

# Décision kinésithérapique : les conséquences de la chute de Madame C., patiente fragile de 86 ans



*Decision physiotherapy workshop: The fall consequences  
of Madam C, a frail 86-year-old patient*

Alexandre Kubicki<sup>a,b</sup>  
Marine Brika<sup>b</sup>  
Thomas Castagné<sup>c</sup>  
France Mourey<sup>a,d</sup>

<sup>a</sup>Institut national de la santé et de la recherche  
médicale (Inserm), unité 1093, cognition, action et  
plasticité sensorimotrice, université de Bourgogne,  
campus universitaire, BP 27877, 21078 Dijon, France

<sup>b</sup>Pôle de gériatrie, centre gériatrique de  
Champmaillot, hôpital de jour, CHU de Dijon, Dijon,  
France

<sup>c</sup>Pôle de gériatrie, service de soins de suite et  
réadaptation gériatrique F3, centre gériatrique de  
Champmaillot, CHU de Dijon, Dijon, France

<sup>d</sup>UFR santé, université de Bourgogne, 7, boulevard  
Jeanne-d'Arc, 21000 Dijon, France

## CONTEXTE : PRÉSENTATION DE LA PATIENTE ET DU CADRE DE SOINS

Madame C., célibataire âgée de 86 ans, vit seule au domicile, sans aide particulière dans un appartement à étages avec ascenseur. Elle est transportée dans un service d'urgence après une chute le 06/11/14. Madame C. était restée au sol pendant plus de 10 heures avant d'être découverte par sa voisine. Aux urgences, le diagnostic d'un traumatisme crânien

avec perte de connaissance (TC-PC) est posé. Elle présente une paralysie faciale droite associée à une hémiparésie gauche et une dysarthrie.

Un scanner cérébral réalisé aux urgences ne trouve pas de processus hémorragique, mais met en évidence une *leucoaraïose*. Dans ce contexte, le neurologue consulté n'écarte pas la possibilité d'un AVC. Un examen IRM est programmé.

Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire et une insuffisance rénale aiguë sur rhabdomyolyse. En effet la station prolongée au sol a entraîné une compression des masses musculaires à l'origine de la lyse des fibres musculaires.

On note une escarre sus-pubienne due à la station ventrale au sol prolongée.

La patiente est admise le 11/11/14 en court séjour gériatrique où se poursuit le bilan médical. Le 21/11/14 elle est transférée en service de soins de suite et réadaptation gériatrique. À son entrée, elle présente un syndrome post-chute. Les signes neurologiques ont disparu mais l'IRM du 09/12/14 confirme l'atrophie sous-corticale avec *leucoaraïose*.

La *Fig. 1* présente la Fiche de Décision Kinésithérapique (FDK) rédigée selon le modèle « *Tpro* » [1] à l'admission.

## MOTS CLÉS

Chute  
Évaluation des fonctions motrices  
Fragilité  
Rééducation gériatrique

## KEYWORDS

Fall  
Assessment of motor functions  
Frailty  
Geriatric rehabilitation

### Note de la rédaction

Cette série de cas présente des processus décisionnels en kinésithérapie à partir de cas cliniques réels. Pour plus d'informations, se référer à l'article introductif (en accès gratuit pour tous): Gedda M, et al. Atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001> ainsi qu'à l'annexe à la fin de cet article.

## Auteur correspondant :

**A. Kubicki,**  
Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), unité 1093, cognition, action et plasticité sensorimotrice, université de Bourgogne, campus universitaire, BP 27877, 21078 Dijon, France.  
Adresse e-mail :  
[kubickialexandre@hotmail.fr](mailto:kubickialexandre@hotmail.fr)



