

**Université Paris V  
Faculté de médecine Cochin-Port Royal  
24 Rue du Faubourg Saint Jacques  
75014 PARIS**

**PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE  
EN EHPAD**

**Dr Youcef KRELIL  
Dr Isabelle LUREAU**

**DIU de formation à la fonction de Médecin Coordonnateur en  
EHPAD**

**Année 2004-2005**

# **SOMMAIRE :**

## **INTRODUCTION**

### **DEFINITION DE LA KINESITHERAPIE**

### **KINESITHERAPIE ET PERSONNES AGEES**

#### **Le vieillissement**

#### **Les objectifs de la prise en charge**

#### **Une prise en charge multidisciplinaire**

#### **Les méthodes de rééducation**

La verticalisation

La mobilisation

La kinésithérapie respiratoire

La pouliothérapie

La marche

#### **Intérêt de la kinésithérapie**

La verticalisation

Les effets sur l'ostéoporose

Les actions sur les troubles urinaires

La mobilisation

La rééducation respiratoire

La pouliothérapie

La marche

### **LE BILAN KINESITHERAPIQUE**

## **Les actes de diagnostic**

### **Bilan-diagnostic kinésithérapique**

Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Les modalités de rémunération du bilan-diagnostic

## **LE DOSSIER DE KINESITHERAPIE**

### **LA KINESITHERAPIE DANS UN EHPAD DE CENT VINGT QUATRE LITS**

**Population de EHPAD**

**Prise en charge kinésithérapique**

**DISCUSSION**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

### **INTRODUCTION :**

A l'heure actuelle l'évolution démographique se caractérise par un vieillissement de la population. Cette augmentation de l'espérance de vie et la

sénescence doivent s'associer dans les meilleures conditions possibles. A la suite d'une immobilisation, d'une chute, d'un alitement prolongé les personnes âgées peuvent avoir perdu une partie de leurs capacités fonctionnelles : marche, gestuelle. La kinésithérapie va alors les aider à rétablir des fonctions déficientes, à retrouver une certaine autonomie et essayer d'éviter la décompensation brutale sachant qu'avec le temps, l'adaptabilité diminue et que le sujet âgé se rapproche de son seuil de décompensation. La prise en charge doit permettre une augmentation de l'espérance de vie, tout en maintenant une certaine autonomie utile pour le sujet âgé.

De ce fait la kinésithérapie est un élément essentiel dans la prise en charge du résident ; elle fait partie intégrante du projet de soins. Cependant sa réalisation, dans l'emploi du temps et l'organisation d'un EHPAD, ne paraît pas toujours aisée. En effet elle doit s'insérer dans la journée du résident entre les temps de toilette, de repas, d'animation et de visite. D'autre part qui doit réellement bénéficier d'une kinésithérapie, quand doit être réalisé un bilan kinésithérapique et à quelle fréquence doit-il être renouvelé ? Quel est l'intérêt de la kinésithérapie chez le sujet âgé ? Nécessité de l'existence d'un dossier et de transmissions de kinésithérapie ? Quel est le rôle du médecin coordinateur dans cette prise en charge ?

## **DEFINITION DE LA KINESITHERAPIE :**

La kinésithérapie est une profession de santé qui contribue à restaurer le bien-être du patient par le mouvement et la physiothérapie, suite à un traumatisme, une douleur ou un handicap. Le masseur kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des soins de réadaptation ou de rééducation, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer.

Après un examen clinique et un bilan de kinésithérapie, il établit un programme de soins adapté à chaque personne. Il travaille avec l'équipe médicale prescriptrice et l'équipe soignante pour la coordination des soins. Il est également en relation avec les services sociaux pour l'orientation des patients âgés.

Le kinésithérapeute effectue des actes de massage, de gymnastique, de mobilisation, de manipulation, de rééducation fonctionnelle, d'électrothérapie et de thermothérapie. Il travaille aussi en lien avec les fournisseurs d'orthopédie médicale et orthoprothésistes pour la fourniture et la pose de matériel.

L'essentiel de son activité s'effectue sur prescription médicale dans un but thérapeutique. La prescription est sujette à l'autorisation préalable du contrôle médicale de la sécurité sociale ou de l'administration de l'Union des Caisses de Maladie.

