



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Concept « Risques de chute : évaluation et conseil à domicile »

Version 28.02.2025



Concept « Risques de chute : évaluation et conseil à domicile »

Version 28.02.2025

Remarques préalables

Ce document décrit le concept de la Ligue suisse contre le rhumatisme pour un conseil de proximité et une évaluation multifactorielle des risques de chute. Il comprend une analyse complète et individuelle du risque de chutes, accompagnée de mesures adaptées dans le but de réduire le risque de chute. La prestation est effectuée dans le cadre d'une visite au domicile du/de la patient-e. Tous les traitements consécutifs potentiellement indiqués après l'évaluation ne font pas partie de la prestation décrite dans ce concept. Cette prestation est réalisée par des physiothérapeutes et ergothérapeutes qui ont suivi une formation spécifique auprès de la Ligue suisse contre le rhumatisme (dénommé-e-s ci-après « spécialistes »).

Le groupe cible et le contenu des prestations sont décrits ci-dessous.

Groupe cible

L'offre s'adresse aux personnes âgées de 65 ans et plus, présentant un risque de chute modéré à élevé d'après les manuels de procédure « Parachutes »¹. Le médecin traitant classe le risque de chute et prescrit la prestation. Etant donné que la prestation est réalisée au domicile, elle s'adresse aux personnes vivant chez eux de façon autonome.

Contenu de la prestation

Premier contact téléphonique

Le/la spécialiste prend contact par téléphone avec le/la patient-e. Il/elle explique le déroulement de la visite du domicile, présente les questionnaires à remplir préalablement « Questionnaire de santé » et « FES – I » et convient d'un rendez-vous pour la visite à domicile.

Visite à domicile

Le/la spécialiste effectue une visite à domicile standard qui comporte les éléments décrits ci-dessous.

1. **Risque de chute : évaluation (assessment)**

Relevé des facteurs de risque individuels lors de la discussion sur le questionnaire, anamnèse complémentaire, tests cliniques et évaluation du domicile structurée (conformément aux listes de contrôle). Les résultats de l'évaluation sont discutés avec le/la patient-e.

2. **Mesures sur place visant à réduire les facteurs de risque**

Sur la base des résultats de l'évaluation, le/la spécialiste met en place les mesures nécessaires sur place :

- exercices physiques : le/la spécialiste établit un programme individuel d'entraînement à la maison comprenant au moins 3 exercices pour le renforcement des muscles des jambes et de l'équilibre, et fournit les instructions correspondantes au/à la patient-e. Le/la patient-e est instruit-e sur la façon de se relever seul-e du sol ;
- instruction sur l'ergonomisation des activités quotidiennes et de schémas de mouvements ;
- adaptations du domicile pour la réduction d'obstacles et de risques de chute (p. ex. coller les bords de tapis, marquer les endroits présentant un risque de faux pas, retirer ou fixer les câbles électriques)

¹ BPA Parachutes : «Parachutes – Manuel Physiothérapie» et «Parachutes – Manuel Ergothérapie»



3. Conseil et recommandations complémentaires

A l'appui des résultats de l'évaluation, le-la spécialiste réalise un conseil et fait des recommandations en cas d'indication :

- conseil relatif aux mesures complémentaires pour une diminution des facteurs de risque (p. ex. adaptations supplémentaires de l'espace de vie, aides à la marche, groupes de gymnastique) ;
- recommandation de dépistages médicaux supplémentaires (p. ex. contrôle de la médication, contrôle de la vue et de l'audition, dépistage d'autres troubles de santé ayant des conséquences sur la sécurité à la marche) ;
- recommandations de séances de physiothérapie ou d'ergothérapie ou d'aide aux soins ;
- autres recommandations (p. ex. aide ménagère, systèmes d'appel d'urgence / montre d'appel d'urgence).

Les proches doivent être impliqué-e-s, dans la mesure du possible.

Rapport final et coordination interprofessionnelle

Le-la spécialiste établit un rapport final semi-standardisé comprenant les résultats de l'évaluation du risque de chute, les mesures mises en place et les conseils et recommandations de mesures supplémentaires. Le rapport est adressé au médecin prescripteur, au-la patient-e et si nécessaire aux autres professionnel-le-s impliqué-e-s. Le-la spécialiste veille à ce que les informations tirées de l'évaluation soient transmises à tou-te-s les professionnel-le-s impliqué-e-s, dans le respect du consentement du-de la patient-e.

Suivi après 4 semaines et après 4 mois

Quatre semaines et trois à quatre mois après la visite à domicile, le-la patient-e est contacté-e par téléphone afin de contrôler la mise en œuvre des mesures. L'échange téléphonique après quatre semaines est mené par le-la spécialiste en charge de la visite à domicile. Le contact téléphonique après trois à quatre mois peut être mené par un-e spécialiste qui n'a pas réalisé la visite à domicile. Si besoin, le médecin traitant est informé des problèmes de mise en œuvre des mesures.

