

Novembre (2025)

## **PLAN NATIONAL ANTICHUTE REGION CENTRE-VAL DE LOIRE**

### **GROUPE DE TRAVAIL : SAVOIR REPERER LES RISQUES DE CHUTE ET ALERTER**

**Production d'un guide régional - repérage des risques  
de chutes des personnes âgées**

**Lise POCREAU, Chargée de mission plan antichute ERVMA**

Professeur Bertrand FOUGERE, Gériatre, Chef de Pôle Vieillissement, CHU Tours

Docteur Natacha MICHEL, Gériatre, ERVMA

Céline OUDRY, Cheffe d'Unité, ERVMA

Les membres du groupe de travail

## Sommaire

Liste des abréviations .....	3
1. Contexte .....	5
2. Enjeux .....	5
3. Objectifs de la méthodologie .....	5
4. Principes directeurs .....	5
5. Population cible .....	5
6. Outils de repérage recommandés .....	5
7. Description et interprétation des résultats aux tests .....	6
8. Procédure de repérage .....	9
9. Caractéristiques visuelles d'une personne âgée à risque de chute .....	9
10. Ressources et formations .....	9
11. Modalités, recommandations de mise en œuvre .....	9
12. Indicateurs de suivi .....	10
13. Annexes .....	11

## Liste des abréviations

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASMAD	Association de Soins et Maintien à Domicile
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRT	Centre de Ressources Territoriales
CVdL	Centre-Val de Loire
DMP	Dossier Médical Partagé
EAM	Établissement d'Accueil Médicalisé
EAPA	Enseignant en Activité Physique Adaptée
EGS	Évaluation Gériatrique Standardisée
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMG	Équipe Mobile Gériatrique
ESMS	Établissement ou Service Médico-Social
ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDV	Foyer de Vie Internat
FES-I	Falls Efficacy Scale - International
FRAPS	Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IDEC	Infirmier Diplômé d'État Coordinateur
ICCOPE	Integrated Care for Older People

MKL	Masseur-Kinésithérapeute Libéral
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MOOC	Massive Open Online Course
OMéDIT	Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PPCA	Plan Personnalisé de Coordination de Santé
POMS	Profile Of Mood States
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SPPB	Short Physical Performance Battery
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TUG	Timed Up and Go
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VM	Vitesse de marche
m/s	Mètre par seconde

---

# **Guide régional – Repérage des risques de chutes des personnes âgées**

---

## **1. Contexte**

La chute chez la personne âgée de 65 ans et plus est un évènement fréquent, souvent multifactoriel, ayant un impact majeur sur son autonomie, sa qualité de vie et augmentant son risque de mortalité.

Le « guide régional – Repérage des risques de chute des personnes âgées » s'appuie sur trois actions : la corrélation multifactorielle du risque de chute, l'identification des parcours et la facilitation d'usage des outils.

Ce guide a été élaboré par les membres du groupe de travail : « savoir repérer les risques de chute et alerter » mis en place dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national antichute des Personnes Agées en région Centre-Val de Loire.

## **2. Enjeux**

Repérage précoce des personnes âgées de 65 ans et plus, à risque de chute ou ayant déjà chuté à domicile et/ou en structure.

## **3. Objectifs de la méthodologie**

- Harmoniser les pratiques de repérages des séniors à risque de chute sur le territoire ;
- Proposer un socle commun d'outils validés et simple d'utilisation ;
- Favoriser la coordination interprofessionnelle au sein d'un service ou d'une structure ;
- Impliquer les aidants dans la prévention.

## **4. Principes directeurs**

- Adopter une approche multifactorielle du risque de chute : considérer la personne, les facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques, l'environnement global, les ressources (humaines et financières) ;
- Privilégier la multidisciplinarité : impliquer la personne, l'équipe pluridisciplinaire et les aidants ;
- Assurer une continuité dans la prise en charge : évaluation, suivi régulier, réévaluation ;
- Intégrer et faire participer l'aidant dès le premier contact.

## **5. Population cible**

Les personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile, en EHPAD, en résidence autonomie ou prises en charge en SMR. Les personnes ayant déjà chuté ou présentant des facteurs de risques.

## **6. Outils de repérage recommandés**

L'ensemble des tests évoqués durant ce document sont retrouvés en annexe afin de permettre une compréhension des données par la majeure partie des intervenants. Ainsi, afin de garantir une prise en charge optimale de la personne âgée, il est essentiel que chaque intervenant, quel que soit son rôle, respecte strictement son champ de compétences. Cette

rigueur permet d'éviter toute dérive ou mésusage dans l'administration et l'interprétation de ces tests. Dans cette même perspective, il apparaît fondamental de s'appuyer sur un réseau pluridisciplinaire, afin de garantir une évaluation aussi complète et intégrative que possible de la personne âgée.

Domaine	Outils		
<b>Tests :</b> <b>Physique, équilibre, mobilité</b>	- Tinetti	- Station unipodale	- SPPB
<b>Evaluations fonctionnelles</b>	- TUG	- Sit to stand	- 4m marche
<b>Questionnaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Short FES-I (peur de chuter)</li> <li>- Echelle d'humeur POMS</li> </ul>		
<b>Evaluation environnementale</b>	Grilles d'évaluation à domicile		
<b>Bilan médicamenteux</b>	Grille iatrogénie médicamenteuse		
<b>Dépistage des fragilités</b>	ICOPE		

## 7. Description et interprétation des résultats aux tests

Test	Composante du test et interprétation clinique
<b>Tinetti</b>	Outil qui évalue l'équilibre statique et dynamique. <u>Équilibre statique</u> : évalué sur 16 points, il examine la stabilité : en position assise, lors du lever, en position debout et lors du retour à la position assise. <u>Équilibre dynamique</u> : évalué sur 12 points, il analyse les différentes composantes de la marche (initiation, longueur et hauteur du pas, symétrie, stabilité du tronc). <u>Score total</u> : sur 28 points, il détermine le niveau de risque de chute. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score à 28 points : risque de chute très faible ;</li> <li>• Score entre 24-27 points : risque de chute peu élevé ;</li> <li>• Score entre 20-23 points : risque de chute élevé ;</li> <li>• Score ≤ 19 points : risque de chute très élevé.</li> </ul>
<b>TUG</b>	Outil qui évalue les capacités de mobilité, d'équilibre et le rendement locomoteur des patients âgés. Il mesure le temps pour réaliser une séquence de mouvements quotidiens : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 10 secondes : mobilité normale ;</li> <li>• Entre 10-19 secondes : fragilité légère, généralement sans impact sur l'autonomie ;</li> <li>• Entre 20-29 secondes : fragilité modérée, pouvant nécessiter une intervention ;</li> <li>• 30 secondes ou plus : fragilité importante, risque élevé de chute.</li> </ul>
<b>Station unipodale</b>	Outil qui évalue l'équilibre statique de la personne âgée. Il est réalisé par le patient sur la jambe de son choix. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le seuil de normalité est de 5 secondes.</li> </ul>
<b>Sit to Stand</b>	Outil qui évalue la force musculaire des membres inférieurs et la mobilité du patient, en chronométrant le temps nécessaire pour réaliser 5 levés de chaise. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temps égal ou supérieur à 14 secondes : risque de chute.</li> </ul>
<b>SPPB</b>	Outil qui évalue la performance physique d'un individu avec le test d'équilibre, le test de vitesse de marche et le test de lever de chaise. L'addition des scores de ces tests permet d'obtenir un score de performance globale. Un score inférieur à 8 est indicateur de risque de sarcopénie (ou dystrophie musculaire liée à l'âge). <u>Résultats</u> :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPPB 0-6 : faible performance ;</li> <li>• SPPB 7-9 : performances intermédiaires ;</li> <li>• SPPB 10-12 : haute performance.</li> </ul>
<b>4 m marche</b>	<p>Outil qui évalue la vitesse de marche sur une distance de 4 mètres à allure constante, à un pas habituel. Une VM inférieure à 0,65 mètre par seconde est prédictive d'un risque de chute et de perte d'indépendance. <u>Résultats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• VM &gt; à 1,1 m/s est normale pour une personne âgée autonome vivant à domicile ;</li> <li>• VM égale à 0,8 à 1 m/s est marqueur d'une fragilité ;</li> <li>• VM &lt; à 0,8 m/s prédit des problèmes de mobilité et de chute ;</li> <li>• VM &lt; 0,65 m/s prédit en plus des événements indésirables ;</li> <li>• Une perte annuelle de la VM &gt; 0,15 m/s prédit des chutes.</li> </ul>
<b>Bilan Kinésithérapie</b>	<p>Le bilan permet d'évaluer de manière précise l'état fonctionnel du patient afin de définir un diagnostic puis un plan de traitement adapté. Le bilan est composé de plusieurs étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anamnèse : collecte des antécédents médicaux, les plaintes actuelles et l'historique de santé global ;</li> <li>2) Examen clinique : évaluation des capacités motrices, passation de tests spécifiques et mesures ;</li> <li>3) Diagnostic : préciser les dysfonctionnements et identifier les priorités ;</li> <li>4) Plan de traitement : conçu en fonction des objectifs et des besoins (exercices de rééducation, thérapies manuelles, conseils en hygiène de vie et recommandations pour prévenir les récidive).</li> </ol>
<b>Bilan Ergothérapie</b>	<p>Le bilan est une évaluation clinique approfondie réalisée par un ergothérapeute, visant à identifier les troubles affectant la capacité d'une personne à mener ses activités quotidiennes de manière autonome. Ce bilan comprend : les renseignements administratifs, médicaux, la connaissance de la personne (présentation clinique, habitudes de vie, projet du patient, attentes de l'entourage), la synthèse des évaluations, le plan d'intervention, les résultats du traitement, le compte rendu de fin de traitement, la fiche d'actualisation, la fiche de suivi et la fiche liaison.</p>
<b>Bilan Psychomoteur</b>	<p>Le bilan réalisé par un psychomotricien permet d'évaluer le profil de la personne âgée en commençant par un entretien d'anamnèse. Il évalue : les capacités motrices globales et la motricité fine, le repérage et la structuration temporelle et spatiale, les domaines visuo-spatiaux et visuo-constructifs, le schéma corporel, l'image du corps, les praxies, les fonctions exécutives, la sensorialité, la latéralité et le graphisme. Le bilan peut être modulé et adapté en fonction du profil du patient et du motif de consultation. Il se base sur des observations qualitatives et sur des tests quantitatifs. Le professionnel prend également en compte la sphère cognitive, motrice et la dimension psycho-affective afin de restituer un bilan le plus complet possible, permettant d'identifier des objectifs thérapeutiques.</p>
<b>EGS</b>	<p>Une évaluation gériatrique standardisée, multidimensionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'identifier les problématiques médicales, psychosociales et fonctionnelles du sujet âgé dans l'objectif de proposer un plan de soins coordonné (antécédents et traitements,</p>

	fonctionnel, mobilité, cognitif, nutritionnel, sensoriel, bucco-dentaire, thymique, douleur, social).
<b>Short FES-I</b>	<p>Outil qui <b>évalue et mesure la peur de chuter</b> des personnes âgées. Il existe deux versions validées : la version complète comprenant 16 questions et la version simplifiée (Short FES-I) comportant 7 questions, particulièrement adaptée à une utilisation en pratique courante. Plus le score est élevé, plus la peur de chuter est importante.</p> <p><u>Échelle FES-I complète (16 questions)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score de 16 à 19 : peu ou pas d'inquiétude concernant les chutes ;</li> <li>• Score de 20 à 27 : inquiétude modérée ;</li> <li>• Score de 28 à 64 : forte inquiétude concernant les chutes.</li> </ul> <p><u>Short FES-I (7 questions)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Score de 7 à 8 : peu ou pas d'inquiétude concernant les chutes ;</li> <li>• Score de 9 à 13 : inquiétude modérée ;</li> <li>• Score de 14 à 28 : forte inquiétude concernant les chutes.</li> </ul>
<b>Echelle d'humeur POMS-f</b>	<p>Outil qui <b>évalue le bien-être</b> d'un individu. Cette échelle est composée de 65 items et <b>permet la mesure globale des états d'humeur d'un individu et de leurs fluctuations</b> (anxiété, dépression, confusion, colère, fatigue, vigueur, relations interpersonnelles). Il s'agit d'un <b>auto-questionnaire</b>. Un score est obtenu pour chaque catégorie évaluée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété-dépression (ANX)</li> <li>• Colère-hostilité (COL)</li> <li>• Confusion-perplexité (CONF)</li> <li>• Dépression-découragement (DEP)</li> <li>• Fatigue-inertie (FAT)</li> <li>• Vigueur-activité (VIG)</li> <li>• Relations-interpersonnelles (REL)</li> </ul> <p>Il est demandé au sujet d'évaluer pour chaque adjectif le chiffre qui correspond le mieux à ce qu'il a ressenti dans la semaine passée : « pas du tout » (0), « un peu (1) », « modérément » (2), « beaucoup » (3), « extrêmement » (4). La cotation du POMS-F et la transformation des scores sont présentés dans l'annexe 19.</p>
<b>ICOPE</b>	<p>Outil qui <b>évalue 6 capacités intrinsèques : la mobilité, la mémoire, la nutrition, l'humeur, l'audition, la vision</b>. Le programme ICOPE propose aux personnes autonomes, à partir de 60 ans, d'intégrer un parcours permettant de repérer précocelement les capacités en diminution et, si besoin, de bénéficier d'un parcours de soins adapté. Il comprend 5 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• STEP 1 : repérage des capacités intrinsèques sous forme d'un dépistage ;</li> <li>• STEP 2 : évaluation approfondie des capacités intrinsèques diminuées ;</li> <li>• STEP 3 : conception du plan personnalisé de soins, en lien avec le médecin traitant ;</li> <li>• STEP 4 : suivi du plan personnalité de soins par les professionnels de santé et la personne elle-même ;</li> <li>• STEP 5 : prise en compte de l'environnement du patient.</li> </ul>

## **8. Procédure de repérage**

Dans un premier temps, lors de la **prise de contact** ou bien à l'**entrée de la personne** dans la structure **privilégier l'observation immédiate** ainsi qu'un **entretien** avec la personne et son aidant. **Le repérage des fragilités** de la personne et de son aidant peut être réalisé en complément avec l'**application « ICOPE & moi »**. Dans un second temps, réaliser une **évaluation standardisée du risque de chute** en choisissant les **outils adaptés** au contexte (évaluation courte ou longue selon le temps). Ensuite, une **analyse des résultats aux tests** est nécessaire pour déterminer le niveau de risque de chute : faible, modéré, élevé. L'évaluation et les résultats déterminent le **plan d'accompagnement et de soins** dispensés, à savoir : aménagement du logement, préconisation d'aides techniques, programme d'APA, ETP, suivi médical gériatrique, suivi nutritionnel, adaptation médicamenteuse, etc. Le **suivi** et la **réévaluation à intervalles réguliers** ou **selon les évènements** (chute, nouvelle chute, hospitalisation) permettent d'adapter la prise en charge selon les besoins de la personne.

## **9. Caractéristiques visuelles d'une personne âgée à risque de chute**

1. Réduction de la vitesse de marche ;
2. Démarche hachée et hésitante (petits pas, instabilité, absence de balancement des bras) ;
3. Modification du centre de gravité (haut du corps orienté vers l'avant ou vers l'arrière) ;
4. Troubles attentionnels, impulsivité (tendance à se précipiter et à manquer de vigilance) ;
5. Apathie (état d'indifférence à l'émotion, perte d'envie et de motivation).

