

Table ronde: Le patient chuteur : approche pluridisciplinaire du domicile à l'EHPAD

Psychomotricité – Kinésithérapie – Ergothérapie – Enseignante APA

Intervenantes: Manon LE BRUN, Christelle THOREL, Julie DECROCK, Emmanuelle HYM
Modération: Geoffrey DESSI, Laura LESAGE

Table des matières

- Présentation clinique : Madame J.
- Interventions pluridisciplinaires: regards croisés et axes d'intervention

↪ Domicile
↪ EHPAD

- Compétences partagées et spécifiques
- Conclusion



- Cas Clinique - *Madame J., 78 ans*



PARCOURS DE VIE

- Ancienne adjointe administrative (30 ans)
- Vie sociale riche, attachement au langage et à la culture
- Célibataire, sans enfant, réseau amical présent
- Personnalité autonome et engagée

POINT DE RUPTURE

- 2008 : vertiges
- Chutes répétées + fracture col du fémur
- Installation progressive d'une peur de chuter

AUJOURD'HUI

- Marche altérée (pas court, rétropulsion)
- Déambulateur 3R systématique
- Cognition préservée (MMSE 28/30)
- Peur de chuter sévère (FES-I = 25)
- Agrippement / évitement
- Restriction des déplacements
- Isolement social



DOMICILE

BILANS COMMUNS - REGARDS CROISÉS

- **Timed Up and Go (TUG)**
Évalue la mobilité fonctionnelle et le risque de chute
- **Short Physical Performance Battery (SPPB)**
Mesure les capacités physiques globales (équilibre, marche, force)
- **Berg Balance Scale (BBS)**
Évalue l'équilibre statique et dynamique
- **Tinetti (POMA)**
Analyse l'équilibre et la qualité de la marche
- **5 Times Sit to Stand (5STS)**
Mesure la force des membres inférieurs et les transferts
- **Vitesse de marche**
Indicateur global de mobilité et de fragilité
- **Short FES-I**
Évalue la peur de chuter dans les activités quotidiennes
- **Échelle d'équilibre unipodal**
Apprécie le contrôle postural statique

- **5 mots Dubois**
Evaluer la mémoire épisodique
- **Moca/MMSE**
Dépistage des troubles cognitifs
- **EVA/S/N & Algoplus/Doloplus**



KINÉSITHÉRAPIE

AXES D'INTERVENTION

DOMICILE

Le Kinésithérapeute

=

**Le professionnel de la
rééducation qui arrive en 1er
au domicile de la PA :**

- sur prescription MG ou CHU
- souvent sollicité par IDE

- Évaluations globales de la PA
- Définition des attentes du patient
- Évaluation du domicile et de ses dangers (SDB, Wc, lit, escalier, cuisine...)
- Évaluation de l'usage approprié du matériel d'assistance
- Aidants ?

• **Sollicitation d'autres professionnels**

- Suivi de l'évolution
- retour motivationnel du patient



ÉVALUATIONS

Short physical performance battery (SPPB)

→ mesure de l'état fonctionnel et des performances physiques

- vitesse de marche
- équilibre debout + capacité à se lever d'une chaise

timed up and go (TUG): évaluation de la mobilité

- détection déficit équilibre qui → le risque de chute
- seuil critique > 14s pour PA autonome à domicile

test d'appui unipodal

- si maintien < 5s =risque accru de chute

Traitement
patient centré

- puissance musculaire
- amplitude articulaire
- déficit sensoriel et/ou douleur
- état psychologique
- hygiène de vie (alimentation, hydratation, sommeil)

KINÉSITHÉRAPIE

BILANS ET AXES DE TRAVAIL

DOMICILE

Objectifs

- Prévention des chutes
- Lutte contre l'amyotrophie
- Lutte contre la kinésiophobie
- Lutte contre l'agisme
- ↗ sentiment d'auto-efficacité

Moyens

- mobilisations
- renfo musculaire global (Cf. France Mourey, JFK 2025 : "nous sous-sollicitons nos patients")
- rééducation équilibre statique/ dynamique (intégration du système vestibulaire)
- rééducation à la marche
- travail des transferts



