

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

LE MASSEUR-KINESITHERAPEUTE ET LA PRISE EN CHARGE GERIATRIQUE

Mémoire présenté par **Valérie GARCIN**

étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie

en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

de Masseur-Kinésithérapeute.

2009-2010

SOMMAIRE

RESUME

LEXIQUE

1. INTRODUCTION	1
1.1 Le masseur-kinésithérapeute	4
1.1.1. Un savoir	5
1.1.2. Un savoir-faire	5
1.1.3. Un savoir-être	6
1.2. La gériatrie	7
1.2.1. Définition	7
1.2.2. Les effets du vieillissement.....	8
1.3. Le masseur-kinésithérapeute en gériatrie.....	9
1.4. La pluridisciplinarité	11
1.5. Différentes structures	12
2. MATERIEL ET METHODE	14
2.1. Population	14
2.2. Choix de l'outil	15
2.3. Réalisation de l'enquête	15

2.4. Biais et limites.....	16
3. RESULTATS	16
3.1. L'échantillon	16
3.2. Le MK et la gériatrie.....	18
3.2.1. L'âge.....	18
3.2.2. La prise en charge masso-kinésithérapique.....	18
3.2.3. Motifs de prise en charge	19
3.2.4. Intervention du MK.....	20
3.2.5. Caractéristiques structurelles.....	20
3.3. Les techniques.....	20
3.3.1. Objectifs de PEC	20
3.3.2. Méthode de travail.....	21
3.3.3. Les éléments pris en charge.....	21
3.3.4. Les techniques utilisées quotidiennement	22
3.3.5. Les difficultés de prise en charge	22
3.4. L'équipe pluridisciplinaire	22
3.4.1. Sa composition	22
3.4.2. Les caractéristiques d'une équipe pluridisciplinaire	23
3.4.3. La personne âgée et l'équipe pluridisciplinaire.....	23

3.5. La formation initiale.....	24
4. DISCUSSION	25
5. CONCLUSION	30
 BIBLIOGRAPHIE	
 ANNEXES	

RESUME

La gériatrie est une discipline en plein essor. En effet, la population âgée ne cesse d'augmenter. Le phénomène de vieillissement est un phénomène physiologique inéluctable prédisposant la personne âgée à entrer dans le système de soin. Cette prise en charge implique l'intervention de plusieurs professionnels de santé travaillant en équipe, dont le masseur-kinésithérapeute.

Il est donc intéressant de faire le point sur la prise en charge masso-kinésithérapique en gériatrie. Cette étude a ainsi interrogé, par le biais d'un questionnaire, une population de 55 masseurs-kinésithérapeutes dans l'optique de quantifier, décrire et comparer leurs connaissances, leurs pratiques, leurs opinions.

Ce travail met alors en évidence des adaptations dans la prise en charge masso-kinésithérapique gériatrique.

Mots clés : masseur-kinésithérapeute, gériatrie, équipe pluridisciplinaire, environnement, prise en charge globale.

LEXIQUE

MK : Masseur-kinésithérapeute

PA : Personne âgée

PEC : Prise en charge

EPD : Equipe Pluridisciplinaire

CSP : Code de Santé Publique

TLF : Trésor de la Langue Française

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

1. INTRODUCTION

De nos jours, les faits d'actualité ne sont pas sans évoquer la population âgée. En effet, suite à la canicule de l'été 2003, l'Etat a instauré une journée de solidarité pour répondre aux besoins de la population âgée. Cette journée a lieu le lundi de Pentecôte, elle permet le financement d'actions en faveur des personnes âgées (PA) ou handicapées. Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 1 habitant sur 3 serait âgé de 60 ans ou plus en 2050, contre 1 habitant sur 5 en 2005. La société, parlant encore récemment de « baby-boom », évolue progressivement vers un « papy-boom ».

A travers le « *plan Alzheimer 2008-2012* », élaboré pour améliorer la « *recherche* », les « *soins* » et « *l'accompagnement* » des PA, l'Etat montre sa volonté d'offrir à la population la possibilité de vieillir dans de bonnes conditions.

L'Etat favorise également le maintien des PA à domicile sous certaines conditions. Elles prennent en compte l'état de dépendance physique et/ou mental de l'individu mais aussi l'environnement familial, le niveau de ressources et l'habitat.

Par ailleurs, le terme *vieillesse* évoque souvent des aspects négatifs. Il révèle pourtant certaines valeurs. En effet, des expressions comme *affaiblissement, ralentissement, baisse des capacités, diminution de l'autonomie, dégénérescence*, prennent plus d'importance dans le langage courant par rapport à *l'acquisition de qualités, la transmission d'expériences et de savoirs, la sagesse*.

Comment définir le vieillissement ?

Le vieillissement correspond à l'évolution inéluctable de la vie de tout être humain. Il associe plusieurs caractéristiques conduisant la PA vers une baisse de l'autonomie. Les aspects sont physiques, physiologiques, psychologiques, pathologiques, sociaux. (3) Ce processus varie d'un individu à l'autre et au sein d'un même individu. Il est ainsi difficile d'établir un âge et de prévoir le rythme et le moment d'apparition des modifications.

La vieillesse ne constitue donc en aucun cas une maladie. En effet, le sujet âgé est dans un « *état d'instabilité* », un « *état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance* ». (9) Ce ralentissement et ces changements de l'organisme confrontent la PA à diverses pathologies, la conduisant progressivement à entrer dans le système de soins.

Comment s'oriente la prise en charge pour une PA ?

La prise en charge (PEC) en gériatrie prend en compte les pathologies présentes, mais aussi l'environnement personnel, familial, social et environnemental. Elle s'intéresse à la maladie et au malade dans son intégralité. Elle est donc globale.

Le médecin est au cœur du système. En effet, il coordonne l'ensemble des soins en collaboration avec les thérapeutes concernés. Par ailleurs, les professionnels en question se réunissent et mettent en commun leurs compétences en vue de faire évoluer le patient. Ils forment ensemble une équipe pluridisciplinaire (EPD).

Comment les soignants organisent-ils la PEC du sujet âgé ?

Les professionnels, issus du secteur médical, paramédical, psychologique, social, au contact du patient, se concertent régulièrement afin de connaître au mieux la personne, son environnement, ses besoins. Un projet commun est ainsi défini, pour que tous puissent, selon leurs qualifications, apporter l'aide et / ou les compensations nécessaires. L'objectif de cette organisation est avant tout de procurer au soigné la meilleure qualité de soin et de vie possibles. Par ailleurs, avec de nombreuses atteintes chez le sujet vieillissant, la présence du masseur-kinésithérapeute (MK) est souvent nécessaire au sein de l'EPD.

Qu'a-t-il à sa disposition pour prendre en charge une PA?

La gériatrie, spécialité médicale, demande aux thérapeutes d'en connaître les caractéristiques, notamment la physiologie du vieillissement. Aux connaissances théoriques, s'ajoutent des gestes techniques maîtrisés, mais aussi une attitude relationnelle orientée vers l'écoute, la perception et l'échange.

De plus, le lieu de la prise en charge fait varier la quantité et la disponibilité des moyens matériels. En effet, une PEC au domicile n'accorde pas les mêmes équipements qu'une PEC au cabinet ou dans un centre de soin.

Enfin, le soignant adapte ses techniques afin d'être au plus proche des capacités et de l'environnement de son patient.

De ces faits, les principes suivis par les MK ont été adaptés à la prise en charge gériatrique, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Afin de mieux cerner le sujet, il apparaît nécessaire de rappeler certaines notions relatives au MK, à la gériatrie, à la PEC masso-kinésithérapique en gériatrie, à l'équipe pluridisciplinaire puis aux différentes structures d'hébergement proposées aux PA. Ainsi, l'enquête permettra de percevoir le MK dans la PEC gériatrique. Enfin, l'étude des différents paramètres offrira la possibilité de clarifier cette hypothèse de travail.

1.1. Le masseur-kinésithérapeute

La masso-kinésithérapie est une profession paramédicale, réglementée par le Code de Santé Publique (CSP). Par définition, le MK pratique « *habituellement le massage et la gymnastique médicale* » (art L.4321-1 du CSP). La partie réglementaire du CSP précise que son exercice « *consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, (...), qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer* » (art. R4321-1). (annexe I)

Aussi, le MK a le devoir de « *soulager les souffrances du patient* » et « *l'accompagne moralement* » (art. R4321-85 du CSP). Il intervient dans un but thérapeutique, sur prescription médicale, selon l'article L4321-1 du CSP. (annexe I)

En conséquence, l'exercice de la profession requière des connaissances et des compétences.