<b>FICHE DE DECISION KINESITHERAPIQUE</b>		Date : 21 novembre 14	
Nom : Madame C. Prénom : Josette Age : 86 ans	Diagnostic Médical : Chute suivie d'une station au sol de 10 heures. Traumatisme crânien avec perte de connaissance (TC-PC)		
Prescription : « Kinésithérapie motrice »			
Conclusion des bilans M.K. :		Projet du Patient :	
<b>Fonctionnel :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intense peur de tomber</li><li>- Sidération des automatismes moteurs sur les plans proactif et réactif</li><li>- Rétropulsion du tronc et très faible limite de stabilité antérieure</li><li>- Incapacité à se relever du sol (exercice anxio-gène)</li></ul> <b>Structuel :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Contraintes biomécaniques majeures (amplitude de chevilles et déficit de puissance musculaire)</li></ul> <b>Situationnel :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hospitalisation en soins de suite et réadaptation gériatrique</li></ul>		Retour à domicile	
Diagnostic M.K. : Patiente présentant une sidération des automatismes moteurs, une rétropulsion et des contraintes biomécaniques majeures, dans le contexte d'un syndrome post-chute. Les déficiences présentées par Madame C., associées à un haut niveau d'anxiété en lien avec la peur de chuter, engendrent une incapacité à gérer seule ses propres déplacements et à réaliser ses AVQ de manière sécurisée.			
Objectifs M.K. : <ul style="list-style-type: none"><li>- Redonner confiance à Madame C. dans ses limites de stabilité antérieure, notamment en ré-antériorisant le centre de masse, en position assise, pendant les transferts, puis en position debout</li><li>- Lever la sidération des automatismes moteurs</li><li>- Diminuer les contraintes biomécaniques en augmentant l'amplitude des chevilles et la puissance musculaire</li><li>- Améliorer la vitesse et la qualité de la marche</li><li>- Restaurer la capacité de se relever du sol</li></ul>			

Figure 1. FDK rédigée à l'admission de Madame C. en service de soins de suite et réadaptation gériatrique.

## COMMENTAIRE GÉNÉRAL

Chez cette patiente de 86 ans, la chute en elle-même, mais également l'impossibilité de relever du sol, sont révélateurs d'une fragilité sous-jacente. La durée de la station au sol compromet lourdement le pronostic fonctionnel. On note que le syndrome post-chute n'est réellement repéré qu'à l'arrivée en service de soins de suite et réadaptation gériatrique (SSRG), alors qu'on peut penser qu'il existait antérieurement. Quelles que soient les maladies sous-jacentes, la fragilité, tant au plan moteur que cognitif et psychologique, doit être au premier plan du raisonnement dans l'élaboration du diagnostic.

### Diagnostic médical

Le diagnostic médical fait état d'une chute grave, puisque compliquée d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance et d'une station au sol prolongée de 10 heures.

### Conclusions des bilans MK

La première évaluation est réalisée à j + 8 après l'entrée dans le service de court séjour gériatrique. Madame C. présente des capacités motrices et fonctionnelles limitées, objectivées par un Test Moteur Minimum (TMM) coté à 10/20. L'évaluation révèle un syndrome post-chute avec une peur de tomber omniprésente, évaluée à 9/10 à l'Échelle Visuelle Analogique (EVA), et une rétropulsion du tronc en position assise et debout, compensée dans ce dernier cas par un flessum bilatéral des genoux.

L'évaluation des capacités posturo-motrices a été réalisée à l'aide de l'échelle EquiMoG (acronyme de : Équilibre et Motricité en Gériatrie). Cette approche systémique a pour objectif de cibler les sous-systèmes les plus déficients de la fonction d'équilibration dans le but de prioriser les axes de la rééducation [2].

Sur le plan de la mobilité, la marche s'effectue à l'aide d'un rollator à 2 roues et à vitesse lente ( $0,32 \text{ m.s}^{-1}$ ), ce qui confirme l'état de fragilité motrice [3], avec augmentation du polygone de sustentation et absence de déroulement du pas. La symétrie des pas est conservée.

La rotation cervicale pendant la marche montre une amplitude limitée et entraîne une instabilité dynamique.

Les changements de vitesse de marche sont possibles, dans le sens d'une décélération ou d'une accélération.

L'épreuve de double tâche (tâche cognitive sémantique pendant la marche) n'entraîne pas de ralentissement majeur de la vitesse de marche. L'absence de dorsiflexion bilatérale de la cheville, le déficit de puissance musculaire des membres inférieurs (objectivée par le « *Chair Test* » [4]), et surtout un déficit de la limite de stabilité antérieure (objectivée par le « *Functional Reach Test* » [5]) sont les contraintes biomécaniques majeures à prendre en compte.

