

Physiothérapie		
Procédure:	A.S. Pacaud, L. Pomeris, J. De Buretel De Chassey	
DS:	Juin 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Médecine Interne Réhabilitation Gériatrie	
N°:	2.08	

REEDUCATION DU PATIENT CHUTEUR EN GERIATRIE

Domaine

Réadaptation et gériatrie

Définition

La rééducation du patient chuteur ou à risque de chutes nécessite une démarche diagnostique globale et multidisciplinaire car les facteurs de risques de chutes sont polyfactoriels: facteurs intrinsèques (état de santé, âge, troubles cognitifs++), comportementaux (poly-médication, addictions) et environnementaux (cadre de vie, obstacles, activités).

La prise en charge physiothérapeutique est spécifique et doit répondre à certaines caractéristiques en termes de contenu, de fréquence et de durée pour qu'elle soit efficace, notamment en ce qui concerne la prévention de nouvelles chutes.

Indications et critères d'inclusion

Tous les patients admis dans les unités de gériatrie et du SMIR-3C, doivent être évalués durant les 72h premières heures suivant leur admission et bénéficier d'un bilan pour risque de chutes. Ce bilan est personnalisé et définit si une prescription médicale rééducative est justifiée et adaptée.

- Typologie de patients
 - Patient chuteur: soit il s'agit du motif d'hospitalisation initial (1^{ère} chute) ou identification de chutes à répétition (au minimum 2 chutes sur une période de 6 à 12 mois).
 - Patient "à risque de chute": 1 chute lors des 6 derniers mois, troubles de la marche, de l'équilibration et/ou de la force musculaire objectivés lors des tests fonctionnels d'entrée.

- Les objectifs du traitement physiothérapeutique visent à :
 - améliorer/compenser les troubles de la marche (stimuler les stratégies de compensation),
 - stimuler/développer les capacités d'équilibre (lever la sidération des stratégies anticipatrices, renforcer la proprioception),
 - améliorer la force/puissance musculaire et la masse musculaire,
 - améliorer l'autonomie (reprise d'activités variées et adaptées),
 - maintenir des amplitudes articulaires fonctionnelles,
 - prévenir les facteurs de risque et récurrence de chutes (lutter contre la rétroimpulsion, la *peur de tomber*),
 - maintenir et développer un meilleur schéma moteur (lutter contre la désadaptation posturale, l'anxiété de la verticalisation),
 - prévenir les attitudes vicieuses.

Contre-indication, précautions

- Absolues:
 - fracture récente d'un membre inférieur, et/ou bassin et/ou vertébrale,
 - patient grabataire alité,
 - patient en fauteuil roulant de manière permanente et habituelle.
- Relatives:
 - immobilisation d'un membre supérieur (plâtre, gilet orthopédique, *polysling®*),
 - troubles cognitifs trop marqués dont la non compréhension des consignes,
 - cécité et/ou surdité invalidante,
 - pathologies aiguës et/ou décompensées (cardio-respiratoire, neurologique),
 - plaies, escarres, douleurs aiguës, limitations articulaires gênantes,
 - peu de motivation.

Risques

- Hypotension orthostatique
- Douleurs articulaires
- Fatigue
- Dyspnée d'effort
- Peur de tomber (syndrome post-chute)
- Nouvelles chutes

Déroulement du traitement

Contexte:

Le traitement se déroule en plusieurs étapes

- Evaluation du risque de chute par un bilan spécifique le plus précocement possible.
- Evaluation pluridisciplinaire: médicale, infirmière, diététique, ergothérapeutique, sociale (différents tests sont réalisés: ostéoporose via des échelles standardisées FRAX®, MMSE®, MNA®, MIF™, FES).

- Traitement adapté individuel et en groupe.
- Rééducation personnalisée intensive et ciblée sur les déficits fonctionnels mis en évidence au moyen d'un programme spécifique d'exercices individuels et en groupe.
- Evaluation des objectifs thérapeutiques: atteints, à poursuivre (à l'hôpital ou à l'extérieur), retour à domicile, en EMS, en foyer.

Evaluation et Tests fonctionnels réalisés en systématique

Prescription spécifique du "bilan risque de chutes" via Presco/DPI

- SPPB© (Short Physical Performance Battery):
 - équilibre: pieds joints / semi-tandem / tandem
 - vitesse de marche sur 4m
 - 5 levers de chaise sans accoudoirs: force des MI
- TUG© (Time Up and Go): Test de marche sur 3m avec demi-tour (vitesse, équilibration, anticipation neuromotrice).
- Tinetti© simplifié: 4 items sur l'équilibration / 3 items sur la marche.
- Tapis d'analyse de la marche GAITrite™: marche normale/rapide/double tâche/type de marche.
- Bilan morphostatique et évaluation des amplitudes articulaires des membres inférieurs ainsi que bilan de la force musculaire, en particulier des abducteurs, des fléchisseurs des hanches et des quadriceps par testing manuel ou avec dynamomètre.
- Evaluation du besoin d'un éventuel moyen auxiliaire de marche, du chaussage adéquat, de l'environnement du patient en appui de l'ergothérapie (famille, architecture).

