

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

LA KINESITHERAPIE EN LONG SEJOUR :
ETUDE A PARTIR D'UN CAS CONCRET

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Mireille ZAPPULLA
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute
2004-2005.

PRESENTATION DU LIEU DE STAGE

Ce travail a été réalisé : du 06 / 09 au 29 / 10 / 2004
au **CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE**
2, boulevard de Verdun
89 000 Auxerre

A propos de l'établissement :

Le Centre Hospitalier d'Auxerre est un établissement public de santé sous la direction de **Monsieur Michel PERROT**. Sa politique générale est déterminée par son Conseil d'Administration, présidé par le Maire de la ville d'Auxerre, **Monsieur Guy FERREZ**.

Cet établissement comporte **556 lits**.

Le service de kinésithérapie comporte :

- un service central desservant les services de :
 - réanimation polyvalente,
 - chirurgie (orthopédique et traumatologique, viscérale, urologique, chirurgie générale),
 - médecine (médecine générale, médecine interne, cardiologie, diabétologie, endocrinologie, néphrologie),
 - pneumologie,
 - pédiatrie et néonatalogie,
 - maternité et gynécologie,
 - service lits-portes,
- un plateau technique avec des salles collectives et individuelles de rééducation desservant les services de :
 - moyen séjour / rééducation fonctionnelle (30 lits),
 - long séjour,
 - convalescence.

Composition de l'équipe de rééducation :

- 2 cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes :
Monsieur LABBE Dominique (surveillant du service de kinésithérapie),
Monsieur DUDOUET Renaud (responsable de l'Ecole du Dos),
- 10 kinésithérapeutes.

Référent : **Monsieur DUDOUET Renaud**

Co-référent : **Madame MOUREY France**

Donne autorisation à : **Mademoiselle ZAPPULLA Mireille**

de présenter son travail écrit à la soutenance orale dans le cadre du Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute.

Date :

Signature
et cachet de l'établissement :

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement :

- **Madame MOUREY France** et **Monsieur DUDOUET Renaud** pour leur aide précieuse et l'encadrement qu'ils m'ont apporté,
- **Madame ROYER Anne** pour sa disponibilité, ses conseils et sa coopération,
- **Madame B.** pour avoir accepté d'être le sujet de ce travail ainsi que pour sa gentillesse,
- et toutes les personnes m'ayant soutenue tout au long de ce travail.

« Accompagner quelqu'un,

Ce n'est pas le précéder,

Lui indiquer la route,

Lui imposer un itinéraire,

Ni même connaître la direction qu'il va prendre ;

C'est marcher à ses côtés,

En le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas. »

VERSPIEREN P.

« Face à celui qui meurt » (1987)

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
1. INTRODUCTION	1
2. L'USLD¹ DU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE	2
2.1. Présentation du service	2
2.2. Rôle et objectifs	2
2.3. Composition de l'équipe	3
2.4. Fonctionnement du service	3
2.4.1. Modalités d'accès	3
2.4.2. Frais de séjour et modalités de paiement	4
2.4.3. Matériel à disposition	5
2.4.4. Coordination de l'équipe	6
3. LES INDICATIONS DE MASSO-KINESITHERAPIE EN LONG SEJOUR	6
3.1. Particularités des sujets résidant en centre de long séjour	6
3.1.1. Effets du vieillissement	7
3.1.2. Notion de polypathologie	8
3.1.3. Niveau de réserves fonctionnelles et dépendance	8
3.1.4. La relation avec la personne âgée	10
3.2. Indications de kinésithérapie en long séjour	11
3.2.1. La prescription de kinésithérapie	11
3.2.2. Le travail interdisciplinaire	11
3.2.3. Les interventions du kinésithérapeute	12
3.3. Le syndrome de désadaptation psychomotrice	13
3.3.1. Définition	13
3.3.2. Modalités d'apparition et pronostic	13
3.3.3. Les différents symptômes	14

¹ USLD : Unité de Soins de Longue Durée

4. PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE DE LONG SEJOUR	15
4.1. Présentation de la patiente	15
4.2. Présentation médicale de la patiente	16
4.3. Histoire du placement	16
4.4. Conclusion du bilan de début de prise en charge (le 20/09/2004)	17
4.4.1. Déficiences	17
4.4.2. Incapacités	17
4.4.3. Désavantages	19
4.5. Principes de prise en charge	19
4.6. Objectifs masso-kinésithérapiques	20
4.7. Techniques masso-kinésithérapiques avec évolution de la patiente	20
4.7.1. Travail des transferts	20
4.7.2. Travail de l'équilibre assis	21
4.7.3. Travail de l'équilibre debout	22
4.7.4. Rééducation à la marche	22
4.7.5. Amélioration de la proprioception du genou droit et de la cheville droite	23
4.7.6. Gain d'amplitudes articulaires en flexion dorsale de cheville	23
4.7.7. Gain d'amplitudes articulaires de flexion et d'abduction de hanche droite	24
4.8. Conclusion de la prise en charge	24
5. CONCLUSION	25

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Le contexte démographique français actuel marque le début d'un vieillissement rapide de la population. Face à ce phénomène, la rééducation gériatrique devient une discipline de plus en plus importante au sein de la profession.

Ce travail synthétise et illustre à l'aide d'un cas concret les caractéristiques de cette discipline en centre de long séjour.

Les indications de masso-kinésithérapie y sont nombreuses. Les effets du vieillissement, la polypathologie et la fragilité des capacités posturales et motrices des résidants sont des notions indispensables à prendre en compte afin d'adapter la rééducation.

De plus, l'interdisciplinarité est essentielle dans ces établissements. Elle permet d'assurer à la fois une bonne prise en charge du patient et des conditions de travail optimales.

En long séjour, compte tenu de l'âge avancé des résidants, le syndrome de désadaptation psychomotrice est fréquemment rencontré. Ce syndrome nécessite une prise en charge précoce et l'emploi de techniques masso-kinésithérapiques précises. Elles sont développées à l'aide de la prise en charge de Madame B., résidante au centre de long séjour d'Auxerre.

MOTS CLES

Interdisciplinarité

Long séjour

Rééducation gériatrique

Syndrome de désadaptation psychomotrice

1. INTRODUCTION

Avec la baisse de la natalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance et aux âges avancés, la France voit progressivement sa population vieillir. Pour les personnes âgées, rester à domicile n'est pas toujours possible. Suite à cela, les structures d'accueil pour personnes âgées dépendantes se développent.