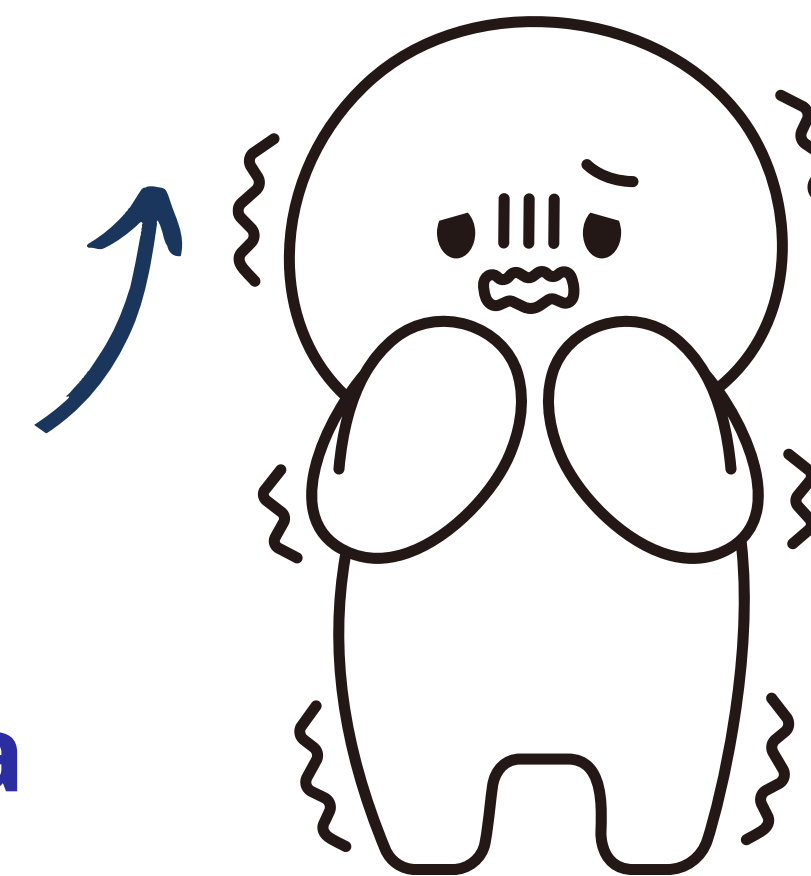
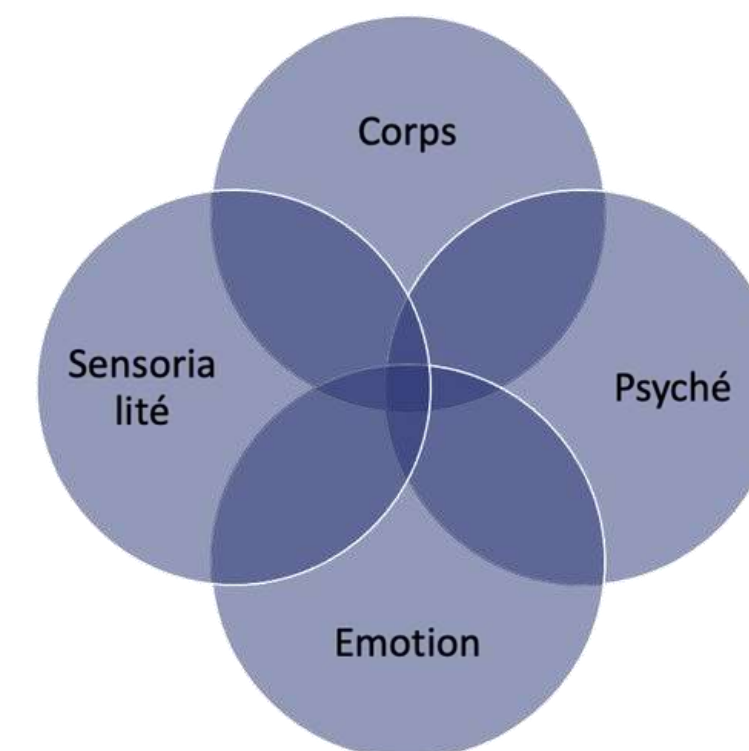
- élastiques
- pédaliers
- haltères
- application "clock yourself"
- Système D

Matériel de rééducation à domicile"

DOMICILE : Nos bilans et axes de travail

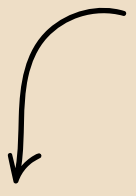


- Examen Géronto Psychomoteur : vision holistique de la personne
- Respiration/ regard / Examen du tonus
- Test Sensibilité/ Profil sensoriel
- Conscience corporelle/ schéma corporel / Somatognosie
- Verticalité subjective axe corporel
- Représentation affective du corps après la chute, image du corps
- Objectiver conduites protection post chute / Espaces investis et évités
- Tinetti, Romberg • Appui unipodal • Short FES-I / FES-I
- MMSE • MoCA
- TUG, SPPB • Double tâche • Attention



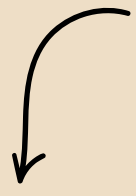
Impact psychomoteur de la peur de chuter

J'ai peur que mes jambes lâchent



perte de confiance corporelle et peur de la verticalisation

Je ne sais plus comment me lever



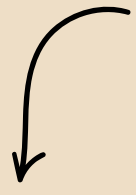
désorganisation des automatismes posturo-moteurs

J'ai l'impression de partir en arrière



perturbation de la verticalité subjective de l'axe corporel et des appuis

Quand je marche, je réfléchis à chaque pas.



