ISTR Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Bilan et rééducation en gérontologie

Lucie ROLOT, MK DE

Plan du cours

- Rappels
- Introduction
- Vieillissement cognitif
- Dépression
- Dénutrition
- Chute et syndrome post-chute
- Bilan type en gérontologie
- Rééducation en gérontologie
- Activité physique en gérontologie

M. A, 87 ans, arrive à votre cabinet :
Informations médicales :

- Arthrose
- PTH x2
- bonne orientation spatiale et mauvaise orientation temporelle
- score de 20/30 au MMSE
- chutes à répétition en intérieur et en extérieur
- inversion du cycle nycthéméral
- score de 9/30 GDS
- très angoissé à l'idée de marcher
- faiblesse des MI et des MS

Quel sont les exercices de rééducation les plus adaptés à ce patient ?

Les différents troubles cognitifs

Le vieillissement cognitif

- Normal
- A risque
- Pathologique

Le vieillissement normal

- Vitesse de TTT de l'information
- Capacités attentionnelles
- Mémoire de travail
- Rappel des informations
- **Plainte mnésique non objectivée par des tests cognitifs**

Symptôme cognitif ou non cognitif ?

- Perte de mémoire
- Perte d'autonomie
- Dépression
- Trouble du comportement
- Difficultés attentionnelles
- Inversion du cycle nycthéméral
- Difficultés de langage
- Chutes à répétition
- Difficultés à organiser des tâches
- Dénutrition
- Erreurs d'observance médicamenteuse
- Signes extra-pyramidaux
- Confusion
- Désorientation transitoire
- Épisodes confusionnels

Humeur : dépression

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF CARACTERISÉ

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

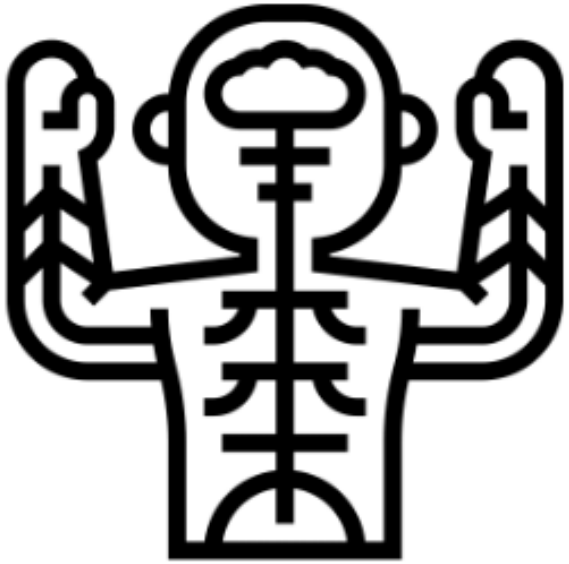
La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS. Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche : le DSM-5.

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Symptômes d'un épisode dépressif caractérisé	
Au moins 2 symptômes principaux : ■ humeur dépressive ; ■ perte d'intérêt, abattement ; ■ perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité.	**Au moins 2 des autres symptômes :** ■ concentration et attention réduite ; ■ diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; ■ sentiment de culpabilité et d'inutilité ; ■ perspectives négatives et pessimistes pour le futur ; ■ idées et comportement suicidaires ; ■ troubles du sommeil ; ■ perte d'appétit.

Les différentes formes cliniques



La dénutrition

https://www.gh-artoisternois.fr/

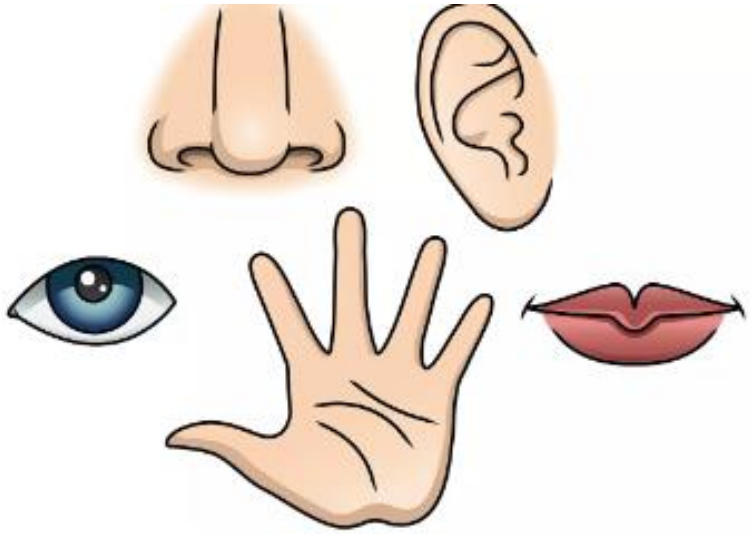
La nutrition

- Besoin nutritionnel
- Dépense énergétique de repos
- Activité physique
- Thermogénèse alimentaire
- Dépense énergétique totale

