

KINESITHERAPIE DU VIEILLISSEMENT SUIVANT LES RECOMMANDATIONS DE L'HAS : COMMENT EVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LES PATIENTS AGES FRAGILES

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

- Minimum : 8 (sauf cas exceptionnels)
- Maximum : 20

FORMATEUR

Nicole ESTEBE – Masseur kinésithérapeute Cadre Supérieur de Santé – Attachée de cours en IFMK – Expert à l'HAS sur le groupe de travail « comment évaluer et prendre en charge les patients âgés fragiles »

1) OBJECTIFS

Véritable problème de santé publique, la chute des personnes âgées est encore la première cause de mortalité accidentelle.

Un objectif de prévention et de réduction des risques est de réduire les facteurs de fragilité amendables et les risques de perte d'autonomie, d'institutionnalisation et d'hospitalisation grâce à l'identification des vulnérabilités et des ressources puis à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'interventions formalisées dans un Plan Personnalisé de Soins (HAS 2012).

Protocoller un bilan d'entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée (EHPAD) en adéquation avec les recommandations de l'HAS.

Les masseurs-kinésithérapeutes ont besoin de renforcer leurs acquis, d'assimiler certains gestes spécifiques pour obtenir une compétence professionnelle en gériatrie. La visée de ce stage est de permettre une remise à jour complète des savoirs et savoir-faire afin de les rendre conformes aux connaissances actuelles de la biomécanique à la physiopathologie, du bilan au traitement en passant par des travaux pratiques.

Contenu :

Théorique (cognitif, conceptuel), technologique et pratique (Voir infra)

Objectifs généraux :

A l'issue de la formation, le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- Réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par l'HAS et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.
- Contribuer à améliorer l'offre de soins et leur accès par des prestations pertinentes, réalisées par un plus grand nombre de professionnels.
- Mobiliser, en situation de soins, différents savoirs et capacités conformes aux données actuelles de la science et aux publications et recommandations de l'HAS :
 - savoir de connaissances ;
 - savoir de techniques pratiques ;
 - savoir-faire opérationnel ;
 - savoir relationnel.

- Analyser et évaluer un patient, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique
- Concevoir et conduire un projet thérapeutique kinésithérapique, adapté au patient et à sa situation (incluant la dimension éducative)
- Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la prise en charge kinésithérapique
- Intégrer l'aspect économique dans sa réflexion au quotidien lors des prises en charge des patients.

Objectifs spécifiques :

Les masseurs-kinésithérapeutes ont besoin de renforcer leurs acquis, d'assimiler certains gestes spécifiques pour obtenir une compétence professionnelle en gériatrie.

A l'issue de ce stage, le stagiaire sera en capacité de :

- Acquérir une vision pluri-disciplinaire de la prise en charge de la personne âgée, pouvoir mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique...
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), d'entrée, intermédiaires et final, en particulier :
- Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie et le risque de chute au sein d'un BDK
- Etre capable de mener une évaluation clinique et environnementale du risque de chute et de pouvoir faire des propositions en matière de prévention : afin d'être une véritable sentinelle pour détecter tout chuteur potentiel, Savoir adapter son fonctionnement libéral aux spécificités du fonctionnement institutionnel
- Savoir être acteur de la coordination des soins, en travaillant en pluridisciplinarité et transversalité : communication, traçabilité, élaboration conjointe d'objectifs, en particulier
- Savoir co-élaborer des objectifs et un programme rééducatif, avec le patient et avec les autres professionnels de santé intervenant dans l'établissement
- Savoir communiquer aux équipes soignantes les éléments nécessaires à la stimulation des capacités fonctionnelles du résident et à la prévention des TMS des soignants.
- Savoir travailler en concertation avec les autres professionnels
- Savoir une rééducation neuro-sensorielle ciblée, précoce pour obtenir un équilibre satisfaisant, diminuant ainsi les risques de chutes ainsi que le coût pour la société à travers les différentes prestations sanitaires et sociales
- Savoir mettre en place et évaluer des ateliers de prévention des chutes fonctionnels et éducatifs.