1.1.1. Un savoir :

Le savoir regroupe un ensemble de savoir, notamment le savoir-faire et le savoir-être. Le trésor de la langue française (TLF) définit le savoir comme un « *ensemble de connaissances et compétences* », « *acquises par l'étude, par l'observation, par l'apprentissage et / ou l'expérience* ». Il n'est cependant pas acquis pour toujours.

Tout au long de sa formation initiale, le MK bénéficie d'un apprentissage théorique et pratique, sanctionné par un diplôme d'état de fin d'étude, comme l'indique les articles L4321-3 et D4321-14 à 16 du CSP. Il possède un large champ d'action cité et réglementé aux articles R4321-5 à 13 du CSP. Ainsi, il peut intervenir en orthopédie, en neurologie, sur l'appareil locomoteur, sur le système respiratoire, en cardiologie, en uro-gynécologie... Le thérapeute se doit par la suite « *d'entretenir et perfectionner ses connaissances* » dans le cadre de sa « *formation continue* » selon l'article R4321-62 du CSP. Il pourra ainsi enrichir son savoir et évoluer dans sa pratique en l'adaptant au mieux des évolutions scientifiques. (annexe I)

Le savoir est nécessaire et indispensable, le MK l'exploite et l'améliore par son exercice au quotidien.

1.1.2. Un savoir-faire

Le savoir-faire reflète la mise en pratique des connaissances, conférant au thérapeute l'expérience. Il acquiert ainsi des compétences.

Le MK exerce son métier à travers la réalisation de bilans diagnostics kinésithérapiques. Il établit alors les objectifs de la PEC et élabore un plan de soin. Cette démarche de bilans diagnostics permet notamment le suivi du patient, l'évaluation des progrès et l'adaptation du traitement.

Le consentement libre et éclairé du patient doit être obtenu par le thérapeute avant la réalisation de tout geste, diagnostic ou thérapeutique (art. R4321-83 et 84 du CSP). (annexe I)

Connaissances et compétences sont indispensables au bon exercice de la profession, mais insuffisantes sans une certaine approche relationnelle.

1.1.3. Un savoir-être

Le savoir-être est entendu comme la capacité à établir et entretenir l'écoute et le dialogue entre soignant-soigné, dans l'optique d'une relation de confiance et d'une compréhension mutuelle. Il s'agit du comportement du thérapeute face à son patient.

Le MK entre dans l'intimité du patient par le toucher et par les discussions partagées. Il est alors tenu au secret professionnel, ne devant pas divulguer « *ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* » (article R4321-55 du CSP). (annexe I)

Le thérapeute doit faire preuve de respect, doit écouter et ne pas juger la personne soignée (art. R4321-53 et R4321-58 du CSP). Il se doit de respecter « *les principes de moralité, de probité et de responsabilité* » (article R4321-54 du CSP). (annexe I)

Doté d'un savoir exploité et enrichi au cours de sa carrière, le MK est apte à prendre en charge tout individu.

1.2. La gériatrie

1.2.1. Définition

Construit sur la racine *gerôn*, du grec, signifiant *vieillard*, le mot gériatrie définit une spécialité médicale s'intéressant aux maladies des PA. Elle a pour caractéristique de porter une attention particulière à l'individu. En effet, elle prend en compte l'environnement du patient et les conséquences fonctionnelles, psychiques et socio-économiques. (2) (4) (10) (19)

La gériatrie ne concerne pas la PEC des patients de moins de 60 ans, âge à partir duquel l'entrée en institution devient légalement possible. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), retient le terme de « *personne âgée* » à partir de l'âge de 65 ans, âge correspondant à la « *cessation d'activité* ». Cependant, il existe une variabilité interindividuelle notable pour des patients d'âge identique, au niveau de l'expression des phénomènes de vieillissement. (15) Les sujets âgés sont classés dans trois grands groupes. D'abord « jeunes retraités » ou « jeunes séniors » de 60 à 74 ans, ils entrent ensuite dans le « 3^{ème} âge » de 75 à 84 ans, puis dans le « 4^{ème} âge » à partir de 85 ans. (9)

Les PA présentent certaines particularités. Elles sont plus fragiles, plus fatigables et exposent généralement un tableau polypathologique. Aussi, elles peuvent présenter une peur de chuter, des limitations articulaires et des problèmes de dénutrition. (7) (9) (13) Ces éléments s'expliquent à travers la physiologie du vieillissement de l'organisme.

1.2.2. Les effets du vieillissement

Le vieillissement correspond à l'évolution biologique des êtres humains. Ce phénomène s'exprime au sein des différents systèmes de l'organisme, entraînant un affaiblissement et un ralentissement de l'activité vitale. Ces changements sont d'ordres physique et mental. Au niveau musculo-squelettique, la masse et la force musculaire diminuent et les problèmes d'ostéoporose sont majorés. Les appareils cardio-vasculaire et pulmonaire témoignent en particulier d'une diminution de la capacité respiratoire et d'une augmentation de la pression systolique et de la fréquence cardiaque. L'atteinte du système nerveux a notamment pour conséquence une augmentation du temps de réaction, des troubles possibles des fonctions supérieures et des perturbations du cycle du sommeil. Le système immunitaire, l'appareil urinaire, les organes des sens et la thermorégulation sont également concernés. (6)

Cet affaiblissement induit une baisse des capacités fonctionnelles, une diminution du contrôle homéostatique interne, une diminution de l'habilité à s'adapter à l'environnement et à répondre à une situation de stress. La réduction de l'adaptabilité favorise toutes atteintes chez la PA. (6) Ainsi, ce vieillissement normal peut être perturbé par l'ajout d'une maladie et devenir vieillissement pathologique. Il peut s'agir d'un problème aigu, une infection par exemple, ou chronique comme le diabète ou une artériopathie. Le syndrome de désadaptation

psychomotrice est une complication typique du vieillissement pathologique. Il est souvent consécutif à une chute, un alitement, un choc émotionnel, atteignant les plans moteur et psychique. En effet, le patient se replie sur lui-même, s'isole, fait preuve de démotivation. Lorsque ce trouble est pris en charge précocement, le résultat est plutôt favorable. (18)

Il existe finalement trois niveaux d'intervention en gériatrie : (13) (20)

- la prévention primaire a pour rôle de « *prévenir ou retarder l'apparition de la maladie* » ;
- la prévention secondaire a pour mission la « *détection précoce de la maladie ou la prévention des récurrences* » ;
- la prévention tertiaire « *prévient les complications liées à la maladie* ».

1.3. Le masseur-kinésithérapeute en gériatrie

Le MK corrige ou rééduque les déficiences et/ou cherche à développer des compensations pour palier aux incapacités et désavantages du patient (15). Le sens de son intervention est le maintien ou l'amélioration des capacités physiques présentes (10). Le but est de favoriser l'autonomie du sujet âgé le plus longtemps possible. (18) Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), les séances devront respecter des temps de pause et adapter les exercices à chaque patient afin de prendre en compte la fatigabilité de celui-ci.

Ainsi, le MK débute sa prise en charge par le bilan diagnostique. Cette étape essentielle permet de recueillir l'ensemble des données nécessaires à la prise en charge concernant le

patient. D'après l'HAS, l'évaluation, d'abord fonctionnelle, a pour optique de détecter les déficiences, incapacités et éventuels désavantages auxquels le patient est confronté. Cette démarche donne lieu, si nécessaire, à un bilan analytique des fonctions perturbées. Le MK évalue notamment les capacités fonctionnelles d'équilibration et de marche, la force des membres inférieurs, les amplitudes articulaires si nécessaire puis l'environnement humain et matériel du sujet âgé. En d'autres termes, il s'agit d'évaluer non seulement la pathologie en rapport avec le motif de prescription, mais aussi et surtout, l'autonomie physique et mentale du patient. Il n'existe pas de recommandations quant aux tests utilisés pour mesurer cette autonomie. Le thérapeute a le choix parmi de nombreuses échelles. La *grille AGGIR* (Autonomie Gérontologique - Groupe Iso-Ressource) et l'*échelle IADL* (Instrumental Activities of Daily Living) sont fréquemment utilisées. La marche et l'équilibre peuvent être évalués par le *timed up and go* et le *test moteur minimum*. L'évaluation cognitive (connaissances et aptitudes) est réalisable par l'intermédiaire du *MMS* (Mini Mental States).

(1) (9) (12) (15)

Le patient doit être pris en charge dans sa globalité, c'est pourquoi le traitement proposé par le MK doit « considérer le malade et non la maladie ». (10) Le travail réalisé est fonctionnel et / ou analytique, en adéquation avec les conclusions du bilan. Les principaux éléments abordés lors du traitement, sont ceux cités dans les recommandations de l'HAS pour la *pratique clinique en masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la PA fragile à domicile*. De cette manière, le thérapeute prend en charge selon les besoins du patient, l'état orthopédique, la force musculaire, les transferts, les fonctions d'équilibration, la

marche, le relever du sol, la lutte contre la douleur, l'éducation du patient et de son entourage, une éventuelle détérioration cognitive et participe à l'aménagement du domicile. (12) (15)

Face aux multiples problèmes dont témoigne le sujet âgé, le MK n'est pas seul. Il appartient à une équipe dans laquelle toutes les spécialités nécessaires à une PEC de qualité sont représentées.

