

Dépistage - Questionnaire « Parachutes » : Conseils à domicile en cas de chute

(Original pour la personne conseillée, copie pour le professionnel de la santé)

Nom et prénom du client / de la cliente

Adresse

Code postal / Lieu de résidence

Téléphone et adresse e-mail

Date de naissance

Nom du médecin de famille et téléphone

Date de l'enquête

Nom du professionnel qui conseille

Mes conclusions et ce que je me propose de faire
(à remplir ensemble à la fin de la consultation)

Zwäg ins Alter

Pro Senectute canton de Berne

Secrétariat - Worblentalstrasse 32 - 3063 Ittigen - Téléphone 031 359 03 03 Compte pour les dons
info@be.prosenectute.ch - www.be.prosenectute.ch IBAN CH98 0900 0000 3000 0890 6



1.0 Auto-évaluation du risque de chute

1.1 De manière générale, comment évaluez-vous votre risque de chute ?

- faible modéré élevé

A quoi cela est-il dû ?

1.2 Comment évaluez-vous l'assurance de votre démarche ?

- bonne moyenne pourrait être mieux

1.3 Comment est votre équilibre ?

- bon moyen pourrait être mieux

1.4 Comment évalueriez-vous votre force ?

- bonne moyen pourrait être mieux

1.5 Que faites-vous exactement pour réduire les risques de chute ?

2.0 Mobilité et événements liés aux chutes

2.1 Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ? oui non

2.2 Manquez-vous d'assurance en position debout ou en marchant ? oui non

2.3 Avez-vous peur de (re)tomber ? oui non

2.4 Si vous avez chuté au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence et avec quelle précision ? Quelles ont été les conséquences de la chute pour vous ?

2.5 Avez-vous besoin d'aides pour marcher ? oui non

2.6 Votre façon de marcher a-t-elle changé au cours des derniers mois ? oui non
Comment décririez-vous ce changement ?

2.7 Test Timed Up and Go (TUG) et test Timed Up and Go modifié
(voir annexe pour les instructions)

Évaluation TUG :

La personne a mis _____ secondes

Une aide à la marche a été nécessaire

oui non

> 13.5 sec = risque de chute élevé

Évaluation TUG modifié

La personne a mis _____ secondes

> 15 sec (ou 10% de plus que la TUG normale) = risque de chute accru

Observation du professionnel : _____

3.0 État nutritionnel

3.1 Quelle est votre taille (sans les chaussures) ? Taille : _____ cm

3.2 Quel est votre poids (vêtements légers, sans chaussures) ? Poids : _____ kg

3.3 MNA (Minimal Nutritional Assessment) de Nestlé

(voir aussi sous https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_german.pdf)

Dépistage MNA

A	Le patient a-t-il moins mangé au cours des 3 derniers mois en raison d'une perte d'appétit, de problèmes de digestion, de difficultés à mâcher ou à avaler ? 0 = forte diminution de la prise alimentaire 1 = légère diminution de la prise alimentaire 2 = pas de diminution de la prise alimentaire	<input type="checkbox"/>
B	Perte de poids au cours des 3 derniers mois 0 = perte de poids > 3 kg 1 = non connu 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	<input type="checkbox"/>
C	Mobilité 0 = alité ou mobilisé dans un fauteuil 1 = capable de se déplacer dans le logement 2 = quitte le logement	<input type="checkbox"/>
D	Maladies aiguës ou stress psychique au cours des 3 derniers mois 0 = oui 2 = non	<input type="checkbox"/>
E	Problèmes neuropsychologiques 0 = démence sévère ou dépression 1 = démence légère 2 = pas de problèmes psychologiques	<input type="checkbox"/>
F	Indice de masse corporelle IMC Poids corporel en kg / (taille en m) ² 0 = BMI < 19 1 = 19 < BMI < 21 2 = 21 < BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>

Nombre de points obtenus _____

Résultat de l'évaluation (max. 14 points) :