2) RESUME

Premier jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

Matin

Contenus :

9h00 – 11h

– LES MECANISMES DE L'EQUILIBRE, DE LA MARCHE, RAPPELS PHYSIOLOGIQUES

I – Les conséquences du vieillissement

1 – Données épidémiologiques
épidémiologie descriptive : fréquence, mortalité, morbidité, coût socio-économique
épidémiologie analytique : l'individu ; l'environnement.
prévention primaire (éducation à la santé) ; prévention secondaire (dépistage) ;
prévention tertiaire (éviter les rechutes et les complications)

11h-12h30

2 – Le vieillissement
classification
théorie du vieillissement
effet du vieillissement sur la posture



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



- 3 – La marche
- définition
- déterminants de la fonction d'équilibre et de la marche
- les récepteurs
- les systèmes intégrateurs
- les effecteurs

comment vieillit le centre de l'équilibre ?

les troubles de la marche

- facteurs étiologiques de la chute
 - démarche diagnostique des troubles de la marche
 - . interrogatoire
 - . examen clinique
 - . évaluation kinésithérapique
 - . les différents tests
 - . les différents déficits moteurs centraux ou périphériques (sémiologie des troubles de la marche) :
- marche déséquilibrée I
- marche déséquilibrée II : marche cérébelleuse
- marche déséquilibrée III : marche talonante (tabès, sclérose de la moelle épinière, neuropathie diabétique ou paranéoplasique)
- marche déséquilibrée IV : marche vestibulaire
- marche déséquilibrée V : marche apraxique, marche frontale,
- marche déséquilibrée VI : névrose phobique, syndrome choréique
- marche douloureuse,
- marche à petits pas.

– LES MECANISMES DE LA CHUTE

I – Définition de l'OMS

II – Pourcentage des causes de chute

III – Les conséquences de la chute

IV – Le concept d'instabilité posturale

V – Les facteurs intrinsèques

VI – Les facteurs extrinsèques

VII – Evaluation du risque

1 – Les tests prédictifs

Après-midi

Contenus :

13h30-15h30

VIII – La prise en charge

- APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE /
ORGANISATION DE LA PREVENTION
EDUCATION THERAPEUTIQUE

I – Le Médecin

II – La prise en charge kinésithérapique

- 1 – en prévention primaire
- 2 – en prévention secondaire
- 3 – en prévention tertiaire

15h30-17h

III – Le rôle de l'Ergothérapeute

IV – Le Psychologue



DEVIENT



V – Le rôle de Psychomotricien

VI – Le rôle du Pédicure/Podologue

VII – Le rôle du Diététicien

VIII – Le rôle de l'Infirmier et de l'Aide-soignante et de l'auxiliaire de vie

IX _ Mise en place d'atelier d'éducation thérapeutique sur la prévention des chutes

Objectifs du premier jour :

A l'issue de ce premier jour, le stagiaire sera en capacité de :

- Acquérir une vision pluri-disciplinaire de la prise en charge de la personne âgée, pouvoir mettre en place des ateliers d'éducation thérapeutique...
- Savoir réaliser et utiliser un Bilan Diagnostic Kinésithérapique (BDK), d'entrée, intermédiaires et final, en particulier :
 - Savoir évaluer et tracer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
 - Savoir évaluer le niveau d'autonomie et le risque de chute au sein d'un BDK
 - Etre capable de mener une évaluation clinique et environnementale du risque de chute et de pouvoir faire des propositions en matière de prévention : afin d'être une véritable sentinelle pour détecter tout chuteur potentiel, Savoir adapter son fonctionnement libéral aux spécificités du fonctionnement institutionnel
- Savoir être acteur de la coordination des soins, en travaillant en pluridisciplinarité et transversalité : communication, traçabilité, élaboration conjointe d'objectifs, en particulier

Deuxième jour : 9h00-12h30 & 13h30-17h00

Contenus :

Matin

9h00 – 11h00

– LA PREVENTION « PREVENIR C'EST PROMOUVOIR ET PROTEGER LA SANTE »

I – Effet des activités physiques sur le contrôle et sur la prévention des chutes

II – Les tests prédictifs (pratique)

III – Présentation de l'expérimentation « Bon pied Bon œil »

IV – L'environnement et ses aménagements

11h30 – 12h30

V – Les préconisations de l'HAS

- Prévention des chutes accidentelles de la personne âgée (novembre 2005)
- Masso-kinésithérapie dans les conservations des capacités motrices de la personne Agée (avril 2005)
- Comment évaluer et prendre en charge les patients âgés fragiles, à domicile ou, dès leur entrée en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) ? (décembre 2013)
- Elaborer un Diagnostic Kinésithérapique, reposant sur une évaluation complète, comprenant un examen clinique du patient et concluant par une synthèse qui débouche sur un Plan Personnalisé de Soins (PPS HAS 2012) qui réponde aux besoins du patient en planifiant des interventions dans le domaines du soin, de l'aide, et de l'éducation thérapeutique, et qui fasse l'objet d'un suivi, de révision et d'ajustement.