## **10. Ressources et formations**

- MOOC ARS Ile de France – éviter les chutes graves : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves chez-les-personnes-agees>
- OMÉDIT Centre-Val de Loire – risque de chute et iatrogénie médicamenteuse : <https://www.omedit-centre.fr/plan-antichute/>
- URPS MKL Centre-Val de Loire – chambre des erreurs / maison de Maurice – prévention dans l'adaptation du logement : <https://urpsmkl-cvl.fr/maison-de-maurice/#concepteur>
- FRAPS / PREVALOIR Centre-Val de Loire – formations ETP : <https://prevaloir.fr/formations/>
- « ICOPE & Moi » (lien de l'application et la procédure d'utilisation) : <CdP-2023-CHRUTours-ICOPE.pdf>
- Recommandation : [Haute Autorité de Santé - Avis de la HAS concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention](#)

## **11. Modalités, recommandations de mise en œuvre**

- Intégrer le repérage des risques de chute des personnes âgées au sein du projet d'établissement ;
- Former les professionnels au repérage et à la prise en charge du risque de chute ;
- Associer les professionnels du service / établissement au repérage et à l'évaluation ;
- Associer les partenaires à l'évaluation et au repérage pour permettre une évaluation aboutie de la personne (« aller au-delà de la structure) ;

- Intégrer l'évaluation au DMP (outils de coordination disponibles sur le terrain) ;
- Nommer un référent chute au sein du service / structure ;
- Constituer en interne une commission chute ;
- Accorder un temps dédié à l'évaluation du risque de chute ;
- Mener des actions de prévention et de communication, assurer un suivi ;
- Faire appel à des partenaires selon les réalités de terrain rencontrées (CPTS, CRT, EMG, MDA, Maisons Sport Santé, Filières Relevages, etc.).

## **12. Indicateurs de suivi**

- Le nombre de personnes évaluées ;
- Le nombre de chutes par structure ;
- Le nombre d'actions préventives mises en place ;
- L'évolution du nombre de chutes au fil du temps ;
- L'évolution du niveau de risque au fil du temps.

## **13. Annexes**

Annexe 1 : Fiche outil – repérage des risques de chute chez la personne âgée

Annexe 2 : Logigramme – repérage des risques de chute chez la personne âgée

Annexe 3 : Lettre de mission du sous-groupe de travail

Annexe 4 : Grille d'évaluation à domicile (ADMR)

Annexe 5 : Grille d'évaluation à domicile (SSIAD de Châteaudun)

Annexe 6 : Grille d'évaluation iatrogénie médicamenteuse

Annexe 7 : Plan Personnalisé de Coordination en Santé

Annexe 8 : Grille – Tinetti

Annexe 9 : Grille – TUG

Annexe 10 : Grille – Station unipodale

Annexe 11 : Grille – Sit to Stand

Annexe 12 : Grille – SPPB

Annexe 13 : Grille – 4 m marche

Annexe 14 : Grille – Bilan Kinésithérapie

Annexe 15 : Grille – Bilan Ergothérapie

Annexe 16 : Grille – EGS

Annexe 17 : Grille – Short FES-I

Annexe 18 : Grille – Echelle d'humeur POMS

Annexe 19 : Grille – ICOPE

## **Annexe 1 : Fiche outil – repérage des risques de chute chez la personne âgée.**

## FICHE OUTIL – REPERAGE DES RISQUES DE CHUTE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

### 1. Procédure en 5 étapes.

Etape	Action	Outils / exemples	Acteurs impliqués
<b>1. Observation initiale</b>	Dès le premier contact (à domicile ou en établissement), repérer les signes d'instabilité, les difficultés motrices, les risques liés à l'environnement.	Contrôle visuel, entretien avec la personne et l'aideant, ICOPE, antécédent chute, peur de chuter.	Equipe pluridisciplinaire, aidant, la personne âgée.
<b>2. Evaluation standardisée</b>	Choisir le ou les tests adaptés au contexte et au temps disponible.	<b>Rapide :</b> TUG, station unipodale. <b>Complete :</b> Tinetti, 4 m marche, SPPB, bilans : kinésithérapeute / ergothérapeute / psychomotricien, évaluation médicamenteuse, short FES-I, POMS, évaluation du logement.	Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Psychomotricien, EAPA, IDE, médecin, pharmacien, AS, la personne âgée.
<b>3. Analyse du risque</b>	Classer : risque faible / modéré / élevé de chute.	Grille de cotation propre à chaque test.	Equipe pluridisciplinaire, la personne âgée.
<b>4. Plan d'action</b>	Définir les mesures préventives et de suivi (PPCS).	Aménagement du logement, APA, ETP, bilan médicamenteux, suivi nutrition.	Equipe pluridisciplinaire, aidant, la personne âgée.
<b>5. Réévaluation</b>	Entrée / sortie du patient, en cas d'hospitalisation ou après toute chute.	Comparaison avec les tests initiaux et observation.	Référent chute, équipe pluridisciplinaire, la personne âgée.

### 2. Outils recommandés.

Domaine	Outils
Equilibre et mobilité	Tinetti, TUG, Station unipodale statique, Sit to stand, SPPB, 4 m marche.
Fonctionnel et global	Bilans diagnostiques kinésithérapie, ergothérapie, psychomotricien, EGS.
Psychologique	Short FES-I (peur de chuter), Echelle d'humeur POMS.
Environnement	Grilles d'évaluation à domicile.
<b>Actions spécifiques :</b>	
Bilan médicamenteux	Grille iatrogénie médicamenteuse.
Dépistage des fragilités de la personne et de l'aideant	ICOPE.

### 3. Niveaux de risques et actions associées.

Niveau	Critères	Actions recommandées	Recommandation de réévaluation
<b>Faible</b>	Aucun résultat aux tests anormal, environnement sécurisé, aucune chute / aucune chute récente.	Information, sensibilisation, ICOPE (repérage fragilités ultérieures).	Surveillance.
<b>Modéré</b>	Résultats aux tests qui démontrent une légère altération des capacités évaluées, facteurs de risques isolés, les antécédents de chute(s) et de fracture(s).	Adaptation environnement, APA, ETP, bilan médicamenteux. ICOPE (repérage fragilités ultérieures).	A 3 mois.
<b>Elevé</b>	Résultats aux tests qui démontrent une forte altération des capacités évaluées, les antécédents de chute(s) et de fracture(s).	Adaptation environnement, APA, orientation vers des consultations médicales spécifiques (65 ans et plus), prise en charge gériatrique (à partir de 75 ans et plus), bilan médicamenteux.	1 à 3 mois.

### 4. Ressources et formations.

MOOC ARS Ile de France – éviter les chutes graves : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/mooc-chute-eviter-les-chutes-graves-chez-les-personnes-agees>

OMéDIT Centre-Val de Loire – risque de chute et iatrogénie médicamenteuse : <https://www.omedit-centre.fr/plan-antichute/>

URPS MKL Centre-Val de Loire – chambre des erreurs / maison de Maurice – prévention du logement : <https://urpsmkl-cvl.fr/maison-de-maurice/#concepteur>

FRAPS / PREVALOIR Centre-Val de Loire – formations ETP : <https://prevaloir.fr/formations/>

Application et procédure d'utilisation « ICOPE & moi » : <CdP-2023-CHRUTours-ICOPE.pdf>

Recommandation : [Haute Autorité de Santé - Avis de la HAS concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention](#)

**Annexe 2 : Logigramme - repérage des risques de chute chez la personne âgée.**

# Repérage des risques de chute chez la personne âgée.

## Observation initiale

Contrôle visuel, entretien avec la personne et l'aidant, ICOPE, recueil : antécédent chute, peur de chuter.



## Evaluation standardisée

**rapide** : TUG, station unipodale.

**complète** : SPPB, 4 m marche, bilans : kinésithérapeute / ergothérapeute / psychomotricien, short FES-I, POMS, évaluation du logement, iatrogénie médicamenteuse.



## Analyse des résultats et classification

### Risque FAIBLE

Résultats aux tests : normaux. Facteurs : aucune chute / aucune chute récente.

### Risque MODERE

Résultats aux tests : légères altérations des capacités évaluées. Facteurs : risques isolés, antécédents de chute(s) et/ou fracture(s).

### Risque ELEVE

Résultats aux tests : fortes altérations des capacités évaluées. Facteurs : antécédents de chute(s) et/ou fracture(s).



## Actions recommandées

### Risque FAIBLE

Information, sensibilisation, ICOPE.

### Risque MODERE

Adaptation environnement, APA, ETP, bilan médicamenteux, ICOPE.

### Risque ELEVE

Adaptation environnement, APA, orientation vers des consultations médicales spécifiques (65 ans et plus), prise en charge gériatrique (à partir de 75 ans et plus), bilan médicamenteux.



## Plan Personnalisé de Coordination en Santé



## Réévaluation régulière (entrée/sortie, hospitalisation ou chute)

**Annexe 3 : Lettre de mission du sous-groupe de travail.**

# Lettre de mission

## Déclinaison régionale du Plan antichute Centre-Val de Loire

<b>Titre</b>	<b>Groupe de travail n°1 – savoir repérer les risques de chute et alerter</b>
<b>Contexte et enjeux</b>	<p><b>Orientations nationales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Action 2</b> : Faire connaître les outils et développer les actions de prévention auprès des personnes à risques</li> </ul>
<b>Objectifs du groupe</b>	<p><b>Travaux à réaliser en région Centre-Val de Loire en lien avec les orientations nationales du Plan antichute :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Action 1</b> : S'appuyer sur la corrélation multifactorielle pour prévenir la chute des séniors : quels sont les outils, les expérimentations et les dépistages mis en œuvre pour repérer les risques de chutes des séniors ?</li> <li>• <b>Action 2</b> : Identifier les parcours dédiés au repérage et à la prévention des risques de chutes ; s'inspirer des modèles existants pour soutenir leur duplication dans les départements de la région Centre-Val de Loire.</li> <li>• <b>Action 3</b> : Comment peut-on faciliter le repérage des risques de chutes des séniors pour les professionnels et les aidants ? Par quel moyen serait-il possible de généraliser les outils, les actions et faciliter leur utilisation ?</li> </ul>
<b>Finalité</b>	<p><b>Selon la ou les proposition(s) faite(s) ci-dessous, le travail à réaliser reste à discuter et valider avec les membres du sous-groupe :</b></p> <p><b>Proposer un guide de repérage du chuteur commun à l'ensemble des professionnels de santé en Région Centre-Val de Loire par la formalisation d'une fiche récapitulative ou d'un cahier des charges des moyens de repérage des risques de chute.</b></p>
<b>Echéance</b>	<p><b>Date de début</b> : mai 2025</p> <p><b>Date de fin</b> : septembre 2025</p>
<b>Calendrier prévisionnel</b>	<p><b>Nombre de sessions de travail</b> : 5 réunions de 1h à 1h30 tous les 15 à 20 jours.</p>
<b>Dates prévisionnelles des sessions de travail en visioconférence sur Microsoft Teams</b>	<p><b>Lundi 19/05/2025 de 11h30 à 12h30.</b>  ID de réunion : 370 930 989 410 6  Code secret : hy7tC6rM</p>
	<p><b>Lundi 02/06/2025 de 11h30 à 12h30.</b>  ID de réunion : 356 038 797 946  Code secret : b52UJ3Sh</p>
	<p><b>Lundi 30/06/2025 de 11h30 à 12h30.</b>  ID de réunion : 348 257 012 112 1  Code secret : BM2BE7Ty</p>

	<b>Lundi 15/09/2025 de 11h30 à 12h30.</b> ID de réunion : 366 373 296 429 0 Code secret : aS762LY9		
	<b>Lundi 29/09/2025 de 11h30 à 12h30.</b> ID de réunion : 385 845 985 996 0 Code secret : uv9wW9mZ		
<b>COPIL Actions : restitution et dissolution</b>	<b>Jeudi 16/10/2025 de 11h00 à 12h30.</b> ID de réunion : 341 170 169 622 1 Code secret : SH7FJ7Ak		
<b>Membres</b>	Mme POUTEAU, Chef de projet - Conseil départemental Loir-et-Cher ; Mme DAVEAU – Kinésithérapeute libérale ; M. PARENTEAU, Ergothérapeute - CH Vendôme Montoire ; Mme RIBOT, Chargée de mission - Appui Santé 28 ; M. ROLLAND, Médecin coordonnateur - CH Jacques Cœur ; M. BELLATRECHE, Gériatre - CH Vendôme ; Mme DUPRET, Ergothérapeute - CH Valençay ; Mme RAMOND, Coordinatrice - Association VICTORINE ; M. HUON, Président - CPTS CASTELRESEAU SANTE ; Mme BULLOT, Kinésithérapeute – libérale et membre CPTS Sud Lochois ; Mme KIKASSA, Cadre de pôle - CH de Dreux ; Mme DANIEL, Cadre de Pôle - EHPAD Les Eaux Vives/ EHPAD Le Prieuré ; Mme GILLET, Cheffe de projets santé - URPS MKL Centre-Val de Loire ; Mme SINGER, Ergothérapeute - Cabinet d'ergothérapie ; Mme DUHAIL, Association Mieux Vivre – IDEC ; Mme LEONARD, ESLM Intercommunal Semblançay la Membrolles – Directrice adjointe ; Mme NIVET, ASMAD - Cadre de santé ; Mme QUATREHOMME, Foyer les Morines FDV FAM - Responsable de service ; Mme DUVAL, EHPAD La Favorite - Cadre de santé ; Mme TOCCO, EHPAD LE CLOS SAINT VINCENT - IDER ; M. BLAISE, EAM ISAMBERT- Chef de Service soins ; Mme TERSEN, SSIAD de Châteaudun – Directrice ESMS ; M. GIRARD, EHPAD Les jardins d'Eléonore - Psychomotricien ; Mme TARDY, EHPAD des coinges à Salbris - EAPAS ; Mme BARBE, Siel Bleu - Responsable CVdL ; Mme SALAMOR, EHPAD La Rosalie - Cadre de santé ; Mme HENDRIKS, Les Jardins d'Eléonore – Ergothérapeute ; Mme RENE, EHPAD La Favorite – EAPA ; M. ORGEBIN EHPAD La Bonne Eure – EAPAS ; Mme GUERIN, EHPAD "Château des Côtes" - Cadre de santé ; Mme BOSCARINO, EHPAD Les oses D'argent - ergothérapeute ; Mme KUBAS, VYV. 3 Centre val de Loire - Directrice médicale ; Mme CHEVALLIER, EHPAD résidence de la Mothe - Coordinatrice en APA ; Mme BLOCH, Fédération ADMR 45 - Directrice Générale ; Mme PATIN-GRENTE, EHPAD de Saint Aignan - Cadre de santé ; Mme LELAIT, EHPAD Les MESANGES – IDEC ; Mme MORISE, EHPAD de la Mothe – ergothérapeute ; Mme QUERAUD, CH de Vierzon - Cadre supérieure de santé chargée de missions transversales.		
	Total membres : 38		
<b>Pilote</b>	Mme Lise POCREAU, Chargée de mission Plan antichute Centre- Val de Loire (ERVMA)	<b>Co-pilote :</b>	

## **Annexe 4 : Grille d'évaluation à domicile (ADMR).**



*Avancez en âge  
en tout équilibre*



SSIAD ADMR DE L'EST PARISIS

5bis, route de Saint-Leu

95360 - MONTMAGNY

## **QUESTIONNAIRE D'ENTREE**

DATE :	OUI	NON
Vous vivez seul(e)		
Vous êtes âgé(e) de + de 80 ans		
Vous êtes tombé(e) il y a moins de 3 mois		
Vous êtes tombé(e) plus d'une fois dans l'année		
Vous prenez un traitement à risque de chute : psychotrope, anti dépresseur ...		
Vous prenez plus de 4 médicaments par jour		
Vous avez une maladie neuro-gériatrique (diabète, déclin cognitif, tension cardiaque)		
Vous avez des troubles sensoriels		
Vous avez des vêtements adaptés (chaussons qui tiennent à vos pieds par exemple)		
Vous sentez des faiblesses musculaires ou des troubles locomoteurs		
Vous avez des tapis dans votre habitation		
Vous avez de nombreux meubles et peu d'espace de mobilité		
Vous avez des escaliers dans votre habitation		
Dans votre habitation l'éclairage est suffisant		
Vous avez des animaux domestiques (chiens, chats ...)		
Vous avez des petits-enfants que vous gardez très régulièrement		
Vous trouvez que vous consommez beaucoup d'alcool		
Vous sortez de chez vous moins de 2 fois par semaine		
Vous avez perdu ou pris beaucoup de poids ces derniers temps		
Vous aimeriez du matériel adapté que vous n'avez pas encore		
Vous êtes supplémenté(e) en vitamine D		
Vous avez des séances de kiné		