Dans un contexte d'apparente sidération des automatismes moteurs, il semble que le contrôle moteur soit déficient tant sur le plan proactif (gestion des déséquilibres intrinsèques) que sur le plan réactif (gestion des déséquilibres extrinsèques). Sur le plan proactif, la patiente présente d'évidents troubles de la programmation motrice, avec un déficit d'anticipation posturale lors de mouvements rapides tels que la montée sur pointe des pieds ou encore la montée d'un pied sur une marche. L'évaluation montre également un déficit de planification de l'action visible par une absence de flexion du tronc

dans les transferts assis-debout et debout-assis [6–8]. On note également une absence d'anticipation posturale lors du demi-tour : la ceinture scapulaire débute la rotation avant que l'un des pieds ne s'oriente en direction du demi-tour [9].

On note la présence de compensations multiples objectivées par une impossibilité de contraindre, chez cette patiente, le contrôle postural statique. Ainsi sont mises en évidence une podo-dépendance (la perturbation des afférences podales par la station debout sur mousse est mal tolérée, avec instabilité majeure en rétropulsion), une polygo-dépendance (le rétrécissement du polygone de sustentation est mal toléré) et une très nette visuo-dépendance (l'occlusion palpébrale en position debout n'est maintenue que pendant 1 ou 2 secondes).

### Projet de la patiente

Madame C. souhaite retourner chez elle le plus rapidement possible.

Cependant, lors de son séjour en Soins de Suite et Réadaptation, Madame C. a montré certains signes de découragement à ce sujet, en exprimant parfois le bien-être qu'elle ressentait à être très entourée dans le service. On note donc une certaine appréhension, bien légitime, pour ce retour à domicile.

### Diagnostic MK

Les déficiences posturo-motrices présentées par Madame C. sont multisystémiques.

Cette patiente présente des contraintes biomécaniques majeures et une évidente sidération des automatismes moteurs, avec rétropulsion du tronc. Ces déficiences sont majorées par une forte angoisse de la chute.

La situation est donc caractérisée par un cercle vicieux : la chute de Madame C. provoque à la fois un affaiblissement des structures et fonctions d'équilibre et une inhibition psychomotrice fixant et aggravant les insuffisances posturo-motrices. Ce processus de fragilisation réduit son indépendance et majore le risque de chute qui pourrait lui être préjudiciable.

### Objectifs MK

En tenant compte du diagnostic kinésithérapique, il a été décidé d'envisager la rééducation selon les objectifs décrits ci-dessous qui investissent autant la dimension physique que psychologique. Pour chacun d'eux, les principaux moyens technologiques sont précisés.

### Redonner confiance à Madame C. dans ses limites de stabilité antérieure par un travail progressif et continu ayant pour finalité de ré-antérioriser le centre de masse, en position assise, pendant les transferts, puis en position debout

Afin de favoriser la bonne programmation du mouvement lors du transfert assis-debout, nous proposons des exercices d'antériorisation du tronc en position assise (exercices avec stimulation verbale et manuelle, déplacements d'objets, travail avec ballon de Klein, etc.). Nous réalisons ensuite des exercices de transferts complets en diminuant progressivement le guidage verbal et manuel. Lors du retour au fauteuil, nous insistons également sur l'importance de l'antéflexion du tronc en position debout. Une fois le transfert maîtrisé, nous augmentons le nombre de répétitions en modifiant le rythme (ex : « *Levez-vous*

vite », « *Asseyez-vous lentement* ») afin d'augmenter la puissance musculaire.

Les déplacements et les retournements au lit qui ne posaient pas de problèmes particuliers sont entretenus grâce à une stimulation quotidienne de la part de l'équipe soignante. Cette dernière est régulièrement tenue informée des progrès réalisés par la patiente lors des réunions pluridisciplinaires.

### Lever la sidération des automatismes moteurs par le travail des déséquilibres intrinsèques puis extrinsèques

Pour lutter contre la rétropulsion, nous privilégions l'antériorisation du tronc en position debout. Comme en position assise, on propose le même type d'exercices que précédemment (déplacements d'objets, ballon de Klein, etc.). En progression, ces exercices sont réalisés sur plan instable (mousse de PVC rigide type Airex®) pour solliciter les adaptations posturales en tentant de réduire la podo-dépendance. Des exercices de déséquilibres intrinsèques puis extrinsèques, en faisant varier le nombre d'appui et le polygone de sustentation sont également réalisés. Le bilan retrouvant également une visuo-dépendance marquée ; des exercices dans ce sens auraient été intéressants mais malheureusement peu réalisables du fait de leur caractère trop anxiogène, même à la fin de la prise en charge.