1.4. La pluridisciplinarité

L'intervention d'une EPD en gériatrie est indiquée, notamment dans l'abord des pathologies multiples et complexes, typiques chez la personne âgée. Chaque professionnel, issu des secteurs médical, paramédical ou social, occupe une place déterminée dans la PEC du malade. Pour assurer le bon fonctionnement de l'équipe, la communication est un principe fondamental. Ainsi, les informations doivent « *circuler* » entre tous les soignants et l'échange doit être constant avec le patient. Le médecin coordonne cette organisation. (11)

Dans un premier temps, chaque membre réalise son bilan, à partir de ses connaissances et compétences propres. Ensuite, la synthèse constitue un temps d'échange et de coordination, où est défini le « *projet de vie* » du patient puis établit un « *plan de soin* ». L'équipe a pour but de procurer au sujet la meilleure qualité de vie possible et le maximum d'autonomie. L'individu ne doit pas être placé en situation d'échec. Le plan de traitement est alors régulièrement adapté en fonction des progrès ou non de la personne. (1) (2) (8)

L'EPD intervient soit à domicile, soit en institution. La différence est dans l'échange des informations, plus aisé dans un établissement en raison de la présence continue des intervenants. Cependant, l'existence d'un « *cahier de vie* » au domicile du patient facilite cet échange par une traçabilité des transmissions. (1) (8)

Des modifications contraignent parfois le sujet âgé à quitter son domicile. Plusieurs possibilités peuvent alors éventuellement être envisagées.

1.5. Différentes structures

La société met en place, selon les besoins de l'individu, des services d'aides et de soins favorisant le maintien à domicile des sujets âgés.

En effet, il existe des aides sociales et financières. Ainsi, des organismes proposent le portage de repas à domicile, d'autres présentent des aides ménagères. Par ailleurs, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est versée aux PA ayant besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie courante.

Sur le plan médical, un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou une hospitalisation à domicile (HAD) peuvent être suggérés. Les soins doivent alors être coordonnés entre chaque intervenant. Aussi, l'accueil de jour et l'hospitalisation de jour sont proposés comme une alternative à l'hébergement permanent afin de soulager l'aidant habituel et d'entretenir une vie sociale pour le soigné. (1)

Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible, plusieurs types d'établissements sont proposés en fonction du niveau d'autonomie. Il y a d'une part, des structures sociales, ou médico-sociales et d'autre part, des structures sanitaires, hospitalières. (1)

Ainsi, les *familles d'accueil* ou les établissements pour PA entrent dans le premier type de structures. Les établissements peuvent être des *foyers-logement*, résidences pour personnes autonomes, assurant certains services collectifs facultatifs, ou bien des maisons de retraites, terme général accueillant les PA à partir de 60 ans. Des *structures spécialisées*, de type Alzheimer existent également. (1) (9) (13)

Les *EHPAD* (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) regroupent les MAPAD (Maisons d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes) et la plupart des maisons de retraite. Ces établissements sont partiellement ou totalement médicalisés. Ils sont soumis à une convention signée avec la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et le Conseil Général du département.

Au contraire, les *EHPA* (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées) regroupent anciennement les MAPA (Maisons d'Accueil pour Personnes Agées) et les maisons de retraite ne répondant pas aux critères des EHPAD. Ces structures sont non médicalisées et acceptent des sujets suffisamment autonomes dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. (1) (9) (13)

En outre, des *petites unités de vie* permettent de garder les individus plus proches de leur milieu de vie et de favoriser progressivement l'entrée en institution. (9) (13)

Par ailleurs, il existe des structures sanitaires (1) :

- *les services de court séjour* accueillent les patients en phase aigüe, suite à une demande du médecin traitant ou une admission en urgence ;
- *les services de soins de suite et de réadaptation (SSR)*, anciennement moyen séjour, permettent une convalescence après une hospitalisation ;
- *les unités de soins de longue durée (USLD) ou services de longue durée (SLD)*, anciennement long séjour, offrent une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien lorsque la vie à domicile n'est pas permise ;
- *les unités de soins palliatifs*. Elles accompagnent les personnes mourantes aux plans médical et relationnel.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Population

L'enquête réalisée compte 55 MK volontaires exerçant en Meurthe et Moselle, en Moselle ou dans les Vosges. 18 thérapeutes sont libéraux, 40 sont salariés. Parmi ces professionnels, 3 pratiquent actuellement dans les deux secteurs. 17 autres ont eu l'occasion, durant leur carrière, de fréquenter le milieu libéral et le milieu salarial.

Tous les thérapeutes libéraux et / ou salariés diplômés d'Etat et exerçant au contact de PA sont inclus dans l'enquête. Les étudiants sont donc exclus, tout comme les MK travaillant dans une spécialité n'ayant aucune approche gériatrique comme la pédiatrie ou le sport.

Les MK libéraux ont été sélectionnés aléatoirement dans un annuaire téléphonique. Les établissements retenus ont été choisis de manière identique.

2.2. Choix de l'outil

Afin d'étudier la PEC masso-kinésithérapique en gériatrie, un questionnaire a été élaboré. Ce type de support permet de consulter un grand public et d'être ainsi représentatif de la population de MK.

L'objectif de cette étude descriptive est de quantifier, décrire, comparer des connaissances, des pratiques, des opinions parmi des sujets sélectionnés.

Le document écrit respecte l'anonymat, laissant ainsi la possibilité de s'exprimer plus librement et de ne pas influencer l'individu interrogé. De plus, ce moyen offre la possibilité au MK de prendre le temps de réfléchir et de compléter les items lorsqu'il en a le temps.

2.3. Réalisation de l'enquête

La première étape a consisté à construire le questionnaire de façon à évoquer les différents thèmes soulevés par la question de recherche. (annexe III)

Un échantillon témoin a ensuite testé le document. Cette étape a permis de vérifier la clarté, la compréhension, la formulation des questions mais également de cerner l'orientation des réponses afin de reformuler certaines questions. Le même groupe témoin a testé une seconde fois le questionnaire avant sa distribution pour le valider.

Pendant ce temps, un courrier a été adressé aux cadres de santé MK de 17 établissements lorrains, afin de demander l'autorisation de distribuer le questionnaire au personnel concerné. (annexe II) Après confirmation écrite, ou téléphonique, la transmission du document s'est faite par courrier : 13 structures ont répondu.

En parallèle, 21 MK libéraux ont été sollicités par téléphone. Le document leur a été remis par courrier, par mail ou en main propre après leur accord. 15 questionnaires ont été réceptionnés.

2.4. Biais et limites

Géographiquement, l'enquête se limite à trois départements lorrains. Les 55 MK ayant participé ne permettent probablement pas d'avoir une vision des principes de rééducation sur l'ensemble du territoire. En effet, la démographie des thérapeutes et des PA n'est pas la même selon les régions. De plus, l'enquête compte 67% de salariés et 33% de libéraux alors que la répartition nationale tend à l'inverse.

Les réponses apportées aux questions 9 ; 10 et 11, relatives au nombre de patients pris en charge, à la durée et la fréquence des séances, sont confuses et se regroupent. Elles n'ont pas été prises en compte dans l'analyse des résultats.

Le questionnaire aurait dû donner la possibilité aux MK exerçant concomitamment sur des sites différents d'adapter leurs réponses en fonction du lieu d'exercice.

3. RESULTATS

3.1. L'échantillon

L'échantillon obtenu compte 55 MK. Deux femmes et un homme ont un exercice mixte. (fig.1)

L'âge de la population varie de 23 à 65 ans avec une moyenne de 42 ans. (fig. 2)

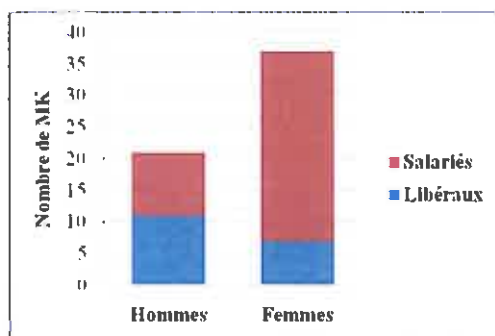


Figure 1 : Répartition des MK selon leur sexe et leur secteur d'activité.