Les services de soins de longue durée appelés centres de long séjour sont des structures sanitaires rattachées à des établissements hospitaliers. Ils sont destinés à accueillir des personnes atteintes d'affections chroniques lourdes qui nécessitent une surveillance médicale permanente et des traitements d'entretien.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, ces structures tendent à devenir des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) suite à une réforme concernant la tarification. Le coût de ces institutions à la charge du patient étant élevé, un des objectifs de cette réforme est de réduire ce coût.

La gériatrie étant devenue une véritable discipline médicale (3), qu'en est-il de la rééducation au sein de cette discipline ?

« Pendant de longues années, la prise en charge kinésithérapique de la personne âgée s'est limitée à une rééducation à la marche » appelée « trottinothérapie » (8). Il est vrai que les prescriptions de masso-kinésithérapie dans ce type de structure mentionnent souvent « reprise de la marche » mais la rééducation gériatrique ne se limite-t-elle qu'à cela ? La « trottinothérapie » est-elle une réalité dans les centres de long séjour ?

A l'aide d'un cas concret, nous expliquerons quels sont la place et le rôle du masseur-kinésithérapeute au sein d'un centre de long séjour.

2. L'USLD DU CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE

2.1. Présentation du service

Le service de long séjour du Centre Hospitalier d'Auxerre (CHA) est divisé en deux unités de soins de longue durée : USLD 1 et USLD 2. Situés dans un bâtiment annexé à l'hôpital (appelé résidence Saint Germain), ils sont répartis respectivement sur deux étages. Chaque service comprend 40 lits. Ils fonctionnent indépendamment l'un de l'autre. Du fait de la prise en charge d'une patiente de l'USLD 1, seul ce service sera détaillé.

2.2. Rôle et objectifs

L'USLD accueille des patients ayant perdu partiellement ou totalement leur autonomie pour accomplir les activités de la vie quotidienne et nécessitant un suivi médical constant. Généralement, les résidants sont âgés de plus de 60 ans, mais officiellement, il n'existe pas de limite d'âge. Nous notons une majorité de personnes de plus de 90 ans mais également 16 résidants de moins de 60 ans dont 2 de 27 ans. Ces patients ne pouvant plus rester à domicile, l'USLD devient transitoirement voire définitivement leur lieu de vie.

Dans cette structure, il s'agit de :

- assurer une surveillance médicale constante,
- maintenir les capacités physiques et psychologiques des patients,
- préserver ou développer leur autonomie,
- maintenir un lien social et affectif,
- suivre l'évolution du patient afin de lui proposer un placement dans la structure la plus adaptée à son cas (autres établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, voire retour à domicile).

2.3. Composition de l'équipe

L'équipe soignante est composée d'un cadre de santé de formation infirmière, de 6 infirmières, d'un masseur-kinésithérapeute à mi-temps, de 9,5 aides-soignantes, de 4,5 agents des services hospitaliers, de 2 brancardiers et d'un animateur. Cette équipe est coordonnée par un médecin gériatre chef de service.

L'équipe s'adjoit selon les besoins :

→ une équipe de soins palliatifs qui conseille l'équipe soignante pour des accompagnements en fin de vie posant des difficultés,

→ un psychologue qui accompagne les patients ainsi que les soignants en dirigeant un groupe de parole qui se réunit une fois par mois,

→ une équipe de liaison psychiatrique et de tous les médecins spécialisés du Centre Hospitalier d'Auxerre intervenant sous le contrôle du gériatre qui valide les prescriptions médicales.

2.4. Fonctionnement du service

2.4.1. Modalités d'accès

L'USLD est un service public. Les résidants viennent essentiellement du CHA mais ils peuvent aussi venir de leur domicile ou d'autres structures médicales ou sociales. Les demandes d'admission en USLD sont faites auprès des assistantes sociales du CHA qui gèrent les formalités administratives (consentement du résidant et de sa famille, aspects financiers,...). L'admission du patient est prononcée après avis du médecin gériatre chef de service et du cadre de santé de formation infirmière de l'USLD.

2.4.2. Frais de séjour et modalités de paiement

Les tarifs sont fixés annuellement par arrêté du Conseil Général de l'Yonne. Pour chaque résidant, le règlement mensuel est constitué de 3 forfaits :

- **Forfait soins** : réglé totalement par l'assurance maladie.
- **Forfait hébergement** : il est à la charge du résidant mais celui-ci peut faire des demandes d'aide. L'Aide Sociale intervient pour aider au règlement des frais d'hébergement si les ressources du demandeur sont insuffisantes et après étude du dossier en Commission d'Aide Sociale (le droit à l'Aide Sociale est réglementé par les articles L 111.1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles). Le résidant peut également déposer un dossier de demande pour bénéficier de l'Allocation Logement versée par la Caisse d'Allocations Familiales ou par la Mutualité Sociale Agricole, sous condition de ressources.
- **Forfait dépendance** : il est à la charge du résidant mais peut être en partie pris en charge par l'APA (Allocation Personnalisée Autonomie réglementée par la Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001) ; il s'agit d'une prestation financière versée par le Conseil Général après dépôt d'un dossier de demande. Le montant de l'APA varie en fonction du degré de dépendance du résidant et des ressources du couple. Elle laisse obligatoirement une part à la charge du résidant (le ticket modérateur).

Le degré de dépendance du résidant est évalué lors de son admission par le médecin et l'équipe soignante à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Cette grille évalue la perte d'autonomie de la personne âgée. Elle sert à apprécier les besoins d'aide et de soins à apporter au sujet dans un environnement donné. Elle classe le patient dans un des six groupes iso-ressources (annexe I).

2.4.3. Matériel à disposition

Pendant toute la durée du séjour, l'équipe soignante met en place tout le matériel nécessaire à la prise en charge du résident. A l'USLD 1, l'équipe dispose de suffisamment de matériel pour l'adapter à chaque cas et cela à tout moment.

L'USLD 1 dispose de 6 chambres seules et 17 chambres doubles avec lavabo et toilettes. Ces derniers étant inaccessibles en fauteuil roulant, l'équipe a recours à l'utilisation de chaises percées.

Afin de préserver ou de développer les capacités physiques des résidents, l'équipe utilise du matériel spécifique et adapté à chaque cas (annexe II). Pour cela, elle dispose :

- d'un chariot douche,
- de 2 chaises de douche,
- d'un système de bain : il s'agit d'une baignoire à hauteur variable associée à un brancard élévateur de bain qui sert à placer les sujets alités à l'intérieur de la baignoire,
- d'un lève malade,
- de lits électriques avec différents types de matelas (gaufrier en mousse, en mousse visco-élastique à mémoire de forme, surmatelas,...),
- de sièges coquilles : ce sont des sièges de maintien destinés aux personnes présentant une incapacité à se maintenir en position assise sans un soutien,
- de toutes aides techniques (fauteuil roulant, déambulateur, canne anglaise,...).