Prévalence

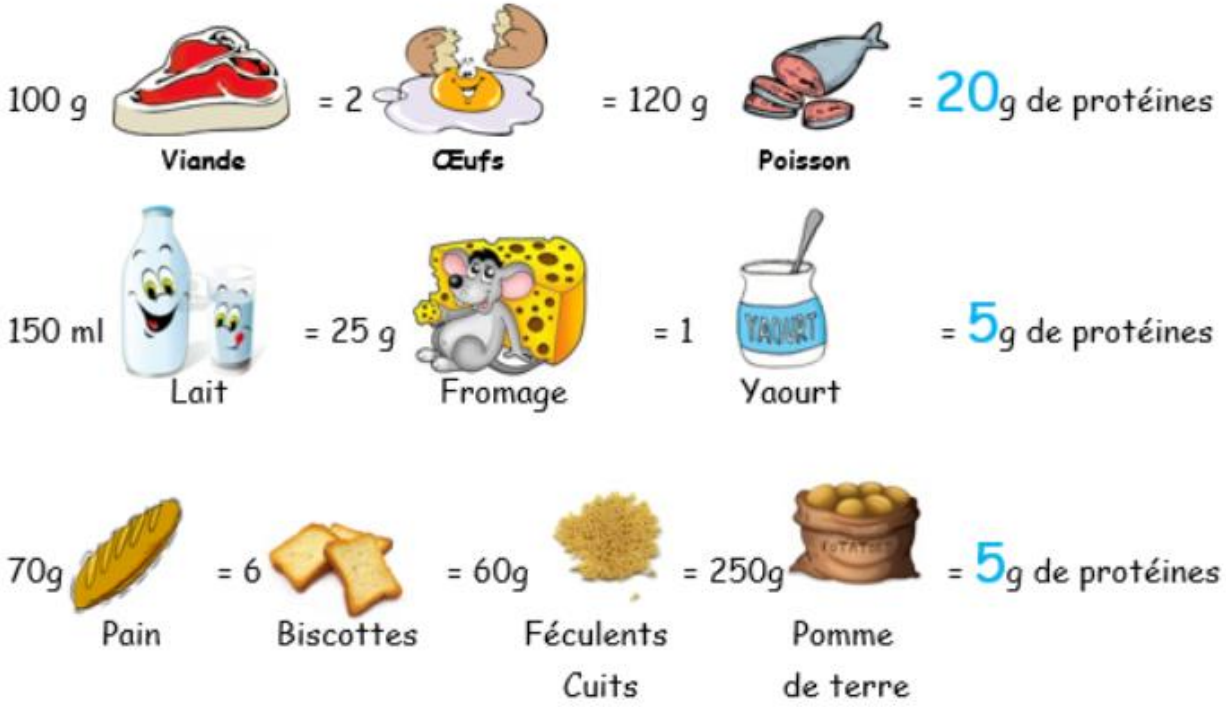
HAS. 2021

Vieillissement et nutrition



avelkrieg/123RF;journal des femmes

Besoins nutritionnels



<u>En cas de dénutrition :</u>

- Apports énergétiques :

30 à 40 kcal/kg/j

- Apports protéiques :

1,2 à 1,5 g/kg/j

- Apports journaliers :

2000-2500 kcal

- Calcium :

1200-1400 mg/j

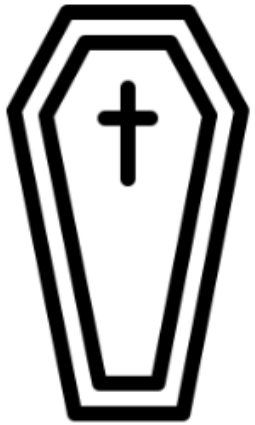
- Hydratation :

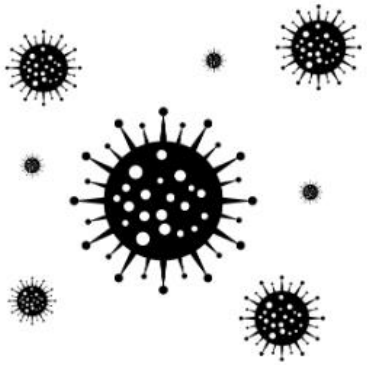
1.5 L/j

Dépenses énergétiques

- Besoins nutritionnels du sujet âgé ceux du sujet jeune
- Dépense énergétique du sujet âgé celle du sujet jeune
- Besoins énergétiques d'un sujet âgé au repos celle d'un sujet jeune

Facteurs de risque





Traitement

- Suivi
- Conseils nutritionnels
- Enrichissement de l’alimentation
- Compléments nutritionnels oraux

Confort&vie

Chute

<u>Risque de récidive chez la personne âgée = 50%</u>

↓

Syndrome gériatrique

↓

Urgence thérapeutique

Epidémiologie

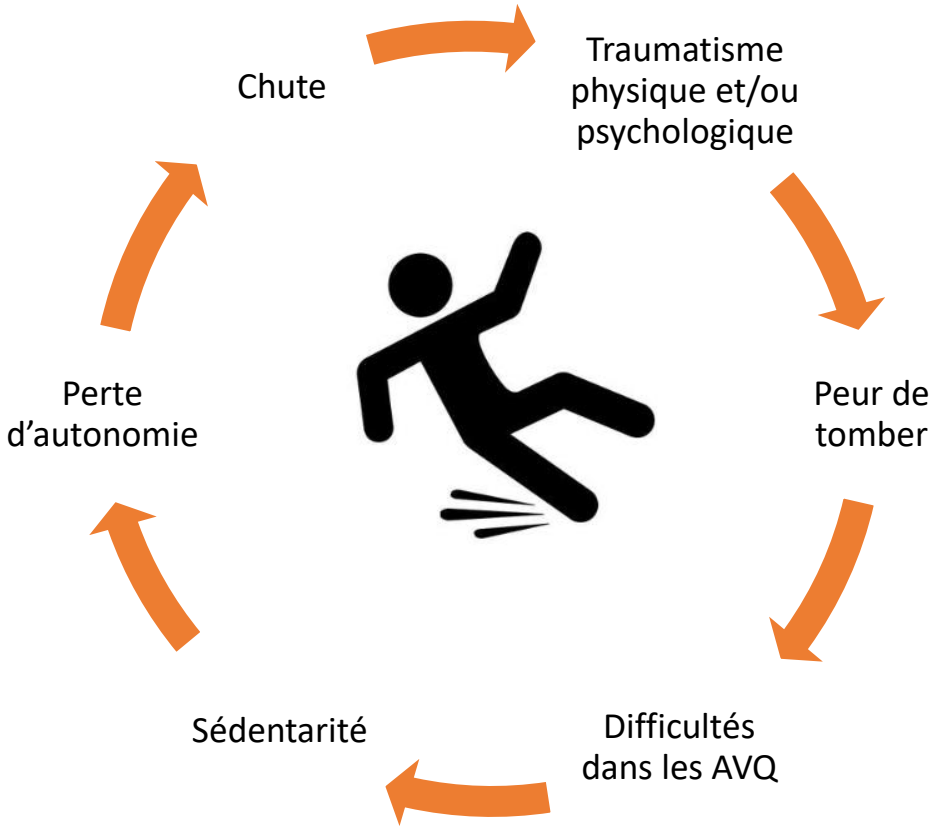
Les chutes :