Le kinésithérapeute intervient dans les affections neurologiques, traumatiques, orthopédiques, respiratoires, circulatoires, rhumatismales, uro-gynécologiques, et cardio-vasculaires.

L'activité dans un but préventif, hygiénique ou esthétique s'exerce sans prescription médicale.

Le kinésithérapeute est responsable de ses actes et choisit ses traitements en fonction de la prescription médicale.

Les aptitudes du masseur kinésithérapeute sont les suivantes :

- évaluer les potentiels fonctionnels de la personne et identifier les situations de handicap en tenant compte des facteurs environnementaux et personnels.
- élaborer et formaliser un bilan de kinésithérapie
- choisir les actes et les soins adaptés aux besoins de la personne âgée, en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques.
- créer une relation de confiance avec le patient âgé et son entourage ; être à l'écoute de son patient pour discerner les

moindres évolutions de sa santé. Conseiller le patient âgé et son entourage en vue d'une démarche d'autonomisation.

- évaluer la qualité des pratiques et les résultats.
- organiser son travail en fonction des priorités.

L'exercice de la kinésithérapie peut être libéral ou salarial. Le kinésithérapeute peut exercer seul ou à plusieurs dans un cabinet privé, en association. Le salarié travaille dans les hôpitaux, établissements ou institutions privés ou publics.

L'exercice de la profession est réglementé et conventionné. Les honoraires sont fixés à l'acte selon la nomenclature en vigueur, établie par la commission ad hoc du ministère de la sécurité sociale, en utilisant la lettre-clef. Les tarifs relatifs à ces lettre-clefs sont négociés tous les ans entre l'ALK et l'Union des Caisses de Maladie. Ils ne peuvent être dépassés.

## **KINESITHERAPIE ET PERSONNES AGEES :**

### **Le vieillissement :**

Le vieillissement correspond à l'évolution biologique naturelle de l'être humain. Les grands appareils responsables du fonctionnement de notre organisme vont subir des modifications avec le temps, ce qui aura des conséquences sur les moyens d'adaptation du sujet et sur son autonomie.

Le vieillissement de l'appareil locomoteur se traduit, au niveau du système musculaire, par une diminution de l'élasticité musculaire, une diminution de la force musculaire, une modification du tonus dans les sens de l'hypertonie et une diminution de la vitesse de mouvement par raréfaction des fibres de type II.

Au niveau osseux, on constate une diminution de la masse osseuse et de la densité de l'os cortical se manifestant sous la forme d'une déminéralisation et responsable d'une fragilité osseuse importante.

Sur le plan articulaire, le cartilage subit une dégradation physiologique au cours du temps. L'absence de sollicitation du mouvement et la perte de la force musculaire limitent le jeu de l'articulation et sont responsables de rétractions péri articulaires touchant la capsule, les muscles et les tendons.

Ce vieillissement atteint également le système respiratoire. Nous constatons une altération de la fonction respiratoire avec une réduction des capacités respiratoires (touchant à la fois les volumes et les débits). Cette diminution s'explique par une double atteinte, à la fois du contenant et du contenu.

La sénescence de l'appareil cardio-vasculaire se traduit par une augmentation de la pression artérielle systolique et une augmentation des résistances artérielles périphériques tandis que le débit du myocarde tend à diminuer. Il en résulte donc une mauvaise adaptation du cœur à l'effort.

### **Les objectifs de la prise en charge :**

La réadaptation du sujet âgé vise au maximum l'indépendance : c'est l'aspect fonctionnel qui prime avant tout, et ceci, au détriment de la perfection et de l'esthétique. Pour cela, nous nous fixons des objectifs :

- un objectif de prévention primaire : entretenir les acquis du sujet dans un but préventif afin de limiter les risques de décompensation : conservation de l'intégrité orthopédique

- un objectif de prévention secondaire : rééducation à visée curative, suite à une perte brève d'autonomie. A ce stade, il faut au maximum éviter l'immobilisation trop prolongée.
- un objectif de prévention tertiaire destiné aux patients qui se situent en dessous du seuil de décompensation : il est orienté vers le confort du patient ; il s'agit d'éviter les récurrences, d'optimiser les fonctions restantes, de développer les compensations afin de ralentir la régression.

