



## Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [secretariat@kine-nancy.eu](mailto:secretariat@kine-nancy.eu)

## Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
RÉGION GRAND EST  
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**PLACE DE LA MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DANS LA PRISE EN  
CHARGE DE LA SARCOPÉNIE CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE.**

**Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes spécialisés.**

Sous la direction de Séverine BUATOIS

Mémoire présenté par **Camille ABRAHAM**

Etudiante en 4<sup>ème</sup> année de masso-kinésithérapie,

en vue de valider l'UE28

dans le cadre de la formation initiale du

Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Promotion 2017-2021.



UE 28 - MÉMOIRE  
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE  
PLAGIAT

Je soussigné(e), ABRAHAM Camille

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le 28/04/2021

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Séverine Buatois, kinésithérapeute au centre de rééducation de Lay-St-Christophe et enseignante à l'ILFMK de Nancy, qui m'a apporté tout son soutien et de précieux conseils tout au long de ce travail de fin d'études.

Un grand merci aux sept kinésithérapeutes qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre à cette étude, ainsi qu'aux deux personnes ayant participé aux pré-tests.

Je voudrais également remercier monsieur Ferring de m'avoir permis de prendre confiance en moi et de m'avoir aidée et soutenue dans les moments les plus difficiles, durant mes 4 années d'études.

Je remercie également Gersende Colné pour son expertise, ses explications et son savoir-faire qui m'ont énormément aidée à mener à bien ce travail.

Je souhaite également remercier mes parents qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans les moments les plus difficiles et surtout qui m'ont aidée à relire ce travail à maintes reprises.

A mon conjoint, qui m'a apporté un soutien sans faille dans les bons comme dans les mauvais moments, merci !

A mon papa, qui m'a certainement transmis cette envie d'être kinésithérapeute.

A mes copines, pour leur soutien dans les moments de doute et leur motivation pour finir ce mémoire.

---

**Place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de la sarcopénie chez la personne âgée.  
Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes spécialisés.**

**Introduction :** La sarcopénie est une maladie du système musculaire, reconnue seulement en 2016 à la CIM-10. Il s'agit d'une pathologie altérant la qualité musculaire et par conséquent la fonction. Elle touche 7,1 % des plus de 65 ans. Elle entraîne une augmentation du risque de chute et une diminution de l'autonomie. La prise en charge kinésithérapique ne semble pas être systématique, pourtant les études démontrent que l'exercice physique est le moyen de traitement principal pour lutter contre cette pathologie. Nous pouvons alors nous demander quelle est la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de la sarcopénie chez la personne âgée ?

**Matériel et méthode :** Nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens semi-directifs. L'objectif était d'interroger des masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux et salariés travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la gériatrie. Nous avons cherché à recueillir leurs expériences et leurs opinions sur la place du MK dans la prévention de la sarcopénie, la prise en charge de cette maladie ainsi que sur l'aspect relationnel de cette prise en charge.

**Résultats :** Nous avons interrogé sept MK via un guide d'entretien. L'activité physique fait partie des éléments principaux de la prise en charge préventive chez la personne âgée. Parmi ces activités physiques, le renforcement musculaire est la stratégie de prise en charge la plus utilisée par les MK interrogés. Nous remarquons aussi que les MK accordent une place importante à la relation soignant-soigné. L'adaptabilité et le dynamisme sont indispensables pour une prise en charge efficace.

**Discussion et conclusion :** Le terme de sarcopénie est globalement connu des MK mais les éléments qui composent cette maladie sont encore insuffisamment maîtrisés. Cela est dû au faible nombre de prises en charge de la part des MK. Des protocoles de renforcement musculaire existent mais ne sont pas toujours réalisables sur le terrain. L'augmentation de la prévention primaire permettrait de réduire l'incidence de la sarcopénie, ceci doit passer par une sensibilisation accrue autour de cette pathologie.

**Mots clés :** entretiens semi-directifs ; kinésithérapie ; personne âgée ; renforcement musculaire ; sarcopénie

---

**Physical therapy role in the care of sarcopenia in the elderly.  
Point of view from specialized physiotherapists.**

**Introduction:** Sarcopenia is a muscular system disease, recognized only in 2016 at ICD-10. It is a pathology that alters muscle quality and consequently function. It affects 7.1% of people over 65. It leads to an increased risk of falling and a decrease in autonomy. Physiotherapy care does not seem to be systematic, while studies show that physical exercise is the main way of treatment to fight against this pathology. We can then ask ourselves what physical therapy role in the care of sarcopenia in the elderly ?

**Material and method:** We chose a qualitative method using semi-structured interviews. The objective was to interview physiotherapists working or having worked in the field of geriatrics. We sought to collect their experiences and opinions on the role of the physiotherapist in the sarcopenia prevention, the care of this disease as well as on the relational aspect of this care.

**Results:** We interviewed seven physiotherapists using an interview guide. Physical activity is one of the main elements of preventive care in the elderly. Among these physical activities, muscular strengthening is the care strategy most used by the interviewed physiotherapists. We also note that the physiotherapists grant great importance on the caregiver-patient relationship. Adaptability and dynamism are essential for effective care.

**Discussion and conclusion:** The term sarcopenia is generally known by physiotherapists but the elements that make up this disease are still insufficiently understood. This is due to the low number of treatments provided by physiotherapists. Muscle strengthening protocols exist but are not always feasible in the field. The increase of primary prevention would allow to reduce the incidence of sarcopenia, this must be done by an increased awareness of this pathology.

**Key words:** semi-structured interviews ; physiotherapy ; elderly person ; muscle strengthening ; sarcopenia

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Contexte .....</b>	<b>1</b>
1.1.1. Les facteurs de risque de la sarcopénie.....	3
1.1.2. Le diagnostic clinique .....	3
1.1.3. Les conséquences.....	5
<b>1.2. Les moyens de prise en charge de la sarcopénie dans la littérature.....</b>	<b>6</b>
<b>1.3. Les données de la littérature .....</b>	<b>7</b>
1.3.1. Etude concernant les facteurs de risques .....	7
1.3.2. Les études concernant la prise en charge thérapeutique .....	7
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Aspects réglementaires et éthiques.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Stratégie de recherche bibliographique.....</b>	<b>10</b>
<b>2.3. Démarche qualitative.....</b>	<b>10</b>
2.3.1. L'entretien semi-directif.....	10
2.3.2. Réalisation du guide d'entretien et présentation des thèmes .....	11
2.3.3. Choix des interviewés.....	13
<b>2.4. Réalisation de l'étude.....</b>	<b>13</b>
2.4.1. La sollicitation des MK .....	13
2.4.2. Le déroulement de l'entretien semi-directif .....	14
2.4.3. La retranscription.....	14
2.4.4. L'analyse .....	15
<b>3. RÉSULTATS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Description de la population.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Thème 1 : le rôle du MK dans la prévention chez la personne âgée.....</b>	<b>16</b>
3.2.1. Les éléments nécessaires pour bien vieillir .....	16
3.2.2. Les moyens pour limiter les effets du vieillissement.....	17
<b>3.3. Thème 2 : l'activité physique chez la personne âgée.....</b>	<b>18</b>
3.3.1. Le type d'activités physiques possible chez une personne âgée .....	18

3.3.2.	Les pathologies impliquant une activité physique régulière.....	19
<b>3.4.</b>	<b>Thème 3 : la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie .....</b>	<b>20</b>
3.4.1.	Le bilan diagnostic kinésithérapique .....	20
3.4.2.	Les traitements kinésithérapiques contre la sarcopénie .....	21
3.4.3.	Le type de renforcement musculaire utilisé .....	22
3.4.4.	Les protocoles de renforcement musculaire .....	24
3.4.5.	Les objectifs de récupération .....	24
3.4.6.	L'organisation du renforcement musculaire .....	25
<b>3.5.</b>	<b>Thème 4 : le relationnel et la personne âgée .....</b>	<b>26</b>
3.5.1.	Les difficultés de prise en charge.....	26
3.5.2.	L'entretien de la motivation lors de la prise en charge .....	27
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>28</b>
<b>4.1.</b>	<b>Interprétation des résultats.....</b>	<b>29</b>
4.1.1.	Le rôle du MK dans la prévention de la personne âgée .....	29
4.1.2.	L'activité physique chez la personne âgée.....	31
4.1.3.	La prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie .....	33
4.1.3.1.	Le bilan diagnostic kinésithérapique.....	33
4.1.3.2.	Le traitement kinésithérapique .....	34
4.1.4.	Le relationnel et la personne âgée.....	37
<b>4.2.</b>	<b>Récapitulatif des « éléments-clés » .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3.</b>	<b>Limites de l'étude .....</b>	<b>40</b>
4.3.1.	Biais de sélection et de représentativité.....	40
4.3.2.	Biais de méthode .....	40
4.3.3.	Le guide d'entretien .....	42
4.3.4.	Les entretiens .....	42
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>43</b>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Contexte

Depuis de nombreuses années, nous observons un vieillissement de la population française avec une augmentation de la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans. Cette proportion passe de 16,46 % en 2004 à 20,5 % actuellement (1,2). Ce phénomène tend à s'accroître au fil des années. D'après les estimations de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2060, il y aura 27,9 % de personnes âgées de plus de 65 ans (2). Cette augmentation de l'espérance de vie a entraîné l'apparition de nouveaux symptômes liés au vieillissement. De nombreuses études sont menées afin de comprendre au mieux ce phénomène de vieillissement, ses causes et ses conséquences sur le corps humain.

La prise en charge de la personne âgée dans sa globalité devient donc un enjeu de santé publique majeur. Le vieillissement physiologique, c'est-à-dire optimal ou non pathologique, est présent chez tout individu. C'est un phénomène physiologique inéluctable. Cependant, tous les individus ne sont pas égaux devant cette fatalité. Il existe beaucoup de variables inter-individus entraînant une évolution de ce phénomène plus ou moins rapide et plus ou moins agressive (3). Il débute sans signe extérieur dans un premier temps puis, aux alentours de 40 ans, nous pouvons observer un changement de l'aspect général du corps. Il se poursuit jusqu'à la mort.

Le vieillissement peut s'accompagner de nombreuses pathologies comme l'ostéoporose, la sarcopénie, la camptocormie, l'arthrose ou encore les déficits cognitifs. Dans ce mémoire, nous allons nous consacrer à la sarcopénie et à sa prise en charge thérapeutique. Le terme sarcopénie provient du grec « sarx » pour chair et « penia » pour perte. Elle a été définie par Rosenberg en 1988, comme étant une perte de masse musculaire. En 2010, un consensus la définit comme une perte de fonction musculaire liée à une perte de masse musculaire. Et dernièrement en 2016, elle a été intégrée à la Classification Internationale des Maladies, dixième version (CIM-10) (4). Elle correspond à une perte de la masse musculaire, principalement des fibres rapides de type II, une perte de fonction et une altération de la qualité musculaire (5). Elle est liée à l'avancée en âge mais également à une alimentation protéique déficiente ou à un manque d'activité physique (6). D'après certains auteurs il en existerait deux

types, la sarcopénie primaire qui serait associée au vieillissement physiologique et la secondaire liée à une autre pathologie chronique ou à une perte de mobilité. Selon les critères définis par le European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), groupe de travail européen autour de la sarcopénie chez la personne âgée, la sarcopénie est présente chez 7,1 % des sujets de plus de 65 ans, si on associe perte de masse et de fonction musculaire. Elle s'élève à 11 % si nous n'incluons que le critère de perte de masse musculaire (5).

Dans la population générale, l'exercice et l'activité physique sont reconnus et ont démontré depuis longtemps leur efficacité sur la santé physique et mentale des individus et leur rôle dans le maintien de la forme physique et des capacités fonctionnelles (7). De nombreuses études se sont quant à elles intéressées spécifiquement à l'activité physique chez la personne âgée, afin de démontrer un rôle dans la prévention du vieillissement pathologique. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a fait part de ses recommandations quant à l'activité physique chez la personne de 65 ans et plus. Chaque individu devrait pratiquer 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, ou au moins 75 minutes d'activité physique intense par semaine, ou faire un mélange des deux (8). Il existe des effets positifs à tout âge et à n'importe quel niveau d'activité physique. Il est toujours bénéfique de faire une activité physique, peu importe son intensité, plutôt que de rester sédentaire. La sédentarité est un des principaux facteurs de risque de mortalité. Dans la littérature, l'exercice physique et plus particulièrement le renforcement musculaire est fortement recommandé chez la personne âgée atteinte de sarcopénie. Il permettrait d'augmenter la masse musculaire et de ralentir l'évolution de cette maladie. Cependant, cette maladie n'a été reconnue que récemment. Les masseurs-kinésithérapeutes (MK) ne sont pas nécessairement familiers avec cette définition récente de la sarcopénie. Il y a peu de diagnostics établis chez les personnes âgées, et peu de prises en charge spécifiques de cette pathologie. Pourtant des études précisent les protocoles à mettre en place afin de prévenir et limiter les effets de cette maladie.

Dans ce mémoire, nous nous sommes demandée quelle est la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de la sarcopénie chez la personne âgée ? A travers une démarche qualitative, notre objectif était d'interroger des MK experts en gériatrie afin de recueillir leurs points de vue, expériences et représentations sur le rôle du MK dans la prévention et le traitement de cette pathologie. A partir de cet éclairage et des représentations

de la littérature, nous avons cherché à identifier les « éléments-clés » utiles pour guider les MK non experts dans cette prise en charge.

Dans un premier temps, nous allons faire quelques rappels sur la sarcopénie, les facteurs de risque aux traitements médicaux et paramédicaux existants. Puis nous ferons une présentation des études cliniques menées autour de la sarcopénie, de sa prévention et de sa prise en charge. Ensuite nous présenterons la méthodologie de cette étude qualitative par entretiens semi-directifs. Pour finir nous exposerons les résultats obtenus avant de conclure.

#### 1.1.1. Les facteurs de risque de la sarcopénie

Les recherches faites sur la sarcopénie ont permis de mettre en évidence de nombreux facteurs de risque. Les principaux sont l'avancée en âge, l'inactivité, la maladie et le déséquilibre nutritionnel par une diminution des apports protéiques quotidiens (3,9).

Le vieillissement s'accompagne d'une perte de masse musculaire physiologique d'environ 1 à 2 % par an à partir de 45 ans et d'une diminution de la force musculaire de 1,5 % par an à partir de 50 ans (9).

L'inactivité regroupe la sédentarité et l'inactivité physique. Ce sont deux comportements qui jouent un rôle prépondérant dans la survenue de cette maladie. La sédentarité peut être due à des problèmes de mobilité ou à des alitements prolongés. Quant à l'inactivité physique, il s'agit d'une activité physique inférieure aux recommandations données par l'OMS, que nous avons détaillées précédemment. Concernant l'alimentation, de nombreuses études ont démontré un apport nutritionnel en protéines insuffisant chez les personnes atteintes de sarcopénie.

#### 1.1.2. Le diagnostic clinique

Concernant le diagnostic, il existe une batterie de tests permettant d'évaluer les différents paramètres caractéristiques de la sarcopénie. La qualité musculaire ainsi que la masse musculaire peuvent être étudiées avec la composition corporelle totale, le plus souvent évaluée par le DXA (absorptiométrie biphotonique à rayon X) ou le BIA (bio-impédancemétrie) (10). Le diagnostic permet d'obtenir la masse non grasse, la masse osseuse et la masse

graisseuse. Cependant, cela reste deux techniques onéreuses qui ne sont pas réalisées systématiquement. L'anthropométrie peut également être utilisée, uniquement dans les situations où aucune autre mesure ne peut être faite, le critère diagnostique est basé sur la surface musculaire brachiale qui est de moins de 21,5 cm<sup>2</sup> chez les patients sarcopéniques (5,10). En prenant l'index de masse musculaire squelettique appendiculaire (SMI), le seuil en dessous duquel une personne est considérée sarcopénique est de 8,87 kg/m<sup>2</sup> pour les hommes et 6,42 kg/m<sup>2</sup> pour les femmes avec l'impédancemétrie et de 7,26 kg/m<sup>2</sup> pour les hommes et 5,45 kg/m<sup>2</sup> pour les femmes avec l'absorptiométrie biphotonique (5).

La force musculaire est majoritairement évaluée par un test de force de préhension avec un dynamomètre de Jamar, avec un seuil de 27 kg chez les hommes et 16 kg chez les femmes (10). Elle peut également être testée par le test du levé de chaise, qui est déterminant en dessous de 5 répétitions en 15 secondes (5,10). La fonction musculaire et la performance physique peuvent être évaluées grâce au SPPB (Short Physical Performance Battery) qui regroupe 3 tests, le test du levé de chaise, la vitesse de marche et le test de l'équilibre. Globalement, un patient sarcopénique obtient un score inférieur à 8 points (10). Le Timed Up and Go est aussi utilisé pour évaluer les fonctions musculaires, son temps de réalisation doit être inférieur à 20 secondes (10). La vitesse de marche peut être évaluée seule et doit être supérieure à 0,8 m/s chez un patient non sarcopénique (5). A ces évaluations, nous pouvons ajouter le questionnaire SARC-F permettant au patient de s'autoévaluer afin de déterminer le risque potentiel de sarcopénie (10,11).

Le groupe de travail EWGSOP2 explique dans son dernier consensus que le moyen le plus efficace de tester la fonction musculaire, la caractéristique principale de la sarcopénie, est de quantifier la force musculaire. Il explique également les nouveaux tests qui sont en cours de validation ou en essais (10). Dans le consensus révisé en 2018, l'EWGSOP2 a créé un diagramme de flux (10) (Fig.1) permettant de suivre un schéma logique pour le diagnostic de sarcopénie et sa sévérité. Cet arbre décisionnel est basé sur le modèle FACS qui signifie en anglais : trouver-évaluer-confirmer-gravité. Le diagnostic démarre avec le remplissage du questionnaire SARC-F permettant de déterminer si la personne est à risque ou non. Dans le cas où le questionnaire s'avère positif, le diagnostic se poursuit par une évaluation de la force musculaire grâce à la force de préhension ou au test du levé de chaise. Après ces tests, le diagnostic de sarcopénie n'est pas encore confirmé, il est juste « probable ». Afin de confirmer ce diagnostic, la qualité et la quantité musculaires sont évaluées par l'intermédiaire de

l'absorptiométrie biphotonique ou par impédancemétrie. A ce stade, il est possible d'objectiver une atteinte, il ne reste plus qu'à évaluer son degré de sévérité. On estime la sévérité de la sarcopénie grâce aux performances physiques avec les tests dynamiques comme le Timed Up and Go ou le SPPB décrit ci-dessus.

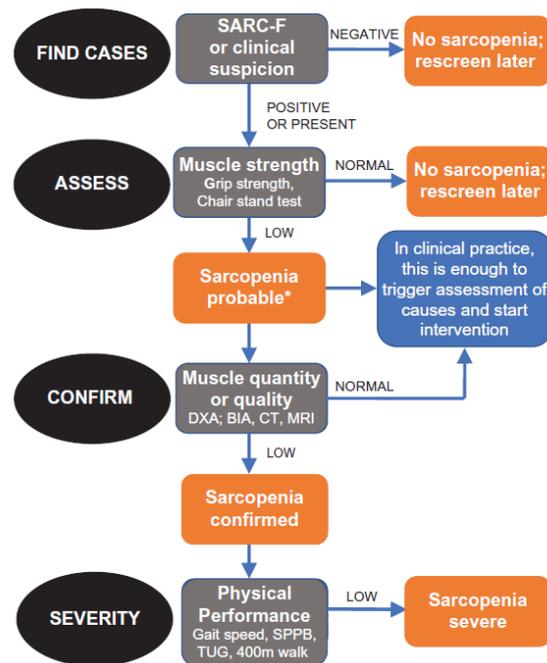


Figure 1 : diagramme de flux permettant le diagnostic et l'évaluation de la gravité de la sarcopénie par l'EWGSOP2 (10).

### 1.1.3. Les conséquences

La sarcopénie peut entraîner de nombreuses conséquences sur la vie des individus atteints. D'après l'EWGSOP de 2010, la sarcopénie multiplie le risque de chutes par deux, augmente le risque d'hospitalisation de 50 %, la durée de l'hospitalisation de vingt jours et son coût de 34 à 58 % (5). L'EWGSOP2 cite à nouveau les facteurs de risque dans son consensus mis à jour en 2018, la sarcopénie augmente le risque de chutes et de fractures, altère la qualité de réalisation des activités de la vie quotidienne et la mobilité. Elle entraîne également une diminution de la qualité de vie, une perte plus ou moins importante de l'indépendance. Ils citent également la mort comme ultime conséquence. Cette maladie a également un impact sur les dépenses de santé puisqu'elle augmente le risque d'hospitalisation et le coût des soins durant celle-ci (10).

## 1.2. Les moyens de prise en charge de la sarcopénie dans la littérature

Dans la littérature, la prise en charge de la sarcopénie se base essentiellement sur l'alimentation et l'apport en protéines ainsi que sur des programmes de renforcement musculaire ou d'exercices physiques.

De nombreuses études, dont certaines seront développées ultérieurement, ont démontré l'efficacité de l'activité physique et particulièrement du renforcement musculaire sur l'augmentation de la masse musculaire et de la force musculaire. La majorité des études et des revues concernant la prise en charge de la sarcopénie se basent sur la réalisation de protocoles de renforcement musculaire comme par exemple le protocole de la 1RM (répétition maximale). Les protocoles nous permettent de quantifier la force musculaire de chaque patient et de pouvoir évoluer progressivement en respectant des normes prédéfinies. Ils permettent également d'objectiver les progrès des patients, rapidement et facilement. Le protocole de la 1RM correspond à la méthode de Dotte, aussi appelée résistance directe progressive RDP, créé en 1958. L'objectif est de déterminer la 1RM c'est-à-dire la charge la plus lourde qu'un sujet peut soulever une fois et une fois seulement dans toute l'amplitude. La séance est constituée de 3 séries de 10 mouvements. La première avec 40 % de la 1RM, la deuxième avec 60 % et la troisième à 80 %. Chaque mouvement dure 3 secondes, il se répartit en une seconde de contraction concentrique, 0,5 seconde de statique et 1,5 secondes d'excentrique. Le temps de repos est toujours identique au temps de travail entre chaque mouvement et série. La réévaluation de la 1RM se fait au bout de cinq jours d'entraînement.

Concernant le traitement par l'augmentation de l'apport en protéines ou la supplémentation nutritionnelle, des études ont été menées, et très peu ont réussi à prouver son efficacité significativement (12). Des recherches sont en cours par rapport à une supplémentation basée plutôt sur les acides aminés, essentiellement la leucine qui est responsable de la synthèse de protéine musculaire (12). Le corps humain n'est pas capable de la synthétiser, elle provient exclusivement de l'alimentation. Ces études pourraient permettre de trouver un traitement beaucoup plus efficace en complément de l'exercice physique.

Il n'existe jusqu'à maintenant aucun traitement médicamenteux dans la prise en charge de la sarcopénie ayant démontré son efficacité dans la pratique courante, des études sont encore en cours (4,13).

### **1.3. Les données de la littérature**

Les mots clés que nous avons choisis pour nos recherches, et qui seront détaillés par la suite, nous ont permis de mettre en avant cinq études principales que nous avons classées dans deux catégories, une sur les facteurs de risque et quatre sur la prise en charge thérapeutique exclusivement. Il s'agit d'études récentes avec des niveaux de preuves relativement élevés.

#### **1.3.1. Etude concernant les facteurs de risques**

Une étude publiée en 2014 (14) s'intéresse aux comportements sédentaires qui pourraient avoir un lien avec l'apparition d'une sarcopénie. J. Gianoudis *et al.* se sont penchés sur l'effet du temps total assis et du temps de visionnage de la télévision quotidien sur l'apparition de la sarcopénie chez les personnes âgées. Il s'agissait d'une étude transversale incluant 162 personnes âgées de 60 à 86 ans vivant en Australie. L'objectif exact de cette étude est d'étudier l'influence de la durée de visionnage de la télévision, du temps total assis et de la fragmentation du temps assis (rapport entre le nombre de périodes sédentaires et le temps total assis) sur la masse et la force musculaire ainsi que sur les performances fonctionnelles et le risque d'apparition de sarcopénie. L'analyse des statistiques a permis de démontrer un lien entre le temps total assis quotidien et l'augmentation du risque de sarcopénie. Une heure de plus par jour assis augmenterait le risque sarcopénique de 33 % indépendamment du taux d'activité physique quotidien.

#### **1.3.2. Les études concernant la prise en charge thérapeutique**

Une méta-analyse d'essais randomisés a été réalisée par Chun-De Liao *et al.* (15) en juillet 2019, portant sur le rôle de la prise de masse musculaire après une supplémentation en protéines et une thérapie par l'exercice chez les personnes âgées sarcopéniques avec risque de fragilité. Avant cette analyse, plusieurs études avaient prouvé l'augmentation de la masse

maigre grâce à un supplément en protéines associé à un renforcement musculaire. Mais rien ne prouvait l'efficacité de cette masse maigre sur la force musculaire. Cette méta-analyse compare 19 essais contrôlés randomisés entre 1994 et 2019. Dans l'ensemble des études sélectionnées, les personnes âgées présentaient un âge moyen de 79 ans. La majorité des essais ont eu une durée d'intervention entre 3 et 6 mois, et une période de suivi de moins de 9 mois. Les groupes expérimentaux ont tous reçu une supplémentation en protéines et ont suivi des protocoles d'exercices physiques (entraînements en résistance ou exercices combinés). Malgré une hétérogénéité dans les études concernant la supplémentation en protéines, cette revue systématique met en évidence une augmentation de la force musculaire et de la mobilité physique des personnes âgées par augmentation de la masse maigre dans le corps entier.

En 2018, une revue systématique réalisée par Szu-Ying Lee *et al.* (16) a inclus dix études dans son analyse, dont sept essais contrôlés randomisés, concernant l'activité physique ou les activités de loisirs chez la personne âgée sarcopénique. Toutes ces études se sont basées sur de l'exercice physique, à différents niveaux d'intensité. Il en est ressorti que l'activité physique, de type fitness, aérobic ou exercices en résistance, était un moyen efficace d'augmenter la masse musculaire ainsi que la force musculaire, et par conséquent de prévenir l'évolution de la sarcopénie. Concernant les activités de loisirs, et plus précisément l'utilisation d'un ordinateur et d'internet, elles pourraient également apporter un effet bénéfique sur l'état de santé des muscles squelettiques. Parmi ces études, l'une d'entre elles a démontré que les personnes âgées qui utilisaient l'ordinateur et surtout internet, et donc qui réalisent un travail manuel de préhension relativement fine, obtenaient une meilleure force de préhension.

Une autre étude réalisée par Tyler A. Churchward-Venne *et al.* (17) a été publiée en 2015 concernant l'entraînement physique chez la personne âgée. Cette analyse incluait des personnes âgées fragiles, hommes et femmes, de plus de 65 ans, réparties en deux groupes : un groupe avec un programme d'entraînement de 12 semaines (n=110), et un groupe avec un programme de 24 semaines (n=85). La masse corporelle, la force ainsi que la fonction musculaire ont été testées avant et après. Les résultats ont démontré une importante hétérogénéité interindividuelle. Les sujets ont présenté des améliorations plus ou moins importantes, mais le groupe ayant suivi le programme de 24 semaines a obtenu de meilleurs résultats dans l'ensemble. La force musculaire a largement augmenté dans les deux groupes. L'extension de genou a augmenté de 28 % à 12 semaines et de 42 % à 24 semaines. Cette

étude nous montre surtout que tous les sujets ont présenté une amélioration dans au moins une des composantes testées. Tous les participants ont amélioré une des composantes recherchées par cette étude, la masse maigre, la taille des fibres musculaires, la force musculaire ou encore le test du levé de chaise, grâce à l'entraînement physique en résistance. L'exercice physique en résistance apporterait des bénéfices quelle que soit la durée de l'entraînement, mais plus les exercices se prolongent dans le temps, plus résultats sont importants.

Liu-Ying Zhu *et al.* (18) ont publié une autre étude en novembre 2018 concernant la prise en charge par supplémentation nutritionnelle. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé incluant 113 adultes de plus de 65 ans atteints de sarcopénie. Ils ont constitué deux groupes, les deux ont reçu un programme d'entraînement, mais seulement un a reçu une supplémentation nutritionnelle. Le programme d'entraînement consistait en deux séances collectives et une séance individuelle à domicile de 1h30 chacune, avec des exercices en résistance et d'aérobic. Le supplément nutritionnel d'un des deux groupes était sous forme de deux sachets d'Ensure NutriVigor apportant des calories, des protéines, de la vitamine D, des acides gras oméga-3 et du  $\beta$ -hydroxy  $\beta$ -méthylbutyrate. Le protocole durait 24 semaines, et des mesures ont été faites au début, à 12 semaines et à 24 semaines. Ils n'ont pas réussi à montrer une différence significative de la vitesse de marche entre les deux groupes. Conformément aux études précédentes, ils ont trouvé une amélioration de la force musculaire et des performances fonctionnelles dans les deux groupes après les 12 premières semaines et également à la 24<sup>ème</sup> semaine, après l'arrêt des séances collectives. De plus, ils ont observé une augmentation de la masse musculaire maigre au niveau des membres inférieurs après 12 semaines dans le groupe ayant reçu le supplément nutritionnel en plus du programme d'exercices, seulement ce gain de masse musculaire n'est pas retrouvé sur le long terme.

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **2.1. Aspects réglementaires et éthiques**

Pour réaliser ce mémoire, nous n'avons pas eu besoin de réaliser de démarche auprès du CPP (Comité de Protection des Personnes), ni auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Information et des Libertés). Notre étude interroge des kinésithérapeutes sur leurs

pratiques professionnelles. Elle fait donc partie des études hors champs de la loi Jardé, qui impose ces démarches.

Nous avons veillé au respect des bonnes pratiques. Pour cela, nous avons recueilli le consentement de chaque interrogé quant à l'enregistrement et l'utilisation des données pour notre travail de fin d'études. De plus, nous leur avons garanti l'anonymat lors des retranscriptions. Les entretiens semi-directifs et les retranscriptions ont été totalement anonymisés, aucun élément ne permet d'identifier les participants à notre étude.

## **2.2. Stratégie de recherche bibliographique**

Nous avons utilisé plusieurs bases de données pour les recherches de littérature blanche, Pub Med, Science Direct, EM-premium, Cochrane Library et PeDRO. Pour la littérature grise, nous avons utilisé Kinédoc. En français, nous avons choisi les termes « exercice physique », « réentraînement », « personne âgée », « vieillissement », « sarcopénie », « recommandation », « exercice physique adapté », « alimentation », « nutrition », « traitement », « prévention », etc. En anglais, les termes étaient « deconditioning », « elderly », « older people », « exercise », « aging », « sarcopenia », « physical activity », « recommandation », « treatment », « nutrition », « prevention », etc.