Lieu et date :

Zurich, le 28.2.2025

Ligue suisse contre le rhumatisme :

Annette Stolz, directrice

Annexes

- Annexe 1 : Questionnaire « Fall Efficacy Scale – Instrumental », FES – I
- Annexe 2 : Questionnaires de santé
- Annexe 3 : Procès-verbal et mini-liste de contrôle relative à l'évaluation de domicile (BPA)
- Annexe 4 : Tests d'évaluation cliniques
- Annexe 5 : Modèle de rapport final



Annexe 1

Questionnaire « Fall Efficacy Scale – Instrumental », FES – I

(BPA Parachutes: 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 (par exemple si quelqu'un fait les courses à votre place), 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.

	Activités	Pas du tout inquiet 1	Un peu Inquiet 2	Assez Inquiet 3	Très Inquiet 4
1	Faire votre ménage (par ex : balayer, passer l'aspirateur, ou la poussière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Préparer des repas simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Prendre une douche ou un bain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aller faire des courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Monter ou descendre des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous promener dehors dans le quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Aller répondre au téléphone avant qu'il s'arrête de sonner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Marcher sur une surface glissante (par ex : mouillée ou verglacée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Rendre visite à un ami, ou à une connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Marcher dans un endroit où il y a beaucoup de monde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Marcher sur un sol inégal (route caillouteuse, un trottoir non entretenu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Descendre ou monter une pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre d'une association)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Annexe 2

« La sécurité au quotidien » : questionnaire de santé

1	Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Êtes-vous instable en marchant ou quand vous êtes debout ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Avez-vous peur de tomber ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2	Vivez-vous seul / -e ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous besoin d'aide dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4	Services d'aide ou de soins à domicile ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, qui?
5	Suivez-vous actuellement une physio- / ou ergothérapie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, chez:
6	Avez-vous besoin d'un déambulateur ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, lequel ?
		<input type="checkbox"/> Dehors	<input type="checkbox"/> Dans la maison
7	Voyez-vous bien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lunettes
8	Entendez-vous bien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Appareil auditif
9	Avez-vous parfois des difficultés pour retenir l'urine ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10	Mangez-vous régulièrement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11	Avez-vous des douleurs ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, où ?
12	Combien de médicaments prenez-vous par jour ?	<input type="checkbox"/> Antidouleurs	<input type="checkbox"/> Somnifères
		<input type="checkbox"/> Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/> Anticoagulants
		<input type="checkbox"/> Insuline	<input type="checkbox"/> Antidépresseurs
		<input type="checkbox"/> Autres :	
13	Autres maladies / opérations ?		
14	Combien de minutes de marche faites-vous, en moyenne, par jour ?	<input type="checkbox"/> < 30 min.	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 60 min.
		<input type="checkbox"/> > 60 min.	
15	Comment allez-vous aujourd'hui ? (Veuillez cocher la face appropriée)		
			
			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Annexe 3

Procès-verbal et mini-liste de contrôle relative à l'évaluation de domicile (BPA)

Évaluation du domicile

Situation générale

Coordonnées du ou de la senior; informations sur l'évaluation

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Téléphone:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Nom et fonction de la pers. chargée de l'évaluation:	<input type="text"/>
Autres personnes présentes (fonction):	<input type="text"/>	Date de l'évaluation:	<input type="text"/>
Document à l'intention de: <input type="text"/>			

Informations ou remarques d'ordre général sur la situation du ou de la senior

Domicile:

<input type="checkbox"/> Appartement; étage: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Maison individuelle
<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Autre: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> Propriétaire
La personne vit: <input type="checkbox"/> seule <input type="checkbox"/> avec: <input type="text"/>	

Situation sociale (p. ex. proches ou voisins vivant à proximité et pouvant apporter leur aide):

Situation financière:

La pers. bénéficie de:

☐ Allocation pour impotent ☐ Rente AI

☐ Prestations complémentaires ☐ Autre:

Mesures nécessaires:

Aide lors des activités de la vie quotidienne (AVQ):

<input type="checkbox"/> Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Aide à domicile	<input type="checkbox"/> Livraison de repas
<input type="checkbox"/> Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Proches	<input type="checkbox"/> Voisins
<input type="checkbox"/> Prestations de service	<input type="checkbox"/> Autre: <input type="text"/>	Mesures nécessaires: <input type="text"/>

Déplacements à l'intérieur du domicile:

Chaussures d'intérieur: <input type="text"/>	Mesures nécessaires: <input type="text"/>
Animaux domestiques: <input type="text"/>	Mesures nécessaires: <input type="text"/>
Chutes à domicile: quand? Où? <input type="text"/>	
Moyens auxiliaires disponibles et utilisés: <input type="text"/>	Mesures nécessaires: <input type="text"/>