12 - 14 points

État nutritionnel normal

08 - 11 points

Risque de malnutrition

00 - 07 points

Malnutrition

Autres éléments de l'évaluation MNA relatifs aux chutes

J	Combien de repas principaux le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas	<input type="checkbox"/>
K	Apport en protéines : est-ce que le patient mange : • au moins 1x par jour des produits laitiers (lait, fromage, yogourt) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • des légumineuses ou des œufs au moins deux fois par semaine ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • de la viande, du poisson ou de la volaille tous les jours ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 0.0 = si 0 ou 1 fois oui 0.5 = si 2 fois oui 1.0 = si 3 fois oui	<input type="checkbox"/>
L	Le patient mange-t-il des fruits ou des légumes au moins 2 fois par jour ? 0 = non 1 = oui	<input type="checkbox"/>
M	Combien de verres le patient boit-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait) 0.0 = moins de 3 verres / tasses 0.5 = 3 à 5 verres / tasses 1.0 = plus de 5 verres / tasses	<input type="checkbox"/>

4.0 Sens

4.1 Voyez-vous encore bien ? oui non
Observations du professionnel : _____

4.2 Entendez-vous encore bien ? oui non
Observations du professionnel : _____

5.0 Cognition et compétences quotidiennes

5.1 Comment évaluez-vous votre mémoire ?
 bonne facilement distrait cela me préoccupe
Qu'est-ce qui inquiète exactement ?

5.2 Pouvez-vous encore bien gérer les tâches quotidiennes telles que la lessive et la cuisine ? oui non
Observations du professionnel : _____

6. Antécédents médicaux

Les diagnostics suivants ont-ils été posés ou les troubles suivants sont-ils apparus chez vous ?

- 6.1** Maladies cardiaques ou circulatoires (tension artérielle élevée / basse) oui non
Description _____
- 6.2** Perte de connaissance de courte durée oui non
Description _____
- 6.3** Vertiges oui non
Description _____
- 6.4** Diabète oui non
Description _____
- 6.5** Problèmes avec les pieds (troubles de la sensibilité) oui non
Description _____
- 6.6** Maladies rhumatismales, arthrose oui non
Description _____
- 6.7** Forte déficience visuelle oui non
Description _____
- 6.8** Forte déficience auditive oui non
Description _____
- 6.9** Maladies neurologiques (Parkinson, sclérose en plaques, épilepsie) oui non
Description _____
- 6.10** Incontinence oui non
Description _____
- 6.11** Problèmes intestinaux oui non
Description _____
- 6.12** Opérations, accidents survenus au cours des 3 derniers mois oui non
Description _____
- 6.13** Remarques et autres problèmes de santé non mentionnés ici :

7.0 Prise en charge de la douleur

- 7.1** Avez-vous des douleurs en marchant ? oui non
- 7.2** Connaissez-vous des moyens de soulager vos douleurs ? oui non
Si oui, laquelle ? _____

8.0 Gestion des médicaments

8.1 Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui non
Si oui, lesquels et combien ? _____

8.2 Est-ce que plus d'un médecin vous prescrit des médicaments ? oui non

8.3 Possédez-vous une carte de médicaments (à regarder ensemble) ? oui non

8.4 Prenez-vous médicaments qui ne sont pas prescrits par votre médecin ? oui non

8.5 Avez-vous remarqué des effets secondaires des médicaments ? oui non
Si oui, lesquels ? _____

9.0 Consommation d'alcool

9.1 AUDIT C (Alcohol use Disorders Identification Test - Consumption Items)

Une boisson alcoolisée (boisson standard) correspond à environ 3 dl de bière (5 % de volume), 1 dl de vin ou de vin mousseux (12,5 % de volume), 2 cl de spiritueux (55 % de volume) ou 4 cl de liqueur (30 % de volume).

