

Parcours d'autonomie motrice et de rééducation de la personne âgée dans son parcours de vie

Spécificités de la prise en charge rééducative en fonction du lieu de vie



Florence Decottignies
Directrice médical Edenis



Damien Olivon
Président FKCoor



Laurine Bazile
*Educateur APA
Les jardins de Maniban*



Hortense Lasserre
*Kinésithérapeute
Les saules*

Domicile historique

Véhiculé ou utilisation des transports

Rééducation au cabinet



Non véhiculé
Pas d'utilisation des transports

Rééducation à domicile

Indications idem adulte jeune mais le retentissement fonctionnel est plus important et le temps de récupération plus long
Troubles de l'équilibre – peur de la chute
Exercice seul ou en groupe

Moyens possibles de Coordination :
MSP, ESCAP, CPTS

Les indications idem mais :

- Troubles cognitifs : mémoire – orientation
- Limitation de périmètre de marche
 - Troubles importants de l'équilibre (et pas d'aidants pro ou familial)
- Habitats inadaptés
Exercice seul



Résidence Autonomie – Résidence Service Séniors



Diminution de la situation de handicap
Moins isolé
Pas ou peu de Troubles cognitifs
Kiné a domicile en raison de la limitation du périmètre de marche (sarcopenie et cardio respiratoire – parkinson)

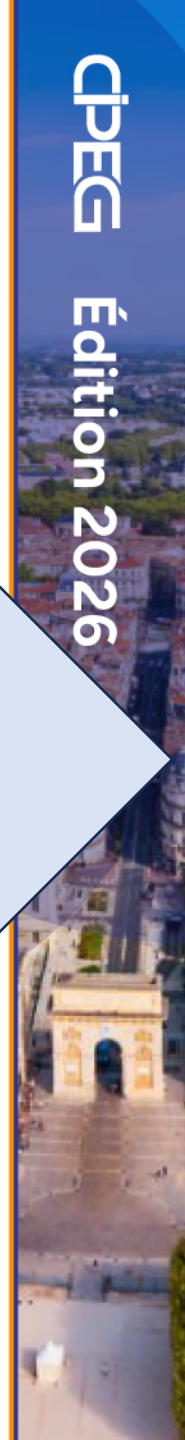
Moyens possibles de
Coordination:
MSP, ESCAP, CPTS

EHPAD



Perte d'autonomie :
Troubles cognitifs
Polypathologies
Projet personnalisé avec multiples intervenants internes et externes

Coordination des soins portée par Med Co et IDECkiné co?
Projet personnalisé
Commission chute



Les spécificités de l'EHPAD

Equipe pluriprofessionnelle souvent spécialisée en gériatrie

Peu de connaissances des contraintes respectives (modalités libérales– salariales)

Patients / Résidents :

- mêmes indications de rééducation mais l'impact fonctionnel +++ chez une population avec troubles cognitifs ++++
- le patient ne peut plus partager l'objectif de la PEC (aller seul au restaurant; sortir chez les enfants...)
→ plus difficile pour le kiné de le solliciter et d'avoir les objectifs rééducatifs
- Un % de GIR 1 qu'il n'y a pas a domicile

Champs des métiers

Le kinésithérapeute :

C'est un professionnel de santé diplômé d'État avec un niveau master (Arrêté du 2 mai 2017 du JO n°0109). Ses champs d'action sont la promotion de la santé, la prévention, l'éducation et la **rééducation** (Article L. 4321-1 du CSP). En conséquence, il analyse les troubles du mouvement ou de la motricité du patient, ses déficiences ou l'altération de ses capacités fonctionnelles via un BDK (Article R. 4321-2 du CSP). Pour mettre en œuvre ses objectifs thérapeutiques, le kiné utilise au choix des techniques actives ou passives (Article R. 4321-4 du CSP). Il a notamment le droit de toucher/ mobiliser le patient.

