



**Regroupement des Unités de courte durée gériatriques
et des services hospitaliers de gériatrie du Québec**

Approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité dans les Unités de courte durée gériatriques (UCDG)

Par le sous-comité de travail sur la mobilité

Janvier 2013



© Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie (RUSHGQ), 2013

Dépôt légal : 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives du Canada

ISBN : 978-2-923740-19-5 (papier)

ISBN : 978-2-923740-20-1 (pdf)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et à des fins non-commerciales.

Membres du sous-comité de travail sur la mobilité :

Judith Latour,	Gériatre, chef du service de gériatrie du CHUM et consultante IUGM (responsable du sous-comité sur la mobilité)
François Dubé,	Physiothérapeute, IUGM
Louise Duquette,	Physiothérapeute, CSSS du Sud de Lanaudière
Céline Forget,	Infirmière-chef UCDG, CSSS du Sud de Lanaudière
Christine Fortier,	Physiothérapeute, CHUQ
Mario Regnière,	Physiothérapeute et conseiller clinique, CHUQ
Maryse Saindon,	Infirmière clinicienne – équipe intervention gériatrique, CHUQ
Minh Vu,	Gériatre, CHUM et IUGM
Aline Bolduc,	Professionnelle de recherche, IUGM (coordonnatrice du RUSHGQ)

Réviseurs et conseillers scientifiques :

Lucie Boucher,	Gériatre, CHUM
Annik Dupras,	Gériatre, CHUM
Josée Fillion,	Gériatre, CHUM et IUGM
Sylvie Lafrenière,	Conseillère en soins infirmiers spécialisés (personnes âgées), CHUM
Marie-Jeanne Kergoat,	Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM
Hélène Masson,	Neurologue, CHUM
Fadi Massoud,	Gériatre, CHUM et IUGM
Monique Saint-Martin,	Gériatre, CHUM et IUGM

Collaborateurs :

- Membres du groupe inter mobilité SAGe du CHUM :

Nicolas Bergeron,	Nutritionniste
Stéphanie Bertrand,	Infirmière
Josée Fillion,	Gériatre
Chiu Wai Jade Kwok,	Ergothérapeute
Sylvie Lafrenière,	Conseillère en soins infirmiers spécialisés (personnes âgées)
Judith Latour,	Gériatre, chef du service de gériatrie
Nathalie Lepage,	Infirmière clientèle - personnes âgées
Laura Manole,	Infirmière clientèle - personnes âgées
Nicole Mercier,	Infirmière-chef
Luce Pépin,	Infirmière clientèle - personnes âgées
Cynthia Prince,	Travailleuse sociale
Annie-Iseult Tousignant-Bergeron,	Physiothérapeute
Marie Trottier,	Ergothérapeute
Komala Voora,	Physiothérapeute

- Membres du comité de pratique réflexive en soins infirmiers gériatriques du CHUQ :

Karine Audet,	Infirmière clinicienne, Foyer des vétérans
Sylvain Babin,	Chef d'unité de soins infirmiers
Michèle Bédard,	Assistante infirmière-chef, UCDG
Denise Bernard,	Infirmière clinicienne
Lise Bérubé,	Assistante infirmière-chef
Lucie Bilodeau,	Coordonnatrice, Maison Paul-Triquet

Anne Boisvert,	Infirmière clinicienne, équipe d'intervention gériatrique
Chantal Bouchard,	Chef d'unité de soins infirmiers, Foyers des vétérans
Rose-Anne Buteau,	Conseillère en soins spécialisés, coordonnatrice du Bureau d'aide à l'innovation
Claude Claveau,	Assistante infirmière-chef
Sylvia Côté,	Chef d'unité de soins infirmiers
Christine Danjou,	Conseillère en soins infirmiers spécialisés personnes âgées
Sylvie Imbault,	Infirmière clinicienne
Michèle Laforest,	Infirmière clinicienne, hôpital de jour
Dominique Leduc,	Infirmière clinicienne
Julie Migneault,	Chef d'unité de soins infirmiers
Johanne Moreau,	Infirmière clinicienne, UCDG
Maryse Saindon,	Infirmière clinicienne, équipe intervention gériatrique
Chantal Veer,	Chef d'unité de soins infirmiers, UCDG

Nous remercions les professionnels de la santé qui ont participé aux groupes de discussions ou aux sondages sur les éléments d'évaluation et d'intervention systématiques à effectuer auprès des patients ayant des troubles de mobilité en UCDG, et plus particulièrement :

Caroline Allard,	Ergothérapeute, CSSS de la Pommeraie
Dawn Ayotte,	Nutritionniste, CUSM
Chantal Beaulieu,	Nutritionniste, HSCM
Julie Blanchette,	Ergothérapeute, CSSS de l'Énergie
Louise Bouchard,	Travailleuse sociale, CSSS de Rivière-du-Loup
Lucille Davis,	Ergothérapeute, CSSS de la Pommeraie
Annie DesRuisseaux,	Ergothérapeute, IUCPQ
Patricia Desaulniers,	Travailleuse sociale, CSSS de St-Jérôme
Léonie Doucet,	Ergothérapeute, HMR
Anik Dumas,	Ergothérapeute, CSSS Rimouski-Neigette
Joelle Flamand-Villeneuve,	Pharmacienne, IUCPQ
Marie-Pier Fournier,	Pharmacienne, CSSS de l'Énergie
Pascale Fournier,	Nutritionniste, IUGM
Stéphanie Gilbert-Baron,	Nutritionniste, CHUS
Lucie Gosselin,	Pharmacienne, IUGM
Caroline Goyette,	Ergothérapeute, CSSS de St-Jérôme
Marie-Christine Lafrenière,	Ergothérapeute, CSSS de l'Énergie
Audrey Langlois,	Ergothérapeute, IUGM
Marie-Josée Langlois,	Ergothérapeute, Hôpital de l'Enfant-Jésus
Corina Pavel,	Travailleuse sociale, IUGM
Marie-Ève Robert,	Nutritionniste, CHUS
Caroline Trottier,	Ergothérapeute, CSSS de l'Énergie

Note : Le genre féminin est utilisé pour décrire les interventions de l'infirmier(ère) sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. Toutefois, de façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé pour les mêmes raisons.

Sommaire

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique dont l'objectif principal est l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers de gériatrie.

En 2011, un sous-comité de travail portant sur l'approche clinique en UCDG auprès des personnes âgées présentant des troubles majeurs de la mobilité, d'étiologie multiple et chez qui la prise en charge est complexe, a été formé. Le sous-comité s'est donné comme mandat de proposer une application des bonnes pratiques sur la gestion des troubles de la mobilité dans le contexte des UCDG québécoises. De façon générale, les interventions pour optimiser la mobilité chez la personne âgée visent, à la fois, à réduire le risque de chute et à prévenir le syndrome d'immobilisation.

Tout d'abord, les éléments suivants sont abordés : pourquoi développer une approche en UCDG dans le contexte actuel des soins hospitaliers aux personnes âgées; les changements normaux de la mobilité reliés au vieillissement; les aspects théoriques du contrôle de la marche et de l'équilibre ainsi que les pathologies qui entraînent chez les personnes âgées des problèmes de mobilité souvent multifactoriels et causés ou aggravés par des troubles cognitifs.

Puis, la clientèle présentant des troubles de la mobilité ciblée par l'approche est définie selon quatre principaux profils de patients. Comme telle, l'approche développée se veut interprofessionnelle, pratique et structurée. Elle comporte 4 moments stratégiques qui regroupent 12 étapes. De façon générale, l'approche vise à ce que les éléments suivants soient réalisés durant l'épisode de soins des patients présentant des troubles de la mobilité :

À l'arrivée à l'UCDG (ou à l'urgence)

- Déterminer le niveau de mobilité et les mesures de sécurité requises pour les transferts et les déplacements de chaque patient hospitalisé en UCDG présentant des troubles de la mobilité;
- Identifier les patients qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité (TMSM) et un potentiel de récupération afin de leur assurer un processus de soins structuré.

Durant le séjour

- Évaluer, établir les diagnostics et traitements appropriés et suivre l'évolution en interprofessionnalisme de la mobilité des patients avec TMSM durant le séjour en utilisant des échelles de mesures standardisées (minimalement au début et à la fin du séjour);
- Mettre en place des moyens de communication efficaces pour suivre l'évolution de la mobilité du patient avec TMSM, et réagir de façon pertinente au besoin, entre les intervenants durant et entre les quarts de travail;
- Établir systématiquement un objectif sur la mobilité pour les patients avec TMSM dans le plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII), afin d'en assurer le suivi durant le séjour jusqu'au moment où l'approche structurée doit être modifiée en soins habituels;

- S'assurer durant tout le processus de soins que les patients avec TMSM et l'entourage ont participé à l'élaboration d'objectifs et aux interventions visant à maintenir leur mobilité et leur autonomie.

Au congé

- S'assurer que les patients et leur entourage ont bien intégré les informations et recommandations concernant la mobilité;
- Transmettre les informations concernant la mobilité des patients avec TMSM, même résolu, durant l'hospitalisation aux intervenants de la communauté.

Tout au long de l'épisode de soins

- Mesurer des indicateurs permettant de vérifier l'application de l'approche par l'équipe;
- Mesurer des indicateurs permettant de vérifier l'impact de l'approche pour le patient et son entourage.

Une première annexe fournit un lexique des principales notions portant sur les composantes de la marche et de l'équilibre ainsi que sur les troubles et pathologies qui peuvent les affecter. Trois annexes fournissent des informations détaillées et complémentaires sur les éléments d'évaluation et d'intervention à effectuer par le médecin (annexe 3), l'infirmière soignante (annexe 4) et le physiothérapeute (annexe 5). Une sixième annexe propose des conseils pratiques destinés aux préposés aux bénéficiaires, mais qui pourrait aussi être utilisée par des étudiants qui seraient peu familiers avec ce problème. Finalement, une dernière annexe offre des idées pratiques, récoltées en cours de rédaction de l'approche, par catégories de professionnels et sous la forme d'une vignette clinique d'un patient admis pour une détérioration de l'état général progressive et plusieurs chutes dans les derniers mois.

L'originalité de ce travail réside dans la mise en commun des connaissances et de l'expérience des professionnels de la santé œuvrant en UCDG depuis de nombreuses années et qui souhaitent une pérennité du savoir-faire en gériatrie. Néanmoins, le sous-comité souhaite obtenir les avis et commentaires, de même que des cas cliniques, des membres du RUSHGQ en lien avec l'approche proposée dans le but de l'améliorer.

Liste des acronymes

AAPA :	Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
AVD :	Activités de la vie domestique
AVQ :	Activités de la vie quotidienne
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHUS :	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIM :	Classification Internationale des Maladies
CLSC :	Centre local de services communautaires
C.O.V.S :	Clinical Outcome Variables Scale
CRP :	Protéine C réactive
CSSS :	Centre de Santé et de Services sociaux
CUSM :	Centre universitaire de santé McGill
DMLA :	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
D.S.I.E :	Demande de services interétablissements
DTA :	Démence de type Alzheimer
ECG :	Électrocardiogramme
EMG :	Électromyogramme
ESCA :	Encéphalopathie sous-corticale athérosclérotique
FSC :	Formule sanguine complète
FTSST :	Five time sit to stand test
GEM :	Grille d'évaluation de la sécurité à la marche
HTO :	Hypotension orthostatique
IMC :	Indice de masse corporelle
IUCPQ :	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
IUGM :	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
MCAS :	Maladie coronarienne athérosclérotique
MDS-UPDRS :	Movement Disorder Society- Unified Parkinson's Disease Rating Scale
MPOC :	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PAR :	Polyarthrite rhumatoïde
PFMP :	Profil fonctionnel de la mobilité en physiothérapie
PIII :	Plan d'intervention interprofessionnel individualisé
PTI :	Plan thérapeutique infirmier
ROT :	Réflexes ostéo-tendineux
RUSHGQ :	Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec
TMSM :	Troubles modérés à sévères de la mobilité
UCDG :	Unité de courte durée gériatrique
UPDRS :	Unified Parkinson's Disease Rating Scale
6MWT :	Six minutes walking test

Table des matières

1. Préambule	11
2. Introduction.....	13
3. Approche clinique auprès des personnes âgées à l'hôpital et en UCDG	14
4. Changements physiologiques reliés au vieillissement.....	15
5. Troubles de la mobilité chez la personne âgée.....	16
5.1. Réactions posturales et composantes de la marche	17
5.2. Classification des troubles de la marche et de l'équilibre	20
5.2.1. Classification en fonction des aspects neurologiques	20
5.2.2. Classification en fonction de l'élément dominant des troubles de la mobilité.....	27
6. Approche interprofessionnelle pratique et structurée en UCDG auprès des patients présentant des troubles de la mobilité	28
A. À l'arrivée à l'UCDG (accueil)	30
6.1 Effectuer systématiquement une évaluation de base de la mobilité du patient par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute	30
6.2 Implication des autres professionnels de l'UCDG.....	32
6.3 Établir une première recommandation sur la mobilité du patient	32
6.4 Établir en partenariat avec le patient et son entourage le plan de la poursuite des soins concernant la mobilité	35
B. Durant le séjour	36
6.5 Évaluations et interventions	36
6.5.1 Médecin	36
6.5.2 Infirmière	41
6.5.3 Physiothérapeute	43
6.5.4 Consultation en soins infirmiers (infirmière de suivi de clientèle), ergothérapie, travail social, nutrition et pharmacie	45
6.5.4.1. Infirmière de suivi de clientèle.....	45
6.5.4.2. Ergothérapeute	46
6.5.4.3. Travailleur social	47
6.5.4.4. Nutritionniste	48
6.5.4.5. Pharmacien	49
6.6. Établir une stratégie de communication entre les professionnels de l'UCDG sur l'évaluation et l'évolution de la mobilité du patient	50
6.6.1 Transmission des résultats des évaluations initiales	50
6.6.2 Changements au niveau de la mobilité du patient lors d'incidents aigus.....	51
6.7 Inclure un objectif de mobilité dans les réunions interprofessionnelles et le plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII)	52
6.8 Déterminer le rôle de l'entourage pour favoriser la mobilité du patient durant l'hospitalisation	53
C. Planification du congé	54
6.9 S'assurer que tous les diagnostics sont établis et que les interventions appropriées sont déterminées	54

6.10 Transmettre les informations sur la mobilité au patient et son entourage, au médecin de famille et aux intervenants de la communauté en fonction de l'orientation au congé.....	55
D. Évaluer l'efficacité et l'adhésion à l'approche	55
6.11 Évaluer l'application de l'approche par l'équipe UCDG.....	58
6.12 Évaluer l'impact de l'approche pour le patient et son entourage.....	59
7. Conclusion	60
8. Références.....	61
9. Annexes.....	69
Annexe 1. Lexique pratique pour l'évaluation et les interventions auprès des personnes âgées présentant des troubles de la mobilité.....	69
Annexe 2. Éléments de l'évaluation médicale initiale complète, défis de l'évaluation auprès des différents profils de patients présentant des troubles de la mobilité et exemple de formulaire informatisé	75
Annexe 3. Éléments de l'évaluation initiale complète de la mobilité par l'infirmière ainsi que les rôles de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires	91
Annexe 4. Éléments des évaluations d'admission et initiale complète de la mobilité par le physiothérapeute et valeurs normatives de certains tests en fonction de l'âge et du genre	97
Annexe 5. Conseils pratiques aux préposés aux bénéficiaires qui travaillent en UCDG auprès des patients âgés présentant des troubles de la mobilité	113
Annexe 6. Idées pratiques pour l'évaluation et les interventions auprès des patients âgés présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité en UCDG.....	119

Liste des figures

Figure 1. Complexité du contrôle de la marche et de l'équilibre	19
Figure 2. Schéma de l'approche interprofessionnelle auprès de la personne âgée ayant des troubles de la mobilité admise en UCDG.....	29
Figure 3. Algorithme de l'évaluation médicale des troubles de la mobilité.....	38
Figure 4. Roue de Deming	57

1. Préambule

Le Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) est une communauté de pratique mise sur pied en 2010. En 2011, près des deux tiers des établissements de santé où l'on retrouve une Unité de courte durée gériatrique (UCDG) en font partie. Un site internet (www.rushgq.org) permet aux membres d'avoir accès à une documentation pertinente en gériatrie et d'échanger par l'entremise d'un forum.

L'objectif principal du regroupement est l'amélioration continue de la qualité des soins en UCDG et dans les autres services hospitaliers de gériatrie (cliniques externes, hôpitaux de jour, etc.), par l'optimisation des compétences cliniques des professionnels y exerçant et du fonctionnement organisationnel [1]. Il vise le maintien de hauts standards de qualité dans ces programmes afin d'y traiter des patients aux situations cliniques complexes et d'agir comme milieu d'expertise.

Le comité exécutif a décidé de former en 2011 un sous-comité de travail portant sur l'approche des soins en UCDG auprès des personnes âgées présentant des troubles majeurs de la mobilité, d'étiologie multiple et chez qui la prise en charge est complexe. Le choix de ce thème découle des travaux de recherche dans les UCDG québécoises et des intérêts exprimés par les responsables des UCDG membres du RUSHGQ.

Les résultats de l'étude sur la qualité des soins dans les UCDG du Québec ont montré une grande hétérogénéité du processus de soins chez des patients admis pour une chute avec traumatisme [2]. Il avait été plus particulièrement observé que les diagnostics étaient souvent peu précis et qu'environ 50 % des éléments d'évaluation et d'intervention jugés importants à effectuer par les professionnels pour assurer un processus de soins de qualité étaient retrouvés dans les dossiers médicaux [2].

Dans la pratique, il est également constaté que l'approche clinique interprofessionnelle auprès de des patients ayant des troubles modérés à sévères de la mobilité n'est pas toujours systématique ou structurée. D'une part, cela se traduit par un rôle variable des professionnels d'une UCDG à l'autre. D'autre part, à l'intérieur d'une même UCDG, la communication des informations et des recommandations sur la mobilité entre les professionnels des trois quarts de travail ou lors des changements dans la condition du patient n'est pas toujours optimale. Le vocabulaire utilisé pour décrire la mobilité (diagnostic, caractéristiques de la démarche, équilibre, etc.) manque de précision et n'est pas bien connu de l'ensemble des professionnels concernés.

Le sous-comité s'est donné comme mandat de proposer une application des meilleures pratiques sur la gestion des troubles de la mobilité dans le contexte des UCDG québécoises. Il désire par ce travail que les patients admis en UCDG et leur entourage soient mieux informés et impliqués dans les objectifs de mobilité du patient durant et après l'épisode de soins; que les professionnels des équipes UCDG soient mieux outiller pour évaluer et intervenir de façon structurée auprès des patients qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité; contribuer à établir une culture de la mobilité à l'hôpital par l'exemple des meilleures pratiques en UCDG. Globalement, cette approche devrait contribuer à la prévention des chutes à l'hôpital, au congé et dans la communauté et minimiser la prévalence du déclin fonctionnel associé au syndrome d'immobilisation.

Le présent document poursuit les objectifs suivants :

Objectif principal :

Proposer une approche interprofessionnelle pratique et structurée en UCDG auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité.

Objectifs spécifiques :

- 1) Décrire chacune des étapes de l'approche interprofessionnelle, de l'admission à la planification du congé, en prenant en compte les principes d'un partenariat avec le patient et son entourage immédiat;
- 2) Proposer des mécanismes de communication entre les professionnels de la santé pour favoriser la mobilité du patient tout au long du séjour à l'UCDG;
- 3) Identifier des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité et l'adhésion à l'approche proposée.

Les recommandations qui seront proposées constituent les éléments clés d'une bonne pratique. Elles ne décriront pas de façon détaillée toutes les modalités opérationnelles d'une telle approche, de façon à laisser cette prérogative à chaque milieu selon leurs forces et leurs faiblesses. Cela n'empêchera toutefois pas de fournir, à l'occasion, des exemples de fonctionnement plus précis qui pourront alimenter les réflexions.

Méthodologie :

Tel que mentionné précédemment, il a été démontré que les UCDG sont hétérogènes à plusieurs égards (mission, ressources, durée de séjour, etc.) [3]. Dès le départ, il a été convenu que l'élaboration de cette approche impliquerait une consultation des professionnels de la santé membres du RUSHGQ. Cette méthode de rédaction collective et interactive avait pour but de mieux répondre aux besoins réels des membres et surtout de déterminer un consensus sur les éléments systématiques d'évaluation et d'intervention dans le processus de soins offert aux patients présentant des troubles de la mobilité admis en UCDG.

Les idées générales, basées sur la littérature pertinente, ont d'abord été discutées entre les membres du sous-comité sur la mobilité et en parallèle avec l'équipe de gériatres et du comité SAGe sur la mobilité du CHUM. Puis, trois tables de travail ont été formées correspondant aux trois principales catégories de professionnels impliqués dans l'approche, soient les médecins, les infirmières et les physiothérapeutes. Les participants aux tables de travail ont eu à élaborer les éléments spécifiques à leur profession. Chaque table de travail a impliqué des collaborateurs.

Concernant l'évaluation médicale, la table de travail des médecins a travaillé en étroite collaboration avec les gériatres du CHUM.

Pour ce qui est de l'évaluation en soins infirmiers, les infirmières faisant partie de la table de travail des infirmières ont adapté les travaux du comité de pratique réflexive en soins infirmiers gériatriques du CHUQ (avec l'accord des auteures) afin que les éléments retenus conviennent à l'ensemble des UCDG du Québec. Le comité du CHUQ était composé de 19 infirmières œuvrant dans divers types de

soins gériatriques du CHUQ (UCDG, soins de longue durée, équipe de consultation gériatrique, hôpital de jour). Il a déterminé les pratiques exemplaires concernant l'évaluation des capacités à la marche par l'infirmière chez les patients âgés admis sur une unité de soins et le rôle de l'infirmière à ce sujet auprès d'une équipe interprofessionnelle.

Quant à l'évaluation en physiothérapie, les éléments ont été déterminés par la table de travail des physiothérapeutes. Les physiothérapeutes des UCDG du CHUM ont apportés des commentaires sur les éléments retenus.

Pour les autres catégories de professionnels, ils ont été consultés au printemps 2012 par l'entremise de groupes de discussion (ergothérapeutes, travailleurs sociaux) ou par questionnaire écrit (nutritionnistes, pharmaciens). Les participants aux groupes de discussion et aux sondages ont été sollicités dans les UCDG membres du RUHSGQ via la personne contact pour le regroupement dans chaque établissement ou directement par courriel.

Au total, environ 60 professionnels médicaux et paramédicaux provenant de 30 UCDG différentes ont été impliqués dans l'élaboration du contenu de l'approche proposée. Tout au long du processus de consultation, des UCDG ont partagé des outils cliniques et administratifs qu'ils ont développés pour la prévention des chutes, incluant des dépliants ou feuillets destinés aux patients et leur entourage. Ces documents peuvent être consultés sur le site internet du RUSHGQ.

2. Introduction

Une recherche faite sur Internet avec les termes « mobilité et personnes âgées » conduit à des travaux portant sur les défis d'adaptation des moyens de transport publics (transports en commun) et privés (voiture) face à une société vieillissante. Il est également discuté de la nécessité de maintenir des commerces de proximité dans les villes pour préserver l'indépendance des personnes âgées. Bien que les préoccupations vis-à-vis la clientèle âgée, fragile admise à l'UCDG se situent à un autre niveau, elle vise le même objectif : l'indépendance fonctionnelle.

Les auteurs du chapitre *Mobility* du livre de référence *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* [4] définissent la mobilité comme la capacité de déplacer son corps dans l'espace, ce qui peut s'appliquer à la capacité à se tourner dans son lit, à monter les escaliers ou à parcourir de longues distances.

Statistiques Canada rapportait en 2007-2008 que 48 % des hommes et 57 % des femmes âgés de 65 à 74 ans étaient inactifs dans leurs loisirs. Chez les 75 ans et plus, ces pourcentages s'élevaient respectivement à 56 % et 72 % [5]. La réduction de la mobilité est donc fréquente au grand âge, mais on considérait en 2005 qu'environ 50 % des 75 ans et plus jouissaient d'une très bonne santé fonctionnelle [6]. Il a aussi été rapporté que 10 à 20 % des personnes de 85 ans et plus ont une mobilité tout à fait normale [7].

Les principaux facteurs de risque des troubles de mobilité sont l'âge, les maladies, la pauvreté, le faible niveau de scolarité et des habitudes de vie délétères telles que le tabagisme, l'obésité et

l'inactivité [4]. Les personnes âgées peuvent être moins enclines à faire de l'exercice lorsqu'elles sont seules, se sentent fatiguées ou déprimées, ressentent de la douleur ou de la raideur, ont peur de tomber, craignent pour leur sécurité ou sont tout simplement démotivées. Selon Bégin et coll. [8], « les capacités motrices, particulièrement l'équilibre et la démarche, sont d'importants prédicteurs du risque de chute, du risque de fracture et d'incapacités chez les aînés ». Les personnes âgées, leur entourage et de nombreux médecins ne connaissent pas les ressources disponibles pour prévenir ou traiter les troubles de mobilité tels les programmes structurés (Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.), centre de jour, hôpital de jour, etc.) dans les CSSS [8, 9]. De plus, les personnes âgées n'ont pas nécessairement accès ou les moyens de consulter les professionnels de la santé qui pourraient les aider à rester plus actives.

Lorsque les personnes âgées consultent leur médecin, elles se font trop souvent et rapidement dire qu'en vieillissant on doit accepter une certaine réduction de la mobilité. L'analyse des symptômes, l'examen physique et l'élaboration d'un plan d'intervention exigent beaucoup d'habiletés cliniques et de temps, lesquels dépassent pour une grande majorité des médecins traitants le cadre d'une simple consultation en cabinet médical. Résignés, les patients se confinent alors à domicile, se déconditionnent, ont tendance à ne sortir que s'ils sont accompagnés et, s'ils sont isolés, ne sortent plus de chez eux. L'importance d'une approche multidimensionnelle de la personne prend alors tout son sens.

En milieu hospitalier, les travailleurs de la santé sont de plus en plus au fait que l'hospitalisation peut aggraver grandement les problèmes de mobilité des patients admis [10, 11]. Toutefois, savent-ils qu'elle peut également être un moment privilégié pour que les personnes âgées prennent conscience de la nécessité de faire des activités physiques adaptées à leurs capacités pour prévenir le déconditionnement, les chutes, le syndrome d'immobilisation et la dépendance ?

3. Approche clinique auprès des personnes âgées à l'hôpital et en UCDG

Les services hospitaliers, médicaux ou chirurgicaux, qui n'ont pas intégré une approche adaptée à la personne âgée, se centrent souvent sur le traitement d'un organe défaillant et peuvent négliger l'importance de la prévention du syndrome d'immobilisation. Les facteurs qui freinent les professionnels de la santé à mobiliser les patients durant une hospitalisation sont complexes. Par exemple, la décision d'une infirmière de mobiliser un patient peut dépendre de la crainte des risques potentiels, des opportunités de mobiliser le patient (disponibilité), du patient lui-même (de son état physique et cognitif), de l'infirmière elle-même (de ses connaissances et son expérience) et des caractéristiques organisationnelles (facteurs environnementaux, ressources disponibles, la charge de l'unité, et surtout la mission de l'unité) [12, 13]. Une approche qui améliore l'évaluation et la perception des risques, qui augmente les opportunités de mobiliser le patient le plus tôt possible après l'admission, et qui favorise la mise en place de facteurs organisationnels incitatifs et des objectifs de soins concernant la mobilité du patient permet une meilleure prise en charge [14-25].

Au Québec, en 2010, à la demande du MSSS, un cadre de référence sur l'« Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (AAPÂ) » [10] a été produit par les instituts universitaires de gériatrie de Montréal et de Sherbrooke. Il vise à outiller les professionnels des hôpitaux pour lutter

contre le déclin fonctionnel iatrogénique, incluant la prévention du delirium et du syndrome d'immobilisation. Cette approche est actuellement en cours d'implantation dans l'ensemble des unités de soins des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) du Québec [26]. Elle devrait réduire, dans les années à venir, la prévalence du déconditionnement et de la détérioration cognitive chez les personnes hospitalisées de 75 ans et plus ainsi que le pourcentage de patients à transférer en UCDG, en réadaptation ou à relocaliser.

L'AAPA établit trois paliers d'interventions : 1) les interventions préventives systématiques; 2) les interventions spécifiques de prévention et de traitements précoces; et 3) les interventions spécialisées et de traitements. Dans ce contexte, les deux premiers paliers d'interventions peuvent être appliqués dans toutes les unités de soins hospitalières, tandis que le palier spécialisé correspond entre autres au programme d'UCDG ou de consultation en gériatrie. L'approche proposée dans ce document pourra contribuer à la mission des UCDG, soit celle d'offrir aux patients les plus complexes, une approche interprofessionnelle spécialisée axée sur l'importance d'une démarche diagnostique précise, d'une intervention appropriée des problèmes de santé avec une optimisation cognitive et fonctionnelle en collaboration et continuité informationnelle avec le réseau communautaire de première ligne.

4. Changements physiologiques reliés au vieillissement

Pour certains patients âgés, se mobiliser peut être une activité très éprouvante. Il importe de savoir différencier les changements physiologiques normaux reliés au vieillissement et ceux causés par des pathologies qui influencent la mobilité. Une description complète des changements physiologiques associés au vieillissement normal a été effectuée dans le document de l'« Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier » [10]. À travers l'illustration d'une rencontre entre un patient et un préposé aux bénéficiaires (PAB), nous présentons ici un résumé des changements reliés à la mobilité hospitalisée pour une condition aiguë.

Il est 7 h 30 du matin, le préposé entre dans la chambre d'une nonagénaire pour la préparer à un examen en radiologie. Elle a été admise trois jours plus tôt pour une septicémie d'origine urinaire. Il n'ouvre pas la lumière, car il ne veut pas perturber la voisine de lit.

La patiente dort. Elle s'est réveillée 2 ou 3 fois pendant la nuit, car à cet âge, on a souvent tendance à s'éveiller à chaque cycle de sommeil et on prend plus de temps à se rendormir. Elle ouvre les yeux, mais contemple un environnement embrouillé à travers ses cataractes et des cornées moins transparentes. Sa rétine a besoin de plus de lumière que les personnes plus jeunes, mais il n'y en a pas. Ses champs visuels sont rétrécis. Elle prend quelques secondes de plus pour se situer dans l'environnement. Elle ne distingue pas clairement ce que le préposé lui dit d'autant plus si sa voix est aiguë ou s'il murmure. Elle entend moins bien, surtout les hautes fréquences, soit les « s » et les « t ». Elle a peut-être mal enregistré hier le fait qu'elle allait en examen ce matin.

Elle doit se lever, mais elle le fait avec une force musculaire diminuée de 50 % et une puissance musculaire (c'est-à-dire la capacité à fournir un effort important en quelques secondes) encore plus atteinte. Le préposé remarque la musculature atrophiée de ses membres et sa musculature

abdominale, pelvienne et scapulaire moins tonique. Les experts parlent de sarcopénie pour décrire ces changements.

Les gestes sont plus lents. La posture est légèrement fléchie. Les changements au niveau du collagène et de l'élastine des cartilages, des articulations et des tendons rendent la patiente moins flexible. La colonne vertébrale rigide rend plus difficile le mouvement de se pencher pour ramasser les pantoufles. Lever le bras à plus de 120 degrés pour s'appuyer sur l'épaule du préposé est un geste difficile. Il l'encourage à pousser avec les bras sur le bord du matelas. Finalement debout, la tension artérielle s'abaisse quelques secondes et la fait osciller. Elle est inquiète d'être étourdie. La tension artérielle se stabilise : ses barorécepteurs ont pris plus de temps à transmettre l'information que 500 cc de sang s'étaient déplacés du thorax vers l'abdomen et les cuisses. D'autres diront que c'est l'appareil vestibulaire de l'oreille interne, sensible au déplacement linéaire et angulaire de la tête, qui est lent à transmettre l'information. Elle regarde le sol pour se sécuriser. La patiente marche les pieds un peu traînants, car l'extension plantaire de la cheville est réduite de 50 % et lorsqu'on marche à petits pas, le pied ne se déroule pas. Le problème est aggravé par des pantoufles inadéquates. Elle qui se levait facilement et marchait sans essoufflement, est fatiguée une fois arrivée au fauteuil roulant ou à la civière.

5. Troubles de la mobilité chez la personne âgée

En plus des changements physiologiques normaux associés à l'âge, l'apparition de diverses pathologies entraînent chez les personnes âgées des problèmes de mobilité souvent multifactoriels et causés ou aggravés par des troubles cognitifs [13, 27]. Les facteurs impliqués sont de nature biologique, psychologique et sociale. La présente section présente une synthèse des notions théoriques qui aideront à comprendre les problèmes de mobilité rencontrés chez les patients. Comme il n'était pas possible de redéfinir dans le présent texte tous les termes utilisés, un lexique pratique a été élaboré (annexe 1).