**RISQUE DE CHUTE :**      **OUI**       **NON**

## **ACTION(S) A METTRE EN PLACE**

**REEVALUATION PREVUE :**      OUI       NON       DANS UN AN

## QUESTIONNAIRE DE REEVALUATION

DATE :	OUI	NON
Vous vivez seul(e)		
Vous êtes âgé(e) de + de 80 ans		
Vous êtes tombé(e) il y a moins de 3 mois		
Vous êtes tombé(e) plus d'une fois dans l'année		
Vous prenez un traitement à risque de chute : psychotrope, anti dépresseur ...		
Vous prenez plus de 4 médicaments par jour		
Vous avez une maladie neuro-gériatrique (diabète, déclin cognitif, tension cardiaque)		
Vous avez des troubles sensoriels		
Vous avez des vêtements adaptés (chaussons qui tiennent à vos pieds par exemple)		
Vous sentez des faiblesses musculaires ou des troubles locomoteurs		
Vous avez des tapis dans votre habitation		
Vous avez de nombreux meubles et peu d'espace de mobilité		
Vous avez des escaliers dans votre habitation		
Dans votre habitation l'éclairage est suffisant		
Vous avez des animaux domestiques (chiens, chats ...)		
Vous avez des petits-enfants que vous gardez très régulièrement		
Vous trouvez que vous consommez beaucoup d'alcool		
Vous sortez de chez vous moins de 2 fois par semaine		
Vous avez perdu ou pris beaucoup de poids ces derniers temps		
Vous aimeriez du matériel adapté que vous n'avez pas encore		
Vous êtes supplémenté(e) en vitamine D		
Vous avez des séances de kiné		

RISQUE DE CHUTE :      OUI       NON

**ACTION(S) A METTRE EN PLACE**

REEVALUATION PREVUE :      OUI       NON       DANS UN AN

## Evaluation du matériel à domicile

### **COORDONNEES DU PRESTATAIRE :**

MATERIEL EN PLACE A DOMICILE	Date de signalement	Date de prestation	Conformité
Lit médicalisé			
Lit barrières, freins			
Déambulateur			
Chaise percée			
Lève-malade			
Drap de glisse			
Disque de transfert			
Fauteuil coquille			
Fauteuil confort			
Siège de douche			
Barre d'appui			
Canne			
Béquille(s)			
Table adaptable			
Rehausseur de WC			
Lunettes			
Appareils auditifs			
Verticalisateur			
Matelas anti escarre			

**Annexe 5 : Grille d'évaluation à domicile (SSIAD de Châteaudun).**

## REPÉRAGE DES PERSONNES A RISQUE DE CHUTE AU DOMICILE

Nom :

Prénom :

Age :

A déjà chuté :  Oui  Non

Si oui combien de fois :

### SON ENVIRONNEMENT

- |                                |                              |                              |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Vit seul(e) :                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Isolé(e) :                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Passage d'une IDEL :         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Si oui fréquence :           |                              |                              |
| • Passage d'un kiné :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Si oui fréquence :           |                              |                              |
| • Passage d'un SAAD :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Si oui fréquence :           |                              |                              |
| • Portage des repas :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Téléassistance :             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| → Option détecteur de chutes : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|                                |                              |                              |
| • Pièce encombrée :            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Présence de tapis :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Bonne luminosité :           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Escalier sécurisé :          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Fils électriques gênants :   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Baignoire :                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| • Douche :                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

## ÉVALUATION DE LA MOBILITÉ

Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... Date : ..... Évaluateur : .....

### Up & Go test

Fait : 1	Ne fait pas : 0	Non réalisable
----------	-----------------	----------------

Inviter la personne à :

- ↓                    ↓                    ↓
- Se lever d'un fauteuil avec accoudoirs :
  - Traverser le pièce – distance de 3 mètres :
  - Faire demi-tour :
  - Revenir s'asseoir :
  
  - Temps nécessaire : .....secondes
  - Score : ...../ 4

Interprétation : risque de chute si score  $\leq 1$  et temps de réalisation  $> 20$  secondes.

On note également les lenteurs d'exécution, les hésitations, une marche trébuchante.

Commentaires : .....

### Test Unipodal

Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.

Oui	Non	Non réalisable
-----	-----	----------------

↓                    ↓                    ↓

- Pied droit :
- Pied Gauche :

## ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Déplacement à l'intérieur :
  - Canne  Oui  Non
  - Déambulateur  Oui  Non
  - Fauteuil roulant  Oui  Non
- Déplacement à l'extérieur :
  - Canne  Oui  Non
  - Déambulateur  Oui  Non
  - Fauteuil Roulant  Oui  Non
- Jardinage :  Oui  Non
- Activité physique adaptée :  Oui  Non
- Chaussures orthopédiques :  Oui  Non
- Chaussures ou chaussons adaptés :  Oui  Non
- Pieds en bonne santé :
  - Cors  Oui  Non
  - Durillons  Oui  Non
  - Ongles incarnés  Oui  Non
  - Verrues plantaires  Oui  Non
  - Autres .....

## DÉNUTRITION

- Poids actuel : .....
- Perte de poids au cours des 3 derniers mois :  Oui  Non
- Repas régulier avec 3 repas/jour :  Oui  Non
- Collation :  Oui  Non
- Santé bucco-dentaire :
  - Bonne  Oui  Non
  - Mauvaise  Oui  Non
  - Appareil dentaire  Oui  Non

## VUE ET AUDITION

- Port de lunettes  Oui  Non
  - Date du dernier rdv chez l'ophtalmologue : .....
- Port d'appareils auditifs  Oui  Non

## SOMMEIL

- Est-il de bonne qualité ?  Oui  Non
- Etes-vous plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?  Oui  Non

## ÉTAT PSYCHOLOGIQUE

- Signes : → dépressif  Oui  Non
- Anxieux  Oui  Non
- Angoisse  Oui  Non

## MÉDICATION

- Plus de 4 médicaments /jour :  Oui  Non
- Prise de somnifère :  Oui  Non
- Prise d'hypotenseur :  Oui  Non
- Prise d'anxiolytique :  Oui  Non
- Consommation d'alcool :  Oui  Non

## PRÉCONISATIONS DU SSIAD :

Bilan réalisé le ....

Signature de l'agent....

**Annexe 6 : Grille d'évaluation iatrogénie  
médicamenteuse.**

## 5 Les grilles ADAPTÉES à votre établissement pour évaluer vos pratiques professionnelles

### → Etablissements médico-sociaux :

Etablissements MEDICO-SOCIAUX

EPP sur la Prescription d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons  
IPP chez le sujet âgé de plus de 75 ans (ou plus de 65 ans si comorbidités associées)

OMéDIT Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques

Grille d'évaluation des Pratiques Professionnelles — Commission Gériatrie-Gérontologie et Groupe de PAIRS-EHPAD

1. AUDIT	Date d'évaluation : / / Initials de l'auteur : / / N° de grille : / /	Nombre de résidents ayant un traitement par IPP : / / Nombre total de résidents : / /
2. INFOS RÉSIDENT	Initials du résident : / / Nom de la personne : / /	<input type="checkbox"/> Antécédent d'ulcère ou d'oesophagite : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Nombre de lignes de traitement : / /
	Age : / / ans	<input type="checkbox"/> Traité actuellement par un anti-inflammatoire plaquettaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Date d'entrée : / /	<input type="checkbox"/> Si oui, lequel : aspirine, clopidogrel, autre
INDICATION :		
<input type="checkbox"/> Prévention des saignements digestifs au cours d'un traitement par antiagrégant ou anticoagulant		
<input type="checkbox"/> Prévention des lésions gastroduodenales dues aux AINS <sup>4</sup>		
<input type="checkbox"/> Prévention de l'ulcère de stress en cours d'hospitalisation		
<input type="checkbox"/> Prévention des récidives d'oesophagite par RGO <sup>5</sup> ou par ulcère gastroduodenal		
<input type="checkbox"/> Traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal (sauf infection à Helicobacter pylori)		
<input type="checkbox"/> Traitement symptomatique du RGO <sup>5</sup> sans oesophagite		
<input type="checkbox"/> Oesophagite de l'oesophagite par RGO <sup>5</sup> ou par ulcère gastroduodenal		
<input type="checkbox"/> Maladie extradiaphragmatique sans RGO <sup>5</sup> documentée (toux chronique sans étiologie, asthme)		
<input type="checkbox"/> Dyspepsie fonctionnelle en l'absence de RGO <sup>5</sup> associée		
<input type="checkbox"/> Traitement du syndrome de Zollinger-Ellison		
<input type="checkbox"/> Autre : _____		
DUREE :		
<input type="checkbox"/> Durée limite (date de fin connue) : (cf fiche de bon usage + IPP pour ce chez la personne âgée > 75 ans)		
<input type="checkbox"/> Long cours (date de fin inconnue ou >8 semaines) : (cf fiche de bon usage + IPP pour ce chez la personne âgée > 75 ans)		
<input type="checkbox"/> Présent à l'entrée du résident : Oui <input type="checkbox"/> Non		
DOSE PRESCRITE DE TRAITEMENT CONFORME AUX RECOMMANDATIONS <sup>6</sup> :		
(cf fiche de bon usage + IPP pour ce chez la personne âgée > 75 ans)		
<input type="checkbox"/> Dose standard <input type="checkbox"/> Dose forte		
Dose prescrite ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS		
Si oui, concerne : <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> Dose		
Réadaptation postopératoire observée entre l'admission et l'évaluation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS		
Si oui, concerne : <input type="checkbox"/> Durée <input type="checkbox"/> Dose		

AINS : anti-inflammatoire non stéroïde ; RGO : reflux gastro-œsophagien ; Conformité de la DUREE et de la DOSE prescrite : cocher "NON" lorsque l'indication n'est pas retrouvée. Voir www.omedit-centre.fr : mot clé « IPP » : fiche de bon usage et présentation « IPP pour ce chez la personne âgée »

OMéDIT : Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques — Commission Gériatrie-Gérontologie — Groupe de PAIRS-EHPAD. Grille d'EPP : Prescriptions des IPP chez le sujet âge >75 ans ou <65 ans si comorbidités associées » : Etablissements médico-sociaux.

... et lutter contre la iatrogénie évitable chez la personne âgée !



- 1 fiche « Les IPP per os chez la personne âgée »
- 1 fiche « S'assurer de la pertinence des prescriptions - Réduire la durée des traitements chroniques»
- 2 flyers pour les patients
- 1 diaporama de sensibilisation aux effets indésirables
- 2 grilles d'EPP pour établissements médico-sociaux et sanitaires

→ Pour **VOUS** aider !

**LES IPP, CE N'EST PAS POUR L'ÉTERNITÉ**

✓ **OBJECTIF PERTINENCE**

AIDEZ-NOUS À AMÉLIORER NOS OUTILS  
Pour plus d'information, contactez-nous :  
« [omedit-centre@omedit-centre.fr](mailto:omedit-centre@omedit-centre.fr) »

# Le KIT IPP

5 outils téléchargeables à **votre disposition** pour améliorer **vos prescriptions** ...



Disponible sur le site : [www.omedit-centre.fr](http://www.omedit-centre.fr)

Recherche par mot clé : « IPP »

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

Date de mise à jour : octobre 2022

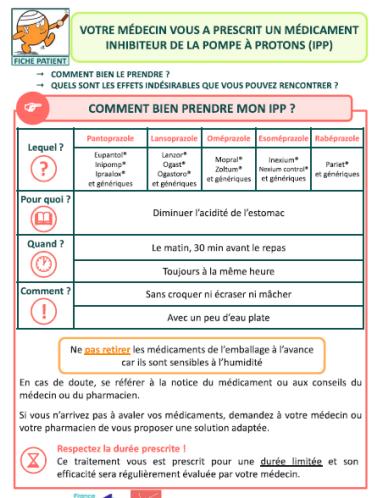
Évaluez-vous afin de garantir la qualité de vos soins !

# 1 La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage

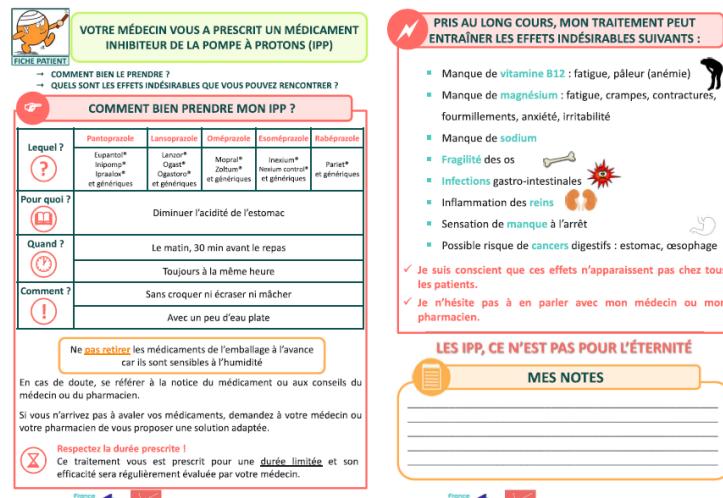
### « Les IPP per os chez la personne âgée »

# Que contient-elle ?

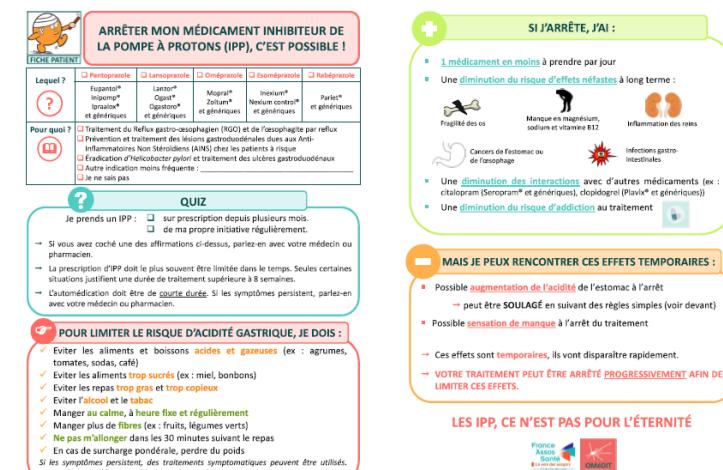
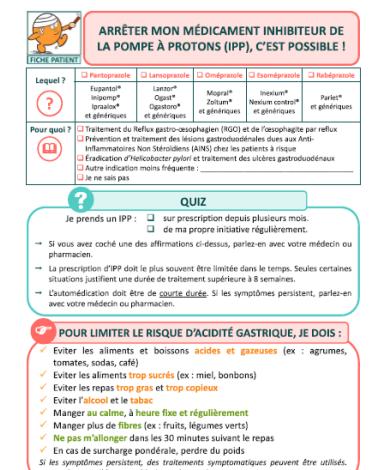
- Un rappel du contexte
  - Les **conditions** de la juste prescription
  - Les **équivalences** des doses afin de repérer les doses standard et forte selon la DCI de l'IPP
  - Les **effets indésirables** au long cours
  - Les **bonnes pratiques de prescription et d'arrêt** des IPP
  - Les **risques de mésusages** identifiés



## ➡ À l'initiation du traitement :

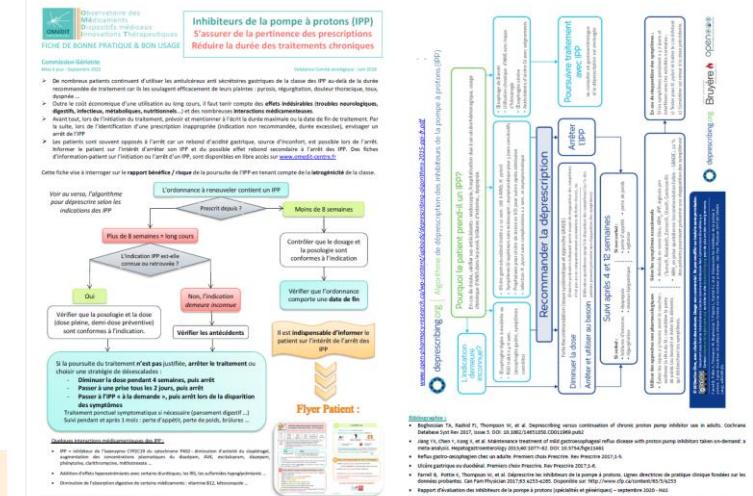


#### → À l'arrêt du traitement :



# **3 La Fiche Bonne Pratique et Bon Usage**

## « S'assurer de la pertinence des prescriptions - Réduire la durée des traitements chroniques »



## 4 Le diaporama des effets indésirables

## Objectif

sensibiliser vos équipes aux effets indésirables au long cours



Les IPP chez le sujet âgé : des médicaments pas si anodins...