Nous avons également fait des recherches bibliographiques sur l'approche qualitative via des entretiens semi-directifs. Sur les moteurs de recherche comme Kinédoc ou Google Scholar, nous avons indiqué les mots clés suivant : « recherche qualitative », « démarche qualitative », « entretien semi-directif ». Cette bibliographie a été complétée par des connaissances et articles mis à notre disposition par d'anciens étudiants et par des professeurs de l'ILFMK (Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie).

## **2.3. Démarche qualitative**

### **2.3.1. L'entretien semi-directif**

Pour nous permettre de répondre à notre question de recherche, nous avons opté pour une étude qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif s'inscrit dans une démarche qualitative qui a été expérimenté, dans un premier temps, par des

sociologues et des anthropologues (19). Jean Poupart, dans son article, le compare à un art et explique qu'il permet de « *faciliter la mise en parole, de faire en sorte que l'interviewé puisse aller le plus loin possible dans l'exploration de ses expériences et dans l'explication de ses perspectives* » (20). C'est pour cela que nous avons choisi la méthode qualitative, pour recueillir un maximum d'informations.

Cette démarche est très souvent comparée, en opposition, à la recherche quantitative. Cependant, ces deux approches sont plutôt complémentaires, elles ne permettent pas de répondre à la même question. La forme qualitative recueille des données permettant d'arriver à une hypothèse et la quantitative, quant à elle, vérifie cette hypothèse. L'objectif n'est pas une moyenne ou un chiffre à confirmer mais d'obtenir un retour d'expérience dans un domaine ciblé (21).

L'entretien semi-directif ne consiste pas seulement en une suite de questions suivies de réponses, il s'agit surtout d'écouter le discours de l'interviewé pour étudier ses opinions et d'intervenir seulement pour aller plus loin dans la réflexion ou pour la recentrer. La recherche qualitative va nous permettre d'obtenir un point de vue et une façon de faire ou de penser associés à un contexte prédéfini (22).

L'entretien semi directif s'organise autour d'un guide d'entretien préparé en amont. Ce guide nous permettra de suivre la même trame avec chacun des interviewés et de ne jamais l'influencer. L'interviewé est libre de s'exprimer dans son propre langage, de raconter ses expériences et anecdotes. L'enquêteur utilise les réponses de l'interviewé pour enrichir le dialogue et orienter ses questions à l'aide de relances et de reformulations, afin de le pousser à aller plus loin et à préciser ses explications (20,23). Cela permet de se recentrer autour du sujet souhaité en laissant libre le discours de l'interviewé.

### 2.3.2. Réalisation du guide d'entretien et présentation des thèmes

Le guide d'entretien permet d'avoir un fil conducteur tout au long de l'entretien semi-directif et de suivre le même dans tous les entretiens réalisés, pour obtenir des résultats comparables. Il est particulièrement utile pour une première étude qualitative, il permet de ne pas être perdu et de pouvoir aborder tous les sujets souhaités.

Ce guide d'entretien a pour objectif de mener l'interviewé à citer de lui-même la sarcopénie, pour cela nous avons volontairement évité de citer la sarcopénie en première intention. Nous avons donc essayé d'amener le sujet à travers plusieurs questions portant sur des thèmes assez généraux, c'est-à-dire la prévention du vieillissement et l'activité physique chez la personne âgée. Une première version de ce guide d'entretien a été testée sur deux MK. L'un des deux correspondait idéalement aux critères d'inclusion et l'autre était plutôt familiarisé avec la démarche qualitative par entretien semi-directif. Cela nous a permis d'obtenir des axes d'amélioration sur la forme et sur le fond. Concernant la construction de ce guide d'entretien (ANNEXE I), nous avons choisi de le diviser en 4 thèmes :

- Thème 1 : le rôle du MK dans la prévention chez la personne âgée
- Thème 2 : l'activité physique chez la personne âgée
- Thème 3 : la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie
- Thème 4 : le relationnel

Le premier thème porte sur le point de vue de chaque participant concernant la prévention du vieillissement, il comporte deux questions. La question 1.1. porte sur les éléments qui semblent primordiaux pour permettre à une personne de bien vieillir, dans les meilleures conditions possibles. La question 1.2. est axée sur les moyens de prévention dans le monde de la kinésithérapie, afin de cibler plus précisément notre pratique professionnelle et notre rôle dans la prévention de certaines maladies.

Le deuxième thème abordé est axé sur l'activité physique chez la personne âgée. Il est également composé de deux questions. La question 2.1. concerne l'activité physique proposée par les kinésithérapeutes lors des prises en charge gériatriques. La question 2.2. permet de cibler la population concernée par ces différentes activités physiques. L'objectif étant de savoir si les MK pensent à la sarcopénie et à quel niveau.

Le troisième thème est introduit par une phrase de présentation de la sarcopénie si celle-ci n'a pas été abordée par les participants. Dans cette partie, les cinq questions portent exclusivement sur la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie, du bilan diagnostic kinésithérapique pour la question 3.1. au traitement choisi à la question 3.2.. L'objectif est de connaître les différentes méthodes d'analyse de cette maladie, de savoir comment ils la prennent en charge, c'est-à-dire avec quel traitement. Nous insistons sur le renforcement musculaire à la question 3.3. et son organisation à la question 3.5.. Nous avons rajouté la

question 3.4. sur les protocoles de renforcement musculaire, afin de connaître l'opinion de chacun des participants sur leur utilisation chez la personne âgée.

Afin d'aller plus loin et d'aborder la prise en charge dans toutes ses composantes, le quatrième thème aborde la question du relationnel avec la personne âgée, et comporte deux questions. D'une part, la question 4.1. aborde les difficultés que nous sommes amenés à rencontrer tout au long d'une prise en charge gériatrie. Et d'autre part, la question 4.2. porte sur les moyens mis en œuvre pour lutter contre ces difficultés et obtenir une participation active du patient dans sa prise en charge.

### 2.3.3. Choix des interviewés

Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à interroger des MK diplômés d'état, travaillant ou ayant travaillé en centre de rééducation ou SSR (soins de suite et de réadaptation) dédiés à la gériatrie, en service hospitalier gériatrique ou travaillant pour un organisme d'hospitalisation à domicile (HAD) pour personnes âgées. L'objectif était de solliciter des MK spécialisés dans le domaine de la gériatrie. Dans chacune des catégories d'inclusion, nous recherchions une expérience de 5 ans minimum. Cependant, la recherche de MK s'est avérée plus difficile que prévue, nous avons dû inclure des MK ayant moins de 5 ans d'expérience.

## 2.4. Réalisation de l'étude

### 2.4.1. La sollicitation des MK

Nous avons contacté deux organismes d'hospitalisation à domicile sur l'agglomération de Nancy ainsi que plusieurs centres de rééducation et structures de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés dans la prise en charge gériatrique. Les prises de contact se font faites par mail ou par téléphone en fonction des coordonnées disponibles. Les deux organismes d'HAD et un SSR sur l'agglomération de Nancy ont répondu positivement à notre recherche. Au total, nous avons donc réalisé sept entretiens semi-directifs.

Au cours de la sollicitation des MK, nous leur avons exposé notre projet, en restant très évasif sur la question de recherche en elle-même. Nous avons simplement expliqué que notre étude portait sur la prise en charge de la personne âgée et son vieillissement. La notion de sarcopénie a aussi été volontairement évitée, pour ne pas influencer les réponses de l'interviewé au moment de l'entretien. Ensuite nous leur avons expliqué le principe d'un entretien semi-directif via ZOOM® et la nécessité d'enregistrer pour faciliter l'analyse. L'anonymat a été garanti dès le premier contact, pour permettre de mettre à l'aise les potentiels participants.

#### 2.4.2. Le déroulement de l'entretien semi-directif

Chaque entretien semi-directif a commencé par une présentation et un rappel de notre projet. Avant de débiter l'entretien, nous avons posé quelques questions concernant l'exercice professionnel de l'interviewé afin de s'assurer de son inclusion dans l'étude. Après les questions de présentation, nous finissons par demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien. Tous les entretiens ont été réalisés et enregistrés via la plateforme ZOOM® pour permettre une retranscription. L'anonymat a également été garanti à l'ensemble des interviewés en amont de l'entretien. Les sept entretiens ont suivi comme ligne directrice notre guide d'entretien, avec des modifications possibles en fonction du discours de chacun des interviewés. Des questions de relances avaient été envisagés si nous ressentions le besoin d'aller un peu plus loin ou de recentrer les réponses des interviewés.

#### 2.4.3. La retranscription

L'analyse des informations données par les différents participants a été facilitée par une retranscription intégrale et fidèle des sept entretiens. Nous avons retranscrit mot à mot les réponses des participants. Les retranscriptions comportent tous les éléments pouvant être importants à l'analyse finale. Nous avons ajouté des mots entre crochets à certaines citations, pour donner des explications ou permettre de mieux comprendre le texte cité. L'anonymat est respecté dans chacune des retranscriptions, aucun élément ne permet une identification précise des participants. Les questions portant sur les critères d'inclusion ont volontairement été supprimées pour que l'anonymat soit total. Cette retranscription permet d'analyser qualitativement le discours de chacun des participants. Les sept retranscriptions sont disponibles dans la partie annexe, à la fin de ce mémoire (ANNEXE II).

#### 2.4.4. L'analyse

Afin d'analyser au mieux les entretiens semi-directifs réalisés au cours de notre étude, nous avons choisi une analyse thématique. Dans un premier temps nous avons relu plusieurs fois chaque entretien. Par la suite, dans un tableur Excel® nous avons recensé tous les éléments de réponse des interviewés par thèmes et sous-thèmes. Pour faciliter les recherches dans les entretiens, nous avons indiqué les numéros des lignes qui correspondent aux citations. Après avoir recensé les réponses de tous les interviewés, nous avons regroupé tous les éléments d'un même sous-thème dans un autre tableur afin de faciliter la confrontation d'idées et d'opinions.

### 3. RÉSULTATS

Les résultats sont exposés par l'intermédiaire de citations que nous avons tirées des retranscriptions des sept entretiens semi-directifs. Toutes les citations sont disponibles à la fin de ce mémoire dans un tableau regroupant tous les éléments de réponse de chacun des participants pour chaque thème et sous-thème (ANNEXE III). Chaque citation est suivie de son numéro de ligne afin de permettre une localisation rapide dans chaque entretien dans les retranscriptions respectives.

#### 3.1. Description de la population

Nous avons interrogé sept MK (Tab.I). Parmi eux, il y a cinq femmes et deux hommes. Concernant la répartition du milieu d'exercice, quatre d'entre eux travaillent en milieu libéral et interviennent ponctuellement en service d'HAD. Les trois autres travaillent en milieu salarial en SSR à visée gériatrique. Ils travaillent tous en milieu urbain, sauf une qui exerce dans une maison de santé en milieu rural. Concernant l'année d'obtention du diplôme, il y en a deux qui sont diplômés depuis 2002-2003, un en 2009, trois sur les années 2012-2013 et un en 2017. Et concernant l'expérience dans le domaine gériatrique, ils ont entre 3 et 15 ans d'ancienneté. Nous avons également demandé s'ils avaient participé à des formations spécifiques à la gériatrie, seulement un MK a reçu une formation post-universitaire sur la maladie de Parkinson.

Tableau I : caractéristiques des interviewés.

MK	MK1	MK2	MK3	MK4	MK5	MK6	MK7
Sexe	F	F	F	H	H	F	F
Année diplôme	2012	2013	2012	2017	2002	2003	2009
Mode d'exercice	SSR gériatrique	SSR gériatrique	SSR HAD	Libéral + HAD	Libéral + HAD	Libéral + HAD	Libéral + HAD + EHPAD
Lieu d'exercice	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Urbain	Rural	Urbain
Formation en gériatrie	NON	NON	Parkinson	NON	NON	NON	NON
Ancienneté	8 ans	7 ans	3 ans SSR 1 ans HAD	3 ans HAD	5 ans HAD	15 ans HAD	4 ans HAD

### 3.2. Thème 1 : le rôle du MK dans la prévention chez la personne âgée

#### 3.2.1. Les éléments nécessaires pour bien vieillir

La première question que nous avons posée aux différents interviewés était « selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ? ».

A cette question, la majorité des MK (5/7) a évoqué l'entourage de la personne âgée comme étant l'élément principal pour bien vieillir. Les **MK2, 3 et 4** insistent sur le fait qu'il fallait « être entouré », respectivement aux lignes (L18) (L5) et (L5). Le **MK5** a évoqué en deuxième lieu qu'il fallait « qu'elle ait du monde autour d'elle pour l'aider dans ses différentes activités » (L4-5). Les **MK4 et 6** ont estimé qu'il fallait qu'elles soient accompagnées. Le **MK6** précise qu'elles doivent « éviter l'isolement » (L5) en ayant « un entourage » (L5) présent.

Il y a également trois MK qui évoquent la santé physique et mentale de la personne. Le **MK1** considère qu'il faut « qu'elle connaisse son corps » (L4) et « ses limites » (L5), le **MK2** estime primordial d'avoir « le moral » (L17) et dans un second temps d'avoir « une activité physique » (L20). Le **MK4** estime que le plus important c'est d'avoir une bonne condition physique et mentale, comme le **MK3** qui l'ajoute à la fin de sa réponse. Les **MK2 et 4** conseillent de « rester actif tout le temps » (L17) (MK4). Quant aux **MK5 et 7**, ils indiquent en premier lieu l'importance d'avoir « son autonomie » (L4).

De manière plus isolée, le **MK2** évoque la notion d'alimentation en considérant qu'il faut « *avoir une bonne alimentation* » (L18-19), le **MK3** commence sa réponse en décrivant « *les 5 sens* » (L4) comme éléments importants. Le **MK4**, lui, intègre l'environnement en nous disant que la personne âgée doit « *avoir un environnement adapté* » (L5-6) en précisant qu'il faut « *que ce ne soit pas trop grand quand elle est trop vieille* » (L6) et le **MK5** rajoute qu'il est nécessaire « *qu'elle soit chez elle* » (L5).

### 3.2.2. Les moyens pour limiter les effets du vieillissement

Pour cette thématique, nous posons la question suivante « *en tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?* ».

L'activité et l'exercice physiques sont les deux éléments qui reviennent en majorité dans le discours des sept professionnels. Le **MK1** conseille « *l'exercice* » (L13) et les « *auto-exercices* » (L13), le **MK2** propose « *des programmes d'entretien [...], d'activité physique* » (L25) et le **MK3** les rejoint sur le fait que les personnes âgées doivent « *toujours [être] dans l'activité [...] dans les salles de sport ou dans les associations sportives* » (L15-16), en citant « *la marche nordique* » (L17), « *le yoga, [et] le pilate* » (L17) comme types d'activité physique. Le **MK4** préconise une activité physique « *modérée en fonction de l'âge* » (L13) en les faisant « *marcher un petit peu ou faire un petit peu de gym* » (L13-14), parmi ces exercices, il mentionne « *des squats, tu lèves les jambes, des trucs d'équilibres* » (L16-17). Le **MK6** nous a directement proposé « *beaucoup d'exercices* » (L12-13), avec « *des parcours dans la maison* » (L13) et du « *travail de l'équilibre* » (L14), pour finir il conclut en parlant d'une « *rééducation assez active* » (L14). Pour cette question, voici les termes abordés par le **MK7** : « *le reconditionnement à l'effort* » (L12), « *le maintien d'une aptitude à l'effort* » (L26) et le fait de « *sortir de chez eux, de les faire marcher, aller à l'extérieur* » (L20), ainsi que la « *lutte contre les troubles de l'équilibre* » (L17-18).

Dans un second temps, c'est la notion de prévention et de conseils thérapeutiques qui semble ressortir chez certains participants (5/7). Le **MK2** indique qu'il donne « *des conseils d'hygiène de vie* » (L26) et des « *conseils d'aménagement du domicile* » (L48), tout comme le **MK5**, il réalise de « *la prévention des chutes* » (L138). Dans la même catégorie, le **MK6** parle du « *relevé du sol* » (L14) qui entre dans le programme de prévention des chutes, il explique

surtout que l' « *on a un devoir d'éducation assez conséquent* » (L21) envers les personnes âgées. Le **MK3** reste plus vague en évoquant que l' « *on peut conseiller pour préparer au vieillissement* » (L14-15) et qu'il faut « *les préparer je pense bien en amont de la retraite* » (L17-18). Il cite également les « *conseils, prévention primaire* » (L23). De son côté, le **MK1** a simplement abordé « *la prévention* » (L6).

Pour finir, plusieurs kinésithérapeutes évoquent une fois encore la notion d'autonomie, avec son maintien le plus longtemps possible. Le **MK1** dit qu'il faut « *qu'ils s'autonomisent* » (L17) en passant par un « *apprentissage* » (L17) des exercices. Comme le premier, le **MK5** travaille « *surtout au niveau de l'autonomie* » (L10), il explique qu'il est nécessaire de « *conserver la marche le plus longtemps possible* » (L10-11) et d'« *avoir le moins de douleur possible* » (L11). Pour conserver une bonne autonomie, le **MK6** estime que les personnes âgées doivent « *participer aux associations de village* » (L17) au maximum, pour ne pas être inactives.

### 3.3. Thème 2 : l'activité physique chez la personne âgée

#### 3.3.1. Le type d'activités physiques possible chez une personne âgée

Afin d'obtenir des réponses plus centrées sur la pratique masso-kinésithérapique, nous avons posé la question suivante « *dans votre pratique, quelles types d'activités physiques proposez-vous à une personne âgée ?* ».

La principale activité physique que les MK proposent à leurs patients est essentiellement basée sur du travail fonctionnel. A l'exception de deux d'entre eux, ils pratiquent tous un travail de la marche, que ce soit sur « *tapis de marche* » (L23) pour le **MK1**, ou associé à « *la sortie à l'extérieur* » (L48) pour le **MK3**. Certains évoquent également des exercices dans les escaliers. En termes de travail fonctionnel, les **MK1** et **4** utilisent respectivement « *le motomed* » (L24) ou « *le vélo* » (L28). Le **MK7** dit simplement « *je les fais pédaler pendant 20 minutes* » (L40-41). Le **MK4** précise qu'il faut que ce soit « *des sports qui leur plaisent* » (L29), « *n'importe quoi qu'ils peuvent faire et qu'ils aiment bien* » (L30-31), en insistant sur le fait qu'« *il ne faut pas que ce soit une contrainte* » (L32).

La moitié des interviewés (4/7) décrit le renforcement musculaire comme l'une des principales activités physiques proposées lors des prises en charge kinésithérapiques. Le **MK1** précise qu'il fait de l' « *analytique* » (L22) et du « *global* » (L22), tout comme le **MK6** qui utilise « *des séries d'exercices pour 4 semaines* » (L28) comme renforcement global. Le **MK2** parle plutôt d' « *entretien articulaire et musculaire* » (L43). Concernant le **MK7**, il apporte quelques précisions, en évoquant un travail « *avec des poids* » (L46).

Le **MK7** explique qu'il réalise également un travail proprioceptif, afin d'améliorer l'équilibre des patients âgés, avec « *un coussin de proprioception* » (L42), il « *propose quelque chose de ludique* » (L45).

Le **MK5** a d'abord insisté sur le fait qu'il faut « *s'adapter à l'environnement* » (L24) de la personne âgée, et à son milieu de vie, le contenu de ses séances dépend énormément de l'environnement et des besoins liés à celui-ci.

### 3.3.2. Les pathologies impliquant une activité physique régulière

Afin d'obtenir des informations sur les contextes pathologiques pour lesquels l'activité physique est la plus souvent proposée, nous avons demandé aux MK « dans quel contexte pouvez-vous proposer un renforcement musculaire ? ». D'autre part, pour obtenir plus de précisions et les emmener dans la direction souhaitée, nous avons prévu la relance suivante « dans vos prises en charge en gériatrie, à quel type de patient proposez-vous du renforcement musculaire ? ».

Les **MK2** et **3** sont très généraux en disant respectivement que « *c'est adapté pour tous* » (L60) et qu'« *il y a toujours du renforcement musculaire à faire [...] quelle que soit la pathologie* » (L67-68).

La majorité des MK (6/7) ont désigné les pathologies traumatiques comme étant les cibles privilégiées du renforcement musculaire, essentiellement les arthroplasties de hanche, de genou ou d'épaule. Trois d'entre eux (**MK4, 5 et 6**) ont ajouté les pathologies post-chutes, dont certaines peuvent entrer dans la catégorie des pathologies traumatiques.

L'activité physique a aussi été citée dans le cadre du vieillissement physiologique (**MK3**), de la perte d'équilibre (**MK6**), de la perte de force musculaire (**MK4 et 6**) ou lors d'une perte de poids (**MK6**). Le **MK4** propose de l'activité physique lorsqu'il y a des difficultés lors des transferts ou suite à un alitement. Il ajoute également la « *baisse assez rapide de la condition physique* » (L40-41). En dernier lieu, le **MK6** cite la « *BPCO* » (L68) et le **MK7** évoque « *les pathologies dégénératives, neurologiques* » (L83).

### 3.4. Thème 3 : la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie

#### 3.4.1. Le bilan diagnostique kinésithérapique

Concernant le bilan réalisé par les kinésithérapeutes, nous avons posé la question suivante « face à cette pathologie, réalisez-vous des bilans ou évaluations spécifiques ? Si oui, lesquels ? ».

Certains MK ont commencé par expliquer qu'ils n'avaient pas de bilans spécifiques à la sarcopénie, qu'ils n'en faisaient pas :

- **MK3** : « *je n'ai pas de bilan à proprement parler pour ça* » (L77)
- **MK4** : « *un bilan vraiment spécifique à la sarcopénie, j'en fais pas* » (L60)
- **MK5** : « *Spécifiques ? Non pas particulièrement.* » (L52)
- **MK7** : « *j'ai jamais réalisé, par rapport aux sarcopénies, des bilans spécifiques* » (L95-96)

Cependant pour la majorité des interrogés (6/7), ils réalisent tout de même des bilans fonctionnels. Le **MK1** mentionne les tests « *assis-debout, le test de 6 minutes, [...] le test des 10 mètres de marche* » (L81-82). Le **MK2** ajoute à cette liste le « *get up and go* » (L79) et évalue « *toutes les activités qu'ils peuvent être amenés à faire* » (L78). Le **MK3** évoque le test du « *levé de chaise* » (L88) ainsi que les « *activités de la vie quotidienne* » (L78). L'évaluation des capacités lors des transferts est indiquée par le **MK4**. Pour les **MK5** et **6**, le bilan est très dépendant de l'environnement et du mode de vie de la personne âgée, il est nécessaire de voir « *ce qu'ils arrivent à faire* » (L53) pour le **MK5**. Les deux citent les escaliers comme étant un élément essentiel. Le **MK6** termine par le remplissage de questionnaires de qualité de vie et vérifie également « *les difficultés à l'alimentation, à la préparation des repas* » (L92-93).

Concernant la partie plus analytique du bilan, plusieurs kinésithérapeutes réalisent un bilan musculaire en utilisant soit « *l'EMFM* » (L58) pour le **MK1** et **MK3** soit le « *LOVETT* » (L50) pour le **MK4**. Le **MK1** rajoute que le testing musculaire peut être fait avec un « *dynamomètre* » (L63). Le **MK7** utilise un bilan « *classique [...] avec perte musculaire* » (L96). A contrario, le **MK6** dit : « *aller faire du testing [...] chez une personne âgée, je ne vois pas l'intérêt* » (L74-75).

### 3.4.2. Les traitements kinésithérapiques contre la sarcopénie

La question « *dans votre pratique, quels sont les traitements que vous mettez en place pour lutter contre la sarcopénie ?* » a été posée pour connaître toutes les techniques utilisées lors des séances.

Le renforcement musculaire a été cité par l'intégralité des MK interrogés. Le **MK1** précise les différents modes de renforcement, « *travail statique, excentrique, concentrique* » (L88-89), il explique également sa progression « *sans charge au début puis petit à petit en semi charge, et en charge* » (L89-90). Le **MK2** fait la différence entre le reconditionnement à l'effort avec « *protocoles sur vélo, sur tapis de marche* » (L104-105), plutôt global, et le renforcement analytique. Le **MK5** ajoute « *les élastiques* » (L73) pour ses exercices de renforcement musculaire. Par rapport à leurs exercices, le **MK1** intègre des « *auto-exercices* » (L96) et le **MK4** des exercices que la personne peut faire « *soit avec moi, ou idéalement [...] quand je ne suis pas là les autres jours* » (L66-67) pour que le patient devienne autonome et que les exercices soient faits régulièrement pour une bonne efficacité. Vis-à-vis de cette notion, le **MK1** insiste sur le fait de faire des exercices tous les jours en disant qu'il « *faut qu'ils l'ancrent dans leurs têtes* » (L95), ils doivent les faire « *de façon autonome* » (L95).

Concernant les autres techniques de prise en charge, trois MK (**MK1, 2 et 5**) abordent le sujet de la proprioception et de l'équilibre. Le **MK2**, lui, indique en premier lieu prendre en charge « *la douleur, avec massage ou physiothérapie* » (L170-171) et utilise également de la « *mobilisation souvent passive, active aidée* » (L171) pour la « *prise en charge analytique de l'articulation* » (L98-98). Le **MK3** réalise aussi des « *assouplissements, des étirements* » (L100-101).

Les **MK4** et **7** insistent sur le fait de respecter la fatigabilité du patient en étant très progressif. Le **MK4** leur fait faire « *des choses douces qu'ils peuvent faire sans trop les fatiguer* » (L68-69) en parlant des auto-exercices. Et le **MK7** nous explique qu'il ne faut « *pas les fatiguer davantage* » (L112).

Dans la suite de son discours, le **MK6** met en avant le sujet de l'alimentation, en proposant « *une aide aux repas [...], le portage de repas* » (L96), « *réadapter la qualité des repas* » (L99) avec pour justification « *tu ne peux pas faire du renforcement musculaire chez une personne qui ne mange pas, tu n'auras pas de bénéfice* » (L100). Elle cite également le recours à « *des infirmières d'éducation thérapeutique* » pour une prise en charge totale de la pathologie.

Vis-à-vis de cette question, le **MK2** nous a dit « *les questions que vous me posez me perturbent* » (L85), par rapport au traitement, il nous a expliqué : « *je le fais jamais en me disant j'agis juste sur la sarcopénie* » (L89). Le **MK3** a lui aussi été perturbé car pour lui « *c'est quand même physiologique hein la sarcopénie* » (L99).

### 3.4.3. Le type de renforcement musculaire utilisé

Ensuite, nous avons cherché à obtenir des précisions quant au renforcement musculaire à proprement parler. Nous avons donc posé la question suivante « *en terme de renforcement musculaire, pourriez-vous me dire ce que vous utiliseriez dans le cas d'un patient sarcopénique ?* ».

Concernant le renforcement musculaire analytique, voici ce que nous avons obtenu par ordre chronologique d'apparition dans chacun des entretiens :

- **MK1** : « *large gamme d'exercice* » (L106-107) pour les patients « *en forme* » (L106) ; « *pas trop de charge* » (L104-105) pour les patients « *qui sont pas très en forme* » (L104) ; « *avec une aide poulie* » (L173-174).
- **MK2** : « *extension de genou contre pesanteur, contre résistance* » (L128-129) ; « *avoir une progression si c'est avec des poids* » (L129-130) ; « *en fonction des capacités du patient* » (L130) ; « *petite phase d'échauffement* » (L132).
- **MK3** : « *faire des répétitions* » (L131) ; « *exercices analytiques* » (L140-141) ; « *régulièrement* » (L138) ; « *la génération de maintenant c'est pas leur truc !* » (L142).

- **MK4** : « *adducteurs, moyens fessiers, quadriceps, ischios* » (L89) ; « *petits squats, montées de genoux, se mettre sur la pointe des pieds* » (L90-91) ; « *au poids de corps* » (L91) ; « *une résistance que moi je mets* » (L91-92) ; « *chaise à quadri et ischios* » (L94-95).
- **MK5** : « *des élastiques* » (L89) ; « *poids de corps* » (L89) ; « *chaine fermée* » (L90) ; « *des exercices qu'ils peuvent reproduire tous les jours* » (L98-99).
- **MK6** : « *surtout le membre inf* » (L120) ; « *extensions [genoux] avec des charges* » (L122) ; « *des séries* » (L123) ; « *montées de genoux, on fait des squats* » (L123) ; « *abduction en poussant le pack de lait pour travailler les fessiers* » (L126-127) ; « *je travaille beaucoup avec mes mains* » (L127) ; « *balles en mousse pour travailler les adducteurs* » (L129-130) ; « *redressement, maintien abdominal [...] ouverture d'épaule* » (L132-133).
- **MK7** : « *exercices tout simples* » (L120) ; « *moi je travaille devant une chaise ou à la barre* » (L120-121) ; « *sans charge au départ* » (L121-122) ; « *juste des flexions de genoux, travail du moyen fessier sur les côtés, les extenseurs, la pointe des pieds* » (L122-123) ; « *séance où il y a 10 répétitions pour la première fois [...] si ça passe, on augmente les séries* » (L124) ; « *après je mets des poids* » (L126).

Concernant le renforcement musculaire global et fonctionnel, voici ce que nous avons obtenu également par ordre d'apparition :

- **MK2** : « *vélo ou tapis de marche [...] travail sur différents paliers avec une résistance qui augmente progressivement* » (L131-133)
- **MK3** : « *vous avez des escaliers, aaaah, allez hop on va le faire* » (L145-146) ; « *du vélo* » (L135) ; « *viser le plus possible dans le global et dans le fonctionnel* » (L139) ; « *faire de la marche [...] 30 minutes par jour* » (L144-145).
- **MK4** : « *vélo* » (L93) ; « *huber* » (L93).
- **MK5** : « *équilibre* » (L90)
- **MK6** : « *séries d'escaliers* » (L123-124) ; « *la marche dehors* » (L176) ; « *mise en situation fonctionnelle* » (L181-182) ; « *se mettre un petit peu à genoux devant un placard* » (L183).
- **MK7** : « *travail de l'équilibre* » (L123) ; « *j'inclus des activités de la vie quotidienne* » (L195).

#### 3.4.4. Les protocoles de renforcement musculaire

D'après nos recherches, la majorité des études sur la sarcopénie intègrent la notion de protocole dans la prise en charge de la sarcopénie, comme par exemple le protocole 1RM. Nous avons voulu obtenir l'opinion des interviewés sur ces protocoles en posant la question suivante « dans la littérature, certains programmes intègrent la notion de la 1RM, qu'en pensez-vous ? ». Cette question a été adaptée en fonction de la connaissance ou non du protocole 1RM.

Sur les sept MK interrogés, six nous ont dit qu'ils ne faisaient pas de protocole en gériatrie. Le **MK1** dit clairement *« pas de protocole pour la gériatrie »* (L112). Le **MK3** explique qu'il *« ne voit pas comment on peut proposer un protocole en gériatrie »* (L147), le **MK4**, lui, est catégorique en disant *« je ne le ferais pas faire à un vieux »* (L102) et le **MK6** travaille beaucoup à domicile et nous donne son opinion : *« je ne trouve pas que ce soit adapté, en tout cas pour du domicile »* (L147-148). Le **MK7** nous explique que *« c'est difficile de faire d'un cas une généralité je pense »* (L132) en précisant *« je ne sais pas si on peut faire un programme fixe pour tout le monde »* (L135).

