

**SYNTHESE**

# Maintien des capacités motrices des personnes âgées

## Prescription d'activité physique

Validée par le Collège le 28 mars 2024

Cette fiche de synthèse complète les données du guide HAS de consultation et de prescription d'activité physique (AP) à des fins de santé chez l'adulte et le [référentiel de prescription d'activité physique \(AP\) chez les personnes âgées](#) (fragiles, à risque de chute ou atteintes de troubles cognitifs).

Elle aborde la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées dans le cadre du programme ICOPE (*Integrated Care for Older People*) en cours d'expérimentation en France et fait le lien avec les travaux de la HAS sur la prescription d'AP. Elle a pour objectif de faciliter la prescription d'AP par les médecins des régions concernées.

### Les données

Le programme ICOPE est un programme porté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il a été déployé dans plusieurs régions de France avec le soutien du [ministère des Solidarités et de la Santé](#) et des [agences régionales de santé](#).

Il s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus, autonomes et vivant à domicile. Il a pour objectif de retarder l'entrée en dépendance par un repérage précoce des facteurs de fragilité chez les seniors et la mise en place d'interventions ciblées. Il incite les personnes âgées à devenir actrices de leur santé.

Le programme ICOPE utilise un outil numérique et s'appuie sur le [programme européen VIVIFRAIL](#) d'exercices physiques. Il vise à maintenir la capacité motrice de la personne. La capacité motrice est une composante de la capacité intrinsèque de l'individu. L'interaction de la capacité intrinsèque du sujet et de l'environnement définit l'aptitude fonctionnelle du sujet.

La pratique régulière d'AP permet d'améliorer la capacité motrice de la personne, quel que soit l'âge, même lorsqu'elle n'en pratiquait pas précédemment ou lorsqu'elle souffre d'une maladie chronique, avec comme bénéfices attendus :

- moins de fatigue ;
- moins d'essoufflement à l'effort et lors des déplacements ;
- plus de force dans des mouvements ;
- un meilleur équilibre et une réduction du risque de chute et de fracture et de la « peur de tomber » ;
- plus d'aisance à la marche et lors des activités de la vie quotidienne ;
- une amélioration du sommeil ;
- une revalorisation de l'image corporelle et une amélioration de la confiance en soi ;
- un meilleur moral, une sensation de bien-être et une meilleure qualité de vie.

Le programme ICOPE comprend quatre étapes : ÉTAPE 1, le dépistage ; ÉTAPE 2, l'évaluation, ÉTAPE 3, le plan de soin et ÉTAPE 4, le suivi du plan de soin et la réitération de l'ÉTAPE 1.

