaire a été élaboré pour identifier les aînés qui requièrent de l'aide pour améliorer leur alimentation et combler leurs besoins nutritionnels. Il a été conçu pour être utilisé par le personnel des services d'aide à domicile, notamment l'intervenant dédié en prévention des chutes. Les réponses aux questions sont obtenues au moyen d'une entrevue. Le chiffre encerclé correspond à la réponse de l'aîné et non au jugement de l'interviewer, sauf pour un énoncé : LA PERSONNE EST TRÈS MAIGRE, qui est déterminé par l'IMC.

1. Calcul de l'IMC

- Le poids est obtenu par une pesée du participant et la taille est celle qu'il avait à l'âge adulte
- L'IMC calculé : Kg/m^2

2. La personne est très maigre²

- Encercler 2 si l'IMC est inférieur à 23
- Encercler 0 si l'IMC est égal ou supérieur à 23

3. Avez-vous perdu du poids au cours de la dernière année?

- Le poids d'aujourd'hui est-il votre poids habituel?
- Toute perte de poids est notée OUI

4. Souffrez-vous d'arthrite ou d'autres maladies qui nuisent à vos activités?

- Autres maladies incapacitantes : arthrose, rhumatisme, Parkinson, fibromyalgie, etc.
- Note : le niveau d'incapacité physique ou la difficulté à se déplacer influence la capacité à se procurer les aliments, à préparer les repas ou à s'alimenter

5. Même avec vos lunettes, votre vue est... Réponse subjective du participant**6. Avez-vous bon appétit? Réponse subjective du participant****7. Avez-vous vécu dernièrement un événement qui vous a beaucoup affecté?**

- Autres exemples : déménagement, changement de personne ressource (parent ou intervenant)
- Note : certains événements peuvent influencer les comportements alimentaires ou les capacités à s'alimenter suffisamment et correctement.

8. La plupart du temps, que prenez-vous comme petit déjeuner?

Il s'agit ici de la routine « habituelle » et non pas d'une journée en particulier

Cette question réfère aux quatre groupes alimentaires du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*

a) Fruits ou jus de fruits

Inclut : fruits frais, congelés, en conserve, compote, jus véritable, légumes et jus de légumes
Exclut : confitures, boissons, punches, nectars et cocktails aux fruits

b) Oeuf ou fromage ou beurre d'arachide

Inclut : cretons, viandes froides, jambon, saucisses, fèves au lard, autres légumineuses, humus, etc.
Exclut : bacon, fromage à la crème

c) Pain ou céréales

Inclut : crêpes, bagels, muffins, croissants, riz, pâtes alimentaires, etc.

d) Lait

Inclut : lait, un verre ou plus que tasse dans le café, yogourt, milk shake, pouding ou dessert au lait, crème glacée
Exclut : crème, colorant à café (*coffee mate*)

² Kergoat, M.-J. IUGM, mars 2006, conférence Personnes âgées et nutrition clinique : Pour savourer les années.

DNA[®] adapté – INSTRUCTIONS**Selon le résultat obtenu, les recommandations suivantes sont proposées :**

- La personne à **risque nutritionnel modéré ou à risque nutritionnel élevé** a besoin d'une évaluation nutritionnelle. Elle reçoit d'abord un guide alimentaire pour les aînés de plus de 50 ans et des encouragements à bien s'alimenter de la part de l'intervenant dédié (ID). Une rencontre avec une nutritionniste lui est fortement suggérée pour procéder à l'évaluation nutritionnelle et afin d'établir les recommandations visant à combler ses besoins en énergie et en éléments nutritifs en plus de renseignements pratiques. Des références à des ressources alimentaires (services de préparation de repas à domicile, de livraison de repas, de transport à une cafétéria communautaire, etc.) pourraient être envisagées.
- La personne à **risque nutritionnel faible** reçoit d'abord un guide alimentaire pour les aînés de plus de 50 ans de la part de l'intervenant dédié (ID). Ce dernier doit ensuite assumer une surveillance constante auprès du participant, car l'état nutritionnel des aînés en perte d'autonomie à domicile est généralement précaire. Tout changement de situation (perte d'un proche, grippe, déménagement, hospitalisation, etc.) risque d'amener une détérioration rapide de l'état nutritionnel.