Seul le **MK2** nous indique faire *« des protocoles un peu aménagés »* (L112), il se justifie en disant *« je ne suis pas vraiment les recommandations »* (L115). Pour lui, il faut surtout y aller très progressivement.

#### 3.4.5. Les objectifs de récupération

Suite à la lecture des différents entretiens, un nouveau thème est apparu dans certains entretiens, que nous n'avions pas prévu auparavant, qui concerne les objectifs kinésithérapiques.

Les objectifs de traitement sont apparus dans cinq entretiens. Parmi les éléments retrouvés, on distingue deux catégories de réponse. Une partie plutôt subjective axée sur le ressenti du patient. Le **MK1** constate qu'*« ils sont de plus en plus en forme »* (L37), le **MK4** évoque la diminution de la fatigue et le fait *« qu'ils se sentent mieux »* (L79) et *« plus à l'aise dans [leur] vie quotidienne »* (L73). Il explique aussi que le patient ne doit plus avoir de

« *sentiment de chute* » (L76). Et le **MK5** nous dit que son objectif c'est « *de faire en sorte qu'ils arrivent à se débrouiller du mieux possible chez eux* » (L44-45).

La deuxième catégorie concerne plutôt les objectifs physiologiques et fonctionnels. Le **MK6** a pour objectif principal d'entretenir la « *souplesse* » (L39), la « *mobilité* » (L39) et la « *force musculaire* » (L40). Le **MK4** précise que « *la prise de force sera toujours modérée chez les personnes âgées* » (L77) mais qu'elle existe. Le **MK7** explique qu'il crée ses objectifs « *en fonction de l'état général* » (L58) du patient.

Au niveau fonctionnel, l'élément le plus important pour le **MK5** c'est de « *recupérer la marche* » (L44). Les **MK1** et **5** réévaluent le périmètre de marche pour visualiser l'évolution. Le **MK5** rajoute la capacité à monter ou descendre les escaliers « *de façon sécurisée, [...] correcte* » (L82). En plus de la marche et des escaliers, le **MK6** réalise un bilan de l'équilibre de ses patients avant et après la prise en charge, il dit : « *nos patients en situation de risque de chute [...] l'objectif c'est qu'ils ne tombent plus* » (L110-113). Pour terminer, le **MK4** et le **MK7** évaluent en priorité l'autonomie de la personne âgée dans son environnement.

#### 3.4.6. L'organisation du renforcement musculaire

Pour cette dernière partie concernant la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie et essentiellement le renforcement musculaire, nous voulions également savoir comment le praticien organise le renforcement musculaire en termes de fréquence et de durée. Pour cela, nous avons posé la question suivante « *comment organisez-vous votre programme de renforcement musculaire ?* ». Nous avons régulièrement été dans l'obligation de préciser que nous voulions une durée ainsi qu'une fréquence.

Pour les deux MK travaillant en SSR, les patients ont des séances « *deux fois par jour, tous les jours de la semaine* » (L144) (**MK2**). Pour le renforcement musculaire, le **MK1** précise que « *le renforcement se fait un petit peu à chaque séance [...] en fonction de la fatigabilité* » (L158-159) des patients et le **MK2** nous explique qu'il divise sa journée en deux, « *une séance plutôt de travail analytique sur table* » (L145) et « *une séance de travail fonctionnel [...], reconditionnement* » (L148-149).

Pour le travail en HAD, à domicile ou en cabinet, le **MK5** a, en moyenne, 2 à 3 séances par semaine. Les **MK4** et **7** nous donnent une notion de temps en expliquant que les séances durent entre 20 et 30 minutes. Le **MK7** programme deux séances par semaine, une séance de renforcement musculaire et une séance d'endurance. Le **MK3** axe ses séances essentiellement sur « *la marche, [et] tout ce qui est fonctionnel* » (L167). Le **MK4** travaille « *tous les groupes musculaires* » (L121) par « *séries de 10, deux ou trois par exercice* » (L123). Le **MK6** fonctionne avec « *une programmation sur 4 semaines [...] et au bout de 4 semaines on fait évoluer [les exercices]* » (L168-169).

### 3.5. Thème 4 : le relationnel et la personne âgée

#### 3.5.1. Les difficultés de prise en charge

La prise en charge kinésithérapique gériatrique peut souvent être accompagnée de difficultés. Nous voulions connaître l'opinion des interviewés et leurs expériences, en posant les questions suivantes « *quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement musculaire chez une personne âgée ? Pensez-vous à une situation que vous avez vécue avec l'un de vos patients ?* ». Nous avons prévu une relance dans le cas où les interviewés n'arriveraient pas à répondre à cette question : « *Pensez-vous qu'il y a des limites dans l'application d'un renforcement musculaire chez la personne âgée ?* ».

Chez six MK sur sept, la plus importante difficulté rencontrée dans la prise en charge de la personne âgée est cognitive. Les **MK2, 5, 6 et 7** mettent en avant une limitation dans la compréhension des exercices. Les troubles de la mémoire sont également retrouvés. Pour le **MK2 et 3**, le fait de devoir se répéter de nombreuses fois durant une séance et de savoir qu'« *une fois la séance passée tout est oublié* » (L189-190) (**MK2**) représente un véritable frein à la récupération. Le **MK3** explique « *quand tu répètes 15 fois dans la demi-heure « prenez les accoudoirs » « prenez les accoudoirs » là ça va être une difficulté* » (L183-184).

Pour les **MK 4, 5, 6 et 7**, la deuxième difficulté se situe au niveau de l'état de forme de la personne âgée au moment des séances. Le **MK4** et le **MK5** mentionnent simplement la fatigabilité des patients. Le **MK6** explique la fatigabilité par une présence parfois trop importante de personnels de santé sur une journée, en HAD : « *Après, ce qui est difficile en*

*HAD, c'est le nombre de personne qui passent en HAD. »* (L211-212). Il cite toutes les personnes pouvant potentiellement intervenir et finit par dire « *et la kiné qui arrive à 16h30, mamie elle me dit je suis cuite* » (L213-214).

De façon plus isolée, le **MK1** cite deux difficultés, la douleur et les autres déficits ostéo-articulaires des patients, comme par exemple « *les problèmes d'épaules* » (L195). Le **MK2** ajoute « *les problèmes de vue, d'audition* » (L184) qui peuvent entraver la prise en charge gériatrique. Le **MK4**, lui, s'est remémoré un patient qui ne voyait pas l'intérêt de la kinésithérapie et qui n'était « *pas volontaire dans sa rééducation* » (L170), ce qui lui a posé beaucoup de problèmes pendant les séances.

### 3.5.2. L'entretien de la motivation lors de la prise en charge

Pour terminer ces entretiens, nous voulions connaître l'opinion des kinésithérapeutes concernant les éléments nécessaires pour motiver une personne âgée. Nous avons posé la question suivante « *comment faites-vous pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?* ».

Un des éléments qui revient fréquemment (4/7) est la diversité des exercices. Le **MK6** change d'exercices « *tous les mois* » (L248) et évite de rentrer dans une routine en étant trop « *rébarbatif* » (L259), ce qui pourrait démotiver les patients. Le **MK7** propose de « *changer de matériel, faire des séances différentes à chaque fois* » (L210).

Plusieurs MK évoquent le dynamisme du kinésithérapeute et la relation qu'ils ont avec les patients. Le **MK1** dit « *ils aiment nous voir bouger, rigoler* » (L205). Le **MK3** explique que les patients ne « *vont retenir que la première impression* » (L198-199) donc pour lui le plus important « *c'est la relation que tu mets dès le départ avec eux* » (L193).

Quatre MK pensent qu'il est également primordial que le patient comprenne pourquoi nous faisons des exercices. Ils estiment qu'ils doivent comprendre que ça leur apportera quelque chose dans le futur, que ce sera utile. Le **MK2** explique que c'est essentiel pour « *essayer d'avoir l'adhésion du patient* » (L201), pour ça, il choisit de faire « *des choses parlantes pour eux* » (L195-196) et des « *mises en situation* » (L198). Le **MK4** nous dit « *faut*

*[...] lui faire comprendre que c'est pour lui [...] c'est pas une contrainte la kiné, [...] c'est pour lui pour l'aider » (L205-208).*

Pour finir, les **MK6 et 7** se servent du bilan de départ pour les motiver. Le **MK6** nous dit « *la motivation je pense qu'elle vient par rapport aux gains qu'ils peuvent avoir* » (L265-266). Le **MK7** compare les séances pour qu'ils voient que « *leurs efforts payent* » (L174), il nous explique que c'est très gratifiant pour les patients de voir leurs progrès. Et de manière très isolée, le **MK6** cite également la famille comme un élément motivant à part entière.

#### 4. DISCUSSION

Cette étude qualitative par entretiens semi-directifs a pour objectif de recueillir les expériences et les opinions de MK spécialisés en gériatrie, vis-à-vis de la sarcopénie afin de les comparer aux recommandations pratiques exposées dans la littérature. Dans un deuxième temps, ce travail pourrait permettre aux MK non spécialisés dans cette pathologie, d'identifier les « éléments-clés » dans la prise en charge de la sarcopénie afin de les guider pour proposer un traitement adapté à cette maladie.

Globalement, la sarcopénie est apparue comme une pathologie plutôt secondaire vis-à-vis d'autres pathologies. Les MK nous ont fait part de leurs pratiques professionnelles dans ce cadre-là, cependant, ils ont pour la plupart évoqué que la prévention ou la rééducation de la sarcopénie n'étaient pas le but premier de leur rééducation. Dans la majorité des cas, l'ordonnance ne stipule pas une rééducation dans le cadre d'une sarcopénie.

Dans cette partie nous allons discuter des résultats obtenus comparativement ce que nous avons trouvé dans la littérature et également par rapport à notre vécu et à l'expérience d'une personne spécialisée dans ce domaine. Pour finir, nous exposerons les limites et les biais de cette étude.

## 4.1. Interprétation des résultats

### 4.1.1. Le rôle du MK dans la prévention de la personne âgée

Les sept MK interrogés sont plutôt en accord sur les éléments nécessaires pour que les personnes âgées vieillissent dans les meilleures conditions. Ils ont pratiquement tous parlé de l'environnement humain des personnes âgées comme étant l'élément le plus important pour « bien vieillir ». L'entourage familial et amical permet de les maintenir dans une vie active le plus longtemps possible. Plus une personne est active, plus elle reste en bonne santé physique. L'entourage est également essentiel sur la santé mentale des personnes âgées. L'isolement précipite très souvent la personne âgée dans la sédentarité, aggravant ainsi les effets du vieillissement.

Ils sont également majoritairement d'accord sur le fait que l'activité physique représente un atout pour augmenter la qualité du vieillissement. En termes d'activité physique, nous retrouvons des activités sportives comme la marche, la marche nordique ou le pilate, du renforcement musculaire et du reconditionnement à l'effort. Effectivement, l'activité physique et aussi les activités de loisirs permettent aux personnes âgées de rester actives, d'entretenir les amplitudes articulaires, la force et la fonction musculaire. L'exercice physique a prouvé son efficacité dans la diminution des effets de la sarcopénie depuis de nombreuses années. Des études démontrent que le processus de sénescence associé au vieillissement peut être réversible si la pratique d'une activité physique quotidienne est respectée (24), ce qui permettrait de repousser l'apparition de la sarcopénie. D'autres études, menées sur des personnes âgées déjà atteintes de la maladie, ont démontré qu'il existait un effet bénéfique sur la force musculaire si un entraînement physique était respecté, et ce jusqu'à un âge avancé (24).

Toujours concernant les éléments pour « bien vieillir », nous avons été étonnée de voir que seulement un MK sur sept évoque le fait d' « *avoir une bonne alimentation* » (MK2 L18-19) parmi les éléments essentiels. Pourtant, nos recherches bibliographiques nous ont montré à quel point l'aspect nutritionnel était primordial chez les personnes vieillissantes. Le taux de protéine devient de moins en moins suffisant au fur et à mesure que les années passent. Pour limiter cela, il est indispensable de garder une alimentation saine et équilibrée avec un apport en protéines plus important. La personne âgée est très sujette à la dénutrition. Il existe des

idées reçues comme le fait que les personnes ont besoin de moins manger avec l'âge. Cette notion est totalement erronée puisque les phénomènes de senescence s'accroissent avec le vieillissement, et pour les limiter, il faut augmenter l'apport énergétique. Le PNNS (Plan National Nutrition Santé) a mis en place des guides nutritionnels pour les personnes de plus de 55 ans, permettant de donner des conseils et d'orienter vers une alimentation plus riche en fibres et en protéines. L'objectif de ce plan santé est de réduire l'incidence de certaines maladies chroniques, telle que la sarcopénie (25). La dénutrition peut également être due à des problèmes financiers, les aliments plus riches en protéines, la viande ou le poisson, étant plus chers que les autres aliments. A la retraite, de nombreuses personnes perdent en pouvoir d'achat et sont contraintes de diminuer leur qualité nutritionnelle. Cet aspect financier ne sera pas développé dans ce travail mais il est à prendre en compte lorsque nous sommes face à ce type de pathologie.

Dans un deuxième temps, nous nous étions intéressée à la place du MK dans la prévention du vieillissement chez la personne âgée. La première mesure mise en place par les MK que nous avons interrogée concerne l'activité physique. En kinésithérapie, cela passe par le renforcement musculaire global et analytique mais également le travail fonctionnel pouvant permettre d'obtenir une meilleure autonomie. Et inversement, une bonne autonomie permet de maintenir des capacités physiques plus importantes. Il est donc indispensable de travailler en incluant les activités de la vie quotidienne pour maintenir une aptitude à vivre seul. Cette notion de travail de l'autonomie est plus souvent citée par les MK travaillant en HAD, ceci s'explique par le fait qu'ils interviennent à domicile, et donc dans l'environnement de la personne âgée. Leurs prises en charge sont donc beaucoup plus adaptées au domicile et moins sur le travail des capacités analytiques que nous pouvons retrouver plus fréquemment dans les prises en charge en SSR. En deuxième lieu, il s'agit des conseils thérapeutiques et des notions de prévention qui peuvent être apportés par les MK, tels que la prévention des chutes ou les conseils d'aménagements du domicile pour faciliter la vie quotidienne des personnes âgées.

Autour de cette prévention, nous sommes agréablement surprise de voir que le MK3 évoque que la mise en place d'une prévention par l'activité physique bien avant l'âge de la retraite, « *à partir de 50 ans, même avant* » (L25). Il serait réellement bénéfique de sensibiliser les populations adultes au maintien de l'activité physique pour limiter les effets du vieillissement.

La prévention du vieillissement fait donc partie intégrante des compétences d'un masseur-kinésithérapeute. Nous avons un rôle essentiel à jouer dans la prévention de la sarcopénie chez la personne âgée.

#### 4.1.2. L'activité physique chez la personne âgée

Nous avons cherché à recentrer nos entretiens sur l'activité physique. L'objectif était de faire une « liste » des activités physiques qu'un MK pouvait proposer à une personne âgée au cours de sa prise en charge. L'activité physique la plus citée par nos interviewés est en fait basée sur du travail fonctionnel. Comme nous le disions précédemment, le travail fonctionnel est très adapté à la personne âgée, puisqu'il permet d'entretenir les performances physiques mais également de maintenir un niveau d'autonomie. Les experts nous ont parlé essentiellement de la marche et du vélo. Le vélo a une visée fonctionnelle mais il renforce essentiellement les muscles des membres inférieurs. Il reste donc moins utile car peu de personnes âgées pratiquent encore le cyclisme. Par contre la marche reste le moyen de déplacement le plus utilisé par cette génération ; il est donc primordial de la conserver le plus longtemps possible.

La deuxième activité physique la plus recommandée par les sept interrogés correspond au renforcement musculaire, qu'il soit analytique ou global. Ce résultat est confirmé par l'étude de Churchward-Venne *et al.* qui a démontré l'efficacité d'un entraînement de type résistance sur la quantité de masse maigre, sur la force et la fonction musculaire (17). Le renforcement musculaire en résistance permet de recruter un maximum de fibres musculaires, permettant d'augmenter la force musculaire de chacun des muscles travaillés au fur et à mesure des séances. Les études à ce sujet mettent en place des entraînements sur plusieurs semaines, 12 ou 24 semaines dans le cas de l'étude citée précédemment, afin de pouvoir observer des résultats significatifs.

Dans cette partie, nous avons également cherché à savoir pour quelles pathologies les professionnels recommandaient le plus souvent l'activité physique. Notre objectif était d'obtenir le terme de sarcopénie ou au moins ses caractéristiques principales, pour que les participants se recentrent eux-mêmes sur cette pathologie. Cependant, nous avons obtenu plusieurs types de pathologies différentes, mais aucun n'a cité la sarcopénie à proprement

parler. La réponse principale, qui est revenue le plus fréquemment, concerne les pathologies traumatiques, pouvant survenir après une chute. Effectivement, ce type de pathologies requiert un renforcement musculaire progressif tout au long de la prise en charge, en terminant par de l'activité physique à visée fonctionnelle. Deux MK ont évoqué la perte de force musculaire associée à un déconditionnement mais sans aller sur le terrain de la sarcopénie. Le MK4 a simplement évoqué une « *perte de force* » (L36), quant au MK6, il a parlé d'un patient qui aurait « *moins de force musculaire* » (L62). Un peu plus loin, dans la question concernant le traitement de la sarcopénie, un des MK nous a même indiqué que pour lui « *c'est quand même physiologique [...] la sarcopénie* » (MK3 L99), et donc inéluctable finalement. Grâce à cette question nous pouvons voir que les MK interrogés ne prennent pas souvent en charge des patients pour une rééducation spécifique de la sarcopénie, ils ne mentionnent jamais ce terme. Il serait intéressant d'augmenter la sensibilisation à cette pathologie dans le monde de la santé. Nous pouvons nous demander si la sarcopénie est suffisamment considérée par le corps médical et paramédical, sachant qu'elle est présente chez 7,1 % des personnes de plus de 65 ans. Est-elle réellement diagnostiquée par le corps médical ? Les personnes âgées consultent-elles pour une diminution de la force musculaire ?

Nous savons que le terme de sarcopénie est connu dans le monde de la santé, seulement il semblerait ici que la définition exacte de cette pathologie et ses conséquences sur l'organisme, ne soient pas toujours précisément présentes dans l'esprit des professionnels paramédicaux. Nous pensons aussi qu'il existe des représentations autour de la personne âgée, qui peuvent parfois être erronées. Il est courant d'entendre que « *c'est inévitable qu'une personne âgée perde de la masse et de la force musculaire au fil des années* ». En effet, à partir de 50 ans, nous perdons tous les ans une partie de notre masse musculaire. Et chez une personne atteinte de sarcopénie, ce processus est accentué. Mais ceci peut être évité par le maintien d'une activité physique et une nutrition adaptées. La notion de fragilité fait aussi partie de ces représentations que nous pouvons avoir en gériatrie. Les thérapeutes n'osent pas forcément proposer des programmes intenses, avec des exercices en résistance, de peur de brusquer les personnes âgées. Ils préfèrent privilégier une approche bienveillante et protectrice.

#### 4.1.3. La prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie

##### 4.1.3.1. Le bilan diagnostic kinésithérapique

Au travers de cette question, les interviewés nous ont d'abord expliqué qu'ils ne réalisaient pas réellement de bilans spécifiques à la prise en charge d'un patient sarcopénique. Ils ont donc essayé de nous citer les bilans qu'ils réaliseraient dans cette situation, ce qui a créé un biais puisque ce n'est pas réellement ce qu'ils appliquent dans leur pratique courante.

Un des interviewés nous a expliqué qu'il n'avait jamais pris en charge de patient sarcopénique, avec un diagnostic réellement posé et une demande de prise en charge de celle-ci. Il s'agit d'un problème que nous pensons récurrent, la sarcopénie ayant été reconnue au titre de maladie et redéfinie il y a peu de temps. Par conséquent, peu de kinésithérapeutes se retrouvent face à une demande de prise en charge spécifique de cette maladie. Elle est parfois indiquée dans le dossier du patient, dans la catégorie pathologies associées, mais la rééducation n'est pas axée sur cette pathologie. La notion de réversibilité présente dans la majorité des études à ce sujet n'est peut-être pas encore assez connue ou insuffisamment prise en compte par les professionnels.

Concernant le bilan à proprement parler, la littérature nous indique de nombreux tests cliniques et bilans pouvant permettre de diagnostiquer la sarcopénie ou d'évaluer son stade de gravité. Parmi ces tests, certains peuvent être pratiqués par les MK afin d'alimenter leur BDK (Bilan Diagnostic Kinésithérapique). Le MK est capable de mesurer la force et la fonction musculaire. La force musculaire peut être évaluée avec un dynamomètre de Jamar pour la force de préhension ou par le test du levé de chaise qui détermine la force des membres inférieurs (10). La fonction musculaire peut être analysée grâce à plusieurs tests comme le Timed Up and Go, la vitesse de marche et également le test du levé de chaise (10). Ces données de la littérature concordent avec les réponses que nous avons obtenues, les sept MK interrogés nous ont effectivement cité les tests fonctionnels, l'utilisation du dynamomètre n'a été mentionnée qu'une fois.

Il est également important de noter que la réalisation de bilans quantifiés est plus fréquente en milieu institutionnel, où l'obligation de traçabilité des informations et de quantification de l'évolution des capacités motrices et fonctionnelles est plus courante. Ceci

étant accentué par la réalisation, généralement hebdomadaire, de réunions pluridisciplinaires nécessitant d'apporter des données précises sur l'état physique du patient au moment même.

#### 4.1.3.2. Le traitement kinésithérapique

Pour ce qui est des traitements kinésithérapiques que nous pouvons proposer, les MK étaient d'accord pour placer le renforcement musculaire comme traitement principal. Tous les paramètres du renforcement ont été retrouvés, que ce soit le mode de contraction ou la progression en résistance. Le renforcement musculaire est une catégorie de traitement qui regroupe différentes techniques.

Ce qui nous intéresse le plus ici est de savoir si l'entraînement en résistance est plus efficace que l'entraînement sans résistance. Que ce soit Chun-De Liao *et al.* (15), Szu-Ying Lee *et al.* (16) ou Churchward-Venne *et al.* (17), ils ont tous utilisé un entraînement en résistance dans leurs études respectives. Il semblerait que ce soit le type d'exercice avec le plus d'effets positifs sur la masse et la force musculaire des personnes âgées atteintes de sarcopénie. Il s'agit d'études et de revues systématiques récentes. Cependant en 2002, une étude Janssen *et al.* avait déjà démontré que l'exercice en résistance pouvait permettre de réduire la perte de masse musculaire, voire d'inverser la tendance et d'améliorer la force musculaire (26). Il ne s'agit donc pas d'un concept récent, mais d'une recommandation qui existe depuis de nombreuses années.

Le renforcement musculaire évoqué précédemment peut être réalisé sous la forme de protocoles bien définis. Au début de notre étude, nous avons échangé avec une MK experte dans le domaine de la sarcopénie. Celle-ci nous a indiqué que les protocoles, et essentiellement celui de la 1RM, apparaissent comme essentiels dans la lutte contre la sarcopénie. Nos recherches dans la littérature nous ont permis de confirmer ces informations. La majorité des études que nous avons analysées nous exposent des protocoles d'entraînements plutôt stricts. Il s'agit de protocoles de renforcement en résistance ou en endurance avec une durée qui se compte en semaines voire en mois. La littérature est très riche à ce sujet, cependant la majorité des articles ne détaillent pas leur programme de renforcement musculaire. Alors nous pouvons nous demander quels sont les exercices ayant le plus d'impact sur cette maladie.

Contrairement à tout ce que nous avons pu lire dans la littérature, nous avons été très étonnée que dans la pratique courante, les MK n'utilisent que très peu de protocoles dans le domaine de la gériatrie. Il semblerait que la pratique sur le terrain ne soit pas réellement adaptée à la mise en place de protocoles de renforcement musculaire. En effet ces protocoles nécessitent du matériel, les MK exerçant au domicile des patients estiment qu'il est impossible de respecter strictement les étapes et les composantes d'un protocole. En milieu institutionnel, les MK possèdent plus de matériels, ce qui semble permettre de mettre en place des protocoles plus facilement. Pourtant, les interrogés nous indiquent faire des protocoles « aménagés », sans respecter réellement les consignes strictes. Néanmoins, concernant la fréquence des séances, les protocoles que nous trouvons dans la littérature préconisent deux séances par semaine, ce qui concorde totalement avec ce que nous ont indiqué les MK interrogés. Pour aller un peu plus loin, l'American College of Sports Medicine propose des recommandations, décrites dans l'étude de Janssen *et al.* : 1 à 3 séries de 10 à 15 répétitions, 2 à 3 jours par semaine pour chacun des principaux groupes musculaires du corps humain (26). Cet entraînement strict permettrait d'augmenter significativement la masse et la force musculaire.

Dans un deuxième temps, plusieurs MK ont évoqué des exercices de type proprioceptif. Ces techniques rentrent plutôt dans la catégorie du travail fonctionnel permettant d'améliorer la condition physique et l'autonomie. Très peu d'études proposent le travail de la proprioception ou de l'équilibre dans la prise en charge de la sarcopénie. Ce type de prise en charge apparaît comme complémentaire au renforcement musculaire chez la personne âgée, mais ne permet pas à elle-seule de lutter contre les effets de la sarcopénie.

Parmi les réponses des participants, deux MK ont évoqué la prise en charge pluridisciplinaire. L'un des deux mentionne essentiellement le versant alimentaire de la prise en charge. L'alimentation semble être d'une importance capitale chez la personne âgée. En effet, la perte de poids due à une diminution de l'alimentation entraîne un ralentissement de la synthèse de protéines contractiles entraînant alors une accélération de la perte de masse protéique musculaire (27). L'HAS recommande un apport protéique de 1,2 à 1,5 g/kg/j chez la personne âgée contre 0,8 g/kg/j chez le jeune adulte (28). Chez une personne de 70 kg, cela représente 84 à 105 g de protéines par jour. A titre d'exemples, il y a 80 g de protéines dans 100 g de blanc d'œuf, 30 g dans 100 g de blanc de poulet et 27 g dans 100 g de thon (29) . De nombreuses études portent sur la supplémentation en protéine, ce qui implique la présence

indispensable d'un suivi médical. L'experte avec qui nous avons échangé avait insisté sur la nécessité d'une alimentation équilibrée et riche en protéine afin de lutter contre la fonte musculaire.

Au fil des entretiens, une nouvelle thématique est apparue, celle des objectifs de traitement. Nous pouvons imaginer que les objectifs soient axés sur une amélioration de la force ou de la masse musculaire. Cependant, la majorité des MK interrogés a évoqué des objectifs fonctionnels, c'est-à-dire des objectifs concernant les activités de la vie quotidienne. Il semblerait que l'aspect fonctionnel de la rééducation soit l'élément essentiel à réévaluer pour connaître l'évolution du patient dans le domaine gériatrique. Le côté analytique, comprenant la masse et la force musculaire est plutôt secondaire. En effet, beaucoup d'entre nous s'imaginent que la prise de charge de la personne âgée se résume à un entretien des capacités articulaires, musculaires et fonctionnelles. Il est évident que c'est essentiel de maintenir au minimum les capacités du patient, afin de lui permettre un maintien à domicile, mais la prise en charge de la personne âgée est encore trop souvent globale. Il serait peut-être intéressant de revoir nos objectifs de traitements à la hausse. Comme n'importe qu'elle autre personne, la personne vieillissante est en capacité d'obtenir un gain de masse et de force musculaire. Les études démontrent que le gain de force musculaire est compris entre 10 et 200 %. Cela dépend de la population étudiée, des protocoles utilisés et des tests mis en place (30), mais il s'avère que le gain de force est toujours possible, même à un âge avancé. Ne devrions-nous pas tenter des techniques plus ambitieuses pour augmenter les capacités musculaires des personnes âgées ?

Pour finir, un des MK nous a interpellés à ce moment de l'entretien en nous expliquant que les questions posées le mettaient en difficulté. Afin de répondre à nos questions, il devait s'imaginer en train de prendre en charge un patient sarcopénique, alors qu'il expliquait qu'il ne prenait jamais en charge un patient pour une rééducation de sa sarcopénie. Cela signifie une fois encore que la sarcopénie ne fait pas partie des pathologies que nous prenons en charge de façon spécifique. Il s'agit toujours d'une pathologie associée, que l'on traite par l'intermédiaire des autres pathologies.

#### 4.1.4. Le relationnel et la personne âgée

Le MK est toujours amené à rencontrer de potentielles difficultés dans l'ensemble de ses prises en charge. Afin de compléter la prise en charge de la sarcopénie, nous nous sommes intéressée aux obstacles déjà rencontrés par les sept professionnels. La quasi-totalité des interrogés sont en accord sur le fait que les troubles cognitifs représentent les plus gros freins à la prise en charge gériatrique. Il est vrai que la personne âgée présente majoritairement un tableau clinique polyopathologique et que les troubles cognitifs font partie des maladies les plus fréquentes. Ils limitent la compréhension des personnes âgées vis-à-vis de la rééducation. Ils ne comprennent pas toujours l'intérêt de notre présence chez eux ou de leur présence en centre de rééducation. Pourtant, il est primordial qu'une personne comprenne l'intérêt des exercices pour y adhérer et pour que la rééducation soit efficace. Pour cela, nous sommes dans l'obligation de réexpliquer l'importance de la prise en charge à chaque séance ou à chaque fois que cela semble nécessaire. Cependant, ce devoir de répétition nécessite une grande adaptabilité de la part des MK.

La deuxième contrainte que nous pouvons avoir se situe au niveau de l'état de forme du patient au moment de la séance. Comme n'importe quel être humain, il se peut que le patient ne soit pas toujours totalement en forme. Cette forme physique et mentale peut être altérée par des maladies temporaires, comme un état grippal ou une fatigue passagère, entravant la bonne réalisation d'une séance de kinésithérapie. Pour la moitié des MK interrogés, cette difficulté nous oblige à nous adapter au fil des séances, ou de devoir revoir nos objectifs à la baisse. Dans ces circonstances, la récupération peut être plus longue que prévue. D'autre part, une des kinésithérapeutes a soulevé un problème pouvant être récurrent et agissant également sur la fatigue des personnes âgées entrant dans un dispositif d'HAD. En effet, elle nous explique que la fatigue peut être due au nombre important de visites journalières chez une personne âgée en HAD. Nous pouvons nous demander si, parfois paradoxalement, il n'y a pas trop de personnels médical, paramédical ou d'aide à la personne sur certaines journées. L'organisation des emplois du temps n'est pas forcément la plus adaptée et entraîne peut être une fatigue importante. Néanmoins, nous pouvons également nous demander si la présence de tout ce personnel n'est pas justement due à la fragilité de la personne âgée. Plus elle est fragile, plus elle nécessite de l'attention et de la surveillance. Il s'agit finalement d'un cercle vicieux dans lequel nous devons trouver notre place et essayer d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients en fonction de leur fatigabilité.