### Diminuer les contraintes biomécaniques en augmentant l'amplitude des chevilles et la puissance musculaire

La puissance musculaire est travaillée lors d'exercices fonctionnels de type transferts assis-debout/debout-assis pour lesquels on demande à la patiente d'aller de plus en plus vite et de calquer ses mouvements au rythme imposé par le rééducateur.

La mobilité de cheville est recherchée lors d'exercices en décharge en position assise, par le biais de la planche à roulette, et en charge, avec fente avant sur une marche (appui membre supérieur autorisé) pour étirer le triceps du membre inférieur postérieur.

### Améliorer la vitesse et la qualité de la marche

La première étape consistait à obtenir une marche correcte avec canne simple. Dans ce but, des exercices de marche dans les barres parallèles ont été ajoutés au travail d'équilibre. Une fois ce travail réalisé, nous proposons à Madame C. des exercices type parcours de marche de difficulté croissante sollicitant différentes tâches motrices : franchissements d'obstacles, slalom, ramassage d'objets, ajout de tâches motrices et cognitives, changement de vitesse, et de nombreux demi-tours.

### Réentraînement global à l'effort

Parallèlement à la rééducation spécifique de l'équilibre, un programme de réentraînement à l'effort est mis en place, essentiellement par utilisation d'un appareil assistant le mouvement par moteur, type MOTomed®, et stimulation à la marche seule en dehors des séances.

### Restaurer la capacité de se relever du sol

Compte tenu du contexte de la chute et du mode de vie de la patiente, le travail du relever de sol semblait indispensable. Malheureusement devant l'appréhension de la patiente à se retrouver au sol et malgré de nombreux essais, il a été impossible de réaliser ce travail.

Le bilan de sortie intégrait ce dernier point afin d'orienter la prise en charge de ville dans cette direction.

## ÉVOLUTION

La seconde Fiche de Décision Kinésithérapique (Fig. 2), établie 7 semaines après la première FDK, acte les évolutions du contexte et des objectifs de rééducation.

### Conclusions des bilans MK

Un bilan final est réalisé 7 semaines après l'évaluation initiale, synonyme de fin d'hospitalisation et de retour à domicile. La continuité de l'amélioration des capacités fonctionnelles et motrices est visible (TMM = 16/20 ; EquiMog : 13/22).

La marche s'effectue à l'aide d'une canne simple. L'analyse qualitative de la marche montre une absence d'augmentation du polygone de sustentation, une harmonie dans les demi-tours qui sont anticipés par un placement du pied interne dans la direction du virage. Au niveau de la mobilité, la rotation cervicale pendant la marche n'entraîne plus de déviations de trajectoire. Sur le versant quantitatif, la vitesse de marche est de 0,55 m.s<sup>-1</sup>.

Concernant les contraintes biomécaniques, nous retrouvons une faible limite de stabilité antérieure (le FRT reste en dessous de la norme de 26 cm mais supérieur à 20 cm lors de cette évaluation) et une dorsiflexion passive de cheville limitée à 10° en bilatéral.

Au niveau du contrôle postural statique, nous ne notons qu'une visuo-dépendance. Les polygo- et podo-dépendances objectives lors d'évaluations précédentes ne sont pas retrouvées. Les anticipations posturales lentes lors des transferts assis-debout et debout-assis sont maintenues. Le transfert sur la pointe des pieds est bien géré, avec anticipation posturale, ce qui n'était pas le cas lors des évaluations précédentes.

Le degré d'efficacité du contrôle postural réactif est similaire aux évaluations précédentes : les adaptations posturales sont efficaces mais on ne retrouve pas de réactions parachutes des membres inférieurs en arrière.

L'évolution des évaluations kinésithérapiques de Madame C. est reportée dans le [Tableau 1](#).

### Projet de la patiente

Madame C. souhaite retrouver son indépendance fonctionnelle à l'intérieur de son appartement. Elle voudrait effectuer seule l'ensemble des activités de la vie quotidienne au domicile, tout en bénéficiant de l'assistance d'une aide à domicile pour sortir de chez elle.

### Diagnostic MK

Les capacités posturo-motrices de Madame C. ont évolué très favorablement pendant la période de prise en charge, puisque la fonction d'équilibration est nettement améliorée et que la patiente effectue seule la marche et les transferts dans le service. Cependant, il reste plusieurs points à améliorer pour prévenir une nouvelle chute ou pour en minorer les conséquences.