- Dr Charlotte EUDO  
Gériatre - Service de Médecine Interrne  
CHRU Bretonneau

Le + ;

- Un format pratique A5 recto-verso
  - Validé par les patients



## **Annexe 7 : Plan Personnalisé de Coordination en Santé.**

## MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

Ce document est téléchargeable sur :  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

**Haute Autorité de santé  
Service communication - information**  
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00



# Sommaire

Préambule	5
Abréviations et acronymes	7
La personne et les intervenants	8
Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage	11
Problématiques et projets de la personne	12
Priorisation des actions envisagées avec la personne	13
À lire avant d'agir !	13
Plan de soins	14
Plan d'aides	15
Plan d'accompagnement	16
Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)	17
Annexe. Exemples de présentations adaptées du PPCS	18
Synthèse de Situation	18
PPCS adapté exemple 1	19
PPCS adapté exemple 2	20

## Préambule

Le partage et l'échange de données entre professionnels sont indispensables à la bonne coordination des parcours de santé complexes, impliquant l'intervention de nombreux acteurs. Pour les professionnels impliqués dans les prises en charge et les accompagnements, le numérique est un moyen primordial pour disposer des informations présentes dans les documents clés produits à chaque étape du parcours de santé, et échanger ou partager des informations nécessaires à la coordination des parcours de santé.

Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) formalise les besoins des personnes, et permet la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Son élaboration passe par le rassemblement d'informations personnelles, médicales, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne, à la formalisation des réponses à ces besoins, et au suivi de leur application et de leur réalisation. La structuration du contenu du PPCS est donc indispensable.

Chaque PPCS est composé de quatre sections :

1. un formulaire de recueil d'informations générales sur la personne et les intervenants ;
2. une synthèse des problématiques et des projets de la personne permettant de s'accorder entre professionnels et avec la personne sur les actions à mettre en œuvre ;
3. un plan d'action (plan de soins, plan d'aides et plan d'accompagnement) ;

Il est structuré selon l'enchaînement : problématique/objectif/actions/intervenants/suivi ;

Les points d'étape réalisés par le référent du PPCS, en lien avec les différents intervenants, permettent de suivre la mise en œuvre et les résultats des actions selon les critères choisis ; et de les réajuster si nécessaire. Le réajustement est décidé avec les autres acteurs concernés sans donner lieu systématiquement à une réunion à plusieurs, sauf exception ;

4. un formulaire traçant les objectifs partagés formulés et non réalisés.

D'un point de vue numérique, le document PPCS doit être vu comme une extraction de données à partir d'informations saisies dans les différents blocs fonctionnels d'une plateforme de coordination numérique (système d'information), avec une structuration/un ordonnancement de l'information pour une impression (visualisation numérique [PDF] ou papier) du document.

Les informations entrant dans la composition du PPCS doivent être présentes dans la plateforme numérique, mais elles ne sont pas nécessairement regroupées de la même manière dans cette plateforme. L'extraction d'informations issues de cette dernière est elle-même paramétrable, et peut évoluer au gré des besoins.

Lors du remplissage des outils numériques, toutes les variables ne sont pas nécessairement renseignées pour différentes raisons : manque d'information, patient non concerné par la démarche, dossier en cours de remplissage. La mise en forme/en pages du PPCS sera donc variable, suivant le nombre et la variété des informations entrant dans sa composition.

L'accès à une plateforme numérique permet :

- de différencier les accès / habilitations (« qui voit quoi ? ») et le niveau de profondeur des informations accessibles. Ainsi, il est possible de proposer un contenu plus ou moins riche en fonction de l'utilisateur et des usages (voir format simplifié du PPCS en annexe) ;
- de faciliter le remplissage, de cadrer la saisie, de remplir automatiquement d'autres champs redondants, de permettre l'exploitation des informations dans le cadre d'évaluations, de faciliter une impression synthétique, en mettant à disposition des cases à cocher (*i.e.* :  Oui  Non  ne sait pas), des menus déroulants portant sur les problématiques, les objectifs et les actions, un champ libre restreint pour les cas particuliers / des menus de propositions à partir de mots clés, etc.

Le PPCS présenté ci-dessous est déroulé « *in extenso* », c'est-à-dire avec toutes les variables, développées dans toutes leurs possibilités. À l'échelon individuel, le document final doit se présenter de façon plus synthétique, grâce à la mise en pages numérique qui peut supprimer automatiquement les éléments superflus ou non développés dans le cadre de la coordination du parcours concerné.

Afin que les informations produites dans le PPCS par chaque professionnel puissent être comprises par d'autres utilisateurs du système de santé, l'emploi de terminologies communes est indispensable. Afin de répondre à l'exigence d'interopérabilité sémantique<sup>1</sup>, la HAS préconise l'élaboration d'une nomenclature des « besoins », des « objectifs » et des « actions », concepts systématiquement mobilisés lors du remplissage du PPCS.

Le modèle de PPCS présenté dans ce document est accompagné des trois documents suivants :

- un mode d'emploi ;
- un glossaire des termes utilisés lors de son élaboration ;
- un document de présentation d'exemples de PPCS complétés à partir de cas pratiques très divers.

<sup>1</sup> Aspect de l'interopérabilité fondée sur une compréhension commune et sans ambiguïté de l'information échangée entre différents partenaires et qui est réalisée par des moyens visant à permettre aux applications d'échanger de l'information et d'interpréter de façon homogène la nature et les valeurs des données transmises et de les réutiliser sans erreur ou perte d'information.

## Abréviations et acronymes

AED	aide éducative à domicile
AEMO	aide éducative en milieu ouvert
ACFP	allocation compensatrice pour frais professionnels
ACTP	allocation compensatrice de tierce personne
AEEH	allocation d'éducation de l'enfant handicapé
AAH	allocation adulte handicapé
AESH	accompagnant d'élève en situation de handicap
ALD	affection de longue durée
APA	aide pour l'autonomie
APL	aide pour le logement
ASPA	allocation de solidarité aux personnes âgées
AVS	auxiliaire de vie scolaire
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS	établissement et service social et médico-social
FAM	foyer d'accueil médicalisé
GIR	Groupe Iso Ressources
IME	institut médico-éducatif
MAJ	mesure d'accompagnement judiciaire
MAASP	mesure administrative d'accompagnement social personnalisé
MAS	maison d'accueil spécialisée
MDA	maison départementale de l'autonomie
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
RQTH	reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
PAI	projet d'accueil individualisé
PAP	plan d'accompagnement personnalisé
PCH	prestation de compensation du handicap
PPRE	programme personnalisé de réussite éducative
PPS	projet personnalisé de scolarisation
PPCS	plan personnalisé de coordination en santé
RSA	revenu de solidarité active
SAD	service d'aide à domicile
SEGPA	section d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD	service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SSEFIS	service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire
ULIS	unité localisée pour l'inclusion scolaire

## La personne et les intervenants

### ► La personne

Identité				Référent de la mise en œuvre :	Numéro du PPCS :
<b>Nom marital :</b>	<b>Nom de jeune fille :</b>	<b>Nom d'usage :</b>		Profession / Structure : .....	
				Si médical :	
				n° RPPS, ou à défaut n° ADELI	
				Nom :	
				Prénom : .....	
				Tél / E-mail : .....	
<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>	<b>Âge :</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Contexte de la démarche PPCS :</b> (événement qui a conduit à l'élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc.)	
	<b>Lieu de naissance :</b>				
<b>Informations sur la personne</b> (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)					
<b>Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Orale <input type="checkbox"/> Écrite <input type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : .....					
Date :.....	Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/>	Personne à l'origine du recueil : .....			
<b>Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<b>Adresse de la personne</b> (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)					
<b>Téléphone</b>	<b>Adresse de messagerie</b>				
<b>Situation de la personne</b> (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)					
<b>Nombre d'enfants</b> : .....	<b>Coordonnées des enfants si besoin</b> :				
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance					
<b>Si personne mineure</b>	Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 2 <sup>e</sup> adresse :				
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autorité parentale : .....					
<b>Aidant principal</b> (identité et coordonnées)	Nature du lien avec l'aide : .....				

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

<b>Référents familiaux/amicaux</b> (identité(s) et coordonnées) Nature du lien avec le référent familial/amical : .....	<b>Personne de confiance</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de réception de l'information	
<b>Recherche d'hébergement en cours</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Hébergement actuel :</b> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Hébergé <input type="checkbox"/>		
<b>Accessibilité à l'hébergement</b> : étage – ascenseur – autre renseignement		
<b>Existence d'une problématique avec le logement</b> : Accessibilité : .....	Caractère adapté : ....	
Aménagement (WC, salle de bains, autre) : .....	Matériel en place : (lit médicalisé, fauteuil roulant, oxygène,...)	
<b>Statut professionnel</b> <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre .....		
<b>Si mineur : scolarité</b>		
Filière..... : <input type="checkbox"/> classe ordinaire/ <input type="checkbox"/> aménagée/ <input type="checkbox"/> spécialisée)		
<b>Type d'établissement</b> <input type="checkbox"/> public / privé		
Année scolaire : .....	Niveau scolaire (de la petite section à la terminale))	
Redoublement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>PPRE</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>PAP/PAI validé par le Médecin Scolaire</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Droits ouverts</b>		
N° de sécurité sociale (de rattachement si mineur): d'affiliation :	Caisse :	Régime/Caisse
<b>Mutuelle/CMUC/AME :</b>		
Caisse d'allocations familiales :.....	Caisse de retraite principale :.....	Caisse de retraite complémentaire :.....
ALD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours Si oui nombre ALD .....		
APA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Classe GIR (1 à 6)	Date de l'évaluation	
Si oui plan d'aide en place (nombre d'heures)	Mode mandataire <input type="checkbox"/> prestataire <input type="checkbox"/>	
APL <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RSA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aide sociale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre aide et/ou autres ressources : .....
<input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Pension de réversion <input type="checkbox"/> ASPA		
<b>Droits à compensation MDA/MDPH :</b>	Période d'attribution : du ..... au .....	
AAH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non RQTH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux incapacité (< 50 % <input type="checkbox"/> 50-79 % <input type="checkbox"/> ≥ 80 % <input type="checkbox"/> )		
Carte mobilité pour l'invalidité : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Carte mobilité pour le stationnement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	ACTP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ACFP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PCH (date d'ouverture des droits : .....) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AEEH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PPS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non AVS/AESH : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Mutualisée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non	Matériel Pédagogique Adapté : <input type="checkbox"/> Attribué <input type="checkbox"/> Notifié <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non	
SESSAD/SEFFS <input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> Notifié (date : .....) <input type="checkbox"/> Refusé <input type="checkbox"/> Non	Orientation (ULIS, SEGPA) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Notifiée (date : .....) <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non	
Autres droits MDPH/MDA : .....		
<b>Protection juridique</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dossier en cours d'instruction <input type="checkbox"/>		
Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice, habilitation familiale, habilitation judiciaire pour représentation du conjoint ?		
Autre mesure (MAJ, MASP) : .....		
Nom et coordonnées du mandataire, professionnel ou familial : .....		
Si mineur : mesure de protection de l'enfance (AED/AEMO/Placement....)		
<b>Directives anticipées</b>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Date de signature : .....
Lieu de conservation des directives anticipées : .....		

► **Les intervenants**

<i>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)<sup>2</sup></i>	<i>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</i>	<i>Téléphone E-mail</i>	<i>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</i>	<i>Avant élaboration du PPCS :  nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</i>
<i>Médecin traitant</i>				
<i>Infirmier(s) (Idel, Idec de SSIAD)</i>				
<i>Pharmacien</i>				
<i>Kinésithérapeute</i>				
<i>Ergothérapeute</i>				
<i>Autre médecin spécialiste</i>				
<i>Travailleur social</i>				
<i>Chef de service social</i>				
<i>Coordonnateur de la CPTS</i>				
<i>Dispositif d'appui à la coordination</i>				
<i>Aidant</i>				
<i>Association d'usagers du système de santé</i>				
<i>ESSMS</i>				
<i>Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)</i>				
<i>Éducateur spécialisé.....</i>				
<i>Établissement de soins de référence</i>				
<i>Médecin du travail /service santé travail ...</i>				
<i>A compléter selon besoin....</i>				

<sup>2</sup> Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

## Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage

La personne	
▶ Attentes exprimées par la personne <sup>3</sup>	
▶ Priorité actuelle de la personne	

L'entourage	
▶ Attentes exprimées par l'entourage <sup>4</sup>	

<sup>3</sup> Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)

<sup>4</sup> Préciser s'il s'agit de l'aïdant familial, du référent familial, etc.

## Problématiques et projets de la personne

► **Propos et souhaits de la personne<sup>5</sup>**

Besoins exprimés	Problèmes ressentis	Projets personnels envisagés
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

► **Problématiques et projets relevés par les professionnels**

Besoins non couverts	Problèmes non résolus	Projets personnels nécessitant un accompagnement
<b>= Problématiques</b>		
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

<sup>5</sup> Dans les différents domaines : santé physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.).

## Priorisation des actions envisagées avec la personne

Lors de l'organisation de la réponse à chaque problème ou besoin non couvert de la personne, les trois types d'actions suivants sont systématiquement envisagés :

1. d'abord, les actions de prévention (éducation à la santé/éducation thérapeutique du patient)
2. ensuite, les actions de réadaptation/rééducation
3. enfin, les actions de compensation (humaines, techniques ou financières)

## À lire avant d'agir !

Noter ici tout élément contextuel indispensable à connaître avant de poursuivre l'élaboration du PPCS

Exemples :

- *Monsieur n'ouvre pas la porte*  
→ le concierge possède la clé
- *Madame n'ouvre pas facilement sa porte – elle est souvent sortie*  
→ Appeler la voisine d'abord pour être sûr que Madame soit à la maison
- *Monsieur peut avoir un comportement hétéro-agressif*  
→ Le laisser prendre son chat avec lui avant toute conversation ou action
- *Monsieur a toujours travaillé la nuit, il se couche à 2 heures du matin et se lève à midi*  
→ Ne pas prévoir d'intervention avant 13 heures
- *La famille a du mal à gérer les accompagnements en dehors des heures de scolarisation*  
→ Prévoir certaines interventions dans lieu de scolarité ou hors temps scolaire
- *X a de grandes difficultés à s'adapter à de nouvelles personnes et de nouveaux lieux*  
→ Prévoir un temps d'adaptation en présence de ses parents

## Plan de soins

### Volet sanitaire

(fait suite à la concertation sur les actions médicales)

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date :   /   / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?

## Plan d'aides

### Volet social

(fait suite à la concertation sur les actions de compensation (humaines, techniques, ou financières)

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?

## Plan d'accompagnement

### Volet médico-social

(fait suite à la concertation sur l'accompagnement du projet personnalisé de la personne)

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Précisions sur les interventions	Critères d'atteinte des objectifs	Bilan d'étape Date : / / Évaluation des résultats	Atteinte des objectifs ?