Une des difficultés non citées par les participants se situerait au niveau de la motivation des personnes âgées. Ce manque d'enthousiasme peut entraver la prise en charge ou la retarder. Pour cela, nous nous devons de trouver des moyens de motiver les patients et de les rendre acteurs de leur prise en charge. L'aspect motivationnel est toujours fondamental, que ce soit chez la personne âgée, les adultes ou les enfants. Un traitement kinésithérapique n'est efficace que s'il est compris par le patient et intégré dans sa vie quotidienne. Il est primordial de trouver des astuces pour entretenir cette motivation. La majorité des kinésithérapeutes a évoqué l'aspect routinier de certains exercices. Que ce soit pour le patient ou pour le MK, la routine entraîne rapidement une lassitude. Pour éviter cela, il faut que le MK varie au maximum ses techniques de traitement et ses exercices de renforcement musculaire. Cela passe par des changements de positions, de matériel, ou en changeant le type d'entraînement, en résistance ou en endurance.

D'autre part, les MK nous parlent de la relation soignant-soigné. Il est vrai que la relation que nous avons avec les patients influe totalement sur la qualité de la prise en charge. Il faut instaurer une relation de confiance dès le début de celle-ci. Le côté sympathique du thérapeute est primordial pour apporter de la joie de vivre. En gériatrie, il s'agit d'un public qui est susceptible de passer beaucoup de temps seul, avec des activités relativement rares, c'est très important que le MK, quand il est là, puisse offrir un moment d'évasion agréable pouvant faire oublier l'isolement. L'état d'esprit du thérapeute est également essentiel pour pouvoir mener à un bien une séance. Si un kinésithérapeute est de mauvaise humeur, ou peu dynamique, la séance va être impactée et moins efficace que d'habitude.

Une fois que nous avons instauré une relation soignant-soigné, il faut bien évidemment expliquer notre rôle et les objectifs de notre présence. Comme expliqué ci-dessus, pour qu'une personne soit actrice de sa prise en charge et que la récupération soit optimale, elle doit comprendre l'intérêt de cette rééducation et être en accord avec les objectifs de traitement. Cependant, les personnes âgées possèdent fréquemment des troubles de la compréhension ou de la mémoire, il est donc très important d'expliquer et de répéter à plusieurs reprises.

Pour finir, la motivation s'entretient par l'intermédiaire des progrès. Si nous arrivons à prouver à un patient qu'il a progressé depuis le début de la prise en charge, il aura encore plus envie d'aller plus loin et de se surpasser. La comparaison entre deux bilans et la vision de l'évolution est très gratifiante dans le monde de la rééducation.

## 4.2. Récapitulatif des « éléments-clés »

L'un des objectifs de cette étude était de déterminer les « éléments-clés » de la prise en charge d'un patient atteint de sarcopénie. Ces « éléments-clés » pourraient servir aux professionnels ainsi qu'aux étudiants en formation initiale. Dans un premier temps, il est nécessaire de connaître la définition de la sarcopénie, dans toutes ses composantes. Il s'agit d'une pathologie musculaire, qui provoque une diminution de la masse musculaire et une perte de fonction musculaire. Il existe deux facteurs de risque principaux, l'inactivité physique et le manque d'apport protéique.

Dans un second temps, il est important qu'elle soit diagnostiquée. Le diagnostic est posé par le médecin, mais nous pouvons nous rendre compte de certains signes cliniques évocateurs, comme la perte progressive de masse musculaire ou la baisse de la condition physique. Nous pouvons aussi nous interroger en cas de dénutrition, en sachant que c'est un facteur de risque très important. Concernant le bilan diagnostic kinésithérapique, des tests de force musculaire doivent être mis en place, ainsi que des tests fonctionnels qui sont révélateurs de ce type de pathologie.

La prise en charge de la sarcopénie est purement comportementale, aucun traitement médicamenteux n'a pour l'instant démontré son efficacité. Il est indispensable que le patient reçoive des conseils nutritionnels pour limiter au maximum l'aggravation de la maladie. En tant que MK, nous sommes en capacité de rappeler ces conseils régulièrement afin de s'assurer de leur application. Notre rôle principal se situe au niveau de l'activité physique. Cela passe également par des conseils de maintien d'une activité physique ou de loisirs. Plus les personnes âgées sont actives, plus elles restent en bonne santé. Mais pour lutter contre la sarcopénie, notre action majeure se concentre sur le renforcement musculaire. Les programmes de renforcement ont démontré leur efficacité sur le gain de masse et de force musculaires. Même si les protocoles de la littérature ne sont pas toujours adaptables en séances, il est important de se fixer des objectifs de gain et pas seulement d'entretien. Le renforcement musculaire constitue le traitement le plus efficace dans la limitation des effets de la sarcopénie. En plus de tout ça, il existe des réseaux et associations sportives qui proposent de l'activité physique adaptée. Parmi eux, Siel Bleu, une association présente sur toute la France. A Nancy il y a l'ONPA (Office Nancéien des Personnes Agées) ou encore la

Fédération Séniors Moselle en Moselle. En tant que MK, nous devons être capables d'orienter les personnes âgées vers ces structures associatives et sportives.

Il nous paraît particulièrement intéressant d'évoquer ces « éléments-clés » lors d'une présentation en formation initiale, afin que ces notions soient connues de tous les MK. Les représentations et idées reçues vis-à-vis de la personne âgée doivent évoluer pour permettre une prise en charge optimale de celle-ci.

### **4.3. Limites de l'étude**

#### **4.3.1. Biais de sélection et de représentativité**

Cette étude avait pour objectif de recueillir les pratiques professionnelles des MK diplômés d'état, spécialisés en gériatrie, c'est-à-dire travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la gériatrie. Nous avons cherché à interroger des MK travaillant dans les deux milieux, salarial et libéral afin d'obtenir des réponses des deux catégories professionnelles.

Nous avons réussi à interroger sept MK différents, alors que nous avons envisagé initialement 6 interviews, nous avons donc pu avoir un avis supplémentaire, ce qui n'est pas négligeable dans le cadre d'une enquête qualitative. Le rapport démographique des kinésithérapeutes 2020 réalisé par l'observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des MK indique 49,4 % d'hommes contre 50,6 % de femmes (31). Malheureusement, parmi les sept participants, nous n'avons pas réussi à obtenir cette parité hommes-femmes car nous avons interrogé cinq femmes et deux hommes. A contrario, concernant la répartition entre le milieu salarial et libéral, nous avons quasiment la parité, puisque que nous avons trois salariés et quatre libéraux, ce qui nous a vraiment permis d'apprécier les divergences d'opinions en fonction du milieu d'exercice.

#### **4.3.2. Biais de méthode**

L'étude qualitative permet de recueillir des points de vue, des retours d'expériences. Il s'agit de laisser du temps à la personne interrogée pour qu'elle puisse s'exprimer librement, sans être influencée. Nous avons donc obtenu des réponses très personnalisées grâce à cette méthode. Certaines réponses se sont avérées très proches les unes des autres, entre les

différents participants. Ces similitudes nous ont permis de faire des conclusions par ordre d'importance en fonction du nombre de fois où l'élément était cité par les interviewés.

Deux questions ont entraîné le même type de réponse. Il s'agit de la question sur les différents traitements kinésithérapiques possibles et celle sur le type ou la stratégie de renforcement musculaire préconisé par les MK. Dans les deux cas, les MK nous ont parlé de renforcement musculaire analytique ou global, d'équilibre, d'exercices fonctionnels, de marche ou d'escaliers. Nous aurions pu poser une seule et même question, en demandant des précisions quant aux types de renforcements utilisés par les MK. En effet, l'exercice physique est la composante principale de la prise en charge de la sarcopénie, comme l'ont montré les études que nous avons analysées. Cependant, l'alimentation représente, elle-aussi, un enjeu majeur dans le traitement de cette maladie. Les kinésithérapeutes n'ont pas d'impact direct sur la nutrition, ceci étant, ils peuvent conseiller et orienter les personnes âgées dans cette direction. Cette composante a été très peu retrouvée, ceci peut indiquer un manque d'informations autour de la prise en charge complète de cette maladie ou un manque de connaissances sur le sujet de la nutrition.

Le sous-thème concernant l'organisation du renforcement musculaire a perturbé certains interrogés qui ont hésité pendant quelques instants, et qui, dans un premier temps, n'ont pas répondu à notre demande. Nous avons été obligé de reformuler et d'apporter des précisions afin d'obtenir des informations à ce sujet. Le terme « d'organisation » n'était peut-être pas le plus approprié pour formuler notre question. Nous aurions pu utiliser le terme de « planification » ou directement les mots « fréquence » ou « durée » que nous avons employés pour relancer la discussion.

Dans la partie relationnelle, concernant les difficultés de prise en charge, nous avons demandé aux participants de nous citer une expérience qu'ils auraient vécue avec l'un de leurs patients, afin d'illustrer leurs propos. Seulement deux MK nous ont fait part d'une expérience qu'ils avaient rencontrée durant leur carrière. Ces deux MK ont été précis dans la description de cette situation. Nous aurions dû faire deux questions différentes, car dans cette configuration, les MK n'ont pas suffisamment prêté attention à la deuxième partie de la question. Il fallait insister davantage sur l'aspect de leur vécu pour obtenir des exemples plus précis de la part des cinq autres interrogés. Ces retours d'expériences permettent généralement de rajouter des détails et d'aller plus loin dans la réflexion.

#### 4.3.3. Le guide d'entretien

Pour rappel, le guide d'entretien est créé en amont des entretiens afin de nous permettre de suivre une trame théorique tout au long de celui-ci, en laissant la possibilité d'improviser en fonction des réponses de chacun. Après avoir fait deux pré-tests, nous l'avons modifié pour l'améliorer et nous l'avons utilisé à l'identique pour nos sept entretiens semi-directifs.

Sa construction s'est faite autour de l'espoir que les participants évoquent d'eux-mêmes la sarcopénie. Nous avons prévu une phrase d'introduction de cette notion dans le cas où elle ne serait pas mentionnée. Il semblerait que la construction des questions n'a pas été suffisamment directrice, puisque nous avons été obligée d'utiliser cette introduction dans l'intégralité de nos entretiens. Cela signifie que nous n'avons peut-être pas assez orienté les questions précédentes afin de les emmener dans la bonne direction. Cela peut aussi signifier que c'est une pathologie qui passe au second plan par rapport à d'autres qui semblent plus importantes.

#### 4.3.4. Les entretiens

En temps normal, ce type d'entretien se réalise en présentiel, avec un enregistreur à proximité. Cependant, compte tenu de la situation sanitaire, les entretiens se sont déroulés via la plateforme de visioconférence ZOOM®. Ce système nous a permis d'organiser les rendez-vous rapidement et avec des MK exerçant plus ou moins loin de l'agglomération de Nancy. Il s'agit d'une méthode en distanciel, qui n'est pas toujours accessible à tout le monde. Certaines personnes ne sont pas familiarisées avec cette technique d'échange, et cela peut les rendre mal à l'aise au moment de l'entretien. De plus, les échanges se sont faits soit à domicile, soit au travail en fonction des emplois du temps de chacun. Les deux conditions peuvent amener à déconcentrer la personne interrogée. Par exemple, le MK6 a été coupé par l'un de ses enfants qui demandait de l'aide, cette coupure a pu déstabiliser l'interrogé et entraîner un biais dans les réponses apportées.

Cette méthode de recherche qualitative par entretiens semi-directifs utilise des questions ouvertes tout au long de l'échange. Il s'agit d'amener l'interrogé à réfléchir sur la question et à nous donner son ressenti et ses expériences. C'est un mode d'échange où

l'enquêteur ne donne jamais son avis et donc intervient très peu, laissant toute la place à l'interrogé. Parmi nos sept entretiens, une personne nous a indiqué ne pas avoir compris qu'il s'agirait de questions ouvertes et être mal à l'aise face à ce genre de questions. Ceci a pu entraîner des biais dans ses réponses du fait qu'elle se force à trouver des réponses.

Nous avons prévu une durée d'environ trente à 45 minutes pour chacun des entretiens. Il s'agissait des moyennes de temps d'autres mémoires de ce type. Cependant, nos entretiens ont duré entre 15 et 25 minutes. Nous pouvons nous demander si notre guide d'entretien était suffisamment riche en questions pour pouvoir alimenter 45 minutes d'échange sur notre sujet. Il y a également une différence de dix minutes entre l'entretien le plus court et l'entretien le plus long. Cela nous indique que les participants ont été plus ou moins loin dans la réflexion. L'intimidation due à l'entretien en visioconférence a également pu entraîner des inégalités entre les participants.

## **5. CONCLUSION**

Cette étude nous a permis d'obtenir le point de vue de MK sur la prise en charge de la sarcopénie. Cependant, il s'agit d'une démarche qualitative ne nous permettant pas de faire des conclusions générales à ce sujet. Celle-ci nous autorise tout de même à formuler des hypothèses pouvant être reprises lors de travaux quantitatifs futurs. Pour commencer, il semblerait que la sarcopénie soit une pathologie encore trop peu prise en charge, que ce soit dans le domaine de la prévention primaire ou secondaire. Ensuite, il en ressort que les techniques de renforcement musculaire retrouvées dans la littérature ne sont peut-être pas suffisamment adaptées à la prise en charge sur le terrain par les MK.

Ce travail permet de mettre en évidence des failles dans le système médical et paramédical vis-à-vis de la sarcopénie. Il s'agit d'une pathologie connue mais récemment décrite, la littérature et la sensibilisation du corps médical à ce sujet sont encore insuffisantes. C'est une maladie qui apparaît encore trop souvent comme une pathologie associée, et non comme la pathologie principale. La sarcopénie est insuffisamment prise en charge par les MK, qui sont unanimes en disant qu'ils ne la prennent jamais en charge spécifiquement mais que celle-ci est fréquemment indiquée dans le dossier médical, dans la partie « antécédents ». Afin de comprendre pourquoi il y a si peu de prise en charge de cette maladie, il serait intéressant d'interroger le corps médical pour obtenir leur avis sur la prévention ou la rééducation de la

sarcopénie. La prévention primaire est une pratique qui se démocratise de plus en plus ces dernières années. La prise en charge préventive de la sarcopénie permettrait de diminuer l'incidence de cette maladie et donc de réduire les coûts engendrés par celle-ci.

La littérature décrit de nombreux protocoles de renforcement musculaire pouvant être repris par les MK. Ces protocoles suivent des règles bien précises avec une progression stricte. Ce type de pratique n'est pas toujours envisageable dans la pratique courante, en sachant qu'une majorité des soins à destination des personnes âgées se font aux domiciles de celles-ci. Le matériel nécessaire à la réalisation de ces protocoles n'est clairement pas disponible chez la personne âgée. Il pourrait être intéressant de mener une étude quant aux possibilités de renforcement musculaire à domicile, en créant des protocoles plus fonctionnels, globaux et surtout réalisables.

Ce mémoire pourrait être complété par un travail sur une fiche synthèse de la sarcopénie, faisant apparaître les « éléments-clés » du diagnostic, du bilan et de la prise en charge kinésithérapique afin d'orienter les MK souhaitant approfondir leurs connaissances et développer leurs compétences sur cette pathologie.

La sarcopénie nécessite une prévention et une prise en charge pluridisciplinaire plus importantes, et plus efficaces pour permettre aux personnes âgées d'augmenter leur espérance de vie de bonne santé. Il est nécessaire également que les représentations et les idées reçues autour de la personne âgée évoluent, pour pouvoir augmenter les objectifs de prise en charge et obtenir des meilleurs résultats.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Statista Research Department. Pourcentage de la population française âgée de 65 ans et plus entre 2004 et 2013 [Internet]. 2015 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/475405/population-agee-france-pourcentage/>
2. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. 2020 [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
3. de Jaeger C. Physiologie du vieillissement. EMC - Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation. 2018;14(1):1-11 [26-007-D-10].
4. Cao L, Morley JE. Sarcopenia Is Recognized as an Independent Condition by an International Classification of Disease, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) Code. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(8):675-7.
5. Tournadre A, Vial G, Capel F, Soubrier M, Boirie Y. Sarcopenia. Joint Bone Spine. 2019;86(3):309-14.
6. Poortmans JR, Carpentier YA. Sarcopénie, vieillissement et exercice. Sci Sports. 2009;24(2):74-8.
7. Mareschal J, Genton L. Activité physique et santé chez la personne âgée : évidences et recommandations. Nutr Clin Métabolisme. 2014;28(4):263-71.
8. Organisation mondiale de la Santé. Activité physique [Internet]. 2020 [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
9. Cherin P. Effet du vieillissement sur les muscles : sarcopénie et camptocormie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 2011;11(62):70-5.
10. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.
11. Malmstrom TK, Miller DK, Simonsick EM, Ferrucci L, Morley JE. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes: SARC-F. J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2016;7(1):28-36.
12. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. The Lancet. 2019;393(10191):2636-46.
13. Dhillon RJS, Hasni S. Pathogenesis and Management of Sarcopenia. Clin Geriatr Med. 2017;33(1):17-26.

14. Gianoudis J, Bailey CA, Daly RM. Associations between sedentary behaviour and body composition, muscle function and sarcopenia in community-dwelling older adults. *Osteoporos Int.* 2014;26(2):571-9.
15. Liao C-D, Chen H-C, Huang S-W, Liou T-H. The Role of Muscle Mass Gain Following Protein Supplementation Plus Exercise Therapy in Older Adults with Sarcopenia and Frailty Risks: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Randomized Trials. *Nutrients.* 2019;11(8):1713.
16. Lee S-Y, Tung H-H, Liu C-Y, Chen L-K. Physical Activity and Sarcopenia in the Geriatric Population: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(5):378-83.
17. Churchward-Venne TA, Tieland M, Verdijk LB, Leenders M, Dirks ML, de Groot LCPGM, et al. There Are No Nonresponders to Resistance-Type Exercise Training in Older Men and Women. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(5):400-11.
18. Zhu L-Y, Chan R, Kwok T, Cheng KC-C, Ha A, Woo J. Effects of exercise and nutrition supplementation in community-dwelling older Chinese people with sarcopenia: a randomized controlled trial. *Age Ageing.* 2019;48(2):220-8.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Rev Fr Médecine Générale.* 2008;19(84):142-5.
20. Poupart J. L'entretien de type qualitatif - Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. 2012;1(1):60-71.
21. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie.* 2001;32(2):117-21.
22. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Le Libellio d'AEGIS.* 2011;7(4):47-58.
23. Roussel P, Wacheux F. Management des ressources humaines : méthodes de recherche en sciences humaines et sociales. Bruxelles (Rue des Minimes, 9 B-1000): De Boeck Supérieur; 2014.
24. Duchateau J, Nicol C, Baudry S. Le vieillissement du système neuromusculaire : de la sarcopénie à la dynapénie. *Kinésithérapie Rev.* 2014;14(145):45-51.
25. Plan National Nutrition Santé. Le guide nutrition à partir de 55 ans. Agence Française de sécurité sanitaire des aliments; 2016 p. 1-65.

26. Janssen I, Heymsfield SB, Ross R. Low relative skeletal muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with functional impairment and physical disability. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50(5):889-96.
27. Aussel C, Woelffle E, Lemoigne P, Depailler L, Bouillanne O. Une nouvelle stratégie nutritionnelle pour lutter contre la dénutrition et la sarcopénie : le régime protéique pulsé. *Cah Nutr Diététique.* 2013;48(1):33-40.
28. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. 2007 [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_546549/fr/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denuitrition-proteino-energetique-chez-la-personne-agee)
29. ANSES. Table de composition nutritionnelle des aliments [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur: <https://ciqual.anses.fr/>
30. Duchateau J, Klass M, Baudry S. Évolution et adaptations à l'entraînement du système neuromusculaire au cours du vieillissement. *Sci Sports.* 2006;21(4):199-203.
31. Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Démographie des kinésithérapeutes 2020. 2020 p. 1-28.

# ANNEXES

**ANNEXE I** : Guide d'entretien

**ANNEXE II** : Retranscriptions

**ANNEXE III** : Tableau de traitement des données des entretiens des MK regroupés par thèmes et sous-thèmes

## ANNEXE I : Guide d'entretien

Guide d'entretien
Présentation du projet
<p>« Bonjour, je m'appelle Camille ABRAHAM, je suis actuellement en 4<sup>ème</sup> année à l'IFMK de Nancy. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je réalise une enquête qualitative concernant le vieillissement de la personne âgée et ses moyens de prévention.</p> <p>Cet entretien est un échange entre nous, vous êtes libre de parler comme bon vous semble, avec vos propres mots.</p> <p>Je souhaite recueillir vos expériences, vos avis et vos pratiques courantes autour de ce domaine. Je vais vous poser des questions en restant la plus objective possible et sans interagir pour ne pas vous influencer.</p> <p>Cet échange durera environ 30 minutes. Il sera enregistré afin de m'aider dans la retranscription intégrale, indispensable pour l'analyse des résultats. L'anonymat est garanti dans la retranscription.</p> <p>Acceptez-vous d'être enregistré ? »</p>
Présentation de l'interviewé
<ul style="list-style-type: none"><li>- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?</li><li>- Travaillez-vous en milieu hospitalier, en centre de rééducation ou en service d'HAD ?</li><li>- Depuis combien d'années ?</li><li>- Avez-vous travaillé dans d'autres centres, hôpitaux ou services d'HAD, dans le domaine de la gériatrie ?</li><li>- Avez-vous suivi des formations spécifiques à la gériatrie ?</li></ul>
1. Thème 1 : le rôle du MK dans la prévention chez la personne âgée
<p><b>1.1. Selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?</b></p> <p><b>1.2. En tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?</b></p> <p><u>Relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Selon vous, quel est le rôle du MK dans la prévention du vieillissement chez la personne âgée ?</li></ul>
2. Thème 2 : l'activité physique chez la personne âgée
<p><b>2.1. Dans votre pratique, quels types d'activités physiques proposez-vous à une personne âgée ?</b></p> <p><u>Relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pouvez-vous préciser vos objectifs pour ses différentes activités ?</li></ul> <p><b>2.2. Dans quel contexte pouvez-vous proposer un renforcement musculaire ?</b></p> <p><u>Relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dans vos prises en charge en gériatrie, à quel type de patient proposez-vous du renforcement musculaire ?</li></ul>

### 3. Thème 3 : la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie

*Si le terme de sarcopénie a été évoqué, l'intervieweur passera directement à la question 1, sinon le terme sera introduit.*

La personne âgée est le plus souvent dans une situation de polyopathie, parmi lesquelles nous retrouvons fréquemment la sarcopénie. Il s'agit d'une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire.

**3.1. Face à cette pathologie, réalisez-vous des bilans ou évaluation spécifiques ? Si oui, lesquels ?**

**3.2. Dans votre pratique, quels sont les traitements que vous mettez en place pour lutter contre la sarcopénie ?**

Relance :

- Quels sont vos objectifs de rééducation vis-à-vis de la récupération ?

**3.3. En termes de renforcement musculaire, pouvez-vous me dire ce que vous utiliseriez dans le cas d'un patient sarcopénique ?**

**3.4. Dans la littérature, certains programmes intègrent la notion de la 1RM, qu'en pensez-vous ?**

**3.5. Comment organisez-vous votre programme de renforcement musculaire ?**

Relance :

- Quelle durée ? Quelle fréquence ?
- Par rapport à vos autres axes de traitement, le renforcement musculaire est-il présent à chaque séance ?

### 4. Thème 4 : le relationnel

**4.1. Quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement musculaire chez une personne âgée ? Pensez-vous à une situation que vous avez vécue avec l'un de vos patients ?**

Relance :

- Pensez-vous qu'il y a des limites dans l'application d'un renforcement musculaire chez la personne âgée ?

**4.2. Comment faites-vous pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?**

## ANNEXE II : Retranscriptions

### Entretien n°1

Moi – Alors selon vous, quelles sont les éléments essentiels pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Oh ! Euh ... Pour qu'elle puisse bien vieillir, pour moi il faut qu'elle connaisse son corps, c'est important. Qu'elle connaisse ses limites et du coup ça passe beaucoup par de la prévention. C'est ce que moi j'utilise beaucoup dans ma pratique. Ouais donc pour moi ça va être les choses les plus importantes.

10 Moi – D'accord. En tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

15 I – Euh ... Bah du coup on ... Bah toute façon on fait notre premier bilan hein toute façon. On commence les exercices et puis après on met en place des auto-exercices qu'ils pourront faire aussi chez eux. Donc on les met déjà bien en pratique pendant les séances, ils les font déjà un petit peu, bin ceux qui sont en externe les font après à la maison, ceux qui sont en interne au centre, commencent à les faire aussi dans leurs chambres de temps en temps. Donc ça passe vraiment par de l'apprentissage, ils s'autonomisent en fait. Voilà.

20 Moi – D'accord. Alors dans votre pratique, quels types d'activités physiques proposez-vous à une personne âgée ?

25 I – Euh, bah du renforcement analytique, renforcement global qui passe par l'utilisation des bras, des jambes, du dos. On a aussi du réentraînement à l'effort, on a des tapis de marche, on a des vélos. Euh ... Je ne sais pas si vous connaissez les motomed ? C'est des vélos assistés.

(Moi – Oui)

30 I - Donc voilà on a ça. Euh ... Donc nous on avait passé aussi une formation de réentraînement à l'effort. Donc sans que les patients en fait aient un test d'effort, on a appris comment euh ... trouver leur fréquence cardiaque cible en faisant un TM6 et du coup avec les 3 dernières données de fréquence cardiaque sur les 6 minutes, on fait une moyenne et ça nous donne la fréquence cardiaque cible et du coup on peut créer un protocole de réentraînement à l'effort.

35 Moi – D'accord

I – Donc du coup voilà. Les patients après voient qu'ils sont de plus en plus en forme. On refait après un TM6 aussi donc on voit que le périmètre de marche a augmenté donc euh ouais voilà. Après, il y a toute l'équipe pluridisciplinaire aussi hein, de toute façon.

40

Moi – D'accord. Et dans quel contexte pouvez-vous proposer un renforcement musculaire ?

I – Alors, euh, globalement ça va être les gens qui ... où on peut commencer assez vite, les gens qui viennent pour des problèmes de rachis ou des problèmes d'équilibre parce que du coup il n'y a pas de pathologies fraîches. Après pour les autres du coup ça va mettre un petit peu de temps, le temps déjà de s'occuper de l'articulation opérée mais après dès qu'on arrive en fin de séjour on va mettre en place ce système-là surtout s'ils sont essouffés enfin voilà. Eux la plupart du temps ce qu'ils veulent c'est pouvoir marcher au moins une demi-heure, pouvoir sortir de chez eux. On leur dit, de toute façon c'est ça qui vous tiendra aussi le plus longtemps possible chez vous hein. C'est de marcher, de faire travailler ses muscles, son dos. Donc, voilà.

45

50

Moi – D'accord. Donc euh... la personne âgée le plus souvent elle est dans une situation de polyopathie, parmi lesquelles on retrouve souvent la sarcopénie. Donc c'est une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire. Face à cette pathologie, est-ce que vous réaliseriez des bilans ou des évaluations spécifiques ? Et, si oui, lesquels ?

55

I – Par rapport, ouais, au déficit musculaire, on va plus ... On va faire le testing, l'EMFM comme on fait à l'école mais parfois c'est très limité parce que c'est plus un testing normalement de neuro donc on l'adapte un petit peu. Au centre on l'adapte un petit peu avec des plus, des moins qu'on a rajouté entre nous. Et sinon pour les gens qui sont pas opérés, notamment du coup pour les problèmes de rachis et les problèmes d'équilibre et qu'on doit faire un bon testing on utilise un dynamomètre. Comme ça on a un peu une valeur, après c'est juste qu'on l'attache pas, on le tient nous parce que bah au niveau de l'équipement ce n'est pas facile, il faudrait vraiment toute une cage où on puisse accrocher de partout pour avoir toutes les mesures correctes. Donc ça dépend encore de notre force à nous. Mais logiquement voilà, quand ils n'ont pas trop de force, on arrive quand même à les tenir mais ça arrive des fois qu'ils nous balancent hein !

60

65

70 Moi - \*rire\* D'accord.

I – Ça permet d'avoir un chiffre et d'avoir quand même une donnée un peu plus précise qu'un testing parce que des fois jauger à 5 entre deux muscles euh... Alors qu'il va y avoir peut-être 5 kilos de différence, voilà, ça peut ... ça diffère un peu quoi.

75

Moi – D'accord. Et dans votre pratique, quels sont les traitements que vous mettez en place pour lutter contre la sarcopénie ?

I – Bah ça va être euh ... l'exercice, toujours du renforcement euh ... mettre toujours le patient en mouvement. Bah pour revenir juste sur l'autre question, pareil c'est pas que du testing, on fait aussi des tests fonctionnels comme l'assis-debout, le test de 6 minutes, on fait le test de

80

10 mètres de marche, euh ... donc oui c'est l'assis-debout qui va permettre de voir l'endurance et puis qu'ils le fassent, bah, sans se tenir les mains puisque sinon ça compte pas. Donc tout ça c'est pour les rendre le plus fonctionnel possible. Euh... c'était quoi la dernière question ?

85

Moi – Les traitements que vous mettez en place pour lutter contre la sarcopénie ?

I – D'accord, oui bah c'est ça oui. Tous les exercices qu'on met en place, travail statique, travail excentrique, travail concentrique, euh... bah sans charge au début puis petit à petit en semi charge, en charge en rajoutant ensuite tout ce qui est exercice de proprio. Donc tout ça ça va lutter pour faire travailler les muscles. Notamment bah nous on a des, dans les problèmes de rachis on a beaucoup aussi de camptocormie donc là pour le coup c'est plus des muscles c'est de la graisse donc il faut faire travailler les dernières fibres musculaires qui restent parce qu'on ne pourra pas recharger de la graisse en muscle hein mais euh, donc c'est bien de la régularité dans les exercices, c'est qu'ils doivent en faire tous les jours, un petit peu mais tous les jours. Faut qu'ils l'ancrent dans leurs têtes. C'est pour ça qu'on met en place très vite des auto-exercices pour qu'ils le fassent de façon autonome.

90

95

Moi – D'accord. Et qu'est-ce que vous utiliseriez spécifiquement comme renforcement musculaire ?

100

I – Spécifiquement ? Bah euh ... c'est assez large en fait comme exercice, ça va vraiment varier selon la personne, selon ses douleurs parce que ceux qui ont déjà des gros problèmes d'articulations, d'arthrose, qui sont pas très en forme, bah forcément on va pas mettre trop de charge, on va déjà essayer de rester sur le poids du corps si ils y arrivent et puis il y en a par contre ils sont super en forme, ils sont en début de problème donc on va dire on a une large gamme d'exercices donc là c'est vraiment varié. Je sais pas ce que tu attendais comme réponse.

