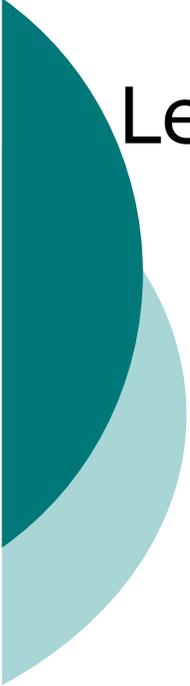




Prévention du déclin fonctionnel en EHPAD : rôle du masso- kinésithérapeute

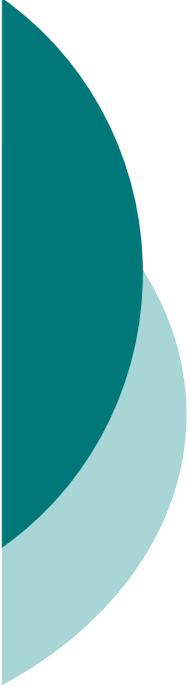
Dr K.Sudres février 2015

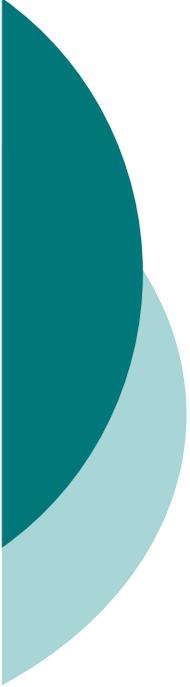


Les résidents d'EHPAD sont majoritairement dépendants : aide complète pour l'habillage (52.9%) et pour l'hygiène corporelle (56.8%), 46.2% incontinent, 41% aidé pour les transferts, 21.5% totalement dépendant pour les repas.

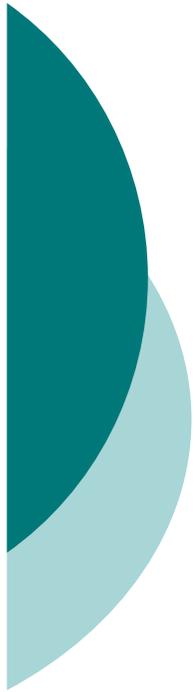
(Rolland et al 2008 d'après les données REHPAD, réseau de recherche clinique en EHPAD)

Porteurs de pathologies sévères à l'origine de perte d'autonomie (AVC (10%) , Démence (40%), Polyarthrose, cancer (5%))

- 
-
- Sont des chuteurs potentiels (Guide de bonnes pratiques de soins en EHPAD)
 - 11% des chutes de la population âgée survient en EHPAD
 - Concerne 30 à 50% de la population de l'EHPAD
 - Si une chute, 50% de récurrence dans l'année.
 - 9000 décès /an
 - Après la démence, deuxième cause d'admission en EHPAD
 - Conséquences catastrophique sur la perte d'autonomie

- 
-
- Résultats de l'étude IQUARE Midi-Pyrénées (Impacte de l'évaluation de la Qualité des soins et le déclin fonctionnel en EHPAD)
 - ➔ plus de 50% des résidents en EHPAD sont GIR 1 et 2
 - ➔ 30% sont classé GIR 4, 5 voir 6

MAIS pour autant la prévention du déclin fonctionnel doit être une priorité pour l'ensemble des résidents vivants en EHPAD.

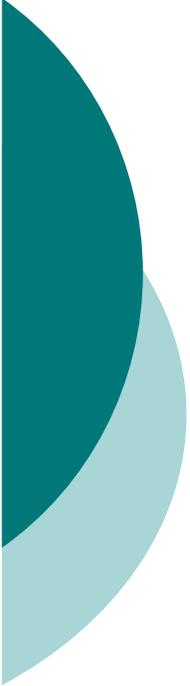


-
- La qualité de vie des résidents avec des capacités fonctionnelles restantes est fortement conditionné par le maintien de leur autonomie.
 - Le maintien des capacités fonctionnelles conditionne la charge en soins des équipes soignantes et le coût financier de la prise en charge
 - Des études réalisées en EHPAD avec des interventions diverses associées (activité physique, nutrition, iatrogénie médicamenteuse) pouvaient prévenir le déclin fonctionnel.