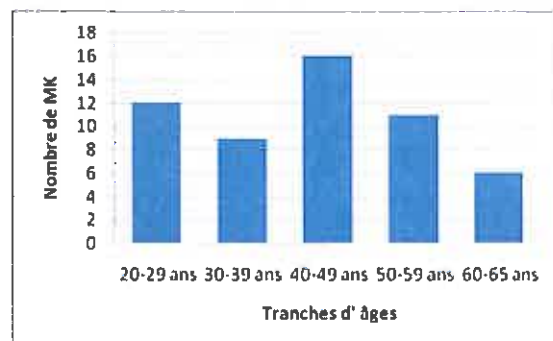


Figure 2 : Tranches d'âges représentant la population.

Les thérapeutes audités exercent pour 45% d'entre-eux en centre de rééducation.

(fig. 3)

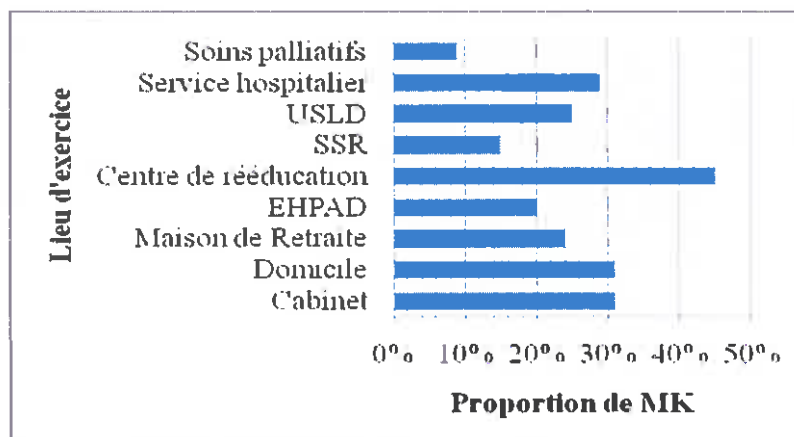


Figure 3 : Répartition des MK selon leur lieu d'exercice.

3.2. Le MK et la gériatrie

3.2.1. L'âge

Les MK sont amenés à prendre en charge des PA de tout âge. Cependant, la tranche d'âge des 80-89 ans est la plus représentée. (fig.4)

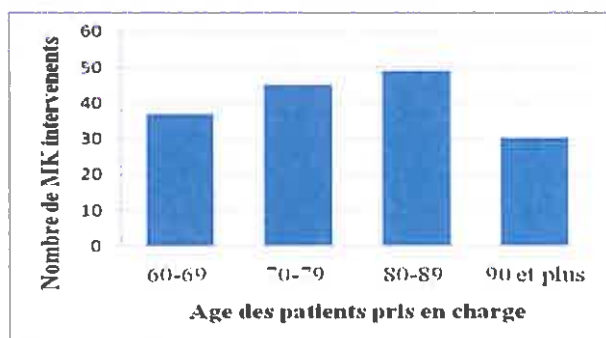


Figure 4 : Age des PA prise en charge par les MK.

Se basant sur leur pratique, 78% des thérapeutes mentionnent le terme « gériatrie » à partir d'un âge situé dans la fourchette 70-80 ans. Toutefois, 15% des MK soulignent qu'il ne s'agit pas d'une question d'âge mais de l'état physiologique et psychique de chaque individu. Les 7% restant énoncent 50 ans, 65 ans, 85 ans ou 90 ans.

3.2.2. La prise en charge masso-kinésithérapique

Les thérapeutes interrogés permettent de souligner des points forts d'une PEC masso-kinésithérapique. (tab.I) (annexe IV)

Tableau I : Principales caractéristiques d'une PEC gériatrique énoncées par les MK.

Caractéristiques d'une PEC masso-kinésithérapique en gériatrie	n=55
relationnel (dialogue, écoute, disponibilité)	18
patience	13
adaptabilité	12
encouragement, dynamisme, persuasion, stimulation	10

3.2.3. Motifs de prise en charge

Le médecin est à l'origine de la demande de soins masso-kinésithérapiques dans 98% des cas. Le patient est demandeur dans 20% des situations et le MK dans 6%.

Trois motifs de PEC se distinguent : la traumatologie, la rhumatologie et la neurologie.

(tab.II)

Tableau II : Motifs de PEC masso-kinésithérapique en gériatrie.

Motifs de prise en charge	
Traumatologie	87%
Rhumatologie	85%
Neurologie	84%
Cardiologie	18%
Respiratoire	64%
Perte d'autonomie, altération de l'état général	7%
Psycho-gériatrie	7%
Urologie	4%
Bilan du domicile	2%

3.2.4. Intervention du MK

Le début de la PEC dépend de la structure et de l'état du patient. 44% des MK interviennent « *dès l'arrivée du patient* » et 46% débutent leur PEC entre « *1 jour à quelques jours après l'arrivée du patient* » afin de laisser un temps d'adaptation au sein de l'établissement. En outre, 11% des thérapeutes précisent que leur intervention est fonction de la prescription médicale.

3.2.5. Caractéristiques structurelles

Les séances sont réalisées dans une salle de rééducation dans 93% des cas. Selon le lieu et les moyens, la séance peut se dérouler dans un box individuel, en chambre, à domicile, ou en extérieur.

Quant au matériel à disposition du MK, il répond « *souvent* » aux besoins de PEC. Les raisons du manque ont été peu justifiées. L'aspect financier serait la principale cause. (annexe IV)

3.3. Les techniques

3.3.1. Objectifs de PEC

En ce qui concerne l'objectif final de la PEC, 67% des MK s'orientent vers un « *retour* » au lieu de vie. 58% des thérapeutes vont dans le sens d'un « *maintien* » au lieu de vie alors que le « *changement* » du lieu de vie est envisagé dans 15% des cas.

Les MK ont « *souvent* » pour objectif de récupérer, améliorer et/ou maintenir les capacités du sujet âgé. Cependant, ils envisagent « *rarement* » l'accompagnement vers la fin de vie.

3.3.2. Méthode de travail

65% des MK emploient des techniques à la fois fonctionnelles et analytiques. 33% d'entre eux utilisent de préférence le fonctionnel et 2% utilisent majoritairement l'analytique.

3.3.3. Les éléments pris en charge

Le questionnaire propose 13 éléments susceptibles d'être pris en charge par les thérapeutes. Parmi ceux-ci, la douleur, la marche, les transferts, l'équilibre et l'aspect psychologique sont « toujours » envisagés. L'aménagement du domicile est quant-à lui « rarement » voir « jamais » pris en charge. De plus, un soignant indique que l'aménagement du domicile est un élément à prendre en compte mais ne relève pas des compétences du MK. (tab. III)

Tableau III : Fréquence d'utilisation de techniques susceptibles d'être prise en charge par les MK en gériatrie.

Autres éléments proposés	Fréquence de PEC
l'articulaire	souvent
le musculaire	souvent
la sensibilité profonde	souvent
le versant respiratoire	rarement
la cardiologie	rarement
la sensibilité superficielle	rarement
l'uro-dynamique	jamais

3.3.4. Les techniques utilisées quotidiennement

Cette question ouverte a permis de mettre en évidence plusieurs techniques. Ainsi, 6 grands axes se distinguent. Tout d'abord la mobilisation (active et/ou passive) est mentionnée par 85% des thérapeutes, tandis que le travail de l'équilibre et de la proprioception le sont par 83%. Le travail de la marche et le massage sont cités par 48% d'entre eux, le travail musculaire par 39% et les techniques de transferts par 37%. (annexe IV)

3.3.7. Les difficultés de prise en charge

Dans l'optique de rendre compte des difficultés rencontrées dans la PEC gériatrique, les MK ont fait part de leur expérience. Les troubles des fonctions supérieures, troubles cognitifs, démence et compréhension de la PA sont mentionnés par 58% des praticiens. La fatigabilité due au vieillissement est ensuite évoquée par 48% d'entre eux. 40% des audités soulignent également le manque de motivation du sujet âgé, d'où le besoin de le stimuler pour obtenir sa coopération. La notion de polypathologie est un critère mentionné par 34% des MK et la diminution des capacités physique, l'altération ou la variation de l'état général par 22%. (annexe IV)

3.4. L'équipe pluridisciplinaire

3.4.1. Sa composition

L'EPD comporte toujours des médecins et des infirmières. Un seul thérapeute ne mentionne pas les aides soignantes. 72 à 76% des MK évoquent la présence d'assistantes

sociales, d'ergothérapeutes et de psychologues. Les orthophonistes constituent également cette équipe pour 52% des MK et les psychomotriciens pour 9%. Par ailleurs, 5% des audités ajoutent les professeurs d'activités physiques adaptées (APA) et 2% mentionnent une diététicienne et une animatrice.