105

Moi – Et bien, au niveau d'un protocole, est-ce que vous suivez quelque chose de particulier ?

110

I – Ah pour un renforcement, euh, non y'a pas de protocole pour la gériatrie. C'est que ouais, on avait déjà essayé de réfléchir là dessus, on s'était amusé à prendre justement les formules de l'école et voir les poids qu'on devait mettre. On s'est dit non, je pense qu'on va plus les abimer qu'autre chose. Donc ouais non y'a pas de protocole, a part pour le réentraînement à l'effort, ça on peut le mettre en place mais pour des poids non, c'est plus du travail en charge qui est le plus utilisé. Charge du poids du corps hein.

115

Moi – D'accord. Ok. Dans la littérature, certains programmes intègrent la notion de la 1RM, qu'en pensez-vous ?

120

I – Ouh, c'est quoi ?

Moi – C'est un protocole de renforcement musculaire avec une résistance maximale.

125

I – Oh non moi le RM, ca me ...

Moi – Ca ne vous parle pas ?

130 I – Non ... c'est vrai que y'a des choses qu'on oublie à l'école, quand on ne fait plus.

Moi – Alors, comment vous organisez votre programme de renforcement musculaire ?

135 I – Euh ... Bah au début c'est varié, si c'est patho fraîche ou non opéré. S'il y a de l'arthrose, on va privilégier le statique, déjà. Si le patient est pas trop arthrosique du coup on va pouvoir commencer à faire du concentrique en charge pour voir déjà ce que ça donne, soit en manuel soit avec des poids. Après on peut travailler aussi debout en charge avec, enfin avec le poids de la personne. Euh ... travailler en endurance. Petit à petit quand on voit qu'au niveau musculaire ça se renforce bien on rajoute de la proprio en plus et du coup ça fait encore plus  
140 travailler. Ouais après je sais que c'est assez vague comme explications mais c'est vrai que c'est vraiment varié selon les pathologies. C'est sûr que les pathos fraîches on met pas tout de suite la résistance, c'est pas la priorité, il y a les cicatrisations, les choses comme ça mais si les patient sont pas opérés, forcément on peut aller un petit peu plus vite.

145 Moi – Et sur une semaine, au niveau de la fréquence et de la durée du renforcement musculaire vous feriez comment ?

I – euh ... sur une semaine, oula...

150 Moi – Sur une séance, sachant que vous êtes en centre vous pouvez les voir une à deux fois par jours, j'imagine. Est-ce que vous le faites tous les jours, à chaque séance ou est-ce que c'est plus limité ?

155 I – Euh globalement, alors si les patients sont pas trop douloureux et qu'on doit pas que travailler la mobilisation passive, oui globalement on le fait tous les jours, parce que du coup on va mobiliser un petit peu et après c'est eux qui vont travailler, c'est eux qui vont faire les exercices d'équilibre, de renforcement, de réentraînement à l'effort, donc forcément le renforcement il se fait un petit peu à chaque séance en fait. Et puis on fait aussi en fonction de la fatigabilité du patient.

160

Moi – D'accord. Alors Quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement musculaire chez une personne âgée? Pensez-vous à une situation que vous avez vécue avec l'un de vos patients ?

165 I – Euh... ouais j'ai eu une patiente, l'objectif c'était de la remettre debout, et qu'elle puisse marcher mais rien que de la verticaliser, on la voyait avachie sur les barres avec une douleur mais atroce et à ce moment-là je me suis dit : mais quel exercice je vais pouvoir la faire travailler ? Je la mettais sur table, impossible, elle avait mal, assise... Je me suis dit : mais qu'est-ce que je vais faire ? La faire marcher ce n'était pas possible vu que rien que debout

170 c'était déjà difficile. Au bout d'un moment, de trouver des exercices qui puissent aller, j'avais  
trouvé un exercice, donc je crois que c'était du pédalier que j'avais fait au début un petit peu  
mais très doucement, bien installée dans un fauteuil enfin une chaise. Et après j'ai réussi à  
175 l'allonger avec un bon positionnement et la faire travailler les grand fessiers avec une aide  
poulie. Et ça a été le seul exercice que j'ai pu faire pendant un long moment avant qu'on puisse  
passer à autre chose donc là pour le coup j'étais très limité à cause de la douleur en fait. Sa  
douleur était tellement intense que là il y avait aucun positionnement qui allait, il fallait chercher  
pour que la personne puisse travailler mais sans être douloureuse quoi. Donc pour le coup  
ouais, c'est les douleurs qui sont des fois très difficiles à gérer. Surtout qu'en plus les gens  
180 sont déjà sous traitements énormes, tu te dis bon : je veux bien essayer le TENS, mais bon,  
pour peu qu'il n'y ait pas de pace maker, ça fonctionne pas forcément donc... Les toucher des  
fois c'est aussi atroce, tu te dis : bon je ne peux pas faire de massage, de TENS, ça va être  
difficile. Et puis bah petit à petit on voit que l'exercice fonctionne, on renforce un peu certains  
muscles et hop on peut passer à autre chose. Bon le docteur m'avait dit : bon ce serait bien  
qu'en un ou deux mois elle puisse remarcher, on a mis 6 mois, bon elle a eu d'autres  
185 problèmes aussi entre temps mais bon voilà. C'est vrai que la douleur parfois c'est très difficile  
à gérer.

Moi – Oui, et est-ce qu'il y aurait d'autres limites dans l'application d'un renforcement  
musculaire chez une personne âgée, mis à part la douleur ?

190

I – Bah après c'est les problèmes d'articulations. Forcément, s'ils sont là pour le rachis ou pour  
l'équilibre et qu'ils ont très mal aux genoux bah du coup ça bloque pas mal sur les exercices  
parce que du coup bah l'assis-débout ça tire sur les genoux donc ça leur fait mal ou les  
hanches donc ça ça peut gêner. Ou quand on travaille pour le rachis, l'utilisation des bras est  
195 des fois limitée bah parce qu'on peut pas parce qu'ils ont déjà des problèmes d'épaules, donc  
tout ce qui va être ouverture ou des choses comme ça, travailler un peu en force pour travailler  
l'auto-grandissement bah il faut revoir un peu toute sa façon de faire mais bon. D'où l'intérêt  
de faire un bilan dès le départ pour savoir quel exercice on peut faire et quel on ne peut pas  
faire.

200

Moi – D'accord. Et comment faites-vous pour entretenir la motivation des personnes âgées  
tout au long de leur prise en charge ?

I – Euh bah du coup on a, je pense, une bonne dynamique d'équipe déjà, ce qui fait qu'ils  
205 aiment bien être dans le centre à nous voir bouger, rigoler entre chaque patient et puis bah  
essayer de changer un peu les exercices. Des fois on a tendance à s'enliser dans les mêmes  
exercices, pis même nous au bout d'un moment on se dit : aller ça me soule un petit peu, hop  
et on se met à changer d'exercice, à essayer de trouver ... Surtout là pendant le confinement,  
du coup on s'est retrouvé à nouveau avec les patients en chambre, alors au bout d'un moment,  
210 pour certains patients tu es très limité, donc d'un coup aller hop je vais essayer de cogiter un  
petit peu, parce que même pour moi ça me fatigue de faire toujours la même chose donc pour  
lui c'est pareil quoi. Donc voilà, essayer de varier pour travailler la même chose mais du coup  
eux ils ont l'impression de faire autre chose donc ça s'est plutôt bien. On a tout ce qu'il faut,  
des galettes gonflables, des ballons, des élastiques donc on a un panel assez large. Changer  
215 d'exercice assez régulièrement.

Moi – D'accord, et bah c'est parfait, merci beaucoup.

## Entretien n°2

Moi – Selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Euh ... \*rire\* Du coup c'est vraiment ouais questions ouvertes, euh, je réponds ce que je pense.

Moi – Oui oui, comme vous voulez, comme vous le sentez.

10 I – Euh ouais bah du coup, pour bien vieillir euh ... y'a plein de facteurs !

Moi – Qu'est-ce qui vous paraît vraiment très important pour rester en bonne santé ?

I – Pardon, euh ... juste la formulation de la première question comment ...

15 Moi – Quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

20 I – Les éléments nécessaires, ok. Et bah y'a tout ce qui est moral déjà, je pense, fin être entouré, être actif, ce qui n'est pas très propice en ce moment \*rire\*, avoir une bonne alimentation c'est ce qui est important je pense. Ouais c'est principalement ça, avoir une vie sociale, une vie sociale active, bien manger, avoir une activité physique.

Moi – D'accord. Et en tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

25 I – Et bah proposer justement, proposer des programmes d'entretien, enfin d'activité physique d'entretien par exemple. Pareil des conseils d'hygiène de vie. Quoi d'autre ? Ouais !

30 Moi – Alors, pour vous, quel est le rôle du MK dans la prévention du vieillissement chez la personne âgée ?

I – Bah du coup, euh ... Ca rejoint un peu ce que j'ai dit avant certainement mais euh ... le fait d'aider à maintenir une activité physique notamment.

35 Moi – D'accord. Et donc dans votre pratique, vous pouvez proposer quels types d'activités physiques à une personne âgée ?

I – Dans ma pratique vraiment en centre ou là où je travaille je veux dire ?

Moi – Oui dans votre pratique professionnelle. Vous avec vos patients.

40

I – Et bah du coup ça va être euh ... bah soit je peux être amené à leur proposer des genres de livrets d'exercices avec des choses très facile à faire à la maison plus voilà pour avoir un entretien articulaire et musculaire global. Après je peux les orienter vers des structures ou des associations qui permettent justement de maintenir une activité physique via des associations de clubs de sports adaptés à la personne âgée. Après peut être euh ... non j'allais partir sur un autre truc mais ça rentre peut être pas dans cette question j'allais dire tout ce qui est un petit peu de prévention par rapport aux chutes et tout ça. Un peu d'éducation thérapeutique finalement. Et sur des conseils un peu d'aménagement du domicile et tout ça aussi.

45

50 Moi – D'accord. Et dans quel contexte vous pouvez proposer du renforcement musculaire ?

I – C'est-à-dire ?

55 Moi – Dans vos prises en charge en gériatrie, à quel type de patient vous pouvez proposer du renforcement musculaire ?

60 I – Moi dans la population de patient que j'ai c'est quand même très, enfin c'est quand même assez répétitif, c'est beaucoup de la rhumato post-op, donc pour la plupart c'est faisable en fait hein c'est ... C'est beaucoup de post-opératoire, prothèse de genou, prothèse de hanche, d'épaule, des rachis dégénératifs. Donc c'est adapté pour tous.

65 Moi – D'accord. Donc on sait que la personne âgée le plus souvent elle est dans une situation polyopathologique, parmi lesquelles on retrouve très souvent la sarcopénie. Donc c'est une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire. Dans le cadre de cette pathologie, qu'est-ce que vous pouvez réaliser comme bilans ou évaluations spécifiques ?

I – Spécifiques à la sarcopénie ?

70 Moi – Oui. Qu'est-ce que vous réalisez comme bilans si vous êtes face à cette pathologie ?

I - Orienté sur le renforcement musculaire ou pas du tout ?

Moi – En général, si vous avez un patient.

75 I – Euh bah du coup au niveau évaluation ça va être bah déjà une évaluation effectivement de la force musculaire, des amplitudes articulaires. Enfin un bilan en fait de toutes les fonctions. Je reprends. Un bilan musculaire, un bilan articulaire, tout ce qui va être fonctionnel avec des tests pour évaluer la marche, toutes les activités qu'ils peuvent être amenés à faire, voir un petit peu comment ils se débrouillent. Peut-être des tests type Get up and go, test de marche de 6 minutes, enfin des choses pour évaluer globalement les capacités de la personne.

80

Moi – Ok. Euh ... Dans votre pratique, donc toujours face à la sarcopénie, quels sont les traitements que vous pouvez mettre en place pour lutter contre cette pathologie ?

85 I – C'est vrai que les questions que vous me posez me perturbent parce que c'est vrai que je ... c'est souvent que c'est présent mais c'est vrai que moi dans ma pratique c'est vraiment, enfin c'est toujours inclus dans la prise en charge parce que je suis face à des personnes vieillissantes justement. Du coup je dis ce que je fais un peu dans ma pratique mais pas ... même si je le fais jamais en me disant j'agis juste sur la sarcopénie.

90

Moi – Vous prenez toujours en charge la totalité des pathologies en même temps.

I – Oui, voilà.

95 Moi – Oui, oui c'est sûr. Dans votre prise en charge, est-ce qu'il y a des éléments qui seraient plus axés sur cette lutte-là contre cette pathologie ?

100 I – Bin euh ... Ouais après c'est euh ... en dehors d'une prise en charge analytique de l'articulation, ça va être après tout ce qui est, ce que je fais plutôt sur la fin de prise en charge du coup, parce que nous on est quand même sur du post-opératoire assez précoce, ça va être après peut être plus sur la fin de prise en charge où ce sera un peu de reconditionnement à l'effort, avec des .. du vélo, du tapis de marche, avec plus ou moins des protocoles plus ou moins validés on va dire \*rire\*, mais c'est pareil un petit peu adapté selon les personnes. Ouais tout ce qui est ... ce que j'appelle reconditionnement l'effort via des protocoles sur vélo, sur  
105 tapis de marche. Et après tout ce qui est aussi renforcement analytique, niveau quadriceps etc.

110 Moi – D'accord. Et donc dans le renforcement musculaire et le reconditionnement vous utilisez quoi ? Est-ce que vous utilisez des protocoles ? Est-ce que vous avez, vous, créé un programme particulier ?

115 I – Des protocoles euh ... plus ou moins. Des protocoles un petit peu aménagés au fur et à mesure du temps et du coup qui n'en sont peut-être pas vraiment... Mais voilà on le disait : d'être progressif. Après tout ce qui est, truc rectangulaire tout ça, enfin voilà c'est pas hyper, je ne suis pas vraiment, forcément les recommandations mais après moi souvent le but c'est d'être progressif et de s'adapter au patient et avoir une surveillance des différents éléments ...

120 Moi – Mais, vous utilisez pas vraiment de protocoles mais qu'est-ce que vous faites comme types d'exercices, comment vous faites pour la progression et tout ça ?

I – Sur du réentraînement ?

125 Moi – Bah sur le reconditionnement ou sur le renforcement, quels exercices vous faites, plus en détails ?

130 I – Euh ... bah après par exemple sur du renforcement, après enfin voilà, sur du renforcement musculaire par exemple ça va être, sur un quadriceps ça va être de l'extension de genou contre pesanteur puis contre résistance, après pour avoir une progression si c'est avec des poids, bah voilà en fonction des capacités du patient, progressivement des poids de plus en plus important. Pour ce qui est du vélo ou tapis de marche c'est pareil ça va être une petite phase d'échauffement et puis après un travail sur différents paliers avec une résistance qui augmente progressivement selon les capacités du patient au cours de sa prise en charge.

135 Moi – D'accord. Et comment vous organisez votre programme, disons sur une semaine, au niveau de la durée du renforcement et la fréquence ?

I – Sur une semaine c'est ça ?

140 Moi – Oui. J'imagine qu'en centre vous devez voir vos patients une à deux fois par jour, est-ce que le renforcement fait partie de toutes vos séances ou c'est pas à chaque fois ?

145 I – Après moi ce que j'ai l'habitude de faire pendant ma prise en charge, c'est justement vu qu'on, enfin, comme je vois les patients deux fois par jour tous les jours de la semaine en général. Ça va être plutôt, habituellement en tout cas, j'essaye de faire une séance plutôt de travail analytique sur table de massage avec justement du renforcement vraiment, en position assise ou allongée, en tout cas du renforcement analytique et après plutôt une séance de travail fonctionnel où là je fais, ce que j'appelle du reconditionnement plus ou moins, ce sera justement de la marche ou du vélo donc des choses un peu plus fonctionnelles sur des temps  
150 peut être un peu plus long.

Moi – D'accord, donc en fait ...

155 I – J'en ai oublié la question principale

Moi – La durée et la fréquence donc finalement vous le faites tout le temps sauf que vous faites le matin en analytique et plutôt l'après-midi en global.

160 I – Oui voilà, par exemple ou inversement mais ouais.

Moi – D'accord, et par rapport à vos autres axes de traitement, qu'est-ce que vous proposez d'autres, en plus du renforcement musculaire ?

165 I – Toujours orienté sarcopénie ?

Moi – Oui, dans le cadre d'un patient qui aurait une sarcopénie, sans exclure forcément les autres pathologies.

170 I – Donc du coup qu'est-ce que je fais d'autres que le renfo et ... Bah après ça va être euh ... enfin forcément y'a autre chose que la sarcopénie, il y a la prise en charge de la douleur avec massage ou physiothérapie etc. Euh mobilisation souvent passive, active aidée après tout ce qui est travail proprioceptif, équilibre, qu'est-ce que je fais d'autres ? Travail du schéma de marche, justement un peu de travail d'équilibre, de prévention des chutes.

175 Moi – Ok. Quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement musculaire chez une personne âgée ? Est-ce que vous pensez à une situation que vous auriez vécue avec l'un de vos patients ?

180 I – Difficultés de prise en charge c'est ça ?

Moi – Oui, les difficultés que vous pouvez rencontrer avec une personne âgée ?

185 I – Euh... Bah après c'est souvent lié aux autres pathologies qui accompagnent la personne, les problèmes de vue ou d'audition parfois ça peut être un peu limitant et nous limiter sur certains exercices ou axes de prise en charge. Après tout ce qui est également déficiences, par exemple début de démence ou déficit cognitif qui vont parfois, déjà limiter la compréhension des consignes, ouais, l'intégration des consignes ou même la compréhension. Soit vraiment répéter sans cesse soit vraiment ... Après des fois c'est rester en permanence à répéter, répéter les consignes pour que ce soit réalisé. Mais voilà des fois on sait qu'une fois la séance passée tout est oublié.

190

Moi – Ok. Et dernière question, comment faites-vous pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?

195 I – Bah essayer de varier un peu les exercices, la prise en charge, essayer de faire des choses qui sont parlantes pour eux, parce que c'est vrai que des fois quand on fait des exercices ils disent « mais euh je m'en fiche je referai jamais ça dans ma vie », ils adhèrent pas trop après quand c'est plus mise en situation, qu'on leur explique, bah déjà voilà expliquer les choses, pourquoi on les fait et essayer de travailler, de raccrocher ça à quelque chose qu'ils font dans la vie quotidienne pour qu'ils voient l'utilité et si possible qu'ils puissent continuer à entretenir par la suite en faisant quelques exercices justement. Essayer vraiment d'avoir l'adhésion du patient pour que la prise en charge soit poursuivie le plus possible et qu'ils y voient une utilité.

200

Moi – D'accord ! Merci beaucoup pour votre participation.

205

### Entretien n°3

Moi – Selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Puisse bien vieillir ? \*rire\* euh bah ... avoir déjà euh les 5 sens ou dans la majorité et d'être bien accompagné, d'être entouré quoi.

Moi – Ok. Et en tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

10 I – Oua, il y a tellement de choses !

Moi – Je vous écoute \*rire\*

15 I – Euh...Alors déjà nous je pense qu'on est, qu'on peut conseiller déjà pour préparer le vieillissement, donc euh ... toujours rester dans l'activité que ce soit dans les salles de sport ou quelque chose comme ça ou dans les associations sportives, rien que de la marche nordique ou euh... ouais la marche nordique déjà. Et puis tout ce qui est yoga, le pilate tout ça, les préparer je pense bien en amont de la retraite, avant de préparer ... alors je sais pas à partir de quel âge toi tu travailles surtout ?

20

Moi – Et bah à partir de 65 ans essentiellement.

25 I – Ah oui bah oui moi déjà ce serait plutôt déjà par rapport aux conseils, prévention primaire quoi, bah préparer son vieillissement quoi. Moi tu vois, effectivement moi aussi je vais préparer déjà beaucoup plus même à partir de 50 ans, même avant. Parce que finalement tout ce qui est en rapport avec le vieillissement, rien que l'arthrose à 35 ans on commence déjà à en avoir dans les cervicales donc euh ... c'est vrai que pour moi la prévention primaire c'est primordiale ! Donc euh voilà, c'est se sentir bien mentalement et physiquement. Après au niveau kiné, forcément oui c'est le mouvement hein, de tout de façon tout est rattaché à ça, 30 en tout cas dans notre profession.

Moi – Ok

35 I - \*rire\* Je te l'ai dit il y a plein de choses !!

Moi – Bah oui c'est sûr ! Alors dans votre pratique, quels types d'activités physiques proposez-vous à une personne âgée ?

40 I – Alors moi dans ma pratique c'est beaucoup de la réautonomie alors euh ... j'ai pas une personne âgée lambda sans antécédent, sans... alors toi tu demandes qu'est-ce que je fais pour une personne lambda, enfin tu vois c'est ça aussi c'est ...

Moi – Quels types d'activités physique, dans sa globalité peu importe l'atteinte ou les pathologies ?

45

I – Alors... la priorité chez une personne âgée, ceux que j'ai moi en ce moment ils ont plus 80/90 ans. La priorité c'est l'autonomie donc surtout le déplacement donc on va prioriser tout ce qui est en rapport avec le fonctionnel, la marche, les escaliers euh... la sortie à l'extérieur ou alors en fonction des objectifs du patient on va plus travailler à l'intérieur ou à l'extérieur.  
50 Après bah par rapport au bilan, on renforcera ce qui a besoin quoi. La plupart du temps c'est souvent des troubles de l'équilibre, des syndromes post-chutes aussi parce qu'en général ils ont chuté, la plupart sont chuteurs. Et puis retravailler tout ce qui est sensibilité, proprioception quoi.

55 Moi – Et dans quel contexte vous pouvez proposer un renforcement musculaire ?

I – Dans quel contexte...

Moi – Ou alors à quel type de patient ?

60

I – Oh bah n'importe quel patient qui a pas 5 sur 5 sur de l'EMFM forcément.

Moi – Et en terme de pathologie ?

65 I – Il y a tout, il y a le vieillissement physiologique, comme une prothèse, une fracture, le parkinson ou n'importe quoi. Dans tous les cas je pense qu'il y aura toujours renforcement musculaire, la plupart du temps hein, en tout cas 99% des cas il y a toujours du renforcement musculaire à faire de tout de façon, quelle que soit la pathologie.

70 Moi – Donc on sait que la personne âgée le plus souvent elle est dans une situation de polyopathie, on retrouve souvent la sarcopénie parmi ces pathologies, donc il s'agit d'une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire. Face à cette pathologie, réaliseriez-vous des bilans ou évaluations spécifiques ? Dans le cadre de la sarcopénie.

75 I – Euh ... je me suis jamais penché la dessus, moi ce serait plutôt ... C'est vrai qu'on fait moins d'analytique que si on avait un sportif au niveau des bilans d'EMFM, euh ... après euh... c'est vrai qu'on fait plus du fonctionnel. Non j'ai pas de bilan à proprement parler pour ça quoi. A part l'EMFM et surtout par rapport aux activités de la vie quotidienne, est-ce qu'il peut faire ça... tu vois ça reste du global quoi. Tu peux pas faire trop d'analytique de pointer sur une chose comme si c'était un sportif ou tu vas juste devoir faire euh ... travailler un muscle quoi,  
80 c'est du global quoi. Alors un bilan la honnêtement j'ai jamais pris un bilan plus qu'un autre quoi. Parce que toi tu penses à des bilans de gériatrie déjà connu ?

85 Moi – Et bah il peut y en avoir, après c'est pas des choses très définies. Il y en a qui sont plus ou moins utilisés par rapport à cette pathologie. Celui qui est beaucoup fait, c'est celui du test du levé de chaise.

90 I – Ah oui mais ça reste du fonctionnel oui. Du levé de chaise, le time up and go mais c'est vrai qu'en HAD on ne le fait plus, je n'ai plus le temps de le faire, je le faisais en SSR, enfin on le faisait, on avait un bilan type, tu avais 10 mètres, time up and go euh... le levé de chaise moi je le faisais pas mais j'avais ma collègue qui le faisait. Puis un bilan, un BDK hein qu'on faisait euh... qu'on a appris à l'école quoi forcément. Honnêtement ça reste du global et du fonctionnel en gériatrie, tu ne peux pas... Ils sont tellement multipathologiques tu peux pas rester... te focaliser que sur un truc quoi.

95

Moi – Oui, oui. Et euh ... quels sont les traitements que vous pouvez mettre en place pour lutter contre la sarcopénie justement ?

100 I – Alors... C'est quand même physiologique hein la sarcopénie, il y a des choses tu ne peux pas... c'est de l'entretien tout simplement, de l'entretien et du renforcement et des assouplissements, des étirements. Moi je le fais toujours en systématique donc euh... je fais beaucoup d'assouplissement après euh ... le problème des personnes âgées c'est que c'est souvent fixé, au niveau des cyphoses dorsales ou des choses comme ça c'est souvent fixé. Donc là on va plutôt ... c'est plus une correction finalement c'est un entretien pour pas que ça se dégrade plutôt. Ça va être ça plutôt mes objectifs quoi.

105

Moi – D'accord. Et qu'est-ce que vous utiliseriez comme renforcement musculaire vraiment dans le cadre d'un sarcopénique ?

110 I – Alors euh ... C'est sur ça ton mémoire la sarcopénie ou pas spécialement ?

Moi – Oui, oui c'est sur ça.

115 I – C'est sur ça, la sarcopénie, d'accord.

115

Moi – Oui.

120 I – Ok. Alors qu'est-ce que je ferais ... parce que honnêtement j'ai jamais fait, j'ai jamais eu de patient qui avait un diagnostic de sarcopénie bien défini.

120

Moi – D'accord. Il n'y avait pas de prise en charge pour cette pathologie ?

I – Non non... Alors du coup laisse-moi réfléchir... \*rire\*

125 Moi – Je vous laisse \*rire\*

I – Alors ! Moi ce que je ferais, par rapport à la prévention ou toute maladie, euh ... nous en dehors de nos séances HAD, on leur demande de travailler en dehors, ceux qui peuvent hein ! Et euh moi j'aurais dit euh par rapport à toutes sortes de renforcement ou de ... je suis pas prof de sport alors du coup c'est compliqué \*rire\* euh de faire un entraînement triquoti...enfin tu vois 3 fois dans la semaine et puis faire des répétitions euh je sais pas euh... après c'est en fonction de la fatigue. Quand tu proposes un truc il faut connaître le patient hein, il faut savoir combien de temps il peut travailler, la motivation et tout ça. Après il faut plutôt se fixer quelque chose qu'il aime bien ! Par exemple tu ne vas pas lui demander de faire de la marche alors qu'il préfère faire du vélo. Donc euh ... c'est ça aussi, ça fait partie d'un tout quoi ! Rien que par exemple sur une personne faire euh... les escaliers euh lui ça va être un marathon quoi... Alors proposer un protocole tu vois c'est... pour moi c'est un peu bizarre mais euh... ce qu'il faut retenir surtout c'est la répétition c'est euh... régulièrement enfin... mais euh... il faut essayer de viser le plus possible dans le global et dans le fonctionnel. Parce que en gériatrie, honnêtement là je vois, il y a des patients effectivement on leur laisse des exercices analytiques. Vous êtes sur une chaise, vous faites des quadriceps ou tu tends la jambe tu montes le genou mais honnêtement hein franchement c'est pas leur truc. La génération de maintenant c'est pas leur truc ! Peut-être que nous ce sera ça mais honnêtement à l'heure actuelle c'est plutôt ça reste du fonctionnel. Il aime bien faire de la marche, bah vous allez faire de la marche. Vous allez faire 30 minutes par jour, euh... vous avez des escaliers, aaaah, allez hop on va le faire. Enfin tu vois c'est ... honnêtement là j'arriverais pas à te sortir un protocole parce que je vois pas comment on peut proposer un protocole en gériatrie et qui sera suivi quoi. Mais les patients à domicile ... Ou alors là tu me demandes quelque chose qu'on, peut-être qu'on viserait en cabinet tu vois, tu as ton patient qui vient 3 fois, effectivement peut-être que tu vas mettre un protocole en place il aura pas le choix quoi. C'est peut-être plus ça que tu vises je sais pas.

Moi – Non c'est dans n'importe quelle situation mais euh ... ça me va comme réponse hein \*rire\*. Et en HAD, au niveau de la fréquence des séances, c'est euh ... ça se situe comment ?  
155 C'est plusieurs fois par semaine ?

I – Quand ils sont en rééducation, en fait, ils ont 5 séances de rééducation mais c'est kiné, ergo, et orthophoniste confondu. Bon en général, il n'y a pas d'orthophoniste sauf pour surtout la neurologie mais euh... bah ... après ça peut être 3 kinés et 2 ergos, la plupart du temps moi j'y vais que deux fois parce que je suis un peu toute seule bon \*prénom\* il est un petit peu là mais euh ... la plupart du temps c'est vrai que c'est moi qui me déplace, sur toute la Meurthe et Moselle et je peux me déplacer que 2 fois par rapport au nombre de patients que j'ai.

Moi – Ok.

165

I – Et euh... après on se partage avec les ergothérapeutes et ça se rejoint aussi quoi. Tu vois la marche, tout ce qui est fonctionnel. Donc finalement il faut quand même euh... voilà la séance kiné/ergo tous les jours pendant 5 jours.

170 Moi – Ok donc c'est de l'actif et du musculaire à chaque séance ?

175 I – La plupart du temps ouais, euh, ah tout de façon oui musculaire et puis du fonctionnel parce que ce qu'on recherche en HAD c'est l'autonomie de la personne. Tu vas pas faire que de l'analytique alors que ton objectif c'est qu'elle aille faire ses courses toute seule avec ses aides techniques et puis ... ou avec son fauteuil roulant ou avec n'importe quoi d'autres. Donc tout, tout a pour objectif euh ... les objectifs du patient et les tiens.

180 Moi – Ok. Alors euh... quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un renforcement musculaire chez une personne âgée ? Est-ce que vous pensez à une situation que vous auriez vécue avec un patient en HAD ou en centre ?

185 I – Ah bah la grosse difficulté c'est les troubles cognitifs \*rire\*, on va dire. Euh... les démences, et puis les troubles de la mémoire parce que quand tu répètes 15 fois dans la demi-heure « prenez les accoudoirs » « prenez les accoudoirs » là ça va être une difficulté. C'est la mémoire quoi et puis les troubles cognitifs bah ... forcément souvent ils sont caractériels à cause de ça. Il y a beaucoup de relationnel, de tout de façon gériatrie veut dire quand même une bonne part de relationnel, du travail au corps \*rire\* ! Voilà tu as pas le choix et ils peuvent te surprendre euh ... comme ils peuvent te décevoir ça c'est sûr. Mais bon voilà.