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
- ☐ Centre de santé de Radisson
- ☐ Centre de santé Isle-Dieu
- ☐ Centre de santé Lebel
- ☐ Centre de santé René-Ricard

JOURNAL ALIMENTAIRE

Nom de l'utilisateur : _____

Numéro de dossier : _____

	Date : _____	Date : _____	Date : _____
Déjeuner			
Collation du matin			
Dîner			
Collation de l'après-midi			
Souper			
Collation du soir			

Indiquez tout ce que vous consommez (exemple : 2 rôties avec beurre d'arachide, un verre de lait) pour 3 journées consécutives, incluant les breuvages.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE COUCHÉ-DEBOUT (HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE)

ALGORITHME A (VERSO)

Appareil de mesure

Une mesure ponctuelle est prise à l'aide du sphygmomanomètre (voir la validité du sphygmomanomètre sur le site www.hypertension.qc.ca). Utiliser un brassard de la bonne taille, selon la grosseur du bras, à 3 cm du pli du coude (référence MSI).

Test de redressement

Le test de redressement consiste à :

- ▶ Faire coucher la personne 5 à 10 minutes, dans des conditions calmes et de repos, les jambes décroisées, bras supporté et à la hauteur du cœur;
- ▶ Prendre la lecture de la tension artérielle (TA) en position couchée, sans faire parler l'utilisateur;
- ▶ Faire ensuite lever la personne et effectuer la lecture de la TA en position debout;
- ▶ Mesurer la TA à 1 minute. En l'absence d'un résultat positif, le refaire à 3 minutes et, si négatif, le refaire à 5 minutes.

Dépistage positif

- ▶ Le dépistage de l'hypotension orthostatique est considéré positif si la réduction de la pression systolique (syst) est de 20 mmHg et plus ou la réduction de la pression diastolique (diast) est ≥ 10 mm Hg dans les 3 minutes qui suivent le passage de la position couchée à la position debout (Hale, 1999); **Ou**
- ▶ Des symptômes (faiblesses, déséquilibre, vertige¹) apparaissant lors du lever ou dans les minutes qui suivent sont fortement suggestifs d'un petit débit cérébral.

ALGORITHME B (VERSO)

Référence

Si la TA dépasse le seuil normal attendu, la personne est invitée à consulter son médecin traitant. En cas d'urgence hypertensive, référer immédiatement l'utilisateur à l'urgence.

Résultat couché : _____ Résultat debout 1 minute : _____ Résultat debout 3 minutes : _____
Résultat debout 5 minutes : _____ Positif ☐ Négatif ☐