- 80% des accidents de la vie quotidienne
- 450 000 touchées par an

Sujets âgés :

- Entre 0,4 et 1,5 millions qui sont en perte d'autonomie
- + qui vivent à domicile

Cercle vicieux de la chute



La démarche médicale

1.

2.

3.

4.

5.

2. Les facteurs de risque

Facteurs prédisposants

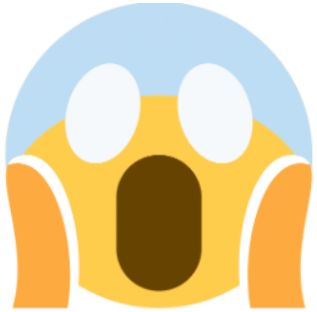
- Femme
- ≥ 80 ans
- ATCD fracture
- Arthrose
- **Déclin cognitif***
- **Dépression***
- **Faiblesse musculaire MI***
- Trouble de la sensibilité des MI*
- **Trouble de la marche et de l'équilibre***
- **Dénutrition***
- Déformation des pieds
- **Polymédication***
- Ostéoporose*, troubles visuels*…

Facteurs précipitants

- Cardio-vasculaire : HTO, arythmie, malaise
- Neurologique : déficit sensitivo-moteur, confusion mentale, syndrome extra-pyramidal
- Vestibulaire : sensation d'instabilité, vertige, nystagmus
- Métabolique : OH, hyponatrémie, insuline, hypoglycémie

3. Conséquences des chutes

Freepik



4. Prévenir la récidive

- Revoir l'ordonnance
- Corriger les facteurs de risque modifiables
- Vérifier le chaussage : talon large et bas, semelles fines et fermes avec une tige remontant haut
- **Pratique régulière d'une activité physique : recommandations de l'OMS** (TD1)
- **Aménagement du logement/ Téléassistance** (TD3)
- Nutrition : recommandations de la HAS
- Aide technique si besoin
- Si carence en vitamine D → apport journalier ≥ 800 UI
- Traitement anti-ostéoporotique si besoin
- Éducation des professionnels de santé

Si troubles de la marche et/ou de l'équilibre → **Séances de rééducation**

Le syndrome post-chute

Revue médicale suisse

La place du MK

StickerAmoi

Rôle du MK

Objectif principal : conserver les capacités motrices du sujet âgé → rôle de prévention

Bilan des capacités motrices :
-équilibre
-marche
-transferts
-relevés du sol

→ Autonomie au quotidien
→ Retarder la dépendance

Evaluation de l'environnement (TD3):
-matériel
-humain

→ Proposer des aides
→ Adapter l'environnement au patient
→ Sécuriser le maintien à domicile

Objectifs

Diminuer les restrictions de participation

Diminuer la perte d'autonomie

Diminuer la dépendance de la personne âgée

Démarche

Diagnostic MK

identifier les capacités restantes

identifier les limitations

proposer un traitement et des moyens adaptés

Le bilan en gérontologie

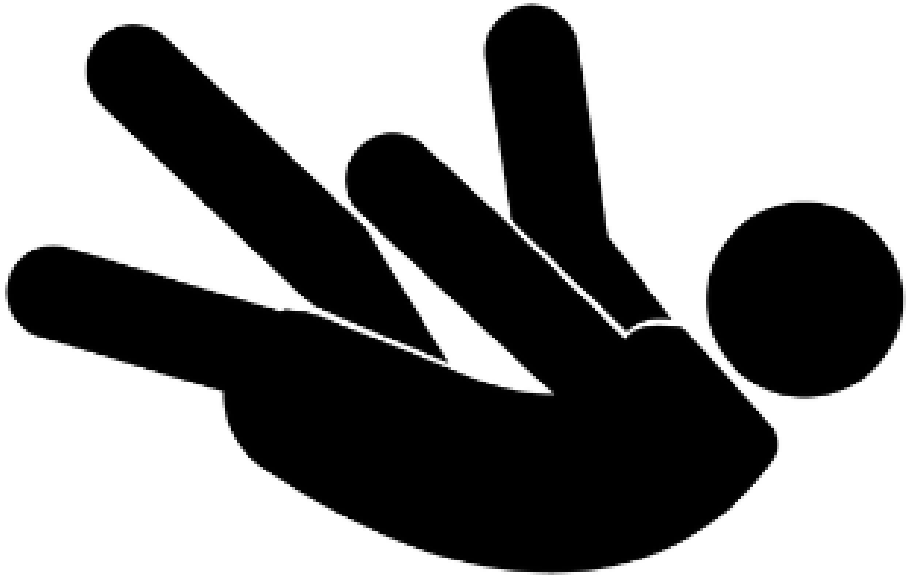
Lucie ROLOT

Interrogatoire

- Nom/Prénom
- Sexe
- Age
- Latéralité
- Aide technique de marche
- ATCD
- Métier/Loisirs
- Activité physique
- Lieu de vie
- Entourage