190 Moi – Ok. Et comment vous faites pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?

195 I – Alors moi je te dirais que c'est la relation que tu mets dès le départ avec eux. C'est ça qui va les motiver tout au long de ta prise en charge. Et à la fin ils pleurent parce que tu leur dis au revoir \*rire\*. Et euh ... honnêtement ouais je pense que c'est ça il faut avoir le truc quoi, il faut savoir par rapport à ce qu'ils ... à leur histoire, par rapport à ce qu'ils te racontent, par rapport à ce qu'ils peuvent te dire, à comment ils se tiennent il faut que tu t'adaptes. Il faut savoir s'adapter quoi ! Tout de suite mais tout de suite parce que eux sinon ils vont retenir que la première impression donc euh nous on a de la chance les kinés, en général on est super agréables ! Donc euh \*rire\* ...

200

Moi – Ca c'est vrai \*rire\* !

205 I – Donc du coup honnêtement, bah c'est vrai que quand tu vas dans un cabinet de kiné libéral, en général il y a une super ambiance. Bah je trouve c'est euh c'est ça qu'il faut avec les ... en gériatrie plus qu'avec d'autres, ça joue beaucoup quoi ! Si tu arrives à les faire rigoler, si tu arrives à les faire accrocher, je trouve que c'est primordial quoi. C'est primordial pour la suite de ta prise en charge. Si tu l'as pas dès le début, ouaa ça va être une catastrophe !

210 Moi – Ok, ça marche ! Merci beaucoup !

#### Entretien n°4

Moi – Alors selon toi, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I - \*rire\* Euh ... Bah d'être, ouais, relativement en bonne condition physique, mentale aussi et puis d'être entourée. Si elle est toute seule c'est moins drôle. Et avoir un environnement adapté, ouais que ce ne soit pas trop grand quand elle est trop vieille chez elle. Pas trop grand, et ... ouais non je ne sais pas trop ou... Si elle peut être ... ne pas être seule bah c'est toujours mieux quoi. Ouais.

10 Moi – Ok. En tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures peux-tu proposer pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

15 I – Une activité physique hein, toujours. Modérée en fonction de l'âge mais juste aller marcher un petit peu ou faire un petit peu de gym ou de ... pas forcément de pirouette mais j'ai des personnes âgées au cabinet qui font des cours de gym quand ce n'est pas confiné des exos tout simple, tu sais genre des : tu descends un petit peu en squat, tu lèves les jambes, des trucs d'équilibre, c'est vachement bien ça. Et sinon bah non rester actif tout le temps, ceux qui ne sont pas actifs ils ont plus de soucis après.

20 Moi – Ok, alors dans ta pratique quels types d'activité physique tu peux proposer à une personne âgée ?

25 I – De la marche, euh ... petite gym c'est toujours bien comme nous on fait en séance. Mais après c'est quel âge « personne âgée » aussi ?

Moi – Normalement à partir de 65 ans.

30 I – Ah ouais. Bah après s'ils sont vraiment en forme, ils peuvent faire du vélo, des choses comme ça ou des sports qui leur plaisent, mais la marche c'est bien pour les personnes âgées c'est pas trop dur. La piscine, j'en ai qui vont encore à la piscine et qui sont assez âgés. Enfin n'importe quoi qu'ils peuvent faire et qu'ils aiment bien, l'important c'est que ça leur plaise et que ça les fasse bouger un peu. Après il ne faut pas que ce soit une contrainte mais euh...

35 Moi – Ok. Dans quel contexte proposes-tu un renforcement musculaire ?

40 I – Quand il y a une perte de force, dès que les transferts deviennent un petit peu compliqués et ouais s'il y a un affaiblissement particulier. S'il y a un problème d'alimentation, ils vont perdre du poids donc là il y aura une perte de force. Et euh ... ouais et puis après c'est tout ce qui est suite de chute ou d'hospit quand tu as eu un petit alitement, des choses comme ça, bah tu as fatalement une perte de force. Ouais dès qu'il y a une baisse assez rapide de la condition physique en fait, pour n'importe quelle raison là il faudra faire un peu de renforcement.

45 Moi – Ok. Donc on sait que la personne âgée le plus souvent elle est dans une situation de polyopathie parmi lesquelles on retrouve le plus souvent la sarcopénie, donc une perte de fonction liée à la perte de masse musculaire. Face à cette pathologie, est-ce que tu réalises des bilans ou évaluations spécifiques ?

50 I – Non, moi non. \*rire\* Il faudrait peut-être \*rire\* ! Mais non sinon c'est un test global, ce sera au niveau des transferts, au niveau d'un LOVETT, je ne sais si vous faites à l'école vous LOVETT ou si vous faites autre chose, c'est un test d'un bilan musculaire côté de 0 à 5 euh ... C'est une échelle ... vous êtes vraiment bizarre à l'école de Nancy, c'est comment ? Evaluation force musculaire euh je sais pas quoi ! Enfin nous c'est LOVETT. Je n'ai pas le bouquin, non, bah tu sais c'est un test, ta force maximale et infra-maximale par rapport au côté opposé.

55

Moi – Ah oui d'accord, nous c'est l'EMFM.

60 I – Ouais c'est ça. Et nous on fait ça à l'échelle de LOVETT, c'est du coup par rapport à la résistance contre gravité ou des choses comme ça, légère résistance. Euh bilan au niveau de l'équilibre après, Tinetti, mais un bilan vraiment spécifique à la sarcopénie, j'en fais pas. Ce sera vraiment juste amplitude et euh ... force comparée ... par rapport aux deux côtés en fait.

Moi – D'accord. Et donc dans ta pratique, quels traitements tu mets en place pour lutter contre la sarcopénie ?

65

I – Juste du renforcement musculaire. Donc ouais du renforcement. Soit avec moi, ou idéalement s'il peut le faire en plus quand je ne suis pas là les autres jours mais ça c'est pas courant hein, on va pas se mentir ! Non mais c'est juste du renforcement, des choses assez douces qu'ils peuvent faire sans trop les fatiguer.

70

Moi – Et tes objectifs de rééducation par rapport à la récupération c'est quoi ?

75 I – Euh ... une meilleure autonomie, qu'il soit plus à l'aise dans sa vie quotidienne. Bah s'il a ... s'il commence à me dire qu'il a du mal à se mettre assis, enfin à se relever ou autre et bah il faut qu'il soit un peu plus à l'aise là-dessus. Faut qu'il fatigue moins lors de la marche, qu'il soit plus à l'aise, qu'il n'y ait pas un sentiment de chute ou autre. C'est juste le confort et euh ... après la prise de force elle sera toujours modérée chez les personnes âgées. Qu'ils soient juste plus à l'aise, enfin qu'ils se sentent mieux. Ils te le disent hein de toute façon après que depuis qu'ils ont commencé, ils marchent mieux, ils se sentent mieux donc ... mais non c'est juste ça, on va pas ... Enfin moi je ne veux pas spécialement viser très haut. Après 65 ans, on n'a pas trop des patients de l'âge-là pour du renforcement ou autre. C'est plutôt vers euh ... plus âgés. C'est juste qu'ils reprennent en force, qu'ils soient plus à l'aise chez eux quoi. Pour aller faire leurs courses...

85 Moi – D'accord. Et par rapport au renforcement musculaire, tu utilises quoi exactement ? Quels types d'exercices ?

I – Quand je vais à domicile ce sera surtout ... bah moi qui mets une résistance, pour euh ... tu sais les adducteurs, moyens fessiers, quadriceps, ischios, après on fait des exercices debout où là ils font en se tenant, idéalement des petits squats, des montées de genoux, se mettre sur la pointe de pied, juste des choses au poids de corps ou avec une résistance que moi je mets. Mais quand c'est au cabinet, il y a un peu plus alors là on a une chaise à quadri et ischios, le vélo, on a un huber aussi c'est pas mal. Mais à domicile c'est principalement moi qui mets de la résistance, j'en mets pas de trop ou autre. Mais sinon au cabinet, chaise à quadri si ça leur convient, c'est pas le cas de tout le monde. Mais principalement c'est des exercices que eux font au poids de corps ou quand moi je mets une résistance, avec mes mains quoi !

Moi – Ok. Dans la littérature, il y a beaucoup de programmes qui intègrent la notion de 1RM, qu'est-ce que tu en penses ?

I – Bah moi je le ferais pas faire à un vieux, bon après ... \*rire\*. 1RM en quoi après, en squat ou euh ... à l'extension de genou ?

Moi – A l'extension de genou.

I – Ouais non je ne fais jamais faire de 1RM hein ! Aux vieux en tout cas, jamais ! Puis même à un jeune il faut qu'il soit à l'aise et bien chauffé quoi. Mais sur la personne âgée j'en fais jamais, surtout quand tu n'as pas une machine de muscu pour mettre un poids particulier bah c'est chaud de quantifier, genre tu fais ton 1RM bah tu as mis combien de kilo ? Puis après moi combien j'en mets ? Enfin quand tu n'as pas l'équipement adapté, le 1RM c'est pas... C'est sûr que c'est mieux hein partout hein, tu fais ton programme par rapport à ça avec un pourcentage et un nombre de rép mais quand tu n'as pas d'équipement qui convient c'est pas ... moi je ne le fais pas en tout cas.

115

Moi – Ok, ça marche ! Comment tu organises ton programme de renforcement musculaire ?

I – C'est par série. Bah déjà par rapport au bilan je vois ce qui est déficitaire chez la personne, donc ce sera plus ou moins telle jambe sur tel groupe musculaire et après dans tous les cas je fais à peu près pareil pour chaque personne âgée, donc bah on va travailler toutes les cuisses, toutes les jambes enfin tous les muscles, tous les groupes musculaires. Et en insistant plus, on en faisant plus de séries ou un peu plus d'exercices sur tel groupe qui est déficitaire. Donc en général je fais des séries de 10, deux ou trois par exercice.

Moi – Ok et pendant combien de temps et si tu y vas plusieurs fois dans la semaine, est-ce que c'est à chaque séance que tu fais du renforcement musculaire ?

I – Ouais, ouais, ouais. A chaque séance on fait du renforcement euh ... et la fréquence bah ... après ça dépend toujours de la prescription du docteur mais en moyenne c'est deux fois par semaine quand j'y vais. Et on fait ça deux fois par semaine et la durée, quand c'est pas des trop âgés qui deviennent chroniques, en HAD la durée en moyenne c'est genre un mois

130

ou deux maximum. Mais euh ... quand c'est en HAD, mais tout de façon oui c'est en HAD. Un mois ou deux en moyenne les prescriptions qu'on a.

135 Moi – Ok.

I – Et deux à trois fois par semaine !

140 Moi – Oui et sur une séance, est-ce que tu fais que du renforcement ou est-ce que tu fais autre chose ?

145 I – Non on fait du renforcement, on va travailler la marche parce que souvent ils marchent mal. En général les personnes âgées marchent mal donc on travaille la qualité de la marche. Et euh ... moi j'aime faire de l'équilibre avec eux, c'est important. Donc je fais les trois choses-là sur la séance.

Moi – sur une séance de 30 minutes ?

150 I – Ouais, 20 à 30 minutes ouais ! Marche, équilibre et renforcement.

Moi – Ok. Quelles sont les difficultés que tu es amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement musculaire chez une personne âgée ? Est-ce que tu penses à une situation que tu aurais vécue avec l'un de tes patients ?

155 I – Ouais j'en ai juste une, c'est le patient qui était en grande forme pour son âge, c'était un ancien vétérinaire, dont le fils est vétérinaire, enfin il a des enfants médecins-vétos, et à la base la première fois que je l'ai vu c'était il y a un an, c'était à peu près au mois de décembre-janvier 2019-2020 quoi, il y a un an. C'était par demande apparemment d'un fils qui faisait un peu pression à l'HAD pour qu'il ait de l'HAD, il a fait un espèce d'AVC ou autre ou un infarctus  
160 je ne sais plus, enfin il avait pas de séquelles. Donc bah j'y suis allé mais bon le mec était en grande forme, il n'avait pas besoin de kiné, vraiment en grande forme. Genre 92 ans mais en très bonne forme. Et là je l'ai revu, c'était quand ? Je ne sais pas, il y a deux mois ! Un mois, deux mois. Il a refait un AVC là et cette fois il avait des petites séquelles mais plutôt cognitives, physiquement ça allait bien. Mais du coup ce qui était un peu gênant c'était l'aspect cognitif  
165 ou en gros il nous disait clairement que ça le faisait chier les séances de kiné, pour lui c'était de la connerie, ça ne servait à rien, ça le faisait rire de me voir lui faire faire des exercices. Donc bon une fois ou deux c'est sympa mais quand il te le dit à chaque fois moi ça me ... bah ça me faisait un peu chier. Mais globalement il a bien récupéré mais juste c'était un ... ouais le principal ... la principale chose négative ça peut être l'approche du patient qui ne sera pas volontaire dans sa rééducation. Donc là si le patient a pas envie, ça le fait chier de bouger, il a pas envie de faire sa séance de kiné, bah ... tu vas le voir il sera pas ... ça le fera chier et quand tu seras pas chez lui bah il fera pas ses exercices. Ah oui ça aussi, la question d'avant, moi je le vois et puis je lui fais faire des exercices, il doit les faire tout seul normalement, ça c'est pas courant mais euh ... à chaque fois je leur donne des choses à faire tout seul quand  
175 je ne suis pas là parce que ce n'est pas suffisant moi quand je passe deux ou trois fois par semaine, c'est pas suffisant ! On ne fait pas une séance ... bah déjà ils sont fatigables et puis

je reste pas 1h30 chez eux donc on ne fait pas une séance incroyable, et si c'est que une fois ou deux par semaine euh ... non il faut qu'il le fasse chez lui presque tous les jours. Il n'y en a pas beaucoup qu'ils le font.

180

Moi – Oui.

I – Pas hyper-hyper motivé, donc il récupère quand même mais s'il pouvait rentrer ... s'il pouvait récupérer une petite routine, pas longue, ils font quoi ? Un quart d'heure par jour, une petite gym le matin ou quoi ! Bah ça leur serait bénéfique sur le long terme vraiment. C'est comme tes patients plus jeunes au cabinet, ceux qui vont vraiment faire leurs exercices souvent, c'est pas courant quoi !

185

Moi – Oui. Est-ce que tu penses qu'il y a d'autres limites chez une personne âgée pour faire une rééducation ?

190

I – Hum hum ...

Moi – Il y en a pas forcément hein !

195

I – Bah là ... Bah non à part si vraiment il a une détérioration au niveau physique qui fait que ça va entraver ta prise en charge, si la personne est volontaire non il y aura pas de ... non pour moi... enfin je n'en vois pas moi.

Moi – Ça marche ! Et dernière question, comment est-ce que tu fais pour entretenir la motivation des personnes âgées ? Donc finalement si tu te retrouves face à des patients comme ça qui ne sont pas très ... pas très motivés, qu'est-ce que tu peux mettre en place ?

200

I – Bah déjà il faut que le kiné il soit dynamique parce que faut motiver le patient, faut être présent et il faut bien arriver à expliquer correctement au patient, à lui faire comprendre que c'est pour lui que c'est pas ... c'est important pour lui qu'il récupère un peu en force, qu'il marche mieux pour avoir un risque de chute diminué. Ouais il faut juste que le patient comprenne que c'est pas une contrainte la kiné, c'est pour lui pour l'aider et il faut qu'il accepte bah ... d'avoir son âge et de ne plus avoir ses facultés qu'il avait il y a 15 ans et à un moment il faut commencer à s'entretenir, si c'est pas déjà fait pour ... bah il faut s'entretenir quoi ! Il faut que le patient comprenne ça c'est tout.

205

210

Moi – Ok, ça marche ! Parfait, merci beaucoup !

## Entretien n°5

Moi – Alors selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Il faut qu'elle garde son autonomie, il faut qu'elle ait du monde autour d'elle pour l'aider dans ses différentes activités. Euh... je pense qu'il faut qu'elle soit chez elle, à mon avis.

Moi – D'accord, ok. Et en tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

10 I – On travaille surtout au niveau de l'autonomie je pense, on essaye de l'aider à conserver la marche le plus longtemps possible. Euh... avoir le moins de douleur possible, parce que très souvent ils ont des douleurs un peu partout. Euh, au niveau des transferts aussi, enfin voilà c'est aussi tout le travail de l'autonomie, enfin je pense que c'est l'autonomie qu'il faut faire.

15 Moi – D'accord.

I – Après ça dépend toujours des pathologies qu'il y a avec hein, mais euh ... parce que souvent ils ont plusieurs pathologies par-dessus mais euh ... mais c'est surtout le travail de l'autonomie de tout de façon, globalement !

20

Moi – Ok. Dans votre pratique, quels types d'activité physique proposez-vous à une personne âgée ?

25 I – Euh...dans ma pratique j'essaye surtout de m'adapter à son environnement, c'est-à-dire que ça va surtout être de la marche, travail dans les escaliers s'il y a des escaliers ! Euh... oui j'essaye surtout de m'adapter à son environnement, à l'endroit où elle est en fait. Toujours dans un but d'autonomie.

Moi – Ok. Et dans quel contexte pouvez-vous proposer un renforcement musculaire ?

30

I – Dans quel contexte ? Après ça va dépendre de sa... de sa pathologie. C'est-à-dire que si ... si c'est une personne qui va souffrir surtout de troubles de l'équilibre, ça ne va pas forcément être du renforcement musculaire qui va servir à grand-chose. Euh...maintenant euh... enfin ouais ça dépend enfin je... ça dépend pourquoi je la vois en fait.

35

Moi – Bah alors pour quels types de patient, pour quelles pathologies est-ce que vous proposeriez du renforcement particulièrement ?

40 I – Le renforcement particulièrement, ça va être surtout pour tout ce qui est traumatologie, des patientes qui se sont fait opérer, enfin des patientes, pourquoi je dis au féminin ? \*rire\* c'est

plus souvent des patientes ! Euh...des gens qui se sont fait opérer de prothèses de hanche, prothèses de genou, prothèses de genou on n'en voit assez peu mais surtout prothèses de hanche, qui auront eu des chutes et qui auront eu une immobilisation pendant assez longtemps et du coup ça va être du renforcement pour essayer de récupérer la marche, de faire en sorte qu'ils arrivent à se débrouiller du mieux possible chez eux et voilà.

45  
Moi – D'accord. Donc vous me l'avez dit tout à l'heure, la personne âgée en général elle est dans une situation de polyopathie, on retrouve souvent parmi ses pathologies la sarcopénie, donc la perte de fonction liée à la perte de masse musculaire. Face à cette pathologie, est-ce que vous réaliseriez des bilans ou évaluations spécifiques ?

50  
I – Spécifiques ? Non pas particulièrement. Non encore une fois j'essayerais de, de faire un bilan en fonction de l'endroit où ils se trouvent, voir ce qu'ils arrivent à faire et du coup voir l'évolution après en fonction de... au niveau fonctionnel en fait. Ce sera surtout au niveau fonctionnel que je verrais l'évolution s'il y a une amélioration ou pas.

55  
Moi – D'accord ! Et au niveau fonctionnel, vous auriez des bilans ? Enfin vous que vous réalisez ? Vous vous basez sur quoi en fait, au niveau fonctionnel ?

60  
I – Je me base sur là où ils habitent ! Est-ce qu'ils arriveront, est-ce qu'elle arrivera à monter à l'étage chez elle, est-ce qu'elle arrivera à descendre les 4 marches qui la séparent de son jardin ? Est-ce qu'elle arrivera à aller dans son jardin ? Est-ce qu'elle aura le courage d'y aller et ... enfin voilà. C'est en fonction de ça derrière que je ferai mon traitement, en fonction de ce que je vois chez elle et du coup de ce qu'il faut qu'on arrive à récupérer ou ce qu'il faut qu'on arrive à entretenir. Et voilà ! Et de ce qu'elle souhaite aussi. S'il n'y a pas du tout d'escalier chez elle et qu'elle me dit que pour aller chez ses enfants il faut monter deux étages et bah il faut qu'elle arrive à monter les deux étages.

65  
Moi – D'accord, ok. Et donc dans votre pratique, quels sont les traitements que vous mettez en place pour lutter contre la sarcopénie plus particulièrement ?

70

I – Je fais beaucoup travailler au niveau de l'équilibre. Au niveau de l'équilibre, travail de la marche, travail de ... la marche sur un fil, de travail ... travail devant une table, travail des fois avec certains avec des élastiques, bon pour des personnes âgées c'est plus compliqué et puis à domicile c'est pas forcément génial mais voilà, ça va surtout être ... C'est du travail euh ... C'est toujours du fonctionnel, toujours debout et voilà.

75

Moi – Et vos objectifs de récupération par rapport à vos exercices, vous attendez quel type de récupération ?

80  
I – Alors, une amélioration du périmètre de marche, une amélioration du ... monter les escaliers, qu'ils arrivent à le faire de façon sécurisée, qu'ils arrivent à le faire de façon correcte, c'est-à-dire en alternant une marche après l'autre, voilà. Une amélioration au niveau de l'équilibre, au niveau de la qualité de la marche aussi. C'est à ce niveau-là surtout que je vais, ouais, qu'on va essayer de chercher à avoir des résultats.

85

Moi – Et en terme de renforcement musculaire, qu'est-ce que vous utiliseriez dans le cadre d'un patient atteint de sarcopénie ?

90 I – Je l'ai dit, ouais, des élastiques, enfin poids de corps en fait. Surtout, c'est surtout, c'est de la chaîne fermée. On va essayer de travailler debout et euh ... en utilisant aussi bien l'équilibre que ... enfin ça va surtout être son poids de corps.

Moi – D'accord, et avec quels types d'exercice ? Est-ce que vous avez des exemples d'exercices que vous proposez ?

95

I – Ouais ça va être : marcher sur un fil, ça va être : marcher en diagonale, ça va être des exercices devant une chaise, des exercices d'équilibre, des exercices « faire les majorettes », faire euh ... enfin voilà, ça ... ouais voilà ça va être des exercices comme ça qu'ils peuvent reproduire tous les jours et voilà.

100

Moi – D'accord. Dans la littérature il y a beaucoup de programmes qui intègrent des protocoles de renforcement type 1RM, qu'est-ce que vous en pensez ?

105 I – J'utilise pas particulièrement. Ouais nan, j'essaie de faire des trucs ... de leur faire intégrer des exercices qu'ils peuvent refaire eux-mêmes vraiment. Parce que nous on passe un, deux trois, éventuellement trois fois par semaine mais c'est rare, donc il faut qu'ils arrivent à travailler tous les jours. Donc il faut que ce soit des exercices qu'ils arrivent à reproduire vraiment facilement. Ou qu'ils ont envie de reproduire donc euh... Donc euh, ça va vraiment être des exercices très basiques.

110

Moi – D'accord, ok.

I – En tout cas à domicile, après au cabinet ça peut être différent mais à domicile ça doit être comme ça.

115

Moi – D'accord. Et votre programme de renforcement, vous l'organisez comment sur une semaine, par exemple ? Est-ce que vous le faites à chaque séance, est-ce que ça prend toute la séance ou ... ?

120 I – J'essaie de le faire à chaque séance, ça prendra globalement à chaque fois la séance. Après j'essaie vraiment d'adapter en fonction de l'état du patient, parce qu'il y a des fois où ils seront plus fatigués que d'autres. Les gens qu'on voit à domicile sont quand même des gens qui sont globalement fatigués sinon on les ... enfin globalement fatigués, qui sont quand même assez limités, sinon on ne les verrait pas à domicile. Et donc euh... et donc euh je vais essayer ... on fera en fonction de l'état de forme, de l'état du moment de tout de façon. Si le matin ils sont déjà allés chez le médecin ou quelque chose comme ça, il y en a certains qui risquent d'être claqués donc on adaptera, on en fera moins l'après-midi, voilà on essaie de s'adapter, en essayant d'en faire toujours le maximum mais en s'adaptant à la forme du moment quoi.

125

130

Moi – D'accord, et si vous ne faites pas de renforcement, vous faites quel type de rééducation ?

I – Il y aura toujours du renforcement. Ce sera globalement toujours du renforcement mais euh ... mais euh ... parce que... parce qu'ils sont, comme on les voit à domicile, ils sont quand même assez faible. Ce sera toujours de la marche, ce sera toujours debout, toujours du travail d'équilibre sinon éventuellement ça peut être allongé pour des exercices, lever les fesses ou des choses comme ça. Bon la plupart du temps j'essaye quand même de, j'essaye de les mettre le plus souvent debout, c'est aussi dans un but de prévention des chutes. Donc voilà. J'essaye vraiment de faire du fonctionnel, voilà, parce que leur faire faire des exercices où ils vont bouger dans tous les sens c'est bien, mais si à côté de ça la personne a peur de monter ses escaliers c'est pas la peine quoi, ça sert pas à grand-chose. Je trouve que l'objectif est pas atteint quoi !

Moi – Oui donc votre objectif c'est vraiment de récupérer le fonctionnel et de voir que la personne est plus autonome ?

I – C'est l'autonomie, ouais c'est ça ! Je pense qu'à domicile, enfin la plupart du temps, euh ... je vous parle pas de quelqu'un qu'on va voir à domicile parce qu'il s'est cassé la jambe et qu'il ne peut pas encore se déplacer et qu'on le voit à domicile juste parce qu'il ne peut pas arriver au cabinet et quand il pourra arriver au cabinet, on le verra au cabinet. C'est vraiment les personnes âgées qu'on voit à domicile, je pense que le but c'est vraiment de faire en sorte qu'ils arrivent à rester chez eux, euh ... qu'ils arrivent à être le plus autonome possible, qu'ils aient le moins peur possible de se re casser la figure, pour que eux-mêmes derrière se remettent à marcher. Et voilà, réenclencher un peu le truc quoi. Que la dame elle puisse aller dans son jardin, elle puisse aller retailler ses rosiers et des choses comme ça. Parce que tout ça elle a arrêté et que du coup elle en fait moins et que du coup elle en fera encore moins et voilà, remettre euh ... faire repartir un peu les choses quoi.

Moi – D'accord, et quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un programme de renforcement chez une personne âgée ? Est-ce que vous auriez une situation que vous auriez vécue avec l'un de vos patients ?

I – Il y a souvent des situations où quand ... il faut pas qu'il y ait le moindre petit grain de sable. S'ils vont tomber malade, ils vont choper la grippe ou la gastro enfin bref j'en sais rien, quelque chose comme ça, et bah derrière pendant une semaine on risque d'en faire un peu moins. Et du coup ils voudront moins en faire et du coup ils seront fatigués et du coup, enfin bref le cercle peut vite devenir un cercle vicieux qui fait que, qui fait qu'on part dans le mauvais sens donc je pense qu'il faut réussir toujours à jongler avec l'état de forme de la personne, c'est-à-dire pas vouloir la forcer à en faire de trop les jours où ça va pas mais pas se faire avoir non plus avec le coup de à chaque fois «je suis fatigué, je suis fatigué, je suis fatigué », à un moment il faut savoir être ferme aussi, tout en, tout en, tout en frustrant pas la personne non plus pour qu'elle euh... pour qu'elle soit pas opposante non plus c'est un peu euh ... enfin voilà faut jouer un peu avec eux quoi. Il faut pas être le méchant tout le temps mais il faut pas toujours faire le gentil juste parce que, parce qu'ils ont envie de rien faire et qu'on les laisse rien faire, ça va pas non plus, c'est pas comme ça que ...

Moi – Et mis à part, voilà une maladie qui se surajoute temporairement, vous pensez qu'il y a d'autres limites à l'application d'une rééducation peu importe ... ?

- 180 I – Tous les troubles cognitifs ! Les personnes qui vont avoir une maladie d'Alzheimer par exemple, c'est sûr que ça ne facilite pas les choses parce que la personne ne va pas comprendre, parce qu'elle ne va pas se souvenir que vous devez passer euh... elle ne va pas savoir qui vous êtes, pas savoir ce qu'il faut faire, pas savoir ... enfin voilà. C'est sûr que ça va toujours compliquer les choses mais c'est pareil c'est aussi une pathologie qui se surajoute
- 185 hein, après c'en est une qui est là tout le temps mais voilà...

Moi – D'accord. Et euh ... dernière question, comment est-ce que vous faites pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?

- 190 I – Surement leur faire comprendre à quoi ça sert. Juste leur faire bouger les jambes, leur faire bouger les bras et puis au revoir voilà, ils ne comprennent pas à quoi ça sert. Les emmener dehors, les emmener dehors marcher dans leur jardin et les faire rentrer et leur dire « bah voilà comme ça vous pourrez aller de nouveau couper les rosiers machin », enfin il faut leur expliquer pourquoi on fait ça quoi. Euh ... parce que sinon il y en a beaucoup qui ... s'ils ne comprennent pas, ils préfèrent rester chez eux assis dans leur canapé devant la télé et voilà
- 195 quoi. Sauf que ça, ça va un moment mais bon il faut se remettre à bouger et il y en a certains qu'ils le comprennent très bien et demandent justement par exemple de « je veux pouvoir monter deux escaliers parce que, deux étages parce que chez mes enfants il y a ça et pour Noël je voudrais bien pouvoir y arriver » bon, là au moins on a un objectif clair, il y en a d'autres
- 200 il faut effectivement leur fixer des objectifs et leur faire comprendre. Euh ... le papi qui commence à mettre des couches, lui expliquer que ce serait quand même pas mal qu'il puisse se lever pour aller au WC, pour pouvoir ne pas devoir mettre des couches et tout ça. Là il va réussir à comprendre pourquoi on le fait. Parce que, voilà, ça lui apporte quelque chose quoi.

- 205 Moi – D'accord. Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

## Entretien n°6

Moi – Alors, selon vous quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Ah ! Euh ... Pour qu'elle puisse bien vieillir, bah en fait euh... pour moi il faut qu'elle soit accompagnée, faut éviter l'isolement, il faut un entourage alors soit par les proches soit par les gens du village quoi ou par des associations qui permettent euh voilà... euh une vie active quoi.

10 Moi – D'accord. Et en tant que masseur-kinésithérapeute quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

15 I – Chez mes patients, en tant que kiné pour de la prise en charge pure et dure on fait beaucoup d'exercices, on fait euh ... alors par exemple on fait des parcours dans les maisons, on fait du relevé de sol, on fait du travail d'équilibre, je fais vraiment une rééducation assez active de mes patients avec ce qu'ils ont chez eux pour être en situation directe. Après autour de mes patients j'essaye de mettre en place, alors là c'est du hors cadre kiné, j'essaye de les faire participer aux associations de village ou autres activités quand il y en a. J'essaye de me renseigner sur ce qui existe. Alors moi je suis vraiment en milieu très rural donc en fonction du village, il y a diverses activités dans les associations donc j'essaye de me tenir au courant et 20 d'en informer mes patients parce que au-delà de 80 ans ils n'ont pas facebook, voilà \*rire\*. On a un devoir d'éducation assez conséquent même pour les personnes âgées donc voilà c'est un peu mon mode de fonctionnement.

25 Moi – D'accord. Et donc dans votre pratique, quels types d'activités physiques proposez-vous à une personne âgée ?

30 I – Alors on fait du renfo global, je leur fais des exercices, je leur fais des séries d'exercices, j'essaye de les varier une fois par mois. Donc ils ont une série d'exercices pour 4 semaines, voilà. Et le mois suivant, on fait en général ... alors je ne change pas beaucoup les exercices en eux-mêmes, je les fais évoluer. Des temps de maintien plus long, des situations différentes sur un exercice similaire au départ, pour ne pas trop les perturber parce que quand on change, par exemple souvent je donne 4 exercices à peu près sur 20 minutes et du coup si tu changes tous les exercices d'un coup, j'arrive la séance d'après ils sont complètement paumés... Donc on prend souvent les mêmes exercices et on fait une variante. Une variante de temps, une 35 variante de poids ou une variante de position.