### **Une prise en charge pluridisciplinaire :**

La réadaptation ou adaptation de la personne âgée nécessite la participation de tous les intervenants : médecin, infirmière, aide soignant, psychologue, assistante sociale, animateur, ergothérapeute et kinésithérapeute ; cette collaboration est indispensable et les objectifs fixés doivent être les mêmes pour tous. Il en est du bien être physique et moral du résident.

Il s'agit non seulement d'augmenter l'espérance de vie, mais aussi et surtout, de l'augmenter dans de bonnes conditions.

### **Les méthodes de rééducation :**

#### **La verticalisation :**

Elle se fait avec une table de verticalisation avec deux sangles qui seront fixées au niveau des genoux et au niveau du thorax. Et deux poignées

latérales représentant une sécurité pour le patient. Les séances de verticalisation durent trente minutes.

### **La mobilisation :**

Elle est quotidienne et dure environs dix à quinze minutes. Le plus souvent c'est une mobilisation d'entretien orthopédique.

### **La kinésithérapie respiratoire :**

Les techniques de désencombrement seront réalisées par l'intermédiaire de la ventilation dirigée, par l'aérosolthérapie, par les pressions vibrations, par l'augmentation du flux expiratoire et la sollicitation de la toux.

### **La pouliothérapie :**

Elle est réalisée tous les jours. Le travail en pouliothérapie consiste en un montage résisté pour les abaisseurs des membres supérieurs, en position d'abduction physiologique (trente degrés de flexion), soit en bilatéral soit en unilatéral. Le but est d'obtenir une expansion de la cage thoracique. La durée du travail est donnée par la tolérance du patient.

### **La marche :**

Elle est quotidienne et est réalisée entre des barres parallèles, si la pathologie du patient le permet et dure vingt minutes environs.

## **Intérêt de la kinésithérapie :**

### **La verticalisation :**

Elle a un effet sur le rythme cardiaque et la tension artérielle. Le cœur est un muscle, et comme tout muscle, il s'atrophie s'il n'est pas sollicité. L'augmentation de la fréquence cardiaque lors de la verticalisation lutte à la fois contre les troubles liés à l'atrophie (responsable de troubles du rythme et de conduction) et contre les troubles orthostatiques. En effet la verticalisation permet une meilleure adaptabilité du cœur à la position verticale. Ce phénomène est très important car il évite ou limite la survenue de troubles orthostatiques lors des sollicitations faites par le personnel soignant. Dans certains cas favorables où la reprise de la marche pourra être envisagée, la verticalisation aura permis d'obtenir une bonne adaptabilité du cœur, pour favoriser une progression non ralentie par les troubles orthostatiques.

### **Les effets sur l'ostéoporose :**

Lorsque le squelette n'est plus mis en charge, le calcium ne se fixe plus ou très mal. De plus, il existe une diminution régulière du volume osseux jusqu'à un point de stabilisation situé en dessous du seuil de fracture. Ceci a pour conséquence une fragilité accrue de l'os, avec des risques de fracture importants. Solliciter le système osseux par une mise en charge précoce va permettre de limiter cette perte calcique. La verticalisation limite cette déminéralisation.

### **L'action sur les troubles urinaires :**

La verticalisation limite le risque d'infection urinaire du au résidu post-mictionnel. En effet, en position allongée, la vessie ne se vide pas complètement. En position verticale, la position de la vessie est différente, ce qui permet une vidange, le résidu post mictionnel est ainsi évacué. De plus il y a une action sur l'incontinence urinaire car l'infection urinaire représente une épine irritative favorisant l'incontinence.