Ce matériel permet également d'offrir les conditions de travail les plus ergonomiques possibles pour le personnel soignant.

Les chambres peuvent être personnalisées selon la volonté des patients : ils ont la possibilité d'apporter du mobilier personnel, leur télévision ainsi que leur décoration. Le résident doit amener son linge personnel et son nécessaire de toilette.

2.4.4. Coordination de l'équipe

Le médecin gériatre voit tous les jours les patients qui en ont besoin et fait une visite systématique tous les 15 jours. Les infirmières et les aides-soignantes assurent les soins d'hygiène, les soins médicaux et les repas. Les agents des services hospitaliers assurent l'entretien. Les soins techniques infirmiers sont réalisés de préférence le matin afin de permettre aux résidants de réaliser des activités liées à la continuité de la vie le reste de la journée (animations, visites, loisirs,...). L'équipe encourage les familles à être présentes et leur offre la possibilité de participer aux soins et aux activités de la vie quotidienne (repas, sorties dans le jardin,...). La dépendance des patients est évaluée quotidiennement lors de leur prise en charge, l'équipe met alors en place les aides adaptées. De plus, systématiquement, la dépendance est réévaluée tous les deux mois.

L'animateur propose aux résidants des activités individuelles ou collectives telles que : atelier mémoire, activité manuelle, chant, sortie minibus, projection de film, bibliothèque. Les animations permettent aux résidants de créer des liens entre eux. Elles donnent du sens à leur quotidien et elles sont sources de plaisir. L'animation est complémentaire des soins (6) (10).

Le rôle et la place du masseur-kinésithérapeute seront détaillés dans le chapitre suivant.

3. LES INDICATIONS DE MASSO-KINESITHERAPIE EN LONG SEJOUR

3.1. Particularités des sujets résidant en centre de long séjour

Bien qu'il y ait des exceptions, la majorité des résidants d'un centre de long séjour font partie de ce que l'on appelle la « gériatrie ». Ces patients âgés (majorité de plus de 90 ans) présentent une dépendance physique et/ou psychique plus ou moins importante. La gériatrie est une discipline médicale où la rééducation tient une place importante. Elle nécessite du

personnel compétent avec un grand sens du relationnel et une capacité d'adaptation. Il s'agit d'une véritable « rééducation gériatrique ». Il ne s'agit pas de « sous-utiliser » les techniques de rééducation en les facilitant pour les rendre accessibles à la personne âgée, mais au contraire, de les adapter aux spécificités du grand âge (4) (19).

3.1.1. Effets du vieillissement

Quel que soit le motif pour lequel le patient est en long séjour, le vieillissement est un élément qui rentre en compte dans les objectifs de la rééducation et également dans ses effets. Bien que l'objectif kinésithérapique soit fonctionnel, les techniques restent précises et demandent une bonne connaissance des effets du vieillissement sur l'organisme.

D'une façon générale, tous les systèmes de l'organisme vieillissent. L'appareil locomoteur, les systèmes cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveux et sensoriel nous intéressent plus particulièrement car ils interagissent dans nos capacités motrices et posturales.

De plus, l'attention, la compréhension ainsi que la mémoire diminuent avec l'âge. Le kinésithérapeute doit donc faire preuve d'une grande patience et doit posséder des capacités d'écoute et de compréhension importantes.

La « non utilisation » des possibilités motrices aggrave les effets du vieillissement (13). Or, les sujets en long séjour se retrouvent souvent confinés et diminuent leur activité considérablement car la nécessité de subvenir à leurs besoins disparaît. D'où l'importance d'une stimulation quotidienne non seulement de la part du kinésithérapeute, mais aussi de la part de toute l'équipe soignante. Cependant, il est important de doser les séances de kinésithérapie en fonction de la fatigabilité du patient (rythme et durée) et d'installer des temps de repos suffisants entre les différents exercices.

3.1.2. Notion de polypathologie

De nos jours, l'entrée dans une structure d'accueil pour personnes âgées est repoussée le plus tard possible. Le maintien à domicile est privilégié afin de ne pas modifier l'environnement de la personne âgée et de ne pas bouleverser ses habitudes de vie. De ce fait, à leur arrivée, les résidents des longs séjours sont de plus en plus dépendants tant du point de vue physique que psychique.

En long séjour, avoir 5 ou 6 pathologies pour un même patient est fréquent. Nous retrouvons des pathologies telles que : la surdité, la démence, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance circulatoire cérébrale ou celle des membres inférieurs, l'hypertension artérielle, l'ostéoporose, la maladie de Parkinson, l'arthrose, des séquelles d'accident vasculaire cérébral,... avec souvent des antécédents d'interventions chirurgicales (prothèses, amputations,...) (19).

Il est important de prendre en considération toutes les pathologies ainsi que tous les antécédents afin d'adapter les techniques kinésithérapiques et ne pas être dangereux pour le patient (notion de contre-indication).

De plus, la polypathologie entraîne inévitablement une prescription médicamenteuse importante avec parfois des effets secondaires non négligeables à prendre en compte dans la prise en charge kinésithérapique (troubles de l'équilibre par exemple).

3.1.3. Niveau de réserves fonctionnelles et dépendance

Tout individu possède des « réserves fonctionnelles » qui lui sont propres. Elles correspondent à son « bagage moteur » c'est-à-dire à ses capacités posturales et motrices (18). Elles dépendent des expériences motrices vécues par chaque individu mais aussi du potentiel génétique de chacun et des conditions dans lesquelles l'individu s'est développé. Par

conséquent, un sujet ayant connu beaucoup d'activités motrices entre dans la vieillesse avec un « bagage moteur » plus important qu'un individu ayant été sédentaire.

Dès l'âge de 25 ans, les réserves fonctionnelles diminuent progressivement mais nous sommes dotés d'une capacité de compensation appelée « adaptabilité ». L'organisme compense la diminution des possibilités fonctionnelles afin de fournir les moyens nécessaires à la réalisation d'une activité donnée. L'entrée dans la vieillesse ne se fait sentir que lorsque le corps ne peut plus compenser totalement les déficits. Il existe un seuil, appelé « seuil de décompensation », à partir duquel les réserves fonctionnelles deviennent insuffisantes pour conserver l'indépendance. Le franchissement de ce seuil peut se faire plus ou moins brutalement. Il dépend du « bagage moteur » propre à chacun, ainsi que de l'action de facteurs extérieurs tels que les maladies aiguës ou chroniques.