Moi – D'accord, Et euh, quels sont vos objectifs pour ces différentes activités ?

40 I – Ca dépend du patient. Souvent c'est un entretien de souplesse et de mobilité et de maintien de force musculaire. Ça dépend vraiment du patient, j'ai des patients qui même en situation de grand âge sont encore très mobiles donc euh, j'ai des patients de 80 ans à qui je fais faire du gainage hein !

Moi – Ah oui d'accord \*rire\* !

45

I - \*rire\*, voilà ! J'ai des dames de 90 ans qui sont en difficultés pour se relever d'une chaise donc là on va travailler des exercices spécifiques pour qu'elles puissent être autonomes pour se relever. Parce que quand tu es assise une bonne partie de la journée, à 90 ans tu restes assis quand même longtemps, si tu n'arrives pas à te relever bah tu restes assis encore plus longtemps. Donc l'objectif il est en fonction de la difficulté de la personne. Je dirais que l'objectif principal c'est quand même l'autonomie.

Moi – Ok. Et dans quel contexte pouvez-vous proposer un renforcement musculaire ?

55 I – Dans quel contexte ? euh ... Souvent dans le contexte de chute, au préalable, c'est souvent la prescription qu'on a au départ, des patients qui vont se mettre en situation de danger, perte d'équilibre, risque de chute. Souvent elles sont tombées quand même au départ, alors je dis souvent « elle » parce que je n'ai pas beaucoup d'hommes. J'ai beaucoup de femmes, malheureusement les hommes à cette époque-ci sont décédés, voilà on est dans une situation  
60 où effectivement l'espérance de vie pour les gens il y a 80 ans, elle n'était pas de 85 ans. Donc on a quand même beaucoup de femmes et elles se mettent en situation de danger parce qu'elles sont mobiles et elles sont plus enraidies, moins de force musculaire, elles perdent de l'équilibre, et du coup c'est vrai que c'est plus dans ces prescriptions-là : le risque de chute.

65 Moi – D'accord, donc une personne âgée très souvent elle est en situation de polyopathie, on retrouve fréquemment la sarcopénie parmi ces pathologies donc il s'agit d'une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire. Face à cette pathologie est-ce que vous réaliseriez des bilans ou évaluations spécifiques ?

70 I – Là, à l'heure actuelle, je n'en fais pas, parce que je n'ai pas le temps. Le libéral, c'est un milieu... enfin là, à l'heure actuelle, le rural libéral c'est assez compliqué au niveau timing, donc c'est vrai que j'ai préféré optimiser mes soins. Je ne fais pas beaucoup de bilans, dans l'HAD ils en demandent maintenant donc on fait un bilan rapide. Je trouve que souvent il est pas suffisamment spécifique donc aller faire du testing de quadriceps chez une personne  
75 âgée, je ne vois pas l'intérêt. Après aller faire du bilan, est-ce qu'elle est capable de se relever d'une chaise, est-ce qu'elle est capable de monter les escaliers, est-ce qu'elle est capable de franchir un obstacle de 20 centimètres, est-ce qu'elle est capable de passer dans la porte sans toucher les bords, voilà ça me paraît plutôt un bilan plus adapté. Donc un testing musculaire pur et dur pour moi il n'est pas adapté pour ce genre de personne.

80

Moi – Ok, donc plutôt un bilan essentiellement fonctionnel alors ?

I – Oui fonctionnel et je fais des questionnaires de qualité de vie.

85 Moi – D'accord, ok. Et donc dans le cadre d'un patient sarcopénique, qu'est-ce que vous mettez en place comme traitement ?

I – Chez la personne âgée ? Je ne sais pas. Qu'est-ce que je mets en place comme traitement ? On fait du renfo musculaire global, donc voilà. Après ça dépend de la sarcopénie, pourquoi elle est là. Si jamais c'est un patient, euh, entre guillemets qui est en baisse d'activité générale, ce ne sera pas la même chose qu'un patient qui est dénutri par exemple. Nous chez nos personnes âgées, c'est souvent une situation qu'on retrouve, il y a une difficulté à l'alimentation, à la préparation des repas, des choses comme ça donc ça reste... pour moi la personne âgée c'est quelque chose d'assez riche et global. Quelqu'un pour lesquelles je me rends compte que les repas ne vont pas être suffisamment adaptés, bah je vais faire en sorte que ça le soit ! Donc je vais proposer une aide aux repas, je vais proposer le portage de repas, je vais proposer des services qui fonctionnent avec des infirmières d'éducation thérapeutique. Donc je vais proposer éventuellement qu'elles passent dans les mains d'infirmières ASALEE de chez nous pour réadapter la qualité des repas. Pour gagner en masse musculaire, tu ne peux pas faire du renforcement musculaire chez une personne qui ne mange pas, tu n'auras pas de bénéfice. C'est plutôt une prise en charge un peu globale, et effectivement on fait euh... on fait des séries d'exercices plutôt fonctionnels.

Moi – D'accord, et quels sont vos objectifs de récupération par rapport à ce renforcement musculaire ?

I – Bah mes objectifs de récupération ça dépend du bilan de départ. Effectivement si c'est un patient qui est en perte d'équilibre, en troubles d'équilibre, l'objectif de récupération ça va être effectivement de récupérer cet équilibre. Donc il faut tester sa qualité d'équilibre au départ, bilancer son équilibre au départ et bilancer son équilibre à l'arrivée. On va dire que nos patients en situation de risque de chute, ils ont chuté une première fois, tu ne peux pas évaluer le nombre de chutes, on ne va pas leur souhaiter de tomber un certain nombre de fois pendant les séances de rééducation, donc c'est difficile à quantifier. L'objectif c'est qu'ils ne tombent plus.

Moi – D'accord. Et donc toujours dans le cadre d'un patient atteint de sarcopénie, au niveau du renforcement musculaire, qu'est-ce que vous utilisez comme exercices ou ... qu'est-ce que vous faites exactement comme renforcement musculaire ?

I – Alors on fait des extensions, alors je travaille surtout le membre inf chez les personnes âgées. On fait des extensions, alors chez nous on a des tables lorraines c'est vachement bien alors on se met assis sur la table, on fait des extensions avec des charges éventuellement, on fait des séries. On fait des montées de genoux, on fait de squat, euh, on fait des séries d'escaliers quand il y en a. Euh, qu'est-ce que je fais ? Je fais travailler alors euh, on se sert beaucoup de ce qu'il y a à domicile, puisqu'on parle d'HAD. Par exemple je vais mettre le pack de lait par terre et puis ma patiente elle va faire des abductions en poussant le pack de lait pour travailler ses fessiers. Après je travaille beaucoup avec mes mains, j'emmène pas beaucoup de matériel à domicile, je me sers de ce qu'il y a dans la maison. Donc oui, on fait du travail de fessier principalement, du squat, du quadriceps, je ramène des balles en mousse pour travailler les adducteurs et puis on essaye sur tous ces exercices-là de travailler la respiration. Souvent les personnes âgées elles se mettent complètement en blocage, elles font tous leur exercices en apnée, donc on essaye de travailler un petit peu de redressement et de maintien abdominal pendant ce temps-là, un petit peu d'ouverture d'épaule. En système postural, elles ont tendance à s'enrouler.

135

Moi – Oui, d'accord. Et dans la littérature, de nombreux programmes intègrent la notion de protocole avec notamment la 1 RM, qu'est-ce que vous pensez de l'application de ces protocoles ?

140 I – Je ne connais pas du tout.

Moi – Ok et euh, un protocole musculaire peu importe sans être précis sur le protocole, est-ce que vous pensez que c'est adapté ?

145 I – Après euh, il y a longtemps que je ne suis pas allée à l'école, voilà \*rire\*, les protocoles  
purs et durs de testing, de masse musculaire, de choses comme ça, il y a longtemps qu'on  
n'en a pas fait, enfin que je n'en ai pas fait. Je ne trouve pas que ce soit adapté en tout cas  
pour du domicile parce qu'il faut avoir des charges calibrées pour pouvoir commencer à mettre  
des protocoles. Donc il faut que tu emmènes des poids, des un kilo, des deux kilos, des trois  
150 kilos, alors soit tu te trimballes avec tes poids dans ta voiture et tu les emmènes chez chaque  
patient, soit tu en as une collection et du coup tu les laisses à domicile, ce qui fait que tu n'es  
pas sur de les retrouver, donc c'est pas le plus simple. C'est vrai qu'au niveau protocole à la  
maison c'est pas ce qu'il y a de plus facile. Après ça m'arrive, alors c'est de la débrouille hein,  
on fait comme on peut à domicile ! Ça m'arrive de prendre une grande écharpe du patient et  
155 d'y attacher deux bouteilles de lait ça me fait deux kilos, voilà, quelque chose comme ça pour  
travailler un quadriceps contre résistance sur des séries où les patients peuvent reproduire  
quand je ne suis pas là. Quand je suis là je fais de la résistance manuelle. Quand je ne suis  
pas là il faut qu'ils aient une résistance physique et effectivement je leur montre comment on  
fait sans aller chez décathlon acheter des poids ! Voilà comment on fait une résistance avec  
160 deux kilos, deux bouteilles de lait, une écharpe, on attache aux deux bouteilles de lait, on  
accroche autour de la cheville et ça fait une résistance à deux kilos.

Moi – D'accord et euh, au niveau de l'organisation de votre programme de renforcement musculaire, ça se passe comment sur une semaine par exemple ?

165

I – Alors mes patients à domicile, je les vois en général deux fois par semaine, donc on fait les séances ... moi je fais les séances avec eux, je fais la gym avec eux carrément et puis bah je te dis on fait un peu une programmation sur 4 semaines donc je leur donne des exercices sur 4 semaines et au bout des 4 semaines on fait évoluer.

170

Moi – Ok et donc vous faites du renforcement musculaire à chaque séance ?

I – C'est des séances mixtes, on fait du renforcement musculaire, on fait de l'équilibre, on va faire de la marche, en fonction de la météo moi j'emmène beaucoup quand même mes patients  
175 dehors, dès que je peux on va se faire en situation. Parce que là où effectivement ils ont des  
risques de chute c'est quand ils sont dans une situation différente de celle de la maison, donc  
on va aller faire de la marche dehors, ça dépend du temps principalement et de l'état physique  
de la personne. Les HAD c'est souvent des personnes âgées effectivement et bah il y a de la  
fatigue. Si tu y vas à 8 heures du matin, bah ils sont encore en pyjama donc tu ne pourras pas  
180 les faire sortir, voilà, la toilette est pas toujours faite donc voilà ça dépend du moment. On fait

quand même beaucoup de renforcement musculaire, du travail d'équilibre et puis de la mise en situation fonctionnelle. Aller ramasser un objet par terre par exemple, des choses comme ça. Se mettre un petit peu à genoux devant un placard pour aller chercher un paquet de pâtes au fond. C'est là où ils vont avoir des difficultés.

185

Moi – D'accord, ok. Et est-ce qu'il y a une différence avec votre pratique en cabinet ? Est-ce que au niveau de l'organisation vous faites différemment ?

I – Alors en cabinet c'est différent parce que je garde mes patients une heure.

190

Moi – D'accord.

I – Voilà ! Donc euh... les séries sont plus longues avec des temps de pause plus long. En général ce sont des patients qui sont plus en forme, pour qu'ils viennent au cabinet il faut quand même qu'ils conduisent, voilà. Donc ce sont des gens qui sont dans une condition physique plus évoluée et puis on leur fait faire du tapis de marche, on leur fait faire du vélo, et quand ils viennent au cabinet, comme c'est long, sur une heure je leur fais travailler les membres supérieurs aussi. Ce que je fais effectivement moins en domicile.

195

Moi – D'accord, ok. Quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d'un renforcement musculaire chez une personne âgée ? Est-ce que vous pensez à une situation que vous auriez vécue avec un patient ces dernières années ?

200

I – Ce qui est difficile c'est la compréhension de l'exercice, euh il faut... enfin je fais souvent par mimétisme en fait. Voilà, c'est quelque chose que je réalise, je le fais avec eux, je le fais un certain nombre de fois, et du coup au bout d'un moment quand ils ont intégré je me positionne en tant que correcteur. Voilà, ça c'est le côté, on va dire plus compliqué de la personne âgée. Euh... la difficulté... bah la fatigue, parce que tu ne peux pas faire des séries de 30, il y a un moment où voilà \*rire\*. Et puis bah c'est à domicile donc eux ... tu as moins de place, c'est moins adapté. Mais d'un autre côté c'est dans leur milieu de vie, c'est là où ils ont besoin de s'adapter eux ! Après ce qui est difficile en HAD, c'est le nombre de personne qui passent en HAD. Parce que des fois la kiné elle vient mais avant il y a eu la toilette, il y a eu l'infirmière, il y a eu l'ergothérapeute, il y a eu la famille, il y a eu ... et la kiné qui arrive à 16h30, mamie elle me dit je suis cuite \*rire\*.

205

210

215

Moi - \*rire\*

I – Donc quand on est dispo et que tu as du temps le lendemain, tu laisses tomber ta séance, tu y vas le lendemain. Mais en tout cas la prise en charge HAD c'est ce côté-là qui est compliqué. Il y a trop de monde sur la personne âgée sur la même journée.

220

Moi – D'accord, Et en cabinet, est-ce que vous avez d'autres difficultés avec une personne âgée ?

225 I – Non, c'est plus facile en cabinet. Ils sont plus avenants, ils sont plus autonomes. Ils ne viennent pas dans le même but. Souvent ils sont moins âgés aussi. On va dire les 85/95 on les voit en HAD. Ceux qui viennent en cabinet ils ont quand même en général moins de 85 ans.

230 Moi – D'accord. Et euh, est-ce que vous prenez aussi des patients à domicile sans que ce soit avec un organisme d'HAD ?

I – Ah oui ! Beaucoup, plein !

235 Moi – Et là est-ce qu'ils sont plus ou moins âgés quand vous les prenez à domicile juste, sans l'HAD ?

I – Ils sont surtout dans une situation plus facile, quand ils sortent en HAD c'est qu'ils ont été hospitalisés donc il y a eu une problématique de base plus importante. Il y a une rééducation pour une raison ou pour une autre, avec une fracture ou un malaise ou je ne sais pas moi... une hypertension, un diabète, quelque chose comme ça, qui a déconné à un moment ou à un autre. Et du coup ils sont, enfin au départ de la prise en charge ils sont dans une situation plus fragile.

245 Moi – Ok, d'accord. Alors, dernière question, comment faites-vous pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ?

I – Alors le fait de changer les exercices tous les mois c'est un bon plan, parce qu'on ne fait pas tout le temps la même chose, ce n'est pas rébarbatif. Il y a un côté objectifs, en fait, je suis capable de réaliser mes exercices sur un mois, j'ai réussi à les faire et du coup je peux les faire évoluer. Les patients sont souvent demandeurs de ça, quand tu les habitues à faire des exercices, si jamais tu fais tout le temps les mêmes, ça les soule... Et en gros, ils n'ont plus envie que tu viennes. Si tu proposes des nouveaux exercices, des fois c'est même eux qui te disent « j'aurais bien fait ça moi », voilà il y a un côté où ils savent que l'on va changer et que c'est le début du mois et qu'éventuellement on peut proposer des exercices qu'ils ont envie de faire par rapport à des situations qu'ils ont rencontrées. Je donne un exemple tout bête, j'ai des patients à domicile qui bin...sont parfois en difficulté pour monter dans une voiture, et bah on va faire des exercices dans ma voiture.

260 Moi – D'accord, ok !

I – Voilà ! Donc on fait des exercices rentrer et sortir de la voiture, où est-ce que je tiens, comment je me place ? Et puis on le fait 10 fois d'affilée s'il faut et puis bah du coup ils ont moins d'appréhension la fois d'après pour rentrer dans la voiture des enfants par exemple pour aller faire les courses. Des choses comme ça. Après la motivation, je pense qu'elle vient par rapport aux gains qu'ils peuvent avoir, quand on fait un petit bilan et qu'on leur dit « bah voilà vous vous rappelez au début de la rééducation on n'arrivait pas à faire ça 10 fois, maintenant vous le faites 20 fois tout facile ». Alors après il faut se rappeler que au début de la rééducation ils n'y arrivaient pas ! Ou il faut le noter quelque part.

270

Moi – Oui en terme d'évolution c'est motivant de voir qu'ils ont fait mieux qu'à la première séance.

275

I – C'est ça. Chez les patients qui ont un téléphone portable qui fait des photos, ou qui ont une tablette, ça m'arrive très souvent de les prendre en photo. Et de faire un comparatif début, milieu et fin. Pour lui montrer par exemple sur un squat que au tout début le squat ça ne ressemblait à rien et au bout de 4 semaines, on a fait des squats un certain nombre de fois et du coup le squat il est beau, il est amélioré, le dos est droit, on est descendu les fesses un peu plus bas. Voilà ça tu ne peux pas leur montrer comme ça « ouais vous vous rappelez il y a un mois on n'y arrivait pas ». Par contre si tu prends des photos, j'en ai plein mon téléphone aussi du coup \*rire\*. Quand tu prends une photo effectivement bin ça montre que au début la position ressemblait à rien et au bout de 4 semaines on a un squat qui est correct.

280

Moi – D'accord, ok.

285

I – Après la motivation c'est quelques fois la famille aussi ! Quand il te dit « je suis content que vous soyez venu parce que maman maintenant elle arrive à se relever de son fauteuil toute seule et puis elle n'a plus besoin de papa pour l'aider pour faire son gouter » par exemple.

290

Moi – D'accord ok ! Et bien je vous remercie infiniment !

## Entretien n°7

Moi – Selon vous, quels sont les éléments nécessaires pour qu'une personne âgée puisse bien vieillir ?

5 I – Alors pour bien vieillir, pour moi il faut qu'elle ait son autonomie. Je pense que c'est primordial. Euh ... il ne faut pas qu'elle soit dépendante parce que je pense que la dépendance c'est malheureusement pour elle, le début d'une mauvaise fin... Enfin si je peux m'exprimer comme ça !

10 Moi – Ok, en tant que masseur-kinésithérapeute, quelles mesures pouvez-vous mettre en place pour prévenir ou limiter les effets du vieillissement ?

15 I – Alors moi je fais beaucoup de reconditionnement à l'effort. Euh ... en plus j'aime bien parce que les progrès sont assez rapide et ... donc c'est gratifiant et ... eux ils profitent pleinement de ça, ils sont déjà demandeurs parce qu'ils voient bien en fait qu'ils se dégradent assez rapidement quand ils ne font plus rien. Et le fait d'acquérir progressivement un peu plus d'autonomie euh ... bah c'est gagnant-gagnant ! Presque autant pour le kiné que pour le patient ! Donc euh ... reconditionnement à l'effort oui. Après, lutter contre les troubles de l'équilibre et puis euh ... j'ai remarqué aussi qu'ils étaient très contents de pouvoir ressortir, de revoir du monde, donc euh là avec le confinement évidemment ça s'est majoré. Mais bien  
20 avant le confinement, le fait de sortir de chez eux, de les faire marcher, aller à l'extérieur euh ... pour eux c'est vraiment très très bénéfique, pour leur moral.

Moi – D'accord. Et selon quel est le rôle du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du vieillissement chez la personne âgée ?

25

I – Euh ... bah son rôle c'est ça en fait, c'est maintenir une aptitude à l'effort et puis entretenir les amplitudes articulaires, euh ... la force musculaire, l'équilibre ! Voilà, c'est euh... il y a ... on est dans l'entretien, on est dans le reconditionnement, dans le maintien ! Voilà.

30 Moi – Ok. Et donc dans votre pratique, quels types d'activité physique proposez-vous à une personne âgée ?

I – Alors, je fais pas mal de chose. Je travaille en EHPAD 2 fois par semaine en fait les après-midis, sinon je fais beaucoup de domicile. Alors j'utilise ce qu'il y a à la maison, donc les  
35 escaliers beaucoup, je fais de la marche. Alors généralement je les vois 2 à 3 fois par semaine donc je fais du renforcement musculaire une fois dans la semaine, et je travaille l'endurance la deuxième séance. Et s'il y a 3 séances, à ce moment-là on fait autre chose soit on fait de l'équilibre, soit on fait un peu plus d'endurance ou un mix des deux mais il y a toujours dans la semaine du renforcement musculaire et un travail d'endurance. Alors ils aiment, bah en  
40 endurance, la marche comme je vous ai dit, sortir, j'ai un petit pédalier donc je les fais pédaler pendant 20 minutes, il y a une intensité donc je règle en fait en fonction de la personne, en fonction de son aptitude à l'effort. J'ai un coussin de proprioception pour travailler l'équilibre. Et puis là je viens d'acheter une planche de proprioception qui ressemble à une planche de

45 surf, c'est assez ludique. Je ne l'ai pas testé encore, je viens de l'avoir aujourd'hui ! Donc je  
pense qu'ils vont bien aimer parce que quand je propose quelque chose de ludique et de  
nouveau, généralement personne ne me dit non. Après je travaille aussi avec des poids, donc  
je fais ce que j'appelle du travail à la barre quand je suis à l'EHPAD, donc le long des barres  
murales pour pouvoir marcher. Là je lui fais le renforcement musculaire, donc j'ai des poids,  
50 j'ai des élastiques, j'ai pas mal de matériel euh... bah pour changer, et ne pas tomber dans la  
monotonie.

Moi – Et quels sont vos objectifs pour ces différentes activités ?

55 I – Alors, j'ai pas mal de personnes âgées, et donc ils sont soit en reconditionnement  
musculaire, soit en fin de vie donc je force jamais quand c'est une fin de vie et que bah voilà  
je sais que je ne vais pas leur demander des choses extraordinaires parce qu'on est vraiment  
dans des choses : faire en sorte qu'ils puissent juste faire des transferts, juste aller aux  
toilettes. Donc mes objectifs en fait ils sont toujours à court terme. Après je fais en fonction de  
60 l'état général, après quand c'est une personne âgée à la maison qui euh ... voilà personne ne  
peut s'en occuper, je sais qu'il y a les moyens qui sont là physiquement pour pouvoir gagner  
en autonomie par exemple, bah là j'ai des objectifs un peu plus haut. Mais je dirais que tout  
dépend du patient en fait hein ! De son état général, et puis de là où j'arrive dans la prise en  
charge.

65 Moi – Et donc dans quel contexte proposez-vous du renforcement musculaire a proprement  
parlé ?

70 I – Alors, bah déjà dans les BPCO, première chose. Donc là ce n'est pas forcément non plus  
des personnes âgées, c'est euh ... bah c'est des BPCO donc là c'est une des mesures  
essentielle pour un BPCO. Et puis après pour les personnes âgées, dans le maintien de  
l'autonomie et puis euh, je dirais, oui, c'est toujours ça, c'est essayer de faire en sorte que ces  
gens-là puissent être chez eux le plus longtemps possible. Pour que toutes les mesures, alors  
qui soient hospitalières soient le plus loin possible. Donc qu'ils puissent se débrouiller avec  
75 l'HAD, qu'ils puissent se débrouiller avec des aides à domicile ou des voisins, qu'ils puissent  
descendre des escaliers si jamais il y a le feu, voilà c'est des choses euh... qu'ils puissent aller  
à la boulangerie pour aller chercher une baguette. C'est vraiment dans ... j'essaye d'associer  
en fait les activités de la vie quotidienne. Arroser des fleurs ou euh ... qu'ils puissent faire  
quelque chose qui leur paraît essentiel pour continuer à avoir le goût de vivre.

80 Moi – Et donc vraiment chez la personne âgée, est-ce qu'il y a des pathologies particulières  
où vous insistez avec du renforcement musculaire ?

85 I – Euh ... Après j'ai pas de pathologie ... mis à part à l'EHPAD où j'ai des pathologies  
dégénératives, neurologiques, parkinson, sclérose en plaque sinon le reste de ma patientèle  
c'est plutôt des personnes qui vont bien mis à part des antécédents médicaux, hypertension,  
problème cardiaque, des choses comme ça. Donc non je n'ai pas de pathologie réservée au  
renforcement musculaire en fait. J'essaye de le faire ... bon en plus c'est généralement sur  
prescription donc je dirais que c'est vraiment très global au niveau de ma patientèle.

- 90    Moi – D'accord. Parce que la personne âgée, le plus souvent elle est dans une situation de polyopathie et on retrouve fréquemment la sarcopénie parmi ces pathologies. Donc il s'agit d'une perte de fonction liée à une perte de masse musculaire. Face à cette pathologie est-ce que vous réaliseriez des bilans ou évaluations spécifiques ?
- 95    I - Non. Je réaliserais ou j'ai déjà réalisé ? J'ai jamais réalisé, par rapport aux sarcopénies, des bilans spécifiques. Je fais un bilan classique en fait avec perte musculaire etc. Euh ... mais je n'ai pas de bilan spécifique à la sarcopénie non.
- 100    Moi – D'accord, ok. Et donc dans votre pratique, quels sont les traitements que vous mettez en place pour cette pathologie-là, la sarcopénie ?
- 105    I – Alors tout dépend de quel grade ? Enfin où est-ce qu'on en est dans la pathologie. Après effectivement ce sont des gens qui sont ... il y a une asthénie associée à une sarcopénie, bah il faut y aller progressivement dans la mesure où il ne faut pas les dégouter. Parce que j'ai eu  
110    ça aussi quand j'arrive avec mon vélo et mon coussin de proprioception, il y a des gens pour qui ça fait tout de suite beaucoup, il y a des gens qui vont pédaler 3 minutes et ça sera déjà vraiment bien ! Donc on fera autre chose, des mobilisations passives, actives ou actives aidées mais je ne peux pas me fixer d'objectifs en fait, tant que je ne vois pas le patient au jour le jour. Après quand c'est des gens que je connais depuis longtemps, là, effectivement je peux  
115    augmenter mes objectifs et mes demandes, et là ça passe plutôt bien. Mais pour des sarcopénies oui je pense qu'il faut y aller vraiment, bah déjà en douceur pour pas les dégouter, pour ne pas les fatiguer davantage, parce qu'une séance qui épuiserait, une séance de 20 minutes qui épuiserait sur deux jours, ça n'a pas de sens en fait. Je pense qu'il faut vraiment respecter la fatigue et puis y aller progressivement.
- 120    Moi – Et donc par rapport au renforcement musculaire, qu'est-ce que vous utilisez spécifiquement par exemple dans le cadre d'un patient sarcopénique ? Quels sont les exercices que vous feriez ?
- 125    I – Bah je commencerais par des exercices tout simples. Moi je travaille devant une chaise ou à la barre, quand c'est en EHPAD, et puis je lui fais faire des mouvements, alors sans charge au départ donc juste flexion des genoux, travail du moyen fessier sur les côtés, les extenseurs, la pointe des pieds, travail de l'équilibre voilà donc juste ça au départ. Et donc je fais des séances où il y a 10 répétitions pour la première fois, si je vois que ça passe, on augmente les séries. Donc je fais une série la première fois et après si ça passe je fais deux séries, trois séries etc. Après je mets des poids, donc 500 grammes, 750 et un kilo, voilà.
- 130    Moi – Parce que dans la littérature, il y a beaucoup de programmes qui intègrent la notion de protocole, avec par exemple la 1RM. Qu'est-ce que vous en pensez, chez une personne âgée ?
- 135    I – C'est difficile de faire d'un cas une généralité je pense, vraiment, parce qu'en plus, je vous dis, d'une séance à l'autre c'est compliqué parce que tu sais pas pourquoi, il y a un jour ça va être très très bien et un autre jour où ils seront fatigués ou alors ils n'auront pas envie, donc je ne sais pas si on peut faire un programme fixe pour tout le monde...

Moi – Et donc tout à l’heure vous me disiez que sur une semaine vous alliez en général 2 à 3 fois chez chaque patient, vous m’avez dit une séance de renforcement et une d’endurance, vous ne faites que du renforcement musculaire sur 20 à 30 minutes et pareil pour l’endurance ?

140

I – Alors oui, il y a toujours un temps de repos pour un temps de travail donc je les fais aussi beaucoup se reposer et après oui généralement je fais comme ça : une séance renfo et une séance ... 20 minutes ouais, entre 20 et 30 minutes !

145 Moi – D’accord, et quelles sont les difficultés que vous êtes amené à rencontrer dans la mise en place d’un programme de renforcement musculaire chez une personne ? Est-ce que vous pensez à une situation que vous auriez vécue avec l’un de vos patients ?

150 I – Alors peut-être euh des difficultés... Je ne peux pas vous parler des gens en EHPAD j’y pense ? Parce que ça n’aurait rien à voir avec l’HAD ou si je peux quand même ?

Moi – Si si bien sûr vous pouvez bien sûr !

155 I – Euh ... difficultés ? Pour l’EHPAD ce serait les problèmes cognitifs, ce serait vraiment plus ça ! Parce que des fois ils ne comprennent pas pourquoi, et puis ils n’ont pas envie et puis ils ne comprennent pas et ils ont un peu de mal à réaliser ce que je fais. Donc ce serait plutôt ça. Et à la maison quand ils vont plutôt bien, qu’ils n’ont pas de troubles cognitifs particuliers, je crois que je suis toujours vraiment attendu même s’ils ne peuvent pas ils font un peu pour me faire plaisir mais je dirais que non je n’ai pas de difficultés après je m’adapte aussi à  
160 l’environnement. Et puis aussi je ne me borne pas à faire une séance, par exemple si jamais j’ai une mamie à laquelle je pense qui était pas bien parce que pendant la nuit elle s’était fait une cervicalgie et bah j’ai dit « bah écoutez on ne va pas faire la séance, on va faire ... je vais vous masser pendant 20 minutes ». J’ai une lampe chauffante portable, donc je suis allée  
165 chercher ma lampe, mon huile et je me suis dit de tout de façon aujourd’hui ça va être compliqué. J’ai pas de ... Je n’y vais pas, comme je vous ai dit, avec un objectif particulier, en disant « il faut absolument que je fasse ça aujourd’hui, c’est ... non je vais m’adapter à la personne que j’ai en face de moi et à comment elle est aujourd’hui quoi.

170 Moi – Ok, et dernière question, comment vous faites pour entretenir la motivation des personnes âgées tout au long de leur prise en charge ? Que ce soit en EHPAD ou en HAD ?