3.4.2. Les caractéristiques d'une équipe pluridisciplinaire

Pour 63% des thérapeutes, l'EPD se caractérise par le dialogue, la communication, l'écoute, l'échange et le partage. 48% d'entre eux évoquent la notion de complémentarité. Les autres termes retrouvés sont notamment la notion de PEC globale pour 23% des MK, la cohésion, la collaboration et la cohérence pour 19%, puis la notion de projet commun pour 15%. Parmi les praticiens interrogés, 13% énoncent les notions d'organisation et de coordination et 12% parlent de l'intérêt du patient. (annexe IV)

3.4.3. La personne âgée et l'équipe pluridisciplinaire

La PEC d'une PA par une EPD est « *fondamentale* » selon 70% des MK. Cette PEC est « *souvent* » globale selon 56%.

Dans 69% des situations, une réunion a lieu 1 fois par semaine. 77% des MK y participent en moyenne 1 fois par semaine et 67% estiment leur place au sein de cette équipe « *nécessaire* ». 2% des professionnels libéraux signalent que les intervenants ne sont jamais tous présents et mentionnent l'existence d'un cahier de vie.

Une distinction s'observe entre MK libéraux et MK salariés concernant l'importance de l'EPD et la place du MK au sein de cette équipe. (fig. 4)

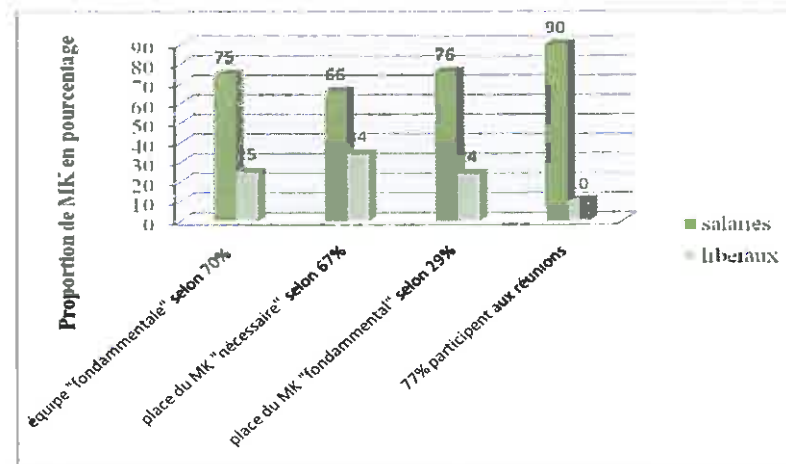


Figure 4 : Distinction entre MK libéraux et MK salariés sur le thème de l'équipe pluridisciplinaire.

3.5. La formation initiale

A l'issue de leur formation initiale, 58% des MK interrogés révèlent avoir rencontré des difficultés dans la PEC de PA (fig.5). 17,5% des thérapeutes estiment qu'un stage devrait être obligatoire en secteur gériatrique. Selon 15%, un minimum d'expérience est nécessaire à ce type de PEC. 13% des praticiens soulignent une formation initiale insuffisante quant à la physiologie et la psychopathologie de la PA. Aussi, 11% évoquent un enseignement gériatrique insuffisant voire absent il y a quelques années.

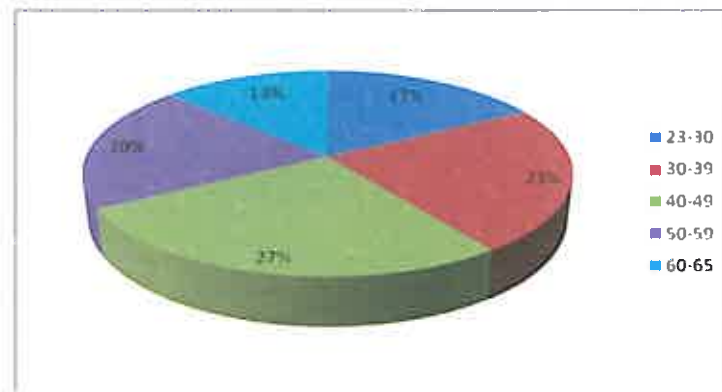


Figure 5 : Répartition selon la tranche d'âge des MK ayant éprouvé des difficultés dans la PEC de PA à l'issue de leur formation initiale.

Les participants ont évoqué, d'après leur expérience, les éléments indispensables à aborder lors de l'enseignement gériatrique. Les thèmes les plus fréquemment énoncés sont : la psycho-pathologie de la PA (31%), les pathologies et polyopathologies (29%), la physiologie du vieillissement et ses conséquences (19%), les notions de PEC globale et PEC fonctionnelle (13%), de patience, feeling, écoute et respect de la PA (13%). (annexe IV)

4. DISCUSSION

La gériatrie est une discipline médicale à part entière dont l'âge de début n'est pas clairement délimité. Il semble juste d'affirmer qu'il s'agit d'un phénomène interindividuel, comme le soulignent les écrits et 15% des thérapeutes audités. Cependant, les MK déterminent un âge plus proche de 70 ans que de 65 ans, se basant probablement davantage sur la notion de pathologie que sur l'événement social qu'est la retraite.

Afin de cerner davantage la PEC gériatrique, les MK mettent en évidence trois principaux motifs de PEC. Un parallèle peut ainsi s'établir avec les conséquences du vieillissement. La fréquence des chutes serait en rapport avec les PEC traumatologiques. L'« usure » avec les PEC rhumatologiques et les hémiplésies ou les maladies telles que la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson avec les PEC neurologiques.

Aussi, les soignants fixent des objectifs pour chacune de leurs interventions. Cette étude est ainsi en accord avec la politique favorisant le maintien des PA à domicile. En effet, les thérapeutes envisagent préférentiellement le « *retour* » ou le « *maintien* » au lieu de vie et non le « *changement* » du lieu de vie.

A travers le questionnaire sur les techniques, la littérature énonce une PEC à dominante fonctionnelle. L'enquête est conforme à cette orientation, donnant globalement comme proportion 1/3 de fonctionnel pur et 2/3 pour le fonctionnel et l'analytique. Deux axes sont mis en évidence. Le premier constitue ce qui relève du travail fonctionnel, « toujours » pris en charge : la marche, l'équilibre, les transferts. Le second correspond à un travail plus analytique en reprenant les éléments articulaire, musculaire, respiratoire, cardiologique et sensitif. Ainsi, en se rapportant à l'HAS quant à l'utilisation de ces deux modes de travail, la PA est prise en charge de manière globale. En effet, le recours au travail analytique ferait l'objet d'une déficience spécifique et le fonctionnel établirait un lien entre rééducation et adaptation à l'environnement.

Par ailleurs, les éléments abordés par les thérapeutes sont effectivement fonction des besoins du patient, comme le souligne l'HAS. Le questionnaire ne mentionne pas les relevés du sol, ni le versant éducatif, ni les détériorations cognitives. Cependant, il porte à réflexion deux paramètres. En premier lieu, les MK prennent toujours en compte le versant psychologique. Cet élément non rapporté par l'HAS, relève certes du versant relationnel plutôt que technique mais fait partie des qualités d'un thérapeute. En second lieu, l'aménagement du domicile mentionné par l'HAS n'est rapporté que rarement par les MK. Une personne auditée précise que cela ne relève pas de ses compétences. Ainsi, il serait intéressant d'approfondir cette réflexion. Il est nécessaire de savoir si le thérapeute doit simplement prendre en considération l'aménagement du domicile pour diriger sa PEC et donner des conseils, ou s'il doit s'investir davantage dans cette pratique appartenant notamment aux compétences des ergothérapeutes.

En outre, les techniques utilisées quotidiennement par les MK sont l'équilibre, la proprioception et la marche. Les transferts sont quant à eux toujours pris en considération, mais pas à chaque séance. La mobilisation est également mentionnée, mais la distinction entre passif / actif et entre global / analytique est difficile. Enfin, la quasi-totalité des MK utilise le massage à chaque PEC. Ce dernier élément n'apparaît nullement dans les recommandations de l'HAS bien qu'il semble avoir de l'importance dans la pratique des MK. Une étude pourrait être menée afin de rendre compte des bienfaits du massage sur la PA.

Aussi, les principales caractéristiques d'une PEC gériatrique citées par les MK relèvent du savoir-être. Un parallèle existe également entre ces caractéristiques de PEC des PA et les difficultés rencontrées par les MK. En effet, les thérapeutes évoquent le manque de

motivation de leurs patients, face auquel ils doivent recourir aux encouragements et à la persuasion. Ainsi, ils accordent une grande importance au versant relationnel en ce sens où les PA ont besoin d'être rassurées, stimulées et attirées hors de leur tendance à l'isolement. Le lien inéluctable entre les difficultés rapportées et les caractéristiques du vieillissement trouve également son origine dans les troubles des fonctions supérieures, les polyopathologies, la fatigue, la diminution des capacités physiques et les variations de l'état général.