Chez les personnes âgées, l'état de santé est précaire. Le risque de décompensation est élevé car les réserves fonctionnelles de base sont diminuées ; physiologiquement, ces personnes sont donc plus proches du seuil de décompensation. De plus, le risque de franchir ce seuil est plus important car les situations à risque sont plus nombreuses : vieillissement de l'organisme (hospitalisation, alitement, chute,...) et raisons socio-familiales (deuil, modification de l'environnement, isolement social ou affectif,...).

Cependant, bien que le sujet soit dépendant, il est nécessaire de le prendre en charge efficacement au niveau des fonctions posturales et motrices car il subsiste à ce niveau des capacités d'apprentissage qu'il faut exploiter.

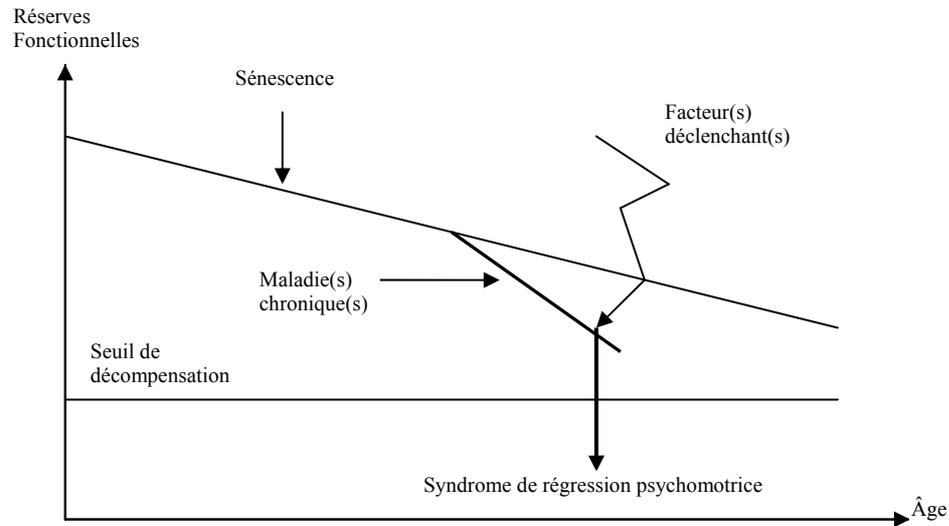


Figure 1 : Baisse progressive des réserves fonctionnelles au cours de la vie. Le vieillissement reste compensé tant qu'il persiste des réserves fonctionnelles. Un facteur déclenchant (chute, alitement, facteur psychologique) peut faire franchir le seuil de décompensation (18).

3.1.4. La relation avec la personne âgée

Il est nécessaire d'établir une relation de confiance avec la personne âgée. Il ne s'agit pas de l'infantiliser mais au contraire de la considérer comme une personne adulte avec son vécu et ses expériences propres qu'il convient de respecter. Il est important de connaître et de comprendre son histoire et notamment les motifs de son placement. Prendre le temps d'écouter les patients est indispensable car il est difficile pour eux d'exprimer leurs craintes. Ainsi le kinésithérapeute doit être le plus sécurisant possible dans ses paroles et surtout dans ses actes car le contact physique est très important chez les personnes âgées (18).

L'objectif premier du kinésithérapeute est d'entretenir ou d'améliorer l'autonomie de la personne âgée. Cependant, les personnes en institution s'interrogent sur l'utilité réelle de cette autonomie : « Marcher pour aller où ? » (11). C'est pourquoi, les objectifs kinésithérapiques doivent être en rapport avec les désirs et les besoins du patient et son adhésion au projet

thérapeutique est indispensable. Cependant, il faut parfois leur expliquer que certaines capacités ne seront plus jamais retrouvées et si possible, convenir avec elles de la mise en place de moyen de compensation (aide technique pour la marche par exemple).

Le facteur psychoaffectif (démotivation par exemple) est un élément à prendre en considération dans la rééducation. Il est parfois à l'origine de la perte d'autonomie de la personne âgée. Il a été démontré que « chez certains patients, l'arrêt de la marche n'est que le symptôme visible d'une sévère problématique psychoaffective sous-jacente » (7). Dans ce cas, les techniques kinésithérapiques sont à visée d'entretien dans le but de reprendre la marche une fois le versant psychoaffectif traité.

3.2. Indications de kinésithérapie en long séjour

3.2.1. La prescription de kinésithérapie

Comme toujours, les séances de kinésithérapie sont réalisées sur prescription médicale. Cependant, en dehors des prescriptions faites pour la rééducation de pathologies aiguës, en long séjour, les prescriptions sont souvent réalisées avec l'étroite collaboration de l'équipe pluridisciplinaire. En effet, l'équipe médicale est quotidiennement aux côtés de la personne âgée. Elle est à même de suggérer la nécessité de débiter la kinésithérapie, par exemple, lorsqu'un sujet nécessite une aide à la toilette ou aux transferts de plus en plus importante sans motif apparent.

3.2.2. Le travail interdisciplinaire

Dans un centre de long séjour, le maître mot est le travail interdisciplinaire. La collaboration entre les différents intervenants tient une place importante, non seulement pour

une meilleure prise en charge des patients, mais également pour permettre à l'équipe de travailler dans les meilleures conditions possibles.

Ainsi, un gain fonctionnel lors d'une séance de kinésithérapie doit impérativement être utilisé tout au long de la journée avec le reste de l'équipe, et ceci afin que le patient se l'approprie et en voit l'utilité réelle. Face à une demande de maternage, il convient de responsabiliser les patients et de ne pas faire les choses à leur place.

Par exemple un patient dit ne pas pouvoir effectuer ses transferts. L'aide soignante utilise alors un lève malade. A la demande de l'équipe soignante, le médecin prescrit de la kinésithérapie. Lors du bilan kinésithérapique, les transferts sont réalisés avec une petite aide humaine qui est indispensable pour guider le patient. L'abandon du lève malade soulage l'équipe soignante et permet au patient d'utiliser ses capacités motrices au maximum.

Le kinésithérapeute a également un rôle formateur envers l'équipe soignante en ce qui concerne les bons gestes à effectuer (18).

3.2.3. Les interventions du kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute intervient pour la rééducation d'une affection aiguë survenant chez un sujet résidant en long séjour, comme par exemple, les encombrements bronchiques, les chutes, les fractures, les accidents vasculaires cérébraux. Il peut donc s'agir aussi bien d'une rééducation concernant le domaine respiratoire, que celui de la traumatologie, de la neurologie, de la cardiologie, ou de la rhumatologie. Les techniques kinésithérapiques restent les mêmes que celles appliquées à un cas semblable mais doivent impérativement être adaptées au résidant et à sa vie en institution.