## ÉTAPE 1. Le dépistage

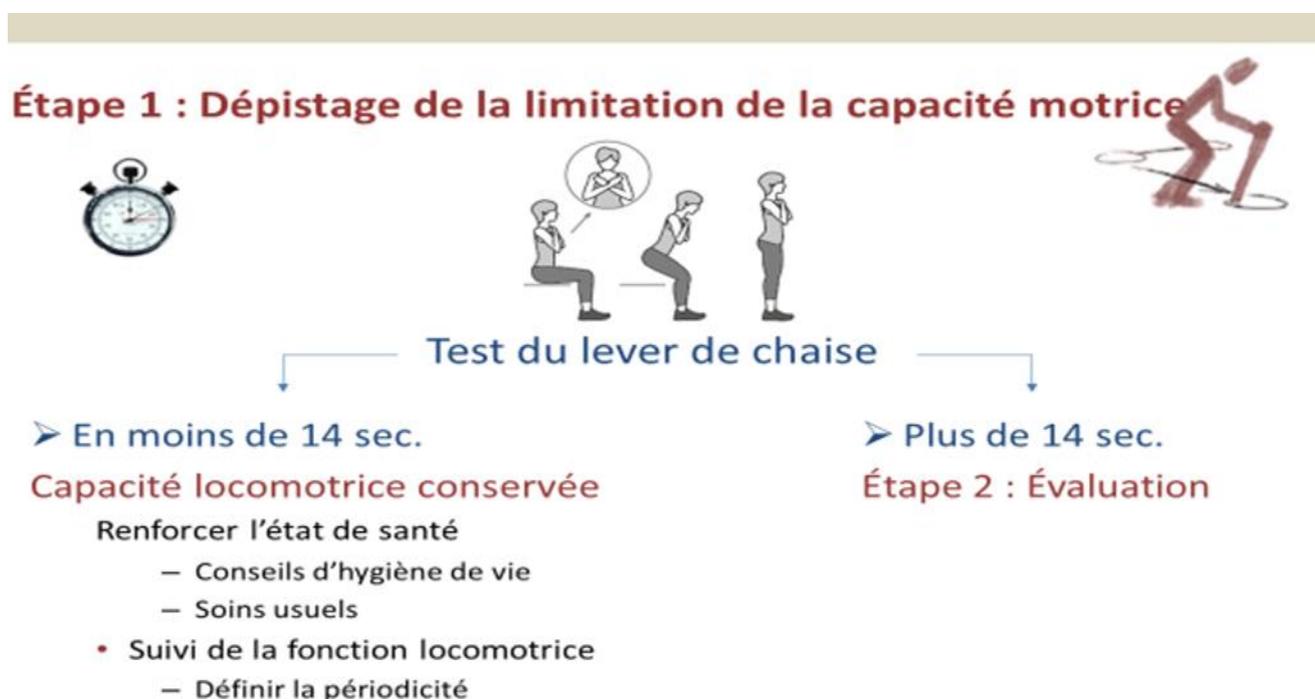
Le **dépistage** est réalisé par la personne (auto-évaluation), éventuellement avec un aidant (professionnel ou informel), à l'aide d'une application sur smartphone (ICOPE *monitor*) ou tablette (ICOPE-Bot). Il explore les 6 principaux domaines de la capacité intrinsèque de l'individu avec la recherche : d'un trouble cognitif, d'une malnutrition, de troubles visuels, de troubles auditifs, de symptômes de dépression ou d'une limitation de mobilité.

Le **dépistage d'une limitation de mobilité** est réalisé par le test du lever de chaise (figure 1).

Le test du lever de chaise consiste à se lever d'une chaise cinq fois de suite le plus vite possible, sans l'aide des bras, bras croisés sur la poitrine (Figure 1).

Les personnes âgées de 60 ans et plus qui ne peuvent pas se lever cinq fois de suite en moins de 14 secondes ont une limitation de la capacité motrice selon ICOPE. Elles relèvent d'une évaluation approfondie (ÉTAPE 2).

Figure 1. Le dépistage de la limitation de la capacité motrice selon ICOPE



## ÉTAPE 2. L'évaluation

L'**évaluation** est réalisée par un professionnel de santé formé à ICOPE. Elle cible les domaines qui ont été dépistés comme fragiles ou déficients à l'ÉTAPE 1.

L'**évaluation de la limitation de mobilité** est réalisée avec la *Short Physical Performance Battery* (SPPB) (tableau 1 et figure 2) qui comprend : des tests d'équilibre statique, un test de marche sur 4 mètres et le test de lever de chaise (référentiel de prescription d'AP chez les personnes âgées, annexe 1, page 14).

D'autres tests peuvent être utilisés pour évaluer le risque de chute, comme le *Timed Up and Go test* (TUG) (référentiel de prescription d'AP chez les personnes âgées, annexe 1, page 15).

Cette évaluation de la mobilité est complétée d'une **évaluation multifactorielle** prenant en compte les pathologies associées (polymédication, troubles orthopédiques et rhumatologiques, fragilité et

sarcopénie, douleur et facteurs intrinsèques de risque de chute), les facteurs environnementaux, en particulier les facteurs de risque de chute environnementaux, les obstacles à la mobilité et les besoins sociaux. Un travailleur social peut participer à l'évaluation approfondie dans le domaine social.