### **La mobilisation :**

C'est une mobilisation d'entretien des amplitudes articulaires. Chez les patients grabataires, la mobilisation vise à étirer toutes les structures rétractées en luttant tout particulièrement contre le flexum de genou, dans le cas où une reprise de la marche pourrait être envisagée. Les mobilisations sont de type global, en triple flexion et en triple extension. Nous insistons sur la mobilisation en abduction des membres inférieurs, ceci afin e faciliter les soins d'hygiène effectués par les soignants. Chez les résidents non alitées, la mobilisation est également réalisée de façon quotidienne. En fonction de l'importance de la diminution d'amplitude, nous ne mobilisons que dans les amplitudes utiles pour le sujet. Chez l'hémiplégique, la mobilisation lutte contre la spasticité. Dans tous les cas la mobilisation sera progressive : on réalisera d'abord une mobilisation douce pour avoir un échauffement des structures à étirer, puis la mobilisation pourra être intensifiée. Les plans et les axes de mobilisation de l'articulation devront être rigoureusement respectés.

En plus de lutter contre les rétractions, cette mobilisation a une action positive sur l'entretien du schéma corporel, elle favorise la nutrition du cartilage articulaire par une mise en compression décompression de l'articulation, elle active le système circulatoire.

## **La rééducation respiratoire :**

Le poumon sénile présente les caractéristiques du poumon emphysémateux. L'hypoxie chronique est un phénomène constant chez le sujet âgé. Nous sommes en présence d'un équilibre précaire qui peut rapidement passer en décompensation (à la suite d'une infection, d'une grippe...). Le sujet âgé doit donc être considéré comme un insuffisant respiratoire potentiel pour lequel la rééducation aura à la fois une visée préventive et curative. La rééducation se divise en trois phases :

- rééducation de l'expiration
- rééducation de l'inspiration
- techniques de désencombrement.

L'enraidissement de la cage thoracique avec le maintien du diaphragme en position basse rend le temps expiratoire inefficace. En rééducation il faut chercher à avoir une expiration active pour augmenter le débattement du diaphragme et vider complètement la cage thoracique. Le travail de l'expiration va permettre d'obtenir une inspiration de meilleure qualité. Afin d'éviter de ventiler dans l'espace mort, le sujet inspire à grand volume courant et à petite fréquence, avec une respiration de type abdomino-diaphragmatique.

Les dyskinésies trachéo-bronchiques, très fréquentes chez le sujet âgé, gênent l'expectoration et rendent la toux inefficace en cas d'encombrement. Pour lutter contre l'encombrement, les moyens utilisés sont :

- la ventilation dirigée avec une expiration contre légère résistance (lèvres pincées) pour maintenir le plus longtemps possible la bronche ouverte.
- les aérosols pour hydrater les sécrétions
- les vibrations manuelles associées à des pression, qui sont réalisées sur le temps expiratoire et efficaces surtout en cas d'encombrement proximal.
- l'augmentation du flux expiratoire
- les exercices de la toux : nous ne sollicitons la toux qu'à glotte ouverte et seulement lorsque les sécrétions sont proximales.

### **La pouliothérapie :**

Ce travail s'effectue contre légère résistance, deux à trois kilogrammes. Le renforcement va permettre au sujet de réaliser ses transferts plus facilement ou tout du moins s'y participer. En effet le grand dorsal est le muscle qui permet de mobiliser le bassin en chaîne fermée ; de plus, ce montage réalise également un travail des triceps brachiaux car le coude est maintenu en extension. Le triceps brachial est le muscle clé du soulèvement en position assise, de la déambulation au fauteuil et de l'utilisation d'aides techniques.

L'exercice musculaire permet non seulement de préserver ou d'améliorer la force musculaire, mais il joue aussi sur l'entretien des amplitudes articulaires des membres supérieurs. Il favorise aussi l'ouverture et l'expansion de la cage thoracique.

Par ce travail musculaire, nous allons limiter la désadaptation cardiovasculaire à l'effort en réduisant les fluctuations intempestives de la fréquence cardiaque.

### **La marche :**

Le plus souvent elle s'effectue entre les barres parallèles et elle présente plusieurs intérêts :

- mise en évidence de tous les effets bénéfiques de la verticalisation vus précédemment.
- entretien musculaire des membres inférieurs luttant ainsi en partie contre l'amyotrophie.
- favorise le retour veineux par déroulement de la semelle veineuse plantaire de Lejars (le sujet âgé possède un système veineux sural dilaté).
- permet un développement de la circulation collatérale périphérique.
- entretien l'autonomie en permettant au sujet de se déplacer avec ou sans aide technique.

- a une action psychologique : la personne âgée qui marche se sent moins diminuée.