Interrogatoire des patients chuteurs

- Antécédents de chute
- Fréquence
- Peur de tomber
- Troubles visuels
- Troubles cognitifs
- Troubles de l’humeur



Anamnèse

HISTOIRE DE LA MALADIE

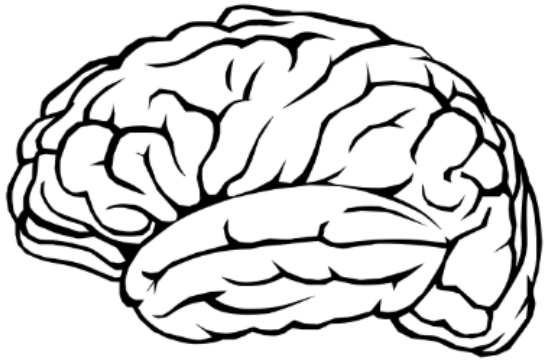
MOTIF DE CONSULTATION

OBJECTIF(S) DU PATIENT

Bilan des douleurs

- Localisation
- Type
- Intensité
- Quand
- Facteurs majorants
- Facteurs soulageants
- Traitement médicamenteux

Bilan cognitif



Bilan de la dépression

/ ! \ **Le diagnostic est posé par un professionnel spécialisé** (psychiatre)

Bilan fonctionnel

Transferts

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

→ Réalisés seul ou avec aide ? Sécuritaires ? Efficaces ?

Bilan de la marche

- Analyse de la marche
- Changements de direction
- Vitesse
- Périmètre
- Dyspnée

Bilan de l’équilibre

Timed Up and Go test

Tinetti

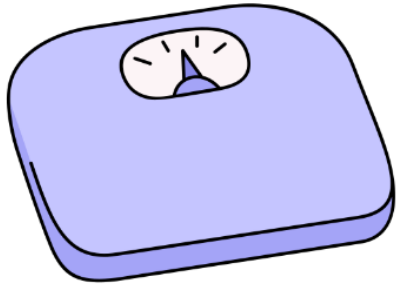
Station bipodal YO/YF

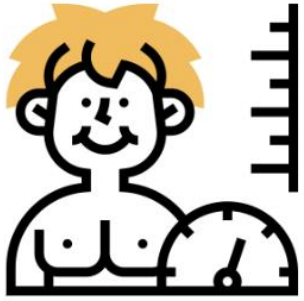
Station bipodal + déstabilisations

Unipodal

Bilan de la dénutrition

1fois/an en ville ≠ 1 fois/mois en institution ≠ à chaque hospitalisation





IMC

Bilan Cutané, Trophique, Vasculaire

- Œdème
- Couleur
- Chaleur
- Plaie

Bilan articulaire

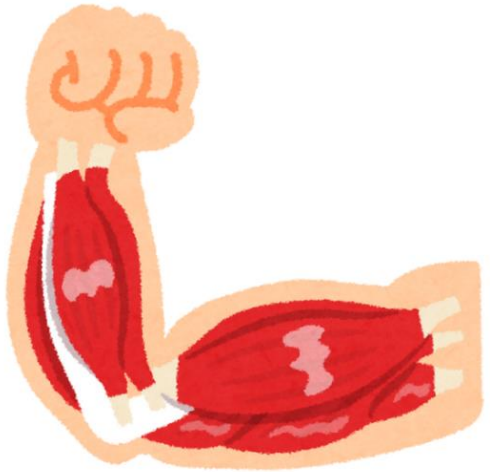
- Amplitudes articulaires
- Arthrophonie
- Ressauts
- Limitations

Bilan musculaire

Amyotrophie

Force musculaire

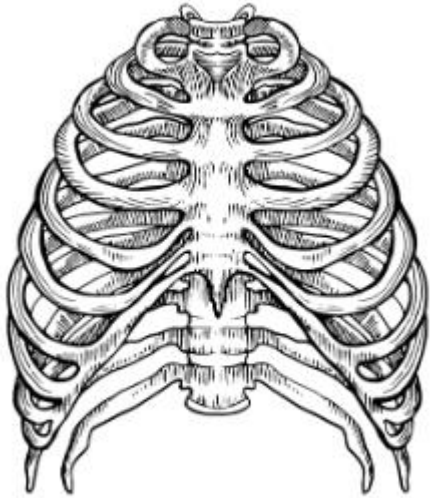
Extensibilité musculaire



→ Attention au risque de **SARCOPENIE** ++

Bilan respiratoire

- Morphostatique
- Encombrement
- Efficacité de la toux
- Mobilité articulaire
- Sécrétions



Le diagnostic masso-kinésithérapique

Se fait post-bilan

Met en lumière les déficiences et les capacités de la personne âgée (PA)

Evalue le risque de chute

Lien avec la vie sociale de la PA (modèle de la CIF)