L'ergothérapeute :

C'est un professionnel de santé, rééducateur, diplômé d'état, de grade licence (décret n° 2012-907) qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Son objectif est de maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Il prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. Ce professionnel est donc un intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.

Le psychomotricien :

C'est est un professionnel de santé, rééducateur, diplômé d'état, de grade licence, qui accompagne les personnes, souffrant de difficultés psychologiques s'exprimant par le corps, en agissant sur leurs fonctions psychomotrices grâce à des médiations corporelles. Ce spécialiste évalue les capacités psychomotrices et recherche l'origine des difficultés. Il contribue ainsi à la réhabilitation et à la réinsertion psychosociale de la personne et l'accompagne, ainsi que son entourage, autour d'un projet thérapeutique. Chaque séance vise à réconcilier la personne âgée avec son corps afin trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel.

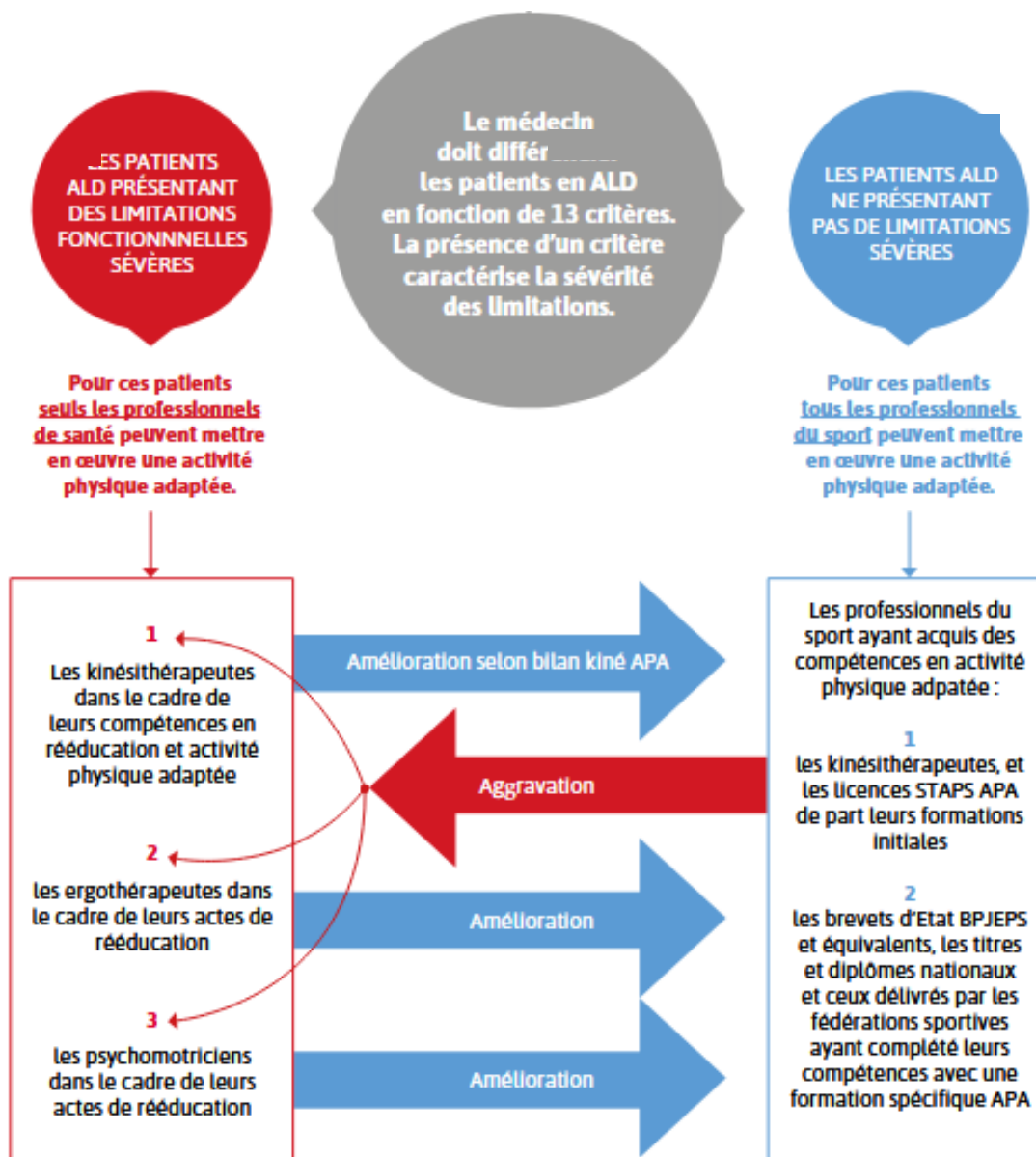
L'enseignant APA-S :

