

Référer un patient chuteur au kinésithérapeute : aspects pratiques

Referring a patient who has fallen to a physiotherapist: practical aspects

BERLEMONT C.

Kinésithérapeute et assistant chargé de cours FSM-HELB, Service de Gériatrie, H.U.B - Hôpital Erasme

RÉSUMÉ

Les chutes chez les personnes âgées constituent un enjeu majeur de santé publique. En Belgique, près d'une personne sur trois de plus de 65 ans chute au moins une fois par an. Ces événements, souvent sous-déclarés, entraînent des conséquences graves : fractures, perte d'autonomie, peur de chuter, voire décès. Le kinésithérapeute a un rôle central dans la prise en charge secondaire des chutes. Cet article précise les critères cliniques de référence, les outils d'évaluation utilisés, les modalités pratiques de prescription ainsi que les protocoles de rééducation validés. Il met en évidence l'importance d'une approche pluridisciplinaire, individualisée et adaptée aux fragilités du sujet âgé, tout en soulignant les enjeux organisationnels et les perspectives de développement.

Rev Med Brux 2025 ; 46: 303-310

Mots-clés : chute, personne âgée, kinésithérapie, prévention secondaire

ABSTRACT

Falls among older adults are a major public health concern. In Belgium, nearly one in three people over 65 falls at least once a year. These events are often underreported and can have severe consequences such as fractures, loss of autonomy, fear of falling, and even death. Physiotherapists play a key role in secondary fall prevention. This article outlines the clinical referral criteria, assessment tools, practical aspects of referral, and evidence-based rehabilitation protocols. It highlights the importance of a multidisciplinary, individualized approach tailored to geriatric vulnerability, while discussing organizational challenges and future directions

Rev Med Brux 2025 ; 46: 303-310

Keywords : fall, older adult, physiotherapy, secondary prevention



**Vous étiez inscrit au congrès ?
SCANNEZ ce QR-Code pour accéder
aux diapositives des présentations**

Si vous n'avez pas pu assister au congrès, retrouvez ces séances en e-learning (avec accréditation INAMI)

Plus d'infos sur notre site internet : <https://www.amub-ulb.be/evenement/59e-congres-de-l-amub>

INTRODUCTION

La chute est un problème majeur de santé publique, en particulier chez les personnes âgées (PA). Bien référencée, ces chutes sont souvent dues à une combinaison de facteurs liés au vieillissement qui augmentent le risque de perte de stabilité : perte de masse musculaire ou sarcopénie réduisant la force et l'équilibre, vertiges liés au vieillissement du système vestibulaire, diminution de la vision et de la perception sensorielle, hypotension orthostatique provoquant des vertiges au lever ou encore effets secondaires de médicaments affectant l'attention ou la pression artérielle.

En Belgique, près de 33 % des personnes âgées chutent chaque année. Ce chiffre monte à 55 % après 90 ans. Toutefois, les données sont probablement sous-estimées, seulement 20 % des chutes étant rapportées aux professionnels de santé. Plusieurs raisons expliquent ce sous-diagnostic : des définitions floues du terme « chute » et une compréhension non uniforme entraîne un sous-référencement¹. Les troubles cognitifs, les syncopes ou l'état d'amnésie post-événement et l'absence de témoin causent également des manques dans les auto-déclarations². La stigmatisation et la honte des patients ressortent comme pouvant minimiser ou ne pas vouloir avouer une chute par crainte de paraître faible. Dans l'étude de Hoffman², la sensibilité de l'auto-déclaration était de 28 %, la spécificité de 92 % ; autrement dit, 72 % des blessures liées aux chutes n'étaient pas rapportées. Globalement, le sous-report est massif, surtout chez les personnes les plus « saines », les hommes et les minorités. Enfin, il existe un biais méthodologique³ : les enquêtes annuelles - ou tous les deux ans - donnent lieu à des problèmes de mémoire ; jusqu'à 40-60 % des personnes âgées oublient la chute, surtout sans témoin ou en cas de pertes de mémoire immédiate (syncope).