Prises en charge spécifiques

Groupe "mobilité et équilibre"

- Exercices d'assouplissement articulaire afin de récupérer des amplitudes fonctionnelles des membres supérieurs, inférieurs et du tronc, de renforcement musculaire des 4 membres (stabilisateurs latéraux de hanche, quadriceps) et du tronc.
- Travail des transferts: assis-debout, relever du sol.
- Exercices d'équilibration et de coordination en position debout: transfert du poids du corps, diminution de la base de sustentation, appui unipodal, coordination membres supérieurs / membres inférieurs, stimulation des réflexes posturaux et reprogrammation neuromusculaire (reflexes parachutes, proprioception, anticipation-coordination du mouvement).
- Marches variées (cadencée, tous terrains, passage d'obstacles, en double tâche).
- Renforcement musculaire et de travail de l'équilibration en séances individuelles; interventions ciblées sur les déficits, les compensations et l'apprentissage de "stratégies neuromotrices anticipatrices".

Modalités et poursuite du traitement en fin de semaine + jours fériés

Intensité/Fréquence:

- 2 fois 1h de séance en groupe/semaine (5 à 7 personnes maximum) et 3 à 5 séances individuelles/semaine (5 séances en début de traitement puis diminution lorsque le patient est en mesure de faire seul des exercices simples en sécurité et supervisé en coaching)
- pas d'indication à la poursuite du traitement le week-end et les jours fériés, sauf si des pathologies associées ou complications secondaires à l'hospitalisation le nécessitant.

Critères d'arrêt du traitement

- 3 semaines de participation aux activités de groupe (6 séances minimum).
- Bilan de risque de chutes hebdomadaire afin d'objectiver l'évolution du patient.
- Si bénéfique pour le patient (gain ou stabilité): poursuite du traitement à l'hôpital ou en ambulatoire.

Suite en ambulatoire

- Unité de gériatrie communautaire: 1 séance/semaine de physiothérapie en groupe et une séance individuelle hebdomadaire sur 6 à 12 mois.
- 2 séances/semaine de physiothérapie à domicile pendant 3 à 12 mois.
- Fiches/brochures d'exercices à faire à la maison pour améliorer la force et l'équilibration.
- Différents réseaux en relais en ville: Cours de "Gym sénior", Ligue genevoise contre le rhumatisme, Cours rythmique Jacques Delcroze, Tai-chi, reprise d'activités variées (sociabilisation et motricité).

Matériel utilisé

Chariot avec matériel physio dédié: mousse mémoire type Balance Pad™, steps, ballons, thérabands™, cônes et bâtons pour passage d'obstacle, tapis de gymnastique.

Bibliographie

- Trombetti A, Hars M, Herrmann F, Rizzoli R, Ferrari S. Effect of a multifactorial fall-and-fracture risk assessment and management program on gait and balance performances and disability in hospitalized older adults: a controlled study. *Osteoporos Int.* 2013; 24(3):867-76.
- American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:148-57.
- Trombetti A, Hars M, Marcant D, Rizzoli R, Ferrari S. Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé. *Rev Med Suisse.* 2009;5:1318-24.
- Hars M, Trombetti A. Evaluation de la marche, de l'équilibre et du muscle chez le sujet âgé. *Rev Med Suisse.* 2013;9:1265-71.
- Gillespie LD1, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9: CD007146.
- Alexandre Kubicki, France Mouret, EquiMoG : proposition d'un outil pour l'évaluation de la fonction d'équilibration en rééducation gériatrique, *Kinésithérapie La Revue* 2012 ; (122) : 40-48
- Recommandations HAS : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
- Sherrington C et al, JAGS 2008

Bilans risque de chutes

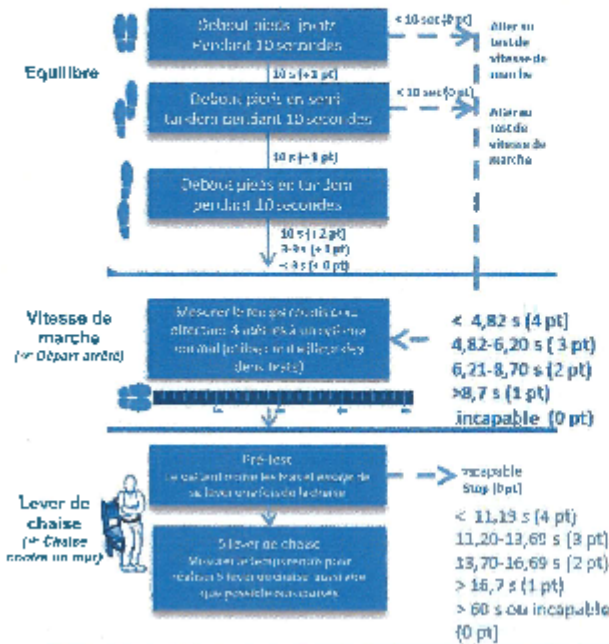


BILAN RISQUE DE CHUTES

Physiothérapie

Praxipraxis PAFSCO → Prescription de physiothérapie → Tests Fonctionnels → cocher x bilan risque de chutes
 bilan à retrouver sous l'onglet R (bilan de physiothérapie)