Domaines d'interventions à privilégier pour prévenir le déclin fonctionnel des résidents

- Iatrogénie médicamenteuse : réduction des antipsychotiques, vaccination, suppléments en vitamine D.
- La dénutrition : surveillance du poids, suppression des régimes, alimentation hyperprotéinée et activité physique plus efficace.
- Transfert inapproprié au SAU : travail sur la filière de soins et organisation de consultation et d'admission directe dans les services.

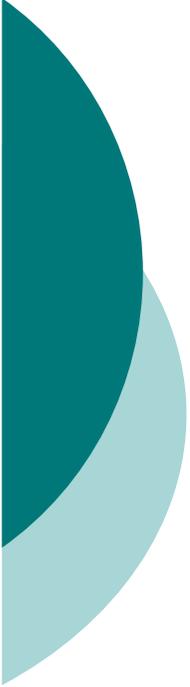


○ L'inactivité physique :

Nombreuses données soutenant l'idée que l'organisation de séances d'activité physique en EHPAD est profitable aux résidents.

- Peu de données sur la quantité.
- Modifie le mode de vie, perte de mobilité et risque de chute limité par un programme adapté.

Etude IQUARE 35.4% participent a des séances d'exercices physiques, seulement 9% peuvent être considéré comme vraiment actifs; la présence d'un instructeur en activité physique apparait comme un déterminant



Etudes en EHPAD

- Peu d'études
- Implication de nos EHPAD dans la recherche ?
- Etude sur l'activité physique et patient déments en EHPAD
- Etudes et recommandations sur la préventions des chutes en EHPAD



The effect of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia : a meta-analysis.

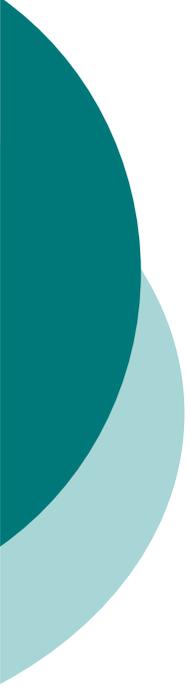
Heyn P, Abreu B, Ottenbacher K. Arch Phys Med Rehabil. UK, 2004.

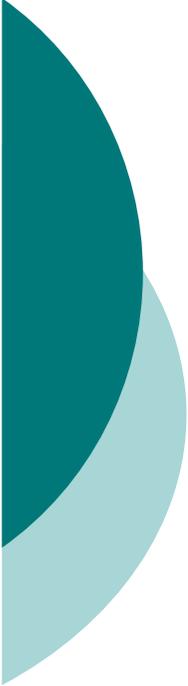
- 30 études (the Cockran collaboration)
 - 4 concernaient des sujets déments (évalués par le MMS)

2 études ont réalisé de la marche

1 des exercices fonctionnels

1 de la marche + exercices de rameurs

- 
-
- Au total, ils ont pu prendre en considération 2 020 sujets ayant participé à 30 essais cliniques.
 - L'analyse statistique prenant en compte l'ensemble des données met en évidence un effet favorable de l'exercice sur certains paramètres physiques et fonctionnels, ainsi que sur l'état cognitif et comportemental des patients.



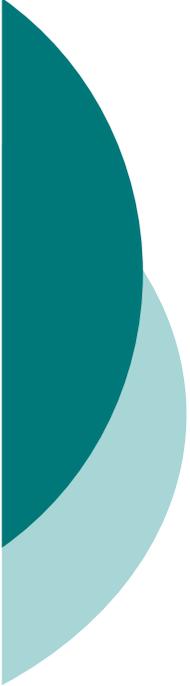
Effect of Exercise on Negative Affect in Resident in Special Care Units With Moderate to Severe Dementia

Alzheimer Dis Assoc Disord 2008;22:362-368.