Perturbation du feedback, augmentation du coût attentionnel et difficultés dans les activités de double-tâche

Depuis ma chute, je ne suis plus comme avant



retentissement identitaire, symptomatologie anxio-dépressive et désinvestissement corporel

PSYCHOMOTRICITE

AXES D'INTERVENTION

DOMICILE

Consolider la **confiance corporelle** et l'identité notamment dans les AVQ

limiter le sentiment d'insécurité/ favoriser un **apaisement** et un relâchement tonique

Repartir des **appuis corporels de base** souvent désorganisés post chute: transfert poids, perception axe et bassin
Faire **ressentir** par la proprioception

FAIRE LIEN

- Aidant
- Auxiliaire de vie et autres paramédicaux

Favoriser **l'autonomie** (vouloir faire) et **l'indépendance** (pouvoir faire)

Faire intégrer les aides techniques et appareillages sensoriels au **schéma corporel** de la personne

Vécu chute

- **Conscience corporelle des conséquences** de la chute
- Verbalisation du traumatisme

Travailler les **transitions** avant la marche
Car source de désorganisation

ex: mobilité des 3 sphères, investissement 3 plans de l'espace

Reduire progressivement le **surcontrol**
Car surcharge l'attention et augmente la peur

ex: coordination regard/mouvement, fluidité mouvement

- Évaluation fonctionnelle en situation réelle d'AVQ : EVQ, AQPT
- Analyse personne – activité – environnement : croiser les capacités de la personne, les exigences de la tâche et les contraintes du domicile.
- Évaluation structurée des dangers du domicile : Westmead Home Safety Assessment, HOME FAST-HP
- Repérage des comportements à risque en situation de vie réelle dont particulièrement ceux liés à la peur de chuter
- Évaluation des aides techniques et aménagements nécessaires dont la satisfaction : ESAT
- Évaluation du positionnement et des troubles posturaux : MCPAA

AXES D'INTERVENTION

Sécuriser les AVQ

Modifier les gestes, les routines et les stratégies dans les activités identifiées à risque ou générant une peur de chuter

Modifier les habitudes à risque

Agir sur les comportements répétés ou automatismes qui augmentent le risque, parfois dans plusieurs activités

..Adapter le domicile

Modifier l'environnement matériel et/ou humain pour réduire les dangers et faciliter les activités.

Former et accompagner la personne / les aidants

L'éducation, l'autogestion du risque et les stratégies motivationnelles sont des composantes actives de l'intervention

QU'EST-CE QUI FAIT CHUTER LES PERSONNES ÂGÉES ?

1 - L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

2 - LA PEUR DE LA CHUTE

3 - LA DÉNUTRITION

4 - LA BAISSÉ DE LA VUE ET DE L'AUDITION

5 - LES RISQUES DU LOGEMENT



Chacun de ces 5 signes augmente le risque de chute chez les personnes âgées. Les connaître c'est déjà pouvoir agir pour les prévenir.

PLAN ANTICHUTE **DES PERSONNES ÂGÉES**

Mission plan antichute des personnes âgées
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
chuteseniors@sg.social.gouv.fr

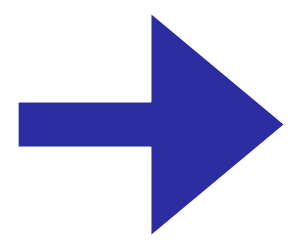
L'inactivité physique est le premier facteur modifiable de chute
Source: Plan national antichute 2022-2024 - axe 4

Transformer la capacité physique retrouvée en un engagement durable par le plaisir

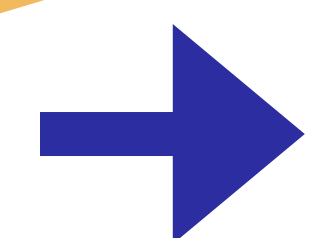
Expert de la réadaptation
l'EAPA agit sur les habitudes de vie et la participation sociale

AXES D'INTERVENTION

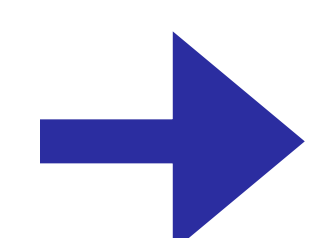
Notion de **plaisir** pour une **adhésion durable**



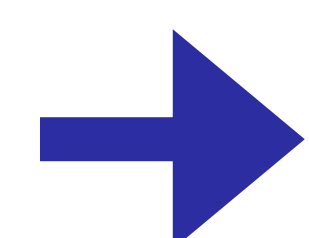
Activités en lien avec la **motivation** (ex: danse, boxe, foot adapté...)