## **LE BILAN KINESITHERAPIQUE :**

### **Les actes de diagnostic :**

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Le bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non. Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade et notamment les déformations, les degrés de liberté. Il peut être appuyé sur des examens complémentaires et, éventuellement par une iconographie photographique.

### **Le bilan-diagnostic kinésithérapique :**

Il est effectué par le masseur kinésithérapeute.

### **Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique :**

Le bilan permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer une lésion avec le médecin prescripteur. Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur- kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles.

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement par :

- la description du protocole thérapeutique mis en œuvre
- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement
- les résultats obtenus par le traitement
- les conseils éventuels donnés au patient
- les propositions consécutives

**Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur :**

Une fiche synthétique de bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostique kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressé dès le début du traitement au médecin prescripteur. Toutefois, lorsque le nombre de séances est inférieur à dix, l'information du médecin peut se limiter à une copie de la demande d'entente préalable.

**Les modalités de rémunération du bilan- diagnostic :**

La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être applicable que pour un nombre de séance égal ou supérieur à dix.

## **LE DOSSIER DE KINESITHERAPIE :**

Il est conseillé d'intégrer ce dossier, dans la mesure du possible, au sein d'un dossier médical ou au sein d'un dossier unique destiné à l'ensemble du personnel de santé.

Le dossier doit respecter les règles suivantes :

- la personne qui remplit le dossier doit être identifiée
- le dossier est structuré et simple d'utilisation
- il utilise un langage précis, clair, un vocabulaire compréhensible
- il contient des informations spécifiques à la pratique masso-kinésithérapeutique
- la gestion du dossier respecte la confidentialité des données concernant le patient

Le dossier du patient doit contenir les données suivantes :

- Renseignements socio administratifs : nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse, numéro de sécurité sociale, date de la première séance, date de la dernière séance, nom du masseur kinésithérapeute ;

- Renseignements médicaux : diagnostic médical, histoire de la maladie, la ou les pathologies nécessitant la prise en charge masso-kinésithérapique, prescription médicale du traitement masso-kinésithérapique, le projet du patient, l'examen masso-kinésithérapique, le diagnostic kinésithérapique, les objectifs de la prise en charge, le traitement masso-kinésithérapique et la tenue d'un séancier pour le suivi, les résultats du traitement, le compte-rendu de fin de traitement, les correspondances professionnelles.

Le dossier est accessible à tout moment au cours du traitement. Il est recommandé d'instaurer une communication manuscrite ou informatique autour de ce dossier avec le patient, le médecin prescripteur et les autres intervenants sanitaires et sociaux.

Le dossier du patient en masso-kinésithérapie représente le support indispensable des informations pertinentes à la délivrance de soins de bonne qualité. Dans ce contexte, il doit :

- être un outil de réflexion en vue d'une démarche diagnostique, thérapeutique et pronostic
- faciliter la coordination des différents professionnels qui interviennent auprès du patient
- permettre d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles

En effet, le dossier en masso-kinésithérapie peut permettre, en respectant certaines exigences, non seulement une prise en charge du patient dans les meilleures conditions, mais aussi, toujours pour optimiser la qualité et l'organisation des soins, de faciliter la communication avec les autres acteurs du système de santé.

Dans les établissements de soins et en outre les EHPAD, le dossier du patient est le thème à l'origine de toute démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement. Son élaboration associe sans cesse l'ensemble des acteurs. Le dossier du patient constitue un point central dans l'organisation médicale et paramédicale de l'établissement. Si la mise en place du dossier en masso-

kinésithérapie est loin d'être généralisée dans les établissements de santé en France, certains facteurs peuvent dynamiser l'utilisation d'un tel document et notamment l'accréditation des établissements.

## **LA KINESITHERAPIE DANS UN EHPAD DE CENT VINGT QUATRE LITS :**

### **POPULATION DE L'EHPAD :**

La population étudiée réside en long séjour pour quatre vingt quinze pour cent d'entre eux et en cours séjour pour les autres.

Il s'agit d'une population, par définition, dépendante physiquement ou intellectuellement.