Déplacements hors du domicile:

Chaussures pour l'extérieur: Mesures nécessaires:

Moyens auxiliaires disponibles et utilisés: Mesures nécessaires:

Distance pouvant être parcourue à pied: Mesures nécessaires:

Lunettes:

☐ Lunettes de lecture ☐ Lunettes à verres progressifs ☐ Autre:

Dernier contrôle: Portées régulièrement: ☐ Oui ☐ Non

Mesures nécessaires:

Appareil auditif:

☐ Disponible ☐ Dernier contrôle:

Porté régulièrement: ☐ Oui ☐ Non Mesures nécessaires:

Système d'appel d'urgence/de sécurité/d'assistance:

☐ Disponible; produit, fournisseur:

☐ Inexistant Nécessaire? ☐ Oui ☐ Non

Clés; accès au domicile:

☐ Accès garanti; double des clés chez: ☐ Accès non garanti

☐ Autre: ☐ Mesures nécessaires:

Remarques, recommandations, conclusion et étapes à venir:



Évaluation du domicile

Mini-liste de contrôle

La **mini-liste de contrôle** sert de base à une évaluation générale des dangers de chute au domicile de la personne âgée. Les points qu'elle comporte sont à examiner pour chaque pièce de la maison ou du logement utilisée par la personne âgée. **Il s'agit de cocher la pastille correspondante lorsque des mesures s'avèrent nécessaires.** Les pièces ou points non exa-

minés sont à noter sous «Remarques» sur la feuille «Situation générale».

Si une évaluation approfondie s'impose, on utilisera la **liste de contrôle élargie** en complément. Elle permet de noter des remarques détaillées et les mesures à prendre pour les différentes pièces.

Portes des pièces	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
La personne parvient-elle à ouvrir les portes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sont-elles assez larges pour que la personne, si elle utilise une aide à la marche, les franchisse en toute sécurité, sans être gênée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuils de porte	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
S'il y a un seuil, la personne peut-elle le franchir en toute sécurité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le seuil est-il équipé d'une rampe ou la personne peut-elle se tenir à une poignée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Éclairage	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Y a-t-il un interrupteur facile d'accès et d'utilisation que la personne peut actionner avant de pénétrer dans la pièce ou au moment de pénétrer dans celle-ci?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il un détecteur de mouvement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tous les espaces de vie disposent-ils d'un éclairage suffisamment lumineux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'éclairage peut-il être actionné depuis le lit ou l'endroit où la personne fait la sieste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lieux de passage	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Les lieux de passage sont-ils exempts d'obstacles et de sources de faux pas (p. ex. décoration ou vase posés sur le sol)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revêtements de sol	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Le sol est-il aisément praticable (plan, sans marches)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sol est-il aisément visible (marquage des différences de niveau, absence de motifs perturbants, surfaces non éblouissantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le sol est-il antidérapant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les tapis sont-ils pourvus d'une sous-couche antidérapante ou fixés d'une autre manière?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les bords et coins des tapis sont-ils fixés au sol à l'aide de ruban adhésif pour ne pas se dresser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La douche et/ou la baignoire sont-elles équipées de bandes antidérapantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Mobilier, moyens auxiliaires

	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Les meubles et les étagères sont-ils stables et fixés au mur pour qu'ils ne basculent pas lorsqu'au besoin, la personne s'appuie dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La hauteur des sièges permet-elle à la personne de s'asseoir et de se lever aisément?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dispositif de blocage des meubles à roulettes (p. ex. meuble TV) est-il enclenché pour qu'ils ne bougent pas lorsque la personne s'appuie dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'escabeau ou le marchepied utilisés pour accéder aux objets situés en hauteur sont-ils stables et antidérapants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des poignées sûres ont-elles été montées partout où cela s'avère nécessaire (p. ex. dans la douche, les toilettes, à côté de la baignoire)? (Attention: les porte-serviettes ne doivent pas servir de poignées; ils ne sont pas destinés à cet usage.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Appareils électroniques

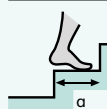
	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Les câbles électriques sont-ils attachés ensemble et menés le long des murs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il dans la pièce une prise électrique accessible aisément sans se baisser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le téléphone est-il bien placé et accessible aussi depuis le sol (notamment en étant assis ou à genoux)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les numéros d'urgence sont-ils enregistrés dans le téléphone?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fenêtres, stores

	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
Est-il possible d'accéder librement aux fenêtres pour les ouvrir et les fermer en toute sécurité et d'actionner les stores en toute sécurité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escaliers