- 36 patients (85 ans ; MMS 11/30)
- Durée de l'étude 12 semaines
 - 30 minutes de programme d'exercice en groupe d'intensité modérée 2x/semaine

Humeur : Philadelphia Geriatric Center
Apparent Affect Rating Scale à la semaine
0,3,12 (avant et après la session
d'exercice) Anxiété, tristesse, colère

Evaluation de l'effet immédiat de chaque
session et à l'issu des 12 semaines.



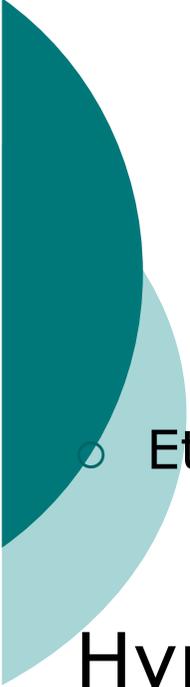
Effect of Exercise on Negative Affect in Resident in Special Care Units With Moderate to Severe Dementia

Alzheimer Dis Assoc Disord 2008;22:362-368.

- Travail en position debout et assise
- Travail de flexion du tronc
- Travail des épaules, des cuisses du relevé de chaise, Travail des bras avec des poids.

Effet immédiat sur l'anxiété,

Effet à long terme sur l'anxiété et la dépression.

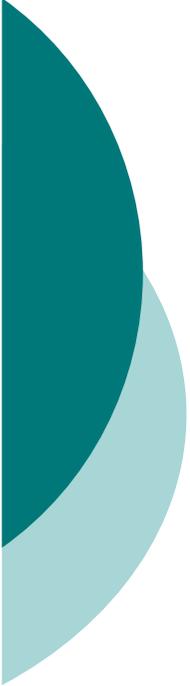


Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease : A one-year Randomized, Controlled Trial

Rolland Y, Klapouszeck A, Cathala C, Pillard F, Andrieu S, Rivière D, Vellas B
J Am Geriatric Soc 2007

○ Etude Caisse Nationale Assurance Maladie

Hypothèse de départ : la pratique régulière et « réaliste » d'une activité physique chez des patients souffrant de DTA est un moyen permettant de prévenir la perte des capacités fonctionnelles



Matériel et méthode

- 134 patients DTA vivant en institution
- Randomisation en deux groupes de 67 patients : 1,6,12 mois
 - suivi médical classique
 - Activité physique deux heures par semaine (2x1 heure, d'intensité modérée; marche, équilibre, force, souplesse, coordination, en petit groupe de 3 à 6, convivialité, affinité, musique, parcours ritualisé, très peu de matériel)
- Evaluation médicale des deux groupes par IADL, ADL, get up and go, vitesse de marche, station unipodale, MNA, NPI

Résultats à l'inclusion

	Sujets entraînés	Sujets contrôles	p
n	74	74	-
Sexe (F/H)	60/14	54/20	0.3
Age (Moy,DS)	82.8(7.67)	83.1(6.98)	0.82
ADL	3.5 (1.4)	3.1 (1.3)	0.3
Vitesse de marche (m/s)	0.34 (18)	0.33 (18)	0.75
NPI	12.2 (9.4)	13.6 (10.7)	0.45
MNA	22.4 (3.1)	21.8 (2.6)	0.03
MMS (moy, SD)	11.5 (7.15)	8.55 (6.6)	0.02



Résultats

La changement du score des **ADL** du départ de l'étude des résidents du groupe programme montre un déclin moins rapide que celui du groupe recevant les soins médicaux classiques (12 mois différence moyenne: ADL=0.39, P=.02).

Une différence significative entre les groupes en faveur du groupe exercice pour la **vitesse de marche** sur 6 mètres à 12 mois.

Aucun effet n'a été observé sur les troubles du comportement, la dépression ou le MNA.