Les conséquences sont graves : fractures, hospitalisations, institutionnalisation, perte d'autonomie, peur de chuter, voire décès⁴. Environ 10 % des chutes entraînent des blessures sérieuses et la prise en charge représente 1 % des dépenses de santé dans les pays industrialisés.

La référence au kinésithérapeute constitue un maillon essentiel de la prévention secondaire et de la récupération fonctionnelle. Cet article vise à préciser les modalités pratiques de la référence du patient chuteur au kinésithérapeute en s'appuyant sur les dernières données scientifiques et recommandations professionnelles.

METHODES

Une revue de la littérature a été menée entre janvier 2015 et mars 2025 sur PubMed, ScienceDirect et Scopus. Les critères d'inclusion étaient : articles en français ou anglais, population > 65 ans et études abordant la prévention, le traitement ou le suivi des chutes. Vingt et un articles ont été retenus. Les sources

belges (SPF Santé publique, KCE, Statbel) ont été intégrées.

RESULTATS

Épidémiologie

Chaque année, 450.000 chutes sont enregistrées chez les plus de 65 ans en Belgique⁵, provoquant 80.000 hospitalisations. Le coût dépasse 1 milliard d'euros⁶. La prévalence atteint 30 % chez les 65-74 ans, 40 % après 75 ans et 50 % après 85 ans. Le taux de récurrence varie de 60 à 70 %.

Conséquences et causes

Les conséquences incluent des fractures (5 %), des pertes d'autonomie durable (20 %)⁷, un isolement, une peur de rechuter (1/5 à 1/3 des chuteurs). Les causes sont multifactorielles : la sarcopénie (42 % à 54 %), l'hypotension orthostatique (20 %), les troubles sensoriels ou vestibulaires (30 % au-delà de 60 ans et 50 % chez la PA de plus de 85 ans)⁸.

Au-delà de ces origines multifactorielles, il faut ajouter les origines extrinsèques environnementales et contextuelles comme les sols glissants, les tapis non fixés ou pliés, les fils électriques trainants, le mobilier instable ou mal disposé constituant des obstacles dans les lieux de passage, le mauvais éclairage notamment la nuit, les escaliers sans rampe ou mal éclairés... mais également les équipements inadaptés comme des chaussures inappropriées à talons, semelles lisses ou plus adaptées à la taille du pied, ou les aides à la marche mal utilisées ou non adaptées (cannes, déambulateurs), sans oublier l'aménagement urbain extérieur inadéquat comme les trottoirs irréguliers, l'absence de rampes ou de bancs publics ou des feux de circulation trop courts pour traverser etc.

Une prise en charge pluridisciplinaire et une prise en charge kinésithérapeutique spécifique seront nécessaires pour répondre et s'adapter à chacune de ces situations complexes.

Raisons de référer au kinésithérapeute

Certains patients âgés deviennent vulnérables en raison de la combinaison du vieillissement, de maladies chroniques et de facteurs aigus⁹. Suivant cette logique, le vieillissement reste compensé tant qu'il persiste des réserves fonctionnelles. La chute révèle souvent alors une décompensation qui est d'origine multiple : perte de poids, sarcopénie, fatigue, inactivité, ostéopénie, maladies aiguës, etc. Certaines chutes peuvent également générer des conséquences psychologiques importantes avec l'apparition d'un syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) nécessitant un suivi psychologique voire psychocorporel.

Le kinésithérapeute spécialiste en gériatrie est dorénavant capable d'évaluer et de traiter les facteurs de

risque intrinsèques spécifiques (faiblesse musculaire, troubles de l'équilibre, troubles de la marche) et extrinsèques (adaptation du domicile, au contexte et à l'environnement) et d'apporter une approche ciblée (kinésithérapie vestibulaire, psychocorporelle, ré-athlétisation, travaux en double tâche...)⁹. Dans le cas particulier de SDPM, le kinésithérapeute peut également prendre en charge les signes psycho-comportementaux. Une revue systématique publiée en 2020¹⁰ a révélé que les interventions par l'exercice réduisent le taux de chutes de 23 % chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Les programmes axés principalement sur l'équilibre et les tâches fonctionnelles ont montré une réduction de 24 % du taux de chutes. De plus, les interventions dirigées par des professionnels de santé, tels que les kinésithérapeutes, ont entraîné une réduction plus significative du taux de chutes (31 %) par rapport à celles dirigées par des non-professionnels de santé (18 %). Ces résultats suggèrent que les programmes d'exercices individualisés, en particulier ceux dirigés par des kinésithérapeutes, peuvent réduire le risque de chutes de manière significative.