- Evaluation de la fiche

Après-midi

13h30 – 16h00

- – PRISE EN CHARGE DU CHUTEUR (pratique)

I – Les ateliers d'équilibre

a- Comment mettre en place un ATELIER EQUILIBRE ?

b- Matériel et Référentiel ATELIER

II – Evaluation et rééducation fonctionnelle d'un programme de prévention de la chute et de rééducation de l'équilibre spécifique à la personne âgée par plateforme de posture

III- Rééducation du syndrome post-chute

16h00-17h00

* Présentation de la bibliographie et des sites de recherche
Synthèse

Objectifs de la seconde journée :

- Savoir co-élaborer des objectifs et un programme rééducatif, avec le patient et avec les autres professionnels de santé intervenant dans l'établissement
- Savoir communiquer aux équipes soignantes les éléments nécessaires à la stimulation des capacités fonctionnelles du résident et à la prévention des TMS des soignants.
- Savoir travailler en concertation avec les autres professionnels
- Savoir une rééducation neuro-sensorielle ciblée, précoce pour obtenir un équilibre satisfaisant, diminuant ainsi les risques de chutes ainsi que le coût pour la société à travers les différentes prestations sanitaires et sociales
- Savoir mettre en place et évaluer des ateliers de prévention des chutes fonctionnels et éducatifs.

3) METHODOLOGIES

- Analyse des pratiques par grille d'évaluation« pré formation » (**pré-test**)
- Restitution au formateur des résultats de ces grilles d'analyse des pratiques préformation, question par question au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présente d'une durée de 14 h comportant des échanges sur les résultats de l'évaluation pré-formation (**pré-test**), d'un face à face pédagogique de d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les évaluations.
- Analyse des pratiques par évaluation post formation
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- **Méthode participative - interrogative** : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- **Méthode expérientielle** : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- **Méthode expositive** : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- **Méthode démonstrative** : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- **Méthode active** : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Si besoin et en fonction du thème de la formation : tables de pratiques (1 pour 2), tapis, coussins, modèles anatomiques, consommables (bandages, élastiques, etc...).



**MAISON
DES
KINES**
INK FORMATION

Institut National de la Kinésithérapie
www.maisondeskines.com

> 3, rue Lespagnol - 75020 Paris
tél. : 01 44 83 46 71

secretariat@ink-formation.com

N° de déclaration d'activité : 11 75 116 30 75



C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Evaluation « pré » (pré-test) et « post formation » (post-test)
- Questionnaire de satisfaction immédiate
- Questionnaire de satisfaction à distance