### Objectifs MK

Les objectifs principaux s'orientent vers une optimisation de la fonction d'équilibration en ciblant la diminution de la visuo-dépendance et la ré-automatisation des réactions parachutes. De plus, il est nécessaire de ré-apprendre à Madame C. à se relever seule du sol en cas de nouvelle chute.

FICHE DE DECISION KINESITHERAPIQUE		Date : 7 janvier 2015
Nom : <i>Madame C.</i> Prénom : <i>Josette</i> Age : <i>86 ans</i>	Diagnostic Médical : <i>Chute suivie d'une station au sol de 10 heures.</i> <i>Traumatisme crânien avec perte de connaissance (TC-PC)</i>	
Prescription : <p style="text-align: center;"><i>« Kinésithérapie motrice »</i></p>		
Conclusion des bilans M.K. : <b>Fonctionnel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marche et transferts effectués de manière indépendante</li> <li>- Incapacité à se relever du sol</li> <li>- Peur de tomber modérée et limite de stabilité antérieure non optimale</li> <li>- Visuo-dépendance</li> <li>- Déficit de réaction parachute (Membres Inférieurs++)</li> </ul> <b>Structuel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitation de la dorsiflexion des chevilles</li> </ul> <b>Situationnel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentrée au domicile</li> </ul>		Projet du Patient : <i>Madame C.</i> <i>souhaite être</i> <i>indépendante</i> <i>fonctionnel-</i> <i>lement à</i> <i>l'intérieur de</i> <i>son appartement</i>
Diagnostic M.K. : <i>Patiente présentant des capacités posturo-motrices améliorées mais une mobilité toujours rigidifiée, nécessitant de poursuivre la prise en charge rééducative en la ciblant sur la visuo-dépendance et les réactions parachutes, mais surtout sur les séquences de descente et relever de sol.</i>		
Objectifs M.K. : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restaurer les capacités de descendre au sol et de s'en relever</li> <li>- Diminuer la visuo-dépendance par des sollicitations en privation visuelle relative et complète</li> <li>- Réamorcer les réactions parachutes protectrices</li> <li>- Entretenir les anticipations posturales dans le cadre de perturbations intrinsèques lentes et rapides</li> </ul>		

Figure 2. FDK rédigée à la sortie de Madame C. du service de soins de suite et réadaptation.

**Tableau I. Synthèse des résultats des évaluations de Madame C.**

Bilans	Évaluations				
	Évaluation n° 1	Évaluation n° 2	Évaluation n° 3	Évaluation n° 4	Évaluation n° 5
EquiMog					
Date	18/11/14	26/11/14	18/12/14	23/12/14	07/01/15
A (/5 points) <i>Contrôle postural proactif</i>	0	0	2	2	3
B (/2 points) <i>Contrôle postural réactif</i>	0	1	1	1	1
C (/6 points) <i>Mobilité</i>	2	2	2	3	3
D (/3 points) <i>Contrôle postural statique</i>	0	0	1	0	2
E (/6 points) <i>Contraintes biomécaniques</i>	2	2	3	4	4
<b>Score total EquiMoG</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>13</b>
Vitesse de marche	0,32 m.s <sup>-1</sup>	0,32 m.s <sup>-1</sup>	0,41 m.s <sup>-1</sup>	0,48 m.s <sup>-1</sup>	0,55 m.s <sup>-1</sup>
Aide technique de marche	Rollator 2 roues	Rollator 4 roues	1 canne simple	1 canne simple	1 canne simple

## DISCUSSION : LE SYNDROME POST-CHUTE EN SERVICE DE SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION GÉRIATRIQUE

### Devenir de la patiente

Le tableau clinique complexe présenté par Madame C. est une illustration assez typique d'un état de fragilité motrice, au cours duquel une décompensation brutale, liée à la chute puis au syndrome post-chute, met à jour la faiblesse des ressources fonctionnelles. La rééducation en SSRG prend en compte cette complexité, mais c'est surtout le retour à domicile, par l'indépendance fonctionnelle qu'il nécessite, qui constitue une étape cruciale du pronostic de Madame C.