Le kinésithérapeute intervient également auprès des résidants ne présentant pas de pathologie aiguë pour une rééducation fonctionnelle. L'objectif est de maintenir le maximum

d'autonomie : il s'agit de conserver voire d'améliorer les possibilités fonctionnelles des résidants. Dans ce cas, ce sont surtout les transferts et les déplacements qui sont travaillés.

En gériatrie, la prévention tient un rôle important et en particulier celle des chutes. Ce rôle préventif revient au kinésithérapeute.

En long séjour, le kinésithérapeute participe également à la conservation de la dignité des résidants et cela, jusqu'à la fin de leur vie (traitement de la douleur, soins de nursing, soins palliatifs,...). Ainsi des soins de confort peuvent aussi être réalisés.

3.3. Le syndrome de désadaptation psychomotrice

3.3.1. Définition

La désadaptation psychomotrice est un syndrome regroupant différents symptômes atteignant la personne âgée du point de vue physique et/ou psycho-comportemental. Il met en jeu le pronostic fonctionnel du sujet, l'amenant parfois jusqu'à la dépendance totale (12) (16).

Il s'agit d'un syndrome fréquemment rencontré en centre de long séjour car il touche principalement les personnes âgées. La rééducation possède un rôle déterminant dans la récupération fonctionnelle.

3.3.2. Modalités d'apparition et pronostic

La désadaptation psychomotrice peut apparaître brutalement (en quelques jours voire en quelques heures) ou très progressivement et insidieusement (en plusieurs mois voire en plusieurs années).

Dans le premier cas, la cause est un évènement déclenchant (physique ou psychoaffectif) plus ou moins identifiable ; s'il s'agit d'une chute, nous employons le terme

de « syndrome post-chute » (14). Généralement, le patient atteint voit ses automatismes moteurs sidérés et ceci est associé à une peur panique.

Dans le second cas, l'évènement déclenchant est plus difficile à mettre en évidence. Le patient est victime d'un ralentissement accompagné d'une grande démotivation et la composante motrice présente des tableaux cliniques très variés.

Le pronostic dépend de l'installation du syndrome : pour une apparition brutale, la plupart du temps le patient récupère son autonomie antérieure ce qui n'est pas le cas des patients atteints de manière insidieuse et progressive. Ces derniers conservent généralement des séquelles (la récupération n'étant parfois que transitoire).

3.3.3. Les différents symptômes

- **Composante motrice et posturale :**

→ Atteinte de la posture : déséquilibre arrière (appelé rétropulsion) se manifestant en position assise et debout. Le patient assis se présente avec le bassin au bord de l'assise du fauteuil et les épaules appuyées au dossier. Debout, le patient compense cette rétropulsion en fléchissant les genoux et/ou en inclinant le tronc en avant. La position du « véliplanchiste » associe un appui podal postérieur avec soulèvement des orteils, une légère flexion des genoux, une rétropulsion globale ainsi qu'une peur du vide antérieur.

→ Altération des transferts : réalisation seul impossible. Pour le passage assis-debout, la flexion antérieure du tronc est insuffisante pour amener le centre de masse dans le polygone de sustentation et l'appui podal se situe trop en avant par rapport à l'assise du fauteuil. Le transfert debout-assis est brutal. La flexion antérieure du tronc est également insuffisante et conduit à une « chute » incontrôlée dans le fauteuil. Si l'assise est manquée, ceci conduit le patient à une véritable chute.

→ Altération de la déambulation : absence d'initiative motrice et démarrage difficile. Il s'agit d'une marche à petits pas, sans déroulement du pied au sol, avec augmentation du temps de double appui et une tendance globale à la rétropulsion. Les demi-tours sont difficiles et le périmètre de marche est très diminué. Cependant, ces altérations ne sont pas spécifiques du syndrome de désadaptation psychomotrice.

→ Signes neurologiques : il y a une perturbation voire une disparition des réactions d'adaptation posturale et des réactions parachutes. On retrouve également une « hypertonie oppositionnelle » au niveau des membres et du tronc. Il s'agit d'une hypertonie qui augmente avec la traction exercée sur le segment de membre mais qui diminue avec l'installation d'un climat de confiance.

- **Composante psycho-comportementale :**

→ Apathie, démotivation, absence d'initiative motrice, ralentissement.

→ Anxiété très importante pouvant aller jusqu'à la phobie de la verticalité.

Afin d'illustrer ce syndrome ainsi que son traitement kinésithérapique, nous détaillerons la prise en charge d'une patiente de long séjour présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice.

4. PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE DE LONG SEJOUR

4.1. Présentation de la patiente

Madame B., âgée de 79 ans, est domiciliée à l'unité de soins de longue durée depuis 2 ans. Cette dame est une commerçante retraitée (ancienne employée d'une pompe à essence).

Elle est mariée. Son époux, âgé de 84 ans, également retraité, vit seul dans leur maison de plain-pied située à Auxerre. Il est totalement autonome.

Ils ont 4 enfants. Deux fois par semaine, Madame B. reçoit la visite de sa fille habitant à proximité du CHA. Un de leurs enfants est décédé d'un accident de la voie publique et les deux autres n'habitent pas la région.

4.2. Présentation médicale de la patiente

A ce jour, Madame B. présente une polyarthrite rhumatoïde et des séquelles d'AVC. La polyarthrite rhumatoïde est traitée par cortancyl® et dafalgan®. Durant la prise en charge, il n'y a pas eu de poussée d'arthrite.

Ses antécédents chirurgicaux sont une hystérectomie et une annexectomie, des PTG bilatérales en 1994 et 1996 et une PTH droite en 1999.

Ses antécédents médicaux sont un AIT en 2000, un AVC en février 2002, un syndrome dépressif traité par stablon®, une tentative de suicide en mai 2002, un tassement de T12 sur ostéoporose en août 2002, une crise angineuse sans modification de l'ECG en décembre 2002 traitée par risordan® et aspégic®, des épisodes de bronchopathie en janvier et février 2003 et une HTA ayant régressé.

4.3. Histoire du placement

En février 2002, Madame B., droitrière, présente un AVC ischémique (ramollissement sylvien gauche). Les conséquences sont une hémiparésie droite à prédominance brachio-céphalique.

Au terme de sa rééducation en avril 2002, elle retourne vivre avec son époux dans leur maison. Elle présente plusieurs séquelles dont une incapacité totale à l'habillage et à la toilette

et une incapacité partielle aux transferts et à la déambulation ; ces derniers nécessitent obligatoirement l'aide d'une tierce personne.