Figure 2. L'évaluation de la capacité motrice selon ICOPE et VIVIFRIL, par le SPPB



Tableau 1. Calcul du score SPPB (Short Physical Performance Battery)

<p><b>1. Test d'équilibre</b></p> <p><b>Pieds joints</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenu pendant 10 s : 1 point</li> <li>- Pas tenu pendant 10 s : 0 point</li> <li>- Pas tenté : 0 point</li> <li>- (Si pas tenté, fin du test d'équilibre)</li> </ul> <p><b>Pieds semi-tandem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenu pendant 10 s : 1 point</li> <li>- Pas tenu pendant 10 s : 0 point</li> <li>- Pas tenté : 0 point</li> <li>- (Si pas tenté, fin du test d'équilibre)</li> </ul> <p><b>Pieds tandem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenu pendant 10 s : 2 points</li> <li>- Tenu entre 3 et 9,99 s : 1 point</li> <li>- Tenu &lt; 3 s : 0 point</li> <li>- Pas tenté : 0 point</li> </ul>	<p><b>2. Test de marche sur 4 mètres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Si la personne âgée utilise une canne ou une aide à la marche et estime qu'elle en a besoin pour marcher sur une courte distance, elle peut l'utiliser)</li> </ul> <p><b>Temps pour marcher sur 4 mètres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt; 8,70 s : 1 point</li> <li>- 6,21 – 8,70 s : 2 points</li> <li>- 4,82 – 6,20 s : 3 points</li> <li>- &lt; 4,82 s : 4 points</li> </ul> <p><b>3. Test de lever de chaise</b></p> <p><b>Temps pour se lever 5 fois d'une chaise sans l'aide des mains</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapable de terminer ou &gt; 60 s : 0 point</li> <li>- 16,7 – 59,9 s : 1 point</li> <li>- 13,7 – 16,69 s : 2 points</li> <li>- 11,2 – 13,69 s : 3 points</li> <li>- &lt; 11,19 s : 4 points</li> </ul>
--	---

**Résultats et interprétation**

**Calcul du score SPPB :** la somme des 3 tests (d'équilibre, de marche et de lever de chaise), soit de 0 à 12 points

- Test d'équilibre : 0 à 4 points
- Test de marche sur 4 mètres : 0 à 4 points
- Temps pour 5 levers de chaise : 0 à 4 points

#### Interprétation du score SPPB

- Score 10 – 12 : capacité motrice normale
- Score 7 – 9 : perte modérée de la capacité motrice
- Score 0 – 6 : altération sévère de la capacité motrice

### ÉTAPE 3. Le plan de soin

**Le plan de soin** est élaboré par le médecin traitant, en collaboration avec l'équipe de soins primaires et en accord avec le patient. Il va proposer des interventions sur différents domaines reconnus comme fragiles ou déficients à l'issue de l'évaluation.

La prise en charge de la limitation de la mobilité comprend toujours la pratique d'une AP adaptée aux capacités de la personne et peut s'appuyer sur le profil correspondant du programme européen VIVIFRAIL.

Les pathologies associées et les facteurs de risque liés à l'environnement, s'ils existent, sont pris en charge dans le cadre d'une intervention multifactorielle :

- polymédication : bilan partagé de médication par le pharmacien et revue des traitements médicamenteux par le médecin ;
- troubles orthopédiques ou rhumatologiques et douleurs persistantes : traitements médicamenteux, réadaptation/rééducation et avis spécialisés ;
- fragilité physique et sarcopénie : prise en charge spécifique (alimentation et AP) ;
- chute(s) : selon le niveau de risque, une intervention multifactorielle de prévention des chutes ;
- facteurs de risque de chute environnementaux : une adaptation de l'habitat, aides techniques pour les déplacements et sécurisation des espaces de déambulation.

### ÉTAPE 4. Le suivi du plan de soin

Un suivi régulier et coordonné du plan de soin du patient (ÉTAPE 3) par le médecin traitant et les autres professionnels de santé qui prennent en charge la personne est essentiel pour :

- s'assurer de sa mise en place ;
- un suivi des progrès par rapport au plan de soin, et son adaptation ;
- une détection précoce de complications ou des modifications de l'état fonctionnel du patient ;
- une anticipation ou un accès rapide aux soins aigus, en cas de difficulté majeure de mobilité ou en cas de chutes ;
- un soutien et une formation des aidants sur l'état de santé de la personne âgée et sur l'acquisition de compétences pratiques.