Tient compte des objectifs de la PA et son mode de vie

Permet de débuter une rééducation orientée

La rééducation en gérontologie

Lucie ROLOT

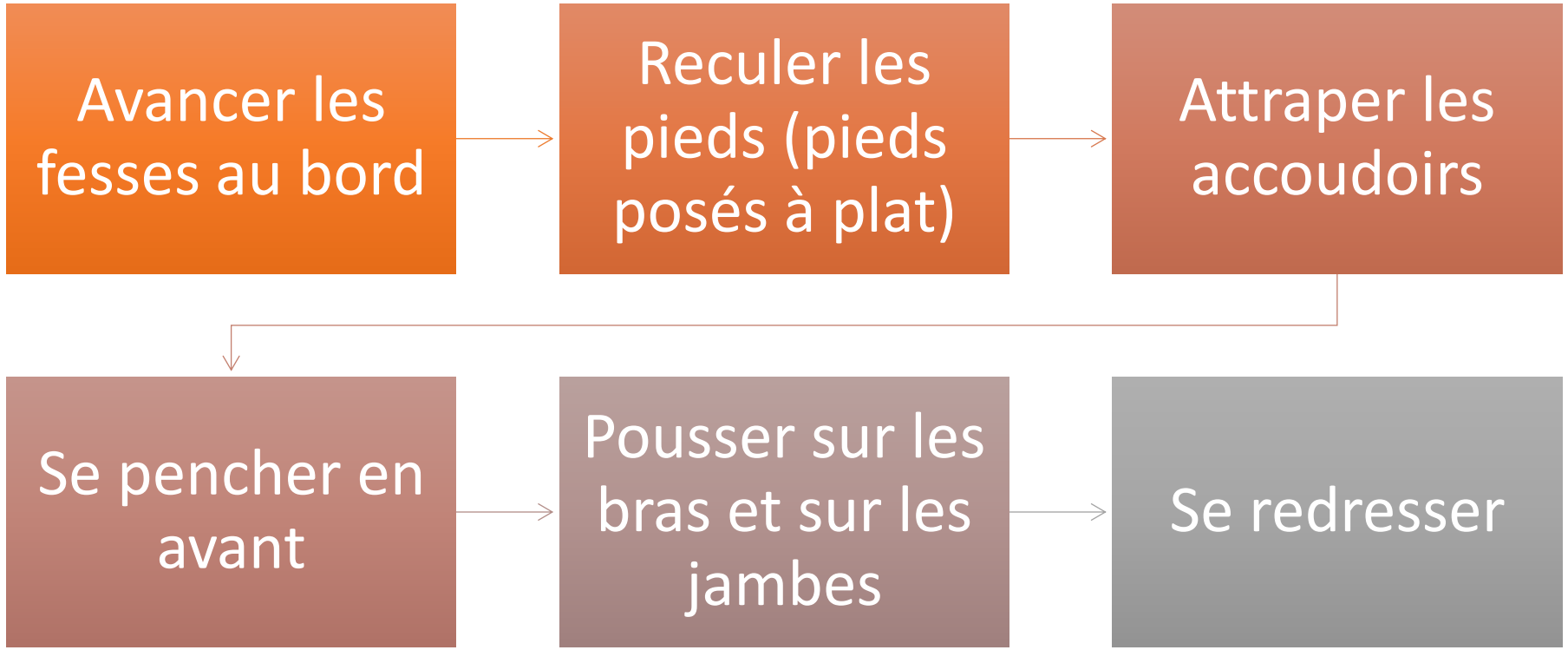
Les grands principes

- fonctionnelle
- approche multifactorielle
- individuelle
- progressive

Red flags

- **Tout changement de comportement de la PA**
- Impossibilité de poser le pied au sol
- Pâleur
- Nausées
- Fatigue extrême
- Palpitations
- Manque d’air
- Signes de phlébite

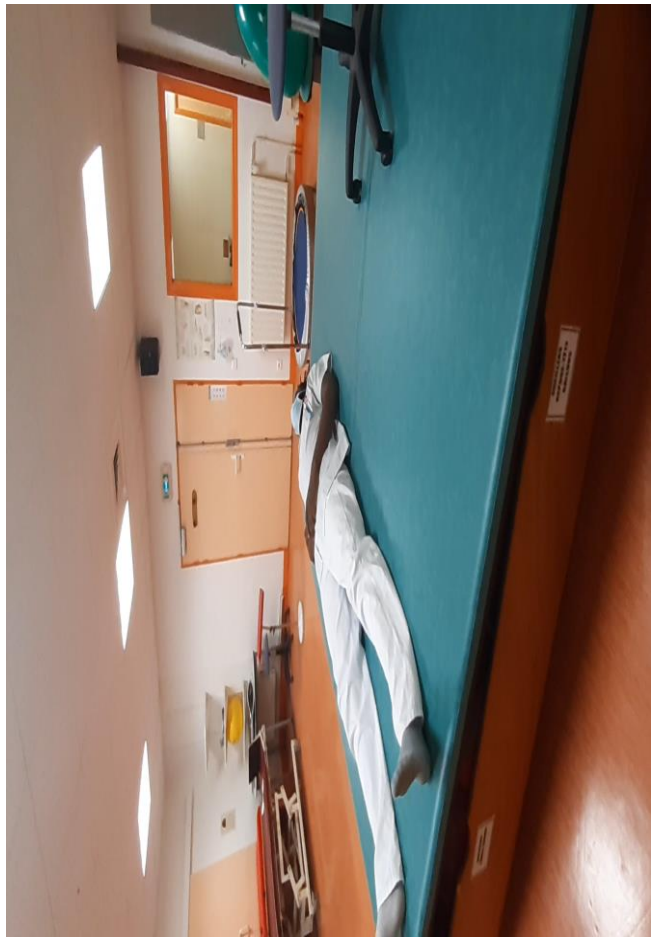
Le transfert assis-debout



Les aides techniques

- Barres parallèles
- Rollator
- Béquilles x2
- Canne simple
- Absence aide technique

