

MAINTENIR L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES : BILAN ET KINESITHERAPIE ADAPTEE AU CABINET, AU DOMICILE ET A L'EHPAD

A – Programme détaillé

DUREE

Deux jours en présentiel :
- 14 heures de formation

NOMBRE DE STAGIAIRES

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

FORMATEUR

Damien OLIVON – Masseur-kinésithérapeute Rééducateur DE – animateur –
Formateur PRAP

1) OBJECTIFS

La compréhension de la fragilité et de la perte d'autonomie de la personne âgée a évolué profondément ces dernières années, notamment sous l'impulsion de la recherche française et internationale.

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. Les compétences acquises iront de la biomécanique à la physiopathologie, pour les savoirs, du bilan au traitement, pour les savoir-faire. Des travaux pratiques faciliteront l'intégration de ces compétences.

Contenu :

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

Objectifs généraux :

L'intention générale du projet, du point de vue de la pratique libérale et institutionnelle, est pour le kinésithérapeute formé, d'acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique spécifique du sujet âgé entrant et vivant en institution.

Le participant sera capable après une analyse de la pratique actuelle et des recommandations de :

- De réaliser des tests et évaluations simples et rapides, recommandés et validés par la HAS pour la plupart, afin de dépister au plus tôt la fragilité des personnes en avancée dans l'âge et ensuite d'améliorer leur prise en charge avec une approche globale, novatrice et mieux adaptée.

- Afin d'assurer un meilleur suivi de ces patients fragiles, ceci contribuant 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 la 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 :

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

- 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
- 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 rééduquer le risque de chute, et mettre en place des actions correctives
- 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 :

9h-9h30

- Restitution des grilles « Pré-formation » (pré-test) et tour de table
- Evaluation initiale des connaissances, tour de table et attentes de chacun

9h30-11h30

- Partage sur le fonctionnement institutionnel, le travail pluridisciplinaire, la nécessité de l'écrit (transmission, BDK...)

11h30-12h30

- auto-évaluation de ses pratiques professionnelles (EPP)
- Economie de la santé : législation, épidémiologie, nomenclature, références libérales et institutionnelles

Problématique

- Efficience de la rééducation kinésithérapique
- Travail en pluridisciplinarité et continuité des soins
- Objectif du BDK, contraintes et intérêts, évaluation et traçabilité
- Formalisation type d'un BDK : support, contenu
- Rappels des problématiques spécifiques du sujet âgée entrant en institution, et des besoins des équipes soignantes et des directions.
- Rappels de la Fragilité, de la Dépendance, des TMS et du risque de chute
- Stimulation des capacités fonctionnelles des résidents et prévention des TMS des soignants

Après-midi

Contenus :

13h30-15h30

- Positionnement du MK dans une équipe pluridisciplinaire
- Concept de fragilité : définition, évaluation
- Lutte contre la dépendance iatrogène : définition et actions

15h30-17h

- Evaluation et stimulation des capacités fonctionnelles du résident : aux transferts, à la déambulation et évaluation spécifique du risque de chute tests selon capacités cognitives et objectifs (prédictifs ou sémiologique)
- Neuropsychologie : le syndrome post-chute
- Synthèse de la journée, temps de partage

Objectifs de la première journée :

- Acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation kinésithérapique spécifique du sujet âgé entrant et vivant en institution.
- 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
- 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

9h-11h

- Résumé de la veille, temps de partage
- Stimulation des capacités patients: utilisation et valorisation dans la prise en charge kinésithérapique: ateliers pratiques
- Environnement, Installation du patient, aides techniques

11h-12h30

- Relation alimentation et risque de chute : Prévention de la dénutrition et de la déshydratation
- Education à la Santé : adapté à la pratique libérale en EHPAD : élaboration, animation, évaluation d'un atelier de prévention des chutes
- Traçabilité : BDK d'entrée et intermédiaires d'un sujet âgé vivant en institution

Après-midi

13h30-16h

- Cas cliniques : rédaction de BDK spécifiques aux résidents d'EHPAD
- Stimulation et aide aux transferts des résidents en EHPAD : technique d'accompagnement, de manutention manuelle et mécanique

16h-17h

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 prévenir et/ou réduire le risque de chute, et mettre en place des actions correctives
- 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 présentielle 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...).