Dans le groupe d'intervention, l'adhésion aux sessions du programme dans l'analyse d'exploitation prédit le changement dans les capacités des ADL.

Il n'y a pas eu d'évènements indésirables liés à l'exercice.



CONCLUSION:

- Un simple programme d'exercice, une heure deux fois par semaine, conduit à un ralentissement significatif du déclin dans le score ADL chez les patients avec une DTA que chez les résidents ayant un suivi médical classique.

CONCLUSION:

A simple exercise program, 1 hour twice a week, led to significantly slower decline in ADL score in patients with AD living in a nursing home than routine medical care.



Recommandations sur la préventions des chutes en EHPAD

Plusieurs actions peuvent être menées pour réduire le risque de chute :

Sensibiliser le personnel au problème des chutes.

Aménager les locaux afin de minimiser les facteurs de risque environnementaux.

Repérer les sujets les plus à risque (ceux qui sont déjà tombés, ceux qui cumulent les facteurs de risque de chute).

Pour tous les individus à risque, identifier les facteurs de risque individuels et environnementaux et corriger ceux qui sont modifiables.

Éviter le déconditionnement physique et inciter les résidents à maintenir une activité physique régulière (marche, groupe de gymnastique).



Recommandations HAS Préventions des chutes accidentelles en EHPAD (novembre 2005)

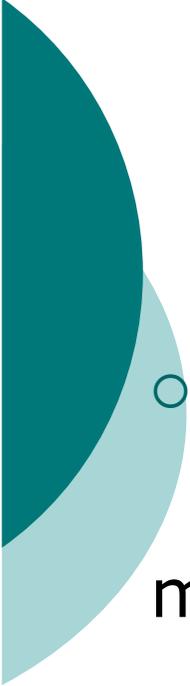
Réduire les temps d'alitement des personnes âgées malades et les remettre rapidement à la marche.

Faire adopter aux soignants de bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche.

Prévenir la dénutrition.

Prescrire aux individus à haut risque de chute des séances de rééducation par un masseur kinésithérapeute pour un travail progressif de l'équilibre et de la marche sur plusieurs semaines.

Éduquer les patients sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter.



Recommandations HAS Préventions des chutes accidentelles en EHPAD (novembre 2005)

- Kinésithérapie aide à l'utilisation correcte des aides techniques (cane à hauteur adéquate, attelles...),
maintien des amplitudes articulaires, réduction des troubles du tonus, correction des attitudes vicieuses, correction de la force des muscles impliqués dans la statique si AVC, Parkinson, apprentissage du relever du sol, exercices ciblés sur l'équilibre en fonction du contexte et de la prescription,
- *protection de hanche si sujet à haut risque,*
- soins podologiques (traitement des ongles, des callosités...)

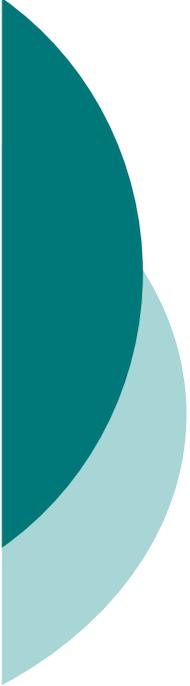
Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

Recommandations HAS avril 2009

○ **Il est recommandé de proposer à toute personne faisant des chutes répétées, quel que soit son lieu de vie, une intervention associant plusieurs axes de prise en charge qui sont (grade C) :**

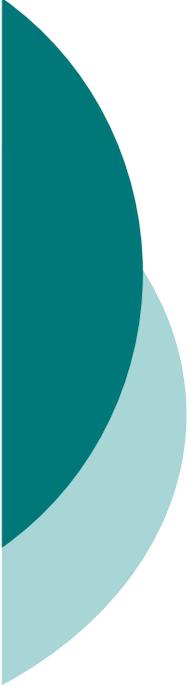
- la révision si possible de la prescription des médicaments, si la personne prend un médicament associé au risque de chute et/ou si la personne est polymédicamentée ;
- la correction ou le traitement des facteurs prédisposants ou précipitants modifiables
(incluant les facteurs environnementaux de risque de chute) ;
- le port des chaussures à talons larges et bas (2 à 3 cm), à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut ;
- la pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique ;
- un apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 gramme par jour ;
- l'utilisation d'une aide technique à la marche adaptée au trouble locomoteur identifié ;
- la correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins

800 UI.



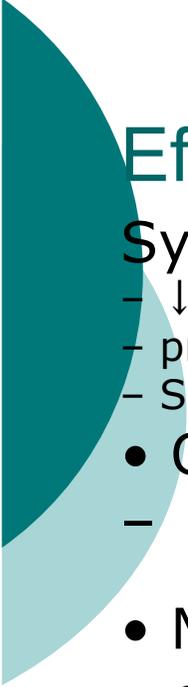
Concernant la prise en charge des chutes

- Globalement, les interventions les plus efficaces sont les interventions multifactorielles qui reposent sur la stratégie de « réduction des risques » et qui consistent à repérer les facteurs de risque de chute intrinsèques et extrinsèques afin de réduire ceux qui sont modifiables et, parallèlement, à remettre précocement le patient « en fonction » par une rééducation adaptée



Démarche de la personne âgée

- 20 % des plus de 75 ans; 50 % des + de 85 ans
- Antéflexion du tronc
- Ralentissement de l'initiation et de la progression de la marche
- La taille, la hauteur et la vitesse d'exécution du pas est diminuée
- Rigidité des MI et élargissement du polygone
- Synchronisation et anticipation, adaptation posturale et stratégies anticipatrices, réflexes protecteurs sont moins performants
- Désynchronisation et temps de réaction augmenté...



Effets physiologiques du vieillissement

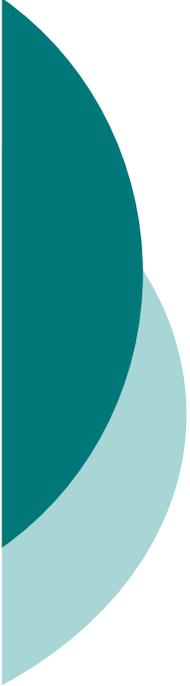
Système Nerveux Central/ périphérique :

- ↓ proprioception
- presby vestibulie
- SNA
- OEil:
 - ↓ transparence, ↓ de l'adaptation aux changements de luminosité; ↓ Contrastes; ↓ couleurs, CV; ↓ vision binoculaire et 3D
- Muscle:
 - Sarcopénie
- Os et cartilage:
 - osteopénie, ostéoporose, arthrose,

+ co-morbidités

+traitements médicamenteux

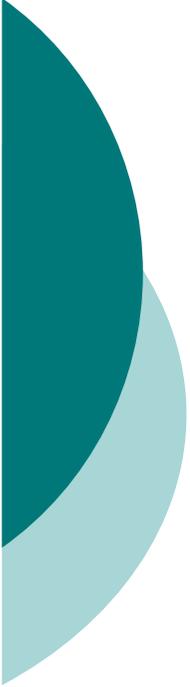
+ environnement



La chute est le motif déclenchant
l'entrée en institution.

Nécessité **d'une évaluation
systématique** du risque de chute à
l'admission en EHPAD

→ Evaluation gérontologique
standardisée



Tests de repérage du risque de chute

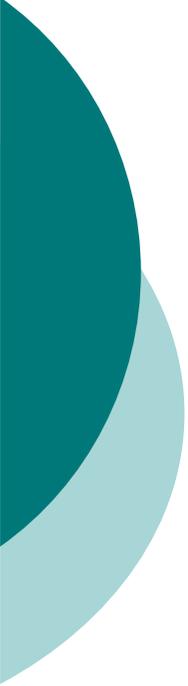
- Time « Up and Go » : chaise à trois mètres
- Test chronométré : le déficit de la mobilité commence au-delà de 20 secondes pour faire le déplacement, il est important au-delà de 29 sec.
- Station unipodale
- Poussée sternale
- Walking and Talking test



Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrice de la personne âgée fragile à domicile

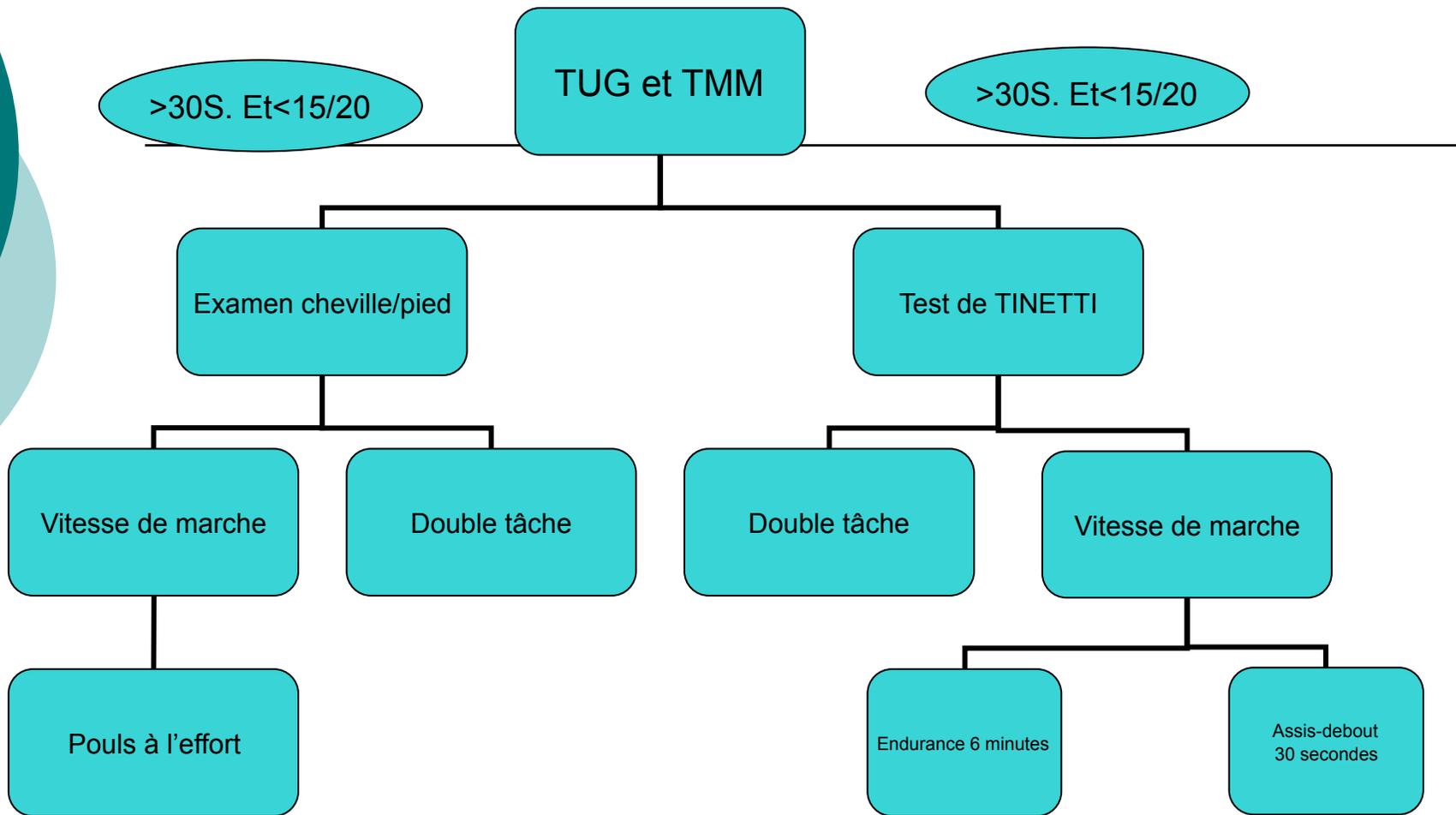
HAS recommandations pour la pratique
clinique
Avril 2005