Indications principales

D'après la synthèse des recommandations mondiales pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les PA¹¹, le patient devrait être référé au kinésithérapeute s'il répond aux 3 questions principales suivantes :

- « Êtes-vous tombé(e) au cours des douze derniers mois ? » : on recherchera une chute récente ou une notion de **chute dans les 6 mois** précédents avec ou sans blessure. On recherchera également une incapacité de se relever du sol ou une perte de poids récentes qui révéleront un état de fragilité associé à un haut risque de chute¹². Il est nécessaire de creuser l'historique du patient dont le motif d'admission ou de consultation peut être différent de la chute.
- « Vous sentez-vous instable en vous mettant debout ou en marchant ? » : on recherchera tous les **troubles de la marche ou de l'équilibre** avec notamment une vitesse de marche ralentie inférieure à 0,6 à 0,8 m.s⁻¹. Le test de marche en double tâche de décompte tout en marchant est souvent impossible pour le patient à risque.
- « Avez-vous peur de tomber ? » : la peur de chuter limitant les activités doit être recherchée de même qu'un **examen de la posture statique** montrant un déjettement postérieur dit de véliplanchiste suggérera le SDPM^{*13}.

Une attention particulière sera également portée aux patients fragiles à risques de chutes majorés : les patients en situation de diminution de la mobilité fonctionnelle, présentant des troubles cognitifs débutants impactant la stabilité¹⁵ ainsi que les patients suivant un traitement pour un cancer (situations oncogériatriques). Un certain nombre de questions du programme américain **Steady: Stay indépendant** peuvent orienter vers une nécessité de préventions¹⁶ telles que :

- Le besoin de s'appuyer sur les accoudoirs pour se lever d'une chaise ;
- Les difficultés à monter sur les trottoirs ;
- Le besoin de se dépêcher pour aller aux toilettes ;
- La prise de médicaments hypnotiques et antidépresseurs ;
- La tristesse ;
- Les troubles de sensibilité des pieds.

Le médecin doit être conscient de ne pas tomber sur des stéréotypes : le risque de chute dépend principalement de prises de risques et des décompensations. A titre d'exemple, Buchele a montré que le « profil » du patient à risques de chutes graves (tableau 1) après recensement aux admissions aux urgences suite à une chute n'était pas forcément le patient stéréotypé âgé « grabataire » mais au contraire souvent un patient encore autonome

TABLEAU 1

Facteurs de risques de chutes graves ayant entraîné une admission aux urgences selon Buchele¹⁷.

Profil retrouvé du patient âgé chuteur :

Être une femme
+ de 90 ans
Être autonome
Marchait ou se transférait lors de la chute et particulièrement à l'extérieur
Moment de chute situé entre 6 h et 10 h
Port de chaussures ouvertes

Ainsi, l'évaluation du risque ne repose pas uniquement sur l'examen clinique mais doit s'appuyer également sur la connaissance des facteurs de risques spécifiques tels que les traitements, les pathologies ou le niveau de démence. Ceci implique que la seule approche adéquate est l'approche pluridisciplinaire et spécialisée.

(*) **Trucs et astuces** : La présence de traumatisme de la face ou **traumatisme maxillo-facial au niveau du visage suite à un choc** doit nous évoquer l'absence de réaction « parachute » qui est la réaction physiologique et automatique qui se produit lorsqu'un individu sent une chute imminente et qui se caractérise par une réaction réflexe des bras et des jambes vers l'avant ou l'arrière pour se protéger. Cette absence évoque la présence potentielle d'un SDPM dans lequel le réflexe est aboli¹⁴.

Contenu minimal conseillé pour la prescription auprès du kinésithérapeute.