A travers cette étude, aucun MK interrogé ne mentionne l'absence d'EPD dans sa pratique. Cette équipe se compose de personnel soignant, médical et paramédical. 2% à 5% des thérapeutes soulignent la place de l'activité sportive et de l'animation. Par ses termes il est possible d'évoquer l'aspect ludique, distrayant de la PEC et rappeler ainsi l'importance d'éviter l'isolement de la PA et la notion d'entretien psychomoteur.

Aussi, les expressions utilisées par les thérapeutes pour caractériser l'EPD reflètent l'intérêt de ce mode de PEC. Ils *communiquent, partagent* leurs informations pour être *complémentaires* et rendre la PEC la plus *globale* possible afin d'élaborer un *projet commun* et de le mener à bien, dans l'*intérêt du patient*.

Les résultats de l'enquête reflètent la facilité de participation des MK salariés à une EPD part rapport aux MK libéraux. En effet, parmi les 77% des thérapeutes participant aux rencontres, 90% sont salariés. De même, qu'il s'agisse de l'importance accordée à l'EPD ou de la place qu'occupe le MK en son sein, le rapport 2/3 - 1/3 est observable en faveur des salariés. Une PEC pluridisciplinaire constitue une pratique quotidienne pour un MK salarié. Cette organisation de travail est naturelle, automatique dans un établissement de soins. Le

MK salarié a une vision plus large, plus importante de la pluridisciplinarité. Le MK libéral est plus exclusif de par son mode d'exercice.

Enfin, 58%, soit plus de la moitié des MK interrogés, estiment ne pas s'être senti à l'aise lors de leurs premières PEC gériatriques. Les réponses des thérapeutes laissent suggérer deux groupes : un premier sachant s'adapter aux situations et aux patients, un second groupe éprouvant plus de difficultés d'adaptation et ayant peut-être un « feeling » moins développé envers les PA. A ce titre, la formation initiale peut être prise en considération. La gériatrie étant une discipline peu étudiée il y a quelques années, certains thérapeutes ont dû se former durant leur exercice professionnel. Cependant, malgré les difficultés rencontrées, chaque thérapeute a su parfaire ses connaissances et adapter ses techniques afin d'améliorer et mener à bien ses PEC.

Aussi, les éléments jugés comme indispensables à aborder dans la formation initiale sont majoritairement en lien avec les difficultés rencontrées dans l'abord d'une PEC gériatrique et les caractéristiques du vieillissement. En effet, le MK doit posséder des connaissances afin de pouvoir s'adapter dans la PEC d'une PA et posséder un certain savoir-être.

5. CONCLUSION

La gériatrie, spécialité médicale regroupant différents professionnels de santé, est à l'heure actuelle une discipline en plein essor, notamment avec l'augmentation de la population âgée.

Ce travail met en évidence une adaptation de la PEC masso-kinésithérapique en gériatrie. En effet, les thérapeutes adaptent leurs principes aux difficultés de PEC afin de répondre au mieux aux besoins des PA.

Ainsi, les MK associent leurs connaissances et leurs compétences acquises par l'expérience. Ils attachent alors une grande importance au savoir-être caractérisant la PEC gériatrique et ses subtilités. Ce versant relationnel permet en outre d'encourager et de motiver le sujet âgé. Par ailleurs, les thérapeutes exploitent toujours le travail fonctionnel afin d'être au plus proche de l'environnement du patient et de promouvoir son autonomie.

Les MK exercent également au sein d'une EPD, dans la recherche d'une PEC la plus globale possible. En effet, il s'agit de prendre en charge le malade et la ou les maladie(s). Cependant, les thérapeutes libéraux s'investissent moins dans cette organisation pluridisciplinaire. Serait-il possible de faciliter cette PEC à domicile pour les soignants ? Cette PEC à domicile peut-elle donner lieu à des organismes spécifiques ?

Des réseaux se développent, en France et à l'étranger. Ils ont notamment pour objectif d'assurer la continuité des soins et de favoriser les services destinés aux PA. Il serait ainsi intéressant d'étudier où en sont ces réseaux, leur fonctionnement et leurs apports.

BIBLIOGRAPHIE

Les articles :

2. **CHAUVIN DE RANGOT M-C., MOUREY F.** - Interdisciplinarité en rééducation gériatrique : une expérience en cours. - Kinésithérapie la revue, octobre 2002, n° 10, p 18 - 19.
3. **DAUZAC C.** - Vieillir... mais garder la capacité d'agir. - Kinésithérapie scientifique, septembre 2008, n° 491, Editorial
4. **Dr DESJARDIN P.** - Grand âge, deuils et conséquences. - Kinésithérapie scientifique, septembre 2008, n° 491, p 2.
5. **Dr DESJARDIN P.** - Prévention du vieillissement. - Kinésithérapie scientifique, novembre 2008, n° 491, p 5 - 10.
7. **DUREYSSEIX M-L.** - Outil pédagogique pour la prise en charge kinésithérapique de la personne âgée. - Kinésithérapie scientifique, septembre 2008, n° 491, p 11 - 16.
8. **DUREYSSEIX M-L.** - Rôle du masseur-kinésithérapeute dans un réseau gérontologique. - Kinésithérapie scientifique, septembre 2008, n° 491, p 21 – 24.
10. **GILLES C.** - Les personnes âgées et leur corps : Comment les aider à gérer leurs difficultés ? - Kinésithérapie scientifique, mars 1994, n° 332, p 48 - 52.
11. **GRAVE D.** - Circulation de l'information dans l'accompagnement pluridisciplinaire : une réussite de la gériatrie. – Evolutions psychomotrices, 2005, n° 68, p 101 – 106.

- 14. LEPINE N.** - Positionnement psychique du rééducateur dans la prise en charge du syndrome de régression psychomotrice de la personne âgée. - Kinésithérapie scientifique, novembre 2004, n° 449, p 27 - 33.
- 15. MOUREY F.** - Evaluation en rééducation gériatrique. – Kinésithérapie scientifique, septembre 2008, n° 491, p 29 - 32.
- 16. NOE N., BILLUART F.** - Vieillesse et renforcement musculaire. - Kinésithérapie scientifique, juin 2006, n° 467, p 7 - 12.
- 17. PETIT C.** - Les limites de la rééducation de la personne âgée. - Kinésithérapie scientifique, novembre 2005, n° 460, p 13 - 19.

Les livres :

- 1. AMYOT J-J., AGAESSE M., ARGOUD D., ENNUYER B., HUGONOT R., MARECAUX Y., MOLLIER A., VILLEZ A.** – Pratiques professionnelles en gérontologie. - 1 éd. - Paris: Dunod, 2007. - 1456 p.
- 6. DELISA J-A., GANS B-M.** – Rehabilitation Medecine : Principles and practices. – Philadelphia – New-York : Lippincott - Raven Publishers, 1998. – p. 963 – 996.
- 9. FERREY G., LE GOUES G.** - Psychopathologie du sujet âgé. – 6^{ème} éd. – Masson, 2008. – 375 p. – Les âges de la vie.
- 13. HERVY M-P.** – Evaluation et stratégies de prévention de la dépendance. - TRIVALLE C. – Gérontologie préventive : Eléments de prévention du vieillissement pathologique. - 2^{ème} éd. - Masson, 2009. - p. 299 - 312. - Abrégés.
- 18. TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F.** – Réadaptation et perte d'autonomie chez le sujet âgé : La régression psychomotrice. – 2^{ème} éd. - Paris : Frison-Roche, 1999. - 111 p.
- 19. TRIVALLE C.** - La gérontologie préventive : pourquoi et comment ? - TRIVALLE C. Gérontologie préventive : Eléments de prévention du vieillissement pathologique. – 2^{ème} éd. - Masson, 2009. - p. 9 à 25. - Abrégés.
- 20. REY A.** - Définitions. - TRIVALLE C. – Gérontologie préventive : Eléments de prévention du vieillissement pathologique. - 2^{ème} éd. - Masson, 2009. - p. 3 - 8. - Abrégés.