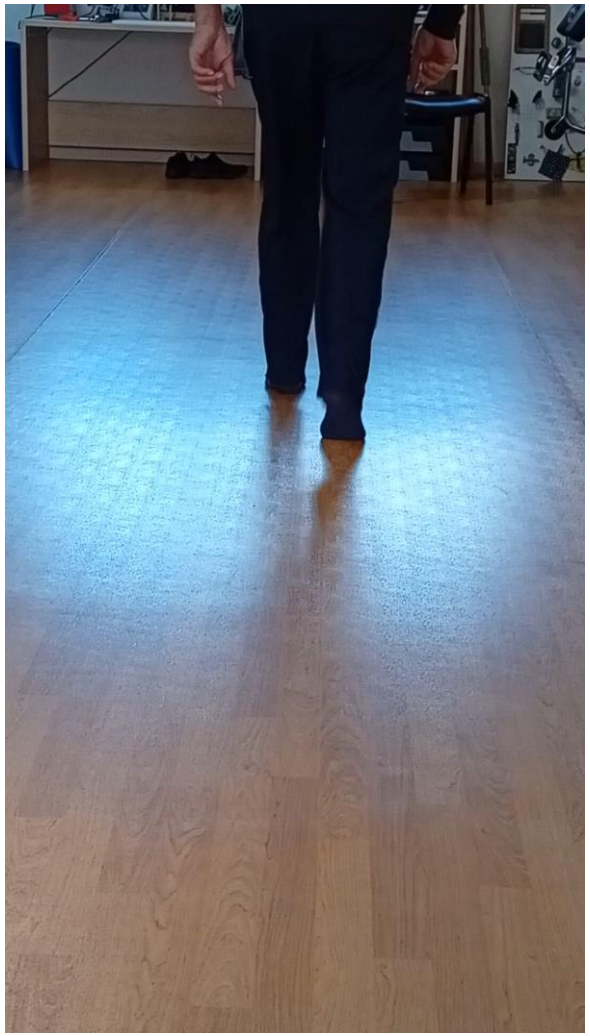
Les relevés du sol

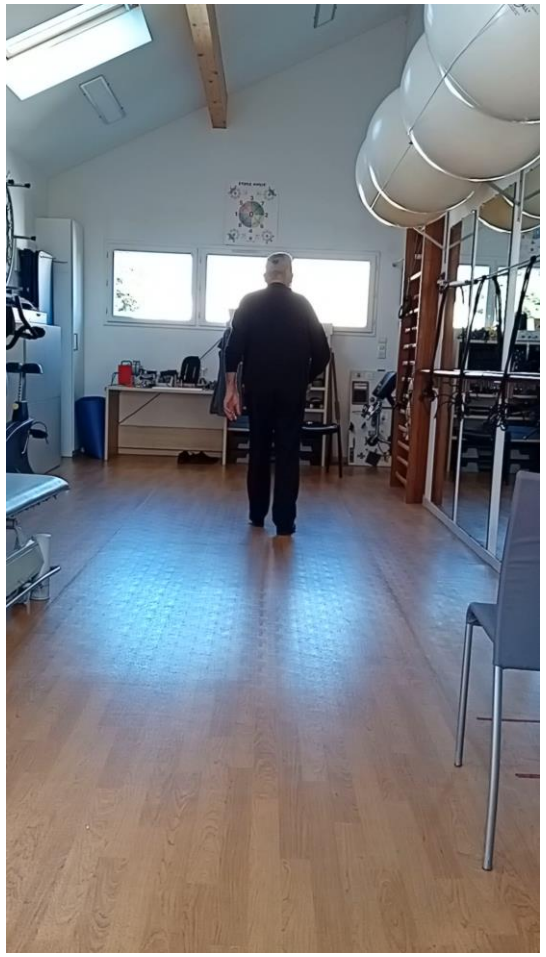


1) Décubitus dorsal
2) Décubitus latéral
3) Décubitus latéral chevalier servant
4) 4 pattes
5) Marcher à 4 pattes jusqu'à un appui antérieur
6) Genoux dressés avec appui antérieur
7) Chevalier servant avec appui antérieur
8) Se mettre debout

Rééducation de la marche

Rééducation de l’équilibre





Le patient chuteur

Verticaliser le patient +++

Exploration des espaces antérieurs et latéraux

Lutter contre la rétropulsion

Utilisation d’une aide technique de marche

W sur le schéma de marche

Rééducation de la marche

Augmenter le périmètre de marche/endurance dans les barres plusieurs aller/retour, puis en dehors des barres puis dans les couloirs de plus en plus loin, puis dans la rue

Allonger le pas W avec les empreintes de pas : poser son pied sur l'empreinte, obstacles à ne pas toucher

Lever les pieds franchissement d'obstacles, marche pied, escaliers

Changements de direction donner un rythme à la séance de rééducation, W des demi-tours

W de la posture et du regard face à un miroir, regarder des choses au loin, se redresser, W assis et debout en AAA

W du transfert du poids du corps pousser sur la hanche du kiné, se pencher en avant, explorer les espaces antérieurs et latéraux

Polygone de sustentation empreintes de pas, rapprocher les pieds, les écarter, tandem, semi-tandem

Rééducation de l’équilibre

Bipodal :

- Enlever les appuis MS
- Se pencher en avant pour attraper des objets
- Monter sur les talons
- Monter sur les pointes de pied
- Résister à des déstabilisations intrinsèques et/ou extrinsèques
- Lancer de ballon
- Plan instable
- Explorer les espaces latéraux et antérieurs
- Double tâche

Unipodal :

- Escaliers
- Enlever les appuis MS
- Plan instable
- Toucher avec le pied des objets
- Parcours d’obstacles

Rééducation articulaire (si besoin)