Le contexte de la chute : nombre, circonstances, moment de la journée, avec ou sans prodrome...
Les éventuels résultats d'évaluations préalables : (Timed Up and Go, Berg Balance Scale) (ces différents tests ne permettent pas de déterminer l'étiologie précise des troubles de l'équilibre et par conséquent n'orientent pas le rééducateur dans son bilan diagnostique kinésithérapique et sa prise en charge ¹⁸ .
Les comorbidités : ostéoporose, Parkinson, diabète, démence etc.
Les objectifs de la rééducation : amélioration de l'équilibre, de la marche, réassurance, autonomie...

Modalités pratiques de la référence

La référence peut se faire via :

- Une prescription médicale classique (modèle 1A) de 9 ou 18 séances en pathologie courante si le risque de chute est léger ;
- Une prescription spécialisée « kinésithérapie gériatrique » destinée au patient de plus de 65 ans présentant des troubles de la marche et de l'équilibre avérés selon les tests fonctionnels. Le patient bénéficie de 60 séances en pathologie chronique (liste FB) pour réadaptation à la marche et à l'équilibre. La demande d'accord de pathologie est à charge du kinésithérapeute et dépend des scores de risques au *Timed Up and Go* (TUG) (> 20 s) et d'un *Timed chairstand* > 14 s et/ou et d'un Tinetti < 20/28 ;
- L'intégration dans des programmes de prévention des chutes coordonnés (ex : projets pilotes INAMI).

Quelle que soit la méthode de référence utilisée, il est recommandé que le contenu de la prescription auprès du kinésithérapeute (tableau 2) comporte les informations circonstanciées de la chute, les facteurs à risques bio-psycho-sociaux du patient ainsi que les objectifs de la prise en charge.

Outils d'évaluation utilisés par le kinésithérapeute

Actuellement 3 tests de références (tableau 3) sont repris dans les critères INAMI pour la reconnaissance en pathologie chronique et la prise en charge du risque de chute du patient de plus de 65 ans.

D'autres tests peuvent être utilisés pour authentifier des troubles de l'équilibre à la marche ou de l'équilibre statique :

- Le temps tenu en appui unipodal ou en position « pieds tandem » ;
- L'échelle d'évaluation de l'équilibre de Berg (*Berg Balance Scale* – BBS), qui inclut le temps d'appui unipodal et le tour de chaise. Score < 45 = risque accru ;
- Le test de portée fonctionnelle (*Functional Reach Test*)¹⁸ ;
- Le test de force via le dynamomètre manuel de Jamar ;
- La marche en double tâche (*Dual Task test*);

Néanmoins, quel que soit le lieu de résidence des personnes âgées, l'évaluation du risque de chute a toujours un niveau de preuve modeste : selon les dernières recommandations françaises¹⁹ et américaines²⁰, tous les tests « classiques » semblent apporter trop de faux-négatifs ou de faux positifs pour détecter de futurs chuteurs. La seule évaluation efficace suggérée, bien qu'usuellement peu encore utilisée en pratique, est le diagnostic des sphères biopsychosociales via des évaluations intégrées :

- Le **test des systèmes d'évaluation de l'équilibre** (*Mini Balance Evaluation Systems Test* – Le Mini-BESTest).
- Le **test de performance d'évaluation du profil physiologique** (*Physiological Profile Assessment Performance test*);
- La **batterie courte de performances physiques** (*Short Physical Performance Battery* – SPPB).

Pour les patients physiquement moins autonomes, des outils qui évaluent des tâches plus basiques tels que l'indice de mobilité de Morton (*de Morton Mobility Index* – DEMMI) peuvent être utilisés²¹.

Outils d'évaluations utilisés par le kinésithérapeute.

Le Timed Up and Go Test (TUG) : test d'évaluation de la marche qui consiste à se lever d'une chaise, de faire le tour d'une cible à 3 mètres et de revenir s'asseoir : > 13,5 secondes = risque de chute élevée ; > 20 s risque de chute très élevée et accès à la liste FB .
Le test de Tinetti : test d'évaluation de la mobilité axée sur la performance (<i>Performance Oriented Mobility Assessment</i> – POMA) pour la partie équilibre et marche : un score < 25/28 indique un risque de chute et < 20/28 un risque de chute majoré 5 x et donne accès à la liste FB .
Le test du lever de chaise (<i>Chair Stand Test</i>) : évalue la puissance musculaire et consiste à se lever le plus rapidement 5 x d'une chaise sans l'aide des mains ; un score > 14 secondes peut être le révélateur d'une sarcopénie et donne accès à la liste FB .