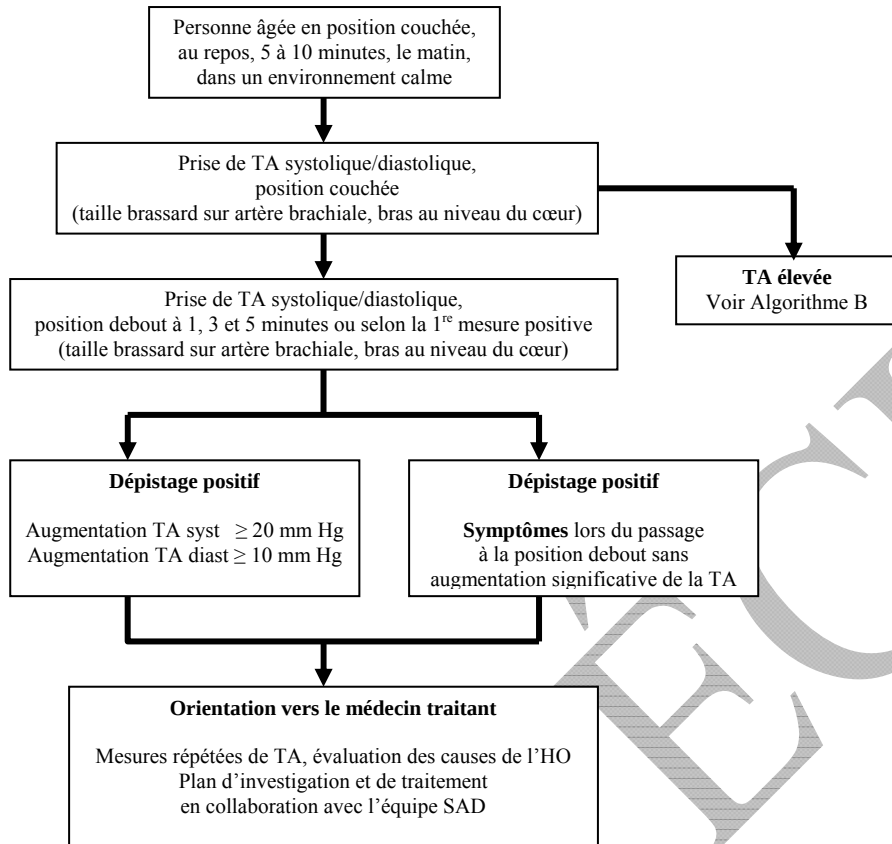
Signature : _____ Date : _____

*** Transmettre les résultats à l'intervenant dédié au programme *Intervention multifactorielle personnalisée*.**

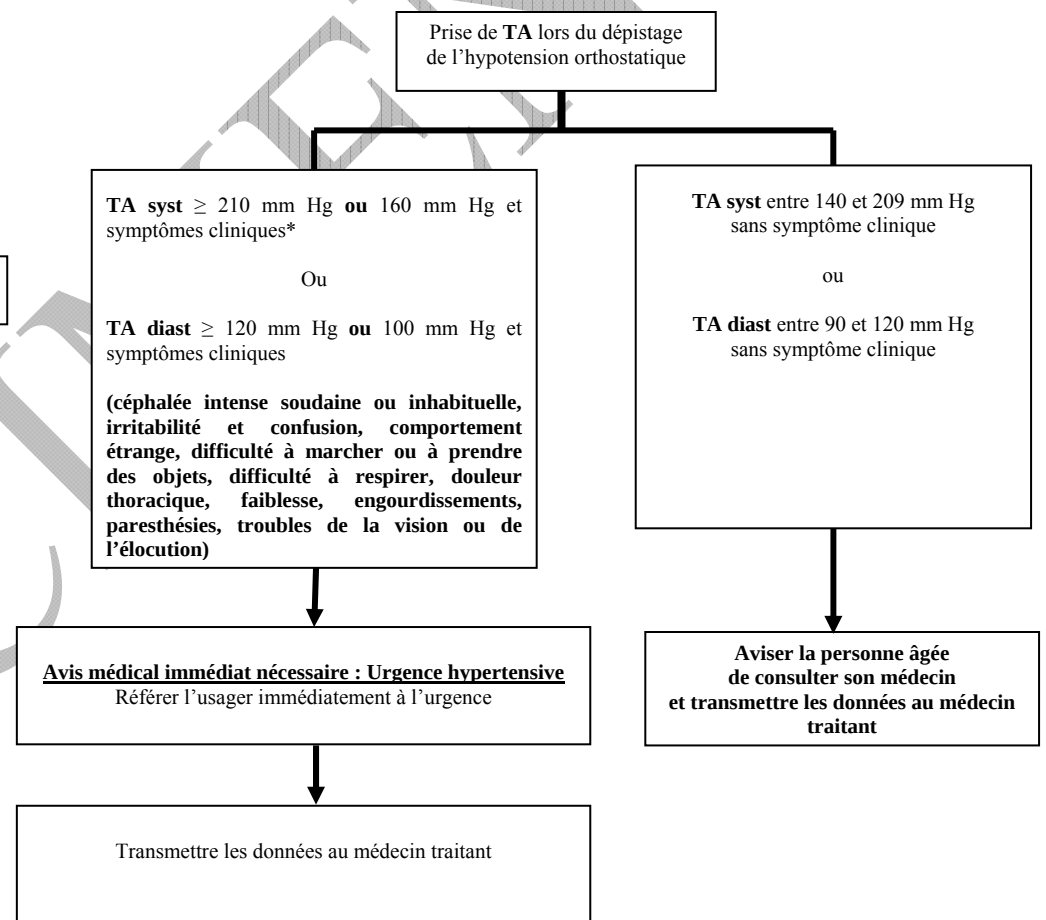
¹ L'interprétation de « vertiges » au lever ou debout exige toujours de faire un diagnostic différentiel entre « vertige » par petit débit cérébral ou « vertige » de type instabilité par déficits sensoriels multiples (visuels, proprioceptifs, faiblesse musculaire, effets médicamenteux) particulièrement fréquents chez la personne âgée (Warner, 1992).

Dépistage de l'hypotension orthostatique (HO)

Algorithme A



Algorithme B



Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.