Par conséquent, Madame B est très dépendante dans les activités de la vie quotidienne. Son époux ne peut plus assumer cette situation, ce qui crée un conflit conjugal. Madame B. déprime et fait une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse en mai 2002. A la suite de son hospitalisation, elle est placée avec son consentement à l'USLD 1.

4.4. Conclusion du bilan de début de prise en charge (le 20/09/2004)

4.4.1. Déficiences

Les déficiences sont des déficits d'amplitudes articulaires en flexion et abduction d'épaule droite (amplitudes hautes), en flexion et abduction de hanche droite ainsi qu'en flexion dorsale des chevilles. Au niveau du rachis, nous notons une raideur globale du tronc en cyphose dorsale et en enroulement des épaules.

En ce qui concerne les déficiences sensibles, il y a un déficit de sensibilité profonde (statesthésique et kinesthésique) au niveau du genou et de la cheville à droite.

4.4.2. Incapacités

- Madame B. présente une dysarthrie du fait d'une paralysie faciale séquellaire de son accident vasculaire cérébral.

- Son membre supérieur droit n'est pas fonctionnel et n'est pas utilisé spontanément (il s'agit d'un trouble de la commande volontaire ; nous notons l'absence d'héminégligence, de spasticité et de déficit articulaire, musculaire ou sensitif).

- En ce qui concerne l'équilibre assis dynamique, les réactions d'adaptation posturale sont très diminuées et les réactions parachutes sont inexistantes.

- Incapacité partielle à réaliser les transferts : ils nécessitent l'aide de 2 personnes. Elle n'a plus les automatismes nécessaires à leur exécution. *Par exemple, pour le transfert assis-debout, ses membres inférieurs sont situés trop en avant par rapport à l'assise du fauteuil et la patiente est incapable de réaliser une flexion antérieure du tronc.*

- Incapacité partielle à la station debout bipodale : celle-ci n'est possible qu'avec appui des membres supérieurs (entre les barres parallèles). Madame B. a peur de chuter et présente une tendance globale à la rétropulsion. Nous notons un polygone de sustentation diminué, un déséquilibre latéral droit, une flexion bilatérale des hanches et des genoux ainsi qu'une inflexion du tronc vers l'avant.

- Incapacité partielle à la déambulation : celle-ci est difficile, très lente et s'effectue entre les barres parallèles. Nous notons l'absence de prise d'initiative motrice. Le départ est difficile (les pieds sont « collés » au sol) avec agrippement aux barres parallèles. Il s'agit d'une marche intermittente à demi pas en chute arrière avec une flexion bilatérale des hanches et des genoux et esquive de l'appui (temps long côté gauche et temps court côté droit). Il n'y a pas d'attaque du talon, pas de déroulement du pied au sol et diminution des amplitudes de la phase oscillante. Madame B. s'arrête de marcher s'il y a des stimuli extérieurs. Avec la fatigue, une hyperextension du genou droit à la phase d'appui apparaît ainsi qu'une absence de flexion dorsale de la cheville droite lors de la phase oscillante (la pointe du pied traîne au sol ou tout le pied glisse au sol pour passer le pas). Les demi-tours sont réalisés difficilement avec piétinement et le périmètre de marche est réduit (4 mètres en 7 minutes).

- Désadaptation à l'effort : après une marche de 4 mètres avec appui sur les membres supérieurs dans les barres parallèles, le pouls augmente très peu (passe de 80 à 90 pulsations par minute) et la patiente se plaint d'une grande fatigue.

- AVQ : incapacité totale à la toilette et à l'habillage.

- Déplacements : totalement dépendante car elle n'utilise pas son fauteuil roulant.
- Test moteur minimum : Note Motrice de 4/20 (annexe III).

4.4.3. Désavantages

- Social : elle ne peut se déplacer seule au sein du long séjour (pour aller aux toilettes, aux animations, à la salle à manger,...).
- Familial : elle ne va plus en permission chez sa fille car les déplacements et les transferts sont devenus trop difficiles.

4.5. Principes de prise en charge

Madame B. est un cas de gériatrie qui nous confronte à un syndrome de désadaptation psychomotrice installé insidieusement surajouté à des séquelles d'un accident vasculaire cérébral. Il est impératif que la rééducation prenne en compte les facteurs spécifiques de la personne âgée vivant en long séjour.

Nous intégrons les séances de rééducation dans la vie de Madame B. et nous lui permettons de continuer à aller aux animations, chose qui lui tient à cœur.

Madame B. est motivée pour sa rééducation car elle voudrait être plus autonome dans les activités de la vie quotidienne et surtout dans ses déplacements. Elle reçoit la visite quotidienne de son époux avec qui elle aimerait marcher sans que celui-ci n'ait à la maintenir fortement, car elle ne veut pas le fatiguer. Cependant, lors de la prise en charge, la lenteur des progrès provoque une démotivation. Nous notons alors l'importance de valoriser chaque nouvelle acquisition aussi infime soit-elle et surtout de rappeler à la patiente son état lors du début de la prise en charge (qu'elle a oublié). La motivation revient peu à peu et grandit lorsque l'étape de la marche en rollator est amorcée.

4.6. Objectifs masso-kinésithérapiques

- au niveau analytique :
 - augmentation des amplitudes articulaires de la hanche droite (en flexion et abduction),
 - augmentation des amplitudes articulaires des chevilles (en flexion dorsale),
 - augmentation de la sensibilité profonde du membre inférieur droit (genou et cheville).

Remarque : les amplitudes articulaires hautes de l'épaule droite ne seront pas recherchées car elles sont fonctionnelles.

- au niveau fonctionnel :
 - travailler les retournements et les transferts,
 - travailler l'équilibre (réactions d'équilibration, réactions parachutes),
 - travailler la déambulation avec augmentation du périmètre de marche.

4.7. Techniques masso-kinésithérapiques avec évolution de la patiente

4.7.1. Travail des transferts

- **Retournements (décubitus dorsal-latérocubitus) :** nous travaillons sur un plan de Bobath afin de sécuriser la patiente au maximum. Les retournements s'effectuent du côté droit afin d'éviter tout risque de luxation (PTH à droite) et afin de faciliter le mouvement car le côté droit est le côté hémiparésique. La patiente est en décubitus dorsal. Après lui avoir expliqué clairement les mouvements à effectuer, nous nous plaçons à sa droite au niveau de ses épaules. Ses membres inférieurs sont en crochet. La patiente regarde vers la droite et amène son membre supérieur gauche par-dessus son thorax pour attraper le bord droit de la table. Puis elle se tracte en fléchissant son coude. Notre aide au niveau de son bassin est très importante lors des premières séances pour faciliter le mouvement. Au fur et à mesure, cette aide diminue. Cependant à la fin de la prise en charge, une petite aide à ce niveau reste

indispensable pour une bonne réalisation du mouvement, et les consignes doivent être rappelées parfois.