## La consultation médicale d'activité physique

**Une évaluation médicale minimale** est recommandée chez tous les patients âgés dès 60 ans avant de commencer un programme d'AP d'intensité au moins modérée. En effet, les personnes âgées doivent être considérées *a priori* comme à niveau de risque cardiovasculaire élevé lors de la prescription d'une AP (cf. guide HAS, pages 29-30).

**Une consultation médicale d'AP** dédiée est recommandée chez les personnes âgées avant de commencer une AP d'intensité élevée et pour les AP d'intensité modérée en présence d'une perte modérée ou d'une altération sévère de leur capacité motrice (SPPB de 0 à 9).

Elle permet en particulier de :

- effectuer l'ÉTAPE 2 (si non réalisée par ailleurs) et assurer la prise en charge de l'ÉTAPE 3 ;
- évaluer le niveau d'AP habituel et de sédentarité de la personne ;
- évaluer la motivation à l'AP et lever les freins aux AP choisies avec la personne ;

- évaluer le niveau de risque cardiovasculaire lié à l'exercice et les autres risques liés à l'AP ;
- prescrire des AP ou sportives en autonomie ou supervisées ou un programme d'APA, en s'appuyant au besoin sur le programme européen VIVIFRAIL ;
- si indiqué, mettre en place une intervention multifactorielle pour les différents domaines repérés comme déficients ou fragiles.

## Les examens complémentaires

**Un avis spécialisé cardiologique** et une épreuve d'effort sont recommandés avant de commencer une AP d'intensité élevée en valeur absolue (> 6 METs) chez les patients âgés (cf. guide HAS, Tableau 25, page 42). À défaut d'épreuve d'effort, le médecin devra se baser sur l'examen clinique et, si nécessaire, sur des tests de performance physique en environnement pour évaluer les risques et repérer les limitations et contre-indications à l'AP.

La plupart des adultes âgés ne requièrent pas d'épreuve d'effort avant de commencer un programme d'AP d'intensité modérée (entre 3 et 6 METs).

## Contre-indications et points de vigilance

**Le risque de chute et de fracture doit être évalué et pris en charge.** Selon son niveau de risque, le patient peut relever d'une intervention par l'AP seule, d'une intervention à composantes multiples ou d'une intervention multifactorielle de prévention des chutes (fiche de synthèse HAS : AP et personnes âgées à risque de chute).

**Les blessures musculosquelettiques qui peuvent être plus fréquentes** chez la personne âgée sont un facteur d'abandon de l'AP. Elles doivent être prévenues, en se référant aux exercices proposés par le programme européen VIVIFRAIL dans le cadre d'une pratique autonome et en s'assurant de leur bonne exécution ou dans le cadre d'une pratique supervisée par un professionnel qualifié.

**Les troubles de la marche doivent être évalués.** Un bilan des pieds doit être effectué avec, au besoin, un avis podologique. Ce bilan doit rechercher : des douleurs des membres inférieurs limitant la marche au quotidien, des déformations (hallux valgus, capiton déficitaire) qui peuvent impacter le chaussage, des lésions cutanées (hyperkératose) et unguéales (ongles épais, impossibilité de les couper, etc.). Des conseils sont donnés pour un chaussage adapté.

**Le risque de déshydratation est plus important** chez les personnes âgées. Le seuil de la sensation de soif augmente et les capacités de thermorégulation diminuent avec l'âge. La personne âgée doit donc s'hydrater régulièrement (en moyenne 1,6 litre par jour pour les femmes et 2 litres par jour pour les hommes)<sup>1</sup>, même en l'absence de soif, pendant et après la pratique de l'AP. Les AP pratiquées en ambiance chaude doivent être évitées.