C'est un professionnel de l'activité physique de niveau master et de grade licence, master ou doctorat (Barbin, et al., 2016). Il fait la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation (Fiche RNCP n°24540). Cependant, il fait de la **réadaptation** et de la réinsertion sociale. Pour cela, il s'exerce à quantifier le niveau d'activité physique hebdomadaire et à évaluer les capacités physiques globales de la personne pour ensuite réaliser un programme d'APA (Barbin, et al., 2016). L'exécution de son plan d'intervention passe par des techniques actives, de l'APA essentiellement.

« **Art. D. 1172-3.**-Pour les patients présentant des **limitations fonctionnelles sévères** telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, **seuls les professionnels de santé** mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

« Lorsque les patients ont atteint une **autonomie suffisante** et présentent une **atténuation des altérations** mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les **professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé** mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale **s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers.**

Parcours de rééducation <-> parcours de santé



ANNEXE 2 – TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE

TABLEAU DES PHENOTYPES FONCTIONNELS					
Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions locomotrices	Fonction musculaire neuro	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction articulaire ostéo	Normale	Altération au max de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec sexe=0 pour les femmes, sexe=1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82% de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

Fonctions		Aucune limitation	Limitation minimale	Limitation modérée	Limitation sévère
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive.	La personne fait répéter.	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Equilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

<https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2017/10/plaquette-apa-kine-2.pdf>

Le maintien de l'autonomie est une **mission clef des EHPAD** , un chapitre y est consacré dans le volet médical et soins du projet d'établissement.

Sa déclinaison et réévaluation peut être l'occasion idéale de **concerter tous les acteurs qui participent au maintien de l'autonomie** :

- Le Codir de l' Ehpap
- Les rééducateurs
- Les EAPA
- Les professionnels de l' Ehpap (AS-ASP-Animateur-IDE...)
- Les familles et proches