## Analyse des écarts (objectifs formulés non réalisés)

Dater les points d'étape

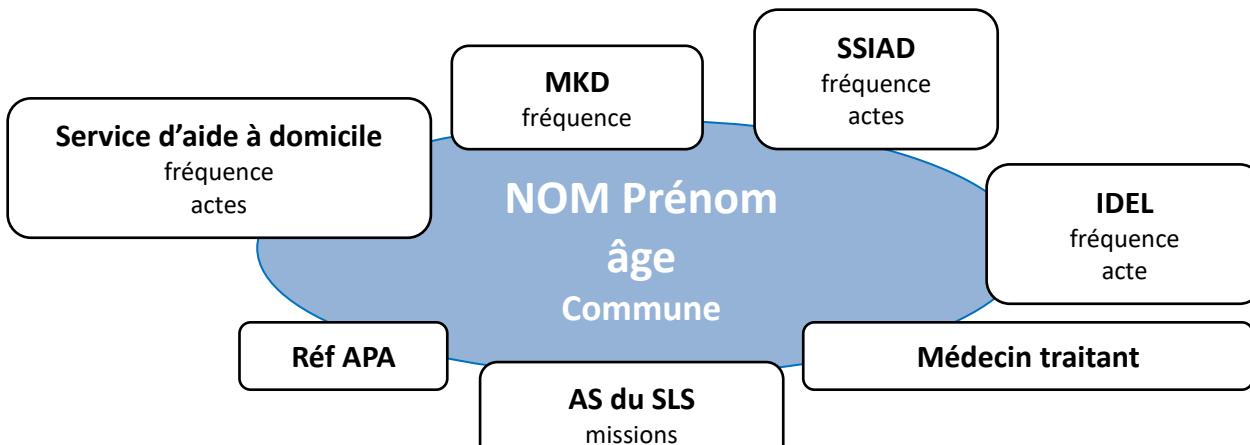
Nature de l'objectif	Cause de l'écart	Actions à entreprendre en vue d'assurer une atteinte complète de l'objectif formalisé	Délai de réévaluation
	Délai de réflexion de la personne		
	Non-convergence de points de vue entre les besoins identifiés par les professionnels à un instant, et ceux ressentis par la personne ou par son entourage		
	Attente suite à démarche		
	Absence de consensus entre professionnels		
	.....		

## Annexe. Exemples de présentations adaptées du PPCS

6

### Synthèse de Situation

PPCS  
NOM Prénom  
DATE



#### Entourage :

#### Intervenants à domicile

- Médecin traitant :
- IDEL :
- Service d'aide :
- Autre :

#### Pathologies/Dépendance

- X
- Y

#### Matériel en place

- X
- Y

#### Social/Allocations

- X
- Y

#### PROJET DE VIE/PRIORITÉS DE LA PERSONNE

- X
- Y

#### DIFFICULTÉS/FREINS IDENTIFIÉS (TYPE, ACTEUR, LIEU, ETC.)

- X
- Y

#### PLATEFORME DE SANTÉ (ACTIONS, AGENDA, PRIORITÉS)

- X
- Y

<sup>6</sup> Synthèse adaptée à partir de celle communiquée par la plateforme de santé maison des réseaux de santé de l'Isère.

PPCS adapté exemple 1			
Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Réévaluation Date : / / Commentaires
<b>Soins</b>			
<b>Aides (humaines, techniques, financières)</b>			
<b>Accompagnement (du projet personnalisé)</b>			

***PPCS adapté exemple 2***

Objectifs partagés	Libellé des actions	Intervenants	Réévaluation Date : / / Commentaires	Domaine de l'intervention
				Soins
				Aides
				Accompagnement
				....
				....
				.....



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## **Annexe 8 : Grille – Tinetti.**

# POMA (PERFORMANCE ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT) OU TEST DE TINETTI

---

## **OBJECTIF**

*TINETTI, 1986*

### **EVALUATION DES CAPACITES DE MARCHE ET D'EQUILIBRE DES PERSONNES AGEES**

*Version originale : 22 items*

*Version courte : 7 items*

**Informations complémentaires** : pour les patients chuteurs, l'évaluation peut être complétée par une évaluation de la capacité à se relever seul du sol et d'une évaluation de la peur de tomber.

## **POPULATION**

AVC, maladie de Parkinson, Personnes âgées, Maladie de la sclérose en plaque.

## **PROTOCOLE**

Le score est un moyen simple et reproductible **d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé.**  
Le test est réalisé en deux parties :

- **Une partie équilibre** qui repose sur 9 situations posturales (cotée sur 16 pts)
- **Une partie marche** (cotée sur 12 pts)

**Chaque item est noté de 0 (franchement anormal) à 1 ou 2 (normal). Le score final est sur un total de 28 pts.**

## **INTERPRETATION**

- ❖ < 19 pts → haut risque de chute
- ❖ 19/24 pts → risque moyen de chute
- ❖ 25/28 pts → faible risque de chute

## **Annexe 9 : Grille – Timed Up Go (TUG).**

# TEST TIMED UP AND GO

Mathias, 1986

## OBJECTIF

### EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE

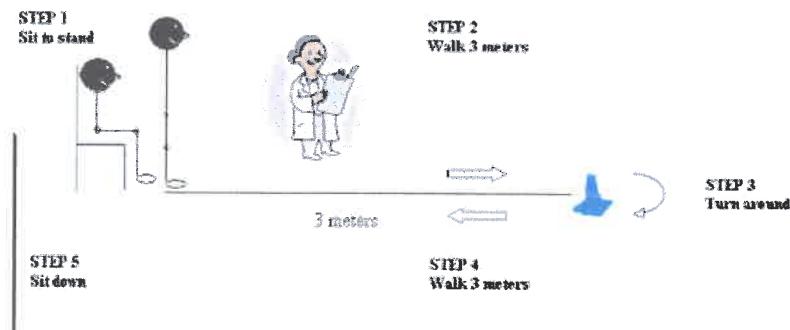
- Ce test permet d'examiner la mobilité du patient mais il ne renseigne pas que le risque direct de chute.

**Population testée :** initialement conçu pour les personnes âgées mais il est utilisé aussi pour les personnes atteintes de Parkinson, de la sclérose en plaque, de fracture de la hanche, de la maladie d'Alzheimer, d'AVC, de la maladie de Huntington ...

- Outils : Une chaise avec accoudoirs, chronomètre, bande (pour marquer les 3 mètres).

## PROCEDURE

Le praticien 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.



Au signal de la personne chargée de l'évaluation (« Allez-y »), le praticien se lève et marche à une vitesse confortable et sécuritaire jusqu'à une ligne tracée sur le plancher ou à un cône situé à 3 mètres, puis il tourne autour d'un plot et revient s'asseoir. Il est libre ou pas d'utiliser les accoudoirs.

**Le chronomètre est déclenché lorsque le dos du praticien quitte le dossier de la chaise et le chrono s'arrête quand le dos retouche le dossier.**

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.

## INTERPRETATION

Le temps du parcours (en secondes) est retenu comme étant le score final.

- Moins de 13,5 secondes, faible risque de chute : la personne a une bonne vitesse de marche et une bonne mobilité fonctionnelle.
- 13,5 secondes et plus, haut risque de chute : la personne n'a pas une bonne vitesse de marche ni une bonne mobilité fonctionnelle.

## DONNEES COMPLEMENTAIRES

**Steffen et al., 2002 cités dans Rehab Measures 2014** - lors de l'évaluation des personnes âgées vivant dans la communauté et atteintes de divers facteurs de comorbidité (hypertension, arthrite, diabète, douleur lombaire, etc.), les normes sont les suivantes :

- 60 et 69 ans : le score moyen pour les hommes et les femmes est de huit secondes
- 70 à 79 ans : le score moyen pour les hommes et les femmes est de neuf secondes
- 80 à 89 ans : le score moyen est de onze secondes pour les femmes et de dix secondes pour les hommes

## **Annexe 10 : Grille – Station unipodale.**

# TEST SIMPLE DE STATION UNIPODALE

Hurvitz et al, 2000

## OBJECTIF

### EVALUATION DE L'EQUILIBRE DU SUJET AGE : PREDICTION DU RISQUE DE CHUTE

## PROTOCOLE

- Outil : chronomètre

Positionner la personne à un bras de distance du mur et lui demander de placer les mains sur les hanches. Lui demander ensuite de se tenir sur une jambe, en levant son pied à mi-mollet et de tenir cette position le plus longtemps possible sans prendre appui sur le mollet.

Noter la jambe d'appui.

S'assurer que le pied qui est levé ne touche pas au mollet de la jambe d'appui et qu'il soit bien dégagé du sol (le genou bien plié).

Demander à la personne de tenir le plus longtemps en station unipodal sur le membre inférieur de son choix.

**Commencer à chronométrier dès que la personne lève la jambe du sol. Cesser de chronométrier si la personne met son pied au sol, si elle modifie la position de ses bras, si elle a gardé la position pendant 60 s ou si elle ouvre les yeux. Si la personne maintient la position 60 s au premier essai, ne pas faire le second essai.**

## INTERPRETATION

- **Etude de Vellas et al, 1997 réalisée auprès de 316 personnes âgées vivant à domicile a montré qu'une incapacité à se tenir sur une jambe pendant 5 s, yeux ouverts était associé à un risque accru de chute avec blessures**
- **HAS : les résultats sont considérés comme anormaux si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes : un temps inférieur à 5 secondes est prédictif d'un très haut risque de chute ; un temps supérieur à 30 secondes est prédictif d'un risque très faible de chute**

## **Annexe 11 : Grille – Sit to Stand.**

## Formulaire de test

### Five Times Sit To Stand (FTSST)

Nom / prénom

Date de naissance

Réalisation

Le plus rapidement possible, se lever 5 fois de la chaise avec les bras croisés sur le haut du corps et s'asseoir à nouveau :

- Commencer le chronométrage à partir du signal « Allez-y ! ».
- Il est interdit de pousser les genoux contre la chaise (pour s'aider à se lever).
- Arrêter le chronométrage dès que la personne s'assied pour la 5ème fois, c'est-à-dire dès que ses fesses touchent la chaise

Test 1

Test 2

Test 3

Test 4

Date

Temps  
en secondes

Cut-Off

- Pour les personnes qui vivent à domicile :  
Le test est significatif si la personne a besoin de  $\geq 12$  secondes.<sup>23</sup>
- Pour les personnes qui vivent en institution (dans des maisons de retraite, des appartements de retraite) :  
Le test est significatif si la personne a besoin de  $\geq 23,8$  secondes.<sup>24</sup>

Le test est-il  
significatif ?

Visa

Remarques,  
notes

<sup>23</sup> Tiedemann A, Shimada H, Sherrington C, Murray S, Lord S. The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. Age and ageing. 2008;37(4):430-5.

<sup>24</sup> Trommelen R, Lauren F. Buttone, Daphne Z. Dicharry, Rachel M. Jacobs & Aryn Karpinski (2015) The Use of Five Repetition Sit To Stand Test (FRSTST) to Assess Fall Risk in the Assisted Living Population, Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 33:2, 152-162, DOI: 10.3109/02703181.2015.1016646

**Annexe 12 : Grille – SPPB.**

# SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)

J-M Guralnik

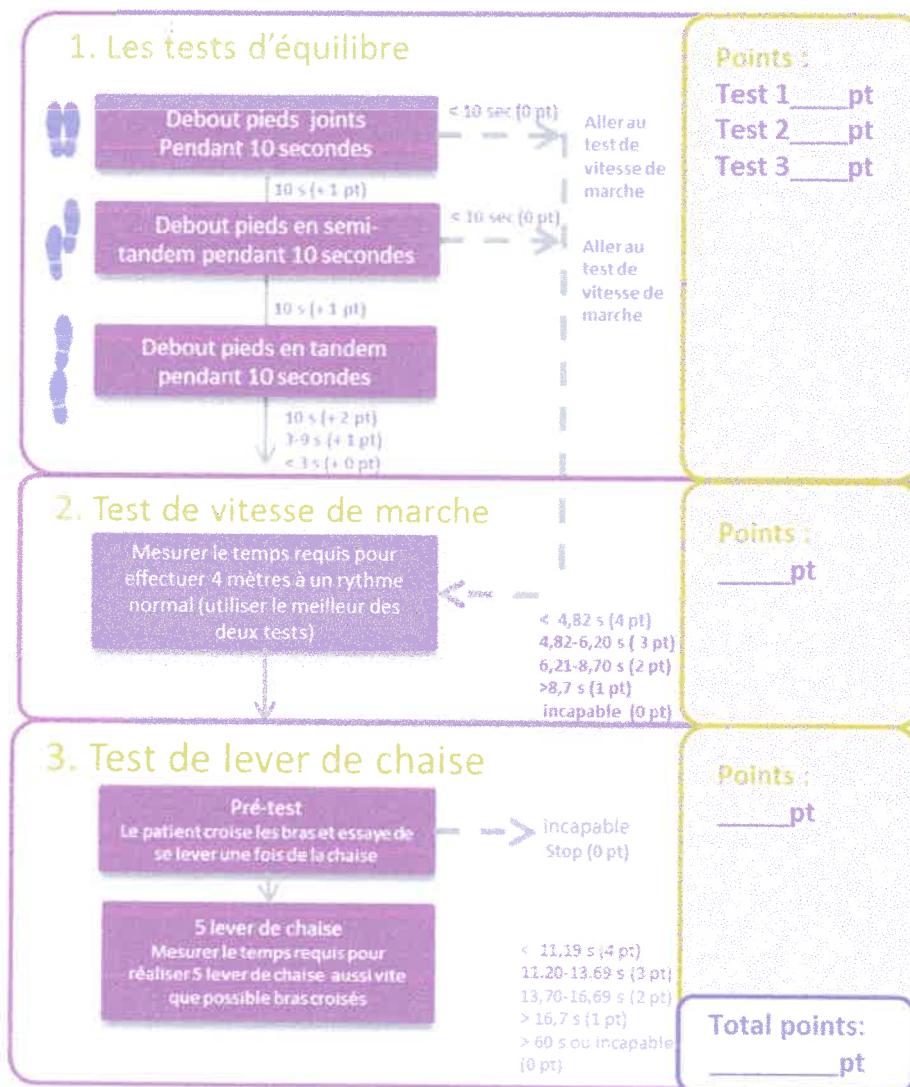
## OBJECTIF

EVALUATION DE LA PERFORMANCE PHYSIQUE D'UN INDIVIDU ET PLUS PRECISEMENT LA FONCTION ET DE LA PERFORMANCE DES MEMBRES INFÉRIEURS

## PROTOCOLE

Le SPPB est la somme des scores sur trois critères :

- Le test d'équilibre
- Le test de vitesse
- Le test de lever de chaise



L'addition des scores des tests permet d'obtenir un score de performance global.

Un score < à 8 est indicateur de risque de sarcopénie (ou de dystrophie musculaire liée à l'âge).

## INTERPRETATION

- ❖ SPPB 0/6 : faible performance
- ❖ SPPB 7/9 : performances intermédiaires
- ❖ SPPB 10/12 : haute performance

## TABLEAU RECAP

LES TESTS D'EQUILIBRE		POINTS
<b>Debout pieds joints</b>		
▪ < 10 secondes	0 pt	TEST 1 =
▪ = 10 secondes	1 pt	TEST 2 =
<b>Debout pieds semi tandem</b>		TEST 3 =
▪ < 10 secondes	0 pt	
▪ = 10 secondes	1 pt	
<b>Debout pieds en tandem</b>		
▪ 10 secondes	2 pts	
▪ 3/9 secondes	1 pt	
▪ < à 3 secondes	0 pt	
<b>▪ LE TEST DE VITESSE DE MARCHE</b>		
<b>4 mètres marche</b>		
▪ < 4,82 secondes	4 pts	TEST =
▪ 4,82 / 6 secondes	3 pts	
▪ 6,21 / 8,70 secondes	2 pts	
▪ > 8,7 secondes	1 pt	
▪ incapable	0 pt	
<b>TEST DE LEVER DE CHAISE</b>		
<b>Pré-test</b>		
▪ incapable	0 pt	
<b>5 lever de chaise</b>		
▪ < 11,19 secondes	4 pts	TEST =
▪ 11,20 / 13,60 secondes	3 pts	
▪ 13,7 / 16,69	2 pts	
▪ > 16,7 secondes	1 pt	
▪ > 60 seconde ou incapable	0 pt	
<b>TOTAL POINTS =</b>		

## **Annexe 13 : Grille – 4 m marche.**

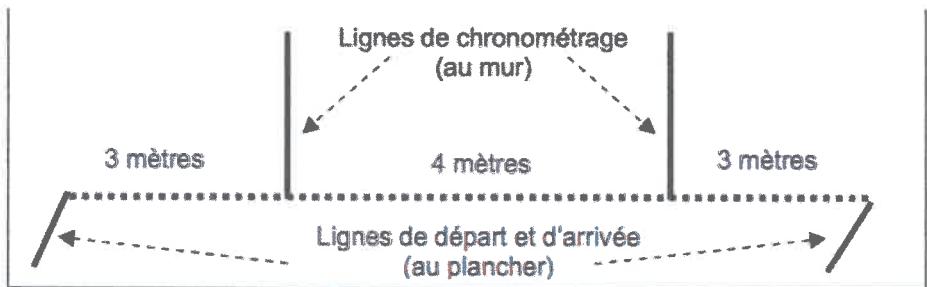
## TEST 4 M MARCHÉ

### OBJECTIF

MESURE D'UN INDICE DE VIGUEUR.  
EVALUATION DU TEMPS REQUIS POUR MARCHER 4 METRES A UNE VITESSE DE MARCHÉ CONFORTABLE.