À 6 mois de la sortie du service, Madame C. vit seule à domicile dans une indépendance fonctionnelle relative puisqu'elle effectue seule, toutes les tâches quotidiennes, sauf les sorties du domicile pour les courses, au cours desquelles elle fait appel à une aide ménagère. Elle n'a pas peur de tomber lorsqu'elle est chez elle, ni même à l'extérieur si elle tient le bras de l'aide ménagère d'une main et la canne simple de l'autre main.

Même si Madame C. a conscience de la précarité de sa fonction d'équilibration, ou encore du fait qu'en cas de chute elle ne pourrait probablement pas se relever du sol, elle n'a pas souhaité (et ne souhaite pas) poursuivre les séances de kinésithérapie à domicile car ses capacités lui semblent « suffisantes ».

### Détection précoce du syndrome post-chute est primordiale

Le syndrome post-chute de Madame C. est diagnostiqué le 21/11/14, suite à la chute du 06/11/14. Ce décalage temporel dans le diagnostic est fréquent et préoccupant. En effet, si les co-morbidités médicales doivent être prises en charge très précocement en service de médecine gériatrique, cela ne devrait pas freiner la détection de ce type de syndrome, afin de ne pas retarder la prise en charge [10].

### Nécessité d'évaluer la rétropulsion et la peur de tomber

Le bilan systémique utilisé ici inclut une évaluation rapide de la rétropulsion : Y-a-t-il ou non une instabilité directionnelle, notamment vers l'arrière [2] ?

La peur de tomber est le plus souvent associée à cette rétropulsion [12], et aurait pu être évaluée de manière plus complète dans notre bilan, ce qui constitue une limite de notre approche étant donné les répercussions majeures de celle-ci sur la qualité de la motricité. Il serait donc intéressant d'ajouter à l'évaluation le score validé ABC (« *Activities-specific Balance Confidence* » [13]) (Annexe A).

Une quantification de la peur de tomber aurait probablement permis de mieux prioriser nos exercices en fonction du degré d'anxiété ressenti par la patiente dans les différentes phases de la rééducation. Comme chaque kinésithérapeute le sait, la rééducation d'un patient porteur d'un syndrome post-chute est nécessairement psychomotrice. Il est donc justifié d'avoir recours à une évaluation de ce type lors du bilan.

## CONCLUSION

Si les séances de kinésithérapie sont quotidiennes en service de soins de suite et réadaptation gériatrique, le kinésithérapeute n'est pas le seul acteur de la prise en charge du syndrome post-chute. La stimulation motrice est une affaire d'équipe.

Pour les transferts, en chambre comme dans l'ensemble du service, les soignants ont toujours à l'esprit de ne pas remplacer, ni « assister » la motricité, mais plus de guider, sécuriser et encourager Madame C. Il en est de même pour la marche dans les couloirs. En ce qui concerne la rétropulsion, bien visible dans les premières évaluations, l'ensemble de l'équipe veille à la position du dossier du fauteuil et au temps passé au lit pour limiter une possible dégradation de la verticale subjective par la mise en place d'une référence gravitaire trop postérieure [11].

Les progrès visibles chez Madame C. résultent de nombreux facteurs, dont la prise en charge pluridisciplinaire fait nécessairement partie, tout comme la stratégie de rééducation mise en place. À la sortie du service, les capacités posturo-motrices de Madame C. restent cependant limitées, mais concordent avec son projet de retrouver une certaine indépendance fonctionnelle à domicile.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

**ANNEXE A. TRADUCTION FRANÇAISE DE LA ABC SCALE, VERSION COURTE**

VERSION SIMPLIFIÉE DU « ACTIVITIES-SPECIFIC BALANCE CONFIDENCE (ABC) SCALE » : L'ÉCHELLE ABC-S GRILLE DE COTATION

Nom : \_\_\_\_\_ Dossier : \_\_\_\_\_ Score : \_\_\_\_ /45 ⇨ \_\_\_\_\_ %  
Établissement : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_**Jusqu'à quel point êtes-vous confiant(e) de garder votre équilibre lorsque vous faites les activités suivantes ?**