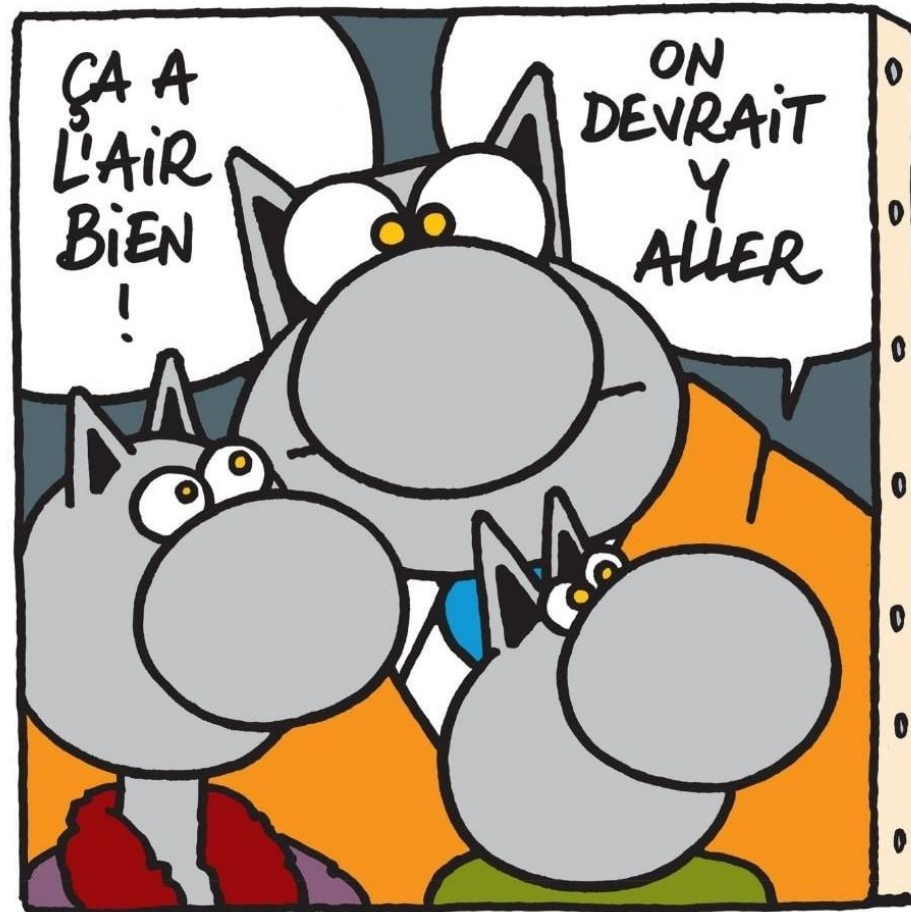
Les rôles de chacun et l'articulation entre eux sont capitaux.

Les intervenants **se complètent, ils ne sont pas exclusifs. Un même résident peut faire l'objet de soins de rééducation et d'activité physique adaptée par un EAPA .**

Cette articulation sera validée après le diagnostic kiné puis réévaluée à l'occasion des réunions de coordination.

La déclinaison de ce projet pour le résident fait partie intégrante du **projet personnalisé du résident**. Il sera donc partagé avec le résident et/ou sa famille à cette occasion.

Ma vie, Mon EHPAD



Exemple de projet autonomie motrice : la réunion de coordination

Tous les 4 mois une réunion de coordination est organisée par le médecin Co de l'Ehpad .
A l'occasion de cette réunion est validé , de façon pluridisciplinaire, au vu des éléments de traçabilité, du bilan à 3 mois et des retours des équipes la poursuite, l'arrêt définitif ou temporaire avec réévaluation à distance.

Lorsque la fonction de kiné Coordonnateur sera reconnue il sera, de fait, l'animateur de cette réunion.

Les soins de rééducation et / ou l'activité physique adaptée nécessite l'acceptation du résident, déterminante pour sa participation.

Le maintien de l'autonomie motrice nécessite la participation de chacun, intervenants extérieurs et professionnels de l'EHPAD