De façon générale, les troubles de la mobilité chez les personnes âgées sont complexes et multifactoriels. Ils peuvent toucher les systèmes neurologique, locomoteur et cardio-pulmonaire ainsi que la vision et l'audition. Quant aux problèmes de dépression et d'anxiété, se traduisant par de l'apathie ou la peur de tomber, plusieurs cliniciens les considèrent comme des pathologies psychiatriques ou des problèmes psychologiques, alors qu'ils peuvent aussi être liés à des changements cognitifs. Par ailleurs, les maladies aiguës et les médicaments peuvent également provoquer ou aggraver les troubles de mobilité occasionnant de la faiblesse, de l'hypotension orthostatique ou une diminution de la vigilance. Ces deux derniers éléments doivent être une préoccupation constante des équipes hospitalières.

En plus des aspects biologiques et psychologiques, nous avons constaté dans notre pratique que les valeurs et les expériences personnelles de chaque personne influencent son rapport à l'activité physique. Durant leur jeunesse, les personnes très âgées ont eu à fournir des efforts physiques importants : peu de moyen de transport, travaux de la vie domestique difficiles, etc. Les femmes, plus particulièrement, ont été peu encouragées à faire de l'exercice physique, ce qui a contribué à une plus grande vulnérabilité de leur équilibre postural en vieillissant. Elles ont travaillé fort physiquement

et ont souvent internalisé l'idée d'avoir enfin mérité le droit de se reposer. Pour plusieurs personnes âgées, faire de l'exercice n'amène donc pas le plaisir et la satisfaction que l'on voit chez les plus jeunes. De plus, il y a plusieurs dizaines d'années, des maladies comme la scoliose congénitale, la subluxation de la hanche, les déformations des genoux et des pieds, les séquelles de polio ou d'accidents étaient moins bien compensées, et les chirurgies correctrices ou pour traumatisme, moins perfectionnées et moins accessibles.

Les professionnels des UCDG doivent proposer des interventions en composant avec les pathologies courantes du vieillissement (arthrose, atteintes périarticulaires ou neurologiques, etc.), auxquelles peuvent se surajouter des blessures, des douleurs et des déformations accumulées durant des années, chez des patients qui souvent mettent en doute les vertus de l'exercice.

5.1. Réactions posturales et composantes de la marche

La marche bipédale s'est développée parallèlement au développement du lobe frontal. Cette structure neurologique, la plus récente phylogénétiquement, serait la plus touchée par le vieillissement.

Les réactions posturales sont les mécanismes qui nous permettent de se mettre et de rester en position debout ainsi que de marcher, grâce à des synergies musculaires coordonnées des muscles gravitaires et antigravitaires. Le **réflexe de redressement et de maintien de la station debout**, c'est-à-dire se lever debout et rester dans cette position, se développe entre l'âge de 0 et 12 mois, parallèlement à la force musculaire (équilibre statique). Par la suite, se développe le système d'**équilibre**, c'est-à-dire que le mouvement de la jambe lors de la marche ne doit pas déséquilibrer le corps. Il apparaît entre l'âge de 10 et 18 mois. C'est à ce moment que se développe le **réflexe de déplacement du centre de gravité**, la marche étant une suite de déséquilibres constants vers l'avant, générés par le déplacement du centre de gravité situé entre les deux cols fémoraux au niveau des vertèbres sacrées S2-S3 (équilibre dynamique).

Par la suite, se développent les **réactions posturales d'anticipation**. Pour mieux saisir ce qu'elles sont, imaginez que vous levez une valise que vous croyez pleine mais qui est vide. La force inutile que vous déployez vous projettera vers l'arrière. Vous utiliserez alors vos **réactions de secours adaptés**, soit, bouger les chevilles, fléchir la hanche ou faire des pas supplémentaires pour vous rééquilibrer. Dans d'autres situations, vous fléchirez les genoux dans une réaction dite de suspension.

Si vous tombez, vous utiliserez vos **réactions de protection** : coudes dirigés vers l'arrière ou bras tendus en avant, pour amortir la chute. Si vous êtes un adepte d'arts martiaux, vous allez pouvoir vous amuser à rouler et vous relever, comme si rien ne s'était passé.

Les personnes âgées, mêmes celles qui ne présentent pas de troubles de mobilité, ont en général un temps de réaction plus lent et des réactions de secours moins efficaces. Des articulations raides et douloureuses et une faiblesse musculaire n'aident pas le patient à éviter un plus grand déséquilibre et la chute potentielle subséquente.

De plus, si le patient âgé est atteint d'une maladie de type parkinsonien qui atteint les réactions posturales, il tombera sans un geste, sans réaction de secours ou de protection, comme un arbre qu'on abat [28, 29].

Quant à la marche, elle comporte trois principales composantes, soient l'équilibre, statique et dynamique, la locomotion ainsi que l'adaptation.

L'équilibre se définit comme la capacité à **se redresser, se lever et se tenir assis ou debout** contre la force de gravité grâce au réflexe de redressement et de maintien de la station debout et lors de la locomotion.

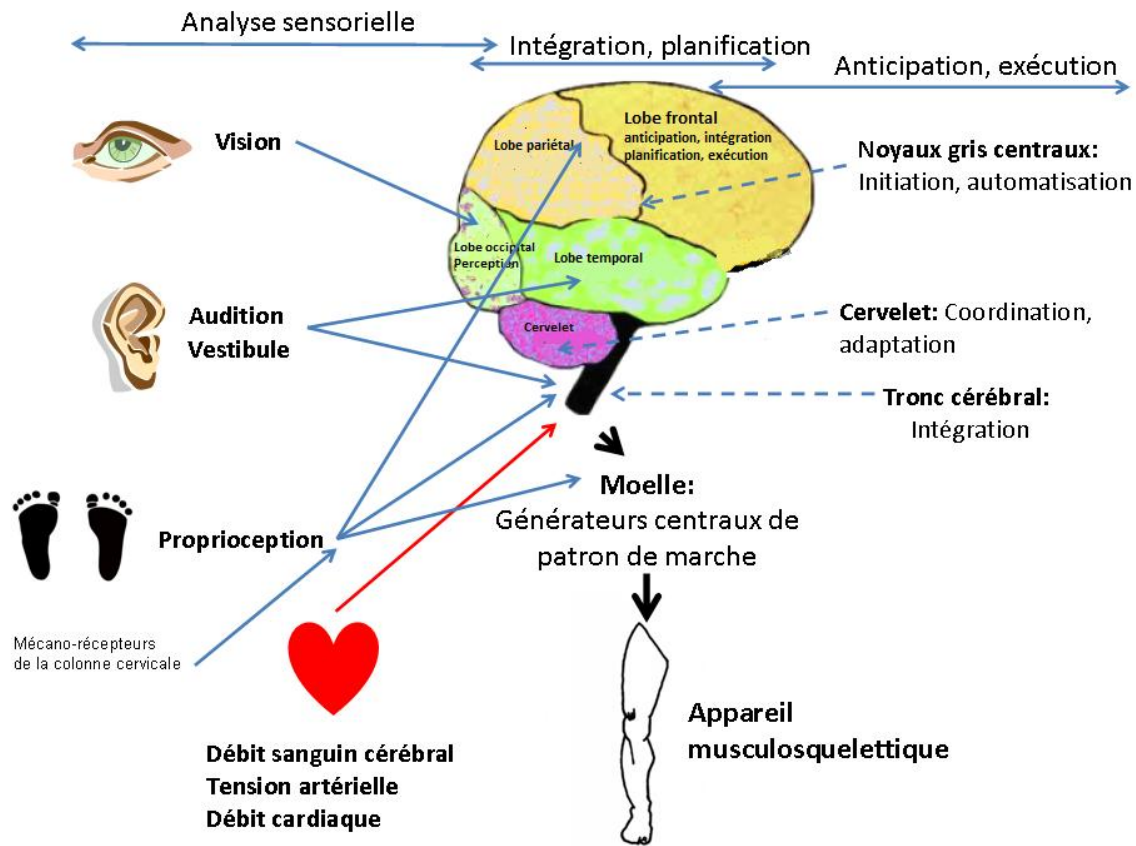
La locomotion (marche) est une activité automatique de déplacement rythmique des membres inférieurs. Lors de la marche, nous passons 40 % du temps en phase oscillante, c'est-à-dire sur un pied. Si un déséquilibre est ressenti, le pas se raccourcit afin d'augmenter le temps en double appui. La vitesse de marche diminue de 30 % avec l'âge

Vulgarisons le concept en disant **que la locomotion est une boucle réflexe**. Nous percevons l'environnement par nos sens : proprioception, appareil vestibulaire et vision. Ces sensations sont transmises au tronc cérébral et l'ajustement souhaité est transmis aux effecteurs (les nerfs périphériques, les muscles, les tendons qui enveloppent les articulations et les os) pour faire varier le pas selon les inégalités de la surface où nous marchons. Ces adaptations sont très rapides, souvent inconscientes, mais ralentissent avec l'âge. Marcher, c'est se mettre en déséquilibre à répétition.

Quant à **l'adaptation**, elle réfère à l'ajustement de l'équilibre et de la locomotion aux contraintes de l'environnement grâce aux réflexes posturaux d'anticipation des déplacements du centre de gravité et aux ressources attentionnelles.

La marche est un comportement moteur complexe. Tel qu'illustré à la figure 1, elle repose sur l'intégration de plusieurs systèmes neurologiques. Il existe un contrôle hiérarchique du cortex cérébral à la moelle épinière [30].

Figure 1. Complexité du contrôle de la marche et de l'équilibre



Source : adaptée des références [31] et [27]

Le premier niveau se situe au niveau de la moelle épinière. C'est le niveau de base pour tous les vertébrés. Il existe des générateurs centraux de patron de marche dans la moelle qui, lorsqu'ils sont excités, produisent une activité rythmique de la locomotion. Ces neurones reçoivent des afférences proprioceptives des muscles, des tendons, des ligaments, de la peau, et aussi des afférences visuelles, auditives, vestibulaires et somesthésiques.

Le deuxième niveau se situe dans le tronc cérébral. Ce sont les neurones de la région locomotrice sous-thalamique et de la région locomotrice mésencéphalique. Ces générateurs sont silencieux et nécessitent d'être activés par les noyaux gris centraux pour déclencher la locomotion. L'*output* se fait via les neurones de la formation réticulée ponto-médullaire. Le cervelet sert de chef d'orchestre pour assurer la précision du mouvement.

Le troisième niveau se situe au niveau des noyaux gris centraux. Ils jouent un rôle dans la sélection des programmes moteurs automatiques, stéréotypés et autogérés. Il est pratiquement impossible d'élucider un comportement volontaire sans l'implication des noyaux gris centraux.

Le quatrième niveau se situe au niveau du cortex cérébral. Il joue un rôle dans l'anticipation, l'intégration, la préparation et l'exécution de la locomotion.

Le patron de marche et la posture d'une personne sont uniques et reflètent le développement de l'appareil neurolocomoteur et de son usure. Marcher, c'est se mettre en déséquilibre constant. Une marche sécuritaire se fait grâce à une bonne perception, interprétation et intégration de l'environnement, ainsi qu'à une bonne capacité à générer et moduler sa force et à sélectionner les stratégies selon l'environnement et ses propres capacités. Il faut également connaître les limites de ses réactions de secours lors d'un trébuchement. **On comprend alors toute l'importance des fonctions cognitives lors de la marche.**

5.2. Classification des troubles de la marche et de l'équilibre

Les classifications des maladies provoquant des troubles de l'équilibre et de la marche sont nombreuses. Les écrits de Nutt et coll. [32-34], basés sur les principes de Hughlings Jackson [35], ont fait école en gériatrie en classifiant les troubles à la marche en bas (problèmes musculo-squelettiques, problèmes sensoriels périphériques), moyen (hémiplégique, paraplégique, extra-pyramidal cérébelleux choréique et dystonique) et haut niveau (démarche frontale, déséquilibre frontal et sous-cortical, défaut pur d'initiation de la marche et démarche précautionneuse). D'autres auteurs [27] ont fait des classifications à travers des descriptions cliniques : démarche antalgique, parétique/hypotonique, spastique, hémiparétique, ataxie sensorielle, cérébelleuse ou frontale, dyskinétique, hypokinétique rigide, précautionneuse ou de haut niveau.

Nous avons opté pour deux classifications. La première, d'inspiration neuroanatomique, se veut didactique et fait référence aux différents niveaux où on peut retrouver des lésions : les différentes parties du cerveau, la moelle, les nerfs, les muscles et les articulations. Nous retenons huit niveaux (les auteurs décrivent trois à dix niveaux) qui illustrent bien la complexité du maintien de cette fonction [27, 33, 34, 36-38]. Le but est de faire un diagnostic le plus précis en déterminant tous les niveaux d'atteinte possible.

La deuxième est une classification typologique plus simple [39] qui comporte quatre principaux types de troubles de la marche et de l'équilibre (douleur, faiblesse, ataxie et hypokinésie), pouvant être modulés par des aspects cognitivocomportementaux (apathie, témérité/impulsivité, anxiété/peur de tomber). Nous avons choisi cette deuxième classification pour détailler les interventions spécifiques qui peuvent être faites en interprofessionnalisme.

5.2.1. Classification en fonction des aspects neurologiques

Les neurologues classent les troubles de la marche de façon neuroanatomique sur plusieurs niveaux en recherchant où est la lésion. Fattal et Lanska [36] imagent cette classification en la comparant à un immeuble à étage. Au premier niveau, on retrouve les afférences et les efférences; aux niveaux suivants, la moelle, le tronc cérébral, le cervelet, le thalamus, les ganglions de la base, le cortex et la substance blanche sous corticale; et au *penthouse*, les problèmes psychogéniques. Les patients ont le plus souvent des problèmes à plusieurs niveaux.

Au premier niveau :

❖ **Afférence : système vestibulaire, vision, proprioception**

En phase aiguë, les patients souffrant de problèmes vestibulaires (ex. : labyrinthite) présentent des vertiges, nausées et vomissements et de la latéropulsion (se déséquilibrer sur un côté) selon le site de la lésion. Après la phase aiguë, les patients gardent une impression d'instabilité et la démarche est précautionneuse (comme lorsqu'on marche sur la glace). On peut remarquer cette situation chez les patients qui ont plusieurs atteintes perceptuelles (vision, audition, proprioception) ou un trouble de la démarche de haut niveau.

Les patients souffrant de troubles proprioceptifs (ex. : diminution de la vibration et du sens de position par une polyneuropathie diabétique) peuvent être simplement précautionneux, mais si l'atteinte est sévère, ils deviennent ataxiques (le rythme du pas varie et on ne peut pas prédire où arrivera le pas). Le test de Romberg sera positif, la démarche sera talonnante, c'est-à-dire que le patient ne sentant pas bien le sol, lève trop haut le pied pour éviter de trébucher et percute le talon au sol pour mieux sentir où il met le pied.

Cette classification n'intègre pas nécessairement les douleurs d'irradiation provenant du dos ou du membre inférieur qui peuvent créer une sensation qui perturbe le patron de marche en diminuant le temps d'appui sur un côté et provoquer une boiterie. Lors d'un déséquilibre, les réactions posturales automatiques vont être perturbées par ces sensations douloureuses.

❖ **Efférences : muscle, jonction neuromusculaire, nerf**

La faiblesse des patients gériatriques est plus souvent liée à la sarcopénie (diminution de la masse musculaire), surtout des muscles proximaux des membres inférieurs (de la hanche), engendrée par le vieillissement normal et aggravée par la sédentarité et la dénutrition. Ce problème se constate par exemple lorsque le patient se lève de sa chaise. Le test des cinq levers de chaise ou du nombre de lever en 30 secondes (cf. Annexe 5) devrait devenir un test de routine en clinique. Les patients sont encore plus faibles lorsqu'ils sont décompensés du point de vue physique : anémie, septicémie, etc. Ils souffrent de faiblesse générale et sont à haut risque de se déconditionner.

Cette classification exclut les problèmes d'obésité, d'œdème et d'arthrose de la hanche et des genoux qui ralentissent la marche et provoquent des faiblesses localisées et les déformations de la colonne qui déplacent le centre de gravité et rendent la marche plus laborieuse. Cela contribue également à l'accélération de la sarcopénie liée au vieillissement et au déconditionnement chronique.

Plusieurs maladies neuromusculaires peuvent également venir accentuer cette sarcopénie : la myopathie aux stéroïdes, la myopathie diabétique, la polymyalgie rhumatique, etc. La faiblesse des moyens fessiers (qui font l'abduction de la hanche et aide à passer un pied devant l'autre) provoque une démarche dandinante ou de Trendelenburg si elle est unilatérale avec inclinaison latérale du tronc pour compenser la chute du bassin contralatérale. Lors d'une faiblesse du quadriceps le patient aura tendance à bloquer le genou et faire une

hyperextension forcée du genou. Une atteinte du nerf sciatique poplité externe donnera un steppage, le patient devant lever davantage le pied pour éviter que la pointe ne s'accroche sur le sol.

Nous verrons peu de patients avec des faiblesses de type myasthénie, polymyosite ou dues à la sclérose latérale amyotrophique, mais beaucoup plus de complications diabétiques. **Il faut toujours rester vigilant et surtout ne pas adhérer à la pensée « qu'on est faible parce qu'on est vieux ». On est plutôt faible parce qu'on ne bouge plus et qu'on se déconditionne.**

Au deuxième niveau :

❖ **L'atteinte de la moelle**

L'atteinte des voies pyramidales du cortex à la moelle entraîne de la spasticité. Les jambes et les genoux sont raides avec circumduction d'une ou des deux jambes. On parle de marche en ciseaux. La pathologie la plus fréquemment rencontrée est la sténose spinale (souvent cervicale), mais le tableau clinique comportera aussi une cervicobrachialgie ou une névralgie costale, avec une atteinte sensitive et même sphinctérienne. Il faut garder en mémoire également la possibilité de lésions compressives (tumeurs, métastases), ischémiques inflammatoires ou infectieuses (myélite).

Au troisième niveau :

❖ **Tronc cérébral**

Les lésions vasculaires du tronc se présentent souvent par un trouble de la marche et de l'équilibre. La base est élargie, la marche précaire, et on retrouve des signes d'atteinte pyramidale.

L'atteinte des noyaux vestibulaires du tronc cérébral qui sont reliés avec l'appareil vestibulaire entraînera des vertiges et également une atteinte de l'équilibre.

Au quatrième niveau :

❖ **Cervelet**

Dans une atteinte cérébelleuse, la démarche est ébrieuse et ressemble à celle observée chez les individus intoxiqués à l'alcool. L'ataxie est multidirectionnelle avec polygone élargi. Il arrive que des maladies dégénératives, par exemple, la dégénérescence spinocérébelleuse soient diagnostiquées au grand âge, l'histoire familiale sera positive et l'évolution lentement progressive. L'atteinte vasculaire est cependant la plus fréquemment rencontrée dans ce groupe d'âge.

Au cinquième niveau :

❖ **Thalamus**

Le thalamus est un relai sensitif et moteur important et joue également un rôle dans l'éveil cortical. Il est en lien avec le cervelet, les noyaux gris centraux et le cortex frontal qui sont des structures impliquées dans l'équilibre.

Au sixième niveau :

❖ **Noyaux gris centraux**

La séméiologie extrapyramidale (syndrome extrapyramidal) est bien connue : tremblements de repos, bradykinésie, rigidité, perte des réflexes posturaux d'anticipation, de secours et de protection lorsque la maladie avance. En station debout, on remarque une attitude générale en flexion, alors que la tête et le tronc sont penchés vers l'avant. Les hanches et genoux sont également semi-fléchis. Les avant-bras sont collés au corps, en demi-flexion. Ceci est associé à une instabilité posturale avec tendance à la rétropulsion.

À la marche, on observe un démarrage lent, avec parfois du piétinement sur place (bégalement de la marche) ou carrément une immobilité (enrayage cinétique). Une fois initiée, la marche se fait à petits pas lents et traînants, le tout dans une attitude soudée, secondairement au tronc en flexion antérieure et à la perte du balancement d'un ou des deux bras, collés au corps. Souvent, c'est lorsqu'on détourne l'attention du patient par exemple à la marche qu'on retrouvera le tremblement caractéristique de la main, en forme d'émiettement (ou pills rolling, en anglais). Les demi-tours sont instables et décomposés. Le sujet parkinsonien démontre une grande difficulté devant les obstacles, même d'ordres visuels seulement, tels que les seuils de portes. Enfin, on peut observer de brusques accélérations involontaires (*festination*), donnant l'impression de « courir après son centre de gravité ».

Le tremblement de repos est le signe le plus connu de la maladie de Parkinson. Chez 70 % des sujets, il sera le premier symptôme, ce qui moins vrai chez les personnes âgées ou la forme rigido-akinétique est plus fréquente. Il s'agit d'un tremblement qui commence généralement de façon unilatérale au niveau de la main ou du pied. Il se manifeste par des mouvements alternés de flexion et d'extension des doigts, d'adduction et d'abduction du pouce comme pour faire un geste d'émiettement. À mesure que la maladie progresse, le tremblement pourra éventuellement affecter les membres du côté opposé. La caractéristique principale de ce tremblement est qu'il s'atténue lors de l'exécution de mouvements volontaires, ce qui le distingue des autres formes de tremblement.

Il faut se rappeler que la festination est le plus souvent caractéristique des atteintes des noyaux gris centraux. Cependant, les défauts d'initiation de la marche, *freezing* ou enrayage cynétique, peuvent être d'origine extrapyramidale ou frontale.

Les patients souffrant d'une atteinte des noyaux gris centraux ont une atteinte importante des réflexes posturaux tels que démontrés par la poussée sternale.

Les patients souffrant de maladie de Parkinson ou de syndromes apparentés (par exemple, syndrome parkinsonien médicamenteux et syndrome parkinsonien vasculaire, maladie à corps

de Lewy, paralysie supra-nucléaire progressive, dégénérescence corticobasale, dégénérescence multisystème (type extrapyramidal, dysautomique ou cérébelleux) sont parfois admis dans nos services pour des problèmes de chute et les consultants en neurologie s'ils sont disponibles peuvent aider à bien préciser le diagnostic et la prise en charge.

Les troubles de posture classiques de Parkinson, tels que la cyphose, le flexum des hanches et des genoux, sont parfois mimés par l'ostéoporose, l'arthrose ou des maladies dégénératives de la colonne.

Mis à part la dyskinésie tardive secondaire à la prise de neuroleptiques, les troubles de démarche hyperkinétique choréiques et dystoniques se rencontrent moins fréquemment en gériatrie. Les patients souffrant de tremblements orthostatiques des membres inférieurs sont vite fatigués en station debout et deviennent instables.

Au septième niveau :

❖ Troubles de démarche de haut niveau « High level gait disorder »

En théorie, ces troubles de la marche sont liés soit à une atteinte corticale ou aux connections sous-corticales (par exemple, état lacunaire pseudobulbaire, leucoaraiose périventriculaire importante, hydrocéphalie à pression normale, démence frontale, démence vasculaire sous corticale, démence à corps de Lewy, maladie d'Alzheimer avancée). En raison de ces pathologies, les problèmes de mobilité observés seront une combinaison de parkinsonisme léger, d'éléments de spasticité (fauchage), d'ataxie (base élargie, pas irréguliers), de démarche magnétique (pieds collés au sol), de difficulté d'initiation de la marche et de mobilisation harmonieuse du tronc lors du demi-tour ou lors des transferts. Le patient peut aussi avoir des troubles d'équilibre dynamique, une irrégularité de pas et la difficulté à gérer les obstacles secondaires à un trouble d'attention.

Dans l'atteinte corticale ou sous corticale légère, la marche peut-être aussi simplement irrégulière, en partie à cause de changement visuoperceptuel (certains auteurs parlent d'instabilité à la marche), ou précautionneuse et présenter quelques éléments de parkinsonisme (dos vouté, pas courts, triple flexion, diminution du balancement des bras avec une base de sustentation qui n'est pas étroite comme chez les parkinsoniens, et détour en bloc, mais sans festination ou tremblement). Lorsque le problème s'aggrave, la démarche devient « collante » ou *magnétique* (lorsqu'on ne voit pas le déroulement du pied à la marche), les membres inférieurs sont plus rigides que les membres supérieurs, la base et la longueur de pas varient et les patients ont des atteintes des réflexes posturaux.

Lorsque l'atteinte est plus sévère, la démarche est apraxique, le patient avançant deux fois le même pied ou les plaçant l'un devant l'autre. La marche devient erratique avec des blocages. Il n'y a plus de connexion entre le lobe frontal et les membres inférieurs. Le patient ne sait plus marcher en raison des pertes des schémas moteurs et de l'intégration corticale. Les patients qui sont assez bien cognitivement peuvent parler de leur détresse devant des membres inférieurs qui ne répondent plus et de la peur de tomber liée à ce déficit.

Dans ces atteintes, le patient peut aussi être apathique, peu motivé et attendre, sans vraiment le souhaiter, d'être mobilisé par d'autres. Il peut être peu sensible aux sensations internes de faim, de miction, ou autres qui, en général, motivent même un patient instable médicalement, à se mobiliser.

Les troubles à la marche liés aux troubles cognitifs sont maintenant fréquemment étudiés en recherche clinique. Des tests globaux, comme la vitesse de marche ou le « Timed up and go » (TUG) ou des tests d'équilibre plus spécifiques comme le Berg (cf annexe 5), devraient être faits lors du suivi cognitif. Dans le cadre de protocole de recherche, l'enregistrement électronique sur tapis instrumenté d'un déplacement permet d'étudier la variabilité de la cadence et l'instabilité du pas. On fait ces enregistrements avec ou sans travail cognitif (ex. : compter à l'envers) et on a démontré chez les patients souffrant de troubles cognitifs légers ou de démence dégénérative débutante que la marche se désorganise, ce qui expliquerait en partie l'augmentation du risque de chute rapporté dans la littérature.

L'histoire et la description des types de marche des niveaux 1 à 6 peuvent être assez stéréotypées alors que celles des troubles de démarche de haut niveau donnent lieu à des débats de classification et de nomenclature. Certains auteurs amalgament les troubles à la marche extrapyramidaux et de hauts niveaux en les appelant *troubles moteurs hypokinétiques* (peu de mouvement).

Les patients en délirium qui sont assez instables pour nécessiter une aide technique ont un patron de marche imprévisible avec une négligence étonnante des obstacles en raison du trouble d'attention qui est inhérent à leur condition.

Les atteintes graves au niveau cardio-pulmonaire (dyspnée sévère, bas débit cardiaque), vasculaire (claudication) ou de l'orthostatisme vont entraîner plus de sédentarité et de déconditionnement. Même le redressement peut-être difficile : le patient étant faible, étourdi et rapidement épuisé par l'effort. Il aura peur de tomber surtout s'il a déjà fait des syncopes avec blessure. Il sera précautionneux et prendra une aide à la marche. Si l'examen neurolocomoteur et le scan cérébral sont normaux, on devra conclure que le tableau clinique a été provoqué, par exemple, par une sténose aortique critique. Cette condition aura entraîné un déconditionnement aggravé par les conséquences psychologiques de la peur de tomber d'une chute d'origine cardiaque.

Dans les troubles de la marche, l'histoire clinique et du trouble à la marche, l'examen clinique et l'imagerie aideront à préciser le diagnostic.

Au penthouse :

❖ **Aspect psychologique ou comportemental**

Tous les types de démarche anormale peuvent être aggravés par l'anxiété/peur de tomber, le degré de motivation, l'apathie ou la témérité.

La peur de tomber est un problème courant chez les personnes âgées [40-42]. Cette peur peut se retrouver même chez les personnes qui n'ont jamais chuté [43]. La peur est une réaction

instinctive au danger et de ce fait, les personnes qui sont déjà tombées ont tendance à limiter les situations qu'elles perçoivent comme étant dangereuses, elles reconnaissent leurs limitations physiques et ajustent ainsi leurs activités [44]. Toutefois, ceci peut être une réaction à double tranchant. La peur de tomber n'est pas un problème si cela n'est pas excessif et si cela n'interfère pas avec le fonctionnement quotidien [45]. Donc, lorsque cette peur n'est pas contrôlée, des conséquences sévères telles qu'une restriction importante d'activité physique et sociale peut se produire [45-48]. De plus, la peur de tomber est un facteur de risque de chutes et est aussi associée à un risque de mortalité accrue, à un risque de dysfonctionnement et à un hébergement prématuré [45]. En bref, la peur de tomber peut résulter en isolement, en inactivité et aurait un impact négatif sur la qualité de vie [45, 49].

La peur de tomber peut se présenter par des attaques de panique lorsqu'on fait l'activité qui a entraîné la chute précédente [44]. Le patron de marche s'en trouve affecté; la personne a une démarche anormale, hésitante et irrégulière. Elle aura tendance à s'agripper sur des meubles ou marchera uniquement avec de l'aide physique. La personne exprimera beaucoup d'anxiété face à sa sécurité à la marche [44]. Il y a quelques mesures disponibles et brèves pour quantifier objectivement la peur de tomber et ses impacts fonctionnels [45, 50]. Il ne faut pas oublier de traiter le trouble anxieux ou de l'humeur qui se traduit par un syndrome de la peur de tomber.

Une patiente de 98 ans, a subi à 95 ans une rupture tendineuse au niveau du genou gauche lors d'une séance de conditionnement physique, compliqué d'une instabilité articulaire la condamnant à la canne à l'extérieur. À 98 ans, elle vit de façon autonome dans son condo de 5 pièces sans utiliser d'aide technique à la marche mais en faisant livrer ses courses et en sortant accompagnée. Elle déplore craindre de sortir seule à l'extérieur sans déambulateur sur plus de 100 mètres. Elle a cessé de danser avec ses fils à cause de vertige en tournant et elle raconte spontanément qu'elle est incapable de marcher sur un quai qui avance dans l'eau « car ses pieds deviennent de ciment et n'avancent plus » : phénomène qui va se renverser si elle peut toucher une personne. Sa peur de tomber devient paralysante et mime une atteinte de haut niveau quand elle est couplée à sa peur de l'eau.

L'apathie organique se définit comme un trouble de la motivation, non lié à la personnalité, empêchant le patient de s'engager dans une activité selon les possibilités de l'environnement (à l'hôpital, avec l'équipe de soin) et des stimulations internes du patient (ses besoins et ses goûts). Ce problème peut se manifester dans trois principaux domaines : celui de l'action (entamer une conversation ou répondre, faire ses AVQ), celui de la cognition (s'intéresser aux activités de son entourage, à ses loisirs) ou celui de l'émotion, c'est-à-dire que le patient ne ressent rien quant aux événements positifs ou négatifs de l'environnement, par exemple à nos efforts pour rendre la situation agréable et donc ne réagit pas. Les patients apathiques posent un grand défi aux équipes gériatriques et nécessitent un suivi particulier pour ne pas se déconditionner.

Par ailleurs, il est important d'exclure les problèmes de surdité, de cécité, le delirium et la prise de médicaments ayant un impact sur le système nerveux central qui peuvent mimer l'apathie

ou entraîner de façon secondaire un état d'apathie. De plus, un patient peut présenter de l'apathie et un manque de motivation à cause d'une dépression. La limite est mince entre la maladie psychiatrique et organique, mais le traitement du patient se fait selon la métaphore psychiatrique qu'il présente et les antidépresseurs peuvent être utilisés dans les deux pathologies.

Quant à la témérité, elle implique souvent de l'anosognosie, c'est-à-dire la non reconnaissance de ses limites dans le cadre d'une démence, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un délirium ou de l'impulsivité dans le cadre de troubles frontaux. La témérité peut également sous-tendre de l'orgueil et le refus de demander de l'aide, ou même une négation de la dépendance. Le patient préfère risquer une chute plutôt que d'essuyer le regard exaspéré ou apitoyé d'un aidant ou d'un soignant surchargé. L'approche du patient téméraire doit donc être nuancée et tenir compte des valeurs de vie du patient.

Finalement, le problème de simulation des troubles de la marche (trouble de la marche factice) se rencontre rarement en gériatrie, mais certains patients pour des raisons psychologiques ont des patrons de marche tout à fait inexplicables.

5.2.2. Classification en fonction de l'élément dominant des troubles de la mobilité

Azulay et coll. [39] proposent une classification diagnostique qui simplifie la description ci-dessus, **en jugeant de l'élément dominant**, tout en sachant que le patient peut présenter plusieurs types de troubles à la marche ou de problèmes comportementaux. Par exemple, il peut être souffrant, avoir une faiblesse antalgique et marcher à petits pas en triple flexion sur une encéphalopathie artériosclérotique sous corticale sévère, le tout aggravé par un syndrome de la peur de tomber.

L'élément dominant est déterminé parmi les suivants :

- ❖ la douleur (démarche antalgique);
- ❖ l'ataxie, atteinte sensorielle, cérébelleuse ou fronto-pariétale. On peut inclure dans cette catégorie les patients Alzheimer qui marchent assez rapidement mais qui ont des pas irréguliers, qui croisent la ligne médiane, et dévient;
- ❖ les troubles moteurs de type mécanique ou par faiblesse de toute étiologie (boiterie, dandinement fauchage, déconditionnement de toute cause);
- ❖ les troubles moteurs de type hypokinétique (plus lents que faibles ou ataxiques). Cette catégorie inclut les syndromes parkinsoniens, l'hydrocéphalie, les états lacunaires, les troubles frontaux ou frontaux sous-corticaux et la démence sous-corticale. Les réflexes posturaux sont souvent atteints.