Points	0	1	2	3	4
À quelle fréquence buvez-vous de l'alcool ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Environ 1 fois par mois <input type="checkbox"/>	2-4 fois par mois <input type="checkbox"/>	2-3 fois par semaine <input type="checkbox"/>	3 fois ou plus par semaine <input type="checkbox"/>
Si vous buvez de l'alcool dans une journée, combien de boissons alcoolisées buvez-vous typiquement ?	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 ou 4 <input type="checkbox"/>	5 ou 6 <input type="checkbox"/>	7 ou 8 <input type="checkbox"/>	10 ou plus <input type="checkbox"/>
Combien de fois avez-vous bu plus de 6 boissons alcoolisées ou plus au cours d'une même journée ?	Jamais <input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/>	1 fois par mois <input type="checkbox"/>	1 fois par semaine <input type="checkbox"/>	Tous les jours ou presque <input type="checkbox"/>

Total des points _____

Evaluation : un score total de 4 et plus chez les hommes et de 3 chez les femmes signifie qu'il y a un risque accru de troubles liés à l'alcool et qu'il est nécessaire de poursuivre l'action.

Observations du professionnel: _____

10.0 Visite du logement

10.1 Liste de contrôle de l'habitat

(tiré de la brochure du BPA "Autonome jusqu'à un âge avancé, Liste de contrôle pour l'habitat, entraînement et mobilité " pages 7-9)

Général, concernant l'ensemble du logement Toutes les zones d'habitation sont-elles suffisamment éclairées ? S'applique également aux pièces annexes, aux escaliers et à l'accès à la zone d'habitation. Les intervalles sont-ils suffisamment longs en cas d'allumage automatique de la lumière (détecteur de mouvement) ? Les zones de marche et les passages sont-ils libres d'obstacles et les risques de trébucher ont-ils été éliminés ? Votre aide à la montée (échelle de ménage) est-elle solide, possède-t-elle des pieds en caoutchouc et une poignée pour s'y tenir ? Votre téléphone est-il facilement accessible et facile à utiliser ?	Oui	Non
Escaliers Les escaliers sont-ils pourvus de mains courantes faciles à saisir (même si les marches sont peu nombreuses) ? Les nez de marche sont-ils marqués de manière visible ? Les escaliers sont-ils libres de tout objet ? Les marchepieds sont-ils antidérapants même lorsqu'ils sont mouillés ?	Oui	Non
Accès à la maison Les voies d'accès sont-elles immédiatement débarrassées de la neige, de la glace et des feuilles mortes ? Les voies d'accès sont-elles exemptes de risques de trébuchement ? La boîte aux lettres est-elle facile d'accès ?	Oui	Non
Cuisine Les ustensiles dont vous avez souvent besoin sont-ils facilement accessibles et rangés à une hauteur confortable ? Le revêtement de sol est-il antidérapant ?	Oui	Non
Chambre à coucher Votre lit est-il à la bonne hauteur pour que vous puissiez y entrer et en sortir confortablement et sans danger ? L'interrupteur de la lumière est-il facile à actionner depuis le lit, de sorte que vous puissiez allumer la lumière la nuit lorsque vous devez vous lever ? Le téléphone est-il à portée de main ?	Oui	Non
Tapis Les tapis sont-ils antidérapants ? Les bords relevés sont-ils fixés au sol avec du ruban adhésif pour moquette ?	Oui	Non
Balcon / jardin Le passage vers le balcon / le jardin est-il aménagé de manière à éviter les chutes et les risques de trébucher ?	Oui	Non

Autres observations _____

Annexe

Chapitre 2 : Mobilité, événements liés aux chutes

Sur 2.7 :

Le test "**Timed Up and Go**" (TUG) est un test destiné aux personnes âgées qui peuvent marcher de manière autonome. Il sert à évaluer l'équilibre corporel et le risque de chute lors d'une tâche motrice quotidienne.

Outils nécessaires :

- 1 chaise (avec dossier),
- 1 chronomètre,
- Ruban de mesure,
- Matériel pour marquer les 3 mètres (ruban adhésif, etc.)
- Place de 4 mètres

Instructions de test :

1. La personne est assise sur une chaise avec accoudoirs. Elle peut, le cas échéant, utiliser un accessoire (p. ex. une canne). Les bras reposent doucement sur les accoudoirs et le dos est appuyé contre le dossier de la chaise.
2. Lorsqu'elle y est invitée, la personne doit se lever et marcher 3 mètres d'une démarche normale et sûre (par exemple jusqu'à une ligne tracée sur le sol à cet endroit),
3. s'y retourner, revenir à la chaise et s'asseoir à nouveau.