**Les risques liés aux médicaments lors d'une AP.** La personne âgée est souvent poly pathologique et polymédiquée. Les risques de déshydratation, d'hypotension orthostatique ou d'hypoglycémie liés à certains médicaments doivent être connus et prévenus.

<sup>1</sup> Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) 2022;41(4):958-89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>

# Conseils et prescription d'activité physique

## Les conseils

**Diminuer le temps total de sédentarité** à moins de 7 heures par jour et rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures.

**Augmenter ses AP régulières de la vie quotidienne** pour répondre aux recommandations de l'OMS (cf. guide HAS, tableau 30, pages 62-63). Les personnes âgées peuvent commencer une AP d'intensité légère (< 3 METs), comme la marche, sans risque excessif et sans consulter un médecin.

Chez les personnes âgées pré-fragiles ou fragiles, une attention particulière sera portée à la **nutrition** (apport protéino-énergétique suffisant) **et au risque de chute**.

## La prescription d'activité physique

La prescription d'AP ou de rééducation/réadaptation se base sur la classification en 4 niveaux d'intervention par l'AP du guide HAS (Guide de consultation et de prescription d'AP, tableau 3, page 15).

Le choix du niveau d'AP prescrit va dépendre des éléments recueillis lors de la consultation médicale d'AP et des résultats de l'évaluation de la capacité motrice à l'ÉTAPE 2 d'ICOPE, en particulier du score SPPB.

Les programmes d'exercices prescrits peuvent s'appuyer sur le [programme européen VIVIFRAIL](#). Les programmes d'exercices VIVIFRAIL associent des exercices d'endurance, des exercices de renforcement de la force et de la puissance musculaires, des exercices d'équilibre, des exercices de souplesse et de la marche. Ils prennent en compte le niveau d'incapacité du sujet (sévère, modérée, légère ou sans incapacité) et le risque de chute. Selon les cas, ils peuvent être réalisés en autonomie ou avec la supervision d'un professionnel de l'AP.

### 1. Altération sévère de la capacité motrice (score SPPB de 0 à 6)

Les personnes avec une altération sévère de la capacité motrice et/ou à risque élevé de chute relèvent initialement d'une rééducation/réadaptation (niveau 1).

Ainsi, la prescription de rééducation/réadaptation par un kinésithérapeute ou d'une consultation auprès d'un médecin de médecine physique et réadaptation en ville ou en hôpital de jour spécialisé ou en SMR (service de soins médicaux et de réadaptation) est recommandée en cas de :

- déclin des capacités physiques ou cognitives ou de comorbidités qui rendent complexe la prescription de l'AP ;
- risque élevé de chute.

Elle peut être nécessaire en cas de :

- douleur persistante avec retentissement psychologique ;
- limitations articulaires ;
- fractures secondaires à des traumatismes minimes ;
- pour le choix d'une aide technique au déplacement et sa bonne utilisation.

Un programme d'APA (niveau 2) supervisé par un professionnel de l'APA, sous surveillance étroite, peut être proposé à la suite ou en complément de la rééducation, ou d'emblée pour les situations cliniques moins sévères et en l'absence de comorbidités sévères cardiovasculaires et ostéoarticulaires.