Retour experimentation Kiné/EAPA



Laurine Bazile
Educateur APA
Les jardins de Maniban



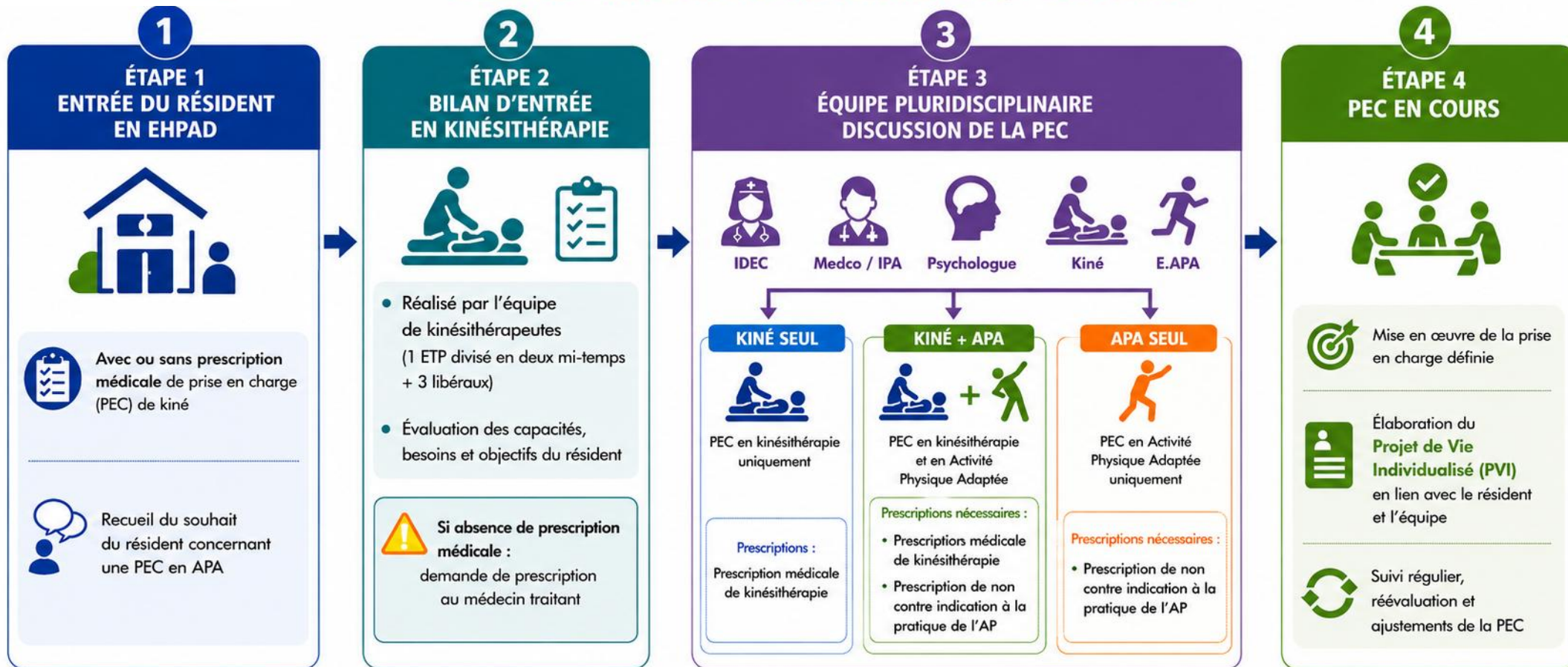
Hortense Lasserre
Kinésithérapeute
Les saules