ACTIVITÉS	Très confiant(e)	Moyen. confiant(e)	Un peu confiant(e)	Pas du tout confiant(e)
Vous balayez le plancher	3	2	1	0
Vous sortez de la maison pour aller vers une auto stationnée dans l'entrée	3	2	1	0
Vous vous étirez pour prendre une petite boîte de conserve sur une étagère, à la hauteur des yeux	3	2	1	0
Vous marchez dans la maison	3	2	1	0
Vous utilisez un escalier roulant en tenant la rampe	3	2	1	0
Vous traversez un terrain de stationnement pour vous rendre au centre commercial	3	2	1	0
Vous montez ou descendez de l'auto (régulière)	3	2	1	0
Vous marchez dans le centre commercial bondé de gens pressés	3	2	1	0
Vous vous penchez pour ramasser une pantoufle, sur le plancher de votre garde-robe	3	2	1	0
Vous montez ou descendez un plan incliné (rampe d'accès)	3	2	1	0
Vous montez ou descendez les escaliers	3	2	1	0
Vous êtes bousculé(e) par des gens en marchant dans le centre commercial	3	2	1	0
Vous vous tenez sur la pointe des pieds pour aller chercher un objet, au-dessus de votre tête	3	2	1	0
Vous êtes monté(e) sur une chaise (ou un escabeau) pour aller chercher un objet	3	2	1	0
Vous utilisez un escalier roulant sans pouvoir tenir la rampe parce que vous avez les bras chargés de paquets	3	2	1	0

© 2007 - Équipe d'évaluation du programme PIED (version traduite et simplifiée : l'échelle ABC-S)

© 1995 - Powell et Myers (version originale : le ABC Scale)

*Fiche-synthèse au sujet de l'échelle ABC-S*

5

*Document produit par l'équipe d'évaluation du programme PIED (2007)***ANNEXE B. FLASH CODE / QR CODE**

Un formulaire de fiche de décision kinésithérapique (FDK) vierge est mis en ligne pour permettre à chacun de s'habituer à structurer en ce sens sa démarche thérapeutique. Il est librement téléchargeable en consultant, sur le site de la revue, l'article introductif mentionné dans l'encadré en début d'article, ou en cliquant sur ce lien <http://www.fdk.kinedoc.org> ou en flashant le QR code ci-dessous avec un téléphone mobile ou une tablette.

N'hésitez pas à nous soumettre vos propres fiches de décision, quel que soit le support utilisé, pour valoriser vos investigations, partager vos expériences ou même solliciter un avis : nous publierons celles les plus susceptibles d'intéresser la communauté.


<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2015.11.002>

Vous pouvez accéder au formulaire en flashant le code ci-dessus.

## RÉFÉRENCES

- [1] Gedda M, et al. Atelier de décision kinésithérapique : un espace de progression collective. *Kinesither Rev* 2014;14(145):26–30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2013.11.001>.
- [2] Kubicki A, Mourey F. Rééducation gériatrique : approche systémique. *EMC Kinésithérapie–Médecine Physique–Rééducation*. [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-0887\(15\)69391-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-0887(15)69391-4) [26-590-A-10 (In Press)].
- [3] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–56.
- [4] 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. *Phys Ther* 2005;85:1034–45.
- [5] Duncan PW, Weiner DK, Chandler J, Studenski S. Functional reach: a new clinical measure of balance. *J Gerontol* 1990;45: M192–7.
- [6] Mourey F, Pozzo T, Rouhier-Marcer I, Didier JP. A kinematic comparison between elderly and young subjects standing up from and sitting down in a chair. *Age Ageing* 1998;27(2):137–46, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16296673>.
- [7] Dubost V, Beauchet O. Research report displacement during sitting down: an early feature of aging; 2005;404–12.
- [8] Hassani A, Kubicki A, Brost V, Mourey F, Yang F. Kinematic analysis of motor strategies in frail aged adults during the Timed Up and Go: how to spot the motor frailty? *Clin Interv Aging* 2015;10:505–13.
- [9] Akram SB, Frank JS, Chenouri S. Turning behavior in healthy older adults: is there a preference for step versus spin turns? *Gait Posture* 2010;31:23–6.
- [10] Haute Autorité de santé (HAS). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS; 2009.
- [11] Manckoundia P, Mourey F, Pfitzenmeyer P, Van Hoecke J, Pérennou D. Is backward disequilibrium in the elderly caused by an abnormal perception of verticality? A pilot study. *Clin Neurophysiol* 2007;118:786–93.
- [12] Mourey F, Manckoundia P, Martin-Arveux I, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Psychomotor disadaptation syndrome. A new clinical entity in geriatric patients. *Geriatrics* 2004;59(5):20–4 [Review].
- [13] Powell LE, Myers AM. The Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995;50A: M28–34.