D – Référence recommandation bibliographie

1. Oliver, D., A. Hopper, and P. Seed, Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. *J Am Geriatr Soc*, 2000. 48(12): p. 1679-89.
2. Robertson, M.C., et al., Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. *J Am Geriatr Soc*, 2002. 50(5): p. 905-11.
3. Chang, J.T., et al., Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *Bmj*, 2004. 328(7441): p. 680.
4. Murphy, J. and B. Isaacs, The post-fall syndrome. A study of 36 elderly patients. *Gerontology*, 1982. 28(4): p. 265-70.
5. Vellas, B.J., et al., Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*, 1997. 26(3): p. 189-93.
6. Tinetti, M.E. and C.S. Williams, Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med*, 1997. 337(18): p. 1279-84.
7. Ermanel, C., Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. *BEH*, 2007(37-38): p. 318-322.
8. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées HAS, Editor. 2009.
9. Ricard, C., Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. *BEH*, 2007(37-38): p. 322-324.
10. Lord, S.R., et al., An epidemiological study of falls in older community-dwelling women: the Randwick falls and fractures study. *Aust J Public Health*, 1993. 17(3): p. 240-5.
11. Rubenstein, L.Z., et al., Falls and instability in the elderly. *J Am Geriatr Soc*, 1988. 36(3): p. 266-78.
12. Northridge, M.E., et al., Home hazards and falls in the elderly: the role of health and functional status. *Am J Public Health*, 1995. 85(4): p. 509-15.
13. Arcand M, H.R., Précis pratique de gériatrie. Maloine ed. 1997, Paris.
14. Lord, S.R., R.D. Clark, and I.W. Webster, Physiological factors associated with falls in an elderly population. *J Am Geriatr Soc*, 1991. 39(12): p. 1194-200.
15. Lord, S.R., Visual risk factors for falls in older people. *Age Ageing*, 2006. 35 Suppl 2: p. ii42-ii45.
16. Courtemanche, R., et al., Gait problems in diabetic neuropathic patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 1996. 77(9): p. 849-55.
17. Kenny, R.A. and D.A. Richardson, Carotid sinus syndrome and falls in older adults. *Am J Geriatr Cardiol*, 2001. 10(2): p. 97-9.
18. Rubenstein, L.Z., Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*, 2006. 35 Suppl 2: p. ii37-ii41.
19. Tinetti, M.E., M. Speechley, and S.F. Ginter, Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med*, 1988. 319(26): p. 1701-7.
20. Whipple, R.H., L.I. Wolfson, and P.M. Amerman, The relationship of knee and ankle weakness to falls in nursing home residents: an isokinetic study. *J Am Geriatr Soc*, 1987. 35(1): p. 13-20.
21. Mazoteras Munoz, V., et al., Gait and balance impairments in Alzheimer disease patients. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 24(1): p. 79-84.
22. Lemke, M.R., et al., Motor activity and daily variation of symptom intensity in depressed patients. *Neuropsychobiology*, 1997. 36(2): p. 57-61.
23. Jensen, J., et al., Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. *Ann Intern Med*, 2002. 136(10): p. 733-41.
24. Tinetti, M.E., W.L. Liu, and E.B. Claus, Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. *Jama*, 1993. 269(1): p. 65-70.
25. Robbins, J.A., M.L. Biggs, and J. Cauley, Adjusted mortality after hip fracture: From the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc*, 2006. 54(12): p. 1885-91.
26. Pfitzenmeyer, P., et al., Psychomotor desadaptation syndrome. *Arch Gerontol Geriatr*, 1999. 28(3): p. 217-25.



DEVIENT



27. Campbell, A.J. and M.C. Robertson, Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age Ageing*, 2006. 35 Suppl 2: p. ii60-ii64.
28. Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile HAS, Editor. 2005.
29. Tinetti, M.E., T.F. Williams, and R. Mayewski, Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med*, 1986. 80(3): p. 429-34.
30. Mathias, S., U.S. Nayak, and B. Isaacs, Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil*, 1986. 67(6): p. 387-9.
31. Abellan van Kan, G., et al., The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 26(2): p. 275-86.
32. Harada, N.D., V. Chiu, and A.L. Stewart, Mobility-related function in older adults: assessment with a 6-minute walk test. *Arch Phys Med Rehabil*, 1999. 80(7): p. 837-41.
33. Lundin-Olsson, L., L. Nyberg, and Y. Gustafson, "Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people. *Lancet*, 1997. 349(9052): p. 617.
34. <http://www.esculape.com/fmc/vertige.html#fukuda> consulté le 05/02/2011.
35. Lord, S.R., et al., Sit-to-stand performance depends on sensation, speed, balance, and psychological status in addition to strength in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002. 57(8): p. M539-43.
36. Abric M, D.P., in *Gestes et activations pour la personne âgée. Ergomotricité et soins gériatologiques*, Maloine, Editor. 1998: Paris.
37. Gillespie, L.D., et al., Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009(2): p. CD007146.
38. Bean, J.F., et al., The relationship between leg power and physical performance in mobility-limited older people. *J Am Geriatr Soc*, 2002. 50(3): p. 461-7.
39. Mourey, F., A. Camus, and P. Pfitzenmeyer, [Posture and aging. Current fundamental studies and management concepts]. *Presse Med*, 2000. 29(6): p. 340-4.
40. Maki, B.E., et al., Effect of facilitation of sensation from plantar foot-surface boundaries on postural stabilization in young and older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1999. 54(6): p. M281-7.
41. Brown, L.A., A. Shumway-Cook, and M.H. Woollacott, Attentional demands and postural recovery: the effects of aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1999. 54(4): p. M165-71.
42. Latham, N.K., et al., Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2004. 59(1): p. 48-61.
43. Marcell, T.J., Sarcopenia: causes, consequences, and preventions. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2003. 58(10): p. M911-6.
44. Chandler, J.M., et al., Is lower extremity strength gain associated with improvement in physical performance and disability in frail, community-dwelling elders? *Arch Phys Med Rehabil*, 1998. 79(1): p. 24-30.
45. Hofmeyer, M.R., et al., Floor-rise strategy training in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 2002. 50(10): p. 1702-6.
46. Speechley, M. and M. Tinetti, Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 1991. 39(1): p. 46-52.
47. site cartosanté www.ars.fr consulté le 10/03/2011.
48. Matharan J, M.J., Rigal E, *Le métier de masseur-kinésithérapeute*. 2009, ONDPS: Paris. p. 139.
49. Gatto F, R.J., Ladage C, *Evaluation des pratiques professionnelles des masseurs kinésithérapeutes. Enquête scientifique et synthèse générale*. 2009

