

Physiothérapie		
Procédure:	M. Company, L. Macé, J. De Buretel De Chassey	
DS:	mai 2016	
Validation:	A. Laubscher, Directeur des soins HUG	Visa:
	Pr A. Perrier, Directeur médical HUG	Visa:
Classement sous:	Secteur Médecine Interne Réhabilitation Gériatrie	
N°:	2.06	

BILAN PHYSIOTHERAPIQUE A DOMICILE
EN GERIATRIE COMMUNAUTAIRE

Domaine

Gériatrie Ambulatoire

Définition

Le bilan physiothérapique à domicile est:

- une évaluation des capacités fonctionnelles et du risque de chute du patient âgé sur son lieu de vie habituel
- une évaluation de ses capacités à suivre un programme pluridisciplinaire de type hôpital de jour.

Indications

- Patients âgés non encore évalués d'un point de vue fonctionnel ou maintien à domicile précaire
- Patients susceptibles d'intégrer l'Hôpital de Jour (HDJ)
- Suivi pour les patients des quartiers assignés sur demande du médecin traitant ou de la médecine communautaire via l'Unité de gériatrie et soins palliatifs communautaires (UGSPC).

Objectifs

- Permettre d'évaluer les critères d'inclusion et d'intégration dans un programme ambulatoire pluridisciplinaire de rééducation fonctionnelle (Hôpital de jour) axé sur la prévention des chutes.
- Evaluer la pertinence et la faisabilité d'un programme d'auto-rééducation.
- Eviter une institutionnalisation précoce de ces patients vivant encore à leur domicile.
- Eviter les hospitalisations à répétition et évaluer le degré d'urgence d'une prise en soins physiothérapique ciblée.
- Favoriser le maintien à domicile.

Précautions, contre indications

- Refus du patient.
- Patient activement dépendant à l'alcool.
- Troubles cognitifs important avec limitation des capacités d'apprentissage.
- Patient dépendant pour toutes les activités de la vie quotidienne, alité ou en fauteuil roulant.

Déroulement du bilan

Anamnèses dont évaluation de l'autonomie et du périmètre de marche

- Antécédents de chutes et/ou de fractures en précisant les circonstances (fréquence, intensité, suites et lieux).
- Estimation du périmètre de marche et mobilité dans les escaliers.
- Troubles associés:
 - peur de tomber,
 - troubles visuels,
 - troubles auditifs,
 - troubles de sommeil (apnée du sommeil traitée sous CPAP),
 - vertiges.
- Facteurs et conduites à risque:
 - consommations d'alcool,
 - fumée,
 - consommation excessive de médicaments selon avis du médecin,
 - alitement,
 - confiné au domicile.
- Douleurs avec EVA, échelle numérique ou verbale: facteurs déclenchants, améliorants et aggravants; le cas échéant, caractéristiques des douleurs neuropathiques:
 - irradiation,
 - picotement,
 - décharges électriques,
 - fourmillements.
- Vérification du chaussage (indépendance, type de chaussage, aides)

Bilan musculaire/tonus musculaire

- Testing musculaire du membre inférieur (nomenclature 0 – 5):
 - releveur des pieds,
 - triceps sural,
 - extenseur genoux,
 - fléchisseurs-extenseur et abducteurs de hanche,
 - fessiers.

Bilan articulaire

- Evaluation des amplitudes des membres inférieurs et supérieurs, globales et analytiques (hanches, genoux et chevilles), dont l'amplitude de l'articulation tibio-tarsienne.
- Amplitude de l'élévation des membres supérieurs et limitations des mouvements fonctionnels (main-nuque, main-front et main-dos).
- Observation-évaluation d'autres limitations articulaires.
- Capacité à faire la dissociation des ceintures, coordination du tronc.

Evaluation neurologique et trophique

- Motrice et sensitive: parésies, paralysies, paresthésies, dysesthésies.
- Comparaison de l'état cutané et des pieds en particulier en fonction du chaussage / Etat de la peau.
- Présence d'œdèmes dans le cadre une insuffisance veineuse, lymphoedème, algoneurodystrophie.

Evaluation des fonctions cardio-respiratoires

- Dyspnée au repos et/ou à l'effort (Echelle de Borg)
- Test "stop walking, when talking"

Evaluation des transferts

- Test des transferts couché-assis-debout:
 - décubitus dorsal - décubitus latéral - décubitus ventral,
 - décubitus latéral - assis bord du lit,
 - assis – debout – assis: (test du lever de chaise, 5 fois de suite, score évalué en secondes) afin de compléter le bilan DPI.