Mobilisations actives et passives

Exercices d'assouplissements rachis et membres

Les recommandations de l'HAS sur l'AP

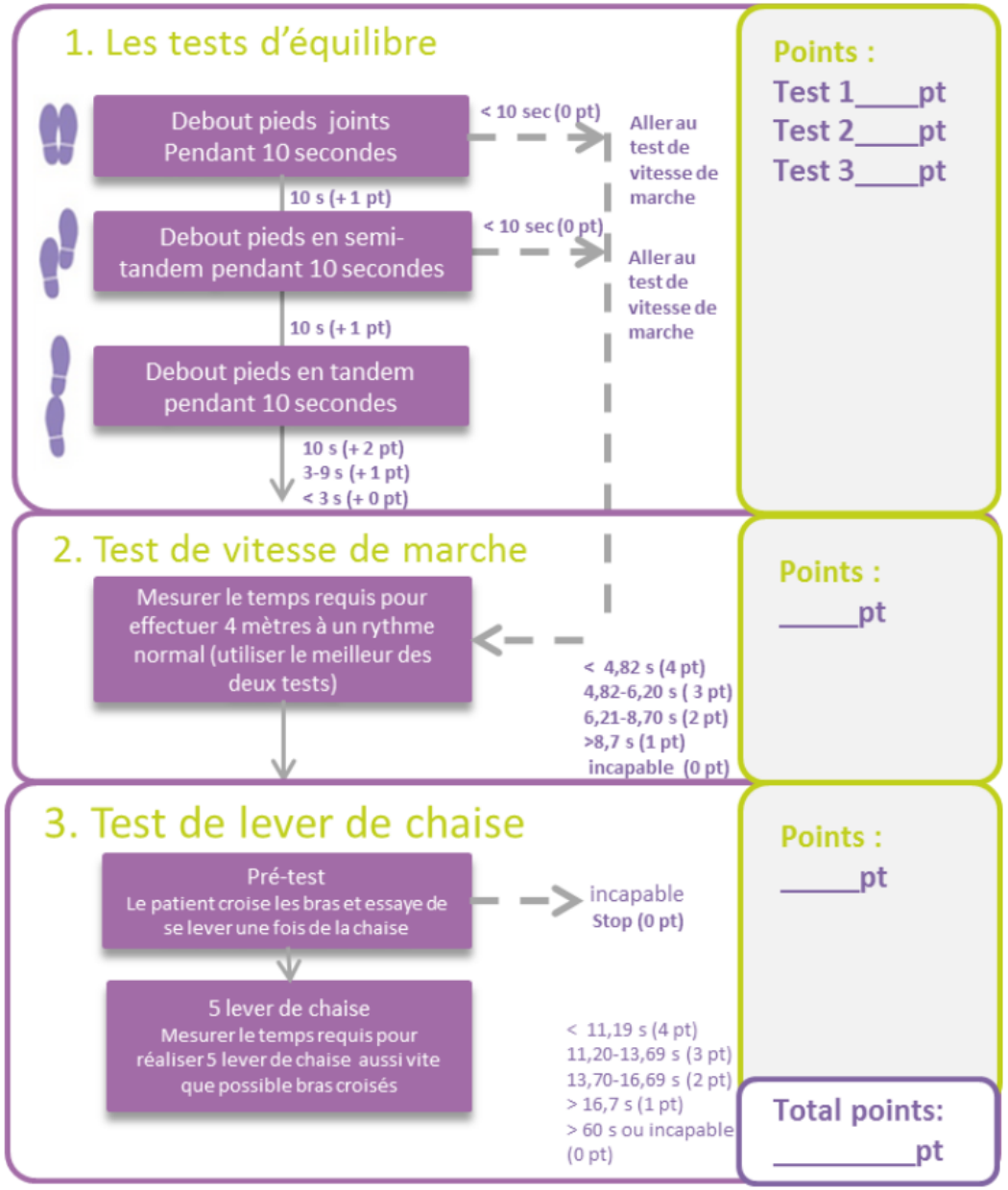
Avant toute chose

Test de performance physique

Short Physical Performance Battery :

Objectif primaire

Objectif secondaire



SPPB 0-6 : faible performance/ SPPB 7-9 : intermédiaire/ SPPB 10-12 : haute performance

Objectifs suivant le niveau de fragilité

Patients robustes → autonomie maximale, maintien en bonne santé

En autonomie

Patients pré-fragiles ou fragiles → maintenir l'indépendance, inverser leur statut de fragilité

Sous surveillance suivant les exercices

Patients dépendants → ralentir le déclin fonctionnel, privilégier le travail des AVQ

Avec l'aide d'un tiers

Signes d’intolérance à une AP

- Impression de manque d’air
- Douleur/oppression dans la poitrine
- Palpitations
- Étourdissement ou évanouissement
- Difficulté pour maintenir une conversation confortablement pendant que l’on réalise l’AP
- Fatigue intense
- Couleur bleutée de la peau au niveau des lèvres ou sous les ongles
- Nausées Peau pâle, humide ou froide

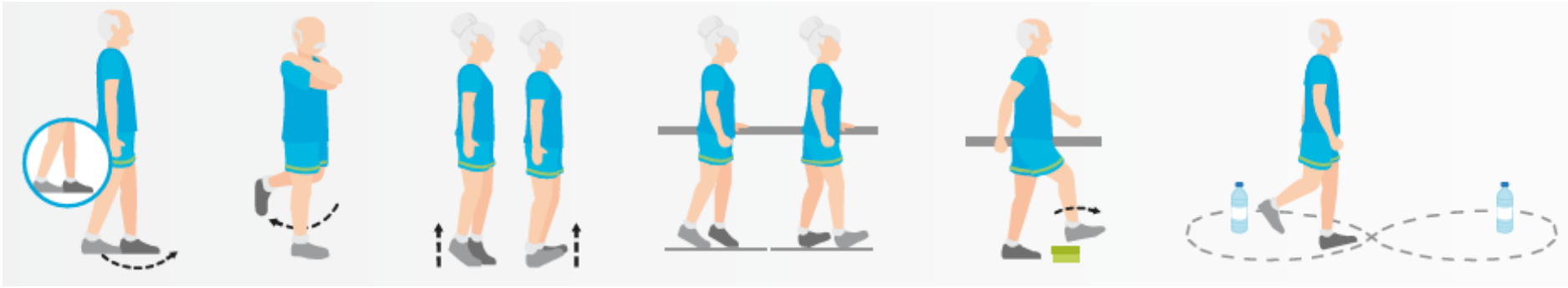
Bien s’hydrater pendant et après une AP même sans sensation de soif