E – Grille d'évaluation pré-test / post-test (pré et post-formation)

Cf page suivante

Rééducation et prévention des chutes du sujet âgé

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

- NC = non concerné, ne pas cocher (valide une réponse fausse)

Patient 75 ans autonome, faisant des chutes à répétition, avec prescription de rééducation de l'équilibre

Lors de votre bilan diagnostique kinésithérapique avez-vous :	OUI	NON	NC
01 - Evalué l'impossibilité de se relever du sol et le temps resté au sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - Evalué les troubles de la marche, le périmètre de marche par l'épreuve sur 6 minutes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 - Mesuré la vitesse de marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 - Utilisé un goniomètre pour évaluer les amplitudes articulaires de la tibio tarsienne du genou, de la hanche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 - Evalué la mobilité des membres supérieurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 - Evalué la mobilité du rachis et essentiellement du rachis cervical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - Evalué la force musculaire des stabilisateurs de hanche, quadriceps, ischio jambiers et triceps sural en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 - Evalué la sensibilité profonde et superficielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 - Evalué s'il existe des problèmes podologiques et si les chaussures sont adaptées ou pas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Noté dans le dossier patient si il existe des problèmes visuels, auditifs, des antécédents d'AVC avec déficit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Noté dans le dossier patient le traitement de votre patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Evalué s'il existe des troubles orthostatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Evalué les troubles de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de votre bilan de l'équilibre statique et dynamique avez-vous :	OUI	NON	NC
14 - Réalisé le Test Moteur Minimum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Réalisé le Test de Tinetti ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Réalisé le Time up and go test ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Réalisé le Test de Fukuda ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Réalisé le Test de Romberg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de votre séance de rééducation après un épisode aigu qui a été délétère pour la préservation des capacités de transfert de votre patient, avez-vous en rééducation :	OUI	NON	NC
19 - Travaillé des retournements et des levers du lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Travaillé les passages assis-debout et debout-assis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - Réentraîné le patient à la montée et descente des escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de vos séances de Masso-Kinésithérapie dans les techniques de rééducation de la fonction d'équilibration avez-vous :	OUI	NON	NC
22 - Travaillé les déséquilibres intrinsèques du tronc et les déséquilibres extrinsèques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Travaillé la réautonomisation des stratégies posturales avec les modulations de base d'appui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Travaillé sur plate forme de posturologie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors de la rééducation de la marche avez-vous :	OUI	NON	NC
25 - Varié la vitesse et la direction de la marche, en utilisant des consignes verbales cadencées et en double tâche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Utilisé les passages d'obstacles, travaillé les montées et descentes des escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lors des séances de Masso-Kinésithérapie avez-vous :	OUI	NON	NC
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :	Phase :	Patient :	Date :	Formulaire :
-------	---------	-----------	--------	--------------

27 - Evalué avec votre patient et son entourage les risques environnementaux ?

28 - Etabli un contrat de soins obligatoire avec votre patient comportant un listing d'exercices à réaliser quotidiennement chez lui ?