Autres références :

21. **Code de Santé publique** : Partie consacrée au masseur-kinésithérapeute
(L4321 et R4321)
12. HAS / Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la
personne âgée fragile à domicile/Avril 2005
22. Le plan Alzheimer 2008-2012 : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr>
23. Le trésor de la langue française informatisé : <http://atilf.atilf.fr>
24. Site répertoriant les codes en vigueur en France : <http://www.legifrance.gouv.fr>
25. La gériatrie pratique, Médecine des personnes âgées : « *Le Vieillissement Humain* »
par le Dr KHELIFA A. : <http://geriatrie.webs.com>

ANNEXES

- **ANNEXE I : Articles issus du Code de Santé Publique**
- **ANNEXE II : Lettre envoyée aux cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes**
- **ANNEXE III : Questionnaire distribué aux MK**
- **ANNEXE IV : Résultats du questionnaire**

ANNEXE I : Articles issus du Code de Santé Publique

- PARTIE REGLEMENTAIRE
 - Quatrième partie : Professions de santé
 - Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers
 - Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue
 - Chapitre Ier : Masseur-kinésithérapeute.

Article L4321-1

La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale.

La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

Article L4321-3

Le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est délivré après des études préparatoires et des épreuves dont la durée et le programme sont fixés par décret.

Des modalités particulières sont prévues pour permettre aux candidats aveugles de s'y préparer et de s'y présenter dans des conditions équivalentes à celles des voyants. Des modalités particulières pour la délivrance du diplôme - comportant notamment la faculté de se présenter aux épreuves un nombre de fois plus élevé que les autres candidats - sont également instituées au profit des grands infirmes titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article 173 du code de la famille et de l'aide sociale.

- PARTIE REGLEMENTAIRE
 - Quatrième partie : Professions de santé
 - Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers
 - Titre II : Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue
 - Chapitre 1er : Masseur-kinésithérapeute

Section 1 : Actes professionnels

Article R4321-1

La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.

Article R4321-5

Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :

1° Rééducation concernant un système ou un appareil :

- a) Rééducation orthopédique ;
- b) Rééducation neurologique ;
- c) Rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;
- d) Rééducation respiratoire ;
- e) Rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;
- f) Rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ;

2° Rééducation concernant des séquelles :

- a) Rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;
- b) Rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;

c) Rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;

d) Rééducation des brûlés ;

e) Rééducation cutanée ;

3° Rééducation d'une fonction particulière :

a) Rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;

b) Rééducation de la déglutition ;

c) Rééducation des troubles de l'équilibre.

Article R4321-6

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

Article R4321-7

Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;

2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;

3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;

4° Etirements musculo-tendineux ;

5° Mécanothérapie ;

6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;

7° Relaxation neuromusculaire ;

8° Electro-physiothérapie ;

a) Applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électro-stimulation antalgique et excitomoteur ;

b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;

c) Utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centrimétriques, infrarouges, ultraviolets ;

9° Autres techniques de physiothérapie :

a) Thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;

b) Kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;

c) Pressothérapie.

Article R4321-8

Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

1° A pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en oeuvre manuelle ou électrique ;

2° A participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardiovasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;

3° A participer à la rééducation respiratoire.

Article R4321-9

Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

1° A prendre la pression artérielle et les pulsations ;

2° Au cours d'une rééducation respiratoire :

a) A pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;

b) A administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;

c) A mettre en place une ventilation par masque ;

d) A mesurer le débit respiratoire maximum ;

3° A prévenir les escarres ;

4° A assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;

5° A contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article R4321-10

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Article R4321-11

En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.

Article R4321-12

Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.

Article R4321-13

Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.

Ces actions concernent en particulier :

1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ;

2° La contribution à la formation d'autres professionnels ;

3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;

4° Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ;

5° La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Section 2 : Personnes autorisées à exercer la profession

Sous-section 1 : Titulaires du diplôme d'Etat

Article D4321-14

Le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute est délivré par le préfet de région aux personnes qui, sauf dispense, ont suivi l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat et subi avec succès les épreuves du diplôme à l'issue de cet enseignement.

Article D4321-15

La durée de l'enseignement préparatoire au diplôme est de trois ans.

Article D4321-16

Les études préparatoires comprennent un enseignement théorique et pratique et un parcours de stages conformes à un programme fixé par voie réglementaire.

Les enseignements sont dispensés par des médecins, des cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes ou des masseurs-kinésithérapeutes ayant des connaissances particulières dans les champs enseignés. Il est également fait appel à des personnes qualifiées ou expertes.

Les conditions d'indemnisation des stages et de remboursement des frais de déplacement liés aux stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Section 4 : Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

Sous-section 1 : Devoirs généraux des masseurs-kinésithérapeutes

Article R4321-53

Le masseur-kinésithérapeute, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article R4321-54

Le masseur-kinésithérapeute respecte, en toutes circonstances, les principes de moralité, de probité et de responsabilité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie.

Article R4321-55

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose au masseur-kinésithérapeute et à l'étudiant en masso-kinésithérapie dans les conditions établies respectivement par les articles L. 1110-4 et L. 4323-3. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du masseur-kinésithérapeute dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article R4321-58

Le masseur-kinésithérapeute doit écouter, examiner, conseiller, soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance, réelle ou supposée, à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur couverture sociale, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne soignée.

Article R4321-62

Le masseur-kinésithérapeute doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue. Il ne peut se soustraire à l'évaluation de ses pratiques professionnelles prévue à l'article L. 4382-1.

Section 4 : Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes

Sous-section 2 : Devoirs envers les patients

Article R4321-83

Le masseur-kinésithérapeute, dans les limites de ses compétences, doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, lorsque le médecin, appréciant en conscience, tient, pour des raisons légitimes, le patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou pronostic graves, le masseur-kinésithérapeute ne doit pas révéler ces derniers.

Article R4321-84

Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas. Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse le traitement proposé, le masseur-kinésithérapeute respecte ce refus après avoir informé le patient de ses conséquences et, avec l'accord de ce dernier, le médecin prescripteur.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le masseur-kinésithérapeute ne peut intervenir sans que la personne de confiance désignée ou ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Le masseur-kinésithérapeute appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé s'efforce de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le masseur-kinésithérapeute donne les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le masseur-kinésithérapeute en tient compte dans toute la mesure du possible.

Article R4321-85

En toutes circonstances, le masseur-kinésithérapeute s'efforce de soulager les souffrances du patient par des moyens appropriés à son état et l'accompagne moralement.

ANNEXE II : Lettre envoyée aux cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes

Valérie GARCIN
4, rue du Recteur Louis Bruntz appt 5
54000 NANCY
Tel : 06.82.50.60.56

Madame, Monsieur le Cadre de Santé
Masseur-Kinésithérapeute
Adresse...

Nancy, le 19 octobre 2009

Objet : demande d'autorisation pour distribuer un questionnaire aux masseurs-kinésithérapeutes du service.

Madame, Monsieur,

Actuellement en troisième année à l'Institut Lorrain de Masso-Kinésithérapie de Nancy, je dois réaliser un mémoire pour l'obtention du diplôme d'état. Pour se faire, je réalise une enquête auprès de masseur-kinésithérapeutes exerçant en secteur gériatrique afin de rendre compte de leur rôle au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Aussi, je vous demande l'autorisation de distribuer un questionnaire aux personnes concernées de votre établissement.

Restant à votre entière disposition pour de plus amples renseignements,

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes respectueuses salutations.

ANNEXE III : Questionnaire distribué aux MK

Actuellement étudiante en troisième année à l'Institut Lorrain de Formation en Masso-Kinésithérapie de Nancy, je dois réaliser un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état. Pour se faire, je réalise une enquête auprès de masseurs-kinésithérapeutes (MK) exerçant en gériatrie.

Ainsi, je sollicite un peu de votre temps pour répondre à ce questionnaire qui me permettra de rendre compte de la place du MK au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes âgées.

Ce questionnaire est totalement anonyme.

Par avance, je vous remercie de l'attention que vous voudrez bien m'accorder ainsi que de votre participation.

Afin de recueillir les résultats les plus fidèles possibles, merci de conserver la confidentialité de ce questionnaire.