### PROTOCOLE

- Outils : un mètre, 4 plots, un chronomètre



Dégager un espace de 12 mètres.

Placer les plots à la bonne distance (regarder l'image).

La personne doit marcher à sa vitesse préférentielle de la ligne de départ à la ligne d'arrivée. Une aide à la marche est autorisée. Convenir avec la personne qu'elle partira à « un, deux, trois, GO ! »

Le chrono doit être déclenché lorsque le tronc de la personne dépasse le premier plot des 4 m. et le chrono doit être arrêté lorsque la personne a entièrement dépassé le plot qui signale la fin des 4 m.

### INTERPRETATION

- La vitesse de marche requise pour traverser les intersections de façon sécuritaire a été fixée 79m/min par des auteurs Américains et à 84 m/min par des chercheurs Suédois (*Lerner-Frankiel et al., 1986; Lundgren-Lindquist et al., 1983*).

Cela correspond à environ 3 s pour parcourir une distance de 4 m.

## **Annexe 14 : Grille – Bilan Kinésithérapie.**



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## Fiche de synthèse du bilan-diagnostic MK

<b>Kinésithérapeute</b> Adresse : Tél. : e-mail :	<b>Patient</b> Nom : Prénom : Date de naissance :  <b>Prescription médicale</b> du.../.../... Libellé :	<input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher Profession : Loisirs :		
<b>Traitements déjà effectués</b> Nombres de séances effectuées à la date du ... / ... / ... : ..... Moyens techniques mis en œuvre : <input type="checkbox"/> individuel ; <input type="checkbox"/> collectif ; <input type="checkbox"/> balnéothérapie ; <input type="checkbox"/> autres .....		<b>Signes évoquant une évolution inattendue</b> <input type="checkbox"/> fièvre ; <input type="checkbox"/> réapparition ou augmentation de la douleur ; <input type="checkbox"/> réaction inflammatoire <input type="checkbox"/> stagnation ou régression des amplitudes articulaires <input type="checkbox"/> sidération ou paralysie de .... <input type="checkbox"/> atteinte sensitive de .... <input type="checkbox"/> instabilité articulaire ou prothétique		
<b>Évaluation</b>	<b>Date bilan 1</b>	<b>Date bilan 2</b>	<b>Date bilan 3</b>	<b>Date bilan 4</b>
<b>Douleur</b> Intensité échelle validée : EVA ou ..... Contrôlée par le traitement Autres données (topographie, horaire, facteurs déclenchants)	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non
<b>Fonction de la peau</b> État cutané et cicatriciel				
<b>Mobilité</b> si autorisée passive : P active contre pesanteur : A élévation rotation latérale (RL1*) rotation médiale autres	P : <input type="checkbox"/> NR* A : <input type="checkbox"/> NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : <input type="checkbox"/> NR* A : <input type="checkbox"/> NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : <input type="checkbox"/> NR* A : <input type="checkbox"/> NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°	P : <input type="checkbox"/> NR* A : <input type="checkbox"/> NR* P : .....° A : .....° P : .....° A : .....° P : .....° A : .....°
<b>Fonctions des muscles</b> Contractilité de tous les muscles Tonicité (préciser localisation) hypotonie : H, contractures : C Endurance				
<b>Fonction cardio-respiratoire</b> (si reprise sportive ou professionnelle envisagée)				
<b>Activités</b> Questionnaire DASH Indépendant pour les AVQ* Troubles de l'équilibre, déplacement, Risques de chute (Tinetti ou Time Up and Go) Activités importantes pour le patient	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui ; <input type="checkbox"/> non
<b>Projet du patient</b> (attentes, objectifs) :	<b>Diagnostic MK dont objectifs thérapeutiques</b>			
<b>Projet thérapeutique à venir</b> <input type="checkbox"/> Arrêt de traitement : motif.... <input type="checkbox"/> Poursuite de traitement proposé				
<b>Conclusion</b>				

\* NR : non recherché ; RL1 : rotation latérale coude au corps ; AVQ : activités de la vie quotidienne.

## **Annexe 15 : Grille – Bilan Ergothérapie.**

## **ANNEXE I. PROPOSITION DE DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE**

---

### **Renseignements administratifs**

<b>Date :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Nom :</b>	<b>Date et lieu de naissance :</b>
<b>Sexe :</b>	<b>N° de séjour :</b>
<b>N° de dossier :</b>	<b>Service :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Téléphone :</b>	
<b>Personne référente :</b>	<b>Couverture sociale :</b>
<b>Contact :</b>	<b>Nom de l'assuré :</b>
<b>Situation familiale :</b>	<b>Mutuelle :</b>
<b>Situation professionnelle ou scolaire :</b>	
<b>Ergothérapeute responsable :</b>	
<b>Autres intervenants :</b>	
<b>Date de début :</b>	<b>Date de fin :</b>

### **Renseignements médicaux**

<b>Motif de prise en charge :</b> Diagnostic médical ou pathologie nécessitant : - l'hospitalisation ; - la prise en charge en ergothérapie.
--

### **Histoire de la maladie et éléments significatifs :**

#### **Antécédents :**

- médicaux :
- chirurgicaux :
- psychiatriques :
- de rééducation :

#### **Médecin prescripteur :**

#### **Prescription d'ergothérapie :**

## DOSSIER DU PATIENT EN ERGOTHÉRAPIE

Date :  
Nom :  
N° de dossier :  
Ergothérapeute :

Prénom :  
N° de séjour :  
Service :

### **Connaissance de la personne**

#### **1. Présentation clinique du patient à son arrivée**

Concerne l'aspect physique sensoriel, les installations et positionnements, les comportements, la relation et la communication

Date :

#### **2. Habitudes antérieures de vie**

Description concise des habitudes et difficultés antérieures (soins personnels, déplacements, modes de communication, activités domestiques, scolaires, professionnelles, ludiques, loisirs, activités sociales et culturelles, environnement familial et social, personnes, ressources...)

Instruments utilisés :

#### **3. Projet du patient**

#### **4. Attentes de l'entourage**

**Synthèse des évaluations**

**Date :**

**1. Facteurs personnels**

**1.1. Systèmes organiques**

**Intégrités et déficiences**

Instruments utilisés :

**1.2. Aptitudes**

Capacités et incapacités. Performances de la personne dans ses dimensions physiques et psychiques, indépendamment des facteurs environnementaux. Ce sont ses aptitudes intrinsèques, dans un contexte d'évaluation standardisé.

Concernent les aptitudes psycho-intellectuelles, comportementales, aptitudes motrices et sensorielles, et performances fonctionnelles.

Instruments utilisés :

**1.3. Déterminants personnels**

**Motivations, valeurs**

Instruments utilisés :

## **2. Facteurs environnementaux**

Sont décrits ici les éléments de l'environnement humain et matériel qui influencent l'autonomie par leur aspect facilitateur/obstacles ou point fort/faible.

### **2.1. Facteurs humains**

Instruments utilisés :

### **2.2. Facteurs matériels**

Instruments utilisés :

## **3. Situations de handicap**

Évaluation de l'autonomie qui résulte des interactions entre facteurs personnels et environnementaux.

Il s'agit d'évaluer les performances en situation réelle. Important : noter le lieu d'évaluation (institution, domicile...).

Instruments utilisés :

**Plan d'intervention ergothérapique**

Date :

**1. Objectifs en ergothérapie**

<b>À court terme</b>	<b>Échéances</b>

<b>À long terme</b>	<b>Échéances</b>

**2. Moyens d'intervention**

**1. Commentaires**

**Résultats du traitement en ergothérapie. Validation**

**Date :**

**Avis de l'ergothérapeute :**

**Avis du patient :**

**Conseils :**

**Prescriptions :**

**Compte rendu de fin de traitement**

Sur feuillet libre

Adressé à :

Le :

**Fiche de liaison**

Feuillet à part

Adressé à :

Le :

**FICHE D'ACTUALISATION**

**Date :**

**1. Identification du patient :**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>N° de dossier :</b>	<b>Service :</b>
<b>Mode de prise en charge :</b>	
<b>Médecin responsable :</b>	
<b>Ergothérapeute responsable :</b>	
<b>Autres intervenants :</b>	
<b>Date d'entrée :</b>	

**2. Connaissance de la personne**

**Synthèse de l'évolution clinique :**

**Projet du patient :**

**Autres commentaires :**

**3. Synthèse des changements**

**Facteurs personnels :**

**Facteurs environnementaux :**

**Situations de handicap :**

**4. Orientation du plan d'intervention en ergothérapie**

Objectifs	Échéances

**Moyens d'intervention**

**Commentaires**

**Contacts à suivre :**

**FICHE DE SUIVI**

Permet de suivre au quotidien l'évolution du patient, à partir d'observations et d'entretiens.

Nom de l'ergothérapeute :

Signature :

Dates	Code PMSI	Mode d'intervention	Observations des séances

Dates	Conclusions des entretiens

**Commentaires :**

### **FICHE DE LIAISON**

Date :

Nom et signature de l'ergothérapeute :

Contact :

**Destinataire(s) :** Nom, qualification, lieu

#### **Identification du patient :**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Établissement :</b>	
<b>N° de dossier :</b>	<b>Service :</b>
<b>Mode de prise en charge :</b>	
<b>Médecin responsable :</b>	
<b>Motif(s) d'hospitalisation :</b>	
<b>Ergothérapeute responsable :</b>	
<b>Date d'entrée :</b>	<b>Date de sortie :</b>

#### **Synthèse du plan d'intervention en ergothérapie durant le séjour**

**Objectifs :**

**Mode d'intervention et moyens utilisés :**

**Évolution durant le séjour :**

**Synthèse des évaluations de sortie**

**Facteurs personnels :**

**Facteurs environnementaux :**

**Habitudes de vie et situations de handicap :**

**Prescriptions :**

**Conseils ergothérapeutiques lors de la sortie du patient :**

## **Annexe 16 : Grille – EGS.**

**L'évaluation gériatrique standardisée (EGS)** est une évaluation gériatrique multidimensionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'identifier les problématiques médicales, psychosociales et fonctionnelles du sujet âgé dans l'objectif de proposer un plan de soins coordonné.

Domaine	Démarche et tests diagnostiques	Risques à identifier
Antécédents et traitements	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser un interrogatoire, un <b>examen clinique</b>, réévaluer les comorbidités et les traitements</li> <li><b>Rechercher des pathologies non diagnostiquées</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge non optimale des comorbidités</li> <li>- Pathologies non diagnostiquées</li> <li>- Traitements médicamenteux : traitement médicamenteux à risque, interactions médicamenteuses, non adapté à la fonction rénale</li> </ul>
Fonctionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interrogatoire du patient et de l'aideur sur l'autonomie fonctionnelle 15 jours avant l'hospitalisation et à l'entrée</li> <li>- Échelle ADL (<i>Activities of Daily Living</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujet déjà partiellement dépendant 15 jours avant l'hospitalisation</li> <li>- Perte d'autonomie avant l'hospitalisation (entre J -15 et l'admission)</li> <li>- Perte d'autonomie au cours de l'hospitalisation</li> </ul>
Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la capacité à s'asseoir dans le lit, se lever du lit (avec ou sans matériel) et à marcher seul</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacité à se lever seul</li> <li>- Risque de chutes</li> </ul>
Cognitif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la confusion : CAM (<i>Confusion Assessment Method</i>)</li> <li>- Évaluation des fonctions supérieures en dehors d'une période de confusion : MMSE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusion aiguë</li> <li>- Syndrome démentiel</li> </ul>
Nutritionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Courbe de poids : dénutrition si perte de poids <math>\geq 5\%</math> en 1 mois ou <math>\geq 10\%</math> en 6 mois</li> <li>- IMC : dénutrition si IMC <math>&lt; 21 \text{ kg/m}^2</math></li> <li>- Échelle MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>)</li> <li>- Appétit</li> <li>- Troubles de la déglutition</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient dénutri ou à risque de dénutrition</li> </ul>
Sensoriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents de troubles visuels et auditifs</li> <li>- Port de lunettes et/ou appareils auditifs</li> <li>- Troubles proprioceptifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles sensoriels non appareillés, oubli des prothèses</li> <li>- Troubles de l'équilibre, risque de chute</li> </ul>
Bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen bucco-dentaire</li> <li>- Port de prothèses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altération bucco-dentaire, prothèses inadaptées, oubli des prothèses</li> </ul>
Thymique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche de signes de dépression : mini-GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépression</li> <li>- Insomnie</li> </ul>
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation par une échelle d'auto ou d'hétéroévaluation selon l'état cognitif du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient douloureux</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'enquérir des caractéristiques de l'<b>habitat</b> (chauffage, accès, salubrité, habitat isolé, habitation dans un quartier à risque), de la <b>situation financière</b> (revenus, couverture sociale), du <b>réseau social</b> (vie sociale et relationnelle), et des <b>aides professionnelles</b> déjà existantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation sociale ne permettant pas un retour à domicile dans les conditions antérieures</li> </ul>

## **Annexe 17 : Grille – Short FES-I.**

## Short FES-I

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité, répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude **SI** vous réalisiez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

		<i>Pas du tout inquiet</i> 1	<i>Un peu Inquiet</i> 2	<i>Assez Inquiet</i> 3	<i>Très Inquiet</i> 4
1	Vous habiller et vous déshabiller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2	Prendre une douche ou un bain	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3	Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4	Monter ou descendre des escaliers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5	Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6	Descendre ou monter une pente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7	Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre d'une association)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

# Interprétation des scores

## Échelle FES-I complète (16 questions)

- Score de 16 à 19 : peu ou pas d'inquiétude concernant les chutes
- Score de 20 à 27 : inquiétude modérée
- Score de 28 à 64 : forte inquiétude concernant les chutes

## Short FES-I (7 questions)

- Score de 7 à 8 : peu ou pas d'inquiétude concernant les chutes
- Score de 9 à 13 : inquiétude modérée
- Score de 14 à 28 : forte inquiétude concernant les chutes

**Annexe 18 : Grille – Echelle d'humeur POMS.**

**Méthodologie**

# VERSION FRANÇAISE DU PROFILE OF MOOD STATES (POMS-f)

S. CAYROU, P. DICKÈS, S. DOLBEAULT

*Institut Curie, Unité de Psycho-oncologie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris*

---

## RÉSUMÉ :

Depuis une quarantaine d'années, le *Profile Of Mood States (POMS)* s'impose comme un instrument incontournable de la mesure globale des états d'humeur et de leurs fluctuations (anxiété, dépression, confusion, colère, fatigue, vigueur et relations interpersonnelles).

Nous présentons la version française intégrale de cet auto-questionnaire (POMS-f), ses modalités d'application et de cotation, les normes établies sur une population d'étudiants ( $n = 473$ ) ainsi que les futures lignes de recherche, dans l'optique de poursuivre la validation de cet outil. Le POMS-f peut être utilisé dans le cadre de la pratique clinique ou de la recherche, auprès d'adultes tout-venant, et notamment lors de suivis psychothérapeutiques, médicaux ou sportifs.