L'étude portera sur une population à un moment donné de cent dix sept personnes. Cette population est composée de vingt deux femmes et quatre vingt quinze hommes, dont l'âge s'étend de 56 à 105 ans. L'âge moyen est de 86.3 ans. Quarante quatre pour cent des résidents ont plus de quatre vingt dix ans.

### **LA PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE :**

La prise en charge en kinésithérapie concerne de nombreuses pathologie : hémiplégie, maladie de parkinson, encombrement respiratoire, sclérose en plaque, pathologies cardiaques, suite de fracture, rétraction chez les sujets grabataires, kinésithérapie d'entretien, maintien une marche correcte chez les sujets déments non déambulant.

Quatre vingt dix des cent dix sept résidents ont une prise en charge kinésithérapique soit soixante dix sept pour cent.

Le nombre de masseurs kinésithérapeutes intervenant dans la structure est de quatre. Il s'agit de libéraux.

Il existe dans la structure une salle de kinésithérapie comprenant :

- des barres parallèles,
- une table de verticalisation,
- un vélo
- une poulie

La mobilisation est quotidienne et dure dix à quinze minutes en moyenne. Il s'agit d'une mobilisation d'entretien orthopédique.

La rééducation respiratoire est fonction des indications, se fait au lit du patient le plus souvent, parfois difficile notamment chez les personnes démentes.

La marche quotidienne est réalisée entre les barres parallèles pendant quinze minutes pour certains et à l'étage pour les autres.

La répartition de la population en fonction des indications est la suivante :

- verticalisation : deux pour cent
- marche : soixante dix pour cent
- rééducation respiratoire : douze pour cent
- mobilisation : cinquante pour cent

Nous obtenons un résultat supérieur à cent pour cent mais en effet certains résidents nécessitent différents types de rééducation.

L'analyse de ces résultats nous montre que la première indication est l'entretien de la marche et de la musculature des membres inférieurs luttant ainsi contre l'amyotrophie. Elle permet au sujet de se déplacer avec ou sans aide technique dans la structure.

## **LES PROBLEMES SOULEVES DANS CET EHPAD :**

Le premier problème à soulever est un problème d'organisation. En effet la disponibilité des kinésithérapeutes n'est pas toujours compatible avec l'« emploi du temps » du résident. C'est ainsi que malheureusement il arrive trop souvent qu'un résident n'ait pas sa séance de kinésithérapie car il arrive trop tard en salle de kinésithérapie (toilette un peu tardive, oubli du résident de se rendre à la séance, kinésithérapeute trop pressé et parti dans les étages....)

Il n'existe aucun bilan au moment de la prise en charge kinésithérapique mentionnant l'évaluation initiale des déficiences et des incapacités fonctionnelles. Il n'exite pas non plus de protocole et/ou de projet de prise en charge kinésithérapique du résident. Absence de transmissions de la part des kinésithérapeutes dans le dossier du résident aussi bien dans sa forme papier qu'informatique. Donc aucun suivi possible des progrès ou des aggravations d'un résidant notamment concernant un éventuel gain ou perte d'autonomie.

## **DISCUSSION :**

Le problème d'organisation est en fait souvent lié à un problème de mauvaise coordination entre les différents acteurs intervenants auprès des résidents. D'où le rôle primordial de la présence d'un médecin coordinateur dans un EHPAD. Sa fonction lui permet de coordonner les différents acteurs exerçant dans la structure. Il doit tout d'abord faire comprendre à l'ensemble de l'équipe que la kinésithérapie est importante dans la prise en charge du sujet âgé et donc intégrer celle-ci au projet de soins et au projet de vie du résident. Le médecin

coordonnateur doit en collaboration avec le cadre infirmier aider à la planification des tâches dans les équipes soignantes. Avec éventuellement la création d'une planification horaire des séances de kinésithérapie des résidents afin que les soignants organisent leurs tâches et notamment les toilettes en fonction de celle-ci. D'autre part le médecin coordonnateur a un rôle à jouer dans la formation des équipes de soins en ce qui concerne l'importance de la kinésithérapie.