- **Passage de la position latérocubitus à la position assise au bord de la table** : ce transfert est très difficile pour la patiente. Malgré une nette amélioration dans la réalisation de ce mouvement, l'aide d'une tierce personne reste indispensable pour guider Madame B. dans ses gestes (solicitation verbale) et fournir une aide discrète au redressement du tronc.

- **Passages assis-debout et debout-assis** : lorsque la patiente est installée dans son siège coquille, elle demande à avoir son dossier très incliné vers l'arrière. Or cela est néfaste pour la verticalisation car cette position favorise la rétropulsion. Nous expliquons en quoi la bonne installation en position assise est importante et nous redressons le dossier mais nous notons tout de même que le siège coquille, même redressé, ne favorise pas le lever. Nous travaillons la flexion antérieure du tronc qui est insuffisante chez cette patiente et qui est une étape importante pour la verticalisation. A la fin de la prise en charge, Madame B. se lève et se rassoit seule dans son fauteuil en toute sécurité.

4.7.2. Travail de l'équilibre assis

Sur le plan de Bobath, nous travaillons les réactions d'adaptation posturale aux déséquilibres par le kinésithérapeute ainsi que les réactions parachutes. Au fur et à mesure des séances, Madame B. réintègre son membre supérieur droit dans ses réactions d'équilibration. A la fin de notre prise en charge, les réactions d'équilibration sont totalement automatisées. *Par exemple, nous appliquons des poussées antéro-postérieures ou latérales au niveau du thorax ; ces poussées sont d'abord lentes et ne surprennent pas la patiente. Progressivement elles augmentent pour surprendre la patiente et l'amener à déclencher des réactions parachutes (annexe IV).*

4.7.3. Travail de l'équilibre debout

Entre les barres parallèles, nous travaillons la flexion antérieure du tronc (*par exemple en faisant rouler un bâton posé sur les barres parallèles le plus loin possible*). Nous corrigeons la statique debout : augmentation du polygone de sustentation, autograndissement, travail du temps unipodal, travail du transfert du poids du corps sur le membre inférieur droit. Progressivement, Madame B. lâche ses appuis, prend conscience du transfert d'appui et équilibre son poids du corps sur les 2 membres inférieurs. Dès que la station debout sans appui avec les membres supérieurs est possible, nous travaillons les réactions d'adaptation posturale, d'abord aux déséquilibres intrinsèques puis aux déséquilibres par le kinésithérapeute (annexe IV). Puis, nous recherchons les réactions parachutes aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. La patiente finit par automatiser ses réactions d'équilibration et sa peur de chuter disparaît presque totalement. En position debout bipodale sans appui au niveau des membres supérieurs, spontanément, il persiste une légère flexion bilatérale des hanches et des genoux et une petite diminution du polygone de sustentation.

4.7.4. Rééducation à la marche

Nous débutons par le travail de la déambulation dans les barres parallèles que nous abaissons préalablement pour faciliter l'antéimpulsion du tronc. La surveillance de la fréquence cardiaque (prise du pouls avant et après l'effort) nous permet de doser les exercices et d'augmenter progressivement le périmètre de marche. Nous corrigeons les défauts de marche : travail de l'attaque du talon et déroulement du pied au sol, augmentation de la phase d'appui côté droit, augmentation des amplitudes de la phase oscillante, augmentation de la longueur des pas et travail des demi-tours. Pour finir, nous ajoutons des stimuli extérieurs lors de la déambulation (dialogue). Nous passons ensuite au rollator (préféré au déambulateur

pour éviter de saccader la marche). Il est réglé assez bas pour favoriser la flexion antérieure du tronc. A la fin de la prise en charge, le périmètre de marche est de 50 mètres (en 25 minutes) à l'aide du rollator. Les demi-tours sont réalisés de manière autonome en toute sécurité. Il persiste néanmoins une absence de déroulement du pas et une apparition occasionnelle d'une hyperextension du genou droit à la phase d'appui ainsi qu'une diminution de flexion dorsale de la cheville droite à la phase oscillante (la pointe du pied traîne au sol).

Cette rééducation fonctionnelle est complétée par un travail analytique.

4.7.5. Amélioration de la proprioception du genou droit et de la cheville droite

La patiente n'a pas confiance en son côté droit. Elle dit souvent que ce côté est paralysé. Notre but est qu'elle prenne conscience de la position de ses articulations dans l'espace.

Nous travaillons la proprioception du genou droit avec une progression (en décharge puis en charge, yeux ouverts puis fermés) et nous faisons de même avec la cheville droite. *Par exemple, nous travaillons en miroir entre le côté sain et le côté atteint, nous travaillons la perception du mouvement et nous effectuons des stabilisations rythmées en charge.*

A la fin de la prise en charge, Madame B. fait encore quelques erreurs, surtout lorsque la fatigue se fait sentir. Ces exercices sont difficiles et très fatigants pour elle. C'est pour cette raison que nous prenons le soin de ne pas en faire trop longtemps.

4.7.6. Gain d'amplitudes articulaires en flexion dorsale de cheville

Il est important d'essayer de gagner quelques degrés d'amplitudes articulaires de flexion dorsale de cheville chez les personnes âgées. En effet, ces amplitudes articulaires sont utilisées lors des réactions d'adaptation posturale (poussée postérieure réalisée par le

kinésithérapeute) que nous travaillons chez le sujet âgé afin de lui permettre une meilleure station debout (meilleur équilibre, diminution du risque de chute et de la peur de chuter,...).

Ainsi, nous travaillons toutes les articulations au niveau des chevilles et des pieds en analytique : travail des glissements de la mortaise tibio-fibulaire, de l'articulation sub-talaire, mobilisation de la tête fibulaire, des malléoles tibiales et fibulaires et de l'articulation talo-crurale. Nous étirons également les muscles de la loge postérieure de la jambe.

Nous notons une amélioration des amplitudes articulaires de cheville. Genou tendu, nous atteignons le 0° de référence à droite et à gauche, alors qu'il y avait un déficit de 10° à droite et de 15° à gauche au début de la prise en charge.

4.7.7. Gain d'amplitudes articulaires de flexion et d'abduction de hanche droite

L'abduction de la hanche droite est limitée (15° d'abduction alors qu'il y a 30° à gauche). Madame B. est en déséquilibre latéral droit en station debout bipodale. Il paraît donc important d'augmenter l'amplitude articulaire d'abduction de hanche droite. La limitation étant due à une rétraction des adducteurs, nous effectuons des postures en abduction et des étirements des adducteurs. A la fin des séances, nous obtenons 30° d'abduction de hanche en actif à droite et la patiente n'est plus en déséquilibre latéral droit en position debout.