- 
-
- Objectif : maintien des capacités motrices → prévention secondaire et tertiaire.
 - Trois catégories de personnes âgées : robuste, dépendante et les fragiles .
 - Ses recommandations concernent la personne âgée fragile à domicile, sans considération d'âge civile et indépendamment d'une pathologie spécifique.

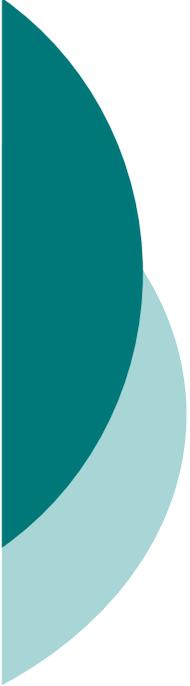


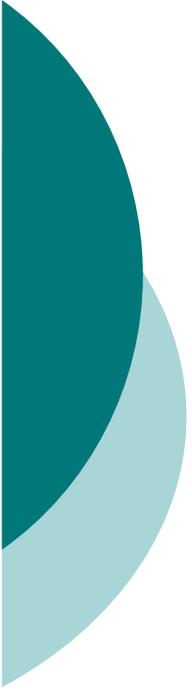
Recommandations principales

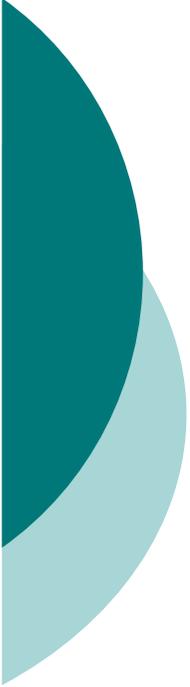
- Evaluer la perte de la mobilité : dépendance et ADL/IADL.
- Evaluer les capacités fonctionnelles.
 - Time Up and Go test
 - test Moteur Minimum



Arbre décisionnel de l'évaluation fonctionnelle d'équilibre et de marche

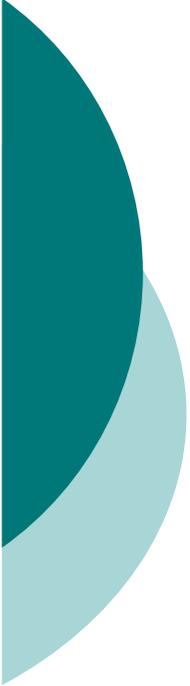
- 
- Mesurer systématiquement l'amplitude de l'articulation tibio-tarsienne en raison de son impact sur les stratégies de posture.
 - Prise en compte de l'environnement psycho-social et personnalisation des objectifs de manière réaliste (rôle du masseur-kinésithérapeute en lien avec les autres intervenants à domicile)
 - Eduquer et former les aidants familiaux et l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées pour assurer la continuité de la stimulation au mouvement pendant la séance et dans les activités de la vie quotidienne. Transmettre régulièrement des comptes rendus de l'évaluation masso-kinésithérapique au médecin prescripteur pour faciliter le suivi.
 - **Prescriptions en utilisant l'article 9 de la nomenclature générale des actes professionnels chez le malade âgé polypathologique et/ou ayant une décompensation fonctionnelle :**
 - « **Rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieures, de la posture, de l'équilibre et de la coordination**





Recommandations : Traitement masseur-kinésithérapeute

- Force musculaire :
 - répéter des exercices fonctionnels pour solliciter l'exercice musculaire, exercice en appui au niveau des membres supérieures pour maintenir les possibilités de transfert.
 - Utiliser des techniques spécifiques de renforcement musculaire lorsqu'un déficit précis et localisé a été mis en évidence.
 - Préconiser des programmes d'autorééducation entre les séances.