Intégration d'une fiche de bilan-diagnostic kinésithérapique et de suivi dans le dossier de soin permettant d'avoir de mieux objectiver l'évolution du résident. Mise en place d'une fiche synthétique initiale qui comporte l'évaluation initiale, le diagnostic kinésithérapique et le protocole thérapeutique précisant le nombre de séances. Et en fin de traitement une fiche synthétique finale qui comprend les soins délivrés, leurs résultats et les éventuelles propositions consécutives telle que la prolongation du traitement. Pour cela le médecin coordonnateur doit faire adhérer le kinésithérapeute au projet de soins du résident et lui montrer l'importance du suivi.

Il serait bon dans cette optique que tout résident intégrant la structure bénéficie d'un bilan-diagnostic kinésithérapique à son arrivée dans l'institution permettant une évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, de la sensibilité et de la douleur) et des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante) ce qui permet de déterminer la nécessité ou non d'une prise en charge kinésithérapique du résident ; s'il s'avère que la mise en place de cette kinésithérapie est nécessaire le bilan permettra aussi de choisir les actes et les soins adaptés aux besoins de la personne.

Il serait bon également de réévaluer régulièrement les résidents qui ne sont pas pris en charge en kinésithérapie et notamment à la suite de tout épisode pouvant entraîner une diminution de son autonomie même transitoire (alitement suite à une infection, chute, apparition de difficultés à la marche...).

Kinésithérapeute salarié ou libéral en EHPAD ? Le temps de prise en charge du kinésithérapeute en libéral ne peut être le même que celui d'un kinésithérapeute salarié. Le kinésithérapeute ayant une activité parallèle à celle de l'EHPAD, son activité au sein d'une structure ne lui permettant pas des revenus

suffisants et ce d'autant plus qu'ils ne peuvent pas cumuler certains actes de leur nomenclature conventionnée.

## **CONCLUSION :**

L'entrée en institution d'une personne âgée dépendante présentant souvent une détérioration d'un état de santé déjà précaire. La plupart des personnes ont déjà perdu presque toute autonomie fonctionnelle et tant leur entourage qu'eux-mêmes ont souvent adopté une attitude résignée devant cette situation ; et celle-ci risque de se transmettre rapidement au personnel soignant.

La plupart des personnes âgées sont incapable de se lever et d'effectuer seul les quelques pas qui les séparent des toilettes ou de leur armoire. A défaut d'une réadaptation leur activité physique se limitera à fauteuil lit et leur état général va encore s'altérer. Ces personnes vont glisser vers une vie inactive et totalement dépendante sur le plan fonctionnel.

La prise en charge rééducative d'une personne âgée n'est pas un acte isolé. La vieillesse n'est pas une maladie, le grand âge induit une dépendance naturelle qui nécessite de l'aide. Le but essentiel est d'éviter et de limiter au maximum l'aggravation. Notre expérience nous montre que le pourcentage d'amélioration de l'état général reste relativement faible d'où la nécessité d'un

bilan kinésithérapique qui doit permettre au kinésithérapeute de transmettre des informations crédibles au prescripteur en faisant apparaître les priorités attendues par ce dernier et en essayant de mettre en évidence les effets bénéfiques obtenus. Ceci permettra de développer une grande qualité de l'aide et de vraiment harmoniser les soins.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

**S. OLIVIER :** Protocole kinésithérapique en gériatrie. Rapport de travail écrit personnel présenté en vue de l'obtention du diplôme de masseur kinésithérapeute 1994-1995.

**ANAES :** Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Mars 2000

**R. GONTHIER :** Le concept de fragilité : pourquoi est-il essentiel ? La revue de gériatrie. Tome 25 N°3 Mars 2000

**G. CUNY :** Place de la kinésithérapie et de l'ergothérapie chez les personnes âgées. Revue française de gérontologie. Tome 13 N°6 Nov.Dec 1967

**J. MICHELANGELI ; J.P BOCHOT :** La réadaptation gériatrique : une spécificité. La revue de Gériatrie. Tome 17. N°4 Avril 1992

**GRECKO :** L'évaluation de la charge de soins direct en masso-kinésithérapie. Kinésithérapie scientifique N°319. Janvier 1993

**M. GEDDA :** Au cœur de la kinésithérapie : son diagnostic. Kinésithérapie scientifique. N+375 Février 1998

**NOMENCLATURE GENERALE** des actes professionnels.