SPPB



Nom du patient : _____

Date de naissance : ____/____/____

Bilan effectué le : ____/____/____

Initiales (physiothérapeute) : _____

Procédure	Non réalisé ou non tenté ?		Score
Equilibre	<input type="checkbox"/> Non réalisé ou non tenté*	Côte à côte <input type="checkbox"/> Ne tient pas 10 secs, i.e. ____ sec	____/4
		Semi-tandem <input type="checkbox"/> Ne tient pas 10 secs, i.e. ____ sec	
		Tandem <input type="checkbox"/> Ne tient pas 10 secs, i.e. ____ sec	
Vitesse de marche (* Départ arrêté)	<input type="checkbox"/> Non réalisé ou non tenté*	Si aide à la marche, préciser : <input type="checkbox"/> Canne(s) simple(s) <input type="checkbox"/> Canne(s) ATB <input type="checkbox"/> Tricycle <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre : _____ Temps 1: _____ sec Temps 2: _____ sec	____/4
Lever de chaise (* Chaise contre un mur)	<input type="checkbox"/> Non réalisé ou non tenté*	Pré-test Si aide pour se lever, préciser et stop: <input type="checkbox"/> Accoudoirs <input type="checkbox"/> Mains sur les cuisses Test Si, test non terminé : <input type="checkbox"/> >60 sec <input type="checkbox"/> < 5 lever Temps: _____ sec	+ Si aide, STDP (0 pt) ____/4
SCORE GLOBAL			____/12

TUG (≠ Chaise contre un mur)

Non réalisé ou non tenté ?		Temps
<input type="checkbox"/> Non réalisé ou non tenté*	Si aide à la marche, préciser : <input type="checkbox"/> Canne(s) simple(s) <input type="checkbox"/> Canne(s) ATB <input type="checkbox"/> Tricycle <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Autre : _____	_____ sec

Tinetti

Non réalisé ou non tenté ?		Score
<input type="checkbox"/> Non réalisé ou non tenté*	Equilibre Peut s'asseoir en sécurité sans accoudoirs <input type="checkbox"/> Non Tient un appui unipodal 5 sec <input type="checkbox"/> Non Réalise un tour complet sur place en sécurité <input type="checkbox"/> Non Résiste à une poussée sur le sternum <input type="checkbox"/> Non Marche (≠ Sans moyen auxiliaire) Tronc stable, sans déséquilibre <input type="checkbox"/> Non Peut facilement changer de vitesse <input type="checkbox"/> Non La trajectoire du pas ne dévie pas <input type="checkbox"/> Non	* Compter le nombre de Non _____ / 7



Si bilan réalisé au-delà des 72 heures suivant la demande, préciser le motif :

* Si, test(s) non réalisé(s)/non tenté(s), préciser le motif :

Motif	Equilibre	Vitesse de marche	Lever de chaise	TUG	Tinetti
Patient incapable sans assistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non tenté, non sécuritaire pour le patient selon le jugement du physiothérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non tenté, le patient ne se sent pas en sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient incapable de comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :					

Moyen Auxiliaire à domicile

- Sans
 Canne Simple
 2 Cannes Simples
 Canne ATB (anglaise)
 2 Cannes ATB (anglaise)
- Canne Quadripode
 Cadre Fixe
 Cadre 2e = 2p
 Triycle (Delta)
 Rollator 4x

Chaussage

- Convenable
 Adapté par Pro
 Non Adapté

Souplesse Chevilles

- Satisfaisante
 Limitée

Pallesthésie

- Satisfaisante
 Diminuée
 Per.te Complète

Vue

- Satisfaisante
 Perturbée

Romberg

- Positif
 Négatif
 non réalisé

Ouïe

- Satisfaisante
 Perturbée

Escaliers à domicile

- 0,5 3 Etage et +
 1 Etage Non
 2 Etage

Conséquence des chutes

- Fractures
 Contusions
 Abrasions
 Autres
 Aucune

Peur de Tomber

- Oui
 Non
 Parfois

Nombre de chutes / 12 mois

- 0 1 >1

Ramasser un objet au sol

- capable incapable

Remarques / Observations