6. Approche interprofessionnelle pratique et structurée en UCDG auprès des patients présentant des troubles de la mobilité

La figure 2 (page suivante) présente un schéma de l'approche qui comporte quatre moments stratégiques et regroupent douze étapes au total.

Les objectifs sous-jacents à cette approche sont que l'équipe multiprofessionnelle :

À l'admission à l'UCDG :

- effectue une évaluation de base du niveau de mobilité et une estimation du potentiel de récupération de chaque patient hospitalisé en UCDG qui présente un trouble de la mobilité;
- détermine une première recommandation sur les mesures de sécurité requises pour les transferts et les déplacements de chaque patient hospitalisé en UCDG qui présente un trouble de la mobilité;
- identifie les patients qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité (TMSM) afin de leur assurer un processus de soins structuré complémentaire à celui de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- établit en partenariat avec le patient ayant un TMSM et son entourage le plan de la poursuite des soins concernant la mobilité.

Durant le séjour :

- évalue les causes du TMSM, révisé le potentiel de récupération, planifie les interventions appropriées en partenariat avec le patient et ses proches et suit l'évolution de la mobilité durant le séjour en utilisant des échelles de mesures standardisées (minimalement au début et à la fin du séjour);
- met en place et utilise des moyens de communication interprofessionnelle efficaces pour suivre l'évolution de la mobilité du patient avec TMSM, et réagit de façon pertinente au besoin, entre les intervenants durant et entre les quarts de travail;
- s'assure de la présence d'un objectif sur la mobilité partagé avec les patients présentant un TMSM dans le plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII);
- implique, à travers des objectifs élaborés dès le début et durant le processus de soins, les patients avec TMSM dans le recouvrement ou le maintien de leur autonomie et intègre leurs propositions de stratégies et ceux de leur entourage face à la mobilité.

Au congé :

- transmet les informations concernant le statut de la mobilité du patient qui a présenté ou présente toujours un TMSM aux intervenants de la communauté ainsi que les recommandations pertinentes pour poursuivre la récupération fonctionnelle et atteindre le niveau optimal de mobilité.

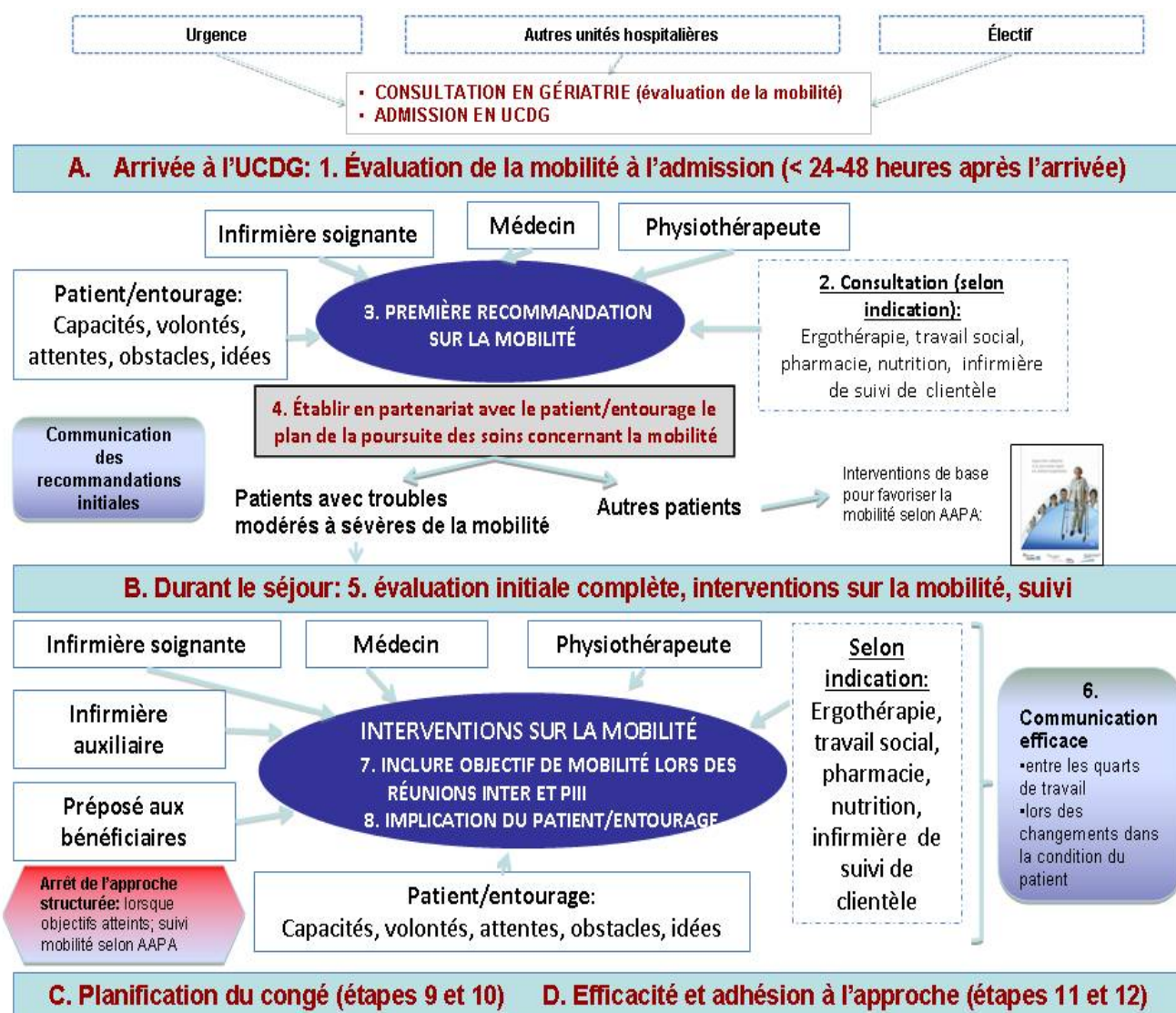
Tout au long de l'épisode de soins :

- évalue l'impact de l'approche pour le patient ayant présenté un TMSM et son entourage ainsi que l'application de l'approche par l'équipe.

Voyons maintenant en détail chacun des éléments de l'approche.

L'admission en UCDG se fait majoritairement par le service des urgences, mais peut aussi se faire via une autre unité hospitalière ou de façon élective. Plusieurs outils de dépistage des personnes âgées à risque de chute ont été développés dans les CSSS et certains sont disponibles dans l'inventaire des outils cliniques accessible sur le site internet du RUSHGQ (www.rushgq.org). Ces outils, ainsi que les critères d'admission en UCDG, ne sont pas discutés dans le présent document car cela dépasse le mandat du sous-comité de travail.

Figure 2. Schéma de l'approche interprofessionnelle auprès de la personne âgée ayant des troubles de la mobilité admise en UCDG



A. À l'arrivée à l'UCDG (accueil)

6.1 Effectuer systématiquement une évaluation de base de la mobilité du patient par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute

Toutes les personnes âgées admises en UCDG qui présentent des troubles de la mobilité d'étiologie multiple ou qui subissent un immobilisme forcé et chez qui la prise en charge est complexe doivent être idéalement rencontrées pour une évaluation initiale par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute. **Cette évaluation de base ou d'admission s'effectue à l'arrivée du patient à l'UCDG. Idéalement, les évaluations des trois professionnels ne devraient pas dépasser les 24-48 heures et auront peut-être été faites à l'urgence ou sur une autre unité avant le transfert. L'évaluation de base par l'un ou l'autre de ces trois professionnels est toutefois suffisante pour effectuer la première recommandation sur la mobilité afin d'éviter que le patient ne soit pas mobiliser dès que possible.**

L'évaluation de base poursuit deux objectifs : 1) dépister les troubles de la mobilité afin de transmettre des recommandations au patient, à l'entourage et à l'équipe concernant les transferts, la station debout et les déplacements sur l'unité; et 2) identifier les patients qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité et chez **qui on estime qu'il y a un potentiel de récupération** afin de poursuivre les étapes de l'approche interprofessionnelle structurée.

Ce sous-groupe est défini comme étant les patients qui présentent une ou des problématique(s) parmi les suivantes :

➤ **Faiblesse locale ou généralisée :**

- patient qui présente de la difficulté à se lever spontanément et qui a constamment besoin de l'aide d'une personne pour effectuer les transferts et/ou la marche à cause d'une faiblesse; il pourra en plus présenter un syndrome de la peur de tomber important ou un grand déconditionnement;
- instabilité à la marche sur hypotension orthostatique;

➤ **Hypokinésie/rigidité :**

- patient qui présente de la difficulté à se lever spontanément et qui a constamment besoin de l'aide d'une personne pour effectuer les transferts et/ou la marche à cause d'une rigidité; il pourra en plus présenter un syndrome de la peur de tomber important ou un grand déconditionnement;

➤ **Démarche instable/ataxique :**

- patient téméraire ou impulsif dans les transferts et/ou la marche, qui le rend à risque de chute;
- patient sous contention pour risque de chute;
- patient qui ne prend pas l'aide technique, augmentant le risque de chute;

➤ **Douleur incapacitante :**

- patient dépendant dans les transferts et/ou la marche résultant d'une douleur importante;
- patient qui ne tolère pas d'être assis ou verticalisé.

Les patients des deuxième et troisième groupes présentent fréquemment des troubles cognitifs d'origine corticale ou sous-corticale. Une composante comportementale peut être associée (apathie, témérité, anxiété/peur de tomber, régression psychomotrice) à chaque profil de patient. Un patient peut passer d'un profil à l'autre durant une même hospitalisation. Par ailleurs, les patients qui ont chuté avec séjour prolongé au sol (plusieurs heures) pourraient profiter l'approche pour éviter les séquelles psychologiques liées à ce type d'accident.

L'approche ne s'applique pas pour :

- *les patients âgés qui sont admis sur une autre unité hospitalière que l'UCDG;*
- *les patients qui sont admis à l'UCDG mais qui ne correspondent pas aux critères énumérés précédemment (patient avec troubles légers de la mobilité ou à l'inverse un patient complètement dépendant, etc.);*
- *les patients qui présentent un trouble de mobilité transitoire, par exemple lors d'une septicémie ou d'un delirium.*

Ces patients devraient être traités selon les principes de l'AAPA qui vise le maintien de la mobilité chez tous les patients admis en UCDG (peu importe comment elle est atteinte) et prévenir le syndrome d'immobilisation [10].

On devrait retrouver au dossier médical des patients avec TMSM une note indiquant clairement la prise en charge structurée des troubles de la mobilité, sur la feuille de prescription médicale par exemple, qui sera facilement lue par l'équipe UCDG.

Les éléments de l'évaluation initiale complète par le **médecin** [4, 27, 32, 37] sont présentés à la section 6.5.1 et l'annexe 2. Selon l'état de santé du patient, la première évaluation du médecin à l'arrivée à l'UCDG porte sur une partie ou l'ensemble des éléments. Cependant, tous les éléments doivent avoir été évalués la première semaine du séjour.

Les éléments de l'évaluation initiale complète de la mobilité par l'**infirmière** [51] sont présentés à l'annexe 3. Selon l'état de santé du patient, la première évaluation de l'infirmière à l'arrivée à l'UCDG porte sur une partie ou l'ensemble des éléments. L'évaluation de base doit idéalement être faite dès l'admission à l'UCDG ou peut être faite lors de la consultation en gériatrie par l'infirmière de clientèle gériatrique à l'urgence ou sur une autre unité. Idéalement, l'infirmière devrait effectuer l'évaluation de base de la mobilité lors du premier transfert ou à la première mise en position debout du patient lors de son admission à l'UCDG.

Les éléments de l'évaluation de la mobilité par le **physiothérapeute** [52, 53] sont présentés à l'annexe 4. Selon la pratique en UCDG, il s'est avéré que cette évaluation se fait souvent en deux étapes : une évaluation d'admission, qui permet de faire une évaluation de base de la mobilité chez tous les patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité, et ce, malgré une instabilité clinique. Cette évaluation d'admission est souvent faite à la chambre. L'évaluation initiale complète est la continuité de l'évaluation d'admission et permet d'évaluer en détail les différents domaines (neurologiques, musculo-squelettiques et cardio-respiratoires) couverts par la pratique en physiothérapie.

Il est exceptionnel que des patients admis en UCDG n'aient pas besoin d'être évalués et suivis en physiothérapie à cause d'une ou des chutes dans la dernière année, de douleur, de troubles de la marche et de l'équilibre, etc. Toutefois, à la suite de son évaluation initiale, le physiothérapeute peut juger que le patient n'a pas besoin d'un suivi spécifique en physiothérapie durant son séjour à l'UCDG et le référer, au besoin, à des ressources communautaires au congé (programme P.I.E.D., centre de jour ou hôpital de jour, groupe d'exercices Parkinson, centre des aînés, etc.). Certains établissements de santé offrent un suivi sur une base externe à l'hôpital.

6.2 Implication des autres professionnels de l'UCDG

Les ergothérapeutes sont impliqués lorsqu'il y a un trouble important de la marche et de l'équilibre et interviendront de façon urgente s'il y a un problème de positionnement ou d'adaptation de l'environnement ou de l'assis au fauteuil, pour faciliter les transferts, prévenir les plaies, faciliter la prise alimentaire et trouver des alternatives aux contentions. Dans les UCDG où les patients sont admis par transfert (état médical stabilisé), l'évaluation initiale est souvent effectuée conjointement avec le physiothérapeute.

Les travailleurs sociaux sont eux aussi impliqués lorsqu'il y a un trouble important de la marche et de l'équilibre. Leur rôle principal est de soutenir le patient et son entourage dans la gestion du risque de chute à l'hôpital et la planification du retour à domicile à l'aide des ressources familiales, communautaires et privées. Lorsque le patient doit être dirigé dans un milieu d'hébergement, le travailleur social intervient pour soutenir le patient et son entourage immédiat dans ce changement de vie important. Dans les milieux urbains principalement, les infirmières de suivi de clientèle âgée ont une contribution similaire aux travailleurs sociaux dans cette problématique. Elles dépistent les cas plus complexes qui nécessitent l'intervention plus approfondie du travailleur social.

Tous les patients présentant des troubles de la mobilité devraient être dépistés pour la dénutrition et la déshydratation. Un bon état nutritionnel et une hydratation adéquate contribuent de façon importante aux capacités de se mobiliser. Le dépistage de ces problématiques peut facilement être fait par l'infirmière et le médecin. Les patients présentant des problèmes modérés à sévères de dénutrition protéino-énergétique devraient être référés d'emblée aux nutritionnistes.

Pour tous les patients admis en UCDG qui présentent un trouble important de la marche et de l'équilibre, le médecin devrait réviser le risque médicamenteux de façon à optimiser le traitement pharmaceutique. Là où la ressource est disponible, le médecin devrait compter sur la collaboration d'un pharmacien clinicien.

Les éléments systématiques d'évaluation et d'intervention pour chacun de ces catégories de professionnels sont présentés à la section 6.5.4.

6.3 Établir une première recommandation sur la mobilité du patient

Cette recommandation peut être effectuée par le médecin, le physiothérapeute ou l'infirmière. Elle doit être basée sur une évaluation de la mobilité (cf. section 6.1).

Voici une proposition de recommandations sur la mobilité [54] et des éléments de décision :

- Autonomie complète :
 - Aucune aide technique ou surveillance n'est requise pour les transferts et la marche.
 - Transferts et marche :
Le patient peut faire ses transferts et se déplacer seul dans la chambre et sur l'unité de manière sécuritaire sans accompagnement.
- Autonomie modifiée :
 - Le patient n'a pas besoin de surveillance, mais il nécessite une aide technique ou une adaptation (plus de temps) pour ses déplacements/transferts.
 - Transferts et marche :
Le patient peut circuler dans le corridor, mais il peut, par exemple, oublier sa marchette, être bloqué par un obstacle ou être à la recherche de sa chambre ou être téméraire.
- Surveillance:
 - Une surveillance étroite est requise en plus de l'aide technique s'il y a lieu. L'accompagnateur fournit des consignes et indices au patient. Il ne lui fournit pas d'aide physique directe mais il est prêt à lui en donner si le risque de chute survient.
 - Transferts :
Par exemple, le patient qui a tendance à la rétropulsion.
 - Marche :
Par exemple, le patient qui est chancelant ou légèrement instable lors de la marche.
- Aide légère :
 - Une aide physique légère est constamment requise en plus de l'aide technique s'il y a lieu. Le patient fournit de 75 à 99 % d'effort, tandis que l'accompagnateur fournit entre 1 et 25 % d'aide.
 - Transferts :
Par exemple, le patient a besoin d'une aide physique légère pour sortir les jambes du lit, pour initier ou soutenir le redressement du tronc lors du transfert couché-assis, pour soutenir le redressement ou la descente du corps lors du transfert assis-debout.
 - Marche :
Par exemple, le patient a besoin d'une aide physique légère pour contrôler la marchette ou pour compenser une légère perte d'équilibre.
- Aide modérée :
 - Une aide physique modérée est constamment requise en plus de l'aide technique s'il y a lieu. Le patient fournit de 50 à 74 % d'effort, tandis que l'accompagnateur fournit de 26 à 50 % d'aide.
 - Transferts :
Par exemple, le patient nécessite que l'on fasse la demie du mouvement et plus à sa place pour sortir les jambes du lit ou pour effectuer le redressement du tronc.
 - Marche :

Le patient peut se déplacer sur une courte distance seulement et nécessite de l'aide pour maintenir son équilibre, car l'utilisation d'une marchette ne fournit pas l'aide suffisante.

- Aide importante :
 - Une aide physique importante est constamment requise. Le patient nécessite que l'on effectue presque l'entièreté du mouvement à sa place pour les transferts; il ne peut pas marcher, il se déplace habituellement en pivot avec une ou deux personne(s) selon sa collaboration ou sa corpulence. Le patient fournit peu d'effort soit de 25 à 49 %, tandis que l'accompagnateur fournit de 51 à 75 % d'aide.
- Aide totale :
 - Une aide physique totale est constamment requise. Le patient nécessite que l'on effectue l'entièreté du mouvement à sa place pour les transferts. Le patient fournit peu d'effort 0-24 % dû à une absence de collaboration ou à une faiblesse importante. Les transferts nécessitent une manipulation par deux personnes (si faible corpulence) ou le lève-personne.

Par la suite, la recommandation sur la mobilité sera révisée régulièrement en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Il est à noter que tout le personnel de l'UCDG doit être vigilant et réagir au besoin auprès d'un patient qui présente une difficulté à se mobiliser sur l'unité.

Utilisation des détecteurs de mouvement (alarme) en UCDG

Selon ce qui a été rapporté (printemps 2012) dans 14 UCDG au sous-comité sur la mobilité par l'entremise du forum du site internet du RUSHGQ, la principale utilisation des alarmes est la prévention des chutes chez un patient qui ne respecte pas les consignes associées à un risque de chute élevé (delirium, altération des fonctions cognitives, chutes à répétition). C'est un moyen, parmi d'autres utilisés, dans une démarche alternative à la contention physique ou chimique. Il a été rapporté que ces alarmes sont aussi utilisées pour les patients errants qui ont besoin d'être mis en isolement. L'alarme est alors accrochée au cadre de porte de la chambre. L'évaluation de la pertinence d'utiliser de tels moniteurs peut être effectuée au besoin par l'infirmière, mais doit toujours être discutée en interdisciplinarité. Les critères d'utilisation ne sont pas standardisés. Les modèles utilisés sont variés et le nombre disponible par UCDG est également variable.

Ce mode de fonctionnement peut être anxiogène pour le patient et le personnel. Il doit être enlevé dès que possible.

6.4 Établir en partenariat avec le patient et son entourage le plan de la poursuite des soins concernant la mobilité

L'entourage doit être informé dès l'arrivée à l'unité de l'approche proposée par l'équipe de gériatrie face à la mobilité. C'est à chaque équipe de déterminer qui est responsable de transmettre l'information. Les capacités, volontés, objectifs, perceptions, attentes et idées du patient doivent être colligées au début et en cours de l'hospitalisation. Un objectif de mobilité doit toujours être établi avec lui et son entourage à moins d'une condition médicale qui la contre-indique ou une situation de fin de vie.

Les stratégies de communication suivantes [55] favorisent un bon partenariat avec le patient et son entourage:

- être chaleureux, gentil et ouvert;
- accueillir les membres de l'entourage, savoir leur nom;
- être honnête;
- être compréhensif et empathique lors de situation émotionnelle;
- utiliser l'écoute active avec les membres de l'entourage;
- créer un environnement de confiance, par exemple appeler, tel que promis, les membres de l'entourage au moment convenu;
- être respectueux;
- encourager les membres de l'entourage à se détendre;
- créer des opportunités pour la discussion avec l'entourage.



Des exemples de directives claires par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute pour la poursuite des soins après l'évaluation initiale sont respectivement présentés aux sections 6.5.1, 6.5.2 et 6.5.3. Ces directives doivent être écrites dans le plan de travail des PAB et le plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII).

Certaines UCDG ont constaté que les informations écrites sur les notes d'évolution en soins infirmiers ne sont pas toujours lues étant donné la quantité importante d'informations qu'on y retrouve et qui doit être analysée rapidement. C'est pourquoi certaines UCDG ont décidé que les recommandations concernant la mobilité seraient inscrites dans la section portant sur les ordonnances médicales non-

pharmacologiques. Comme l'état du patient peut changer rapidement, les directives au personnel soignant doivent alors pouvoir être modifiées par l'infirmière qui communique avec le médecin traitant. Quant aux autres moyens de communication écrite (feuille de transfert, inscription au chevet, pictogrammes), ils peuvent varier selon le milieu.

B. Durant le séjour

6.5 Évaluations et interventions

6.5.1 Médecin

6.5.1.1. Poursuivre l'évaluation

L'évaluation à l'anamnèse et à l'examen du patient admis en gériatrie se doit d'être complète [4, 27, 32, 37]. Il faut être conscient que de reporter indument des grandes parties de l'examen empêche d'identifier précocement des diagnostics. **On ne répétera jamais assez l'importance d'établir le degré de réduction de mobilité et le déconditionnement actuel du patient par rapport à sa condition d'avant l'incident aigu.** Il ne faut pas se limiter à ce que le patient dit pouvoir faire mais objectiver ce qu'il fait vraiment. Par exemple, le patient peut dire s'habiller mais il reste en robe de chambre sauf lorsqu'il sort à l'extérieur une fois par semaine; ou ne met jamais ses bas et ses souliers car se pencher pour le faire lui coupe le souffle; ou ne se lave jamais les pieds, car il ne les rejoint pas facilement.

Voici un autre exemple : une patiente qui joue au bingo une fois semaine, qui s'occupe de ses courses, de ses repas et de son ménage seule peut donner l'impression d'être autonome, jusqu'à ce qu'on découvre qu'une amie l'accompagne au bingo en taxi, les courses sont faites par téléphone, la nourriture mangée est prise directement dans la boîte de conserve, et qu'être assise ou couchée 22 heures par jour n'entraîne pas beaucoup de désordre dans son logement.

Les éléments de l'évaluation médicale optimale complète sont présentés à l'annexe 2, ainsi qu'un exemple de questionnaire détaillé informatisé. **Tous les éléments devraient avoir été couverts une fois la condition clinique ayant été stabilisée.** Les défis rencontrés lors de l'évaluation dans la pratique selon les profils de patients sont également présentés à l'annexe 2.

L'évaluation médicale des troubles de la mobilité comporte les principales étapes suivantes :

- 1) analyser les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques, la liste des médicaments et leur impact sur l'état général, les capacités fonctionnelles et la mobilité;
- 2) documenter la trajectoire de déclin à accomplir les activités habituelles de la vie courante (histoire du trouble de mobilité).

L'histoire détaillée du trouble de la marche et de l'équilibre peut débuter par une question ouverte, telle que « Depuis quand avez-vous noté que vous ne marchiez plus à l'extérieur

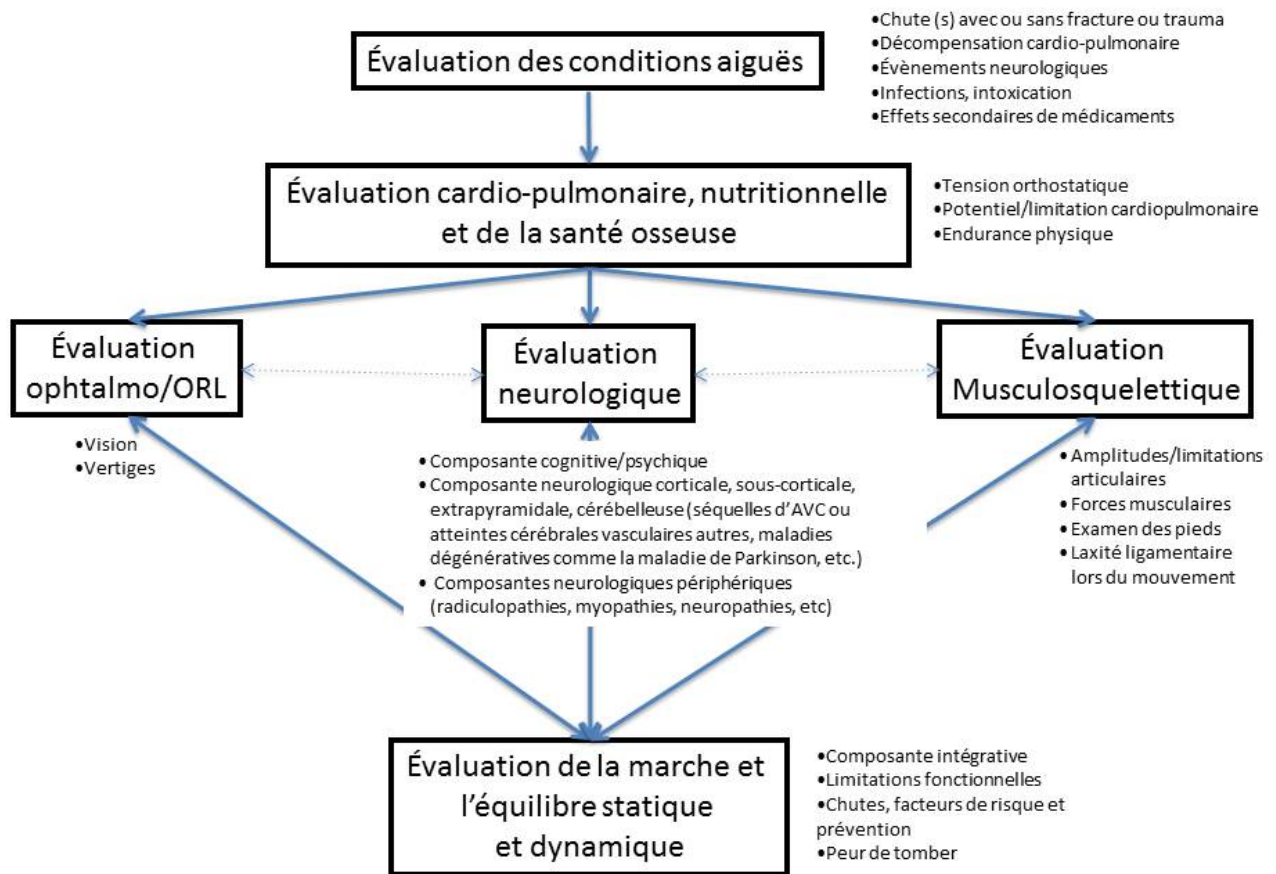
aussi vite que les autres ou que faire des courses vous fatiguait plus que les autres ? ». Le problème peut avoir évolué en escalier et plusieurs évènements sont survenus et ont conduit le patient au niveau de mobilité actuelle.

On explorera, par la suite, les causes qui peuvent être liées à des conditions cardio-pulmonaires graves ou à des problèmes musculo-squelettiques : raideur localisée, limitation d'amplitude, douleur, traumatisme avec séquelle, faiblesse localisée. Du point de vue neurologique, on explorera : la vision, par exemple, y a-t-il diplopie ? Le patient sent-il bien le sol ? Y a-t-il des étourdissements et vertiges au repos ou lors de mouvements ? Est-ce que le déséquilibre est apparu brutalement ou de façon insidieuse ? Est-il accompagné de tremblement ou d'autres mouvements anormaux ? Y a-t-il une difficulté à bouger le tronc en position couchée ou lors des transferts ? Est-ce que le patient a remarqué du piétinement à l'initiation de la marche ou lors d'un changement de direction ? Y a-t-il accélération de la marche ?

Si le patient a des troubles cognitifs, entre autres d'allure fronto sous corticale, on s'assurera qu'il n'y a pas d'hallucinations, de somnolence excessive ou d'incontinence qui nous orienteraient vers une maladie à corps de Lewy ou une hydrocéphalie à pression normale.

- 3) Documenter le patron de marche, la peur de tomber et s'il y a eu des chutes, quels sont les facteurs de risque et les mesures préventives déjà amorcées dans la communauté;
- 4) Faire un examen complet selon l'algorithme de la figure 3 (page suivante):
 - a. identifier les problèmes de santé aigus (par exemple: synovite, fracture, AVC, ischémie périphérique);
 - b. évaluation cardio-pulmonaire, nutritionnelle et de la santé osseuse;
 - c. évaluation ophtalmo-ORL, neurologique et musculo-squelettique;
 - d. identifier les problèmes de santé rapidement progressif (par exemple: tumeur, compression de la moelle, de la queue de cheval ou des nerfs périphériques);
 - e. évaluer l'équilibre statique et dynamique. Déterminer à la fois l'étiologie du trouble à la marche et les caractéristiques psychologiques des patients rencontrés.

Figure 3. Algorithme de l'évaluation médicale des troubles de la mobilité



Cet algorithme s'applique de façon générale. À la suite de cette évaluation, le médecin devrait être en mesure de déterminer à quel profil des troubles de la mobilité correspond celui du patient examiné, soit : le patient très souffrant, le patient faible, le patient très peu mobile/hypokinétique, le patient ataxique/instable; et s'il y a lieu, la composante comportementale associée (apathique, téméraire, anxieux avec peur de tomber/régression psychomotrice).

Les examens complémentaires sont faits en temps opportun. L'investigation des troubles sensoriels peut être approfondie par des consultations en ophtalmologie et en oto-rhino-laryngologie. Les polynévrites se confirment et se quantifient, si nécessaire, par un électromyogramme (EMG) qui est aussi utile dans les pathologies musculaires. Les causes neurologiques centrales sont évaluées par les scans et les résonnances magnétiques du cerveau et de la moëlle. Les problèmes musculo-squelettiques peuvent être investigués par radiographies simples, échographies, scans, résonnances magnétiques ou en médecine nucléaire selon les indications. Les neurologues, les physiatres et les gériatres consultants peuvent être d'une aide précieuse pour clarifier les diagnostics et le pronostic ou pour suggérer des traitements.

Le questionnaire, l'examen, l'observation répétée de la marche durant le séjour hospitalier, couplés aux investigations et aux discussions interprofessionnelles, devraient nous permettre de faire des diagnostics précis.

Il arrive de trouver dans les feuilles sommaires d'hospitalisation des formulations diagnostiques reliées aux troubles de la mobilité qui ne se sont pas suffisamment précises ou qui sont reliées à une condition transitoire. Dans le premier cas, l'utilisation des termes « troubles de mobilité » sous-entend une difficulté à se déplacer d'un point A à un point B, mais sans en indiquer la raison. Dans le deuxième cas, il n'est pas nécessaire d'inscrire les troubles de la marche et de l'équilibre transitoires liés à un délirium. On verra plutôt s'il y a des séquelles sur la marche et l'équilibre de la démence ou de la maladie grave qui a provoqué le délirium.

Lorsque l'on regarde la formulation des diagnostics reliés aux troubles de la mobilité que l'on retrouve dans la 10^{ième} révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10)[56] (par exemple, «Anomalies de la démarche et motilité», «Démarche instable», «Troubles de la coordination»), on constate que la terminologie proposée est loin d'être précise car elle n'indique pas l'étiologie des troubles.

Nous proposons donc que les vocables à utiliser comme diagnostic soient :

- 1) **«Troubles de la marche secondaire à ...»**, et l'on énumère ensuite tout ce qui est anormal au niveau des atteintes des efférences au premier niveau de la classification : faiblesse antalgique ou par atteinte de la racine L5 avec pied tombant et déconditionnement. Il est souvent difficile de déterminer qu'il n'y a pas de trouble d'équilibre mais c'est possible si le résultat au test de Berg est élevé et que le patient fait un demi-tour facilement. Les troubles sensoriels s'inscrivent dans les pathologies de l'équilibre.
- 2) **«Troubles d'équilibre secondaire à ...»**, et l'on énumère ensuite tout ce qui est anormal. Ce diagnostic peut s'utiliser pour les atteintes sensorielles et centrales, comme par exemple, une atteinte labyrinthique.
- 3) **«Troubles de la marche et de l'équilibre secondaires à ...»**, et l'on énumère ensuite tout ce qui est anormal au niveau de la boucle réflexe de la marche; par exemple : coxarthrose hanche gauche, faiblesse proximale gauche, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) sévère, ménière, démence de type Alzheimer (DTA) légère à modérée, etc.