*Mots-clés :* psychométrie, POMS-f, affect.

## SUMMARY: French version of the Profile Of Mood States (POMS-f).

S. CAYROU, P. DICKÈS, S. DOLBEAULT (*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003 ; 13, 2, 83-88).

*For over 40 years, the Profile of Mood States (POMS) has been the preferred measure of overall mood states and their fluctuations (anxiety, depression, confusion, anger, fatigue, vigor, and interpersonal relationships). The integral French version of this auto-report inventory is presented (POMS-f) along with the means for implementation, scoring, established norms in a student population ( $n = 473$ ) as well as suggested applications for future research. The POMS-f can be used within clinical or research applications, in all adult populations, having a particular utility for psychotherapy follow-up as well as advantages for use in studies with medical patients or athletes.*

*Key words:* psychometrics, POMS-f, affect.

---

## INTRODUCTION

Le *Profile Of Mood States (POMS)* est paru dans sa version finale en 65 items après 10 ans de recherche effectuée par l'équipe de Mc Nair *et coll.*

---

*Correspondance :* S. CAYROU, à l'adresse ci-dessus.  
Tél. 01-44-32-40-33 et Fax : 01-44-32-40-17  
e-mail : sandrine.cayrou@curie.net

*Communication présentée aux 27<sup>e</sup> Journées Scientifiques de TCC  
(Paris, 3-4 décembre 1999).*

(1971). Il a initialement été conçu pour mesurer les états d'humeur et plus particulièrement pour cerner les effets des psychothérapies brèves, des psychotropes et des privations de sommeil sur ceux-ci. Le POMS s'est avéré particulièrement sensible aux changements. De 1964 à 1992, 1994 études anglo-saxonnes ont été répertoriées comme utilisant ou citant le POMS (Mc Nair *et al.*, 1994). Ces dernières années, le POMS est devenu un outil quasi-incontournable dans les études portant sur les psychothérapies brèves, les essais médicamenteux,

TABLEAU I. — Récapitulatif des items composant chaque sous-échelle.

Sous-échelles	Items	Nombre d'items	Étendue des scores
Anxiété-tension (ANX)	2, 10, 16, 20, 22*, 26, 27, 34, 41	9	0-36
Colère-hostilité (COL)	3, 12, 17, 24, 31, 33, 39, 42, 47, 52, 53, 57	12	0-48
Confusion-perplexité (CONF)	8, 28, 37, 50, 54*, 59, 64	7	0-28
Dépression-découragement (DEP)	5, 9, 14, 18, 21, 23, 32, 35, 36, 44, 45, 48, 58, 61, 62	15	0-60
Fatigue-inertie (FAT)	4, 11, 29, 40, 46, 49, 65	7	0-28
Vigueur-activité (VIG)	7, 15, 19, 38, 51, 56, 60, 63	8	0-32
Relations interpersonnelles (REL)	1, 6, 13, 25, 30, 43, 55	7	0-28
Score Global (ScG)	(Anx + Col + Conf + Dep + Fat) - Vig	(50) - 8	-32 - 200

\* Items à cotation inversée.

les réponses émotionnelles induites, et plus particulièrement dans les domaines de la psycho-oncologie, des addictions et des sports. Le POMS n'est pas un outil de diagnostic mais il fournit une mesure générale et subjective de différents états émotionnels (anxiété, colère, confusion, dépression, fatigue, vigueur) ainsi qu'un score global. Sur un plan théorique, ce choix méthodologique correspond à l'idée de l'existence d'une affectivité négative générale. A titre d'exemple, cette possibilité d'évaluation globale est très appréciable en psycho-oncologie car les patients réagissent souvent au diagnostic de cancer et aux traitements de façon variée et pas forcément pathologique. L'utilisation des échelles globales a pour avantage de réduire le nombre d'outils dans les protocoles de recherche et lors des évaluations en pratique clinique.

En 1999, nous avons validé la version française du POMS (POMS-f) et publié les résultats des analyses psychométriques (Cayrou et coll., 2000). Nous avons conclu à la validité de la version française en 65 items, qui possède une bonne validité perçue, des indices satisfaisants de validité concourante, de fidélité test-retest, de consistance interne et de validité de structure. Le présent article est consacré à une approche pratique du POMS-f (contenu du questionnaire, administration, cotation, t-scores) et offre de futures

lignes de recherche concernant la validation de cet outil.

### CONTENU DU POMS-F (*annexe 1*)

Le POMS-f est composé de 65 adjectifs, évaluant 7 états d'humeur passagers et fluctuants (*tableau I*) : anxiété-tension (ANX) ; colère-hostilité (COL) ; confusion-perplexité (CONF) ; dépression-découragement (DEP) ; fatigue-inertie (FAT) ; vigueur-activité (VIG) ; relations interpersonnelles (REL). La consigne consiste à demander au sujet d'évaluer pour chaque adjectif le chiffre qui correspond le mieux à ce qu'il a ressenti dans la semaine passée, y compris le jour du test. Une échelle en 5 points permet de coter pour chaque adjectif les réponses suivantes : « pas du tout » (0), « un peu » (1), « modérément » (2), « beaucoup » (3), « extrêmement » (4). Concernant la durée à laquelle se réfère l'évaluation, les auteurs américains ont permis la modification de la consigne : « au cours de la semaine », « aujourd'hui », « à présent », « dans les trois dernières minutes ». Seule la durée d'une semaine a fait l'objet d'études en version française, cette durée est considérée suffisamment longue pour évaluer des réactions d'humeur persistantes et suffisamment courte pour cerner des effets de traitements précis.

### ADMINISTRATION DU POMS-F

Les populations visées par le POMS-f sont les adultes tout-venant (étudiants, sportifs, catégories socio-professionnelles...) et les personnes nécessitant une aide psychologique ou psychiatrique (en hospitalisation ou en ambulatoire). Le POMS-f est un auto-questionnaire qui peut être proposé individuellement ou en groupe. La durée de passation moyenne est de 5 à 10 minutes. Le responsable de la passation doit s'assurer que le sujet a bien compris la consigne et le fonctionnement de l'échelle. Si besoin, il peut donner la signification d'un ou deux mots, sans faire référence à un autre item du questionnaire (en particulier pour « aidant », « léthargique » ou « apathique »). Il est cependant souhaitable que le sujet ait une connaissance suffisante de la langue française pour pouvoir répondre seul à l'ensemble des items.

### COTATION DU POMS-F

Un score est obtenu pour chaque sous-échelle en additionnant les réponses données aux items de cel-

le-ci. Les items 22 (« détendu ») et 54 (« efficace »), appartenant respectivement aux échelles d'« anxiété-tension » et de « confusion-perplexité », ont une cotation inversée. Pour ces deux items, il faut donc coter 4 pour 0, 3 pour 1, 2 pour 2, 1 pour 3, 0 pour 4. Un score total de détresse émotionnelle (ScG ou en anglais « Total Mood Disturbance Score ») peut être obtenu en additionnant les scores des cinq sous-échelles « anxiété », « colère », « confusion », « dépression », « fatigue » et en soustrayant à ce total le score de l'échelle « vigueur ». L'échelle de relations interpersonnelles n'est pas prise en compte dans le score global. Si plus de deux items manquent dans une sous-échelle, ou si plus de 10 % des items du questionnaire ne sont pas remplis, l'échelle est déclarée non valide.

### TRANSFORMATION DES SCORES BRUTS EN T-SCORES

Transformer les scores bruts en t-scores facilite pour un sujet donné la comparaison des différents scores entre eux, la moyenne de chaque sous-échelle prenant la valeur 50. Mais cette transformation permet surtout la comparaison entre les scores du sujet et ceux de sa population de référence. Il devient possible de savoir si le sujet présente une anxiété moyenne ou largement supérieure à la norme, par exemple s'il se situe à deux écart-types de la moyenne. Nous proposons une feuille de profil pour faciliter la lecture des résultats (*annexe 2*).

Le calcul permettant de transformer les scores bruts en t-scores est le suivant : les scores bruts  $X_i$  sont transformés en scores standardisés  $S_z$  selon la formule suivante :  $S_z = (X_i - m)/s$  (où  $m$  est la moyenne et  $s$  est l'écart-type). Puis les scores standardisés  $S_z$  sont transformés en t-scores selon la formule suivante :  $t\text{-score} = 50 + (S_z \times 10)$ .

À l'heure actuelle, nous disposons seulement des données (moyennes et écart-types) sur une population d'étudiants ( $n = 473$ ) et sur des personnes atteintes de cancer ( $n = 79$ ) (*tableau II*)

Nous proposons ici les calculs des t-scores pour une population d'étudiants en licence de psychologie ( $n = 189$ ) et en DEUG STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) ( $n = 284$ ) (*annexe 3*). Les distributions des sous-échelles n'ont pas été normalisées avant le calcul des scores standardisés.

### FUTURES LIGNES DE RECHERCHES

Le POMS-f possède suffisamment de validité pour être utilisé comme tel. Cependant, les ana-

TABLEAU II. — Moyennes et écart-types des sous-échelles du POMS-f.

	<i>Étudiants Psycho &amp; STAPS</i>		<i>Personnes atteintes de cancer</i>	
	<i>Moyenne</i>	<i>Écart-type</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Écart-type</i>
ANX	12.73	7.24	11.25	7.90
COL	12.66	8.23	10.75	7.76
CONF	8.82	4.88	7.05	4.90
DEP	10.38	9.16	7.81	8.36
FAT	9.88	6.27	8.13	6.56
VIG	15.42	5.76	15.56	6.85
REL	15.95	4.70	18.84	4.74
ScG	39.04	30.71	29.43	33.26

lyses structurales effectuées sur les items du POMS-f n'ont pas permis de confirmer la structure théorique du modèle américain. D'autres études seraient donc nécessaires pour assurer la réplication des résultats trouvés. Ensuite, il reste à tester la sensibilité aux changements (étude en cours sur des patients atteints de cancer soumis à une intervention de type psycho-éducatif), à vérifier la structure théorique du modèle français dans les cas où la durée spécifiée dans la consigne est modifiée, à valider une version courte et à établir des normes sur des populations variées.

### CONCLUSION

Le POMS est devenu un outil incontournable dans la recherche en psychologie et nous disposons maintenant d'une version française valide même si l'on doit envisager d'autres études en contexte français permettant d'affiner la structure théorique du POMS-f et de développer des normes sur des populations variées. Les auteurs tiennent tous les résultats à disposition des personnes intéressées à poursuivre les travaux de validation du POMS-f.

### RÉFÉRENCES

- CAYROU S, DICKÈS P, GAUVAIN-PICHARD A, DOLBEAULT S, CALLAHAN S, ROGÉ B. Validation de la traduction française du « Profile Of Mood States (POMS) ». *Psychologie et Psychométrie* 2000 ; 21 : 5-22.  
 MC NAIR DM, LORR M, DROPPLEMAN LP. *EdITS Manual for the Profile Of Mood States*. San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service, 1971-1981-1992.  
 MC NAIR DM, SHILONY E. *Research with the Profile Of Mood States (POMS) 1964-1992 : a comprehensive bibliography*. EdITS, San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service, 1994.

## Annexe 1

POMS-F	NOM	Prénom
	Date de naissance	Sexe      F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Autre	Date de passation

La liste de mots suivante décrit des sentiments ou des états que les gens éprouvent. Lisez attentivement chaque mot et entourez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée, aujourd'hui y compris. Les chiffres correspondent à l'échelle suivante :

0 = Pas du tout    1 = Un peu    2 = Modérément    3 = Beaucoup    4 = Extrêmement

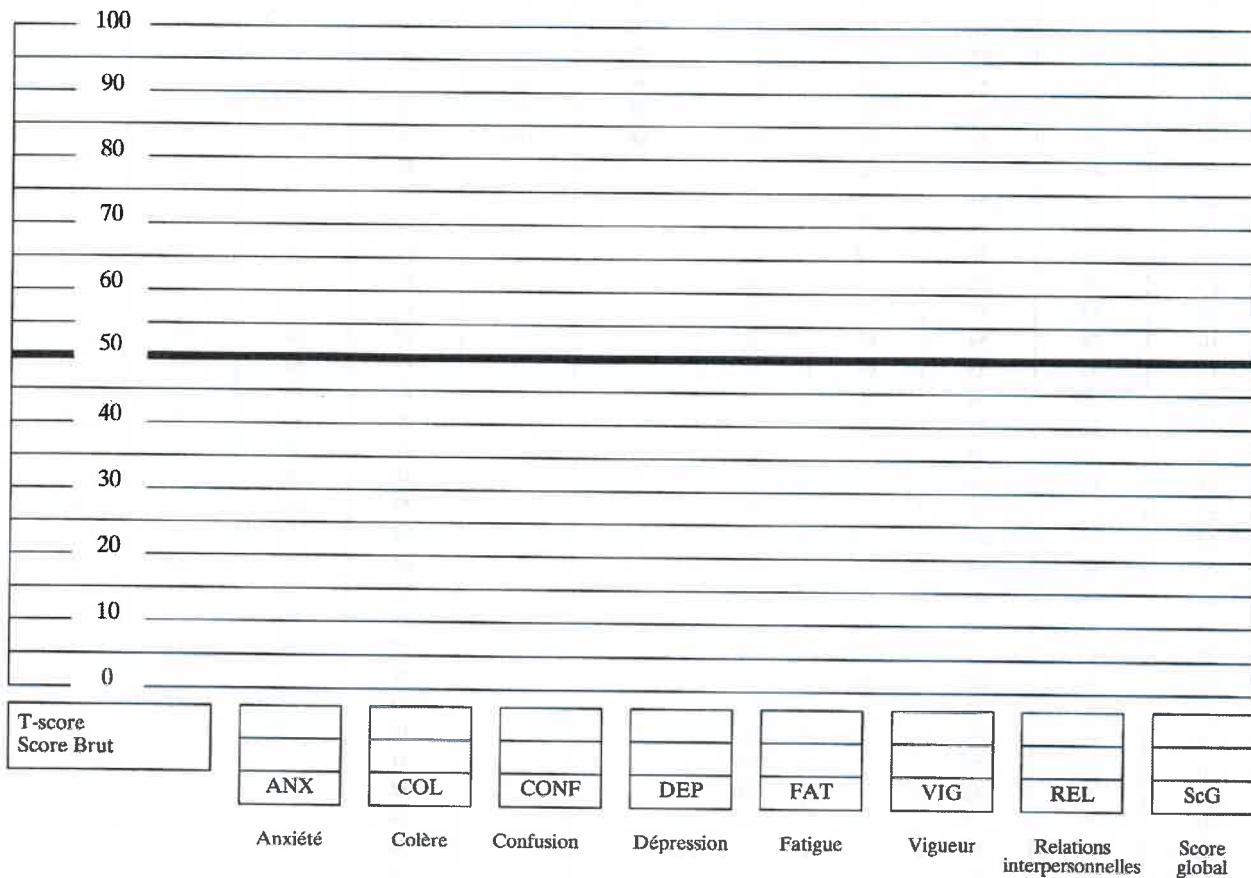
Merci de répondre pour tous les mots.