Au préalable, merci de remplir cette fiche de renseignements :

- ✓ Vous êtes : un homme une femme
- ✓ Votre âge : . . . ans
- ✓ L'année d'obtention de votre DE :
- ✓ Votre expérience professionnelle : En gériatrie : . . . ans
En tant que MK libéral : . . . ans MK salarié : . . . ans
- ✓ Actuellement, vous exercez en tant que MK :
 libéral salarié les deux
- ✓ Vous pratiquez :
 à domicile en cabinet en centre de rééducation
 en EHPAD en USLD en maison de retraite
 en service hospitalier en secteur de soins palliatifs
 autre(s) :

1. Selon vous, à partir de quel âge est-il convenable d'employer le terme « gériatrie » ? . . . ans
 2. Dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situent les patients que vous prenez en charge ?
 60-69 ans 70-79 ans 80-89 ans 90 et plus
 3. Pourriez-vous donner trois caractéristiques de la prise en charge masso-kinésithérapique en gériatrie ?.....
.....
 4. Quels sont les motifs de vos prises en charge ?
 traumatologie rhumatologie neurologie cardiologie
 respiratoire autre(s)
 5. Sur votre lieu d'exercice, qui est à l'origine de la demande de prise en charge ?
 vous le médecin le patient
 6. Vous intervenez : dès l'arrivée du patient à J+1 jour
 quelques jours après son arrivée (précisez :)
 7. Sur votre lieu de travail, vos séances se font :
 dans une salle de rééducation en chambre dans les couloirs
 autre(s) :
 8. Par rapport au matériel mis à votre disposition, il répond aux besoins de vos prises en charge :
 jamais rarement souvent toujours
Quelle est, le cas échéant, la raison de ce manque ?.....
- Pour les questions 9 ; 10 ; 11 ; 12, veuillez détailler la réponse pour chaque lieu d'exercice professionnel, le cas échéant :***
9. Combien de patients âgés avez-vous en charge par jour ?
.....
 10. Sur une semaine, de combien de séances bénéficient-ils et à quelle fréquence ?
.....
 11. En moyenne, quelle est la durée de leurs séances ?
 15 minutes 30 minutes 45 minutes
 1heure 1h15 1h30 2heures
 12. Le but de la prise en charge est en général : le retour au lieu de vie
 un changement du lieu de vie le maintien au lieu de vie

13. Quelles sont vos objectifs de prises en charge ?
- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Amélioration : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| Récupération : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| Maintien des capacités actuelles : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| Accompagnement vers la fin de vie : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
14. Vous utilisez préférentiellement des techniques : fonctionnelles analytiques les deux
15. A quelle fréquence prenez-vous en charge les éléments suivant lors de vos séances :
- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <i>La douleur</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>La sensibilité superficielle</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>La sensibilité profonde</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>L'articulaire</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>Le musculaire</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>La cardiologie</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>Le respiratoire</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>L'uro-dynamique</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>Les transferts</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>L'équilibre</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>La marche</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>L'aspect psychologique</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
| <i>L'aménagement du domicile</i> : | <input type="checkbox"/> jamais | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> toujours |
16. Pourriez-vous énumérer, au maximum, cinq techniques que vous utilisez quotidiennement ?

17. Pourriez-vous citer trois difficultés spécifiques à la prise en charge gériatrique ?

18. Quels sont les différents professionnels de santé intervenants auprès de vos patients ?
- | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médecins | <input type="checkbox"/> IDE | <input type="checkbox"/> Aides-soignants | <input type="checkbox"/> Orthophonistes | <input type="checkbox"/> Ergothérapeutes |
| <input type="checkbox"/> Psychologues | <input type="checkbox"/> Assistantes sociale | <input type="checkbox"/> Psychomotricien | | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | | | | |
19. Pourriez-vous donner trois caractéristiques d'une équipe pluridisciplinaire ?

20. Vous estimez qu'une équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge d'une personne âgée est :
- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sans importance | <input type="checkbox"/> peu importante | <input type="checkbox"/> nécessaire | <input type="checkbox"/> fondamentale |
|--|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
21. Le patient est-il pris en compte dans sa globalité par l'équipe pluridisciplinaire ? (mode de vie, environnement...) jamais rarement souvent toujours

22. L'équipe pluridisciplinaire se réunit environ :

- jamais 1 fois par semaine toute les 2 semaines autre :.....

23. Participez-vous à ces rencontres ? oui non

Si oui, à quelle fréquence :

.....

24. Vous rencontrez les intervenants qui prennent en charge vos patients :

- jamais 1 fois par semaine 2 fois par semaine au quotidien
 autre :.....

25. Vous occupez au sein de l'équipe pluridisciplinaire, une place :

- sans importance peu importante nécessaire fondamentale

26. A l'issue de votre formation initiale, l'abord d'une prise en charge gériatrique pouvait-il se faire en toute sérénité ? oui non

Expliquez brièvement.....

.....

27. Quels sont, selon vous, les éléments indispensables à aborder lors de la formation initiale en gériatrie ?

.....

.....

ANNEXE IV : Résultats du questionnaire

Question 3 :

<u>Caractéristiques d'une PEC masso-kinésithérapique en gériatrie</u>	<u>n=55</u>
relationnel (dialogue, écoute, disponibilité)	18
patience	13
adaptabilité	12
encouragement, dynamisme, persuasion, stimulation	10
polypathologies	7
autonomie	6
pluridisciplinaire	6
PEC globale	5
travail fonctionnel	5
bienveillance	4
lenteur	3
altération EG	2
compétences	2
considérer le devenir	2
douceur	2
persévérance	2
psychologique	2
respect	2
accompagnement	1
antalgie	1
dévouer	1
entretien	1
être opiniâtre	1
évolution défavorable possible	1
importance du résultat final	1
objectifs spécifiques à la PA	1
précision	1
progressif	1
réactivité	1
redonner confiance	1
répétition	1

Question 8 : Lorsque le matériel mis à disposition ne répond pas aux besoins de PEC :

Raisons du manque	n=12
difficultés d'adaptation	2
problème financier	5
matériel insuffisant	2
manque de place	2
matériel non fourni	2
pas de salle en maison de retraite	1

Question 16 :

Techniques utilisées quotidiennement	
mobilisation	85%
travail de l'équilibre, proprioception	83%
massage	48%
travail de la marche	48%
renforcement musculaire	39%
travail des transferts	37%
électrothérapie	17%
kiné respiratoire	13%
techniques neuro-motrice	11%
entraînement à l'effort	9%
fangothérapie	9%
travail de coordination	7%
antalgie	4%
travail d'entretien	4%
pouliothérapie	4%
orientation dans l'espace	2%
prévention des chutes	2%
soutien psychologique	2%
stretching	2%
technique de maintien et récupération de l'autonomie	2%
pas de techniques spécifiques	2%

Question 17 :

Difficultés spécifiques à une PEC gériatrique	
troubles des fonctions sup, troubles cognitifs, démence, compréhension de la PA	58%
fatigabilité	48%
motiver, stimuler la PA, obtenir sa coopération	40%
polypathologies	34%
diminution des capacités physiques, altération ou variation de l'état général	22%
état psychologique (solitude, isolement de la PA, syndrome dépressif)	10%
douleur	8%
surdité	8%
peur	6%
adaptabilité	4%
manque de moyen	4%
répétition	4%
troubles sphinctériens	4%
complexité	2%
concentration	2%
convaincre le médecin de l'utilité de la PEC	2%
coordination des soins	2%
lenteur de la r�ducation	2%
manque d'équilibre	2%
manutention	2%
non reconnaissance du handicap par le patient	2%
objectifs différents entre patients et thérapeutes	2%
pas toujours de résultats	2%
PEC de la famille	2%
PEC globale	2%
persévérance	2%
respect des handicaps	2%

Question 19 :

Caractéristiques d'une équipe pluridisciplinaire	
dialogue, communication, écoute, échange, partage	63%
complémentarité	48%
PEC globale	23%
cohérence, cohésion, collaboration	19%
projet commun	15%
organisation, coordination	13%
intérêt du patient	12%
entraide, solidarité	8%
disponibilité	6%
entente	6%
respect du travail des autres	6%
compétences	4%
concentration	4%
réactivité	4%
stimulation, motivation,	4%
efficacité	4%
transmissions	4%
abord varié de la rééducation	2%
compréhension	2%
différences de point de vue	2%
patience	2%
PEC plus humaine	2%
souplesse	2%
suivi	2%

Question 27 :

Éléments indispensables à aborder lors de la formation initiale	
psychologie de la PA, retentissement du vieillissement	31%
pathologies et polypathologies de la PA	29%
physiologie du vieillissement, spécificités et conséquences	19%
patience, feeling, écoute, respect de la PA	13%
PEC globale et fonctionnelle	13%
adaptabilité (au patient, du patient, à l'environnement)	8%
autonomie de la PA	8%
prendre en compte les capacités antérieures, leur mode de vie (social, environnemental)	8%
objectifs et principes adaptés	6%
pluridisciplinarité	6%
se mettre à leur niveau (rythme plus lent...)	6%
stage en gériatrie	6%
aides et aspect financier	4%
différentes institutions	4%
fatigue	4%
mort et fin de vie	4%
transferts	4%
appareillage	2%
attentes de la PA	2%
chaque PA est unique	2%
complexité du patient âgé	2%
compréhension	2%
différents abord selon les pathologies associées	2%
douleur	2%
envie, motivation	2%
équilibre, posture	2%
PEC à part entière, différente de l'adulte	2%
prévention	2%
prudence	2%
résultats parfois inférieur à ceux espérés	2%
spécificités gériatrique (évaluation, installation, matériel, technique)	2%
techniques différentielles	2%
techniques douces	2%
théorie et pratique	2%
thérapeutique	2%
traitement plus long	2%