6.5.1.2. Transmettre les informations pertinentes à l'équipe, au patient et son entourage

Selon les informations recueillies lors des groupes de discussion auprès des professionnels des UCDG, les éléments suivants de l'évaluation médicale initiale sont particulièrement importants pour les autres membres de l'équipe UCDG :

- fournir les hypothèses diagnostiques, surtout concernant les aspects cardiovasculaires et neurolocomoteurs (atteinte centrale ou périphérique, origine de la douleur, atteintes récentes/anciennes/réversibilité);
- discuter le diagnostic différentiel, préférablement par écrit;
- fournir un avis sur le potentiel/pronostic du patient;
- obtenir les tests qui confirment les lésions physiques;
- estimer la durée de séjour à la première réunion interprofessionnelle, afin de pouvoir planifier le travail (interventions immédiates vs ce qui peut être fait dans les jours suivants);
- partager les objectifs de mobilité visant une indépendance fonctionnelle durant le séjour à l'unité en fonction du retour dans le milieu de vie d'origine;
- mentionner les précautions à appliquer et signes d'alerte à rapporter.

Après chaque réunion interprofessionnelle, les objectifs de mobilité partagés doivent être rediscutés avec le patient et son entourage. Lors de la détermination du niveau de soins désirés par le patient, ce ne sont que pour ceux en soins palliatifs qu'on ne stimulera plus les déplacements. On devra cependant leur appliquer les mesures préventives de l'AAPA liées à certains aspects du syndrome d'immobilisation pour limiter les souffrances liées à certaines complications (ex. plaies de decubitus) [10].

6.5.1.3. Faire le suivi de l'évolution de la mobilité en partenariat avec le patient et son entourage

Lorsque le trouble de mobilité est la raison principale de l'admission et qu'il s'agit d'un problème actif en traitement, il doit faire l'objet d'un suivi à chaque visite médicale. Le patient doit être questionné sur les problèmes ressentis (ex. : douleur, raideur, peur de tomber etc.) et ce qu'il fait ou aimerait faire pour maintenir ou améliorer ses capacités. Le médecin doit discuter avec le patient de sa perception de l'évolution de sa condition, force, endurance, etc. et convenir avec lui des objectifs de traitement.

L'entourage doit être informé des impressions diagnostiques et de l'intervention proposée pour optimiser la mobilité. L'équipe doit discuter avec eux de leur rôle à motiver le patient à garder son autonomie dans les AVQ, à se mobiliser avec la surveillance requise et à exécuter les exercices prescrits si un programme spécifique lui est remis.

En collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, le médecin intervient sur les aspects suivants :

- effectuer le(s) diagnostic(s) et proposer des traitements;
- contrôler la douleur tout en réduisant au minimum l'utilisation de médicaments causant l'hypotension orthostatique et la somnolence;
- prescrire ou réviser la médication donnée pour les problèmes de santé aigus et s'assurer que le patient a un apport alimentaire satisfaisant en calcium et vitamine D sinon suppléer pour atteindre un équivalent total journalier de 1200 mg en calcium (apport maximal tolérable par jour : 2000 mg) et de 800 UI de vitamine D (apport maximal tolérable par

jour : 4000 UI). Pour ceux qui souffrent d'ostéoporose, ajouter en plus un médicament antirésorbant (biphosphonate ou autres);

- renforcer l'importance d'un programme de mobilité dans les AVQ et des exercices adaptés à la condition du patient;
- contribuer, en collaboration avec l'infirmière et le travailleur social, à déterminer le risque de chutes et établir la tolérance de ce risque par le patient et son entourage;
- recommander l'utilisation de moyens alternatifs aux contentions, suivre leur effet et les cesser si nécessaire.

Le médecin doit évaluer, en collaboration avec l'équipe, les progrès de mobilité en observant le patient selon son niveau d'autonomie au lit, aux transferts ou à la marche. Il doit intervenir pour diminuer l'anxiété du patient qui a peur de tomber, donner des buts au patient apathique et encadrer les téméraires face aux conséquences négatives de leurs gestes. Il encourage le patient à participer à ses AVQ, aux thérapies spécifiques en physiothérapie, en ergothérapie et à suivre les conseils des autres professionnels (nutritionniste, pharmacien, infirmière, travailleur social, etc.).

6.5.2. Infirmière

6.5.2.1. Poursuivre l'évaluation

L'infirmière poursuit l'évaluation des éléments de l'évaluation initiale complète de la mobilité (annexe 3) si ceux-ci n'ont pas pu être complétés lors de l'admission.

6.5.2.2. Informer l'équipe de soins des interventions spécifiques pour maintenir ou améliorer la mobilité

L'infirmière coordonne l'intervention et assure la continuité avec l'équipe de soins sur les différents quarts de travail. Pour ce faire, elle informe l'infirmière auxiliaire et le PAB des interventions spécifiques pour maintenir ou améliorer la mobilité via, entre autres, le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de travail des préposés aux bénéficiaires.

Les rôles des infirmières auxiliaires et des PAB sont présentés à l'annexe 3. Des conseils pratiques pour interagir avec le patient concernant ses capacités et ses perceptions face à sa mobilité ont été élaborés pour les préposés aux bénéficiaires et sont présentés à l'annexe 5.



6.5.2.3. Faire équipe et développer un partenariat avec le patient et son entourage

Tout au long du séjour, l'infirmière discute avec le patient et son entourage des interventions spécifiques de façon à ce qu'ils soient parties prenantes des décisions et qu'ils participent à l'approche préventive, de maintien ou d'amélioration de la mobilité. Elle identifie avec le patient et son entourage les obstacles (ex. soulagement la douleur) à l'application du plan d'intervention et sollicite leur participation pour l'évaluer et l'améliorer. Elle planifie avec le patient l'horaire des soins de façon à prioriser les interventions visant la mobilité tout en tenant compte du besoin de repos et de récupération. Au quotidien, l'infirmière et son équipe soulignent au patient ses capacités et ses efforts; elles l'aident à en reconnaître les résultats bénéfiques tant sur sa mobilité que sur son état de santé global.

Voici des exemples d'implication [57] à discuter avec l'entourage pour l'intégrer aux soins selon leurs volontés:

- être présent;
- être le lien pour le retour à la maison;
- faire des activités agréables avec le patient;
- être une présence rassurante ou support émotionnel pour le patient;
- présent au niveau spirituel (prier avec le patient) s'il le désire;
- apporter les effets personnels du patient à l'hôpital;
- aider avec l'alimentation/boire, déplacement, bain, toilette, habiller;
- donner de l'information à l'équipe de soin à propos du patient;
- apprendre de l'équipe de soin à propos des soins et traitements donnés;
- être sur que l'équipe de soins puisse identifier et tenir compte des besoins du patient;
- participer aux traitements médicaux et infirmiers;
- travailler comme partenaire avec l'équipe de soin;
- participer aux décisions à propos du patient;
- autres membres qui peuvent participer afin de partager le rôle d'aidant.

L'infirmière planifie et coordonne les actions de l'équipe de soins infirmiers de façon à « faire équipe » et à agir en synergie avec le patient et son entourage. Elle accompagne le patient/entourage dans leur apprentissage sur l'importance de la mobilité ou la prévention des chutes. Elle contribue, en collaboration avec le médecin et le travailleur social, à établir la tolérance au risque de chutes avec le patient et son entourage.

6.5.2.4. Faire le suivi de l'évolution de la mobilité en partenariat avec le patient et son entourage

L'infirmière effectue une évaluation périodique de la mobilité (annexe 3) durant le séjour et obligatoirement si un changement aigu survient dans la condition de santé du patient.

Elle fournit à l'équipe, particulièrement au médecin et au physiothérapeute, des informations sur l'évolution de la mobilité du patient aux diverses périodes de la journée (jour-soir-nuit). Par exemple :

- Transferts et déplacements avec ou sans aide; utilisation de l'aide technique (oubli, trouble cognitif); comportement; changement dans les attentes, préoccupations et obstacles identifiés par le patient/entourage; utilisation de la cloche; utilisation et résultats en lien avec le recours au moniteur de mobilité et autre matériel pour favoriser la mobilité ou réduire le risque de chute; agitation; niveau d'activités (horaire, stimulation,...); modification des caractéristiques de la démarche.

6.5.3. Physiothérapeute

6.5.3.1. Poursuivre l'évaluation à l'aide d'outils standardisés

Les éléments de l'évaluation initiale complète en physiothérapie sont présentés à l'annexe 4. Cette évaluation est la continuité de l'évaluation d'admission et permet d'évaluer en détail les différentes conditions faisant partie du champ de pratique de la physiothérapie (neurologiques, musculo-squelettiques et cardio-respiratoires). Cette évaluation peut s'effectuer en plusieurs visites, souvent dans un local adéquatement équipé à cette fin.

L'utilisation d'échelles d'évaluation validées, tel que le Berg, le TUG, le PFMP (Profil fonctionnel de la mobilité en physiothérapie) ou la C.O.V.S. (Clinical Outcome Variables Scale), permet d'uniformiser l'évaluation de la mobilité du patient d'un milieu à l'autre ou d'un thérapeute à l'autre et ainsi de suivre l'évolution du patient dans le continuum de soins. Bien que le choix des outils soit laissé à chaque milieu afin de répondre aux besoins des patients, les résultats de deux sondages auprès des professionnels de la physiothérapie en UCDG [58], amènent à recommander que l'échelle de Berg, le TUG ainsi que l'endurance et la vitesse de marche soient systématiquement mesurés en UCDG auprès des patients présentant des troubles de la mobilité. Il est également pertinent d'effectuer au moins deux mesures pour chaque test utilisé afin de déterminer l'évolution de la mobilité générale, ou un aspect spécifique, durant l'épisode de soins en UCDG. Des valeurs normatives de certains tests standardisés en fonction de l'âge et du genre sont rapportées à l'annexe 4.

Il est bien entendu que l'utilisation des tests ou échelles pertinents à la condition du patient revient au jugement du professionnel. À notre avis, il serait cependant important de mentionner au dossier les raisons pour lesquelles les tests recommandés ne sont pas effectués.

6.5.3.2. Proposer des interventions pour optimiser la mobilité en partenariat avec le patient et son entourage

Les interventions systématiques en physiothérapie à effectuer auprès de cette clientèle sont les suivantes:

- proposer les interventions visant à réduire l'immobilisme durant l'épisode de soins :
 - encourager le patient à profiter de toutes les occasions pour marcher :

- marche et déplacements pour les repas vers une salle commune;
- déplacements actifs pour se rendre à la toilette, faire son hygiène et se rendre aux thérapies ou aux examens.
- préparer, enseigner et remettre un programme d'exercices au patient, que l'entourage et le personnel l'encourageront à faire;
- programme de marche documenté sur l'unité par le personnel soignant.
- faire les recommandations, prêt ou ajustement concernant les besoins d'aide(s) technique(s);
- enseigner au patient, à l'entourage et au personnel des techniques de transferts et à la marche;
- effectuer la rééducation à la marche et aux transferts;
- déterminer les besoins de renforcement musculaire des membres inférieurs;
- déterminer les besoins d'exercices d'endurance cardiovasculaire;
- mesurer l'évolution de la mobilité du patient à l'aide d'outils standardisés;
- effectuer régulièrement le suivi auprès de l'équipe, du patient et son entourage concernant la mobilité;
- proposer des objectifs au PIII concernant la mobilité, en partenariat avec le patient et son entourage;
- préparer, enseigner et remettre au patient un programme d'exercices à poursuivre après le congé;
- déterminer les besoins de références à des groupes d'exercices dans la communauté ou en réadaptation externe (hôpital de jour).

6.5.3.3. *Transmettre les informations pertinentes à l'équipe, au patient et son entourage*

Selon les échanges entre les membres du sous-comité, l'attente principale du médecin envers l'intervention du physiothérapeute est qu'il optimise l'autonomie aux transferts et à la marche du patient afin qu'il puisse statuer au congé sur le maintien sécuritaire de la personne dans son milieu de vie.

Avec les soins infirmiers (infirmière soignante, infirmière auxiliaire, PAB), les éléments suivants sont à discuter :

- enseignement des techniques de transfert et de marche ou fauteuil roulant;
- besoin de surveillance : contention ou système d'alarme (détection de mouvement) ou chambre près du poste;
- discussion sur les observations à faire:
 - niveau de mobilité (modalités, étendue, type);
 - utilisation de l'aide technique (oubli, trouble cognitif);
 - comportement, agitation;
 - utilisation de la cloche d'appel;
 - niveau d'activités (horaire, stimulation, ...).

6.5.4. *Consultation en soins infirmiers (infirmière de suivi de clientèle), ergothérapie, travail social, nutrition et pharmacie*

6.5.4.1. *Infirmière de suivi de clientèle*

Les principaux éléments systématiques d'évaluation et d'intervention par l'infirmière de suivi de clientèle auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité sont les suivants :

Évaluation :

- o évaluer le niveau actuel de mobilité du patient et s'informer auprès du patient, son entourage ou du CLSC concernant le niveau antérieur de mobilité et sur le fonctionnement au domicile (AVQ/AVD);
- o repérer au cours de la première évaluation le risque de chute ou des blessures (médicaments, ostéoporose, antécédents de chute, problèmes de santé, mobilité réduite, troubles cognitifs, troubles sensoriels, sécurité du milieu de vie, systèmes de sécurité, comportement, etc.) et partager l'information avec l'équipe;
- o s'informer sur la perception de la personne et déterminer l'impact des troubles de la mobilité sur le quotidien et sur la vie sociale;
- o s'informer sur la dynamique familiale et la disponibilité de l'entourage dans la compensation des troubles de mobilité, supporte et faire de l'enseignement à l'entourage et au patient par rapport à la détérioration de la mobilité;
- o réévaluer régulièrement l'efficacité des interventions, accompagner le patient et son entourage dans leurs apprentissages.

Intervention :

- o identifier les objectifs du patient et son entourage, propose des interventions spécifiques en collaboration avec eux et participer à la réalisation des interventions avec l'équipe;
- o faire de l'enseignement au patient et à son entourage sur les changements du système locomoteur liés à l'âge;
- o participer aux réunions interdisciplinaires et partager les informations à l'équipe;
- o organiser la mise en place des conditions nécessaires au retour à domicile en collaboration avec l'ergothérapeute et le physiothérapeute et diriger le patient vers les ressources pertinentes;
- o informer le patient et son entourage des programmes de prévention et faire de l'enseignement sur la prévention des chutes et l'aide en cas de chute;
- o assurer le suivi au congé avec les ressources du milieu (CLSC, hôpital de jour, hôpital de réadaptation).

6.5.4.2. Ergothérapeute

L'évaluation complète de l'ergothérapeute est rarement réalisée au début du séjour à l'UCDG. Cependant, les ergothérapeutes interviennent rapidement pour les recommandations sur le positionnement au lit/fauteuil pour éviter les plaies et faciliter l'alimentation. L'évaluation est faite conjointement avec le physiothérapeute dans certaines UCDG. Les principaux éléments systématiques d'évaluation et d'intervention en ergothérapie auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité sont les suivants [44] :

Évaluation :

- o compléter les éléments suivants à partir des informations recueillies par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute : histoire antérieure (d'où l'on part), habitudes de vie antérieures, diagnostics actifs et non-actifs, statut cognitif, aide technique requise, mobilité au lit, transferts lit/fauteuil/toilette/chaise d'aisance, intégrité de la peau (avec infirmière), risque de chute (avec physio);
- o évaluer les capacités d'apprentissage du patient (avec ou sans problème cognitif);
- o évaluer le positionnement au lit/fauteuil;
- o évaluer les mouvements/forces fonctionnels;
- o évaluer les AVQ et AVD que les patients font usuellement (alimentation, dysphagie, hygiène partielle, habillage) et tâches plus complexes pouvant être reliées à la mobilité (ex. : cuisine, conduite auto, prise de la médication).
- o s'assurer que la chambre est aménagée pour minimiser le risque de chute.

Évaluation des performances et interventions :

- o planifier, avec le patient, la remise en routine de ses activités de la vie courante : mise en situation aux AVQ, entraînement (toilette, bain, continence, risque de chute);
- o établir un plan avec le patient pour éviter qu'il reste en position couchée ou assise prolongée. Choix d'une surface thérapeutique, positionnement, coussin. Expliquer à l'équipe et l'entourage le niveau d'autonomie actuel pour que le patient ne reçoive pas plus d'aide que requis;
- o en partenariat avec le physiothérapeute et le patient, déterminer et effectuer l'entraînement aux transferts/déplacements (lit, toilette, bain, auto, déplacement à la salle à manger, programme personnalisé d'activités, par exemple, aller chercher les médicaments au poste);
- o en collaboration avec le physiothérapeute, évaluer l'intensité de la peur de tomber du patient dans les AVQ. Si le patient retourne au domicile ou en résidence pour personnes âgées autonomes, objectiver l'intensité de la peur de tomber par une échelle validée [45, 50];

- o établir en partenariat avec le patient les modalités thérapeutiques pour améliorer l'endurance, l'équilibre, la force, et la mobilité;
- o fournir un fauteuil roulant et/ou des aides techniques aux transferts adaptés à la personne ;
- o si présence de contentions, proposer l'essai de mesures alternatives;
- o collaborer à l'organisation d'un programme de marche pour le maintien des acquis aux transferts/déplacements;
- o proposer des objectifs spécifiques au PIII concernant la mobilité, en partenariat avec le patient et son entourage;
- o organiser, en collaboration avec le physiothérapeute, le prêt d'équipement nécessaire au congé;
- o transmettre les informations pertinentes à l'équipe et au patient/entourage.

6.5.4.3. *Travailleur social*

Les principaux éléments systématiques d'évaluation et d'intervention en travail social auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité sont les suivants :

Évaluation :

Auprès du patient :

- o compléter les éléments suivants à partir des informations recueillies par les autres professionnels : capacité à se relever du sol/histoire de chutes, aide technique, statut cognitif, fonctionnement à la maison (AVQ, AVD, implication de l'entourage ; comportement (nuit, errance, etc.); systèmes de sécurité (bouton panique, etc.);
- o recueillir les informations sur l'histoire sociale affectant la mobilité ;
- o recueillir les informations sur la dynamique familiale et la disponibilité de l'entourage dans la compensation du trouble de la mobilité;
- o s'informer sur les intérêts du patient au niveau social et déterminer l'impact du trouble de la mobilité sur les aspects psychosociaux de la vie du patient;
- o recueillir les croyances et les craintes du patient et de son entourage face à la marche, aux déplacements et l'activité physique;
- o contribuer, en collaboration avec le médecin et l'infirmière, à établir la tolérance au risque de chutes avec le patient et son entourage.

Auprès des aidants :

- o évaluer l'aide offerte, les désirs, capacités et contraintes.

Interventions :

- o prendre des informations sur les activités antérieures du patient auprès de l'entourage immédiat ou des intervenants impliqués auprès du patient;
- o faire le lien auprès des intervenants entre la situation avant-pendant-après l'hospitalisation;

- o soutenir les membres de l'entourage très anxieux par rapport à la détérioration de la mobilité et ses conséquences ou qui ne saisissent pas les conséquences des troubles de la mobilité;
- o proposer des objectifs spécifiques au PIII concernant la mobilité, en partenariat avec le patient et son entourage;
- o en collaboration avec l'ergothérapeute, organiser la mise en place des conditions nécessaires au retour à domicile (barrières architecturales, adaptation du milieu de vie);
- o transmettre les informations pertinentes à l'équipe et au patient/entourage.

6.5.4.4. *Nutritionniste*

Les principaux éléments systématiques d'évaluation et d'intervention en nutrition auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité sont les suivants [59, 60]:

Évaluation :

Évaluation subjective :

- o recueillir les informations sur l'histoire alimentaire :
 - manque d'appétit, problèmes digestifs (constipation, reflux gastro-oesophagien, malabsorption, etc.), difficultés de mastication/déglutition, horaire des repas, approvisionnement des aliments, préférences alimentaires.
- o s'informer sur :
 - la santé buccale, l'ajustement des prothèses dentaires, le niveau habituel d'activités physiques, le statut cognitif, l'état émotionnel, la présence d'œdème périphérique avec ou sans évidence d'insuffisance cardiaque, la présence de plaies qui tardent à guérir, la susceptibilité aux infections.

Évaluation objective :

- o faire une évaluation nutritionnelle complète des apports alimentaires et hydriques, particulièrement les apports en protéines, calcium, vitamine D et fer;
- o évaluer la déglutition/mastication, symptômes de dysphagie;
- o vérifier si le patient est capable de s'alimenter par lui-même (capacité de préhension des ustensiles) ou s'il nécessite de l'aide à l'alimentation (ex. : arthrite, tremblements, hémiplégie, apraxie, etc.);
- o de concert avec le médecin, pour tenir compte des maladies chroniques et aiguës (ex. : insuffisance rénale ou cardiaque, dénutrition, etc.), analyser les paramètres biochimiques (albumine, préalbumine, CRP, vitamine B₁₂, vitamine D, créatinine, électrolytes et minéraux (calcium, fer), glycémie, FSC, créatine, urée) et anthropométriques (histoire pondérale, perte de poids dans les trois mois), poids et taille actuels).

Interventions :

- o intervenir rapidement auprès des patients présentant des hypoglycémies, de l'hypotension orthostatique, de la dysphagie ou des plaies;
- o optimiser les apports alimentaires et hydriques couvrant les besoins estimés (surtout énergétiques, protéiques, calcium, vitamine D);
- o établir un régime thérapeutique et des textures à adapter à la condition médicale du patient (éviter les restrictions superflues qui entraînent une diminution des apports);
- o de concert avec le médecin, l'infirmière et le pharmacien, enrichir l'alimentation si nécessaire (sources alimentaires, suppléments). Un enrichissement de la diète au niveau des protéines est souvent souhaitable;
- o instaurer au besoin un bilan alimentaire et hydrique au chevet;
- o de concert avec le médecin, l'infirmière et le pharmacien, suivre l'évolution des paramètres biochimiques et anthropométriques;
- o avec l'aide de l'infirmière, l'ergothérapeute et le physiothérapeute, organiser et inciter le patient à se mobiliser au fauteuil ou à la salle à manger pour les repas et collations;
- o proposer des objectifs spécifiques au PIII concernant la mobilité, en partenariat avec le patient et son entourage;
- o transmettre les informations pertinentes à l'équipe et au patient/entourage.

6.5.4.5. Pharmacien

Les principaux éléments systématiques d'évaluation et d'intervention en pharmacie auprès des patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité sont les suivants [61-66] :

Évaluation :

- o faire l'histoire pharmaceutique complète du patient, incluant un bilan comparatif :
 - présence d'une douleur nouvelle et non soulagée qui peut limiter la mobilité;
 - changements récents dans la médication qui pourraient expliquer les troubles de mobilité;
 - le patient prend-il sa médication seul ? De quelle façon ?
 - l'observance aux médicaments à domicile;
 - médication permettant d'optimiser les limitations dues aux maladies chroniques ou aiguës;
 - évaluer la consommation des médicaments qui sont susceptibles d'entraîner des troubles du mouvement, de la rigidité, de la confusion, une modification de l'état d'éveil ou des chutes.
- o vérifier l'habileté du patient pour la prise de la médication (statut cognitif, dextérité, fonction visuelle) ;

- recueillir les données auprès des autres professionnels sur les facteurs affectant la mobilité : infection, perfusion iv, tube nasogastrique, sonde, blessure antérieure, troubles vestibulaires (ORL), incontinence, rétention, constipation.

Interventions :

- optimiser la médication en fonction de la mobilité
 - documenter les changements à la médication pouvant amener des troubles de mobilité;
 - proposer une modification des médicaments causant ou exacerbant un trouble de mobilité pour une autre molécule avec un profil d'effet secondaire plus favorable pour la personne âgée;
 - si impossible de changer le médicament amenant des troubles de mobilité, diminuer la dose à la plus petite dose efficace afin d'améliorer la tolérance;
 - introduire un médicament pouvant corriger le trouble de mobilité si nécessaire.
- transmettre les informations pertinentes à l'équipe et au patient/entourage.

Dans la présente section, nous venons de présenter, séparément pour chaque groupe de professionnels, les éléments systématiques de leurs évaluations et interventions auprès des patients avec TMSM. L'annexe 6 a été élaborée dans le but de rapporter d'autres idées pratiques discutées lors des groupes de discussion. La première partie de l'annexe présentent des idées par groupes de professionnels en fonction des profils de patients; et, dans la seconde partie, la vignette clinique d'un patient admis à l'IUGM pour chutes et où une détérioration de l'état général progressive depuis plusieurs mois est présentée.

6.6. Établir une stratégie de communication entre les professionnels de l'UCDG sur l'évaluation et l'évolution de la mobilité du patient

6.6.1 Transmission des résultats des évaluations initiales

Lorsqu'un patient est admis avec un trouble de mobilité modéré à sévère et qu'il a un bon pronostic, il faut assumer que, durant l'hospitalisation, il retrouvera ses capacités fonctionnelles antérieures. Le patient peut être plus vulnérable en début d'hospitalisation à cause d'un delirium, ou plus tard parce qu'en s'améliorant, il devient téméraire. Il peut avoir un problème de motivation/apathie et devra être stimulé. Si la condition médicale est précaire, on peut également assister à des épisodes de compromission des capacités à la marche. L'information sur l'état clinique doit donc être constante et transmise dans le plan de travail des préposés aux bénéficiaires et dans les notes des infirmières.

Il est prioritaire, pour assurer une approche efficace et sécuritaire des troubles de la mobilité, que chaque UCDG **mettre en place divers moyens de communication entre les membres de l'équipe durant et entre les quarts de travail**. Il faut souligner ici l'importance du travail des préposés qui accompagnent intimement les patients et peuvent constamment les motiver. Comme ils n'ont pas accès au dossier médical, les objectifs et les moyens de les mettre en œuvre doivent être inscrits dans leur plan de travail.

Les professionnels consultés lors de nos travaux ont rapporté utiliser les moyens suivants dans leur UCDG :

Pour tous les professionnels :

- o notes au dossier;
- o échanges verbaux;
- o assister au rapport du personnel soignant à 8 h 00 et/ou 16 h 00;
- o participation aux réunions interprofessionnelles;
- o rencontres informelles (discussion avec le patient et son entourage lors des traitements);
- o plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII);
- o indications au chevet (ex. : pictogrammes sur le niveau de mobilité et aide requise) (CSSS Rimouski-Neigette, Hôpital de l'Enfant-Jésus);
- o identification des patients nécessitant une intervention spéciale par un bracelet de couleur mauve (CSSS du Sud de Lanaudière);
- o utilisation d'un logiciel informatisé pour l'ergothérapie et la physiothérapie mis à jour à chaque 24 heures (CSSS St-Jérôme).

Soins infirmiers :

- o plan de traitement infirmier (PTI)
- o plan de travail du PAB

Il a également été rapporté dans les groupes de discussion et les sondages qu'une collaboration étroite entre les professionnels suivants assure une meilleure efficacité dans les interventions :

- médecins – infirmières – physiothérapeutes
- médecins – nutritionnistes – infirmières
- médecins – pharmaciens - infirmières
- physiothérapeutes et ergothérapeutes
- travailleurs sociaux et ergothérapeutes
- préposés aux bénéficiaires – ergothérapeutes – physiothérapeutes

6.6.2 *Changements au niveau de la mobilité du patient lors d'incidents aigus*

Lors de nos travaux, les professionnels consultés ont soulevé la difficulté d'assurer l'application des interventions pertinentes lors des changements imprévus au niveau de la mobilité du patient. Par exemple, l'état de santé du patient peut se dégrader à la suite d'une récurrence ou d'une nouvelle maladie aiguë, de l'évolution d'un cancer ou d'une chute à l'hôpital.

Il faut alors que les intervenants, les premiers étant les soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires et préposés), réagissent rapidement à ces changements. Il est donc très important que les infirmières soient bien formées pour effectuer une évaluation de base de la mobilité (annexe 3) et faire les recommandations pertinentes pour la mobilité du patient.

Tel que mentionné précédemment, certaines UCDG ont développé un moyen de communication informatisé pour le suivi de l'évolution des patients et des recommandations tandis que d'autres

utilisent un tableau au chevet du patient. L'UCDG de l'IUGM a développé un algorithme interprofessionnel visant à évaluer le risque de chute du patient, qui peut être utilisé pour évaluer le risque de chute du patient selon les changements de son état général. Par ailleurs, les moyens de communications verbaux ne sont pas à négliger lors des changements dans le niveau de mobilité du patient. Dans le cas où il y aurait des problèmes de compréhension de langue écrite (ex. : un préposé qui ne lit pas bien le français), il est recommandé de faire des rapports verbaux complémentaires.

6.7 Inclure un objectif de mobilité dans les réunions interprofessionnelles et le plan d'intervention interprofessionnel individualisé (PIII)

L'objectif général de toutes les équipes de gériatrie est que les patients se mobilisent de façon autonome et sécuritaire sur toutes les surfaces à l'intérieur comme à l'extérieur. Selon les pathologies qui provoquent les troubles de la marche et de l'équilibre, les objectifs vont varier et il est impossible de faire des listes exhaustives étant donné les particularités de chaque patient.

Pour l'**ensemble des patients**, il y aura les objectifs suivants :

- autonomie de plus en plus grande dans les transferts et la marche;
- distances de marche plus longues;
- choix de l'aide technique la plus appropriée.

Voici des exemples d'objectifs spécifiques en fonction des profils de patients présentés précédemment.

Pour les **patients présentant des troubles de la mobilité associés à une douleur incapacitante** :

- soulagement de la douleur;
- prévention du delirium si utilisation des narcotiques;
- contrôle de l'élimination;
- apport nutritionnel adapté (alimentation et hydratation).

Pour les **patients présentant des troubles de la mobilité associés à une faiblesse musculaire** :

- renforcement musculaire général ou spécifique;
- degré de participation aux AVQ;
- apport nutritionnel adapté (alimentation et hydratation).

Pour les **patients présentant des troubles de la mobilité associés à une hypokinésie** :

- objectif de fréquence de transfert;
- objectif de fréquence de déplacement et de distance;
- objectif de participation aux AVQ;
- objectif spécifique de contrôle de la rétropulsion.

Pour les **patients présentant des troubles de la mobilité associés à une ataxie** :

- objectif de rééducation sensorielle si appropriée;
- objectif spécifique de sevrage de surveillance des déplacements.

Il faut également prendre en compte les aspects psychologiques (apathie, anxiété, témérité) et moduler les objectifs spécifiques.

L'approche structurée pour les troubles de la mobilité sera modifiée en soins habituels lorsque les objectifs auront été atteints ou que le patient aura amélioré sa condition de santé et ne correspondra plus aux profils de patients avec TSM.

6.8 Déterminer le rôle de l'entourage pour favoriser la mobilité du patient durant l'hospitalisation

Les rôles du patient et de son entourage immédiat sont intégrés tout au long de l'approche. Un point important est que ces derniers comprennent les conséquences des pathologies et l'importance des traitements prescrits pour optimiser la mobilité du patient. Dans le document intitulé « Maintien de la mobilité chez les personnes hospitalisées : Moyens pour prévenir les conséquences de l'immobilisation prolongée » produit par l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont [67], on retrouve les recommandations suivantes pour les proches afin de favoriser la mobilité chez le patient :

- lui faire porter ses lunettes, ses prothèses dentaires et auditives, s'il y a lieu :
 - garder ses lunettes, ses prothèses dentaires et auditives à sa portée pour qu'il puisse les mettre le plus tôt possible à son réveil;
- l'encourager à faire les activités de la vie quotidienne, selon ses capacités :
 - l'encourager à se laver, se coiffer, se raser et s'habiller tout en tenant compte des recommandations faites par l'équipe de soins;
 - l'encourager à s'asseoir au fauteuil pour les 3 repas, si possible;
- le faire marcher selon les recommandations :
 - l'encourager à bouger dès le lendemain de l'intervention médicale ou chirurgicale, sauf s'il y a contre-indication. Toujours s'informer auprès de l'équipe soignante avant de le lever;
 - utiliser, si nécessaire, une aide à la marche (ex. : marchette, canne);
 - favoriser le déplacement en fauteuil roulant si la mobilisation est limitée;
- optimiser son alimentation :
 - l'encourager à manger, sauf s'il y a contre-indication;
 - apportez-lui de petites collations, avec l'accord de l'équipe soignante;
- le stimuler à boire, à moins de contre-indication médicale :
 - garder un verre d'eau à sa portée pour l'hydrater;
 - l'aider ou le stimuler à boire;
- l'orienter dans le temps, l'espace et par rapport aux personnes :
 - lui fournir un calendrier à gros chiffres, un cadran ou une montre pour faciliter l'orientation dans le temps;
 - lui rappeler, s'il y a lieu, la date, un événement de la journée ou encore le lieu où il se trouve;
- favoriser son élimination urinaire et son évacuation intestinale :
 - l'amener à la toilette ou à la chaise d'aisance au besoin (dans la mesure de votre capacité), en tenant compte de ses habitudes de vie;
- s'assurer du soulagement de la douleur :

- o si vous croyez qu'il n'est pas suffisamment soulagé avant un effort ou une activité, vérifiez avec l'équipe soignante s'il aurait avantage à prendre un analgésique;
- sécuriser l'environnement physique :
 - o enlever les obstacles présents (ex. : table de chevet);
 - o placer la cloche d'appel et ses objets personnels à sa portée;
 - o l'encourager à porter des chaussures avec petits talons et semelles antidérapantes;
 - o éviter les vêtements trop longs et encombrants.