Protocoles de rééducation efficaces

Selon les lignes directrices européennes²², la réadaptation du patient chuteur ou à risque doit comporter (tableau 4) :

TABLEAU 4

Lignes directrices européennes (NICE, 2013- 2025) pour la réadaptation du patient chuteur ou à risque.

Des exercices de renforcement musculaire ciblés
Un entraînement dynamique de l'équilibre
Des exercices fonctionnels simulant les activités de la vie quotidienne
Un programme validé de type « Otago » pour les personnes âgées à domicile ²³
La durée recommandée sera d'au moins 12 semaines
La fréquence sera de 2 à 3 séances par semaine

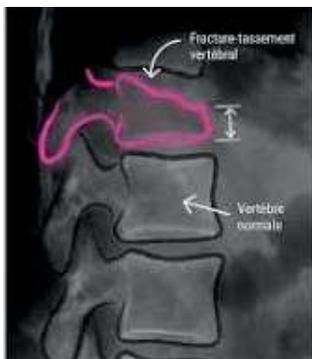
Les exercices doivent être suffisamment sollicitant pour améliorer les fonctions neurologiques, musculaires et squelettiques, mais doivent aussi être pratiqués en toute sécurité pour prévenir les blessures. Le fait que le programme soit discuté avec le patient va améliorer son adhésion. Les exercices doivent évoluer de manière à tenir compte des progrès du patient.

Cette rééducation sera complétée par une éducation pour la prévention des chutes ; d'une recherche d'ostéoporose** selon les recommandations en vigueur afin de réduire le nombre des fractures et d'une réévaluation du risque de chute à un an.

DISCUSSION

Intérêt d'une prise en charge rapide

La gestion des chutes chez la personne âgée constitue un enjeu multidimensionnel, impliquant des facteurs biomédicaux, psychosociaux et environnementaux. Une prise en charge précoce, idéalement dans les 30 jours suivant l'événement initial, est associée à une réduction de 20 % du risque de rechute²⁵.



(**) Trucs et Astuces : Si le patient présente une fracture de la hanche ou de la colonne vertébrale, ou que le patient prend récemment des glucocorticoïdes, il doit être reconnu à risque élevé d'ostéoporose et traité²⁴. En effet, les patients sous glucocorticoïdes ont un risque de fracture multiplié par 2 à 3 même à des doses relativement faibles, et le fait d'avoir déjà un antécédent de fracture est un signe de fragilité osseuse généralisée qui multiplie également par 2 à 3 x le risque de présenter une fracture ultérieure.

Ce délai critique permet de prévenir l'ancrage de comportements de restriction d'activité, souvent liés à une peur de tomber à nouveau, présente dans environ 30 % des cas, ainsi que l'inactivité physique et l'isolement social des personnes âgées après une chute¹⁵.

Importance d'une approche multidisciplinaire

L'approche pluridisciplinaire représente le socle de l'efficacité dans la prévention secondaire. La collaboration étroite entre le médecin traitant, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute et l'infirmier favorise l'identification fine des facteurs de risque, leur hiérarchisation et la mise en place de plans de soin individualisés. En Belgique, les projets pilotes tels que PaRIS et les *Integrated Care Projects* ont montré une réduction de 15 % des hospitalisations pour chute et une diminution de 25 % du nombre de jours d'hospitalisation moyen par an chez les patients pris en charge (SPF Santé publique, 2023)⁴.

Enjeux organisationnels et financiers

Sur le plan organisationnel, l'accès à la kinésithérapie est encore limité soit par méconnaissance des contraintes administratives ou par le dépistage insuffisant des patients à risque. À titre d'exemple, moins de 50 % des patients âgés en Belgique bénéficient d'un accès facilité via le statut de pathologie chronique et seuls 45 % des patients de plus de 75 ans reçoivent une évaluation formalisée du risque de chute (KCE, 2020). Cela souligne la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé, en particulier sur l'utilisation d'outils validés comme le SPPB ou le Mini-BESTest, ainsi que sur la rédaction de prescriptions ciblées⁶.