1- Amical	0	1	2	3	4	33- Plein de ressentiment	0	1	2	3	4
2- Tendu	0	1	2	3	4	34- Nerveux	0	1	2	3	4
3- En colère	0	1	2	3	4	35- Seul	0	1	2	3	4
4- Lessivé	0	1	2	3	4	36- Minable	0	1	2	3	4
5- Malheureux	0	1	2	3	4	37- La pensée embrouillée	0	1	2	3	4
6- Les idées claires	0	1	2	3	4	38- Joyeux	0	1	2	3	4
7- Plein de vie	0	1	2	3	4	39- Amer	0	1	2	3	4
8- Confus	0	1	2	3	4	40- Épuisé	0	1	2	3	4
9- Plein de regrets	0	1	2	3	4	41- Anxieux	0	1	2	3	4
10- Manque de confiance	0	1	2	3	4	42- Combatif	0	1	2	3	4
11- Apathique	0	1	2	3	4	43- Aimable	0	1	2	3	4
12- Irrité	0	1	2	3	4	44- Lugubre	0	1	2	3	4
13- Attentionné vis à vis d'autrui	0	1	2	3	4	45- Désespéré	0	1	2	3	4
14- Triste	0	1	2	3	4	46- Léthargique	0	1	2	3	4
15- Actif	0	1	2	3	4	47- Révolté	0	1	2	3	4
16- Enervé	0	1	2	3	4	48- Impuissant	0	1	2	3	4
17- Grognon	0	1	2	3	4	49- Las	0	1	2	3	4
18- Cafardeux	0	1	2	3	4	50- Perplexe	0	1	2	3	4
19- Énergique	0	1	2	3	4	51- Alerte	0	1	2	3	4
20- Paniqué	0	1	2	3	4	52- Trompé	0	1	2	3	4
21- Sans espoir	0	1	2	3	4	53- Furieux	0	1	2	3	4
22- Détendu	0	1	2	3	4	54- Efficace	0	1	2	3	4
23- Indigne	0	1	2	3	4	55- Confiant	0	1	2	3	4
24- Rancunier	0	1	2	3	4	56- Plein d'énergie	0	1	2	3	4
25- Compréhensif	0	1	2	3	4	57- De mauvaise humeur	0	1	2	3	4
26- Mal à l'aise	0	1	2	3	4	58- Sans valeur	0	1	2	3	4
27- Agité	0	1	2	3	4	59- Négligent	0	1	2	3	4
28- Incapable de concentration	0	1	2	3	4	60- Insouciant	0	1	2	3	4
29- Fatigué	0	1	2	3	4	61- Terrifié	0	1	2	3	4
30- Aidant	0	1	2	3	4	62- Coupable	0	1	2	3	4
31- Contrarié	0	1	2	3	4	63- Vigoureux	0	1	2	3	4
32- Découragé	0	1	2	3	4	64- Hésitant	0	1	2	3	4
						65- Exténué	0	1	2	3	4

## Annexe 2

**POMS-F****Profil**

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>	
<b>Date de naissance</b>	Sexe	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Autre</b>	<b>Date de passation</b>	



Observations

## Annexe 3

## T-scores pour une population d'étudiants.

Score brut	Anx	Col	Conf	Dep	Score Brut	Dep suite	Score brut	Fat	Vig	Rel
0	32	35	32	39	51	94	0	34	23	16
1	34	36	34	40	52	95	1	36	25	18
2	35	37	36	41	53	97	2	37	27	20
3	37	38	38	42	54	98	3	39	28	22
4	38	39	40	43	55	99	4	41	30	25
5	39	41	42	44	56	100	5	42	32	27
6	41	42	44	45	57	101	6	44	34	29
7	42	43	46	46	58	102	7	45	35	31
8	43	44	48	47	59	103	8	47	37	33
9	45	46	50	49	60	104	9	49	39	35
10	46	47	52	50			10	50	41	37
11	48	48	54	51			11	52	42	40
12	49	49	57	52			12	53	44	42
13	50	50	59	53			13	55	46	44
14	52	52	61	54			14	57	48	46
15	53	53	63	55			15	58	49	48
16	54	54	65	56			16	60	51	50
17	55	55	67	57			17	61	53	52
18	56	56	69	58			18	63	54	54
19	57	58	71	59			19	65	58	56
20	59	59	73	61			20	66	60	59
21	60	60	75	62			21	68	61	61
22	61	61	77	63			22	69	63	63
23	63	63	79	64			23	71	65	65
24	64	64	81	65			24	73	68	67
25	66	65	83	66			25	74	70	69
26	67	66	85	67			26	76	72	71
27	68	67	87	68			27	77	74	74
28	70	68	89	69			28	79	75	76
29	71	70		70			29		77	
30	72	71		71			30		79	
31	74	72		73			31			
32	75	73		74			32			
33	77	75		75			33			
34	78	76		76			34			
35	79	77		77			35			
36	81	78		78			36			
37	82	80		79			37			
38		81		80			38			
39		82		81			39			
40		83		82			40			
41		84		83			41			
42		86		85			42			
43		87		86			43			
44		88		87			44			
45		89		88			45			
46		91		89			46			
47		92		90			47			
48		93		91			48			
49				92			49			
50				93			50			

## **Annexe 19 : Grille – ICOPE.**

Communiqué de presse,  
le 9 juin 2023

# APPLICATION « ICOPE et MOI » : POUR ÊTRE ACTEUR DE SA SANTÉ

**L'Equipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie (ERVMA) portée par le CHU de Tours, en partenariat avec les CPTS O'Tours (37) et la Salamandre (41), le GIP e-santé Centre-Val de Loire, la CPAM d'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher, la MSA Berry-Touraine et de nombreux partenaires, lancent aujourd'hui une application pour favoriser le maintien de l'autonomie à partir de 60 ans : l'application « ICOPE et Moi », actuellement en expérimentation sur 48 communes d'Indre-et-Loire\* et 110 communes du Loir-et-Cher\*\*.**

## LE MAINTIEN DE L'AUTONOMIE ET L'AVANCÉE EN ÂGE

Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus sur le territoire national va continuer d'augmenter dans les années à venir (prévision de 31,9% de personnes âgées de 60 ans et plus en 2050, selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques INSEE, réalisée 2021).

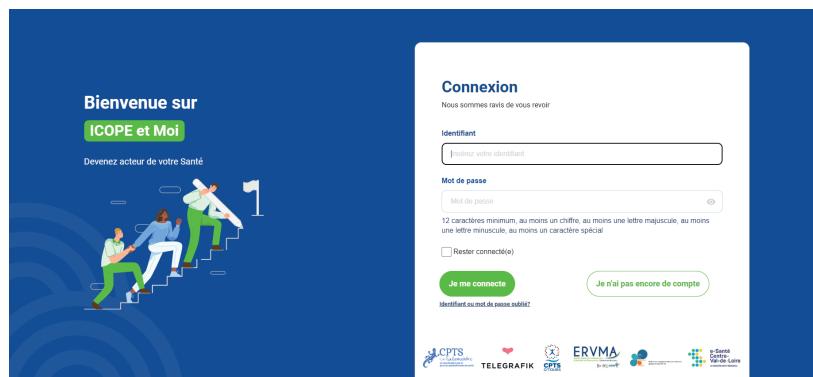
Si l'espérance de vie s'allonge, l'âge d'apparition de la première incapacité évolue peu au fil des années (67 ans pour les femmes, 65,6 ans pour les hommes, selon une étude de l'INSEE réalisée en 2021). Nous vivons donc plus longtemps, mais également plus longtemps avec une ou plusieurs incapacités fonctionnelles (perte de mobilité, de mémoire, difficultés à programmer un voyage, à déclarer ses impôts en ligne, ...).

Il est donc important d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de contrôler régulièrement ses capacités afin de préserver son autonomie le plus longtemps possible.

## L'APPLICATION GRATUITE « ICOPE et Moi », ISSUE D'UN PROGRAMME DE L'OMS

Le programme ICOPE « Integrated Care for Older People » (autrement dit « je gère ma santé ») conçu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), permet de tester soi-même son autonomie, à partir d'une application simple, rapide et efficace : l'application « ICOPE et Moi ».

Cette application entièrement gratuite a été élaborée par l'Équipe Régionale Vieillissement et Maintien de l'Autonomie du CHU de Tours et ses partenaires, selon les recommandations de l'OMS et en lien avec le ministère de la Santé et de la Prévention et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Elle est à ce jour déployée sur 48 communes d'Indre-et-Loire\* et 110 communes du Loir-et-Cher\*\* (territoires de l'expérimentation ICOPE nationale). Elle est accessible sur téléphone, tablette et ordinateur.



Le test proposé porte sur les 6 principales capacités fonctionnelles du corps : audition, vision, mobilité, appétit, humeur, mémoire.

Il peut être réalisé soi-même, de chez soi, en moins de 10 minutes, et doit être réitéré tous les 6 mois afin de permettre une surveillance optimale de son autonomie (un rappel pourra être envoyé par sms ou par mail). Il se compose de questions simples et d'un exercice nécessitant l'usage d'une chaise.

.../...

Selon les résultats obtenus, les utilisateurs pourront bénéficier de conseils de prévention (notamment à travers le site [www.pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr)), ou bien bénéficier d'un parcours de soins personnalisé et adapté à leurs besoins, afin de préserver leur autonomie le plus longtemps possible (un professionnel de santé contactera l'usager afin de proposer une évaluation plus approfondie et débuter le parcours de soins).

Ce test peut également être réalisé dans le cadre d'une consultation avec un professionnel de santé.

Cette expérimentation vise à être généralisée à partir de 2025. L'ensemble des territoires pourra alors utiliser l'application.



## COMMENT UTILISER L'APPLICATION « ICOPE et MOI »

- 1) Télécharger l'application  
« ICOPE et Moi »

Sur Android



- 1) Accéder au site internet  
« ICOPE et Moi »

Sur IOS



- 2) Créer un compte
- 3) Répondre aux questions posées (environ 10 minutes)

**Egalement accessible :**  
[en cliquant ici](#)

ou en tapant « ICOPE et Moi » dans un navigateur de recherche internet

## Les communes de l'expérimentation

### \* En Indre-et-Loire :

Tours, Joué-les-Tours, Chambray-les-Tours, La Riche, Saint-Pierre-des-Corps, Saint-Avertin, La Ville-aux-Dames, Larçay, Veigné, Esvres, Truyes, Montbazon, Sornay, Monts, Artannes-sur-Indre, Ballan-miré, Savonnières, Berthenay, Saint-Genouph, Luynes, Fondettes, La Membrolle sur Choisilles, Mettray, Chanceaux-sur-Choisilles, Parcay-Meslay, Notre-Dame-D'oé, Roche-cordon, Vouvray, Vernou-sur-Brenne, Chançay, Noizay, Montlouis-sur-Loire, Veretz, Saint-Branch, Sainte-Catherine-de-Fire-bois, Villeperdue, Thilouze, Vilaines-les-Roches, Saché, Pont-de-Ruan, Villandry, Druye, Cinq-Mars-la-Pile, Coteaux-sur-Loire, Langeais, Mazières-de-Touraine, Saint-Etienne-de-Chigny.

### \*\* Dans le Loir-et-Cher :

Blois, Vineuil, La-Chaussée-Saint-Victor, Saint-Gervais-la-Forêt, Mont-Près-Chambord, Cellettes, Seur, Chailles, Valencisse, Saint-Sulpice, Herbault, Saint-Lubin-en-Vergnonois, Villebarou, Saint-Claude-de-Diray, Saint-Denis-sur-Loire, Montlivault, Masilves, Chambord, Thoury, Huisseau-sur-Cosson, Neuvy, Bracieux, Tour-en-Sologne, Cour-Cheverny, Chitenay, Les Montils, Cormeray, Cheverny, Fontaines-en-Sologne, Courmemin, Sessay, Fresnes, Oisly, Sambin, Monthou-sur-Bievre, Valaire, Candé-sur-Beuvron, Veuzain-sur-Loire, Chaumont-sur-Loire, Rilly-sur-Loire, Montheaux, Mesland, Valloire-sur-Cisse, Santenay, Saint-Etienne-des-Guérets, Saint-Cyr-du-Gault, Francay, Lancôme Gombergean, Pray, Landes le Gaulois, Saint-Bohaire, Marolles, Villerbon, Cour-sur-Loire, Menars, Saint-Dye-sur-Loire, Crouy-sur-Cosson, Vileny, Dhuizon, La-Marolle-en-Sologne, Montreux-en-Sologne, Bauzy, Vernou-en-Sologne, La Ferté-Saint-Cyr, Muides-sur-Loire, Suevres, Mer, Mulsans, Averdon, Fosse, La-Chapelle-Vendômoise, Tourailles, Villefrancoeur, Champigny-en-Beauce, Villemardy, Rhodon, Conan, Maves, La Chapelle-Saint-Martin-en-Plain, Courbouzon, Villexanton, Avaray, Saint-Laurent-Nouan, Lestou, Seris, Concriers, Talcy, Villerclain, La-Madeleine-Villefrouin, Roches, Josnes, Le-Plessis-l'Echelle, Villeneuf Fouville, Baigneaux, Sainte-Gemmes, Epiais, Oucques, Sainte-Gemmes, Saint-Leonard-en-Beauce, Briou, Marchenoir, Lorges, Villermain, Saint-Laurent-des-bois, Binas, Autainville, Vieyry-le-Rayé, Le-Controis-en-Sologne.

## CONTACT PRESSE

CHRU de Tours - Direction de la communication

Véronique Landais-Purnu - 02 47 97 72 - 06 83 85 42 49 - [v.landais-purnu@chu-tours.fr](mailto:v.landais-purnu@chu-tours.fr)

## **Membres du groupe de travail 1 : savoir repérer les risques de chute et alerter.**

Mme BARBE, Siel Bleu - Responsable CVdL ; M. BELLATRECHE, Gériatre - Centre Hospitalier Vendôme ; M. BLAISE, EAM Isambert - Chef de Service Soins ; Mme BLOCH, Fédération ADMR 45 - Directrice Générale ; Mme BOSCARINO, EHPAD Les Roses D'argent – Ergothérapeute ; Mme BULLOT, Kinésithérapeute libérale - membre CPTS Sud Lochois ; Mme CHEVALLIER, EHPAD Résidence de la Mothe - Coordinatrice en APA ; Mme DANIEL, Cadre de Pôle - EHPAD Les Eaux Vives / EHPAD Le Prieuré ; Mme DAVEAU – Kinésithérapeute libérale ; Mme DUHAIL, Association Mieux Vivre – IDEC ; Mme DUPRET, Ergothérapeute - Centre Hospitalier Valençay ; Mme DUVAL, EHPAD La Favorite - Cadre de santé ; M. GIRARD, EHPAD Les Jardins d'Eléonore – Psychomotricien ; Mme GILLET, Cheffe de projets santé - URPS MKL CVdL ; Mme GUERIN, EHPAD "Château des Côtes" - Cadre de santé ; Mme HENDRIKS, EHPAD Les Jardins d'Eléonore – Ergothérapeute ; M. HUON, Président - CPTS Castel Réseau Santé ; Mme KIKASSA, Cadre de pôle - Centre Hospitalier de Dreux ; Mme KUBAS, VYV 3 CVdL - Directrice médicale ; Mme LELAIT, EHPAD Les MESANGES – IDEC ; Mme LEGRET, SSIAD de Châteaudun – Aide-soignante détachée à la coordination ; Mme LEONARD, EHPAD Intercommunal Semblançay la Membrolle - Directrice adjointe ; Mme MORISE, Ergothérapeute - EHPAD de la Mothe ; Mme NIVET, ASMAD - Cadre de santé ; M. ORGEBIN, EHPAD La Bonne Eure – EAPAS ; Mme PATIN-GRENTE, EHPAD de Saint Aignan - Cadre de santé ; Mme POUTEAU, Chef de projet - Conseil départemental Loir-et-Cher ; Mme QUATREHOMME, Foyer les Morines FDV FAM - Responsable de service ; Mme QUERAUD, Centre Hospitalier de Vierzon - Cadre supérieure de santé chargée de missions transversales ; Mme RAMOND, Coordinatrice - Association VICTORINE ; Mme RENE, EHPAD La Favorite – EAPA ; Mme RIBOT, Chargée de mission - Appui Santé 28 ; M. ROLLAND, Médecin coordonnateur – Centre Hospitalier Jacques Cœur ; Mme SALAMOR, EHPAD La Rosalie - Cadre de santé ; Mme SINGER, Ergothérapeute - Cabinet d'ergothérapie libéral ; Mme TARDY, EHPAD des Coinces à Salbris – EAPA ; Mme TERSEN, SSIAD de Châteaudun – Directrice ESMS ; Mme TOCCO, EHPAD Le Clos Saint Vincent – IDEC.

# ERVMA

Équipe Régionale Vieillissement  
& Maintien de l'Autonomie • Centre-Val de Loire



**CHRU DE TOURS**  
**Pôle Vieillissement**  
**HOPITAL ERMITAGE**  
**2 allée Gaston Pages**  
**37100 Tours**

**02.47.47.74.30**

**planchute@chu-tours.fr**