Renforcement musculaire global



Travail de l'équilibre



Capacité cardio-respiratoire

Collectif
-Rupture isolement
Association labellisée:
(ex: Siel bleu, ma vie, gymnastique volontaire...)
-Emulation par les pairs

Objectif :

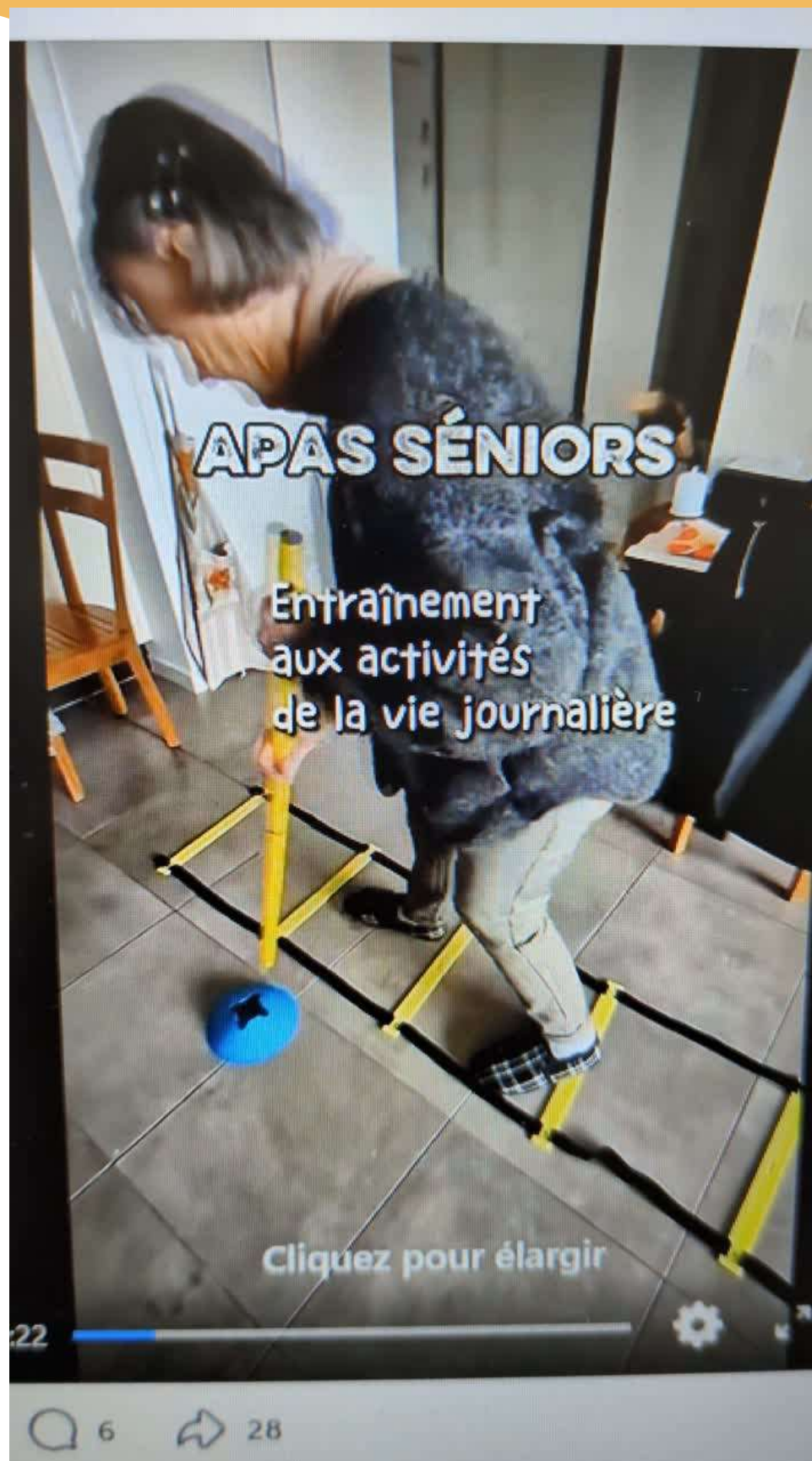
Retrouver la confiance dans ses aptitudes physiques



AXES D'INTERVENTION



Tricycle



shutterstock.com - 2313119773

Tango

AXES D'INTERVENTION

Financement

Quid sur sport sur ordonnance ?

-Prescription APA aux personnes en ALD, maladies chroniques depuis 2016 par décret.