Analyse des troubles d'équilibre statique et dynamique

- Réalisation d'un test de Tinetti (Test standardisé et validé/ 28) et Time Up and Go (TUG: Test de marche avec demi-tour, score en secondes)

Tests complémentaires d'équilibration:

- station unipodale,
- réactions parachutes,
- debout pieds tandem,
- station debout avec rotation cervicale,
- placement alternatif d'un pied sur une marche,
- test de Romberg (troubles de l'équilibre d'origine vasculaire ou vestibulaire).

Description du moyen auxiliaire et du domicile

- Déambulateur, Rollator, canne simple, cannes anglaises, canne tripode
- Évaluations des obstacles éventuels pour les déplacements ou barrières architecturales.

Mise en situation fonctionnelle:

- escaliers avec montée et descente,
- ramassage d'un objet au sol et selon l'état somatique du patient: relever du sol, contrôle de la SPO2 à l'effort (exemple: après les escaliers).

Observation de l'adhésion et de la collaboration/ motivation du patient par rapport à une activité groupale de rééducation fonctionnelle

Définir si on peut envisager une alliance thérapeutique, après explication et description du programme en intégrant les attentes du patient.

Conclusions du bilan et poursuite de traitement

- Elaboration de la proposition de traitement ambulatoire pluridisciplinaire en Hôpital de Jour.

Conditions d'admission:

- si les capacités d'apprentissages sont présentes: le patient est en mesure de suivre les consignes simples, et de reproduire un mouvement par imitation,
- s'il est capable d'intégrer une correction au niveau d'un automatisme de base (par exemple couché-assis, bord du lit),

- si une marge de progression existe (1ere estimation); elle sera évaluée à nouveau lors du traitement en Hôpital de jour de manière interdisciplinaire afin de déterminer des objectifs thérapeutiques partagés réalistes.

Modalités:

- coordination avec le réseau de soins à domicile pour mise en route d'un programme personnalisé si besoin (physio/ergo à domicile),
- propositions d'aide technique à la marche: moyens auxiliaires,
- explication des suites et des alternatives à l'hôpital de jour: foyer de jour (Vallon de la Rive, Hedwige, CAPPA).

Indication définitive d'inclusion à l'hôpital de jour, suite à proposition posée par le physiothérapeute avec l'ergothérapeute, puis discutée en colloque pluridisciplinaire avec les infirmières, la diététicienne, la neuropsychologue et le corps médical.

- Les critères d'inclusion sont:
 - patient qui nécessite une rééducation ou un reconditionnement physique, avec stimulation de la mémoire, stimulation ou suivi diététique, besoin de sociabilisation, suivi psychologique et social, aménagement du domicile et suivi pour les activités de la vie quotidienne, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur,
 - patient adressé directement par l'Hôpital, en particulier l'Hôpital de Gériatrie des Trois-Chênes et/ou via le programme CHEOPS (programme dédié à la réhabilitation multidisciplinaire du patient chuteur). Dans ce cadre, se référer au bilan de physiothérapie effectué précédemment (se trouve dans DPI) et réévaluer les objectifs thérapeutiques posés.

Risques et précautions particulières

Le patient peut devenir opposant lorsqu'il est mis en échec pendant les tests, et/ou si le risque de chute lui semble trop élevé.

- Patient qui n'ouvre pas sa porte (pourquoi: accident, peur, refus),
Conduite à tenir: essayer d'abord de le contacter par téléphone (réponse? cris? sonnerie audible?), prévenir au plus vite l'UGSPC, le médecin, l'entourage, les soins à domicile (IMAD).
- Patients violents

Précautions accrues lors de la réalisation du bilan car il s'agit de personnes âgées poly-pathologiques:

- problèmes visuels,
- auditifs,
- héminégligence,
- troubles cognitifs.

Matériel utilisé

Oxymétrie de pouls, chronomètre, échelle de la douleur (EVA, ENA, *des visages*).

Bibliographie

- Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. HAS/ services des recommandations professionnelles avril 2015.
- Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J med 1986 ;80 :429-34 (Medline)
- Vellas BJ Wayne SJ. One leg balance is an important predictor of injurious falls in older persons. J Am geriatric Society 1997 ;
- Verlhac B, Etude de la faisabilité d'un nouveau test predictif du risque du chute du sujet très âge présentant des troubles cognitifs : Le « stop walking when talking ». L'année gerontologique 2000, vol 14, pp 361-38.
- Evaluation des chutes en gériatrie (Vevey 2006, label CTR, Vaud)
- 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.