On retrouve sur le site internet du RUSHGQ d'autres outils développés à l'intention des patients et de leur entourage pour prévenir les chutes et faire des exercices durant l'hospitalisation.

C. Planification du congé

6.9 *S'assurer que tous les diagnostics sont établis et que les interventions appropriées sont déterminées*

Tel que mentionné à la section 6.5.1.1, il est important d'avoir établi un diagnostic précis du trouble de la mobilité et de le transmettre dans la feuille sommaire ou le résumé médical.

De plus, pour être en mesure d'assurer au patient une transition harmonieuse entre l'hôpital et son milieu de vie, il faudra avoir adressé en interdisciplinarité et en partenariat avec celui-ci et son entourage les éléments suivants:

- le traitement des conditions aiguës;
- l'optimisation des capacités cardio-pulmonaires, de la tension artérielle, de l'état nutritionnel, des déficits sensoriels, des problèmes neurologiques et musculo-squelettiques et de la médication;
- le traitement de la condition psychologique.

Les conduites à tenir ou recommandations des divers professionnels pour continuer à améliorer ou maintenir la mobilité du patient après le congé devront avoir été déterminées. Il s'agit, entre autres, de :

- fournir une prescription appropriée des médicaments et de l'aide technique;
- s'assurer que le soutien nutritionnel est adéquat et que le patient a le traitement approprié pour sa santé osseuse;
- s'assurer que les recommandations du travailleur social ont été intégrées par le patient, son entourage et les intervenants du CSSS;
- s'assurer de la sécurité au retour à domicile (connaissance des techniques pour se relever du sol, système d'alerte, évaluation de l'environnement du domicile);
- orienter les patients qui ne sont pas complètement rétablis de leurs pathologies ou du syndrome d'immobilisation vers des structures de réadaptation à domicile ou en hôpital de jour;
- fournir le programme de maintien de la mobilité et de prévention des chutes si le patient reste à risque élevé. Concernant la prescription d'exercices, les professionnels de la réadaptation

(physiothérapie, ergothérapeute, etc.) doivent faire des recommandations personnalisées pour chaque patient.

Voici quelques exemples à adapter selon les établissements et les régions:

- o programme d'exercices pour les patients avec support de l'entourage pour stimuler la personne dans la mobilité;
- o diriger les patients vers d'autres ressources (centres de jour);
- o physiothérapeute du CLSC pour le suivi de la progression et l'intégration de l'aide à la marche;
- o ergothérapeute du CLSC pour évaluer l'adaptation du domicile. Certaines possibilités de prioriser des patients (délais);
- o suivi à l'hôpital de jour pour finaliser la récupération et consolider les acquis et continuer la rééducation.

6.10 Transmettre les informations sur la mobilité au patient et son entourage, au médecin de famille et aux intervenants de la communauté en fonction de l'orientation au congé

L'hospitalisation en UCDG représente un moment charnière dans le suivi d'une personne âgée vulnérable. L'évaluation interprofessionnelle gériatrique a amené les professionnels à poser des diagnostics et à initier des traitements. Les ressources humaines et technologiques nécessaires aux investigations et aux thérapies sont souvent coûteuses et difficilement accessibles dans la communauté. De plus, puisque certaines interventions engendrent des risques pour la santé, des inconforts pour les patients et la mobilisation des proches aidants qui doivent préparer, accompagner et soutenir ceux-ci, il n'est pas souhaitable qu'elles soient répétées inutilement.

L'information transmise après une hospitalisation devrait donc être complète, valide et rapidement acheminée au médecin de famille, à l'équipe de soutien à domicile et à l'infirmière du bureau de santé de la résidence privée (s'il y a lieu) qui assureront le suivi des traitements prescrits au patient dès les premiers jours du retour dans son milieu de vie. Kergoat et coll. ont proposé un format de modèle de résumé d'hospitalisation adapté à la personne âgée [68], incluant des éléments à transmettre systématiquement sur l'aspect de la mobilité (disponible sur le site internet du RUSHGQ).

Les documents à transmettre varient selon l'orientation du patient au congé et les services de santé et sociaux requis, mais ils incluent obligatoirement une feuille sommaire complète et idéalement un résumé médical d'hospitalisation. On retrouve également une D.S.I.E (Demande de services interétablissements). Les rapports des professionnels peuvent être envoyés sur demande. Les documents mentionnés précédemment peuvent être remis au patient et son entourage s'ils le demandent.

D. Évaluer l'efficacité et l'adhésion à l'approche

L'implantation d'une approche structurée demande une grande planification. Nous ne discuterons pas ici en détail des stratégies d'interventions organisationnelles pouvant être utilisées pour la

transformation des pratiques. Les auteurs de l'Approche adaptée à la personne âgée [10] ont rédigé un chapitre complet à ce sujet, incluant des questions pratiques appliquées aux soins aux personnes âgées en milieu hospitalier. De façon générale, il faut organiser des groupes de discussion interdisciplinaires pour connaître les problèmes ressentis par chaque groupe professionnel concerné, organiser des capsules d'information ou proposer des lectures pour mettre les connaissances à niveau sur le sujet. Il faut se mettre d'accord sur les outils de communication à utiliser et déterminer les actions que chaque groupe aura à poser, former le personnel à la nouvelle approche et pendant la planification, décider des indicateurs de qualité.

Voici un bref résumé des concepts d'évaluation de la qualité des soins et d'amélioration continue qui nous permettront de choisir les indicateurs pertinents.

Selon Donabedian [69], la qualité peut être évaluée en fonction de la structure, des processus et des résultats des soins et services [70-72]. La structure réfère aux caractéristiques des dispensateurs de soins (ex.: formation des professionnels), ainsi qu'aux ressources physiques, matérielles, administratives et financières dont ils disposent. Les processus de soins se rapportent à la prise en charge interprofessionnelle en collaboration avec le patient et ses proches, tout au long de son épisode de soins. Il s'agit des compétences techniques et interpersonnelles des dispensateurs de soins et services. Finalement, les résultats des soins concernent les changements dans l'état de santé des patients attribuables aux soins reçus. Ils comprennent, par exemple, l'utilisation ultérieure des services de santé (consultation au service des urgences, réadmission à l'hôpital), la mortalité, mais aussi les attitudes des patients à l'égard des soins comme la satisfaction, les connaissances acquises et les changements de comportement à l'égard de la santé.

L'évaluation de la qualité consiste en un jugement que l'on pose à l'égard de diverses dimensions du processus de soins et des résultats qu'il produit. Elle implique la définition de dimensions sur lesquelles ce jugement sera porté [70, 73-75]. En général, les dimensions varient selon les niveaux de soins auxquels s'applique l'évaluation de la qualité et selon les perspectives adoptées par l'évaluation. Par exemple, certaines dimensions sont considérées de façon prépondérante par les organismes d'agrément, soit: l'accessibilité, la continuité, la sécurité, les soins centrés sur le patient, l'efficacité et l'efficience [70, 74, 75]. (Extrait du rapport sur l'évaluation de la qualité dans les UCDG du Québec [76])

Kergoat et coll. [10] ont proposé les définitions suivantes pour chacune des dimensions:

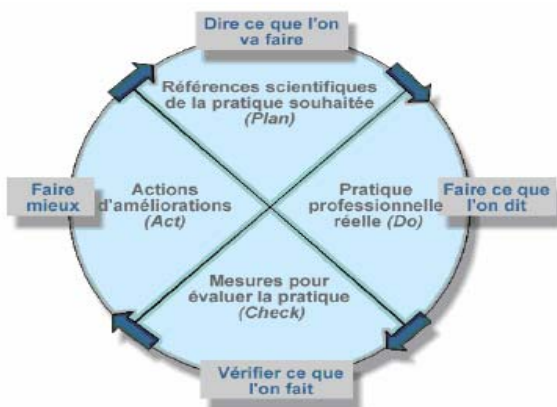
- sécurité : les soins et les services sont donnés de façon à minimiser les effets indésirables sur les personnes âgées et l'entourage;
- accessibilité : des services équitables, en temps opportun, au bon endroit, adaptés à l'état de santé et de leurs proches (disponibilité);

- efficacité : faire ce qu'il faut pour atteindre les meilleurs résultats possibles et dispenser des soins appropriés. Les services sont fondés sur des connaissances scientifiques à jour, ce qui en assure la meilleure efficacité;
- soins centrés sur le patient : une collaboration étroite entre les professionnels de la santé, les patients et leur entourage quant aux prises de décisions, à l'organisation et la prestation des soins et services; la satisfaction des personnes âgées et leur entourage;
- continuité : des soins et services coordonnés, intégrés, dispensés sans interruption; la manière dont les soins sont vécus par le patient et son entourage.

Par ailleurs, le processus d'amélioration continue de la qualité implique principalement 4 étapes (figure 4) :

- 1) **planifier, préparer (Plan)**: faire un état de la situation actuelle (difficultés, points à améliorer, groupes de discussion), identification des priorités, description du nouveau processus et des indicateurs de qualité retenus;
- 2) **faire, réaliser (Do)** : implantation du nouveau processus, en commençant par un pré-test ou projet pilote;
- 3) **vérifier (Check)**: évaluation des indicateurs et analyse des résultats;
- 4) **réagir, corriger (Act)** : suivi des actions et évaluation du projet, ce qui amènera une nouvelle amélioration du processus. Et ce sera le début d'un nouveau cycle.

Figure 4. Roue de Deming



Source : École nationale d'administration (2008). Annexe 7. Les méthodes d'évaluation continue des pratiques médicales : de la théorie à la pratique. In : Qualité et évaluation des pratiques médicales - annexes - travaux des élèves.

<http://www.ena.fr/index.php?/fr/content/search>
[Consulté le 17 juillet 2012]

Selon Brunelle et Saucier [77], «un indicateur se définit par rapport à un objet d'étude (concept); par exemple, la durée moyenne de séjour est régulièrement utilisée comme indicateur pour mesurer la performance des hôpitaux. D'autre part, à un concept ne correspond pas nécessairement un seul indicateur. En effet, pour mieux cerner un phénomène, l'utilisation de plusieurs indicateurs est essentielle». De plus, un échantillon minimal est nécessaire avant de tirer des conclusions.

Un indicateur doit se rapporter aux buts et objectifs de l'organisation. Le choix des indicateurs doit découler d'une approche organisationnelle réflexive impliquant la clientèle, les professionnels, les gestionnaires et la gouvernance. Il est préférable de n'en gérer que quelques-uns à la fois [10].

Dans les deux prochaines sous-sections, nous présentons des exemples d'indicateurs, pour lesquels nous avons précisé s'ils correspondent à des éléments de structure (S), de processus de soins (P) ou de résultat (R) et à quel(s) domaine(s) spécifique(s) de la qualité ont les identifie. **La plupart des indicateurs devront être retrouvés à partir de notes écrites au dossier. D'où l'importance de bien documenter les interventions.**

6.11 Évaluer l'application de l'approche par l'équipe UCDG

Nous proposons les indicateurs suivants :

À l'admission :

- nombre de patients qui reçoivent une évaluation de base de la mobilité par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute dans les 24-48 heures suivant l'admission / nombre total des personnes âgées à l'unité (P) (efficacité, sécurité);
- nombre de patients pour lesquels on retrouve une recommandation sur la mobilité au dossier qui identifie la présence ou l'absence d'un problème de mobilité modéré à sévère / nombre total de personnes âgées à l'unité (P) (efficacité);

Durant le séjour :

- proportion des patients avec TMSM pour lesquels le plan thérapeutique infirmier a été mis à jour en fonction du trouble de la mobilité c'est-à-dire que le problème de mobilité est inscrit et au moins une directive spécifique est indiquée pour ce problème (P) (efficacité);
- nombre de patients pour lesquels on retrouve une mesure de mobilité dans les premiers jours du séjour et à la fin de l'hospitalisation parmi le nombre total de personnes avec TMSM à l'unité (P) (efficacité);
- délai entre l'admission et l'évaluation initiale de la mobilité par les professionnels impliqués (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, pharmacien, travail social) pour les patients présentant un TMSM à l'unité (P) (accessibilité);
- proportion de personnes âgées avec TMSM qui mangent assis au fauteuil par repas durant une journée choisie aléatoirement parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (R) (efficacité);
- proportion de personnes âgées avec TMSM qui vont manger à la salle à manger par repas durant une journée choisie aléatoirement parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (R) (efficacité);
- proportion de personnes âgées avec TMSM qui se mobilisent pour les AVQ et AVD durant une journée choisie aléatoirement parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (R) (efficacité);
- proportion de personnes âgées avec TMSM qui participent à un programme de marche durant une journée choisie aléatoirement parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (R) (efficacité);
- proportion de patients avec TMSM pour lesquels on retrouve un objectif de mobilité dans les plans d'intervention interprofessionnel individualisé parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (PIII) (P) (soins centrés);

- proportion de patients avec TMSM pour lesquels on retrouve un ou des suivis sur la mobilité aux réunions interprofessionnelles parmi le nombre total de patients présentant un TMSM à l'unité (P) (efficacité);
- évaluation de la présence au dossier des éléments systématiques de l'approche à faire pour chaque groupe de professionnels pour les patients présentant un TMSM (P) (efficacité).

Au congé :

- nombre de résumé d'hospitalisation ou de feuille sommaire qui comporte les informations systématiques à transmettre sur la mobilité parmi le nombre total des personnes âgées présentant un TMSM à l'unité (P) (continuité);
- nombre de résumé d'hospitalisation ou de feuille sommaire qui comporte des diagnostics précis sur les troubles de mobilité parmi le nombre total des personnes âgées présentant des TMSM à l'unité (P) (continuité);
- nombre de patients qui ont reçu au congé un programme d'exercice pour le domicile parmi le nombre total des personnes âgées présentant des TMSM à l'unité (P) (continuité).

D'autres indicateurs sont proposés concernant l'aspect mobilité dans l'AAPA [10] et dans le projet OPTIMAH du CHUM [78].

Nous pensons que les facteurs environnementaux et organisationnels (indicateurs de structure) suivants peuvent influencer l'adhésion à l'approche:

- volume d'admission;
- durée moyenne de séjour à l'UCDG;
- nombre de lits au permis en UCDG;
- nombre de patients admis au programme mais suivis hors unité;
- ratios de personnel par profession;
- présence d'une personne ou d'un groupe interprofessionnel responsable de l'approche qui assure le coaching de l'équipe.

6.12 Évaluer l'impact de l'approche pour le patient et son entourage

Nous proposons les indicateurs suivants :

Pour les patients :

- nombre de patients pour lesquels les résultats aux échelles (Berg, TUG, vitesse de marche) se sont améliorés ou maintenus entre l'admission et le congé / au nombre total de patients pour lesquels ces échelles ont été mesurées (R) (efficacité);
- nombre de patients qui font une chute durant l'hospitalisation / nombre total des personnes âgées à l'unité (R) (sécurité);
- nombre de patients pour lesquels les résultats à l'échelle de la peur de tomber se sont améliorés entre l'admission et le congé / nombre total de patients pour lesquels ces échelles ont été mesurés (R) (efficacité);

- proportion des patients avec TMSM qui sont capables de nommer au moins deux raisons pour lesquelles il est important d'améliorer sa capacité à se mobiliser;
- proportion des patients avec TMSM qui disent avoir reçu suffisamment d'informations sur les moyens pour améliorer leur mobilité.

Pour l'entourage :

- nombre de patient pour lesquels l'entourage a reçu un enseignement sur les éléments généraux importants concernant le maintien de mobilité chez les personnes âgées (facteurs de risques de chute, exercices physiques de base) / nombre total des personnes âgées à l'unité (R) (efficacité);
- nombre de patient pour lesquels l'entourage a reçu un enseignement sur les éléments spécifiques importants concernant le maintien de mobilité du patient (bonne utilisation de l'aide technique, démonstration des exercices physiques) / nombre total de patients avec TMSM (R) (efficacité);
- proportion de proches aidants (principal) des patients avec TMSM qui disent avoir reçu suffisamment d'informations sur les moyens pour aider la personne à améliorer sa mobilité.

7. Conclusion

Les troubles de la mobilité représentent une problématique fréquente chez les personnes âgées hospitalisées en UCDG. Les responsables médico-infirmiers et gestionnaires de ce programme de soins ont jugé important de développer, via le RUSHGQ, une approche interprofessionnelle structurée auprès de ces patients. Une méthode interactive, basée sur la littérature pertinente et la collecte d'informations sur les meilleures pratiques à effectuer auprès des professionnels eux-mêmes a été utilisée.

Nous espérons que l'approche interprofessionnelle proposée, et qui sera bonifiée au fil des années, permettra dès maintenant aux professionnels de la santé œuvrant dans les UCDG d'offrir aux patients qui présentent des troubles modérés à sévères de la mobilité, une prise en charge interprofessionnelle plus structurée, sécuritaire, efficace et centrée sur le patient et son entourage. Pour ce faire, il faut bien la planifier, l'appliquer et la cesser au moment opportun et en évaluer périodiquement les impacts. De plus, il faut transmettre l'information sur la mobilité aux intervenants de la communauté ou des autres établissements de santé qui poursuivront les soins auprès du patient pour assurer un effet à long terme de l'approche proposée sur les capacités fonctionnelles du patient.

8. Références

1. Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ): **Rapport d'activités 2011-2012**. Montréal: RUSHGQ; 2012.
2. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Beland F, Berg K, Presse N, Tanon A, Bolduc A: **Quality-of-Care Processes in Geriatric Assessment Units: Principles, Practice, and Outcomes**. *J Am Med Dir Assoc* 2012, **13**(5):459-463.
3. Latour J, Lebel P, Leclerc BS, Leduc N, Berg K, Bolduc A, Kergoat MJ: **Short-term geriatric assessment units: 30 years later**. *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):41.
4. Brach J, Rosano C, Studenski S: **Mobility**. In: *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. Edited by Halter JB OJ, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S, Hazzard W, Sixth edn. New York, NY: Mc Graw Hill; 2009: 1397-1410.
5. Statistiques Canada: **Rapports sur la santé**, vol. Mars, 23 (1). Ottawa: Statistiques Canada; 2012.
6. Choinière R: **Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec**. Québec: Institut national de santé publique, Vice-présidence aux affaires scientifiques; 2010.
7. Bloem BR, Haan J, Lagaay AM, van Beek W, Wintzen AR, Roos RA: **Investigation of gait in elderly subjects over 88 years of age**. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 1992, **5**(2):78-84.
8. Bégin C, Boudreault V, Sergerie D: **La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Guide d'implantation**: Institut national de santé publique du Québec; 2007.
9. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (sous la direction de Bourdessol H. et PinRéseau S.): **Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile**. St-Denis cedex France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2005.
10. Kergoat MJ (sous la direction de): **Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier**. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; CSSS et Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2010.
11. Doiron A, Dupras A: **Les urgences gériatriques: Comment survivre à son hospitalisation ?** *Le médecin du Québec* 2009, **44**(1):51-57.
12. Doherty-King B, Bowers B: **How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: development of a conceptual model**. *Gerontologist* 2011, **51**(6):786-797.
13. Sheridan PL, Hausdorff JM: **The role of higher-level cognitive function in gait: executive dysfunction contributes to fall risk in Alzheimer's disease**. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007, **24**(2):125-137.
14. Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, Quinn LM, Allen KR, Covinsky KE, Landefeld CS: **Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital**. *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**(12):1572-1581.
15. de Morton NA, Keating JL, Jeffs K: **The effect of exercise on outcomes for older acute medical inpatients compared with control or alternative treatments: a systematic review of randomized controlled trials**. *Clinical rehabilitation* 2007, **21**(1):3-16.

16. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lams SE, Cumming RG, Rowe BH: **Interventions for preventing falls in elderly people.** *Cochrane database of systematic reviews* 2003(4):112.
17. Hanekom S, Gosselink R, Dean E, van Aswegen H, Roos R, Ambrosino N, Louw Q: **The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice.** *Clinical rehabilitation* 2011, **25**(9):771-787.
18. Moncada LV: **Management of falls in older persons: a prescription for prevention.** *American family physician* 2011, **84**(11):1267-1276.
19. Hayes N: **Prevention of falls among older patients in the hospital environment.** *British journal of nursing* 2004, **13**(15):896-901.
20. Stern C, Jayasekara R: **Interventions to reduce the incidence of falls in older adult patients in acute-care hospitals: a systematic review.** *International journal of evidence-based healthcare* 2009, **7**(4):243-249.
21. Nolan J, Thomas S: **Targeted individual exercise programmes for older medical patients are feasible, and may change hospital and patient outcomes: a service improvement project.** *BMC Health Serv Res* 2008, **8**:250.
22. De Morton NA, Jones CT, Keating JL, Berlowitz DJ, MacGregor L, Lim WK, Jackson B, Brand CA: **The effect of exercise on outcomes for hospitalised older acute medical patients: an individual patient data meta-analysis.** *Age Ageing* 2007, **36**(2):219-222.
23. Siebens H, Aronow H, Edwards D, Ghasemi Z: **A randomized controlled trial of exercise to improve outcomes of acute hospitalization in older adults.** *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**(12):1545-1552.
24. Tucker D, Molsberger SC, Clark A: **Walking for wellness: a collaborative program to maintain mobility in hospitalized older adults.** *Geriatric nursing* 2004, **25**(4):242-245.
25. Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, Jr.: **The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program.** *J Am Geriatr Soc* 2000, **48**(12):1697-1706.
26. Quebec (Province). Ministère de la Santé et des Services Sociaux: **Plan stratégique 2010-2015.** Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des communications; 2010.
27. Snijders AH, van de Warrenburg BP, Giladi N, Bloem BR: **Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification.** *Lancet neurology* 2007, **6**(1):63-74.
28. Kemoun G, Durlent V, Revuelta N, Thevenon A: **Évaluation de la marche chez le patient âgé.** In: *La marche humaine et sa pathologie.* Edited by Pelissier J, Brun V. Paris: Masson; 1994: 322-328.
29. Strubel D: **Perte de l'autonomie à la marche.** In: *La marche humaine et sa pathologie.* Edited by Pelissier J, Brun V. Paris: Masson; 1994: 313-322.
30. Rossignol S: **Neural control of stereotypic limb movement** In: *Handbook of Physiology, Section 12 Exercise: Regulation and Integration of Multiple Systems.* Edited by Rowell LB SJ. New York: Oxford University Press; 1996: 173-216.
31. Meyrignac C: **Tribulations orthostatiques du sujet âgé du vertige à la chute.** *La Revue de gériatrie* 1998, **23**(6):553-568.
32. Nutt JG, Marsden CD, Thompson PD: **Human walking and higher-level gait disorders, particularly in the elderly.** *Neurology* 1993, **43**(2):268-279.
33. Camicioli R, Nutt JG: **Gait and Balance.** In: *Textbook of Clinical Neurology 3rd Edition.* Edited by Goetz C. Philadelphia, PA: Saunders; 2007.

34. Thompson PD, Nutt JG: **Higher level gait disorders**. *Journal of neural transmission* 2007, **114**(10):1305-1307.
35. Jackson JH: **Selected writings of John Hughlings Jackson, vol. 2**, Taylor J, Holmes G, Walshe FMR edn. London: Hodder and Stoughton; 1932.
36. Fattal D, Lanska DJ: **Balance and gait disorders**. Neurology medLink. <http://www.medlink.com/medlinkcontent.asp>; 2003.
37. Thompson PD: **Gait Disorders**. In: *Neurology in Clinical Practice Volume 1 Principles of diagnosis and management*. Edited by Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Philadelphia, PA: Butterworth-Heinemann; 2008: 327-338.
38. Sudarsky L: **Neurologic disorders of gait**. *Current neurology and neuroscience reports* 2001, **1**(4):350-356.
39. Azulay JP, Vacherot F, Vaugoyeau M: **[Gait disorders: mechanisms and classification]**. *Rev Neurol (Paris)* 2010, **166**(2):142-148.
40. Howland J, Peterson EW, Levin WC, Fried L, Pordon D, Bak S: **Fear of falling among the community-dwelling elderly**. *Journal of aging and health* 1993, **5**(2):229-243.
41. Friedman SM, Munoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP: **Falls and fear of falling: which comes first? A longitudinal prediction model suggests strategies for primary and secondary prevention**. *J Am Geriatr Soc* 2002, **50**(8):1329-1335.
42. Austin N, Devine A, Dick I, Prince R, Bruce D: **Fear of falling in older women: a longitudinal study of incidence, persistence, and predictors**. *J Am Geriatr Soc* 2007, **55**(10):1598-1603.
43. Corriveau H, Roy P-M: **Les chutes**. In: *Précis de gériatrie (3ième édition)*. Edited by Arcand M, Hébert R. St-Hyacinthe (Québec, Canada): Edisem/Maloine; 2007: 201-213.
44. Tideiksaar R: **Falls**. In: *Functional performance in older adults (Third edition)*. Edited by Bonder BR, Dal Bello-Haas V. Philadelphia (US): F.A. Davis Company; 2009: 204-211.
45. Kempen GI, Yardley L, van Haastregt JC, Zijlstra GA, Beyer N, Hauer K, Todd C: **The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling**. *Age Ageing* 2008, **37**(1):45-50.
46. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D: **Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study**. *Age Ageing* 2004, **33**(4):368-373.
47. Murphy SL, Williams CS, Gill TM: **Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons**. *J Am Geriatr Soc* 2002, **50**(3):516-520.
48. Deshpande N, Metter EJ, Lauretani F, Bandinelli S, Guralnik J, Ferrucci L: **Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: a prospective cohort study**. *J Am Geriatr Soc* 2008, **56**(4):615-620.
49. Deshpande N, Metter EJ, Bandinelli S, Lauretani F, Windham BG, Ferrucci L: **Psychological, physical, and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: the InCHIANTI study**. *American journal of physical medicine & rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 2008, **87**(5):354-362.
50. Salbach NM, Mayo NE, Hanley JA, Richards CL, Wood-Dauphinee S: **Psychometric evaluation of the original and Canadian French version of the activities-specific balance confidence scale among people with stroke**. *Arch Phys Med Rehabil* 2006, **87**(12):1597-1604.
51. Bérubé L, Buteau RA, Danjou C, Comité de pratique réflexive en gériatrie du CHUQ: **Formation - Évaluation de la capacité à la marche chez la personne âgée**: Direction des soins infirmiers, CHUQ; 2012.

52. American Physical Therapy A: **Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. American Physical Therapy Association.** *Physical therapy* 2001, **81**(1):9-746.
53. Lewis CB, Bottomley JM: **Geriatric physical therapy.** In: *Geriatric rehabilitation : a clinical approach (3 ed)*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2008: 527.
54. Minaire P: **La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). Historique, présentation, perspectives.** *J Réadapt Méd* 1991, **11**:168-174.
55. Haesler E, Bauer M, Nay R: **Staff-family relationships in the care of older people: a report on a systematic review.** *Research in nursing & health* 2007, **30**(4):385-398.
56. Organisation Mondiale de la Santé: **Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision. CIM-10**, vol. 1: Organisation Mondiale de la Santé; 2008.
57. Messecar D, Powers BA, Nagel CL: **The Family Preferences Index: helping family members who want to participate in the care of a hospitalized older adult.** *The American journal of nursing* 2008, **108**(9):52-59; quiz 59-60.
58. Sous-comité sur la mobilité (sous la responsabilité de Latour J.): **Enquête sur l'utilisation des tests standardisés par les professionnels de la physiothérapie œuvrant en UCDG.** Montréal: Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2012.
59. Volkert D: **The role of nutrition in the prevention of sarcopenia.** *Wien Med Wochenschr* 2011, **161**(17-18):409-415.
60. Robinson S, Cooper C, Aihie Sayer A: **Nutrition and sarcopenia: a review of the evidence and implications for preventive strategies.** *Journal of aging research* 2012, **2012**:510801.
61. Lang PO, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens JP, Vogt-Ferrier N, Gallagher P, O'Mahony D, Michel JP: **[STOPP-START: adaptation of a French language screening tool for detecting inappropriate prescriptions in older people].** *Can J Public Health* 2009, **100**(6):426-431.
62. Bergeron J, Mallet L, Papillon-Ferland L: **Principes d'évaluation de la pharmacothérapie en gériatrie: illustration à l'aide d'un cas patient.** *Pharmactuel* 2008, **41**(1):11-25.
63. Jocas M: **Effets indésirables anticholinergiques des médicaments chez la personne âgée.** *Québec Pharmacie* 2005, **52**(7):436-439.
64. American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.** *J Am Geriatr Soc* 2012, **60**(4):616-631.
65. George CJ, Jacobs LG: **Geriatrics medication management rounds: a novel approach to teaching rational prescribing with the use of the medication screening questionnaire.** *J Am Geriatr Soc* 2011, **59**(1):138-142.
66. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG: **Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review.** *Drugs Aging* 2008, **25**(12):1021-1031.
67. Jobin A, Senneville J, Ékoum C, Racine D: **Maintien de la mobilité chez les personnes hospitalisées : Moyens pour prévenir les conséquences de l'immobilisation prolongée.** Montréal: Hôpital Maisonneuve-Rosemont; 2010.
68. Kergoat MJ, Latour J, Julien I, Plante MA, Lebel P, Mainville D, Bolduc A, Buckland JA: **A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model.** *BMC Geriatr* 2010, **10**(1):69.
69. Donabedian A: **The quality of care. How can it be assessed?** *JAMA* 1988, **260**(12):1743-1748.
70. Ellis R, Whittington D: **Quality Assurance in health care: A handbook.** London, England: Edward Arnold; 1994.

71. Kane RL: **Improving the quality of long-term care.** *JAMA* 1995, **273**(17):1376-1380.
72. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD: **Quality of health care. Part 2: measuring quality of care.** *N Engl J Med* 1996, **335**(13):966-970.
73. Institute of medicine (IOM): **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.
74. Donabedian A: **The seven pillars of quality.** *Arch Pathol Lab Med* 1990, **114**(11):1115-1118.
75. Tourigny A, Côté L, Kröger E, Lebel P, Kergoat MJ, Morin D, Tousignant M: **Framework for the evaluation of the quality of care and services provided to vulnerable elder persons.** In: *Integrated service delivery to ensure persons' functional autonomy.* Edited by Hébert R, Tourigny A, Gagnon M, vol. 1. Quebec: Edisem; 2005: 291-309.
76. Kergoat MJ, Latour J, Lebel P, Leduc N, Béland F, Leclerc BS, Berg K: **Étude de la qualité des soins et des services gériatriques hospitaliers par le cas traceur des chutes. Rapport de recherche.** Montréal: Centre de recherche. Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2008.
77. Brunelle Y, Saucier A: **No. 13 Les indicateurs et le système de soins.** Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation; 1999.
78. Dupras A, Lafrenière S: **Projet OPTIMAH (OPTIMisation des soins Aux personnes âgées à l'hôpital):** Centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal; 2009.
79. Castonguay S: **Programme de mobilisation et de stimulation à la marche. Document de travail.** CSSS de St-Jérôme; 2011.
80. Platt W, Bell B, Kozak J: **Physiotherapy Functional Mobility Profile, A Tool for Measuring Functional Outcome in Chronic Care Clients.** *Physiotherapy Canada* 1998, **50**(1):47-52, 74.
81. Brosseau L, Couroux N, Marion M, Thériault J, Laferrière L: **Intra- and inter-rater reliability and factorial validity studies of the Physiotherapy Functional Mobility Profile (PFMP) in acute care patients.** *Physiotherapy theory and practice* 1999, **15**(3):1.
82. Laferrière L, Brosseau L, Narezny M, Ryan M, Tibi G, Warman Chardon J: **Reliability and the validity of the physiotherapy functional mobility profile questionnaire.** *Physiotherapy theory and practice* 2001, **17**(4):217-228.
83. Seaby L, Torrance G: **Reliability of a physiotherapy functional assessment used in a rehabilitation setting.** *Physiother Can* 1989, **41**:264-271.
84. Salter K, Jutai J, Foley N, Teasell R: **Clinical Outcome Variables Scale: A retrospective validation study in patients after stroke.** *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine* 2010, **42**(7):609-613.
85. Lord SR, Menz HB: **Physiologic, psychologic, and health predictors of 6-minute walk performance in older people.** *Arch Phys Med Rehabil* 2002, **83**(7):907-911.
86. Bohannon RW: **Six-Minute Walk Test : A Meta-Analysis of Data From Apparently Healthy Elders.** *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2007, **23**:155–160.
87. Bohannon RW, Peolsson A, Massy-Westropp N, Desrosiers J, Bear-Lehman J: **Reference values for adult grip strength measured with a Jamar dynamometer: a descriptive meta-analysis.** *Physiotherapy* 2006, **92**:11–15.
88. Muir SW, Berg K, Chesworth B, Speechley M: **Use of the Berg Balance Scale for predicting multiple falls in community-dwelling elderly people: a prospective study.** *Physical therapy* 2008, **88**(4):449-459.
89. Neuls PD, Clark TL, Van Heuklon NC, Proctor JE, Kilker BJ, Bieber ME, Donlan AV, Carr-Jules SA, Neidel WH, Newton RA: **Usefulness of the Berg Balance Scale to predict falls in the elderly.** *Journal of geriatric physical therapy* 2011, **34**(1):3-10.

90. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L: **Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds.** *Physical therapy* 2002, **82**(2):128-137.
91. Bohannon RW: **Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis.** *Journal of geriatric physical therapy* 2006, **29**(2):64-68.
92. Bohannon RW: **Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants.** *Age Ageing* 1997, **26**(1):15-19.
93. Bohannon RW, Williams Andrews A: **Normal walking speed: a descriptive meta-analysis.** *Physiotherapy* 2011, **97**(3):182-189.
94. Jones CJ, Rikli RE, Beam WC: **A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults.** *Research quarterly for exercise and sport* 1999, **70**(2):113-119.
95. Jones CJ, Rikli RE: **Measuring functional fitness of older adults.** *The Journal on Active Aging* 2002, **March-April 2002**:24-30.
96. Macfarlane DJ, Chou KL, Cheng YH, Chi I: **Validity and normative data for thirty-second chair stand test in elderly community-dwelling Hong Kong Chinese.** *American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council* 2006, **18**(3):418-421.
97. Csuka M, McCarty DJ: **Simple method for measurement of lower extremity muscle strength.** *Am J Med* 1985, **78**(1):77-81.
98. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, Leveille SG, Markides KS, Ostir GV, Studenski S, Berkman LF, Wallace RB: **Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery.** *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000, **55**(4):M221-231.
99. Shubert TE, Schrodtt LA, Mercer VS, Busby-Whitehead J, Giuliani CA: **Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults?** *Journal of geriatric physical therapy* 2006, **29**(1):35-39.
100. Whitney SL, Wrisley DM, Marchetti GF, Gee MA, Redfern MS, Furman JM: **Clinical measurement of sit-to-stand performance in people with balance disorders: validity of data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test.** *Physical therapy* 2005, **85**(10):1034-1045.

Autres lectures suggérées :

- Bégin C, Boudreault V, Sergerie D: **La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Guide d'implantation:** Institut national de santé publique du Québec; 2007.
- Bégin C, Boudreault V, Sergerie D: **La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Guide d'implantation. Intervention multifactorielle personnalisée. 2e édition.** Québec: Institut national de santé publique; 2009.
- Gagnon C, Lafrance M: **Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique.** Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2011.

Moncada LV: **Management of falls in older persons: a prescription for prevention.** *American family physician* 2011, **84**(11):1267-1276.

Panel on Prevention of Falls in Older Persons AGS, British Geriatrics S: **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**(1):148-157.

Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (sous la direction de Bourdessol H. et PinRéseau S.): **Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile.** St-Denis cedex France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2005.

Société française de documentation et de recherche en médecine générale: **Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée.** **Argumentaire:** Haute autorité de France; 2005.

9. Annexes

Annexe 1. Lexique pratique pour l'évaluation et les interventions auprès des personnes âgées présentant des troubles de la mobilité

Rédigée par :

Judith Latour, Gériatre, chef du département de gériatrie du CHUM et consultante IUGM

Réviseurs et conseillers scientifique :

François Dubé,	Physiothérapeute, IUGM
Louise Duquette,	Physiothérapeute, CSSS du Sud de Lanaudière
Marie-Jeanne Kergoat,	Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM
Hélène Masson,	Neurologue, CHUM

Ce lexique a été élaboré en consultant divers ouvrages (manuels de référence en gériatrie, sites internet) et en utilisant des mots de tous les jours pour faciliter le travail interprofessionnel. Il n'est pas exhaustif et ne doit pas être utilisé comme source de référence médicale précise.

Abasie/astasie : incapacité de marcher (abasie) et de se tenir debout (astasie) malgré l'absence de troubles moteurs.

Anosognosie : non reconnaissance de ses limites dans le cadre d'une démence, d'un AVC ou d'un délirium.

Apathie : caractère d'une personne indifférente à l'émotion et aux désirs. Il s'agit d'une sorte d'indolence, d'inertie, due à un état physique ou psychologique provoqué par une pathologie.

Apraxie des membres : incapacité à réaliser un mouvement demandé en l'absence de déficit neuromusculaire.

Ataxie : pathologie qui consiste en un manque de coordination fine des mouvements volontaires sans atteinte de la force.

Ataxie appendiculaire : manque de coordination fine des mouvements des membres.

Boiterie : marche en penchant d'un côté plus que l'autre ou un pas plus court avec diminution de la mise en charge sur ce pied.

Bradykinésie : trouble de la mobilité qui consiste en une lenteur dans l'initiation du mouvement, de sa production et à sa rareté. Apparaît généralement dans les maladies neurologiques dégénératives (maladie de Parkinson).

Cyphose : difformité de la colonne vertébrale. L'hypercyphose est une déformation de la cyphose dorsale qui présente alors une trop forte convexité postérieure. Par raccourci, on utilise souvent le terme cyphose pour parler de l'hypercyphose. Chez la personne âgée, elle résulte souvent de tassements vertébraux (ostéoporose), de discopathies dégénératives multiples (vieillesse des disques intervertébraux) ou d'un déficit neurologique ou des muscles paravertébraux.

Démarche apraxique : incapacité à initier la marche et se déplacer en l'absence de limitations neuromusculaires.

Démarche ataxique : marche avec croisement des jambes, latéropulsion avec déviation du côté de la lésion. Le rythme du pas varie et on ne peut pas prédire où arrivera le pas.

Démarche choréique : démarche contaminée par des mouvements involontaires, brusques et irréguliers. Un trouble de la coordination perturbe la démarche, la rendant finalement impossible.

Démarche collante ou magnétique : les pieds semblent lourds et difficiles à soulever comme s'ils étaient des aimants retenus au sol.

Démarche dandinante ou de Trendelenburg si l'atteinte est unilatérale : démarche avec oscillation du tronc imitant celle du canard (chute du bassin du côté de l'oscillation ou avec inclinaison du tronc du côté de l'appui unipodal). Se retrouve dans l'atteinte du moyen fessier qui fait l'abduction de la hanche et aide à passer un pied devant l'autre.

Démarche dystonique : attitude dystonique du pied en équin donc extension de la cheville qui est accompagnée d'une attitude dystonique du membre supérieur en pronation du même côté. La marche aggrave ces attitudes.

Démarche précautionneuse : la marche précautionneuse est caractérisée par un léger déséquilibre, un discret élargissement du polygone de sustentation, un raccourcissement des pas et un ralentissement de la vitesse.

ESCA : Encéphalopathie sous-corticale athérosclérotique ou leucoaraïose : il s'agit d'une trouvaille radiologique où on note une raréfaction de la substance blanche due à une athérosclérose des artères perforantes qui l'irriguent ou à des micro saignements. L'ESCA est associée à des troubles de la marche et de l'équilibre, à des troubles cognitifs et de l'humeur et à des troubles de la continence.

Équilibre statique : capacité à se redresser, se lever et se tenir assis ou debout contre la force de gravité grâce au réflexe de redressement et de maintien de la station debout.

Fauchage : mouvement caractérisé par un membre inférieur restant raide lors de la marche, décrivant un demi-cercle au sol avec le pied raclant le sol, imitant le mouvement circulaire d'une faux.

Festination : c'est une tendance involontaire à faire des petits pas de plus en plus rapide en marchant. Le patient court après son centre de gravité. Ce type de démarche est typique du parkinson.

Hauteur, déroulement du pas :

- normal : on peut voir la plante du pied;
- les pieds glissent sur le sol : la démarche est alors magnétique. Les patients ne lèvent plus les pieds du sol pour ne pas tomber (démarche précautionneuse, frontale, parkinsonienne).
- le pied est levé plus haut : à cause d'un pied tombant steppage, d'une atteinte proprioceptive ou d'une spasticité (fauchage).

Hyperextension du genou : lorsque le muscle quadriceps est faible et dénervé, s'observe à la phase d'appui.

Hypokinésie : troubles de la mobilité qui consiste en une réduction des mouvements volontaires. Apparaît généralement dans les maladies neurologiques dégénératives (maladie de Parkinson) et la psychose dépressive.

Initiation de la marche : fluidité ou hésitation. On dit que l'initiation de la marche est extrapyramidale et frontale. Elle peut aussi être anormale si la démarche est précautionneuse, s'il y a de la douleur ou un trouble de démarche de haut niveau.

Latéropulsion : déséquilibre sur un côté.

Longueur du pas : longueur du pas normale (une longueur de pied entre la pointe du pied et le talon de l'autre pied). Elle peut être courte, variable, irrégulière ou régulière s'il y a une boiterie par exemple. Le pas raccourcit peu importe la cause du trouble d'équilibre.

Mouvement des bras : normal ou réduit, surtout dans la Maladie de Parkinson.

Mouvement des hanches :

- dissociation des ceintures;
- démarche en bloc : raideur articulaire (colonne, bassin, syndrome extrapyramidal), peur de tomber.

Pied tombant : faiblesse secondaire à une atteinte nerveuse de la flexion dorsale de la cheville. Un pied tombant peut se manifester par un déplacement avec un pied trainant ou par du steppage (voir définition ci-bas).

Posture : peut être droite, courbée, triple flexion des hanches-genoux-cheville, cyphoscoliose, position trop antérieure ou postérieure du bassin.

Polygone de base (aussi appelé polygone de sustentation) : distance comprenant les deux pieds (attention à la difformité des genoux et la taille des cuisses). Une distance de plus de 15 cm entre les deux pieds est anormale. Elle sera augmentée chez les ataxiques sensoriels, cérébelleux ou frontaux.

Régularité du pas : régulier ou pas. Les pas irréguliers se voient chez les patients ataxiques et peuvent se voir chez les patients souffrant de troubles cognitifs de toute étiologie. On peut parfois également objectiver des pas irréguliers chez les patients souffrant de troubles cognitifs légers qui font une tâche comme compter à rebours ou une série de calculs mentaux.

Rigidité : la rigidité consiste en une augmentation du tonus musculaire qui se manifeste par une résistance aux mouvements passifs indépendamment de la vitesse appliquée au membre examiné. La plupart du temps, le patient rapporte une raideur et ne décrit pas d'autres manifestations cliniques de la rigidité. Il s'agit surtout d'un signe noté par le médecin lors de l'examen physique et particulièrement utile dans l'établissement du diagnostic. La rigidité peut se manifester par une diminution du balancement du bras du côté du corps affecté par la maladie de Parkinson.

Sarcopénie : perte progressive de la masse musculaire associée au vieillissement et aggravée par la dénutrition et le déconditionnement.

Spasticité : trouble moteur caractérisé par une augmentation de la résistance des muscles lors de son étirement, et qui varie selon la vitesse d'étirement. Une spasticité importante peut entraîner des contractures musculaires touchant les muscles volontaires des membres et se traduire par une incapacité du mouvement.

Station unipodale : pour la population âgée normale, elle serait de plus de 13 secondes. Utile pour voir une anomalie de la force et de l'équilibre. Beaucoup d'examineurs se contentent d'un résultat de 5 secondes (Test de Tinetti).

Steppage : c'est une anomalie de la marche due à un pied tombant où le patient tente de compenser le déficit en levant la jambe plus haute pour éviter que le pied traîne au sol; le patient relève très haut sa jambe et son genou à chaque pas, la flexion de la cuisse sur le bassin est anormalement importante.

Troubles de la démarche antalgique : patron de marche altéré par la douleur.

Trouble de la marche factice : problème de simulation des troubles de la marche.

Troubles proprioceptifs : atteinte de la sensibilité à la vibration et au sens de position.

Annexe 2. Éléments de l'évaluation médicale initiale complète, défis de l'évaluation auprès des différents profils de patients présentant des troubles de la mobilité et exemple de formulaire informatisé

Rédigée par les membres de la table de travail des médecins :

Judith Latour,	Gériatre, chef du service de gériatrie du CHUM et consultante IUGM
Minh Vu,	Gériatre, CHUM et IUGM

Collaborateurs :

Lucie Boucher,	Gériatre, CHUM
Annik Dupras,	Gériatre, CHUM
Josée Fillion,	Gériatre, CHUM et IUGM
Francine Gaba,	Gériatre, CHUM
Catherine Kissel,	Gériatre, CHUM
Martine Lafleur,	Gériatre, CHUM
Fadi Massoud,	Gériatre, CHUM et IUGM
Isabelle Payot,	Gériatre, CHUM
Monique Saint-Martin,	Gériatre, CHUM et IUGM
Marie-Pierre Thibodeau,	Gériatre, CHUM

Révisseurs et conseillères scientifique :

Marie-Jeanne Kergoat, Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM
Hélène Masson, Neurologue, CHUM

Le contenu proposé dans cette annexe ne doit pas remplacer le jugement clinique du médecin face aux éléments qui ne s'appliqueraient pas pour un patient donné dans une situation donnée.

Objectif :

Une fois le patient admis à l'UCDG, le médecin doit estimer rapidement la nature du travail interprofessionnel requis. Il doit établir la liste des pathologies aiguës et chroniques, se prononcer sur la présence de delirium ou de démence, sur la capacité cardio-pulmonaire de participer aux évaluations et aviser, par exemple de la possibilité d'une fracture instable ou d'une contre-indication absolue à la mobilisation. L'ensemble de l'équipe bénéficie de savoir rapidement l'origine des douleurs. Les physiothérapeutes, plus particulièrement, apprécient obtenir l'opinion du médecin sur l'étiologie du trouble de la marche et de l'équilibre. Y a-t-il une composante sensorielle lorsque le patient est ataxique, ou encore, une faiblesse, ou une hypokinésie avec troubles posturaux ?

Les patients qui présentent un trouble de la marche et de l'équilibre modéré à sévère sont souvent difficilement mobilisables par une personne ou sont à haut risque de chute s'ils ne sont pas surveillés. Ils ont également besoin d'une intervention interprofessionnelle concertée pour débiter rapidement une intervention plus ciblée.

Liste détaillée des éléments de l'évaluation médicale optimale complète des patients présentant des troubles de la mobilité

A. QUESTIONNAIRE

➤ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, PSYCHIATRIQUES

Cardiaque

- maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS), insuffisance cardiaque ou autre condition cardiaque de classe fonctionnelle $\geq$ III/IV;

Pulmonaire

- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou autre condition pulmonaire de classe fonctionnelle $\geq$ 3/5;

Vasculaire

- insuffisance artérielle (qui donne de la claudication);
- oedème des membres inférieurs (maladies causant des OMI ayant un impact sur les déplacements);

Neurologique (IMPORTANT POUR LES PHYSIOS)

- accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique ou hémorragique;
- atteinte cérébrale vasculaire autre (état lacunaire, Encéphalopathie sous-corticale athérosclérotique ou leucoaraïose (ESCA) modéré à sévère);
- syndrome extrapyramidal (maladie causant un...);
- démence;
- delirium;

- polynévrite (maladies causant une...);
- radiculopathie (maladies causant une...; ex. : sténose spinale lombaire...);
- myopathie (maladie causant une ...);

Musculo-squelettique

- arthrose (coxarthrose, gonarthrose, etc.) ayant un impact sur les déplacements;
- arthrite (arthrite microcristalline, polyarthrite rhumatoïde (PAR), etc.) ayant un impact sur les déplacements;
- déformation articulaire (genou, cheville, pied, asymétrie, etc.) ayant un impact sur les déplacements;

Endocrinien

- obésité;
- diabète de type 2 **compliqué**;
- ostéoporose fracturaire **déformante**;

ORL-Ophtalmologique

- baisse de vision;
- atteinte vestibulaire (maladies causant une...);

Hémato-oncologique

- cancer;
- anémie symptomatique (maladie causant une...);

Gastrologique / Génito-urinaire / Néphrologique

- maladie cœliaque associée à l'ostéoporose, anémie, symptômes neurologiques frustrés;
- incontinence;

Psychiatrique

- dépression avec apathie;
- anxiété avec peur de tomber;

Autres

- accident majeur;
- alitement prolongé;
- déconditionnement;
- peur de tomber;

➤ **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**

- troubles d'équilibre;

➤ **HABITUDES DE VIE**

- consommation d'alcool;

➤ **MÉDICATION**

- liste des médicaments prescrits et non-prescrits;
- traitement du système nerveux central et médication ayant un impact sur le maintien de la tension artérielle;

➤ **EVOLUTION DES CAPACITÉS FONCTIONNELLES**

- AVD;
- AVQ;
- mobilité : aide technique, chute dans la dernière année, chutes à répétition, sortie à l'extérieur;
- instabilité au lever;
- fatigue importante, déconditionnement;
- activités d'une journée, temps passé debout.

Voici des exemples de questions en fonction des éléments à rechercher au questionnaire

Éléments	Questions
Auto-appréciation de son équilibre et de sa capacité à se mobiliser	• Comment trouvez-vous votre équilibre ? • Avez-vous des problèmes de mobilité ?
Équilibre statique	• Êtes-vous capable de rester assis sans vous appuyer ? Combien de temps êtes-vous capable de rester assis sans aide ? • Êtes-vous capable de rester debout sans aide ? Combien de temps êtes-vous capable de rester debout sans aide ?
Posture	• Avez-vous noté des changements dans votre posture ?
Transferts (couché-assis-debout)	• Avez-vous plus de difficultés à vous lever qu'avant ? • Avez-vous besoin d'aide pour vous lever du lit ? D'une chaise ? • Avez-vous de la difficulté à vous coucher ? À vous asseoir dans un fauteuil ?
Déplacement	• Avez-vous plus de difficultés à vous déplacer qu'avant ? • Perdez-vous l'équilibre en vous levant, vous asseyant ? • Êtes-vous trop faible pour vous lever ? • Avez-vous de la difficulté à vous redresser par faiblesse ou douleur au lever ? • Devez-vous utiliser une canne / marchette ?
Durée	• Depuis quand avez-vous de la difficulté à vous déplacer ? • Quand marchiez-vous comme moi ? • Depuis quand avez-vous une canne / marchette ?
Évènement initial déclenchant et progression (aiguë vs progressif)	• Y-a-t-il eu un évènement particulier qui est survenu lorsque vous avez commencé à avoir des problèmes d'équilibre (chute, accident, maladie, hospitalisation, nouveau médicament, etc.) ? • Les changements sont-ils apparus très rapidement ou progressivement ?
Apparition des symptômes dans la journée	• Est-ce que ce problème est constant ou intermittent (après un certain temps de marche, durant une période de la journée, etc.) ?
Facteurs modulateurs	• Est-ce qu'il y a des facteurs qui aggravent ou améliorent les symptômes ? • Y-a-t-il eu des traitements qui ont été essayé ? Est-ce que cela a changé quelque chose ?
Progression des symptômes dans le temps	• Est-ce que les symptômes se détériorent avec le temps ou semblent rester stables ? • Y-a-t-il eu une période d'amélioration des symptômes ?
Symptômes accompagnateurs	• Y-a-t-il une faiblesse, engourdissement, douleur ? • Y a-t-il étourdissements, vertiges, oscillations, impression de tête dans les nuages ?
Autres (humeur, troubles cognitifs, poids)	• Comment est votre humeur ? Avez-vous remarqué des changements ? • Avez-vous remarqué des changements dans vos capacités (physiques et mentales) ? • Est-ce que votre poids a changé dans la dernière année ?
Description de la démarche	• Avez-vous noté un changement au niveau de la vitesse ? • Avez-vous peur de perdre l'équilibre en vous penchant ?

Éléments	Questions
	• Êtes-vous capable de suivre une ligne droite en marchant ? • Est-ce que vous avez tendance à vous accrocher les pieds dans les inégalités du plancher ou du trottoir ? • Est-ce que vous vous accrochez les pieds ensemble ? • Avez-vous une sensation de genoux qui lâchent ? Avez-vous la sensation que vos jambes plient après une certaine distance ? • Quelle distance êtes-vous capable de parcourir ?
Chute	• Quelles sont les circonstances de la chute (moment de la journée, lieu, activité ou position au moment de la chute, malaises au moment de la chute, perte de conscience, durée passée au sol, comment s'est relevé du sol, médicaments ou alcool avant la chute, etc.) ?
Description des activités quotidiennes	• Quelles sont vos activités durant la journée ? • Comment trouvez-vous votre endurance (en général) ? • Combien de temps faites-vous des activités debout, assis, couché ? • Combien de repas et de collation prenez-vous par jour ? Donnez-moi des exemples habituels de votre déjeuner, dîner, souper, collation.

B. EXAMEN PHYSIQUE

Général

- signes vitaux : tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation;
- tension artérielle couchée et debout;
- poids et taille;

Examen cardio-respiratoire

- auscultation cardiaque et pulmonaire;
- pouls périphérique;
- oedème des membres inférieurs;

Examen neurologique

- évaluation cognitive et psychiatrique sommaire;
- vision : champs visuels, acuité visuelle, mouvements oculaires;
- audition : acuité auditive et otoscopie selon questionnaire;
- tonus;
- force des membres supérieurs et inférieurs;
- sensibilité vibratoire et proprioception;
- gradient sensitif métatarse/genoux;
- test de Romberg;
- reflexes ostéo-tendineux;
- réflexes primitifs;
- cutanés plantaires;
- épreuves cérébelleuses doigt-nez, talon-genou, mouvements alternés rapides;
- épreuve vestibulaire (par exemple Dix-Hallpike) selon questionnaire;

Examen musculo-squelettique

- atrophie musculaire;
- amplitude articulaire des épaules;
- amplitude articulaire des hanches, genoux, chevilles;

- déformation des genoux, chevilles, pieds;
- asymétrie des membres inférieurs;
- recherche de stigmate d'arthrose (notamment gonarthrose);
- examen des pieds (hygiène, onychogryphose, callosités);

Examen de l'équilibre

- posture assise, debout et polygone de sustentation (assis avec ou sans appui, inclinaison du tronc, cyphose, scoliose, flexion du tronc, flexion des genoux, inclinaison du tronc, base de support normale ou élargie);
- transfert assis-debout (utilisation des membres supérieurs, transition entre transfert et marche avec ou sans hésitation dans l'initiation du pas);
- membre supérieur (balancement des membres supérieurs, symétrie, tremblement);
- pas (longueur du pas, fluctuation de la longueur du pas);
- symétrie des pas (attaque du pied au sol, déroulement, poussée plantaire, hauteur, longueur et symétrie des pas);
- vitesse de marche;
- déviation de la trajectoire;
- dissociation des ceintures (c'est-à-dire rotation de la ceinture pelvienne contre-balancée par la rotation inverse de la ceinture scapulaire);
- virage (sans interruption, fluide, par étapes, à petits pas, décomposés);
- transfert debout-assis (utilisation des membres supérieurs, contrôle de la rotation du tronc, contrôle de la descente vs se laisse tomber);
- test des poussées ou poussée sternale;

Autres

- exemples :
 - démarche en tandem;
 - unipodal;
 - se lever d'une chaise à répétition sans utiliser les mains (« Sit to stand ») ;
 - 360 degrés;
 - ramasser un objet en haut et en bas.

Défis de l'évaluation médicale selon les profils de patients

Il nous apparaît intéressant de souligner les principales difficultés qui peuvent être rencontrées auprès des patients qui collaborent difficilement et la façon de les aborder dans la pratique, lors de l'évaluation médicale.

Patient non-collaborant

Le patient très malade ou très souffrant, surtout s'il est en delirium, participe peu à l'examen, mais on peut l'observer pour tout mouvement anormal, myoclonie, fasciculation, tremblement et estimer la masse musculaire.

Durant l'examen cœur-poumon-abdomen, on peut apprécier les mouvements oculaires en changeant de côté de lit. Sourire est facile, la cavité buccale est accessible comme les jugulaires et les carotides. Le patient peut-il se redresser pour l'examen pulmonaire ? Peut-il minimalement se tourner en utilisant les ridelles ? Trouve-t-on de l'œdème pré-sacré, une déviation de la colonne vertébrale ? La

présence de souffles carotidiens, abdominaux ou fémoraux laisse présager la même pathologie au niveau du cerveau. Y a-t-il un anévrisme abdominal ou un globe vésical ?

L'inspection et l'évaluation de la mobilité des hanches, des genoux et des chevilles sont rapidement estimées de même que le tonus des membres et la capacité à faire l'épreuve des bras tendus. Une constellation de signes primitifs (palmo-mentonnier, moue, glabella hoffman babinski) oriente vers une pathologie centrale. Si le patient est hypertonique, est-ce une rigidité extrapyramidale ou une hypertonie d'opposition frontale ? Y a-t-il de la spasticité ? Est-ce que les pieds sont oedématisés, mal perfusés, déformés, mal entretenus avec de l'onychogryphose, des callosités et de la mycose interdigitale ? Est-ce que les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques ? Est-ce que le patient peut lever les jambes du lit ? Le patient sent-il la vibration pendant au moins 10 secondes au premier métatarse, après qu'on lui ait fait la démonstration de ce que c'est sur le front ou le premier métacarpe ?

Les épreuves cérébelleuses, les forces segmentaires, l'examen des praxies et des sensibilités et de tous les nerfs crâniens demandent plus de collaboration et doivent parfois être reportées ou interprétées dans le cadre de la maladie.

Pour faciliter la mobilisation du patient, on relève la tête du lit à 90 degrés et on l'assoit pour vérifier s'il y a rétropulsion. Si le patient a du tonus et un minimum de force, on peut le verticaliser avec une marchette et de préférence en prenant la tension artérielle couchée/debout. Il faut observer le comportement: y-a-t-il pré-syncope, dérobade des genoux du patient très faible, douleur, latéralisation ? On tente ensuite d'initier la marche en recherchant le piétinement, les boiteries antalgiques ou les asymétries et en ayant toujours une chaise à proximité. Le patient traînera souvent les pieds, mais les pas sont-ils très courts, sans aucun déroulement du pied ou semblent aimantés ? Si le patient est très faible, il faut être accompagné d'une ou deux personnes.

Selon notre expérience clinique, une fois les conditions aiguës écartées, on se retrouve le plus souvent avec des atteintes du premier niveau (afférence/efférence) ou des atteintes centrales de haut niveau, compliquées d'une peur de tomber. Les syndromes neurologiques dégénératifs purs/parkinsoniens ou cérébelleux sont en général reconnus par les cliniciens.

Patient souffrant

Quand le patient est souffrant (douleur non-contrôlée), l'examen doit être minutieux et l'étiologie de la douleur précisée. Par exemple, un patient admis pour une douleur à la cuisse insoutenable se plaignait d'un inconfort à ce niveau depuis une fracture de hanche survenue 3 ans auparavant. Or, un diagnostic de sténose spinale avec atteinte L4 et une infiltration ont pu soulager le patient d'une douleur qui avait toujours été associée à sa hanche.

Patient apathique

Les patients âgés, ralentis et avec de multiples comorbidités sont souvent démotivés. Ils collaborent à l'examen, mais s'engagent moins dans le traitement. Ils ont souvent peur de tomber (avec raison) s'ils ne demandent pas d'aide, ou encore ne prennent pas d'aide technique.

Patient anxieux / ayant peur de tomber / présentant une régression psychomotrice

L'examen est souvent limité comme dans celui du patient non-collaborant. Le patient a souvent un trouble cognitif et présente un déséquilibre postérieur important, même en position assise, la musculature postérieure antigravitaire plus forte attirant le patient vers l'arrière. Le tronc raide fait glisser le bassin vers le bord de la chaise. Lors de cas sévère, le patient ne peut pas se mettre debout, car le centre de gravité est postérieur à la base de sustentation. Il a perdu ses réactions réflexes de redressement et s'agrippe au personnel au risque de les blesser. S'il y a une composante psychogène (peur de tomber) et que la démence n'est pas sévère le patient présente un potentiel d'amélioration.

Patient téméraire/ impulsif/ agité /en delirium

Ce patient peut, en général, participer à l'examen neurologique, mais exécute moins bien les mouvements et s'impatiente. Le patient qui se déplace beaucoup, qui est distrait et qui se met à risque de chutes, nécessite une approche comportementale. Les téméraires sont parfois des patients lucides qui ont un trouble d'équilibre multifactoriel, mais ne supportent pas la dépendance et prennent volontairement des risques. L'approche comportementale est alors toute autre.

Exemple de formulaire informatisé de l'évaluation médicale initiale optimale complète des patients présentant des troubles de la mobilité

CONSULTATION MÉDICALE GÉRIATRIE – TROUBLE D'ÉQUILIBRE

RAISON DE CONSULTATION : Tr. Équilibre

Médecin de famille : _____

Âge : _____

Sexe: ☐ M ☐ F

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

CARDIOVASCULAIRE et FACTEURS DE RISQUE	Présent	Absent	Commentaires
HTA			
Diabète			
Dyslipidémie			
MCAS			
Angine			
Infarctus du myocarde			
Insuffisance cardiaque congestive			
Arythmie			
Valvulopathie			
Insuffisance artérielle périphérique			
Autres			
PULMONAIRE	Présent	Absent	Commentaires
MPOC			
Asthme			
Autres			
NEUROLOGIQUE / NEUROCOGN.	Présent	Absent	Commentaires
ACV / ICT			
Atteinte cérébrale vasculaire autre (lacunes, ESCA, etc.)			
Maladie de parkinson ou syndromes apparentés (Parkinson vasculaire, Parkinson plus, etc.)			
Tr. Cognitif / Démence			
Atteinte myopathique / névritique (neuropathique) / radiculopathique			
Autres			
MUSCULO-SQUELETTIQUE	Présent	Absent	Commentaires
Arthrose			
Arthrite inflammatoire			
Déformations articulaires			
Fractures			
Autres			
ENDOCRINIENNE	Présent	Absent	Commentaires
Maladies thyroïdiennes			
Obésité			
Ostéoporose			
Autres			
ORL - OPHTALMOLOGIQUE	Présent	Absent	Commentaires
Tr. Visuel			
Tr. Auditif			
Tr. Vestibulaire			
Autres			
PSYCHIATRIQUE	Présent	Absent	Commentaires
Tr. Dépressif			
Tr. Anxieux			
Syndr. Post-chute			
Autres			
AUTRES	Présent	Absent	Commentaires
Cancer			

Incontinence urinaire			
Incontinence fécale			
Accident majeur			
Alitement prolongé			
Autres (incluant chirurgie)			
1)	6)	11)	
2)	7)	12)	
3)	8)	13)	
4)	9)	14)	
5)	10)	15)	

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TROUBLES DE L'ÉQUILIBRE :

HABITUDES DE VIE

Tabac ☐ N ☐ O
 Alcool ☐ N ☐ O
 Drogue ☐ N ☐ O

Allergies :

MÉDICAMENTS À DOMICILE

MÉDICAMENTS À L'HOPITAL

HISTOIRE SOCIALE

Commentaires

Statut social

☐ Célibataire
☐ Marié(e)
☐ Divorcé(e)
☐ Veuf/veuve x _____ (années)
☐ O ☐ N

H : _____ F : _____

Enfant :

Scolarité :

Emploi antérieur :

Procuration

Mandat en cas d'inaptitude

Testament

Logement :

☐ Non ☐ Oui
☐ Non ☐ Oui ☐ Homologué ☐ Non-homologué
☐ Non ☐ Oui
☐ Résidence personnelle-seul
☐ Cohabitation
☐ Résidence privée
☐ CA / CHSLD

CAPACITÉ FONCTIONNELLE	Autonome		Commentaires			
AVQ						
S'habiller	☐ O	☐ N				
Se nourrir	☐ O	☐ N				
Se laver	☐ O	☐ N				
Soins personnels	☐ O	☐ N				
Utiliser les toilettes	☐ O	☐ N				
Continence urinaire	☐ O	☐ N				
AVD						
Épicerie	☐ O	☐ N				
Repas	☐ O	☐ N				
Ménage	☐ O	☐ N				
Lessive	☐ O	☐ N				
Finances	☐ O	☐ N				
Médicaments	☐ O	☐ N	☐ Vials	☐ Dosette	☐ Dispill	☐ Autres
			Supervisé par _____			
Sortie seule	☐ O	☐ N				
Voiture	☐ O	☐ N				
Mobilité						
Aide technique	☐ N	☐ O	☐ Canne	☐ Marchette	☐ Fauteuil roulant	
			☐ Autre : _____			
Chute dans la dernière année	☐ N	☐ O	CF HMA			

HMA

EXAMEN PHYSIQUE

T : _____
 TA : _____
 FC : _____
 FR : _____
 Sat : _____

TAc : _____ FCc : _____
 TAd : _____ FCd : _____
 Poids : _____ Taille : _____

HTO Oui ☐ Non ☐

Signes de trauma :

		N	An	Commentaires				
1.	Tête et cou	☐	☐					
1.1.	Adénopathies	☐	☐					
1.2.	Souffle carotidien	☐	☐					
1.3.	TVC	☐	☐					
2.	Cœur	☐	☐					
3.	Poumons	☐	☐					
4.	Abdomen	☐	☐					
5.	MI							
5.1.	Pouls	☐	☐					
5.2.	Œdème	☐	☐					
6.	Musculo-squelettique							
		<table border="0"> <thead> <tr> <th>GAUCHE</th> <th>DROIT</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>An</th> </tr> </thead> </table>		GAUCHE	DROIT	N	An	
GAUCHE	DROIT							
N	An							
6.1.	ROM Cou	☐	☐					
6.2.	ROM Colonne	☐	☐					
6.3.	ROM Épaule	☐	☐					
6.4.	ROM Coude	☐	☐					
6.5.	ROM Poignet	☐	☐					
6.6.	ROM Hanche	☐	☐					
6.7.	ROM Genou	☐	☐					
6.8.	ROM Cheville	☐	☐					
		<table border="0"> <thead> <tr> <th>N</th> <th>An</th> </tr> </thead> </table>		N	An			
N	An							
6.9.	Asymétrie des MS	☐	☐					
6.10.	Asymétrie des MI	☐	☐					
7.	Neurologique							
7.1.	Examen cognitif / psychiatrique sommaire							