Travail de **l'équilibre**

Minimum 2 à 3 fois/semaine

- Si risque de chute modéré ou fort : équilibre statique

- Si risque de chute faible : équilibre statique + dynamique



Programme d'activités physiques pour la prévention de la fragilité et le risque de chute. Mikel Izquierdo

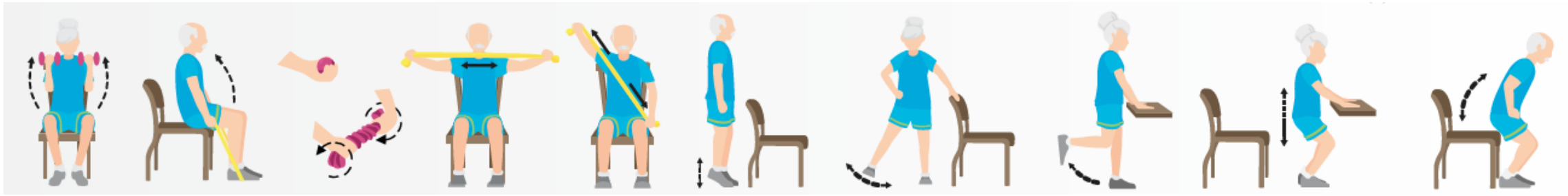
Travail de **renforcement musculaire**

Minimum 2 fois/semaine (pas deux séances consécutives)

Avant le travail en endurance

Privilégier les groupes musculaires majeurs

Objectif dès que possible : 1 à 3 séries de 10-15 répétitions; environ 8-10 exercices si possible



Programme d'activités physiques pour la prévention de la fragilité et le risque de chute. Mikel Izquierdo

Objectif pour le patient : sensation d'avoir travaillé sans être épuisé

Travail en **endurance** : tous les jours

Lucie R.

<u>Pour une personne de 65 ans et plus :</u>

- Modéré : 30 minutes par jour
Borg : 5-6/10

OU

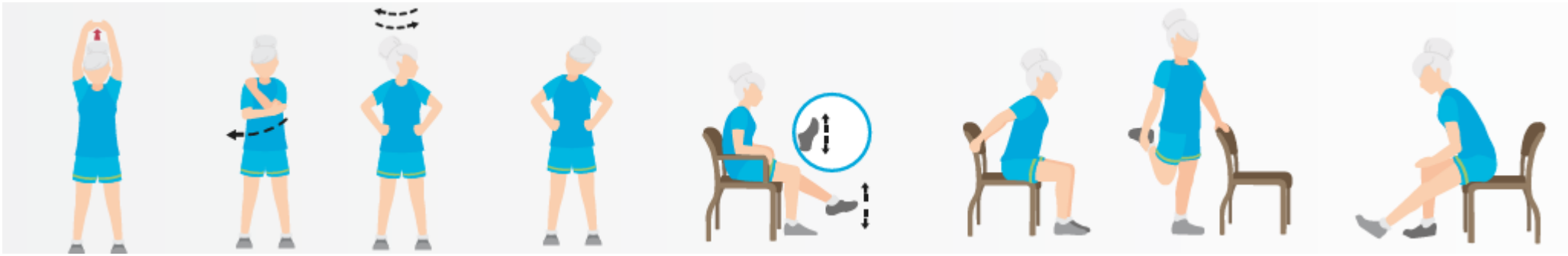
- Intense : 15 minutes par jour
Borg : 7-8/10

Travail de la **souplesse**

Minimum 2 fois/semaine

Maintien 30 à 60 sec, lents

Privilégier les étirements statiques



Programme d'activités physiques pour la prévention de la fragilité et le risque de chute. Mikel Izquierdo

Merci de votre attention

PS : pour toute demande d'informations/questions vous pouvez m'envoyer un mail → lucie.rolot01@gmail.com

Bibliographie

Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique. Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Paris: HAS; 2005
Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019
Ordre des masseur-kinésithérapeutes. Le référentiel de la profession. Paris: Ordre des masseur-kinésithérapeutes; 2012.
Assurance Maladie. Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Paris: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie; 2020
Haute Autorité de Santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. HAS: Paris; 2018
Bah M. Ortegas Solis J. Troubles de l'équilibre de la personne âgé : évaluation et rééducation. 2016
Haute Autorité de Santé. Prescription d'activité physique et sportive, les personnes âgées. Paris: HAS; 2019
Katz S. et al. Progress in the development of the index of ADL. Gerontologist. 1970; 10: 20-30
Lawton M. Bordy EM. Assessment of older people : self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9: 179-86
Mahoney F et al. Functional evaluation : the Barthel index. MD State Med J. 1965;14:61-5
Haute Autorité de Santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées La dépression. Programme 2007-2010 Bilan d'étape 2008. HAS: 2008
Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé chez l'adulte : prise en charge en soins de premier secours. Paris: HAS;2017
Bonnin-Guillaume S, Blin O. Thérapeutiques biologiques de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil 2004;2:S61-S8.
Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Paris: HAS; 2007
Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et l'adulte. Paris: HAS; 2019
Santé Publique France. Chute. Paris: SPF; 2020
Haute Autorité de Santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Paris : HAS; 2009
Libault D. Concertation Grand âge et autonomie. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019.
Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité. Genève: OMS; 2020
International Association for the Study of Pain. Definition of pain. IASP: Washington ;1973
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La prise en charge de la douleur chez les personnes âgées vivant à domicile. DREES: Paris; 2007
Haute Autorité de Santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. HAS: Paris; 2018
Haute Autorité de Santé. Maintien des capacités motrices des personnes âgées. Paris: HAS; 2024