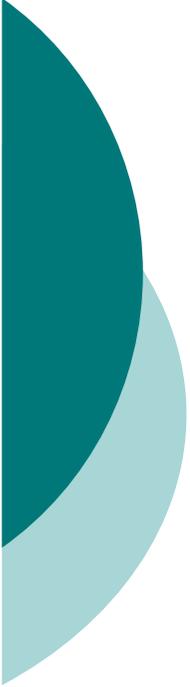
Recommandations : Traitement masseur-kinésithérapeute

- Capacités de transferts : Préserver ou favoriser leur récupération après un épisode aigu.
 - Passage assis-debout/debout/assis.
- Equilibration
- Rééducation à la marche : établir un programme comportant des exercices d'équilibre et des exercices fonctionnels de lever du fauteuil et de retour en position assise.
- Les capacités de transfert : assis/debout; sortie du lit; relevé du sol



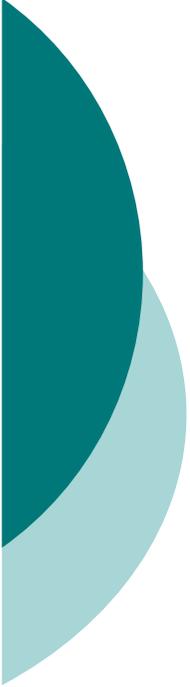
Quid pour la personne âgée en institution ?

- Diminution de mobilité=augmentation de la dépendance et de la charge en soins
- Importance de l'évaluation des capacités motrices et de la mobilité.
- Evaluation par le MK d'emblée fonctionnelle : permet de cibler certains aspects analytiques mis a jour au cours du mouvement.



Prise en charge d'emblée pluridisciplinaire et multimodale

- Rôle du médecin : contrôle de la douleur
- Rôle des aides soignantes : préparation du résidents et relais de la prise en charge.
- Rôle de la famille : choix de vêtements adaptés



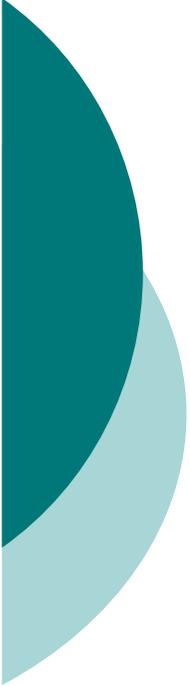
Le résident chuteurs

- Importance d'intervenir rapidement pour prévenir la désadaptation psychomotrice
- Intervention pluridisciplinaire



Rôle du STAPS

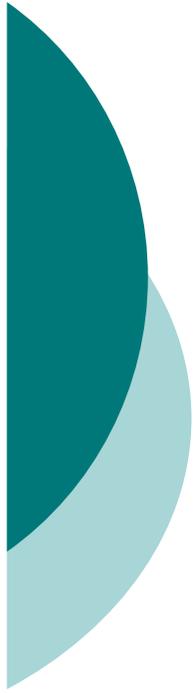
- Les STAPS (Sciences et techniques des activités physiques et sportives) préparent dans le cadre d'une filière universitaire à l'ensemble des métiers relatifs au sport, à l'activité physique, au mouvement.
- Les étudiants STAPS peuvent dès leur licence choisir de se spécialiser en Activité Physique Adaptée et Santé, ce qui leur permettra de **participer à la conception, la conduite et l'évaluation de programmes d'intervention, de prévention et d'éducation pour la Santé par l'Activité Physique Adaptée auprès de personnes âgées.**
- De plus en plus présents dans le cadre des



Rôle du STAPS

- De plus en plus présents dans le cadre des EHPAD (sous forme d'embauche individuelle ou de prestation externe type Groupe Associatif Siel Bleu),

les interventions des "STAPS" complètent la prise en charge du résident, sous la surveillance du médecin coordonnateur dans le cadre du programme d'activité.



- Merci pour votre attention !