→ Ordonnance décrit les **contre-indication médicales** et **objectifs thérapeutiques** (ex: renforcement musculaire des MI)

-Pas de financement sécurisé sociale

-Financement possible par: mutuelles (via forfait) conférence des financeurs (certains programme PEM-ES), certaines mairies, maisons sport santé qui orientent...

EHPAD



- **Timed Up and Go (TUG)**
Évalue la mobilité fonctionnelle et le risque de chute
- **Short Physical Performance Battery (SPPB)**
Mesure les capacités physiques globales (équilibre, marche, force)
- **Berg Balance Scale (BBS)**
Évalue l'équilibre statique et dynamique
- **Tinetti (POMA)**
Analyse l'équilibre et la qualité de la marche
- **5 Times Sit to Stand (5STS)**
Mesure la force des membres inférieurs et les transferts
 - **Vitesse de marche**
Indicateur global de mobilité et de fragilité
- **Short FES-I**
Évalue la peur de chuter dans les activités quotidiennes
- **Échelle d'équilibre unipodal**
Apprécie le contrôle postural statique
- **Test Moteur Minimum**
Sujet âgé très fragile avec faibles capacités fonctionnelles

- **5 mots Dubois**
Évaluer la mémoire épisodique
- **Moca/MMSE**
Dépistage des troubles cognitifs
- **EVA/S/N & Algoplus/Doloplus**



Présentation du patient et du contexte de pec par IDE et médecins coor



- mobilisations
- renfo musculaire global (Cf. France Mourey, JFK 2025 : "nous sous-sollicitons nos patients")
- rééducation équilibre statique/ dynamique
- rééducation à la marche et lutte contre rétropulsion centre d'inertie
- travail des transferts +++

- Mêmes évaluations qu'à domicile
- Freins organisationnels et de coordination



Matériel de rééducation sur plateau technique

- élastiques, haltères, kettlebell, barres lestées +++
- pédaaliers, vélo assis,
- step, barres parallèles
- balance pad, cônes, obstacles etc...

Vigilance

- syndrome post chute
- pénibilité du travail des aides-soignantes



Valorisation capacités psychomotrices/ soutenir le désir

- Atelier double ancrage (mot/cog) dans un cadre signifiant
- Donner du sens aux activités (danse, promenade, sorties)
- Travail au niveau du bassin, centre de l'équilibre
- Soutenir l'indépendance et l'autonomie en s'adaptant si évolution vers un TNC

Rééducation tonico-posturale et équilibre

- Conscience axe vertical et centre gravité
- Déstabilisation progressive statique/dynamique
- Coordination regard/mouvement/respiration
- Stimulation podotactile/axe corporel
- Marche duale (activité signifiante)

Travail corporel peur de la chute, SDPM

- ↙ Hypervigilance tonique et réactions d'évitement
- Techniques de relaxation à médiation corporelle
 - Exposition progressive et graduée aux situations anxiogènes

Faire lien

Coordination pluri :
Analyse comportementale : peur de la chute/anxiété et non un SPC

Sensibiliser à l'intégration des AT et appareillages sensoriels dans le schéma corporel

AXES D'INTERVENTION

Sécuriser les AVQ
et les temps de
soins

Modifier les gestes, les routines et les stratégies dans les activités identifiées à risque ou générant une peur de chuter

Améliorer le
positionnement et réduire
les troubles posturaux

Modifier l'installation assise/allongée, adapter le fauteuil roulant et les aides à la posture, prévenir les glissements et escarres

Modifier les habitudes à risque

Agir sur les comportements répétés ou automatismes qui augmentent le risque, parfois dans plusieurs activités

Adapter l'environnement
institutionnel

Modifier l'environnement matériel et/ou humain pour réduire les dangers et faciliter les activités.

Construire des alternatives
aux contentions

Sécuriser sans restreindre l'autonomie
Mettre en place des aides technologiques

Former et accompagner la
personne / les équipes

L'éducation, l'autogestion du risque et les stratégies motivationnelles sont des composantes actives de l'intervention + prévention des TMS, cohérence des pratiques.