## 2. Perte modérée de la capacité motrice (score SPPB de 7 à 9)

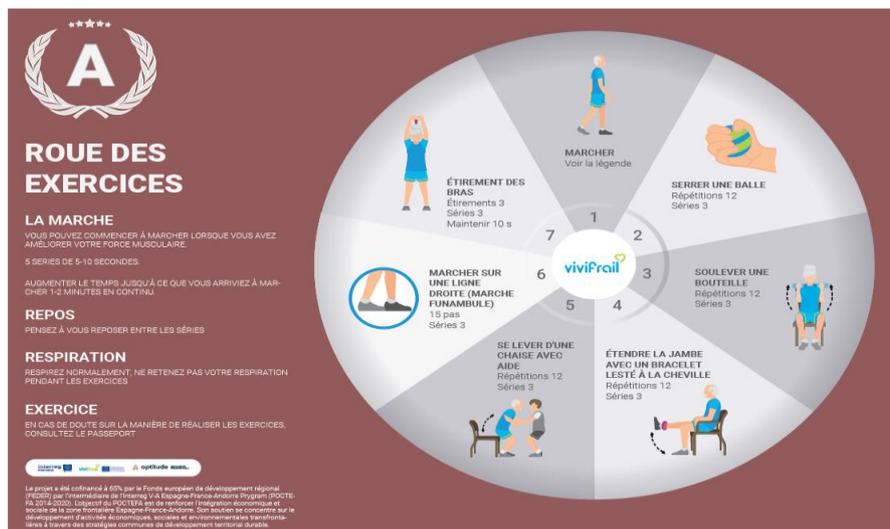
Les personnes avec une altération modérée de la capacité motrice et/ou à risque modéré de chute relèvent d'un programme d'APA supervisé par un professionnel de l'APA (niveau 2).

En l'absence de comorbidités sévères cardiovasculaires ou ostéoarticulaires, les personnes peuvent aussi relever du sport-santé supervisé par un éducateur sportif formé (niveau 3).

## 3. Capacité motrice normale (score SPPB de 10 à 12)

Les personnes avec une capacité motrice normale et/ou avec un risque faible de chute peuvent bénéficier d'AP sportives de loisir en autonomie (niveau 4), si elles sont motivées et considérées comme étant capables (ayant les ressources psychiques suffisantes) d'augmenter effectivement et sans risque leur niveau d'AP par leurs propres moyens ; seules ou avec l'aide d'un appui social (famille, amis...). À défaut, ou par choix, elles peuvent relever d'AP ou sportive de loisirs supervisées par un éducateur sportif (niveau 3).

Figure 3. Programme A VIVIFRAIL



Dans tous les cas, des objectifs **individualisés et atteignables** devront être formalisés afin d'encourager et d'impliquer les personnes âgées dans leurs changements de comportement, pour un mode de vie plus actif et moins sédentaire.

Les personnes âgées devraient pratiquer une AP régulière conforme aux recommandations mondiales sur l'AP et la sédentarité pour les personnes âgées (cf. guide HAS, page 62, tableau 30). Chez les adultes de 65 ans et plus, les **AP de la vie quotidienne**, en particulier les déplacements actifs, jouent un rôle prédominant. Les **activités récréatives ou sportives de loisirs** doivent aussi être promues, en fonction des préférences du patient et de son état de santé (cf. guide HAS, page 40, tableau 23 ; page 70, tableau 31).

L'intensité des AP doit être définie **en intensité perçue** (cf. guide HAS de consultation, page 60, tableau 28 ; guide HAS des connaissances sur l'AP, page 40, annexe 3), afin de prendre en compte les réserves physiologiques et l'état de fragilité de la personne âgée.

**Les programmes d'AP doivent être progressifs.** Chez les personnes très âgées, déconditionnées ou fragiles, les volumes d'AP doivent au début être faibles avec des intensités légères et des durées courtes. La progression doit être individualisée et adaptée à l'évolution de la tolérance à l'exercice de l'individu. Ces personnes peuvent aussi relever de la prescription d'un programme d'APA (niveau 2).

Chez les **personnes âgées avec des troubles cognitifs majeurs**, les sessions d'AP doivent être adaptées, supervisées et organisées en individuel ou en petits groupes par des professionnels formés. Ces personnes ont des difficultés ou ne peuvent pas suivre les consignes lors des séances d'AP. Elles ont un risque de chute élevé et peuvent avoir des troubles du comportement.

La personne âgée et le personnel encadrant doivent être informés des signes ou symptômes d'intolérance à l'AP ([10 réflexes en or pour préserver sa santé dans le sport](#), cf. guide HAS, page 17, tableau 5). En cas d'apparition de ces signes, la personne âgée doit arrêter son AP et consulter son médecin.

---

Ce document présente les points essentiels de la publication : **Maintien des capacités motrices des personnes âgées**, Méthode, mars 2024

Toutes nos publications sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)