Nous travaillons également la flexion de hanche droite. Nous avons gagné 15° de flexion et les 2 hanches ont atteint le même degré de flexion (115°) qui est fonctionnel.

4.8. Conclusion de la prise en charge

Madame B. est satisfaite des progrès effectués : elle marche avec son époux tous les jours à l'aide du rollator dans les couloirs. Cependant, elle marche toujours accompagnée d'une tierce personne pour plus de sécurité. Cette patiente est exposée aux chutes avec un

membre inférieur droit parfois imprévisible et une incapacité à parler en marchant. Le relevé du sol sera donc un exercice important à travailler dans la suite de la prise en charge.

Le fauteuil roulant pour hémiplégique a été essayé mais abandonné car il demande trop d'effort et fatigue la patiente. La canne tripode n'apporte pas un soutien suffisant pour la marche de la patiente.

Les désavantages persistent encore avec une impossibilité aux déplacements et aux transferts sans aide humaine. Malgré cela, notre prise en charge a apporté à cette patiente un gain d'autonomie non négligeable. La rééducation lui permet d'apporter aujourd'hui une aide précieuse à l'équipe soignante lors des transferts, de la toilette et de l'habillage. Nous pouvons noter que le test moteur minimum a une Note Motrice de 16/20 lors du bilan de fin de prise en charge fait le 28/10/2004, ce qui signifie que le bagage psychomoteur de la patiente a été récupéré.

Notons qu'une prise en charge respiratoire a également été effectuée.

5. CONCLUSION

Ce travail illustre l'importance de la masso-kinésithérapie dans un service de long séjour. Il est indispensable pour le kinésithérapeute de prendre en considération l'ensemble des spécificités de ce service afin d'y adapter la rééducation.

Face au vieillissement rapide de la population française, la rééducation gériatrique tend à prendre une place importante au sein de la profession et ceci également en dehors des institutions gériatriques. Les kinésithérapeutes libéraux ont un rôle important en ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées, d'où la nécessité qu'ils soient également sensibilisés aux spécificités du grand âge.

BIBLIOGRAPHIE

1. **ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale)** – Recommandations et références médicales et en masso-kinésithérapie. – Le Concours Médical, 1996, supplément au n°38, 9 p.
2. **ARVEUX I., FAIVRE G., LENFANT L., MANCKOUNDIA P., MOUREY F., CAMUS A., MISCHIS-TROUSSARD C., PFITZENMEYER P.** – Le sujet âgé fragile. – La Revue de Gériatrie, 2002, 27, p 569-581.
3. **BELMIN J., PIETTE F.** – L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français. – La presse médicale, 2004, 33, p 57-59.
4. **BOUCHET J-Y., PLAS F., FRANCO A.** – Rééducation en gériatrie. – Paris, Milan, Barcelone : Masson, 1995. – 151 p.
5. **CAMUS A., MOUREY F., D'ATHIS P., BLANCHON A., MARTIN-HUNYADI C., DE REKENEIRE N., MISCHIS-TROUSSARD C., PFITZENMEYER P.** – Test moteur minimum. – La Revue de Gériatrie, 2002, 27, p 645-658.
6. **CLERCQ Y.** – Aller où, dans quel sens, dans quel but ? L'animation comme facteur de bien-être. – Animagine la revue de l'animation, 2004, 34, p 15-18.
7. **DAVID E., LETESSIER J.** – La perte de la marche de la personne âgée n'est-elle que du ressort de la kinésithérapie ? – Kinésithérapie Scientifique, 2001, 409, p 6-11.
8. **DUCROS F.** – Un domaine à reconquérir. – Kinésithérapie Scientifique, 2001, 409, p 5.
9. **GEDDA M., MOUREY F.** – Dossier sur la prévention des chutes. – Kinésithérapie les annales, 2002, 7 et 10, p 13-26 et p 17-30.

10. **HEBEL A.** – L’animation en établissement d’accueil pour personnes âgées. – Revue du soignant en gériatrie, 2004, 12, p 25-27.
11. **MOUREY F.** – Ethique et rééducation gériatrique. – La Revue de Gériatrie, 2002, 27, p 483.
12. **MOUREY F., MANCKOUNDIA P., PFITZENMEYER P.** – La désadaptation psychomotrice du sujet âgé : comment la prendre en charge ? – Repères en gériatrie, 2004, 43, p 22-25.
13. **MOUREY F., PFITZENMEYER P.** – Les bons gestes au quotidien. – La Revue de Gériatrie, 2000, 25, p 177-180.
14. **MOUREY F., PFITZENMEYER P.** – La rééducation du syndrome de l’après-chute chez le sujet âgé. – Kinésithérapie Scientifique, 2001, 409, p 23-27.
15. **PFITZENMEYER P., MARTIN-HUNYADI C., MOUREY F., BAUDOIN N., D’ATHIS P., MISCHIS-TROUSSARD C.** – Caractéristiques cliniques et tomodensitométries cérébrales des patients atteints de syndrome de désadaptation psychomotrice. – La Revue de Gériatrie, 2002, 27, p 501-508.
16. **PFITZENMEYER P., MOUREY F., MANCKOUNDIA P., TAVERNIER-VIDAL B.** – La désadaptation psychomotrice. – La Revue de Gériatrie, 2003, 28, p 597-600.
17. **RABOURDIN J-P., RIBEYRE J-P., HERISSON C., SIMON L.** – Rééducation en gériatrie. – Paris : Masson, 1989 – 442 p. – Problèmes en médecine de rééducation.
18. **TAVERNIER - VIDAL B., MOUREY F.** – Réadaptation et perte d’autonomie physique chez le sujet âgé : la régression psychomotrice. – 2^{ème} Edition. – Paris : Editions Frison-Roche, 1999. – 111 p.
19. **THEVENON A., POLLEZ B.** – Rééducation gériatrique. – Paris : Masson, 1992. – 162 p. – Abrégés.

AUTRES REFERENCES

- « Recommandations de bonnes pratiques de soins en EHPAD 2004 » – www.sante.gouv.fr
- « Réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : système ternaire » – www.cram-bfc.fr
- « EHPAD La réforme de la tarification » – basse-normandie.sante.gouv.fr
- « L'Allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2003 » – Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques – www.sante.gouv.fr
- « Allocation personnalisée d'autonomie et qualité des services aux personnes âgées » – Code de l'action sociale et des familles – www.legifrance.gouv.fr
- « Evaluation du risque de chute et/ou du trouble de l'équilibre » – France Mourey – www.fmtmedical.com