MMSE : _____ MOCA : _____

7.2. Nerfs crâniens : N An

7.2.1. MOE ☐ ☐

7.2.2. Champ visuel Dr N An

7.2.3. Acuité visuelle Dr: _____

7.2.4. Symétrie faciale ☐ ☐

7.2.5. Autres :

Champ visuel G ☐ ☐

Acuité visuelle G: _____

7.3. Tonus MS MI

N An N An

☐ ☐ ☐ ☐

Commentaires

7.4. Force

	GAUCHE		DROIT	
	N	An	N	An
7.4.1. Épaule	☐	☐	☐	☐
7.4.2. Coude	☐	☐	☐	☐
7.4.3. Poignet	☐	☐	☐	☐
7.4.4. Préhension	☐	☐	☐	☐
7.4.5. Hanche	☐	☐	☐	☐
7.4.6. Genou	☐	☐	☐	☐
7.4.7. Cheville	☐	☐	☐	☐



7.5. Sensibilité MS MI

N An N An

7.5.1. Douleur ☐ ☐ ☐ ☐

7.5.2. Vibratoire ☐ ☐ ☐ ☐

7.5.3. Position ☐ ☐ ☐ ☐

7.5.4. Extinction sensitive N An

7.5.5. Romberg ☐ ☐

7.6. Bradykinésie N An

☐ ☐

7.7. Tremblement N An

☐ ☐

- ☐ De repos
- ☐ Postural
- ☐ D'intention

7.8. Réflexes



Réfl. labellaire : _____

Réfl. de moue : _____

Réfl. palmomentonier Dr : _____ G : _____

Réfl. grasping Dr : _____ G : _____

7.9. Épreuves cérébelleuses : N An

7.9.1. Doigt-Nez ☐ ☐

7.9.2. Talon-Genou ☐ ☐

7.9.3. MAR ☐ ☐

7.9.4. Coordination ☐ ☐

Commentaires

7.10.Équilibre	N	An
7.10.1.Transfert A-D	☐	☐
7.10.2.Posture et polygone	☐	☐
7.10.3.Membres supérieurs	☐	☐
7.10.4.Pas	☐	☐
7.10.5.Symétrie des pas	☐	☐
7.10.6.Vitesse de marche	☐	☐
7.10.7.Déviation trajectoire	☐	☐
7.10.8.Dissoc. ceintures	☐	☐
7.10.9.Virage	☐	☐
7.10.10. Transfert D-A	☐	☐

7.10.11. Poussée sternale : _____

7.10.12. Tandem : _____

7.10.13. Unipodal : _____

7.10.14. Sit and Stand : _____

7.11.Autres (selon évaluation)

7.11.1.Rotation complète (360) : _____

7.11.2.Ramasser un objet au sol : _____

7.11.3.Ramasser un objet en hauteur (extension) : _____

BILAN

IMPRESSIONS ET RECOMMANDATIONS

Annexe 3. Éléments de l'évaluation initiale complète de la mobilité par l'infirmière ainsi que les rôles de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires

Rédigée par les membres de la table de travail des infirmières :

Céline Forget, Infirmière-chef UCDG, CSSS du sud de Lanaudière
Maryse Saindon, Inf. clinicienne, Équipe d'intervention gériatrique, CHUQ

Révisseuse et conseillère scientifique :

Marie-Jeanne Kergoat, Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM
Sylvie Lafrenière, Conseillère en soins infirmiers spécialisés (clientèle personne âgées), CHUM

Collaborateurs :

Comité de pratique réflexive du CHUQ :

Karine Audet,	Infirmière clinicienne, Foyer des vétérans
Sylvain Babin,	Chef d'unité de soins infirmiers
Michèle Bédard,	Assistante infirmière-chef UCDG
Denise Bernard,	Infirmière clinicienne
Lise Bérubé,	Assistante infirmière-chef
Lucie Bilodeau,	Coordonnatrice Maison Paul-Triquet
Anne Boisvert,	Infirmière clinicienne, équipe d'intervention gériatrique
Chantal Bouchard,	Chef d'unité de soins infirmiers, Foyers des vétérans
Rose-Anne Buteau,	Conseillère en soins spécialisés, coordonnatrice du Bureau d'aide à l'innovation
Claude Claveau,	Assistante infirmière-chef
Sylvia Côté,	Chef d'unité de soins infirmiers
Christine Danjou,	Conseillère en soins spécialisés (aînés)
Sylvie Imbault,	Infirmière clinicienne
Michèle Laforest,	Infirmière clinicienne, hôpital de jour
Dominique Leduc,	Infirmière clinicienne
Julie Migneault,	Chef d'unité de soins infirmiers
Johanne Moreau,	Infirmière clinicienne UCDG
Maryse Saindon,	Infirmière clinicienne, équipe intervention gériatrique
Chantal Veer,	Chef d'unité de soins infirmiers UCDG

Le contenu proposé dans cette annexe ne doit pas remplacer le jugement clinique du professionnel de la santé face aux éléments qui ne s'appliqueraient pas pour un patient donné dans une situation donnée.

L'évaluation de tous ces aspects en contexte réel de soins est tributaire des priorités de soins de l'infirmière au moment de l'admission et ces priorités sont directement en lien avec le lieu, le rôle infirmier et le contexte de pratique.

Infirmière :

L'évaluation initiale de la mobilité par l'infirmière doit être faite pour tous les patients présentant des troubles de la mobilité et admis à l'UCDG. Cette évaluation peut être effectuée dès l'admission à l'UCDG ou peut-être faite lors de la consultation en gériatrie par l'infirmière de clientèle gériatrique à l'urgence ou sur une autre unité. Idéalement, l'infirmière devrait effectuer l'évaluation initiale de la mobilité lors du premier transfert ou à la première mise en position debout du patient lors de son admission à l'UCDG.

L'objectif est de faire des recommandations ou donner des directives de soins, dans les premières 24 heures de l'admission, au patient, aux membres de l'entourage et à l'équipe concernant la mobilité afin d'assurer la sécurité et fournir l'aide requise tout en favorisant le maintien des capacités du patient.

Voici le cheminement clinique de l'infirmière et les éléments détaillés de l'évaluation initiale complète de la mobilité si l'état de santé du patient le permet :

Avant la visite au patient :

- o procéder à la lecture du dossier (hospitalisation en cours et passée);
- o s'informer auprès du personnel soignant (préposé aux bénéficiaires, infirmière) de l'urgence ou d'une autre unité de soins si l'admission se fait par transfert sur le niveau de collaboration, le comportement, le niveau d'autonomie aux transferts et à la marche, l'utilisation de l'aide technique;
- o s'informer auprès du médecin traitant si le patient a déjà été vu par celui-ci pour recueillir des informations sur l'état général et l'histoire du déclin de la mobilité du patient.

Avec le patient et/ou son entourage

- o **évaluation subjective :**
 - recueillir des précisions, au besoin, sur les antécédents de santé et la médication
 - anémie, troubles d'équilibre, hypotension orthostatique, fatigue, maladie de Parkinson/syndrome parkinsonien, arthrose, hémiplegie/hémi-parésie, atteintes cognitives;
 - douleur;
 - médication à risque (opiacé, neuroleptique, benzodiazépine, diurétique, bêta-bloquants);
 - recueillir des précisions sur l'histoire de la chute et/ou du déclin de la mobilité;
 - s'informer sur le niveau habituel d'activités physiques et le temps actif passé debout (perception des capacités, tolérance aux risques de chute, peur de tomber);
 - s'informer sur le port de lunettes ou d'appareils auditifs;
 - vérifier la qualité des chaussures;
 - identifier la perception du patient et celle son principal proche aidant quant à la capacité de marcher et le risque de chute;
 - obtenir leurs attentes face au niveau d'aide souhaitée ou non;

- s'informer des objectifs de mobilité désirés par le patient et son entourage.

O évaluation objective:

signes AINÉES, et particulièrement dans le contexte des troubles de la mobilité, vérifier les éléments suivants :

- vérifier les signes de déshydratation;
- effectuer une inspection de la peau;
- effectuer une inspection des articulations (déformation/raideur, rougeur, chaleur, œdème);
- vérifier la présence de troubles perceptuels (vision, audition);
- effectuer une inspection des pieds;
- mesurer le pouls;
- mesurer la tension artérielle couchée-debout;
- évaluer la capacité du patient à effectuer ses transferts :
 - se tourner seul sur le côté;
 - s'asseoir sur le bord du lit;
 - se lever debout;
 - s'asseoir au fauteuil;
 - se relever du fauteuil;
- évaluer la capacité du patient à :
 - marcher droit devant sur la longueur de sa chambre et à faire un demi-tour;
 - à rester debout les yeux ouverts pendant 30 secondes;
- évaluer la réaction du patient à l'effort (peur, sudation, dyspnée, faiblesse, fatigue, étourdissement, douleur);
- évaluer les déplacements du patient avec ou sans aide technique;
- évaluer les caractéristiques de la démarche du patient :
 - marche précautionneuse, hésitante et à très petits pas; symétrie des pas; mouvement des hanches; marche avec élargissement du polygone de sustentation (base d'appui); piétinement au démarrage ou au demi-tour, posture, pieds traînants, boiterie, genoux ou hanche en flexion, équilibre, rétropulsion.

Après la rencontre avec le patient :

- O décider si le patient peut être mobilisé tel qu'il est prescrit ou s'il faut modifier la prescription;
- O décider de l'aide requise pour la marche et les transferts (cf types de recommandation, section 6.3) en collaboration avec le médecin et/ou le personnel de réadaptation;
- O effectuer, au besoin, une demande de références aux autres professionnels.
- O en fonction des objectifs du patient et son entourage et en collaboration avec les autres intervenants, identifier la ou les cible(s) d'intervention.
par exemple :
 - déconditionnement; Diminution de la force musculaire (membre supérieur et/ou inférieur; Douleur aiguë, chronique; Tolérance à l'effort; Équilibre;

- Syndrome post-chute (peur); Raideur; Limitation articulaire; Déficit sensoriel, proprioception; Condition médicale associée (ex. : HTO, hypotension postprandiale, etc.);
- adéquation : de l'utilisation de l'accessoire de marche ou du choix de l'accessoire de marche;
- médication;
- compréhension (cognitif);
- o élaborer et ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI) en tenant compte des cibles d'intervention pour favoriser la mobilité et réduire le risque de chute :
exemple de PTI pour un problème d'hypokinésie:
 - Constats de l'évaluation :
 - 1- trouble de la mobilité lié à un AVC sous-cortical
 - Suivi clinique
 - 1- Assistance dans tous les déplacements (dir. inf, inf. aux., PAB)
 - 1- Faire marcher 100 m (marchette) avec aide, 2 fois par jour (dir. PAB)
- o évaluer, si requis, les interventions particulières pour favoriser le partenariat de collaboration avec le patient/entourage et les inscrits au PTI;
- o expliquer au patient et/ou son entourage les recommandations sur la mobilité et effectuer l'enseignement de techniques de transfert et de marche en collaboration, au besoin, avec le physiothérapeute;
- o si requis, assister le patient dans sa mobilité et profiter de cette occasion pour souligner au patient, ses efforts et les améliorations.

Infirmière auxiliaire :

Pour ce qui est du rôle de l'infirmière auxiliaire, les éléments suivants sont proposés [79]:

- o connaître les capacités physiques et directives au PTI fournies par l'infirmière pour chaque patient;
- o assister quotidiennement le patient dans sa mobilité selon le niveau d'aide et les étapes de progression déterminées;
 - le patient qui doit exceptionnellement reposer au lit se voit redresser sa tête de lit à 90 degrés fréquemment et est mobilisé régulièrement selon les indications médicales;
- o intégrer les transferts et la marche dans les AVQ du patient selon les indications de l'équipe;
 - le patient se lève au fauteuil à chaque repas (incontournable sauf si contre-indication médicale ou selon le jugement clinique de l'infirmière) ;
- o expliquer et soutenir les préposés aux bénéficiaires ainsi que les patients et leur entourage sur les recommandations à suivre;
- o contribuer à identifier les obstacles à la mobilité (douleur, crainte, environnement, etc.) et suggérer à l'infirmière des moyens de les réduire/éliminer;
- o aviser l'infirmière pour toute problématique ou changement dans l'application des recommandations;
- o participer aux rencontres interprofessionnelles selon les modalités du milieu et y partager les informations concernant l'application des recommandations.

Préposés aux bénéficiaires :

Pour ce qui est du rôle du préposé aux bénéficiaires, les éléments suivants sont proposés [79] :

- o vérifier les capacités du patient aux transferts et à la marche et savoir comment assister en maximisant la participation du patient (transfert, station debout) :
 - le préposé ne fait pas d'évaluation en soi, il vérifie si les capacités évaluées par les professionnels de l'équipe sont identiques ou différentes de celles qu'il observe au moment de l'aide qu'il fournit;
- o assister quotidiennement le patient dans sa mobilité selon le niveau d'aide et les étapes de progression déterminées :
 - le patient qui doit exceptionnellement reposer au lit se voit redresser sa tête de lit à 90 degrés fréquemment et est mobilisé régulièrement selon les indications médicales ;
- o intégrer les transferts et la marche dans les AVQ du patient selon les indications de l'équipe :
 - le patient se lève au fauteuil à chaque repas (incontournable sauf si contre-indication médicale ou selon le jugement clinique de l'infirmière);
- o partager ses observations avec les membres de l'équipe de soins et les autres intervenants selon les modalités en place du milieu;
- o aviser l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire de toute problématique, ou de tout changement dans la mobilité du patient;
- o contribuer à identifier les obstacles à la mobilité (douleur, crainte, environnement, etc.) et suggère à l'infirmière des moyens de les réduire/éliminer;
- o connaître les techniques d'utilisation sécuritaire des contentions et du lève-personne.

Annexe 4. Éléments des évaluations d'admission et initiale complète de la mobilité par le physiothérapeute et valeurs normatives de certains tests en fonction de l'âge et du genre

Rédigée par les membres de la table de travail des physiothérapeutes:

François Dubé,	Physiothérapeute, IUGM
Louise Duquette,	Physiothérapeute, CSSS du sud de Lanaudière
Christine Fortier,	Physiothérapeute, CHUQ
Mario Regnière,	Physiothérapeute et conseiller clinique, CHUQ

Révisseuse et conseillère scientifique :

Marie-Jeanne Kergoat,	Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM
-----------------------	---

Collaboratrices :

Annie-Iseult Tousignant-Bergeron,	Physiothérapeute, CHUM
Komala Voora,	Physiothérapeute, CHUM

Le contenu proposé dans cette annexe ne doit pas remplacer le jugement clinique du professionnel de la santé face aux éléments qui ne s'appliqueraient pas pour un patient donné dans une situation donnée.

Objectifs :

L'évaluation d'admission s'effectue à l'arrivée du patient ou dans les 48 heures qui suivent. Elle se fait généralement à la chambre du patient ou sur l'unité. Elle a pour objectif de dépister les troubles de la mobilité afin de transmettre des recommandations au patient, à l'entourage et à l'équipe concernant la mobilité sur l'unité. Certains instruments validés peuvent être utilisés lors de cette évaluation.

L'évaluation initiale complète est la continuité de l'évaluation d'admission et permet d'évaluer en détail les différentes conditions faisant partie du champ de pratique de la physiothérapie (neurologiques, musculo-squelettiques et cardio-respiratoires). Cette évaluation peut s'effectuer en plusieurs visites, souvent dans un local réservé et permet d'approfondir l'évaluation, entre autres, à l'aide d'instruments validés.

1) Éléments de l'évaluation d'admission :

Avant la visite au patient :

- o procéder à la lecture du dossier (hospitalisation en cours et passée);
- o s'informer, verbalement ou via le dossier, concernant le niveau de collaboration, le comportement, le niveau d'autonomie aux transferts et à la marche et l'utilisation de l'aide technique;
- o s'informer au besoin auprès du médecin traitant pour savoir si le patient est connu de ce dernier et pour recueillir des informations pertinentes sur l'état général et l'histoire de santé;
- o avoir une aide technique à portée de main.

Pendant la visite avec le patient (de préférence en présence de son proche-aidant) :

Évaluation subjective :

- o effectuer un dépistage des troubles d'équilibre, de la peur de chuter, de l'hypotension orthostatique, de la douleur, de la fatigue et des faiblesses importantes;
- o s'informer sur l'histoire de chutes antérieures (circonstances, perte de conscience, étourdissements, se relever du sol);
- o s'informer du niveau habituel d'activités physiques et du temps actif passé debout;
- o s'informer du niveau habituel d'autonomie fonctionnelle et sur la perception des capacités;
- o recueillir des précisions sur le déclin de la mobilité;
- o s'informer sur le port de lunettes ou d'appareils auditifs, sur les chaussures;
- o discuter de la tolérance aux risques de chute.

Évaluation objective (les sous-éléments sont des exemples):

- o évaluer les limitations fonctionnelles aux membres supérieurs et inférieurs¹ :
 - forces et amplitudes;
 - mobilité des articulations ;

- o évaluer la mobilité au lit ^{1,2} :
 - capacité à se tourner seul et à faire le pont;
- o évaluer l'équilibre assis statique et dynamique ^{1,2} :
 - test des poussées sternales et latérales (si pertinent);
- o évaluer les transferts ^{1,2} :
 - transferts couché-assis, assis-debout et fauteuil-lit
 - transferts du fauteuil roulant (si pertinent)
- o évaluer l'équilibre debout statique et dynamique ^{1,2} :
 - réactions de protection debout (Test «Push and release»);
 - test debout yeux-ouverts – yeux fermés;
- o évaluer les déplacements sur l'unité ^{1,2} :
 - avec ou sans aide technique;
 - marche sur une courte (chambre et salle de bain) et si pertinent, sur une moyenne distance (salle à manger);
 - propulsion du fauteuil roulant (si pertinent);
- o caractéristiques de la démarche :
 - dépistage de l'impact du patron de marche sur l'autonomie fonctionnelle;

Prise de décision et enseignement

- o supervision à la marche et aide technique :
 - déterminer le niveau d'aide ou de supervision à la marche;
 - déterminer l'aide technique à fournir pour se mobiliser au lit, effectuer ses transferts et marcher;
- o enseignement :
 - recommander un programme de mobilisation si pertinent (marche, transfert, exercices généraux au lit ou au fauteuil);
 - enseigner au besoin des techniques de transferts et de marche avec aide technique.

Après la visite au patient :

- o discuter des recommandations avec les soins infirmiers (infirmière soignante, préposé aux bénéficiaires) :
 - enseignement des techniques de transfert et de marche ou fauteuil roulant;
 - besoin de surveillance : contention ou système de détection de mouvement ou chambre près du poste;
 - discussion sur les observations à faire pour les prochaines 24-48 heures :
 - niveau de mobilité (modalités, étendue, type);
 - utilisation de l'aide technique (oubli, trouble cognitif);
 - comportement, agitation;
 - utilisation de la cloche;
 - niveau d'activités (horaire, stimulation, ...);

¹ Élément(s) inclus(s) dans le C.O.V.S. (voir description pages suivantes)

² Élément(s) inclus(s) dans le PFMP (voir description page suivante)

- o transmettre les recommandations à l'équipe par l'utilisation d'un moyen de communication écrite, propre au milieu;
- o effectuer le suivi de la mobilité avec le personnel des soins infirmiers (24-48 heures).

Voici une courte description du « Profil Fonctionnel de la mobilité en physiothérapie » (PFMP) [80-82] et de la « Clinical Outcome Variables Scale » (C.O.V.S.) [83, 84]

PFMP :

- o permet d'évaluer et de mesurer la mobilité fonctionnelle;
- o formulaire d'une page;
- o sa durée d'administration est d'environ 10 à 15 minutes;
- o matériel requis : un escalier de 18,5 cm de haut avec une rampe;
- o mesure objectivement neuf domaines : la mobilité au lit, le passage de la position couchée à assise, l'équilibre assis, le passage de la position assise debout, l'équilibre debout, les transferts, le déplacement en fauteuil roulant, les déplacements à la marche et dans les escaliers;
- o chaque domaine est évalué à l'aide d'une échelle ordinale à sept niveaux (de 1 à 7). Un pointage de 7 indique une indépendance complète tandis qu'un pointage de 1 indique une dépendance complète. Le score maximal est de 63.

C.O.V.S. :

- o mesure de l'incapacité;
- o comprend 13 items qui évaluent un aspect de la mobilité : le déplacement d'une position à une autre, d'un point à un autre en marchant ou en fauteuil roulant;
- o un guide de description des tâches permet de coter la performance sur une échelle ordinale à sept niveaux (de 1 à 7), 7 étant la normalité. Le total est de 91 points;
- o l'évaluation de la marche comprend l'aide requise, le type d'aide technique utilisé et la vitesse et l'endurance à la marche;
- o deux items couvrent l'utilisation des membres supérieurs;
- o s'applique à différentes populations neurologiques et orthopédiques ayant des problèmes de mobilité;
- o son administration nécessite 15-20 minutes;
- o un exemple de traduction libre de l'outil en français est disponible dans l'inventaire des outils cliniques et administratifs par le RUSHGQ.

2) Éléments de l'évaluation initiale complète

Dans les jours suivant l'admission et selon l'état de santé du patient, le physiothérapeute complète son évaluation.

Les éléments suivants constituent une évaluation optimale complète en physiothérapie pour une personne âgée admise en UCDG et présentant un trouble de la mobilité modéré à sévère.

Histoire de cas:

- raisons d'admission à l'hôpital;
- s'il y a eu chute :
 - déterminer :
 - dans quelles circonstances;
 - conséquences;
 - si chutes répétitives;
 - si perte de conscience;
 - si prise d'alcool;
 - s'il y a eu utilisation de l'aide technique lors de la chute.
- autonomie antérieure :
 - utilisation d'une aide technique ou non à domicile, à l'extérieur;
 - utilisation des escaliers à l'intérieur/extérieur ;
 - au niveau des AVQ :
 - hygiène (lavabo, bain, douche);
 - habillage;
 - alimentation;
 - soins personnels;
 - continence et utilisation de la toilette;
 - aide du CLSC;
 - au niveau des AVD :
 - entretien ménager;
 - entretien extérieur;
 - préparation des repas;
 - courses, conduite auto;
 - finances;
 - médication;
 - environnement adapté;
- environnement social :
 - Occupation, ressources, loisirs;
- environnement physique actuel :
 - domicile; résidence pour personne autonomes ou semi-autonomes; ou centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD);
 - escaliers :
 - le nombre de marches;
 - la présence d'une rampe et de son utilisation ou pas;
 - type de domicile, sous-sol, étages;

- médication actuelle;
- conditions associées et antécédents médicaux et chirurgicaux;
- examens pertinents;
- traitements antérieurs (physiothérapie, ergothérapie, ou toute autre forme de traitement);
- objectifs du patient;
- objectifs des membres de l'entourage.

Évaluation subjective :

- douleur (description, localisation, intensité, durée, fréquence, horaire, augmentée par, diminuée par);
- céphalée;
- paresthésies;
- étourdissements;
- troubles visuels/auditifs;
- sensation de faiblesse;
- dérobage;
- déséquilibre;
- déviation à la marche;
- dyspnée à l'effort;
- peur de tomber;
- dominance (droitier ou gaucher).

Évaluation objective :

- observation:
 - signes trophiques;
 - oedème :
 - au niveau circulatoire: coloration;
 - patron respiratoire :
 - dyspnée au repos/ à l'effort;
 - présence de :
 - soluté;
 - micro-perfuseur;
 - contention;
 - moniteur de mouvement (ex. : TABS);
 - oxygène;
 - sonde vésicale;
 - culotte d'incontinence;
 - déformations podiatriques, arthrosiques ;
 - au niveau cognitif:
 - orientation dans les 3 sphères;
 - état d'éveil;
 - compréhension;
 - cohérence;

- attention;
 - comportement;
 - posture;
- palpation;
- sensibilité superficielle et profonde;
- tonus musculaire;
- mouvements fonctionnels (membres supérieurs et inférieurs);
- bilan articulaire (4 membres et colonne);
- bilan musculaire (échelle analytique ou outils de mesure) :
 - dynamomètres (ex. : Jamar);
 - échelle de Kendall (0 à 5);
- coordination;
- réflexes;
- équilibre statique et dynamique assis et debout :
 - stratégies motrices;
 - réactions de redressement, d'équilibre et de protection;
- tests spécifiques³
 - tests génériques :
 - tests cardio-respiratoires :
 - tension artérielle, saturation, Test de Homan, Pouls distal, échelle de Borg;
 - tests d'équilibre :
 - échelle de Berg;
 - tinetti (marche et équilibre);
 - mini BESTest;
 - foam and Dome;
 - test de mobilité générale :
 - timed « Up and Go » (TUG) (manuel et cognitif)
 - test de force musculaire :
 - 30 sec chair stand test ou FTSST (five time sit to stand test)
 - tests d'endurance de marche :
 - 6 Minutes Walking Test
 - endurance maximale marche
 - tests de vitesse de marche sur 10 m (ou 5 m) :
 - confortable;
 - rapide;
 - profil de mobilité fonctionnelle :
 - PFMP (Profil Fonctionnel de la mobilité en Physiothérapie);
 - C.O.V.S (The Clinical Outcome Variables scale);
 - test de sécurité à la marche :
 - grille d'évaluation de la sécurité à la marche (GEM);
 - tests spécifiques à une clientèle :

³ Des normes en fonction de l'âge et du genre sont disponibles pour certains tests (voir pages suivantes)

- maladie de Parkinson :
 - unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) ou Movement Disorder Society- Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS);
- accident vasculaire cérébral :
 - test «Chedoke- McMaster Assessment».
- fonction
 - autonomie et sécurité :
 - mobilité au lit;
 - aux transferts :
 - debout-assis;
 - assis-debout;
 - fauteuil-lit;
 - marche :
 - aide technique;
 - orthèse;
 - chaussure;
 - patron de marche;
 - marche spécialisée :
 - à reculons, volte-face, arrêt, ramasser un objet, déplacements latéraux, marche avec rotation de la tête gauche et droite, marche sur matelas au besoin;
 - trottoir;
 - marche extérieure :
 - autonomie et sécurité;
 - distance;
 - escaliers :
 - patron;
 - endurance;
 - se relever du sol.

3) Valeurs normatives de certains tests en fonction de l'âge et du genre

Les valeurs normatives fournies ci-après sont tirées de données récentes de la littérature et ont été recensées par François Dubé, physiothérapeute à l'IUGM et Annie-Iseult Tousignant-Bergeron, physiothérapeute au CHUM. Elles doivent être utilisées à titre indicatif. Certaines données sont fondées sur un nombre limité de sujets ($n < 150-200$ sujets) à l'exception de la vitesse de marche confortable, du test de marche de 6 minutes et du «Timed Up and Go».

- **6 Minutes Walking Test (mètres)**

Utilisation : connaître le niveau d'endurance du sujet et son niveau d'autonomie par rapport à la locomotion.

Interprétation :

Voici deux références différentes en fonction du sexe et de l'âge :

Référence [85] :

Âge	Homme	Femme
	Moyenne $\pm$ ET	Moyenne $\pm$ ET
62-69 ans	458 $\pm$ 136	530 $\pm$ 77
70-74 ans	493 $\pm$ 146	463 $\pm$ 107
75-79 ans	554 $\pm$ 110	418 $\pm$ 112
80-84 ans	406 $\pm$ 122	379 $\pm$ 113
85-89 ans	347 $\pm$ 103	317 $\pm$ 132
90 ans et plus	323 $\pm$ 164	321 $\pm$ 101

Référence [86] :

Âge	Hommes ($n \geq 228$)	Femmes ($n \geq 499$)	Total
	moyenne (Intervalle de confiance 95 %)		
60 ans et plus	524 (496-553)	475 (448-503)	499 (480-519)
60-69 ans	560 (511-609)	505 (460-549)	---
70-79 ans	530 (482-578)	490 (442-538)	---
80-89 ans	446 (385-507)	382 (316-449)	---

- **Préhension (JAMAR; kg)**

Utilisation : connaître la force maximale des muscles fléchisseurs du poignet et des doigts.

Interprétation :

En fonction du sexe et de l'âge [87] :

Âge	Hommes (n ≥ 82)		Femmes (n ≥ 118)	
	moyenne (Intervalle de confiance 95 %)			
	Droite	Gauche	Droite	Gauche
60-64 ans	41,7 (36,8-46,7)	38,7 (33,4-44,0)	25,9 (22,2-29,6)	23,0 (18,6-27,3)
65-69 ans	41,7 (35,4-47,9)	38,2 (32,0-44,4)	25,6 (22,5-28,8)	22,9 (19,6-26,2)
70-74 ans	38,2 (32,0-44,5)	36,2 (30,3-42,1)	24,2 (20,7-27,8)	22,5 (19,1-25,8)
75 ans et plus	28,0 (12,7-31,0)	29,8 (24,8-34,7)	18,0 (16,0-19,9)	16,4 (14,7-18,1)

- **Échelle de Berg (/56)**

Utilisation: évaluer la performance de l'équilibre d'un patient, en voir l'évolution dans le temps et prédire la nécessité d'utiliser une aide à la marche.

Interprétation

Générale [88, 89] :

Le risque de chute débute à 45/56 (cut-off)

Un résultat de < 36/56 : on considère que le risque de chute est près de 100 %

- 31 à 45/56 indiquerait la nécessité d'utiliser une aide à la marche à l'extérieur
- 20 à 30/56 indiquerait la nécessité d'utiliser une aide technique
- > 45/56 indique la non nécessité d'utiliser un accessoire à la marche
- 0 à 20/56 : fauteuil roulant
- 20 à 36/56 : marchette
- 36 à 40/56 : canne à l'intérieur et l'extérieur
- 40 à 48/56 : canne à l'extérieur

N.B. le jugement clinique du professionnel détermine la pertinence d'une aide à la marche.

En fonction du sexe et de l'âge [90] :

Âge	Hommes	Femmes
	moyenne (Intervalle de confiance 95 %)	
60-69 ans	55 (55-56) <i>n</i> = 15	55 (54-56) <i>n</i> = 22
70-79 ans	54 (52-56) <i>n</i> = 14	53 (52-55) <i>n</i> = 22
80-89 ans	53 (51-54) <i>n</i> = 8	50 (49-52) <i>n</i> = 15

- **Timed Up and Go (secondes)**

Utilisation : test de mobilité fonctionnelle pour une clientèle âgée. Mobilité fonctionnelle veut dire : se coucher et sortir du lit, s'asseoir et se lever d'une chaise, de la toilette, marcher quelques pieds.

Interprétation

Générale [91] :

- Un temps >17 est un indicateur de diminution de la capacité à effectuer les AVQ;
- Un temps >14 est un indicateur de diminution de la capacité d'effectuer des activités instrumentales (ex. : prendre autobus);
- Un temps >14 est un indicateur de risque de chute.

En fonction de l'âge (valeur moyenne; intervalle de confiance 95 %):

- 60-99 ans : 9,4 (8,9-9,9)
- 60-69 ans : 8,1 (7,1-9,0)
- 70-79 ans : 9,2 (8,2-10,2)
- 80-99 ans : 11,3 (10-12,7)

- **Vitesse de marche (mètre/seconde)**

Utilisation : mesurer le temps nécessaire pour parcourir une courte distance de marche.

Interprétation :

a) Vitesse de marche confortable :

Générale [92] :

- Normal : 1
- Pour traverser une rue à 4 voies : 1,20
- Pour traverser une rue à 2 voies : 0,8
- Risque de chute < 0,7
- < 0,60 : indicateur de morbidité

En fonction du sexe [93] :

Âge	Hommes	Femmes
	moyenne (Intervalle de confiance 95 %)	
60-69 ans	1,3 (1,0-1,6) <i>n</i> = 941	1,2 (0,97-1,5) <i>n</i> = 5013
70-79 ans	1,3 (0,96-1,4) <i>n</i> = 3671	1,1 (0,8-1,5) <i>n</i> = 8591
80-89 ans	0,97 (0,6-1,2) <i>n</i> = 1091	0,94 (0,6-1,2) <i>n</i> = 2152

b) Vitesse de marche rapide :

En fonction du sexe [90] :

Âge	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	moyenne (Intervalle de confiance 95 %)		Différence rapide - confortable	
60-69 ans	2,05 (1,89-2,22) <i>n</i> = 15	1,87 (1,73-2,00) <i>n</i> = 15	0,46	0,43
70-79 ans	1,83 (1,58-2,09) <i>n</i> = 14	1,71 (1,63-1,84) <i>n</i> = 14	0,45	0,39
80-89 ans	1,65 (1,45-1,85) <i>n</i> = 8	1,59 (1,43-1,74) <i>n</i> = 8	0,44	0,44

- **30 sec Chair-stand-test (nombre de lever)**

Utilisation : mesurer le nombre maximum de lever d'une chaise en 30 secondes dans le but d'évaluer l'endurance au niveau des membres inférieurs.