Exemple de projet autonomie motrice : Les Jardins de Maniban

Laurine Bazile
Educatrice APA
Les jardins de Maniban

PARCOURS DU RÉSIDENT EN EHPAD PRISE EN CHARGE KINÉ ET / OU APA

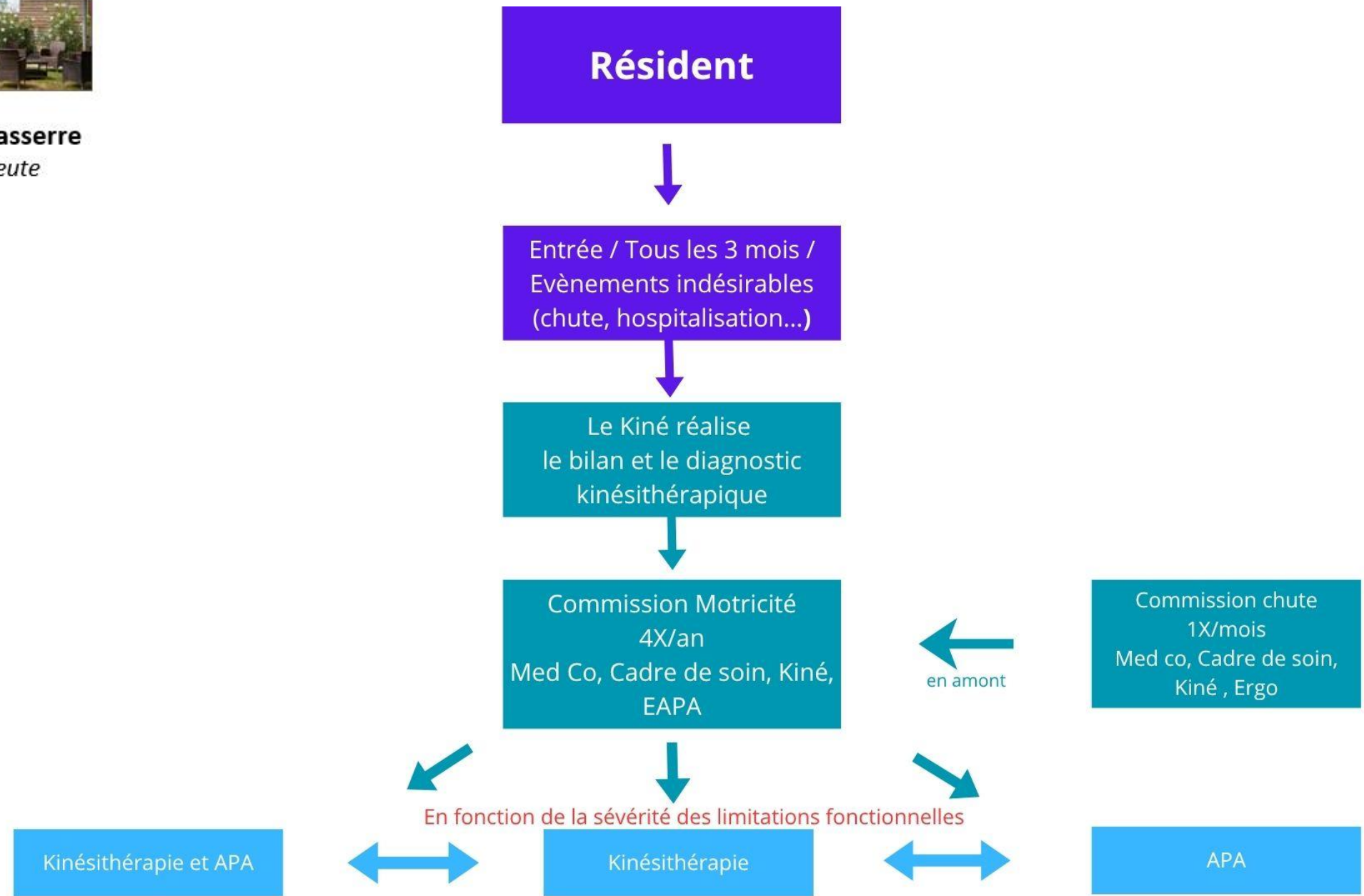


PRINCIPE GÉNÉRAL : La prise en charge est réévaluée régulièrement en fonction de l'évolution du résident et de ses objectifs.



Hortense Lasserre
Kinésithérapeute
Les saules

Exemple de projet autonomie motrice : Les Saules



1. Continuité entre rééducation et parcours de santé

La **kinésithérapie** permet la **récupération**, le **maintien** ou le **ralentissement** de la perte de **l'intégrité structurelle** et des **capacités fonctionnelles**

L'**APA** permet de lutter contre la **sédentarité** par utilisation des capacités fonctionnelles via une activité physique qui plaise au résident

Lorsque l'état du patient, objectivé par un nouveau **Bilan et Diagnostic kinésithérapique (B et DK)**, est stable, alors le MK met en une place une fenêtre thérapeutique.

Le patient sort alors du **parcours de rééducation** et peut entrer dans un accompagnement supplémentaire, un **parcours de santé** avec l'EAPA

La **Kinésithérapeute** assure un **suivi régulier** de la stabilité du patient via un B et DK

2. Une prévention plus efficace des chutes

La **kinésithérapie** travaille la récupération de l'**intégrité structurelle** et des **capacités fonctionnelles** et auprès des équipes pour prévenir la **Dépendance latrogène Evitable (DIE)**.