Adapté et approuvé par la Direction des soins infirmiers et des programmes en juin 2009
Recommandé par le CECII le 9 septembre 2009

CONSEILS POUR PRÉVENIR L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE (EN ATTENDANT LES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES DE VOTRE MÉDECIN)

- S'hydrater adéquatement. Prendre au moins 2 litres de liquides par jour ou plus si pertes liquidienne (par temps chaud et humide ou lors d'exercices) sauf si votre médecin vous impose une restriction liquidienne;
- Éviter les circonstances suivantes : station debout prolongée, forte chaleur, bains chauds, consommation d'alcool, alitement prolongé;
- Dormir ou se reposer en position demi-assise;
- Se lever du lit ou d'une chaise en faisant une pause sur le bord du lit ou de la chaise avant de se lever et en mobilisant les jambes et les pieds avant de passer à la position debout;
- Par exemple, faire des exercices de flexion-extension des chevilles et d'ouverture-fermeture des mains (serrer les poings) en position assise;
- Se rasseoir ou se recoucher si des étourdissements sont ressentis durant le passage de la position couchée ou assise à la position debout;
- Éviter de se pencher à la ceinture pour ramasser des objets au sol; plutôt plier les genoux, en gardant sa tête au-dessus du niveau du cœur.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

TABLEAU DE BORD - PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE

ÉTAPES													
1 ^{er} dépistage sélectif		Suivi 1 ^{er} mois				Suivi 2 ^e mois				Suivi 4 ^e mois			
Au domicile ☐ Date : _____ Autre visite si nécessaire ☐ Date : _____		Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____				Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____				Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____			
Résultats évaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)	C ¹	EC	NA	A	C ¹	EC	NA	A	C ¹	EC	NA	A
Capacités motrices (1.1) Outil : TUG Seuil : ≥ 14 secondes _____ s Remettre, si résultat < 14 s, programme d'exercices individuels. Si remis, cochez ☐	Référence en physiothérapie Suivi : - Programme exercices individuels - Programme exercices groupe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médicaments (2.1) Outil : Inventaire médication Seuil : ≥ 4 médicaments prescrits R1 : _____ ≥ 1 médicament à risque (liste) R2 : _____	Référence au pharmacien Référence au médecin traitant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Environnement domiciliaire (3.1) Outil : Grille IREDA Seuil : ≥ 1 élément à risque ____/55	Escaliers extérieurs Escaliers intérieurs Salle de bain Cuisine Salon Chambre Toutes les pièces Autres Référence en ergothérapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dénutrition (4.1) Outil : DNA® adapté Seuil : ≥ 3 sur 13 ____/13 Remettre pochette sur l'alimentation, si remise, cochez ☐	Référence à la nutritionniste	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ce document doit être annexé au formulaire AH-216. Lorsque les deux documents sont dûment complétés, ils doivent être transmis au médecin traitant.

de dossier :

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v. 679 p.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

TABLEAU DE BORD - PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE

ÉTAPES									
2 ^e dépistage sélectif (6 ^e mois)		Suivi 8 ^e mois				Suivi 10 ^e mois			
Au domicile ☐ Date : _____ Autre visite si nécessaire ☐ Date : _____		Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____				Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____			
Résultats évaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)	C ¹	EC	NA	A	C ¹	EC	NA	A
Capacités motrices (1.1) Outil : TUG Seuil : ≥ 14 secondes _____ s Remettre, si résultat < 14 s, programme d'exercices individuels. Si remis, cochez ☐	Référence en physiothérapie Suivi : - Programme exercices individuels - Programme exercices groupe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médicaments (2.1) Outil : Inventaire médication Seuil : ≥ 4 médicaments prescrits R1 : _____ ≥ 1 médicament à risque (liste) R2 : _____	Référence au pharmacien Référence au médecin traitant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Environnement domiciliaire (3.1) Outil : Grille IREDA Seuil : ≥ 1 élément à risque ____/55	Escaliers extérieurs Escaliers intérieurs Salle de bain Cuisine Salon Chambre Toutes les pièces Autres Référence en ergothérapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dénutrition (4.1) Outil : DNA® adapté Seuil : ≥ 3 sur 13 ____/13 Remettre pochette sur l'alimentation. Si remise, cochez ☐	Référence à la nutritionniste	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ce document doit être annexé au formulaire AH-216. Lorsque les deux documents sont dûment complétés, ils doivent être transmis au médecin traitant.