Interprétation :

Générale [94] :

- 60-69 ans : 14
- 70-79 ans : 12,9
- 80-89 ans : 11,9

En fonction du sexe et de l'âge [95] :

Âge	Hommes			Femmes		
	n total = 76					
	< moyenne	moyenne	> moyenne	< moyenne	moyenne	> moyenne
60-64 ans	< 14	14 à 19	> 19	< 12	12 à 17	> 17
65-69 ans	< 12	12 à 18	> 18	< 11	11 à 16	> 16
70-74 ans	< 12	12 à 17	> 17	< 10	10 à 15	> 15
75-79 ans	< 11	11 à 17	> 17	< 10	10 à 15	> 15
80-84 ans	< 10	10 à 15	> 15	< 9	9 à 14	> 14
85-89 ans	< 8	8 à 14	> 14	< 8	8 à 13	> 13
90-94 ans	< 7	7 à 12	> 12	< 4	4 à11	> 11

- **Test « Sit to stand » (secondes)**

Utilisation : mesurer le temps pris pour se lever debout, dans le but d'évaluer la force des membres inférieurs.

Interprétation [94, 96-100] :

a) Valeurs normatives pour se lever 10 fois :

	Valeurs moyennes (limite supérieure normale)	
Âge	Hommes	Femmes
60	17,6 (22,6)	16,6 (20,1)
65	18,4 (23,5)	17,6 (21,1)
70	19,3 (24,3)	18,5 (22,0)
75	20,6 (25,2)	19,5 (23,0)
80	20,9 (26,1)	20,5 (24,0)
85	21,8 (27,0)	21,5 (25,0)

b) Valeurs normatives pour se lever 5 fois :

Un temps supérieur à 13,6 est associé à une augmentation de l'incapacité et à la morbidité :

- 60-69 ans : 11,4
- 70-79 ans : 12,6
- 80-98 ans : 14,8

c) Valeurs normatives pour se lever 1 fois :

- Chaise sans accoudoir : 1,83 en moyenne pour personne âgée
- Chaise avec accoudoir : 3,16

**Annexe 5. Conseils pratiques aux préposés aux bénéficiaires qui travaillent en UCDG
auprès des patients âgés présentant des troubles de la mobilité**

Rédigée par :

Judith Latour, Gériatre, chef du service de gériatrie du CHUM et consultante IUGM

Révisure et conseillère scientifique :

Marie-Jeanne Kergoat, Gériatre, chef du département de médecine spécialisée, IUGM

Le contenu proposé dans cette annexe ne doit pas remplacer le jugement du préposé aux bénéficiaires face aux éléments qui ne s'appliqueraient pas pour un patient donné dans une situation donnée.

Votre rôle est très important

Vous êtes tous témoin de l'importance que prend l'exercice dans la prévention des maladies et l'amélioration de la qualité de vie. Se mobiliser permet de maintenir une bonne mobilité !

Comment appliquer cette préoccupation à votre pratique auprès des patients âgés de l'UCDG ?

Les patients bougent souvent très peu lorsqu'on les admet à l'hôpital. **Vous êtes le membre de l'équipe de soins qui passe le plus de temps auprès du patient.** Vous pouvez faire la différence pour aider le patient à se mobiliser davantage.

Quelles sont les composantes de la marche ?

La mobilité est affectée par le vieillissement normal ou certaines maladies, en s'initiant aux mécanismes de la marche et de l'équilibre. À la section 3, nous allons appliquer ces nouvelles connaissances auprès du patient : en lui posant les bonnes questions, en écoutant les symptômes qu'il rapporte et en le regardant marcher.

La marche est une série de déséquilibres vers l'avant que les enfants contrôlent après avoir développé assez de force pour se tenir debout contre la gravité (nous ne sommes malheureusement pas dans l'espace et ne flottons pas). On dit d'ailleurs que les muscles du dos, de l'arrière des jambes et des cuisses sont plus forts que ceux de l'abdomen et antérieurs des cuisses et des jambes à cause du développement de la force contre la gravité.

C'est tout un défi pour un tout petit de passer une jambe devant l'autre sans perdre l'équilibre et tomber. Comme ils ne tombent pas de bien haut, ont une grosse couche et sont « relaxes », ils ne se font pas mal en tombant sur les fesses et ne développent pas la peur de tomber comme nos patients. Ils ont plutôt tendance à se mettre à 4 pattes ou à lever leurs petits bras pour qu'on les prenne et nous les stimulons à reprendre la marche.

Marcher devient automatique après 18 mois et est régie par un centre dans le cerveau, qui fait que par réflexe on s'ajuste si le sol est mou ou si on trébuche un peu. L'information est transmise par les sens : la sensibilité des pieds, la vision et le centre de l'équilibre dans l'oreille interne.

C'est le cervelet qui est le chef d'orchestre de nos mouvements. S'il y a une maladie du cervelet, on ne pourra pas prévoir où arrivera le pas. Le patient est **ataxique**. Il marche « croche », un peu comme quand on a pris beaucoup trop d'alcool. Les patients qui ont les pieds engourdis et qui ne sentent pas le plancher ont le même problème.

La fluidité des mouvements provient d'un groupe de neurones au centre du cerveau. Lorsque le système ne fonctionne pas, on devient raide et les mouvements sont lents comme on voit dans la maladie de **parkinson** et autres maladies apparentées.

La force, elle, provient de la partie avant du cerveau et descend dans les jambes par la colonne. Nous avons tous vu des personnes souffrant d'un AVC qui bougent moins la moitié du corps et traînent la jambe ou des accidentés du dos qui ne bougent pas les jambes.

Marcher en toute sécurité demande **un bon cerveau et une bonne perception**. Par exemple :

- il faut éviter le chariot des repas dans le corridor;
- penser qu'on risque d'être trop fatigué si on va trop loin dans le corridor;
- plier les genoux avant d'arriver à la chaise;
- se souvenir qu'on doit prendre la marchette;
- savoir si on a assez d'équilibre pour tenir sur un pied et enjamber le fil de téléphone qui traîne à 6 pouces du sol sans perdre l'équilibre.

C'est ce que les patients apprennent lors de leurs séances de physiothérapie et c'est ce que vous leur enseignez tous les jours en les assistant dans leurs activités et en leur en laissant plus à faire à chaque jour.

Une grande **atteinte de la partie avant du cerveau** peut faire que le patient ne sait plus du tout marcher et piétine sur place et ne sait plus comment tourner son corps pour faire un transfert. Vous avez également vécu cette expérience avec les patients en délirium, très atteints cognitivement ou parkinsoniens.

Vous savez tous que les problèmes **des nerfs, des muscles, des articulations et des os** peuvent être mis en cause et faire lâcher les jambes par faiblesse ou douleur.

Vous avez également vu des patients qui ne tenaient plus debout parce que la pression sanguine (artérielle) baissait et qu'ils allaient perdre connaissance.

Vous avez vu des gens avoir des vertiges, vomir et ne pas arriver à tenir debout.

Bien observer le patient peut nous faire comprendre ce qu'il ressent et ce qui ne va pas lorsqu'il marche.

Le patient que vous accompagnez va peut-être vous dire qu'il se sent faible, étourdi, qu'il sent mal le plancher, qu'il a des douleurs, qu'il a peur de tomber ou qu'il n'arrive pas à diriger ses jambes ou son corps. Discutez avec le patient de ses sensations, encouragez ses progrès, aidez l'infirmière à bien décrire la marche et à rapporter les symptômes.

Faites équipe avec le patient. Lors des mobilisations, demandez-lui son opinion sur la meilleure façon de l'aider. Il a parfois des trucs auxquels nous n'avons pas pensé. Si sa façon de voir n'est pas conforme aux directives de l'équipe, informez-en l'infirmière ou la physiothérapeute.

Éléments de la mobilité à surveiller auprès des patients âgés... mieux comprendre pour mieux aider!

➤ **Comment le patient se lève-t-il du lit ?**

S'il penche le corps vers l'arrière et n'arrive pas à le ramener, c'est de la rétropulsion.

Comme nous le disions précédemment, la musculature postérieure est plus forte et le cerveau n'arrive plus à synchroniser la contraction et la relaxation des muscles. *Il faut faire très attention avec ces patients car ils risquent d'avoir le même comportement debout.* Ils vont paniquer par peur de tomber et se déséquilibrer vers l'arrière et parfois vers l'avant, parce qu'ils se jettent vers l'avant pour rejoindre un meuble ou s'accrocher à vous. Avec l'expérience, vous constaterez que ces patients vont prendre confiance en eux et qu'ils pourront se déplacer avec une marchette et de l'encouragement.

➤ **Comment le patient se lève-t-il du fauteuil ?**

S'il utilise les bras, c'est qu'il est faible ou a peur d'être déséquilibré.

➤ **En position debout, le patient a-t-il les genoux ou les jambes un peu pliées et est-il courbé vers l'avant ?**

Quand on fait du ski en parallèle, on adopte cette position pour se rapprocher du sol et éviter les chutes. Le patient peut simplement avoir les articulations raides et le dos rond. Observez-le couché au lit ou demandez-lui de se tenir droit. Est-ce que tout se « déplie » ou reste-t-il dans la même position? S'il se déplie, c'est qu'il adopte cette attitude en position debout pour compenser la peur de tomber ou parce qu'il est faible.

➤ **En position debout, le patient a-t-il les pieds écartés ou collés?**

Si les pieds sont écartés de plus de 15 centimètres, c'est vraiment anormal. Quand on a peu d'équilibre, on écarte les pieds. Il faut tenir compte du volume des cuisses ou de la déformation des genoux pour calculer la distance entre les pieds.

➤ **Lors de la marche, est-ce que le patient piétine sur place en partant ou en tournant?**

C'est très anormal, il faut le dire à l'équipe traitante. Il s'agit d'un problème du lobe frontal ou une maladie de parkinson.

➤ **Est-ce que le patient fait des pas très courts (c'est-à-dire que le pied ne passe pas devant l'autre ? Est-ce que les pieds restent collés au sol (c'est-à-dire que vous ne voyez pas leur talon) ?**

Le patient a des problèmes d'équilibre, il ne sait plus bien marcher ou a très peur. Certains patients en position debout sur le sol se sentent comme s'ils marchaient sur un passage étroit à 5 mètres du sol ou encore sur la glace. Si les pas varient en longueur, c'est encore plus anormal. Surveillez ces patients. En général, ils s'en sortent mieux avec une marchette.

- **Lors de la marche, est-ce que le patient lève suffisamment les pieds ou vous entendez le bruit de la pantoufle qui traîne?**

Il est important de vérifier si c'est toujours le même pied qui traîne. Lorsqu'il marche, va-t-il droit ou dévie-t-il ? A-t-il tendance à toujours dévier dans la même direction? Ces symptômes se manifestent lorsque les systèmes d'équilibre d'un côté du cerveau sont atteints.

- **Quand le patient tourne, est-ce qu'il fait plusieurs pas (décompose le demi-tour), perd-t-il l'équilibre et fait-il des pas pour se rattraper ?**

Tourner est tout un défi quand on a peu d'équilibre. Il est important de vérifier comment se fait la perte d'équilibre. Est-ce vers l'arrière (rétropulsion), ou vers l'avant (antéropulsion) ou sur les côtés (latéropulsion) ? Ces observations aideront l'équipe à établir les diagnostics.

- **Lorsque le patient se rassoit, a-t-il des difficultés à s'aligner, se laisse-t-il tomber ?**

Le patient peut être faible ou apraxique, c'est-à-dire ne pas être capable de faire un mouvement malgré une force normale. Ces patients sont en général raides (rigidité ou tonus augmentée).

En conclusion, toutes vos observations lors de la marche et des transferts sont précieuses. Transmettez-les à l'infirmière, vous aidez ainsi à suivre les problèmes et les progrès des patients.

Annexe 6. Idées pratiques pour l'évaluation et les interventions auprès des patients âgés présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité en UCDG

1) Idées pratiques qui ont été discutées durant la rédaction de l'approche en fonction des principaux profils de patients

• Le patient souffrant

Médecin/infirmière : L'implication médico-nursing prédomine auprès de ce patient car tant qu'il ne sera pas soulagé, l'évaluation et le traitement sont compromis. Les patients présentent malheureusement souvent des effets secondaires à l'analgésie et le suivi des problèmes d'atteinte du système nerveux central, de nausées, de constipation et d'anorexie doivent être adressés par le médecin, le pharmacien, l'infirmière soignante et le nutritionniste.

Physiothérapeute : Les observations du physiothérapeute aident le médecin et le pharmacien à ajuster l'analgésie. Il décrit ses différentes observations lors des mobilisations (position antalgiques, boiterie, faciès crispé, etc.). Un patient bien soulagé au repos, ne l'est pas nécessairement lors des mobilisations.

- en présence d'une douleur de nature musculo-squelettique, évaluer la condition et débiter des moyens antalgiques;
- selon l'état cognitif et la compréhension de l'auto-évaluation de la douleur, utiliser certaines modalités d'électrothérapie (U.S. TENS) et des modalités antalgiques (chaleur, glace);
- mobiliser le patient selon tolérance et enseigner des conseils d'hygiène posturale (transferts), postures de sommeil;
- selon la source de la douleur, enseigner un programme d'exercices pour étirement, mobilisation (ex. trilogie lombaire);
- fournir une aide technique pour diminuer la mise en charge sur le membre inférieur problématique.

Ergothérapeute : Surveillance de l'intégrité de la peau. Aide à positionner le patient de manière plus confortable afin de favoriser les séances d'exercices au fauteuil. Les autres interventions dépendent du niveau d'exercice permis par le médecin.

Pharmacien : Optimiser la médication afin de réduire les effets secondaire de l'analgésie.

• Le patient est mobile, mais instable ou ataxique à la marche

Médecin : Établir un diagnostic: Ataxie sensorielle secondaire à une déficience en B₁₂? Dégénérescence spinocérébelleuse? Ataxie frontale? Delirium? Traiter les causes du delirium, s'il y a lieu. Optimiser l'état de santé. Vérifier si présence d'hypotension orthostatique ou médicament dépresseur du système nerveux central.

Infirmière : En présence d'atteinte neurologique, bien connaître le diagnostic pour l'expliquer au patient. Si instabilité à la marche dans le cadre d'un delirium, effectuer les éléments d'une prise en charge systématique du delirium : hydratation, nutrition, élimination, stimulation cognitive, vision, appareils auditifs, sommeil réparateur. Si le problème est lié à une démence, attention particulière au

syndrome crépusculaire : faire participer les membres de l'entourage entre 16h00 et 18h00. Si le patient a une ataxie sensorielle, expliquer les risques liés à la marche dans l'obscurité. Si l'ataxie est cérébelleuse, bien expliquer que l'aide technique peut ne pas être suffisante et qu'on peut tomber avec une marchette. Si le patient a une atteinte frontale, lui faire penser que ses difficultés à la marche peuvent s'accompagner de difficultés à mobiliser le tronc et à faire les transferts de façon adéquate.

Nutrition : Implication surtout s'il s'agit d'un delirium ou si le patient est à risque de dénutrition.

Physiothérapeute : Juger du niveau de sécurité à la marche (ex. : échelle de Berg). Déterminer les besoins spécifiques pour améliorer la sécurité à la marche (exercices d'équilibre, rééducation sensorielle, marchette à roulettes avec poids). Déterminer si le patient nécessite l'utilisation d'un système de détection de mouvements, d'une contention, etc. et réévaluer régulièrement si le système mis en place est toujours pertinent.

Ergothérapeute : Retarder l'évaluation complète si le patient présente un delirium.

- **Le patient faible**

- a. Faiblesse générale liée à une condition médicale instable, un déconditionnement ou à un problème local*

Médecin : Établir les diagnostics :

- s'agit-il d'un problème aigu, le patient était-il beaucoup mieux avant son arrivée ?
- déterminer s'il y a une limite liée à l'état cardio-pulmonaire, y-a-t-il delirium, hypotension orthostatique ou simplement la faiblesse liée au déconditionnement ?
- établir l'origine d'une faiblesse localisée : centrale ? périphérique ?
- quel est le pronostic ? Jusqu'à quel point le patient et les membres de son entourage souhaitent-ils travailler pour obtenir une amélioration ?

Pharmacien : Optimiser la médication comme pour le patient souffrant.

Infirmière :

- vérifier les signes vitaux, la saturation, l'alimentation;
- toujours viser 3 levers par jour;
- lors des soins, bien démontrer au patient ses capacités, mais aussi ses limites. Un patient très malade peut ne pas réaliser que ses genoux vont fléchir après 3 mètres de marche;
- expliquer à l'entourage les risques de se déplacer sans aviser. Si le problème physique est localisé, renforcer le travail du physiothérapeute en réexpliquant la situation au patient et ses proches.

Physiothérapeute :

- si l'état est moins stable, travail au lit et dans la chambre;
- si la faiblesse est localisée, travail spécifique;

- Programme d'exercice pour le patient à faire à la chambre, avec participation des intervenants et de l'entourage.

Ergothérapeute : Intervenir pour adapter l'environnement physique de la chambre.

Travailleuse sociale : Clarifier les attentes du patient et de son entourage.

b. Le patient est plus immobile que faible

Médecin : Établir le diagnostic : Atteinte frontale ? Extrapyrémidale ? Pourrait-il être aidé par des médicaments antiparkinsoniens ? Étiologie vasculaire, dégénérative ou médicamenteuse ? Comment a été l'évolution dans les derniers mois et les dernières années ? Comment sont les fonctions mentales supérieures ? Pourquoi le patient se déplace peu ? A-t-il peur, cette peur va-t-elle jusqu'à la régression psychomotrice ? Est-il apathique ? Déprimé ? Si le patient est davantage apathique, voir exemple ci-après.

Infirmière : Déterminer ce qui se passe aux transferts : le patient est raide, a peur de tomber ou refuse de se lever ? Observer si le patient a de la rétropulsion, lui faire remarquer, l'encourager à transférer son poids vers l'avant. Le patient est-il immobile au point de ne pas s'hydrater ou manger ou de faire des fausses routes avec ses médicaments ? Prend-il un médicament qui empire la situation (Haldol, Risperdal, Zyprexa, Séroquel) ?

Physiothérapeute :

- si le patient est très peu mobile, évaluer les techniques de transfert;
- si l'état est moins stable, travail au lit et dans la chambre;
- si les réactions posturales sont très atteintes ou s'il y a beaucoup de rétropulsion, aviser l'équipe et commencer la rééducation appropriée;
- programme d'exercice pour le patient à faire à la chambre, avec participation des intervenants et de l'entourage;
- fournir aide technique au besoin en indiquant les dangers liés à la rétropulsion.

Ergothérapeute : Intervenir pour adapter l'environnement physique de la chambre.

• **Le patient apathique**

Quand on comprend bien l'apathie, on reconnaît l'importance de la routine et de démontrer une moins grande flexibilité. Les soignants veulent agir selon les désirs but et objectifs des patients, toutefois, certains patients n'ont plus ni buts, ni objectifs, ni désirs, mais encore plusieurs années à vivre. Ces patients nous demandent beaucoup d'énergie et de créativité, c'est-à-dire les motiver sans les aggraver.

L'ensemble des intervenants, dans leur approche spécifique, doit avoir recours à certaines techniques pour éviter que le patient fasse plus que se coucher ou s'asseoir quelques secondes, par exemple :

- établir un lien de confiance avec le patient et son entourage en les impliquant dans le choix des objectifs de traitement et l'atteinte de ces objectifs. Approche par petits objectifs, petites réussites;
- relever les ridelles pour éviter que le patient se recouche pendant des périodes de plus en plus longues;
- établir avec le patient un calendrier indiquant les actions à faire;
- asseoir le patient au lavabo ou l'amener aux toilettes;
- asseoir le patient dans un fauteuil roulant, l'amener à un point précis et exiger qu'il marche pour retourner à sa chambre;
- donner des tâches spécifiques au patient comme aller chercher des serviettes pour sa toilette;
- informer le patient et son entourage du minimum de déplacement exigé.
- identification de cette clientèle pour un suivi fréquent.
- faire du renforcement positif.
- au congé, référence au centre de jour si besoin de stimulation.

• Le patient anxieux avec peur de tomber

Durant l'hospitalisation, mettre beaucoup d'énergie dans la réassurance, expliquer que l'on connaît le syndrome de la peur de tomber, que l'on sympathise. Le travail de la dyade physiothérapeute-préposé est très important. Le patient avec une démence sévère ne peut pas expliquer qu'il a peur de tomber : il se raidit, bloque et s'agrippe à nous de façon désespérée et peut nous blesser. Un climat de confiance prévient les blessures.

Conseils de renforcement positif à donner ou à faire avec le patient, pour tous les intervenants :

- favoriser une approche douce, rassurante dans la chambre du client;
- expliquer au patient notre approche;
- prendre son temps;
- éviter les transferts brusques;
- si rétropulsion marquée, faire avancer le tronc et le bassin. Faire pousser sur la main qui est placée sur le thorax, utiliser une marchette pour éviter que le patient ait peur de tomber dans le vide;
- saisir l'occasion de l'élimination pour déplacer le patient sur la chaise d'aisance ou l'amener à la toilette;
- renforcement des bons coups du patient lors des visites par les différents professionnels.

Physiothérapeute :

- pratiquer les transferts au lit;
- favoriser une plus grande flexion du tronc avant de se lever;
- effectuer la mobilisation active des 4 membres au fauteuil;
- pratiquer la station debout avec un appui stable (ridelle de lit, barre parallèle);
- exercices d'équilibre debout avec appui sur marchette à roulettes;
- entraînement à la marche sur de très courtes distances, à progresser par la suite.

Nutrition : Faire une évaluation sur les capacités de s'alimenter, sur les symptômes de dysphagie ou de déshydratation.

Ergothérapeute : Faire une évaluation pour vérifier la capacité de s'alimenter ou faire les soins d'hygiène. Selon les capacités et l'évolution, faire un plan précis des activités à faire dans la journée.

- **Le patient téméraire**

Le patient téméraire se présume capable de faire une activité physique, souvent par anosognosie (ne reconnaît pas) de son état ou encore parce qu'il n'a pas intégré sa nouvelle incapacité.

Médecin : Si delirium ou démence : traitement approprié; si lucide, thérapie de support pour accepter l'incapacité.

Infirmière : Thérapie comportementale.

Nutrition : Approche habituelle.

Physiothérapeute :

- amener le patient à réaliser ses limites dans des situations concrètes (ex. évaluer le Berg, activités reliées à la tâche);
- évaluer le risque de chute;
- renforcer au besoin l'utilisation d'une aide technique;
- pratiquer des exercices d'équilibre et améliorer les réajustements posturaux.

Ergothérapeute : Adapter l'environnement pour éviter les accidents.

2) Vignette clinique d'un patient qui a été admis à l'IUGM durant la rédaction de l'approche et connu de deux auteurs (médecin référent de l'urgence et physiothérapeute)

HISTOIRE :

- homme 77 ans admis en UCDG en provenance du CHUM pour détérioration de l'état général progressive depuis plusieurs mois;
- admis à l'urgence du CHUM il y a 4 jours pour chute à domicile;
- histoire de chutes fréquentes à domicile (depuis 4 ans);
- chute il y a 8 jours :
 - suite à malaise et étourdissements. Est tombé sur les fesses et côté gauche. S'est cogné la tête au sol, pas de perte de conscience. S'est relevé seul après plusieurs minutes au sol;
 - douleur lombaire et hanche gauche persistante, s'est présenté à l'urgence 4 jours post-chute;
- mauvaise alimentation avec perte de poids progressive et aucun suivi pour glycémie;
- prise quotidienne de trois consommations d'alcool, pas de prise plus importante confirmée par son frère qui fait les courses.

CONDITIONS ASSOCIÉES :

- ostéoporose fracturaire;
- bloc de branche droit complet, Bloc auriculo-ventriculaire du 1^{er} degré;
- fibrillation auriculaire paroxystique sous coumadin;
- hypothyroïdie;
- diabète type 2 depuis 10 ans;
- tabac (2 cigarettes par jour);
- dyslipidémie;
- fracture vertébrale avec compression D12-L3;
- encéphalopathie sous-corticale athérosclérotique modérée;

MÉDICATION :

- coumadin;
- glucophage;
- synthroid;
- amiodarone;
- vitamine D;
- calcium;
- actonel;
- fosamax;
- tyléno;
- miacalcin;
- crème hydrocortisone;
- poly vitamine B;

EXAMENS PERTINENTS :

- radiographie lombosacrée= fractures L3 et D12;
- hémoglobine = 107;
- MMSE = 26/30;

ENVIRONNEMENT SOCIAL :

- vit seul depuis 15 ans, ne cuisine plus depuis plusieurs années, pas de CLSC, fait AVD sommairement avec difficultés;
- séparé depuis la trentaine, a une fille qu'il n'a pas revue;
- isolé;
- fait épicerie, fait livrer, transport avec son frère ou taxi;
- marche sans aide technique;
- médication par frère;
- aide par frère (malade aussi) ou voisin pour vidanges;
- loisirs : musique classique, lecture. Ne va plus aux concerts depuis 12 ans. Sportif jeune, pas de sport depuis 20 ans;
- barman retraité;

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE :

- vit dans appartement 3 1/2, n'utilise pas salon car trop encombré;
- 2^e étage avec 12-15 marches extérieures, 2 mains courantes. Pas ascenseur;
- aucune adaptation, tapis dans salon collé;

INFIRMIERE

- lors de l'évaluation initiale : évaluation de la douleur, détermination du risque de chute et de facteurs contributifs, mise en charge et capacité de déplacement (habituelles et actuelles), détresse psychologique par rapport à l'isolement et à une relocalisation éventuelle, prise en charge sous optimale du diabète;
- partage avec le patient les interventions habituelles de l'équipe, le supporte dans le choix de ses objectifs;
- observation avec les autres membres de l'équipe de soins infirmiers :
 - o Contrôle de la douleur;
 - o Humeur;
 - o Hygiène autonomie;
 - o Auto-administration de la médication;
 - o Autogestion du diabète;

objectifs du patient :

- o Diminuer douleur lombaire;
- o Augmenter force des membres inférieurs et endurance marche extérieure;
- o Améliorer l'humeur;
- o Retrouver suffisamment de capacités pour rester à domicile et faire ses AVD avec moins de difficultés;

PHYSIOTHERAPEUTE:

- Évaluation :
 - o Subjective :
 - douleur lombaire 5-6 /10 aux transferts, mobilité au lit, debout prolongée, incapacitante (distance de marche, repos fréquents);
 - o Objective :
 - sensibilité;
 - réflexes ostéo-tendineux (ROT);
 - Jamar : Droit= 31 kg; Gauche= 27 kg;
 - Berg = 35/56;
 - TUG = 23 sec avec canne simple;
 - profil fonctionnel de mobilité en physiothérapie (PFMP) = 57/63;
 - 30 sec Chair-stand-test = 0 répétitions;
 - marche intérieure :
 - avec canne simple; hyperextension genou à l'appui, augmentation de la base de sustentation;
 - vitesse de marche confortable= 0,7 m/s;
 - rapide = 1.0 m/s;
 - distance max = 150 m avec canne simple;
 - marche extérieure = aide sporadique suite à deux pertes d'équilibre;

- escaliers = sécuritaire 16 marches rampe droite ou gauche. Alterné. Diminution contrôle du quadriceps, hyperextension++;
- o analyse
 - polyneuropathie diabétique caractérisée par un trouble de la sensibilité profonde et superficielle en distal aux membres inférieurs, une faiblesse importante aux membres inférieurs et une diminution de l'équilibre debout limitant la sécurité à la marche à l'extérieur avec canne simple et la capacité à se relever du sol;
 - risque de chutes important à l'extérieur et faible à modérée à l'intérieur;
- o listes de problèmes
 - diminution importante sensibilité profonde des membres inférieurs;
 - douleur lombaire;
 - faiblesse importante des membres inférieurs distal > proximal bilatéralement :
 - flexeurs dorsaux ++ (pieds++);
 - quadriceps ++;
 - trouble coordination : dysmétrie, dysdiadococinésie membres supérieurs > membres inférieurs;
 - diminution modérée équilibre debout dynamique (réaction protection+++);
perte d'autonomie :
 - difficultés importantes au relever du sol (consignes et lenteur);
 - marche extérieure avec aide;
- Interventions :
 - o bonne collaboration;
 - o achat canne simple;
 - o conseils soins de pieds et sensibilité;
 - o renforcement des membres inférieurs;
 - o exercices pour améliorer équilibre debout dynamique;
 - o marche spécialisée;
 - o rééducation à se relever du sol;
 - o exercices pour améliorer cardiovasculaire (endurance);
 - o programme d'exercices pour hospitalisation et domicile;
- Réévaluation :
 - o profil fonctionnel de la mobilité en physiothérapie (PFMP) = 58/63;
 - o Berg 43/56;
 - o TUG = 22 s;
 - o vitesse de marche;
 - confortable = 1m/s;
 - rapide = 1.1 m/s;
 - o 6 minutes walking test (6MWT) = 375m;
 - o 30 sec Chair-stand-test = 0 répétition;

MEDECIN

- évaluation
 - o formule sanguine complète (FSC), Albumine, Holter, Électrocardiogramme (ECG), Radiographie lombosacrée, scan cérébral, INR;
 - o consultation en ergothérapie, physiothérapeute, nutrition, travailleur social;

- o épreuve d'hypotension orthostatique;
 - o MMSE : 27/30;
 - o Moca : 22;
 - o Geriatric depression scale (GDS);
 - o Rx poumons (légère MPOC);
- consultation en optométrie : présence de cataractes;
- diagnostics :
 - o ostéoporose fracturaire avec fracture aiguë de L1;
 - o chutes multifactorielles;
 - o trouble de la marche et de l'équilibre multifactoriel; polyneuropathie diabétique avec atteinte sensitive et motrice, encéphalopathie sous-corticale athérosclérotique modérée, faiblesse proximale, déconditionnement lié à la douleur et la dysthymie;
 - o hypotension orthostatique transitoire à l'arrivée à l'urgence secondaire à la déshydratation;
 - o hypoglycémies objectivées à deux reprises à l'urgence;
 - o dénutrition protéino-énergétique légère;
 - o trouble dysthymique avec affect dépressif;
 - o bloc bifasciculaire;
 - o anémie de désordre chronique;
 - o troubles cognitifs légers;

PHARMACIENNE

- bilan comparatif;
- auto-administration de la médication : adéquat;
- suivi infirmière CLSC pour automédication et suivi coumadin;
- si le patient s'alimente ne devrait pas faire d'hypoglycémies avec glucophage;

TRAVAILLEUR SOCIAL

- aimerait relocalisation dans résidence avec services;
- famille d'accueil via travailleur social du CLSC;
- réfère en CLSC car court séjour à l'UCDG;

ERGOTHERAPEUTE :

- évaluation :
 - o Mise en situation :
 - Hygiène, habillage, transfert (toilette, bain), marche, cuisine, repas;
- analyse :
 - o difficulté transfert toilette standard;
 - o ajout de services CLSC nécessaires;
 - o relocalisation souhaitée par patient à l'automne;
- recommandations :
 - o prêt siège toilette;
 - o adaptation :
 - toilettes;
 - bain;

- services :
 - popote roulante;
 - aide ménage et lessive, épicerie;
 - travailleur social pour relocalisation;
 - livraison des médicaments;
- transport adapté;
- histoire :
 - pas de conduite depuis 2 ans;
 - monte petit paquet dans escaliers;
 - peur de l'hiver à venir, veut relocalisation;
- demande transport adapté faite, d'ici 4-6 semaines;
- suivi CLSC pour transport adapté et évaluation du domicile;

NUTRITIONNISTE

- bilan nutritionnel :
 - histoire pondérale;
 - indice de masse corporelle (IMC);
 - consommation alimentaire (protéines en particulier);
 - consommation d'alcool;
- analyse :
 - hypoglycémie;
 - alimentation riche en sel et gras :
 - devrait être compensé par ensure et vitamines;
- Recommandations
 - contrôle labo : albumine, transferrine, protéines totales, électrolytes, transtyrétine;
 - suivi nutritionnel à domicile par le CLSC;
 - retirer supplément Penta 3b, Calcium et Vitamine D, remplacer par multivitamine complète;
 - glycémies pour 2 ou 3 jours pour un suivi per hospitalisation;
 - bilan alimentaire par nursing per hospitalisation;
 - réduction ou arrêt de la consommation d'alcool;

GENERAL :

- séjour du 21 juillet au 24 août; Congé de fin de semaine pour essai;

PLAN D'INTERVENTION INTERPROFESSIONNEL INDIVIDUALISÉ (PIII) :

- les objectifs initiaux de l'équipe, soient le contrôle de la douleur, l'évaluation de la mobilité, l'évaluation fonctionnelle, l'évaluation de l'humeur, l'évaluation cognitive, et l'orientation au départ, ont été discutés chaque semaine en réunion et avec le patient et raffinés en sous-objectifs;

CONGÉ :

- l'évolution a été transmise au CLSC;
- un suivi infirmier, psychosocial et nutritionnel a été demandé;

- le médecin de famille qui avait represcrit la médication par téléphone 9 mois auparavant a été contacté et un rendez-vous a été fixé 4 semaines après le congé;
- un rendez-vous en clinique de cognition a été organisé dans six mois pour le suivi du trouble cognitif léger.