L'**APA** permet le **maintien des capacités acquises** par l'augmentation ou maintien de l'**activité physique** afin de les solliciter pour éviter leurs pertes, Pour cela il utilise la répétition fonctionnelle (marche, transferts, coordination, double tâche...)

Donc moins de chutes, moins d'hospitalisations, moins de pertes brutales d'autonomie.

3. Une individualisation plus fine de la prise en charge

La **kinésithérapeute** apporte son **expertise clinique**, l'**analyse biomécanique**, la lecture des pathologies et contre-indications.

L'**EAPA** apporte la **pédagogie du mouvement** et l'**adaptation d'un sport ou d'une activité physique** en fonction de l'appétence du résident.

4. Une meilleure gestion de la douleur chronique

La douleur chronique est une expérience physiologique **complexe**, influencée par des facteurs psychologiques et sociaux. Or le **mouvement permet de diminuer son intensité**.

Le **MK** agit sur la cause biomécanique, la kinésiophobie (peur du mouvement), renforce la confiance en ses capacités.

L'**EAPA** sollicite le mouvement et permet une régularité dans la pratique de l'activité physique.

5. Préservation de la santé mentale et du lien social

L'**EAPA** introduit une **dimension collective et ludique**

La kinésithérapeute veille au **respect des contre-indications** et **oriente** vers des activités sollicitant préférentiellement les **besoins fonctionnels** du résident (coordination, renforcement musculaire, planification, programmation etc...)

En EHPAD, cet aspect est fondamental car le mouvement devient ainsi un outil de dignité

6. Une logique de parcours et non d'actes isolés

La **kinésithérapeute** a accès à la totalité des dossiers de santé des résidents, ce qui en fait un élément indispensable pour la bonne prise en charge. Cela permet au MK de communiquer des infos adaptées à l'EAPA.

La **synergie kiné/EAPA** permet des transmissions cohérentes, des **objectifs complémentaires**, une progression mesurée et une prise en charge globale .

Il s'agit d'une logique d'équipe matérialisée par la tenue d'une **commission motricité** permettant de faire un point sur la complémentarité des parcours de soins, parcours de rééducation et parcours de santé, en fonction des souhaits et des besoins des patients.



Extrait de PVI

Maintien de l'état
de santé et
besoins
spécifiques

28/10/2025 28/10/2026

Étape : ●

Signature

- 1- Préserver son autonomie au niveau de la marche.
- 2- Prévenir les risques liés à son insuffisance cardiaque droite. (Œdèmes des membres inférieurs).

- 1- Séances régulières avec la kiné qui perçoit que Me K a regagné son autonomie perdue lors d'une fracture. Poursuite des séances pour de l'entretien. Se déplace avec un déambulateur mais peut avoir recours au fauteuil en chambre ou lorsqu'elle est fatiguée. Me K. reste très active dans sa rééducation avec la volonté de se débrouiller seule. Poursuite également séance APA.
- 2- Pose et dépose des bas de contention, et adaptation des thérapeutiques médicamenteuses si besoin par médecin traitant.

Mme J., 87 ans atteinte de la Chorée de Sidenham et d'une leucopathie vasculaire vit en EHPAD depuis Mars 2021

Bilan: mouvements incoordonnés et involontaires des muscles du tronc et des extrémités

Csq: trouble de l'équilibre important

Articulaire: arthrose genou gauche limitant l'hyperflexion

Chute par an: 15 depuis 3 ans

Nbr de fractures: 0 mais plusieurs TC

Capacités: Marche avec un rollator périmètre sup à 500m

Descente et relevé de sol maîtrisé

SPPB 7

Objectifs de la patiente: Continuer de sortir avec sa belle sœur

Objectifs kiné: maintenir les capacités fonctionnelles de Janine par l'entretien des capacités de

de transferts, de stabilisation, de locomotion

Prise en charge: 2X/sem kiné

1X/ sem APA

Mon intervention permet à la fois de répondre aux attentes de la résidente mais également de maintenir une autonomie relative à la résidente diminuant la pénibilité de la prise en charge et le risque de TMS des soignants