Un autre frein identifié est la difficulté que peuvent avoir les patients âgés pour se rendre chez le kinésithérapeute. La montée en âge implique souvent une multiplicité de pathologies chroniques, nécessitant plus de déplacements fréquents vers des soins, dont le kinésithérapeute. Ceux-ci augmentent l'exposition aux difficultés de transport. Dans une revue de 34 articles²⁶, les personnes âgées déclaraient un manque de confiance et une insatisfaction vis-à-vis des transports publics : absence de rampes, attentes prolongées, manque d'informations aux arrêts, attitudes négatives

des chauffeurs. En Angleterre, un tiers des plus de 65 ans n'utilisent jamais le bus, et encore un tiers de façon très épisodique malgré la gratuité ; le manque de transports adaptés freine l'accès aux soins. Aux États-Unis, plus de 20 % des seniors ne conduisent plus et ceux-ci effectuent 15 % de rendez-vous médicaux en moins, 59 % de déplacements moins fréquents vers les commerces et 65 % à destinations sociales. Une autre étude identifie également le statut socio-économique et les conditions météorologiques comme des obstacles majeurs à la mobilité des personnes âgées²⁷.

Néanmoins, les bus subventionnés, bons de taxi, transports gratuits combinés à d'autres services adaptés ont montré une amélioration dans l'accès aux soins et aux résultats médicaux chez les personnes âgées et à faibles revenus. Les services de *ride-share* adaptés (avec assistance montée/descente) soutiennent l'indépendance des seniors, même si la sécurité et le coût restent des freins. Des initiatives en France comme le taxi conventionné (lecteur Vitale embarqué) permettent la prise en charge directe des frais par la Sécurité sociale.

Perspectives

La perspective d'intégrer systématiquement la prévention des chutes dès 70 ans dans les bilans de santé périodiques et la formation spécifique des kinésithérapeutes à la gériatrie (exemple : Diplôme universitaire Kinésithérapie du vieillissement) pourrait permettre une identification précoce des personnes à risque. Par ailleurs, l'évolution vers des outils numériques et la télé-rééducation offrent une opportunité majeure d'étendre l'accès à des programmes personnalisés ; ces solutions numériques peuvent répondre en partie aux difficultés rencontrées par les personnes âgées nécessitant des déplacements fréquents au-delà de l'existence de systèmes adaptés de transports.

Une revue systématique avec méta-analyse²⁵ a examiné l'efficacité des programmes d'exercices à domicile utilisant des dispositifs électroniques (*e-devices*) pour réduire le taux de chutes chez les adultes âgés vivant à domicile. Les résultats ont montré une amélioration comparable à celle obtenue en présentiel, avec une réduction de 31 % des chutes sur 6 mois, une amélioration significative de la fonction physique, notamment l'équilibre, la force musculaire et la mobilité. Ces approches devront toutefois être validées scientifiquement et intégrées de manière cohérente dans les parcours de soins existants.

CONCLUSION

La chute d'une personne âgée n'est jamais anodine et constitue bien souvent le point de bascule révélateur d'une fragilité fonctionnelle latente. L'identification et la référence rapide vers un kinésithérapeute formé à la gériatrie s'inscrivent comme des leviers déterminants pour prévenir les récurrences, restaurer les capacités fonctionnelles et préserver la qualité de vie du patient.

Cette démarche s'appuie sur une évaluation systématique, clinique et fonctionnelle, visant à repérer les facteurs de risque spécifiques, qu'ils soient intrinsèques (sarcopénie, troubles de l'équilibre, pathologies chroniques) ou extrinsèques (environnement, médications inappropriées). Le kinésithérapeute intervient alors dans une dynamique de soins personnalisés, intégrant des outils d'évaluation validés (TUG, SPPB, Mini-BESTest...), des programmes de rééducation fondés sur les preuves (Otago, entraînement en double tâche...) et des approches pluridisciplinaires.