[illegible]

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

TABLEAU DE BORD - PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE

ÉTAPES									
3 ^e dépistage sélectif (12 ^e mois)		Suivi 14 ^e mois				Suivi 16 ^e mois			
Au domicile ☐ Date : _____ Autre visite si nécessaire ☐ Date : _____		Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____				Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____			
Résultats évaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)	C ¹	EC	NA	A	C ¹	EC	NA	A
Capacités motrices (1.1) Outil : TUG Seuil : ≥ 14 secondes _____ s Remettre, si résultat < 14 s, programme d'exercices individuels. Si remis, cochez ☐	Référence en physiothérapie Suivi : - Programme exercices individuels - Programme exercices groupe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médicaments (2.1) Outil : Inventaire médication Seuil : ≥ 4 médicaments prescrits R1 : _____ ≥ 1 médicament à risque (liste) R2 : _____	Référence au pharmacien Référence au médecin traitant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Environnement domiciliaire (3.1) Outil : Grille IREDA Seuil : ≥ 1 élément à risque ____/55	Escaliers extérieurs Escaliers intérieurs Salle de bain Cuisine Salon Chambre Toutes les pièces Autres Référence en ergothérapie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dénutrition (4.1) Outil : DNA® adapté Seuil : ≥ 3 sur 13 ____/13 Remettre pochette sur l'alimentation. Si remise, cochez ☐	Référence à la nutritionniste	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ce document doit être annexé au formulaire AH-216. Lorsque les deux documents sont dûment complétés, ils doivent être transmis au médecin traitant.

de dossier :

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v. 679 p.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
☐ Centre de santé de Radisson
☐ Centre de santé Isle-Dieu
☐ Centre de santé Lebel
☐ Centre de santé René-Ricard

Département : _____

Titre du professionnel : _____

TABLEAU DE BORD - PROGRAMME DE PRÉVENTION DES CHUTES À DOMICILE INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE

ÉTAPES					
4 ^e dépistage sélectif (18 ^e mois)		Suivi pour finaliser les recommandations			
Au domicile ☐ Date : _____ Autre visite si nécessaire ☐ Date : _____		Au domicile ☐ Téléphonique ☐ Date : _____			
Résultats évaluation (Facteurs de risque)	Recommandations acceptées (cochez)	C ¹	EC	NA	A
Capacités motrices (1.1) Outil : TUG Seuil : ≥ 14 secondes _____ s Remettre, si résultat < 14 s, programme d'exercices individuels. Si remis, cochez ☐	Référence en physiothérapie Suivi : - Programme exercices individuels - Programme exercices groupe	☐	☐	☐	☐
Médicaments (2.1) Outil : Inventaire médication Seuil : ≥ 4 médicaments prescrits R1 : _____ ≥ 1 médicament à risque (liste) R2 : _____	Référence au pharmacien Référence au médecin traitant	☐	☐	☐	☐
Environnement domiciliaire (3.1) Outil : Grille IREDA Seuil : ≥ 1 élément à risque ____/55	Escaliers extérieurs Escaliers intérieurs Salle de bain Cuisine Salon Chambre Toutes les pièces Autres Référence en ergothérapie	☐	☐	☐	☐
Dénutrition (4.1) Outil : DNA [®] adapté Seuil : ≥ 3 sur 13 ____/13 Remettre pochette sur l'alimentation. Si remise, cochez ☐	Référence à la nutritionniste	☐	☐	☐	☐

Ce document doit être annexé au formulaire AH-216. Lorsque les deux documents sont dûment complétés, ils doivent être transmis au médecin traitant.

de dossier : _____

Source : BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAU et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation* – IMP, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v. 679 p.



- ☐ Centre de santé de Chibougamau
- ☐ Centre de santé de Radisson
- ☐ Centre de santé Isle-Dieu
- ☐ Centre de santé Lebel
- ☐ Centre de santé René-Ricard

PRÉSENCES

GROUPES INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE

Intervenant(e) : _____

Lieu : _____ Numéro du groupe : _____

Nom des participants(es)	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	Semaine 9	Semaine 10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

NOTES D'ÉVOLUTION



DT9076

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____

[illegible]

RÉFÉRENCES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Plan d'action en santé publique du CRSSS de la Baie-James 2008-2012 : Vers un développement durable pour des communautés et des individus en santé*, Chibougamau, Direction de la santé publique, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2009, x pages [À paraître].

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 61 p.

BÉGIN, Claude, Valois BOUDREAULT et Diane SERGERIE. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : guide d'implantation – IMP*, Québec, Institut national de santé publique, 2007, v, 679 p.