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. Beauchet, O., Dubost, V., Revel-Delhom, C., Berrut, G., & Belmin, J. (2011). How to manage recurrent falls in clinical practice: guidelines of the French Society of Geriatrics and Gerontology. *The journal of nutrition, health & aging*, 15(1), 79-84.
2. Boudaoud, S., Chehade, F., Chkeir, A., Dao, T. T., El Hassani, A. H., Istrate, D., & Jeremy, L. (2019, May). Prévention, Détection et Compensation de la fragilité: approche standardisée (projet PREDECO).
3. Brika, M., Desramault, F., Mourey, F., & Kubicki, A. (2018). Et si l'important n'était pas la chute mais de réussir à se relever du sol?. *Kinésithérapie, la Revue*, 18(194), 39.
4. Brika, M., Mourey, F., & Kubicki, A. (2018). L'évaluation systémique au service du diagnostic physiothérapique en gériatrie. *Kinésithérapie, la Revue*, 18(194), 23.

5. Clyburn, T. A., & Heydemann, J. A. (2011). Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *JAAOS- Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 19(7), 402-409.
6. Cwikel, J., & Fried, A. V. (1992). The social epidemiology of falls among community-dwelling elderly: guidelines for prevention. *Disability and rehabilitation*, 14(3), 113-121.
7. Etude nationale 2009, bien vieillir, évaluation et perception de l'avancée en âge des personnes accueillies dans les centres de prévention agirc et arrco.agirc et arrco.
8. Feder, G., Cryer, C., Donovan, S., & Carter, Y. (2000). Guidelines for the prevention of falls in people over 65. *Bmj*, 321(7267), 1007-1011.
9. Fourcade A. La prévention des chutes des résidents d'EHPAD dans le département de l'Ain, mémoire EHESP, 2011
10. Gedda M, Mourey F. La chute : une entité gérontologique ; l'évaluation du risque de chute ; recenser les techniques existantes. *Kinésithérapie les annales*, octobre 2002.
11. Goodwin, V., & Briggs, L. (2012, August). Guidelines for the physiotherapy management of older people at risk of falling. *AGILE*.
12. Hauer, K., Rost, B., Rüttschle, K., Opitz, H., Specht, N., Bärtsch, P., ... & Schlierf, G. (2001). Exercise training for rehabilitation and secondary prevention of falls in geriatric patients with a history of injurious falls. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(1), 10-20.
13. Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandation pour la pratique clinique : masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile, 2005.
14. Haute Autorité de Santé (HAS) : Réponse à la saisine du 3 juillet 2012 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale, référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention, septembre 2012.
15. Herbaux I : Podologie du sujet âgé, éditions frison-roche
16. Hoppeler, T. (2019). Mise en place d'atelier de prévention des chutes en EHPAD par un kinésithérapeute libéral. *Kinésithérapie, la Revue*, 19(207), 40-48.
17. IAGG, SFGG : Repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles, Livre blanc, www.fragilité.org/livreblanc
18. INPES. Référentiel de bonnes pratiques : prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, INPES,2005
19. Joubert, J., & Couillandre, A. (2018). Enquête descriptive des pratiques préventives kinésithérapiques auprès des personnes âgées, en France métropolitaine, en avril 2016. *Kinésithérapie, la Revue*, 18(196), 21-27.
20. Kubicki, A., Brika, M., & Mourey, F. (2017). EquiMog: équilibre et motricité en gériatrie. *Kinésithérapie, la revue*, 17(184), 31-32.
21. Milisen, K., Geeraerts, A., & Dejaeger, E. (2009). Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. *Gerontology*, 55(2), 169-178.
22. Moreland, J., Richardson, J., Chan, D. H., O'Neill, J., Bellissimo, A., Grum, R. M., & Shanks, L. (2003). Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*, 49(2), 93-116.
23. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148-157.
24. Pérennou D : Evaluation de l'équilibre en pathologie neurologique et gériatrique, Elsevier, 2005
25. Sherrington, C., Lord, S. R., & Finch, C. F. (2004). Physical activity interventions to prevent falls among older people: update of the evidence. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 43-51.
26. Simpson, J. M., Harrington, R., & Marsh, N. (1998). Guidelines for managing falls among elderly people. *Physiotherapy*, 84(4), 173-177.

27. Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale.
prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, recommandations
novembre 2005
28. Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG): Évaluation et prise en
charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, argumentaire avril 2009
29. Société Scientifique de Médecine Générale. (Dir Chevalier P). Prévention Des chutes
chez Les Personnes Âgées. Société Scientifique de Médecine Générale.
Recommandations de Bonne Pratique Synthèse de la mise à jour (mars 2008)
30. Trevidy, F., Wolfrom, J., Sebbane, G., Brugidou, G., Bonnetin, D., & Gagnayre, R.
(2017). Concevoir une intervention éducative pour prévenir la chute des personnes
âgées en logement social: description d'une méthode de recherche. *Sante Publique*,
29(5), 623-634.
31. Vaillant, J. (2004). Kinésithérapie et amélioration du contrôle de l'équilibre du sujet
âgé : effets de traitements cognitifs, manuels et instrumentaux (Doctoral dissertation,
Université Joseph-Fourier-Grenoble I).
32. Viel E. La marche, Masson, 2004

Sites web de référence :

- www.ameli.fr
- www.ensembleprevenonsladependance.fr/
- www.fragilite.org
- www.has-sante.fr
- www.inpes.sante.fr
- www.mangerbouger.fr
- www.silvereco.fr

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

Cf page suivante

EHPAD bilan d'entrée et PEC du sujet âgé

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

Vous devez cocher une case en face de chacune des propositions faites dans ce document, en fonction de vos connaissances actuelles :

- O = OUI, la réponse est conforme

- N = NON, la réponse est non conforme

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

Vous n'avez pas eu de patient au cours des 2 derniers mois, ou vous n'avez pas d'expérience pour cette pathologie : répondez quand même par OUI ou NON en fonction de vos connaissances actuelles.

	OUI	NON	NC
01 - Le suivi d'un patient en EHPAD n'est ni plus ni moins qu'un suivi d'un patient à domicile	☐	☐	☐
02 - Je prends le temps d'échanger avec le patient sur son risque de chute	☐	☐	☐
03 - S'il est déjà tombé, je lui demande de me raconter la scène et d'exprimer ses émotions	☐	☐	☐
04 - Je choisis, si nécessaire, de passer une ou plusieurs séances à échanger avec le patient afin de pouvoir lui proposer un objectif et un traitement adapté	☐	☐	☐
05 - J'établis un Bilan Diagnostic Kinésithérapique initial et final	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
06 - J'établis des BDK intermédiaires afin d'évaluer l'évolution du patient et l'efficacité de la prise en charge	☐	☐	☐
07 - Mon BDK intègre systématiquement un TUG et le SPPB et si non possible un TMM	☐	☐	☐
08 - Je veille au maintien de l'amplitude en extension de la hanche et à l'absence de flexum de genou	☐	☐	☐
09 - Je veille au maintien de l'amplitude articulaire en flexion dorsale de cheville	☐	☐	☐
10 - J'encourage systématiquement la personne âgée à maintenir une activité physique	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
11 - Je mobilise les articulations de l'avant-pied et des orteils	☐	☐	☐
12 - Lors du transfert assis-debout, je travaille l'antépulsion en demandant au patient de garder les orteils appuyés au sol	☐	☐	☐
13 - Je propose des exercices de proprioception de l'avant pied	☐	☐	☐
14 - Dès que cela est possible, je demande au patient de se mettre au sol et de se relever seul, en lui faisant découvrir les Niveaux d'Evolution Motrice	☐	☐	☐
15 - Je cherche à travailler en pluridisciplinarité, professionnels de santé et autres professionnels	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
16 - Si nécessaire, je pense à conseiller au patient un suivi podologique (semelles) ou de pédicurie	☐	☐	☐
17 - En fin de séance, et en fin de traitement je donne des conseils au patient pour l'autonomiser et pérenniser les acquis	☐	☐	☐
18 - Je trace les éléments nécessaire à la coordination des soins en utilisant l'outil informatique de l'établissement	☐	☐	☐
19 - Si possible, je propose des séances en groupe, sous forme d'ETP ou par thématique	☐	☐	☐
20 - Je travaille en concertation avec la direction, l'IDEC et le médecin coordinateur	☐	☐	☐

	OUI	NON	NC
21 - Je respecte le libre choix de patient à choisir son MK	☐	☐	☐
22 - Je peux effectuer en EHPAD des actes conventionnés et des actes non-conventionnés	☐	☐	☐
23 - Je me positionne en tant que personne ressource auprès des équipes soignantes, des autres professionnels et de la direction	☐	☐	☐
24 - Je participe aux réunions pluridisciplinaires organisées et indemnisées par l'EHPAD	☐	☐	☐