L'intégration de la prévention des chutes dans les soins de première ligne, la collaboration interprofessionnelle et la coordination avec des structures de soins intégrés sont essentielles pour assurer une continuité thérapeutique. Les enjeux organisationnels (accès au remboursement, formation des professionnels) doivent être abordés de façon proactive pour garantir l'équité et l'efficacité de la prise en charge.

Les perspectives pourront inclure l'introduction systématique de bilans d'évaluation du risque dès l'âge de 70 ans, l'essor de la télé-rééducation et le développement de parcours coordonnés « chutes » dans le cadre des projets de santé publique. Ces avancées permettront non seulement d'optimiser la réhabilitation, mais également de renforcer le rôle du kinésithérapeute comme acteur pivot de la santé gériatrique.

Conflits d'intérêt : néant.



- Toute chute chez une personne âgée doit déclencher une évaluation fonctionnelle ;
- Le kinésithérapeute évalue et traite les facteurs de risque multiples liés aux chutes ;
- Une prise en charge précoce, dans les 30 jours, diminue significativement le risque de récurrence ;
- Les programmes validés améliorent la stabilité et l'autonomie ;
- La collaboration pluridisciplinaire optimise la prévention des chutes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Martins AC, Santos C, Silva C, Baltazar D, Moreira J, Tavares N. Does modified Otago Exercise Program improve balance in older people? A systematic review. *Prev Med Rep.* 2018;11:231-239. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.06.015.
2. Hoffman GJ, Ha J, Alexander NB, Langa KM, Tinetti M, Min LC. Underreporting of Fall Injuries of Older Adults: Implications for Wellness Visit Fall Risk Screening. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(6):1195-200. doi: 10.1111/jgs.15360. Epub 2018 Apr 17. PMID: 29665016; PMCID: PMC6105546.
3. Pernes M, Agostinho I, Bernardes RA, Belo Fernandes J, Baixinho CL. Documenting fall episodes: a scoping review. *Front Public Health.* 2023;11:1067243. doi: 10.3389/fpubh.2023.1067243.
4. SPF Santé publique. (Consulté le 11 mars 2025). Chutes des personnes âgées en Belgique : rapport annuel. 2023. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/202321-rapport-annuel>.
5. Statbel. (Consulté le 11 mars 2025). Données démographiques sur les accidents domestiques. 2022. <https://statbel.fgov.be/>.
6. KCE. (Consulté le 11 mars 2025). Prévention des chutes chez les personnes âgées. 2020. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021_11/KCE_346B_Evaluation_Troisieme_Phase_Protocole_3_Synthese.pdf
7. Filiatrault J, Parisien M, Desrosiers J, Lorthios-Guillement A, Gauvin L, Richard L. Vivre en Équilibre (Living in Balance) – A new group program targeting fear of falling and its consequences on older adults' social participation, health and quality of life. *OT Now.* 2017;19(4):30.
8. Lord SR, Sherrington C, Naganathan V. Falls in older people: Risk factors and strategies for prevention. *Falls in Older People 3rd Edition* Cambridge University Press & Assessment. 2021;978-1-108-70608-7.
9. Bouchon JP. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie ? *Rev Prat.* 1984;34:888-92.
10. Wong RMY, Chong KC, Law SW, Ho WT, Li J, Chui CS et al. The effectiveness of exercises on fall and fracture prevention amongst community elders: A systematic review and meta-analysis. *J Orthop Translat.* 2020;24:58-65. doi: 10.1016/j.jot. 2020; 05.007. PMID: 32695605; PMCID: PMC7349939.
11. Blain H, Annweiler C, Berrut G, Becker C, Bernard PL, Bousquet J et al. Synthèse en langue française des recommandations mondiales 2022 pour la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées [Synthesis in French of the 2022 global recommendations for the management and prevention of falls in the elderly]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2023 Jun 1;21(2):149-160. French. doi: 10.1684/pnv.2023.1108.
12. Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. Frailty and aging: From science to clinical practice. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(4):1012-20. <https://doi.org/10.1111/jgs.17789>.
13. Merendino A, Mourey F, Renoncourt T, Da Silva S, Dipanda M, Larosa F et al. Psychomotor disadaptation syndrome: a scoping review. *Eur Geriatr Med.* 2025;16(3):807-26. doi: 10.1007/s41999-025-01176-1.
14. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice [Psychomotor disadaptation syndrome]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2014;12(1):94-100. French. doi: 10.1684/pnv.2014.0450.
15. Ellmers TJ, Freiburger E, Hauer K, Hogen DB, McGarrigle L, Delbaere K et al. Why should clinical practitioners ask about their patients' concerns about falling? *Age and Ageing.* 2023;52(4), afado57. <https://doi.org/10.1093/ageing/afado57>.
16. Thompson H, Phelan E, McGough E, Patel K. Adapting steady toolkit for long-term care: a delphi study. *Innovation in Aging, Volume 8, Issue Supplement_1, December 2024, Page1044.* <https://doi.org/10.1093/geroni/igaeo98.3360>. Consulté le 11 mars 2025.
17. Büchele G, Becker C, Cameron ID, Köning HH, Robinovitch S, Rapp K et al. Predictors of serious consequences of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of Bavarian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15:559-63.
18. Brika M. L'évaluation systémique au service du diagnostic physiothérapique en gériatrie. *Congrès / CIFEPK.* 2017 ; Abstract 23-G3.b
19. Haute Autorité de Santé (HAS). (Consulté le 11 mars 2025.) Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. HAS; 2012, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525704/fr/referentiel-concernant-l-evaluation-durisque-de-chutes-chez-le-sujet-age-autonome-et-sa-prevention.
20. Avin KG, Hanke TA, Kirk-Sanchez N, McDonough CM, Shubert TE, Hardage J et al. Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. Management of falls in community-dwelling older adults: clinical guidance statement from the Academy of Geriatric Physical Therapy of the American Physical Therapy Association. *Phys Ther.* 2015; 95:815-34.
21. Morton NA, Davidson M, Keating JL. The de Morton Mobility Index (DEMMI): an essential health index for an ageing world. *Health Qual Life Outcomes.* 2008;6:63.