	Entrée	Cuisine	Chambre à coucher	Séjour	Salle de bains	Couloir	Autres pièces
L'escalier est-il exempt d'obstacles (vieux papier, plantes, chaussures, balai, décorations, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les nez de marche sont-ils pourvus d'un marquage contrasté (de couleur claire sur des marches sombres ou de couleur sombre sur des marches claires) et antidérapant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les escaliers sont-ils dotés de mains courantes stables, ininterrompues et faciles à saisir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y a-t-il une main courante des deux côtés dans les escaliers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les tapis ou passages d'escalier ainsi que les tapis disposés en haut ou en bas des escaliers sont-ils bien fixés pour qu'ils ne se déplacent pas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



La profondeur des marches ou giron est-elle suffisante (y compris pour les escaliers en colimaçon)?

Giron $g \geq 26$ cm



Annexe 4

Tests d'évaluation cliniques

Tests cliniques

Five Times Sit-to-Stand Test

Objectif :	étudier les transitions de mouvements et la force fonctionnelle des jambes.
Matériel :	1 chaise (hauteur d'assise 40-50cm, indépendante), chronomètre
Instruction :	« Asseyez-vous sur la chaise et croisez les bras devant le torse. Levez-vous le plus rapidement possible 5 fois et asseyez-vous à nouveau ».
Exécution :	démarrer le chronométrage au signal « partez », arrêter la mesure dès que la personne est assise pour la 5e fois et que ses fesses touchent la chaise.
Interprétation :	valeur seuil permettant de distinguer les personnes susceptibles de tomber (risque accru) de celles qui ne le sont pas : Le test est suspect si la personne met ≥ 12 secondes.

Test Timed Up and Go (TUG)

Objectif :	test de mobilité, le test modifié reflète de manière complémentaire les capacités dual-task pendant la marche.
Matériel :	1 chaise avec accoudoirs (hauteur d'assise 40-50cm, indépendante), repère au point de virage (marque de couleur, objet), chronomètre
Instruction :	« On mesure le temps qu'il vous faut pour vous lever de la chaise, marcher 3 mètres à votre vitesse de marche normale et sûre, faire demi-tour au repère, revenir à la chaise et vous asseoir à nouveau ».
Exécution :	les aides auxiliaires sont autorisées, la pointe des pieds se trouve sur la ligne de départ, la personne peut utiliser ses mains pour se lever, la personne marche à sa vitesse de marche normale et sûre, le chronométrage démarre au signal « Allez ! », le chronométrage s'arrête dès que le postérieur touche la chaise.
Interprétation :	valeur de cut-off permettant de distinguer les personnes à risque de chute (risque accru) de celles qui ne le sont pas : $\geq 13,5$ secondes.

TUG, modifié avec tâche cognitive

Exécution :	comme décrit ci-dessus et en plus, compter à rebours pendant la marche à partir d'un nombre compris entre 100 et 30 par incréments de 3.
--------------------	--

TUG, modifié avec tâche motrice

Exécution :	comme décrit ci-dessus et en plus porter un gobelet d'eau
Interprétation :	valeur de cut-off : $\geq 15,0$ secondes ou plus de 10 % de différence par rapport au TUG normal sans tâche cognitive ou erreurs de calcul accrues indiquent un risque de chute plus élevé.



Se lever du sol

Exécution : se mettre au sol avec le patient, la patiente et se relever.

Interprétation : possible, pas possible, pas effectué

Évaluations

Five Times Sit-to-Stand Test ☐ ≤ 12 secondes possible ☐ pas possible

Timed Up and Go Test ☐ ≤ 13,5 secondes possible ☐ pas possible

a. cognitivement modifié ☐ ≤ 15,0 secondes possible ☐ pas possible

b. Modifié sur le plan moteur ☐ ≤ 15,0 secondes possible ☐ pas possible

Se lever du sol ☐ possible ☐ pas possible ☐ pas effectué



Annexe 5

Modèle de rapport final

Évaluation des risques de chute et conseil sur place

Rapport final

Nom du/de la patient-e :

Date de naissance :

Nom du/de la thérapeute :

Date de la visite :

Évaluation du risque de chut

Se référant à la personne :

Habitat et environnement :

Résumé des test clinique

Mesures mises en œuvre

Exercices physiques instruits :

Instructions pour l'ergonomie :

Adaptation du logement :

Recommandations

Recommandations pour d'autres mesures
(par ex. adaptations supplémentaires du logement,
aides à la marche, systèmes d'appel d'urgence,
groupes d'activité physique) :

Recommandations pour des examens et des
traitements médicaux supplémentaires :

Autre :



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

Ligue suisse contre le rhumatisme
Josefstrasse 92
8005 Zurich

Téléphone 044 487 40 00
info@rheumaliga.ch
www.ligues-rhumatisme.ch