175 I – Alors en HAD c’est plus facile parce qu’ils sont plus volontaires et plus demandeurs et donc ils sont motivés et ils sont presque désolés le jour où j’arrive et qu’ils ne peuvent pas ! Après c’est tellement gratifiant aussi pour eux de voir que leurs efforts payent, je pense notamment à une petite dame que j’ai, qui marchait à peine quand je l’ai eu et qui aujourd’hui monte et descend 6 étages, parce qu’on aime bien faire les escaliers, elle est tellement contente de ça, qu’à Noël ses enfants l’ont invité dans un chalet à la neige, il n’y avait pas d’ascenseur et elle était vraiment très fière de pouvoir montrer qu’elle savait monter et descendre ces escaliers ! Dans la vie de tous les jours, on utilise des petites choses comme ça et c’est ce que la motive,  
180 je pense, pour continuer. Après à l’EHPAD, s’il n’y a pas de troubles cognitifs, c’est pareil je pense, ils sont contents et puis je fais des tests aussi, pour voir comment ils avancent,

comment ils sont, par exemple avec le vélo, bah on note sur un temps donné, le temps, par exemple, de coup de pédale qu'ils ont fait et on compare séance après séance. Et quand ils font des choses super bien, je leur montre et je leur dis « regardez, vous avez progressé, c'est très bien ce que vous avez fait » et bah ils sont vraiment contents, c'est un peu la carotte, je les appâte un peu avec ça en leur disant, vous voyez vous avez gagné quelque chose parce que vous avez, avec votre persévérance, vous allez progresser ! Et du coup j'ai pas trop de problème. Après chez les gens avec des troubles cognitifs c'est plus difficile parce qu'ils sont perdus quoi, donc ils ne savent pas vraiment pourquoi je suis là, pourquoi il faut qu'ils marchent alors qu'ils ont 90 ans... Ils veulent mourir, c'est plus ça quoi...

Moi – Oui donc vous fonctionnez beaucoup avec la progression et l'évolution de chaque patient !

195 I – Oui et puis bah je vous dis j'inclus des activités de la vie quotidienne. Comme par exemple aller chercher le courrier, parce qu'il y a des gens qui sont tributaires d'autres personnes pour le courrier donc ils ne l'ont pas tous les jours ! Donc le fait de leur apprendre ça et qu'ils soient capable de le faire sans que je sois là bah c'est vraiment très gratifiant pour eux ! C'est vraiment des petites choses, qui paraissent insignifiantes pour nous, mais pour eux rien que le fait d'aller chercher le courrier et d'avoir des choses à lire nouvelles, c'est leur petit bonheur de la journée !

Moi – D'accord, merci beaucoup !

205 [...]

210 I – L'EHPAD dans lequel je suis, qui a un matériel vraiment exceptionnel, pour les troubles de l'équilibre, et en fait on se rend compte que pour le domicile il existe plein de choses, pour nous faciliter la vie à nous et puis aussi pour donner un peu de motivation aux gens, pour éviter de rentrer dans une routine qui pourrait démotiver. Par exemple le fait de changer de matériel, de changer ... de faire des séances différentes à chaque fois, de proposer quelque chose de différent, c'est bien aussi.

**ANNEXE III : Tableau de traitement des données des entretiens des MK regroupés par thèmes et sous-thèmes**

		<b>MK1 / MK2 / MK3 / MK4 / MK5 / MK6 / MK7</b>
<b>Thème 1 : le rôle du MK dans la prévention chez la personne âgée</b>	<i>Sous-thème 1 : les éléments nécessaires pour bien vieillir</i>	<p>"qu'elle connaisse son corps" (L4) "ses limites"(L5)  "moral" (L17) "être entouré, être actif" (L18) "avoir une bonne alimentation" (L18-19) "avoir une vie sociale active" (L19-20) "avoir une activité physique" (L20)  "avoir les 5 sens" (L4) "être bien accompagné, d'être entouré" (L5) "se sentir bien mentalement et physiquement" (L28)  "être en relativement bonne condition physique, mentale aussi" (L4) "être entouré" (L5)  "avoir un environnement adapté" (L5-6) "que ce ne soit pas trop grand quand elle est trop vieille" (L6) "ne pas être seul" (L7) "rester actif tout le temps" (L17)  "son autonomie" (L4) "qu'elle ait du monde autour d'elle pour l'aider dans ses différentes activités" (L4-5) "qu'elle soit chez elle" (L5)  "qu'elle soit accompagnée" (L4-5) "éviter l'isolement" (L5) "il faut un entourage" (L5) "une vie active" (L6)  "son autonomie" (L4) "il ne faut pas qu'elle soit dépendante" (L5)</p>
	<i>Sous-thème 2 : les moyens de limiter les effets du vieillissement</i>	<p>"prévention" (L6) "exercice"(L13) "auto-exercice"(L13) "apprentissage" (L17) "ils s'autonomisent" (L17)  "proposer des programmes d'entretien, fin d'activité physique" (L25) "conseils d'hygiène de vie" (L26) "prévention des chutes" (L47) "éducation thérapeutique" (L47) "conseils d'aménagement du domicile" (L48)  "on peut conseiller pour préparer le vieillissement" (L14-15) "toujours rester dans l'activité [...] dans les salles de sport ou dans les associations sportives" (L15-16) "la marche nordique" (L17) "le yoga, le pilate" (L17) "les préparer je pense bien en amont de la retraite" (L17-18) "conseils, prévention primaire" (L23) "je vais préparer déjà beaucoup plus même à partir de 50 ans, même avant" (L24-25)  "une activité physique" (L13) "modérée en fonction de l'âge" (L13) "marcher un petit peu ou faire un petit peu de gym" (L13-14) "squat, tu lèves les jambes, des trucs d'équilibre" (L16-17)  "surtout au niveau de l'autonomie" (L10) "conserver la marche le plus longtemps possible" (L10-11) "avoir le moins de douleur possible" (L11) "travail de l'autonomie" (L13)  "prévention des chutes" (L138)  "beaucoup d'exercices" (L12-13) "des parcours dans la maison" (L13) "relevé du sol" (L14)  "travail de l'équilibre" (L14) "rééducation assez active" (L14) "les faire participer aux associations de village" (L17) "on a un devoir d'éducation assez conséquent" (L21)  "reconditionnement à l'effort" (L12) "lutter contre les troubles de l'équilibre" (L17-18) "sortir de chez eux, de les faire marcher, aller à l'extérieur" (L20) "maintenir une aptitude à l'effort" (L26) "entretenir les amplitudes articulaires" (L26-27) "on est dans l'entretien, on est dans le reconditionnement, dans le maintien !" (L28)</p>
<b>Thème 2 : l'activité physique chez la personne âgée</b>	<i>Sous-thème 1 : le type d'activité physique possible chez une personne âgée</i>	<p>"renforcement analytique" "renforcement global" (utilisation des bras, des jambes et du dos) (L22) "réentraînement à l'effort" (L23) "tapis de marche" (L23) "vélos" (L24)  "motomed" (L24) "il y a toute l'équipe pluridisciplinaire" (L39)  "livrets d'exercices" (L42) "entretien articulaire et musculaire" (L43) "orienter vers des structures ou associations [...] de sport adaptés à la personne âgée" (L43-45)  "réautonomie" (L39) "on va prioriser ce qui est en rapport avec le fonctionnel" (L47-48) "la marche, les escaliers" (L48) "la sortie à l'extérieur" (L48)  "de la marche" (L23) "petite gym" (L23) "vélo" (L28) "des sports qui leur plaisent" (L29) "la piscine" (L30) "n'importe quoi qu'ils peuvent faire et qu'ils aiment bien" (L30-31) "il ne faut pas que ce soit une contrainte" (L32)  "j'essaye surtout de m'adapter à l'environnement" (L24) "la marche" (L25) "travail dans les escaliers" (L25)  "renfo global" (L27) "séries d'exercices pour 4 semaines" (L28) "j'essaye de varier une fois par mois" (L28)  "les escaliers beaucoup, je fais de la marche" (L35) "équilibre" (L38) "endurance" (L38)  "renforcement musculaire" (L39) "je les fais pédaler pendant 20 minutes" (L40-41) "j'ai un coussin de proprioception pour travailler l'équilibre" (L42) "je viens d'acheter une planche de proprioception" (L43) "je propose quelque chose de ludique" (L45) "je travaille aussi avec des poids" (L46) "travail à la barre [...] le long des barres murales pour pouvoir marcher" (L47-48)</p>

	<p><i>Sous-thème 2 : les pathologies concernées par une activité physique</i></p>	<p>"pour des problèmes de rachis ou des problèmes d'équilibre" (L44) "pathologies fraîches [...] en fin de séjour" (L45-47)  "post-opératoire" "prothèse de genou, prothèse de hanche, d'épaule, des rachis dégénératifs" (L59-60) "c'est adapté pour tous" (L60)  "n'importe quel patient qui n'a pas 5 sur 5 en EMFM forcément" (L61) "vieillesse physiologique" (L65) "prothèse, fracture, parkinson ou n'importe quoi" (L65-66) "il y a toujours du renforcement musculaire à faire [...] quelle que soit la pathologie" (L67-68)  "perte de force" (L36) "quand les transferts deviennent un peu compliqués" (L36) "un affaiblissement" (L37) "problème d'alimentation [...] perte de poids donc [...] perte de force" (L37-38) "suite de chute ou d'hospits quand tu as eu un petit alitement" (L39) "dès qu'il y a une baisse assez rapide de la condition physique" (L40-41)  "ca va dépendre de sa ... de sa pathologie" (L31) "traumatologie" (L39) "prothèse de hanche, prothèse de genou" (L41-42) "des chutes" (L43) "qui auront eu une immobilisation" (L43)  "chute" (L55) "perte d'équilibre" (L56-57) "moins de force musculaire" (L62) "BPCO" (L68)  "personne âgée dans le maintien de l'autonomie" (L70-71) "pathologie dégénérative, neurologiques, parkinson, sclérose en plaque" (L83-84)</p>
<p><b><u>Thème 3 : la prise en charge kinésithérapique de la sarcopénie</u></b></p>	<p><i>Sous-thème 1 : le bilan de la sarcopénie</i></p>	<p>"testing" "EMFM" (L58) "dynamomètre" (L63) "ça permet d'avoir un chiffre, une donnée plus précise" (L72) "tests fonctionnels [...] assis-debout, le test de 6 minutes, [...] le test des 10 mètres de marche" (L81-82)  "évaluation de la force musculaire, des amplitudes articulaires" (L75-76) "bilan [...] de toutes les fonctions" (L76) "test pour évaluer la marche" (L78) "toutes les activités qu'ils peuvent être amenés à faire, voir comment ils se débrouillent" (L78-79) "get up and go, test de marche de 6 minutes" (L79)  "on fait moins d'analytique" (L76) "on fait plus du fonctionnel" (L77) "je n'ai pas de bilan à proprement parler pour ça" (L77) "EMFM" (L78) "activités de la vie quotidienne" (L78)  "levé de chaise, le time up and go" (L88) "10 mètres" (L90) "Ça reste du global et du fonctionnel en gériatrie" (L93-94)  "un bilan vraiment spécifique à la sarcopénie, j'en fais pas" (L60) "test global" (L48)  "transferts" (L49) "LOVETT [...] évaluation force musculaire" (L50-52) "bilan au niveau de l'équilibre" (L59-60) "amplitude" (L61)  "Spécifiques ? Non pas particulièrement" (L52) "bilan en fonction de l'endroit où ils se trouvent" (L53) "ce qu'ils arrivent à faire" (L53) "au niveau fonctionnel" (L54) "monter à l'étage" (L59-60) "descendre les 4 marches qui la séparent du jardin" (L60)  "je n'en fais pas, parce que je n'ai pas le temps" (L70) "j'ai préféré optimiser mes soins" (L72) "je ne fais pas beaucoup de bilans" (L72) "aller faire du testing [...] chez une personne âgée, je ne vois pas l'intérêt" (L74-75) "elle est capable de se relever d'une chaise" (L75-76) "de monter les escaliers" (L76) "franchir un obstacle" (L76-77)  "fonctionnel et je fais des questionnaires de qualités de vie" (L83) "difficulté à l'alimentation, à la préparation des repas" (L92-93)  "j'ai jamais réalisé, par rapports aux sarcopénies, des bilans spécifiques" (L95-96) "bilan classique en fait avec perte musculaire etc." (L96) "je n'ai pas de bilan spécifique à la sarcopénie non" (L97)</p>

	<p><u>Sous-thème 2 :</u> les traitements kinésithérapeu- e contre la sarcopénie</p>	<p>"exercice, toujours du renforcement [...] toujours mettre le patient en mouvement" (L79-80) "travail statique, excentrique, concentrique" (L88-89) "sans charge au début puis petit à petit en semi charge, et en charge" (L89-90) "exercice de proprio" (L90) "donc il faut faire travailler les dernières fibres musculaires qui restent parce qu'on en pourra pas recharger de la graisse en muscle hein" (L93-94) "régularité dans les exercices" (L94-95) "tous les jours, un petit peu" (L95) "il faut qu'ils l'ancrent dans leurs têtes" (L95) "auto-exercices" "de façon autonome" (L96-97) "prise en charge de la douleur, avec massage ou physiothérapie" (L170-171) "prise en charge analytique de l'articulation" (L98-99) "mobilisation souvent passive, active aidée" (L171) "travail proprioceptif, équilibre" (L172) "travail du schéma de marche" (L172-173) "peut être plus sur la fin de prise en charge" (L101) "reconditionnement à l'effort" (L101-102) "protocole sur vélo, sur tapis de marche" (L104-105) "renforcement analytique" (L105) "les questions que vous me posez me perturbent" (L85) "je le fais jamais en me disant j'agis juste sur la sarcopénie" (L89) "c'est quand même physiologique hein la sarcopénie" (L99) "de l'entretien tout simplement" (L100) "de l'entretien et du renforcement et des assouplissements, des étirements" (L100-101) "Je le fais en systématique" (L101) "c'est une entretien pour pas que ça se dégrade" (L104-105) "juste du renforcement musculaire" (L66) "soit avec moi, ou idéalement [...] quand je ne suis pas là les autres jours" (L 66-67) "des choses douces qu'ils peuvent faire sans trop les fatiguer" (L68-69) "équilibre" (L71) "marche" (L72) "marche sur un fil" (L72) "travail devant une table" (L72) "avec des élastiques" (L73) "toujours du fonctionnel, toujours debout" (L75) "éventuellement ça peut être allongé pour des exercices, lever les fesses ou des choses comme ça" (L136-137) "renfo musculaire global" (L89) "proposer une aide aux repas [...] le portage de repas" (L96) "services qui fonctionnent avec des infirmières d'éducation thérapeutique" (L97) "réadapter la qualité des repas" (L99) "tu ne peux pas faire de renforcement musculaire chez une personne qui ne mange pas, tu n'auras pas de bénéfice" (L100) "des séries d'exercices plutôt fonctionnels" (L102) "il faut y aller progressivement [...] il ne faut pas les dégouter" (L104) "mobilisations passives, actives, actives aidées" (L107) "ne pas les fatiguer davantage" (L112)</p>
	<p><u>Sous-thème 3 :</u> le type de renforcement musculaire</p>	<p>"selon la personne, selon ses douleurs" (L103) "pas trop de charge" (L104-105) --&gt; "gros problèmes d'articulations, d'arthrose, qui sont pas très en forme" (L103-104) "large gamme d'exercice" (L106-107)--&gt; "ils sont en super forme" (L106) "avec une aide poulie" (L173-174) "être progressif" (L114) "extension de genou contre pesanteur, contre résistance" (L128-129) "avoir une progression si c'est avec des poids" (L129-130) "en fonction des capacités du patient" (L130) "petite phase d'échauffement" (L132) "vélo ou tapis de marche [...] travail sur différents paliers avec une résistance qui augmente progressivement" (L131-133) "honnêtement j'ai jamais fait, j'ai jamais de patient qui avait un diagnostic de sarcopénie bien défini" (L118-119) "3 fois dans la semaine" (L131) "faire des répétitions" (L131) "en fonction de la fatigue" (L132) "se fixer quelque chose qu'il aime bien" (L133-134) "les escaliers" (L136) "du vélo" (L135) "régulièrement" (L138) "viser le plus possible dans le global et dans le fonctionnel" (L139) "exercices analytiques" (L140-141) "la génération de maintenant c'est pas leur truc!" (L142) "faire de la marche [...] 30 minutes par jour" (L144-145) "vous avez des escaliers, aaaah, allez hop on va le faire" (L145-146) A domicile "adducteurs, moyens fessiers, quadriceps, ischios" (L89) "exercices debout" (L89-90) "petits squats, des montées de genoux, se mettre sur la pointe des pieds" (L90-91) "au poids de corps" (L91) "une résistance que moi je mets" (L91-92) Au cabinet "chaise à quadri et ischios" (L94-95) "vélo" (L93) "huber" (L93) "des élastiques" (L89) "poids de corps" (L89) "chaîne fermée" (L90) "travailler debout" (L90) "équilibre" (L90) "des exercices qu'ils peuvent reproduire tous les jours" (L98-99) "surtout le membre inf" (L120) "extensions [de genoux] avec des charges" (L122) "des séries" (L123) "montées de genoux, on fait des squat" (L123) "séries d'escaliers" (L123-124) "abduction en poussant le pack de lait pour travailler les fessiers" (L126-127) "je travaille beaucoup avec mes mains" (L127) "balles en mousse pour travailler les adducteurs" (L129-130) "travailler la respiration" (L130-131) "redressement, maintien abdominal [...] ouverture d'épaule" (L132-133) "la marche dehors" (L176) "mise en situation fonctionnelle" (L181-182) "se mettre un petit peu à genoux devant un placard" (L183) "je commencerais par des exercices tout simples" (L120) "moi je travaille devant une chaise ou à la barre" (L120-121) "sans charge au départ" (L121-122) "juste flexion des genoux, travail du moyen fessier sur les côtés, les extenseurs, la pointe des pieds, travail de l'équilibre" (L122-123) "séance où il y a 10 répétitions pour la première fois" (L124) "si</p>

		ça passe, on augmente les séries" (L124) "après je mets des poids" (L126) "j'inclue des activités de la vie quotidienne" (L195)
	<i>Sous-thème 4 : les protocoles de renforcement musculaire chez la personne âgée sarcopénique</i>	<p>"pas de protocole pour la gériatrie" (L112)  "des protocoles un peu aménagés" (L112) "je ne suis pas vraiment forcément les recommandations" (L115) "être progressif" (L116) "s'adapter au patient et avoir une surveillance des différents éléments" (L116)  "honnêtement là je n'arriverai pas à te sortir un protocole parce que je vois pas comment on peut proposer un protocole en gériatrie et qui sera suivi quoi" (L146-147)  "moi je ne le ferais pas faire à un vieux" (L102) "non je ne fais jamais de 1RM" (L107) "quand tu n'as pas de machine de muscu pour mettre un poids particulier, bah c'est chaud de quantifier" (L109-110) "c'est sur que c'est mieux hein" (L111-112)  "j'utilise pas particulièrement" (L104) "des exercices très basiques" (L108-109)  "[la 1RM] je ne connais pas du tout" (L140) "je ne trouve pas que ce soit adapté en tout cas pour du domicile" (L147-148)  "c'est difficile de faire d'un cas une généralité je pense" (L132) "je ne sais pas si on peut faire un programme fixe pour tout le monde" (L135)</p>
	<i>Sous-thème 5 : les objectifs de récupération</i>	<p>"ils sont de plus en plus en formes [...] le périmètre de marche a augmenté" (L37-38)  "une meilleure autonomie" (L73) "qu'il soit plus à l'aise dans sa vie quotidienne" (L73)  "Faut qu'il fatigue moins lors de la marche" (L75) ""qu'il n'y ait pas un sentiment de chute" (L76) "la prise de force sera toujours modérée chez les personnes âgées" (L77) "qu'ils se sentent mieux" (L79) "qu'ils reprennent en force [...] pour aller faire leurs courses" (L82-83)  "récupérer la marche" (L44) "de faire en sorte qu'ils arrivent à se débrouiller du mieux possible chez eux" (L44-45) "une amélioration du périmètre de marche" (L80) "monter les escaliers, qu'ils arrivent à le faire de façon sécurisée, [...] correcte" (L82)  "entretien de souplesse et de mobilité" (L39) "maintien de force musculaire" (L40) "ça dépend du bilan de départ" (L107) "bilanter son équilibre au départ et bilanter son équilibre à l'arrivée" (L110) "nos patients en situation de risque de chute [...] l'objectifs c'est qu'ils ne tombent plus" (L110-113)  "je fais en fonction de l'état général" (L58) "gagner en autonomie" (L60-61) "tout dépend du patient" (L62)</p>
	<i>Sous-thème 6 : l'organisation du renforcement musculaire</i>	<p>"tous les jours" (L155) "le renforcement se fait un petit peu à chaque séance" (L158) "en fonction de la fatigabilité" (L159)  "deux fois par jour, tous les jours de la semaine" (L144) "une séance plutôt de travail analytique sur table [...] en position assise ou allongée, en tout cas du renforcement analytique" (L145-146-147) "une séance de travail fonctionnel [...], du reconditionnement [...], de la marche ou du vélo" (L148-149)  "5 séances de rééducation [par semaine] [...] 3 kinés, 2 ergos" (L157-159) "on se partage avec les ergothérapeutes" (L166) "la marche, tout ce qui est fonctionnel" (L167) "la séance kiné/ergo tous les jours pendant 5 jours" (L168)  "par série" (L118) "tous les groupes musculaires" (L121) "je fais des séries de 10, deux ou trois par exercice" (L123) "en moyenne c'est deux fois par semaine" (L129-130) "20 à 30 minutes [la séance]" (L149)  "un, deux trois, éventuellement trois fois par semaine" (L105-106) "j'essaye vraiment d'adapter en fonction du patient" (L121)  "deux fois par semaine" (L166) "on fait un peu une programmation sur 4 semaines [...] et au bout de 4 semaines on fait évoluer [les exercices]" (L168-169) "séances mixtes" (L173)  "deux à trois fois par semaine" (L35) "du renforcement musculaire une fois dans la semaine et je travaille l'endurance la deuxième séance" (L36-37) "une séance ... 20 minutes ouais, entre 20 et 30 minutes" (L142-143)</p>

	<p><u>Sous-thème 1 :</u> les difficultés de prise en charge</p>	<p>"la douleur" (L175) "très difficile à gérer" (L178) "les autres problèmes articulaires" (L191)"quand on travaille pour le rachis, l'utilisation des bras est limitée [...] ils ont déjà des problèmes d'épaules" (L194-195)  "problèmes de vue, d'audition" (L184) "démence ou déficit cognitif" (L186) "limiter la compréhension des consignes" (L186-187) "vraiment répéter sans cesse" (L187-188) "voilà des fois on sait qu'une fois la séance passée tout est oublié" (L189-190)  "la plus grosse difficulté c'est le troubles cognitifs" (L182) "les démences" (L182) "les troubles de la mémoire" (L183) "quand tu répètes 15 fois dans le demi-heure, "prenez les accoudoirs" "prenez les accoudoirs" là ça va être une difficulté" (L183-184) "souvent ils sont caractériels à cause de ça" (L185-186)  "ce qui est un peu gênant c'est l'aspect cognitif" (L164) "la principale chose négative ça peut être l'approche du patient qui ne sera pas volontaire dans sa rééducation" (L169-170) "Ils sont fatigables" (L176) "à part [...] une détérioration au niveau physique qui fait que ça va entraver ta prise en charge" (L196-197)  "s'ils vont tomber malade, ils vont choper la grippe ou la gastro" (L164) "l'état de forme de la personne" (L168) "tous les troubles cognitifs" (L180) "la personne ne va pas comprendre" (L181-182) "elle ne va pas se souvenir" (L182)  "la compréhension de l'exercice" (L204) "la fatigue" (L208) "à domicile [...] tu as moins de place, c'est moins adapté" (L209-210) "Après ce qui est difficile en HAD, c'est le nombre de personne qui passent en HAD." (L211-212) "la kiné qui arrive à 16h30, mamie elle me dit je suis cuite" (L213-214) "la prise en charge HAD [...] il y a trop de monde sur la personne âgée sur la même journée" (L219-220) "si tu y vas à 8 heures du matin, bah ils sont encore en pyjama, donc tu pourras pas les faire sortir" (L179-180)  "problèmes cognitifs" (L154) "ils ne comprennent pas pourquoi et puis ils n'ont pas envie" (L155-156) "je vais m'adapter à la personne que j'ai en face de moi et à comment elle est aujourd'hui" (L166-167)</p>
<p><b>Thème 4 : le relationnel et la personne âgée</b></p>	<p><u>Sous-thème 2 :</u> l'entretien de la motivation lors la prise en charge</p>	<p>"une bonne dynamique d'équipe" (L204) "ils aiment nous voir bouger, rigoler" (L205) "essayer de changer un peu les exercices" (L206) "moi ça me fatigue de faire toujours la même chose donc pour lui pareil" (L211-212)  "varier un peu les exercices" (L195) "essayer de faire des choses parlantes pour eux" (L195-196) "mises en situation" (L198) "expliquer les choses, pourquoi on les fait" (L198-199) "essayer de raccrocher ça à quelque chose qu'il font dans la vie quotidienne" (L199-200) "qu'ils voient l'utilité" (L200) "essayer d'avoir l'adhésion du patient" (L201)  "c'est la relation que tu mets dès le départ avec eux" (L193) "il faut avoir le truc quoi" (L195) "je pense que c'est ça il faut avoir le truc quoi, il faut savoir par rapport [...] à leur histoire, par rapport à ce qu'ils te racontent, par rapport à ce qu'ils peuvent te dire, à comment ils se tiennent" (L196-197) "il faut savoir s'adapter" (L197-198) "ils vont retenir que la première impression" (L198-199) "si tu arrives à les faire rigoler, à les faire accrocher, je trouve que c'est primordial" (L206-207)  "il faut que le kiné soit dynamique" (L204) "faut être présent" (L204-205) "faut bien arriver à expliquer correctement au patient, à lui faire comprendre que c'est pour lui, [...] c'est pas une contrainte la kiné, [...] c'est pour lui pour l'aider" (L205-208) "il faut que le patient comprenne ça, c'est tout" (L211)  "leur faire comprendre à quoi ça sert" (L190) "les emmener dehors, les emmener dehors dans leur jardin" (L191-192) "il faut leur expliquer pourquoi on fait ça" (L193-194) "il faut leur fixer des objectifs et leur faire comprendre" (L200) "Là il va réussir à comprendre pourquoi on le fait. Parce que, voilà, ça lui apporte quelque chose" (L202-203)  "changer d'exercice tous les mois" (L248) "on ne fait pas tout le temps la même chose, ce n'est pas rébarbatif" (L258-259) "des exercices qu'ils ont envie de faire par rapport à des situations qu'ils ont rencontrées" (L255-256) "après la motivation je pense qu'elle vient par rapport aux gains qu'ils peuvent avoir" (L265-266) "comparatif début, milieu et fin" (L275-276) "c'est quelque fois la famille aussi" (L286)  "c'est tellement gratifiant aussi pour eux de voir que leurs efforts payent" (L174) "je fais des petits tests aussi, pour voir comment ils avancent" (L181) "on compare séance après séance" (L183) "j'inclus les activités de la vie quotidienne [...] qu'ils soient capable de le faire sans que je sois là bah c'est vraiment gratifiant pour eux !" (L195-197) "éviter de rentrer dans une routine qui pourrait démotiver" (L209-210) "changer de matériel, faire des séances différentes à chaque fois, de proposer quelque chose de différent c'est bien aussi" (L210-212)</p>

---

**Place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de la sarcopénie chez la personne âgée.****Points de vue de masseurs-kinésithérapeutes spécialisés.**

**Introduction :** La sarcopénie est une maladie du système musculaire, reconnue seulement en 2016 à la CIM-10. Il s'agit d'une pathologie altérant la qualité musculaire et par conséquent la fonction. Elle touche 7,1 % des plus de 65 ans. Elle entraîne une augmentation du risque de chute et une diminution de l'autonomie. La prise en charge kinésithérapique ne semble pas être systématique, pourtant les études démontrent que l'exercice physique est le moyen de traitement principal pour lutter contre cette pathologie. Nous pouvons alors nous demander quelle est la place de la masso-kinésithérapie dans la prise en charge de la sarcopénie chez la personne âgée ?

**Matériel et méthode :** Nous avons choisi une méthode qualitative par entretiens semi-directifs. L'objectif était d'interroger des masseurs-kinésithérapeutes (MK) libéraux et salariés travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la gériatrie. Nous avons cherché à recueillir leurs expériences et leurs opinions sur la place du MK dans la prévention de la sarcopénie, la prise en charge de cette maladie ainsi que sur l'aspect relationnel de cette prise en charge.

**Résultats :** Nous avons interrogé sept MK via un guide d'entretien. L'activité physique fait partie des éléments principaux de la prise en charge préventive chez la personne âgée. Parmi ces activités physiques, le renforcement musculaire est la stratégie de prise en charge la plus utilisée par les MK interrogés. Nous remarquons aussi que les MK accordent une place importante à la relation soignant-soigné. L'adaptabilité et le dynamisme sont indispensables pour une prise en charge efficace.

**Discussion et conclusion :** Le terme de sarcopénie est globalement connu des MK mais les éléments qui composent cette maladie sont encore insuffisamment maîtrisés. Cela est dû au faible nombre de prises en charge de la part des MK. Des protocoles de renforcement musculaire existent mais ne sont pas toujours réalisables sur le terrain. L'augmentation de la prévention primaire permettrait de réduire l'incidence de la sarcopénie, ceci doit passer par une sensibilisation accrue autour de cette pathologie.

**Mots clés :** entretiens semi-directifs ; kinésithérapie ; personne âgée ; renforcement musculaire ; sarcopénie

---

**Physical therapy role in the care of sarcopenia in the elderly.  
Point of view from specialized physiotherapists.**

**Introduction:** Sarcopenia is a muscular system disease, recognized only in 2016 at ICD-10. It is a pathology that alters muscle quality and consequently function. It affects 7.1% of people over 65. It leads to an increased risk of falling and a decrease in autonomy. Physiotherapy care does not seem to be systematic, while studies show that physical exercise is the main way of treatment to fight against this pathology. We can then ask ourselves what physical therapy role in the care of sarcopenia in the elderly ?

**Material and method:** We chose a qualitative method using semi-structured interviews. The objective was to interview physiotherapists working or having worked in the field of geriatrics. We sought to collect their experiences and opinions on the role of the physiotherapist in the sarcopenia prevention, the care of this disease as well as on the relational aspect of this care.

**Results:** We interviewed seven physiotherapists using an interview guide. Physical activity is one of the main elements of preventive care in the elderly. Among these physical activities, muscular strengthening is the care strategy most used by the interviewed physiotherapists. We also note that the physiotherapists grant great importance on the caregiver-patient relationship. Adaptability and dynamism are essential for effective care.

**Discussion and conclusion:** The term sarcopenia is generally known by physiotherapists but the elements that make up this disease are still insufficiently understood. This is due to the low number of treatments provided by physiotherapists. Muscle strengthening protocols exist but are not always feasible in the field. The increase of primary prevention would allow to reduce the incidence of sarcopenia, this must be done by an increased awareness of this pathology.

**Key words:** semi-structured interviews ; physiotherapy ; elderly person ; muscle strengthening ; sarcopenia