22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). (Consulté le 13 Janvier 2025). *Falls in older people: assessing risk and prevention. 2013; NICE Clinical Guideline CG161. Publié le 12 juin 2013. Disponible à l'adresse : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>. Cette directive a été remplacée au moment de l'écriture de cet article en avril 2025 par la NICE guideline NG249, qui étend les recommandations aux personnes âgées de 50 à 64 ans présentant un risque accru de chutes.
23. Martins AC, Santos C, Silva C, Baltazar D, Moreira J, Tavares N. Does modified Otago Exercise Program improves balance in older people? A systematic review. *Prev Med Rep.* 2018;11:231-9. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.06.015.
24. Papaioannou A, Santesso N, Morin SN, Feldman S, Adachi JD, Crilly R. et al. Recommendations for preventing fracture in longterm care. *CMAJ.* 2015;187:1135-44.
25. Martins AC, Santos C, Silva C, Baltazar D, Moreira J, Tavares N. Effectiveness of home-based exercise programs with e-devices on falls among community-dwelling older adults: a meta-analysis. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2021;9(1):1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100694>.
26. Che Had NH, Alavi K, Md Akhir N, Muhammad Nur IR, Shuhaimi MSZ, Foong HF. A Scoping Review of the Factor Associated with Older Adults' Mobility Barriers. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(5):4243. doi: 10.3390/ijerph20054243. PMID: 36901256; PMCID: PMC10001925.
27. Starbird LE, DiMaina C, Sun CA, Han HR. A Systematic Review of Interventions to Minimize Transportation Barriers Among People with Chronic Diseases. *J Community Health.* 2019;44(2):400-11. doi: 10.1007/s10900-018-0572-3.

Travail reçu le 30 avril 2025 ; accepté dans sa version définitive le 15 juin 2025.

AUTEUR CORRESPONDANT :

C. BERLEMONT
H.U.B - Hôpital Erasme
Service de Gériatrie
Route de Lennik, 808 - 1070 Bruxelles
E-mail : christophe.berlemont@hubruxelles.be