Le temps nécessaire est noté en secondes. Avant le chronométrage proprement dit, la personne peut s'entraîner à effectuer le mouvement.

Évaluation TUG :

Valeur cut - off - pour distinguer les personnes à risque de chute (risque accru) des personnes non à risque de chute > **13,5 secondes**

Le **Modified Timed Up and Go Test (TUG modifié)** est un test complémentaire au TUG normal, qui permet d'évaluer les aptitudes à la marche.

Instructions de test :

1. Étapes 1-3 comme pour le TUG normal
2. En outre, la personne testée doit compter à rebours, par exemple à partir de 100, par pas de 3, pendant qu'elle marche.

Évaluation TUG modifié :

Cut - off - valeur > **15 secondes** (ou plus de 10% de différence par rapport au TUG normal) sans tâche cognitive ou erreurs de calcul accrues indiquent un risque accru de chute.

Source : Prévention des chutes en physiothérapie. Bases et recommandations pour la pratique : D. Frehner, S. Knuchel-Schnyder, B. Zindel, M. Bruderer-Hofstetter, B. Pfenninger (p. 18)

Chapitre 5 : Cognition, compétences quotidiennes

Test de comptage d'argent après la Saint-Nicolas

Explication du spécialiste : le test de comptage d'argent de Nicolas permet d'évaluer de manière ludique une tâche quotidienne.

Aides nécessaires : 1 porte-monnaie contenant un billet de dix francs, une pièce de deux francs, deux pièces d'un franc, une pièce de cinquante centimes et trois pièces de dix centimes. Montant total : 14,80.

Instructions pour le test : on demande à la personne de vider son porte-monnaie, d'additionner l'argent et de donner le montant. Le test est interrompu après trois tentatives infructueuses ou s'il faut plus de 5 minutes pour y parvenir.

Interprétation du test :

moins de 45 secondes	=	Autonomie
45-70 secondes	=	Risque de besoin d'aide
plus de 70 secondes	=	besoin d'aide important

Source : *première publication - Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting : a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. Age Ageing 1995;24:257-258

Chapitre 10 : Visite de l'appartement

Le Bureau de prévention des accidents BPA (<https://www.bfu.ch/fr/conseils/habitat-des-seniors>) rappelle les principaux conseils pour réduire les risques de chute chez les personnes âgées :

Des mesures simples pour prévenir les chutes

- Éliminer les obstacles qui font trébucher, comme les câbles qui traînent.
- Maintenir le sol propre et nettoyer immédiatement les liquides renversés.
- Installer des bandes antidérapantes dans la baignoire et la douche.
- Porter des chaussures antidérapantes.
- Equiper l'entrée de la maison ou de l'appartement d'un paillason plat et antidérapant.
- Améliorer la visibilité des marches d'escalier, par exemple en installant des bandes contrastées.
- Installer des bandes antidérapantes supplémentaires sur les marches d'escalier

Avec l'aide de professionnels, les personnes âgées peuvent aller encore plus loin :

- Équiper l'appartement de revêtements de sol antidérapants, surtout dans la salle de bain et la cuisine.
- Installer des barres d'appui et des sièges spéciaux dans la douche et la baignoire.
- Faire réparer immédiatement les escaliers endommagés
- Eclairage clair des escaliers - la lumière ne doit toutefois pas éblouir.
- Équiper les escaliers de mains courantes des deux côtés

Sur le site Internet du BPA susmentionné, les professionnels et les personnes âgées peuvent télécharger ou commander le document Autonome jusqu'à un âge avancé, Liste de contrôle pour l'habitat, entraînement et mobilité " qui contient des informations détaillées, une liste de contrôle et des recommandations d'action.