AXES D'INTERVENTION

Séance Individuelle

- Renforcement musculaire ciblé et global
- Travail de l'équilibre
- Réadaptation à la marche
- Gestion de l'effort
- Activités en lien avec la motivation (ex: danse)

Séance collective

- Atelier prévention des chutes
- Gymnastique collective
- Activités multisport: activités ludiques (ex: foot sur chaise, boccia...)
- Activités en musique: rythme pour réguler le pas, le mouvement
- Inclusion social
- Motivation

**Le problème n'est pas la capacité
mais l'engagement**

ENSEIGNANT EN ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

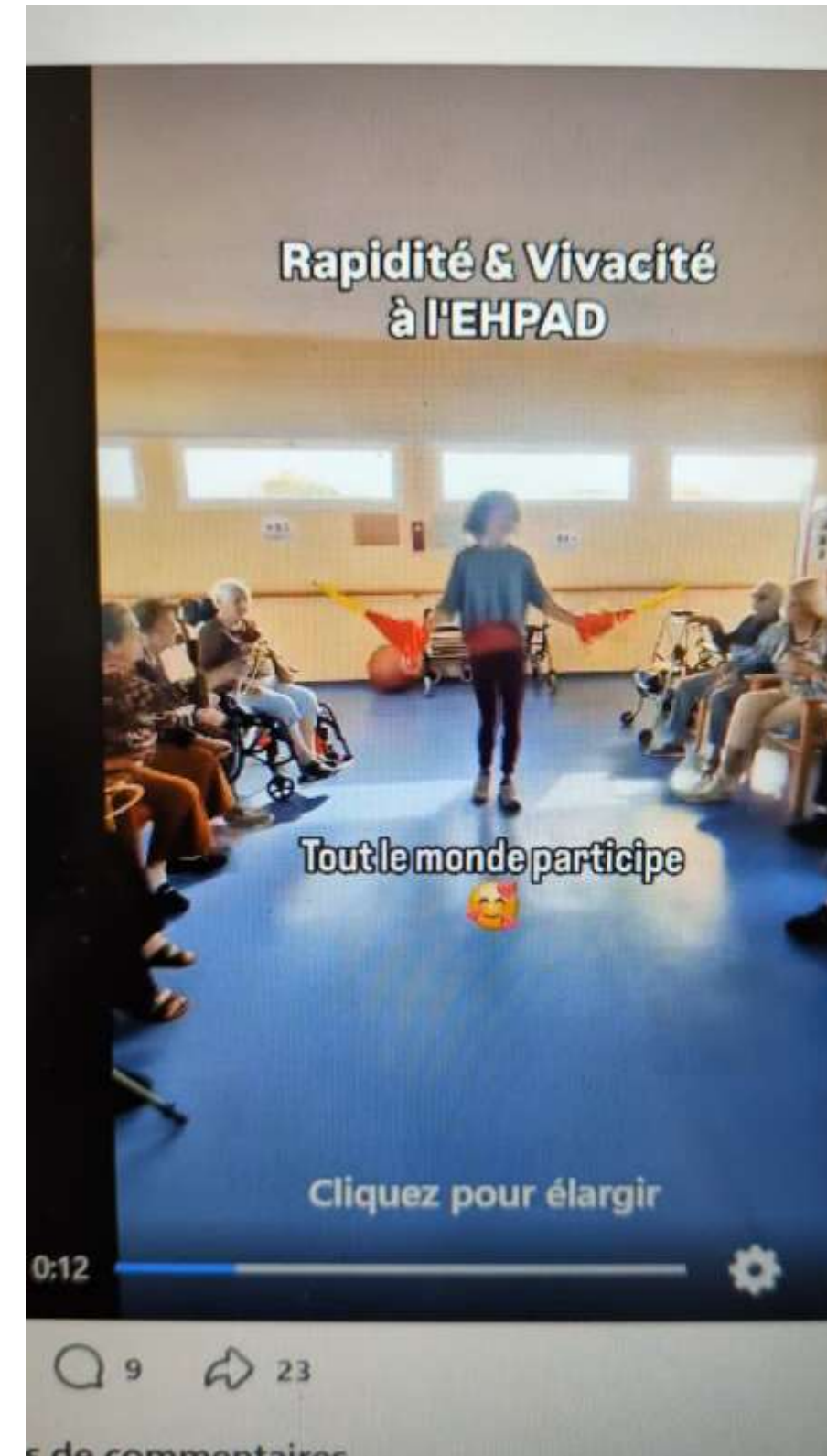
AXES D'INTERVENTION



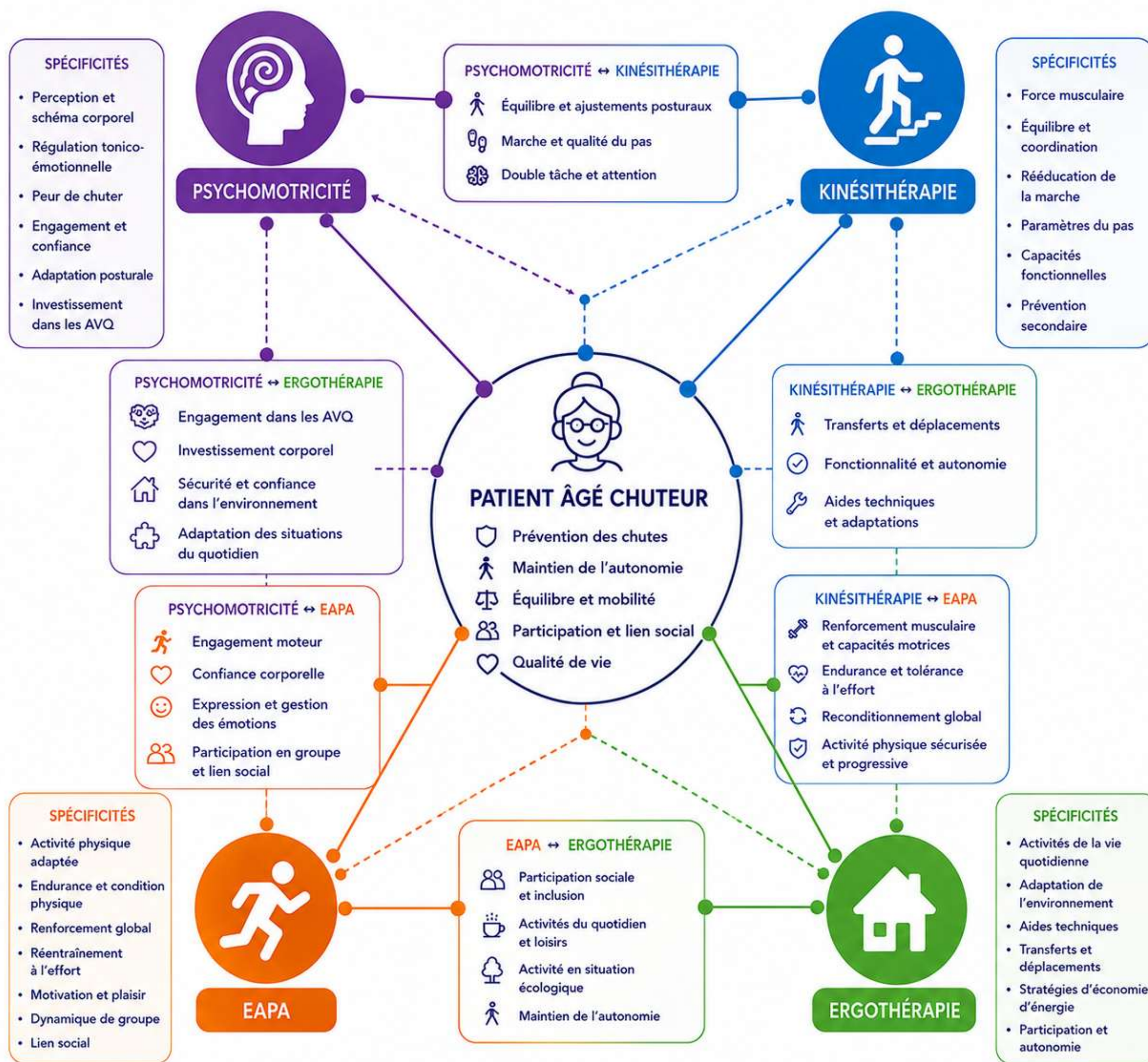
Source: PHV - MAS
Luciole (48)



AXES D'INTERVENTION



Source: facebook Meitxell Sabaté



Pour conclure,



Bibliographie commune

- HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009.
- Montero-Odasso et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults. Age and Ageing. 2022.
- NICE. Falls: Assessment and prevention in older people. NG249. 2025.
- ARS Île-de-France. (2022). Plan Antichute Personne-Âgées.
- Haute Autorité de Santé. (2005a). Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Haute Autorité de Santé.
- Haute Autorité de Santé. (2009). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.

Références exploitées en ergothérapie :

- Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. (s. d.). Ergothérapeute DE en EHPAD. Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie.
- Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie. Ergothérapeute DE en SMR. Association Française des Ergothérapeutes en Gériatrie.
- Cockayne, S., Pighills, A., Adamson, J., Fairhurst, C., Crossland, S., Drummond, A., Hewitt, C. E., Hewitt, C., Rodgers, S., Ronaldson, S. J., Ronaldson, S., McCaffery, J., Whiteside, K., Scantlebury, A., Robinson-Smith, L., Cochrane, A., Lamb, S. E., Lamb, S., Boyes, S., ... Torgerson, D. (2021). Home environmental assessments and modification delivered by occupational therapists to reduce falls in people aged 65 years and over : The OTIS RCT. *Health Technology Assessment*, 25(46), 1-118. <https://doi.org/10.3310/hta25460>
- Demers, L., Weiss-Lambrou, R., & Ska, B. (2002). The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 20) : An overview of recent progress. *Technology and Disability*, 14. <https://doi.org/10.13072/midss.298>
- E, J.-Y., Li, T., McNally, L., Thomson, K., Shahani, U., Gray, L., Howe, T. E., & Skelton, D. A. (s. d.). Environmental and behavioural interventions for reducing physical activity limitation and preventing falls in older people with visual impairment. Consulté 10 mai 2026, à l'adresse <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009233.pub3/full>
- Mackenzie, L., & Byles, J. (2018). Scoring the home falls and accidents screening tool for health professionals (HOME FAST-HP) : Evidence from one epidemiological study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 65(5), 346-353. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12467>
- Melchert, S., Lowrie, D., & Pighills, A. (2026). Supporting implementation of occupational therapy led Falls Hazard Reduction at Home : A scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 73(1), e70061. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70061>
- Mohr, S., Müller, C., Hildebrand, F., & Laubach, M. (2023). [Fall prevention in old people through occupational therapy home assessment, consultation and modification : A process outline]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 56(5), 408-414. <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02103-w>
- Nouvel, F., & Vigouroux, C. (2025). Rôle de l'ergothérapie pour la prévention des chutes. *La Presse Médicale Formation*, 6(6), 100738. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2025.100738>
- Parry, S. W., Bamford, C., Deary, V., Finch, T. L., Gray, J., MacDonald, C., McMeekin, P., Sabin, N. J., Steen, I. N., Whitney, S. L., & McColl, E. M. (2016). Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people : Therapy development and randomised controlled trial - the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. *Health Technology Assessment*, 20(56), 1-206. <https://doi.org/10.3310/hta20560>
- Pighills, A., Melchert, S., Brondello, T., Eden, A., Rickman, E., & Tynan, A. (2025). Occupational therapy-led environmental assessment and modification—A quantitative evaluation of a pilot implementation study in a regional/rural setting. *Australian Occupational Therapy Journal*, 72(4), e70039. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.70039>
- Stark, S., Keglovits, M., Somerville, E., Hu, Y.-L., Barker, A., Sykora, D., & Yan, Y. (2021). Home Hazard Removal to Reduce Falls Among Community-Dwelling Older Adults. *JAMA Network Open*, 4(8), e2122044. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.22044>
- Washington, S. E., Edwards, E., Fink, A., & Radocha, L. (2025). Inclusive Practices for Aging in Place : Environmental and Home Modifications for Older Adults. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 79(2), 7902180220. <https://doi.org/10.5014/ajot.2025.050987>

Références exploitées en psychomotricité

- Albaret, J.-M., et Aubert, E. (2001). *Viellissement et psychomotricité*. De Boeck Solal.
- Amyot, J.J. (2008). *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod.
- Billé, M. (2021). *Vieux mais libres. Manifeste pour l'âge et la vie: réenchanter la vieillesse*.
- Brandily, A. et al (2023). *Psychomotricité et sujet âgé. Cliniques psychomotrices*.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris:La découverte.
- Ducuing, C. (2015). Chapitre 6 : Méthodes en relation avec le milieu social. *Manuel d'enseignement de psychomotricité Tome 2-Méthodes et techniques*, 462-463
- Haute Autorité de Santé. (2016). *Qualité de vie au travail et qualité des soins.Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Repéré à Revue de littérature qualité de vie au travail qualité des soins (has-sante.fr)
- Hilion, A. (2011). La psychomotricité en gériatrie. Axe corporel et identité du sujet âgé.Dans *Evolutions psychomotrices*, 23 (93), p.159-162.
- Hermant, G. (2009). Éclairage psychomoteur en gérontologie-cahier 1. *Évolutions psychomotrices* (Paris), (84).
- Innocent-Mutel, D., & Ponton, G. (2015). Chapitre 28. La prévention de la chute. In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 387-404). De Boeck Supérieur.
- Jaeger, M. (2020). *Guide du secteur social et médico-social-11e éd*. Dunod.
- Kalfat, H., Sauzéon, H., BELLEMARE, L., ACKERMANN, M., TROUVE, E., HYNAUX, I., ... & BOYER, M. (2009). *Ergothérapie en gériatrie: approches cliniques*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Plan de la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030*.
- Péoc'h, N., & Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé : l'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 108(1), 53-66.
- Personne, M. (2011). *Protéger et construire l'identité de la personne âgée : Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse : Erès ed.
- Touraine, M. (2016). *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé – Prendre soin de ceux qui nous soignent*. Communiquer de presse. Consulté sur [16_12_05__cp_strategie_nationale_d_amelioration_de_la_qualite_de_vie_au_travail.pdf](#)(solidarites-sante.gouv.fr)