MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE
DE NANCY

PREVENTION TERTIAIRE - MAINTIEN DES PERFORMANCES A DOMICILE DES PERSONNES AGEES

EVALUATION D'UN LIVRET D'EXERCICES

Mémoire présenté par **Maxime REMY**
étudiant en 3ème année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'État
de Masseur-Kinésithérapeute
2011-2012

SOMMAIRE

PAGES

RÉSUMÉ

LEXIQUE

1. INTRODUCTION 1

2. LE LIVRET

2.1. Présentation 5

2.2. Analyse biomécanique des exercices

2.2.1. Présentation 7

2.2.2. Fonctionnalité et exercices des membres inférieurs 7

2.2.3. Fonctionnalité et exercices des membres supérieurs 10

3. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 12

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. Population 15

4.2. Choix de l'outil 15

4.3. Réalisation des entretiens 16

4.4. Biais et limites 18

5. RÉSULTATS

5.1. Caractéristiques de l'échantillon 19

5.2. La présentation du livret est-elle satisfaisante ? 21

5.3. L'intérêt du livret est-il compris ? 22

5.4. Les patients réalisent-ils toujours les exercices ? 23

5.5. L'apprentissage des exercices au centre avec les kinésithérapeutes est-il adapté ? 24

5.6. Les exercices sont-ils adaptés aux capacités physiques des patients ? 24

5.7. Quelles sont les difficultés rencontrées à domicile pour réaliser les exercices ? 24

5.8. Les patients se fixent-ils des objectifs à la sortie du centre Jacques PARISOT ? 25

5.9. Quelles améliorations pourraient être apportées au livret ? 25

6. DISCUSSION 26

7. CONCLUSION 30

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

RÉSUMÉ

Juste après la fin de la seconde guerre mondiale, en France, comme dans beaucoup d'autres pays, le taux de natalité a connu une augmentation importante. Ce pic de natalité, communément appelé « baby boum », conjugué aux progrès de la médecine et au vieillissement de la population, nécessite aujourd'hui, soixante cinq ans plus tard, la mise en place de dispositifs particuliers et spécifiques pour assurer une prise en charge médicale adaptée à cette tranche de la population. Nous entrons dans l'aire du « papy boum » !

Pour ce faire, les Pouvoirs Publics ont mis en place différentes stratégies. La promotion de la prévention, sous diverses formes, en fait partie. Cette démarche est relayée par les équipes thérapeutiques en contact direct avec cette strate de la population. Dans ce contexte, les thérapeutes du centre Jacques PARISOT ont développé un livret visant au maintien des capacités physiques et à la conservation de l'autonomie des personnes âgées à domicile.

Ce mémoire a pour objet l'évaluation du travail réalisé au centre Jacques PARISOT. Après avoir mis en évidence les points forts, les faiblesses du livret et porté un regard sur son application, il sera proposé quelques pistes d'actions afin de parfaire la démarche et les outils mis en place. Enfin, d'éventuels axes de travail seront mis en avant pour bénéficier d'un retour plus complet sur l'impact du livret.

Mots clés : Personnes âgées, prévention tertiaire, livret, exercices physiques.

LEXIQUE

- I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- S.S.D. : Service de Soins à Domicile
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
- C.M.E. : Commission Médicale d'Établissement
- A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressource
- H.A.S. : Haute Autorité de Santé

1. INTRODUCTION

Depuis dix ans, le nombre de personnes de 75 ans et plus augmente en moyenne de plus de 3% par an. Au 1er janvier 2007, 13,4 millions de personnes vivant en France avaient 60 ans et plus (soit 21,1% de la population) et 5,2 millions avaient 75 ans et plus (soit 8,3%).

L'espérance de vie à 65 ans, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (I.N.S.E.E), dans son étude « projection de la population 2005/2050 » (annexe I) est d'environ 18 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes. De plus l'espérance, de vie « en bonne santé » à 65 ans est estimée à 8 ans pour les hommes et 9 ans pour les femmes. Au-delà, des perturbations des différents appareils constituant le corps humain peuvent apparaître. De ce constat, il en découle les notions d'autonomie et de dépendance de la personne âgée. Le premier terme fait appel au libre arbitre du patient alors que le second fait référence aux capacités fonctionnelles dans les actes de la vie courante. En parallèle avec le vieillissement, l'autonomie va être altérée pour arriver à une perte partielle plus ou moins importante. Mr HEBERT R., chercheur au centre de recherche sur le vieillissement de l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (Québec Canada), définit la perte d'autonomie comme « un syndrome clinique regroupant un ensemble de symptômes physiques et psychiques mais aussi des modifications sociales ».

La question des actions pouvant être mises en place se pose afin de faciliter la prise en charge de cette population. Quelles sont les grandes orientations possibles présentées par les Pouvoirs Publics ?

Lors des dix dernières années, le gouvernement français, par l'intermédiaire de deux ministères, a mis en place des plans nationaux visant à favoriser la prise en charge de cette partie de la population française.

Le premier, élaboré par le Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille (1), a proposé, en novembre 2003, le plan « vieillissement et solidarité ». Celui-ci œuvre à la mise en place d'un plus grand nombre de places disponibles dans les établissements d'hébergement, en accueil de jour, en hébergement temporaire mais aussi en Service de Soins à Domicile (S.S.D). Il propose également des solutions de financement. Ces modalités sont reprises et développées par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées suggérant une journée de solidarité ; journée fixée théoriquement au lundi de Pentecôte.

Ce plan « vieillissement et solidarité » propose une réforme développant cinq grands axes dont un visant à insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention. Cette volonté se traduit par la promotion d'une politique de prévention des maladies liées au vieillissement. Une consultation préventive est proposée gratuitement pour les plus de 70 ans. Le financement d'initiatives locales valorisant l'activité physique, les pratiques alimentaires saines et le lien entre les générations est alloué. Ce plan « vieillesse et solidarité » est repris actuellement dans le cadre du plan « solidarité grand âge » de 2007-2012 (2).

Le second, préparé par le Ministère de la Santé et des Sports (3), propose le plan national « bien vieillir » en 2007-2009 (4). Ce programme poursuit le travail mis en place dans le plan « vieillissement et solidarité » de novembre 2003. Il a pour ambition de définir

les étapes d'un chemin pour un « vieillissement réussi » tant au niveau de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées.

Le renforcement de la prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, altération de la marche, troubles de l'équilibre, ...) et le développement des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition) sont deux stratégies tournées vers la valorisation de la prévention de la santé.

D'autres modalités ont été mises en place avec le « Plan d'Actions Personnalisées » et « L'allocation Personnalisée d'Autonomie » proposant un soutien aux personnes âgées de plus de 55 ans afin de leur permettre de conserver la plus grande autonomie possible à domicile. Toutefois, ces deux aides ne sont pas cumulables.

Dans les différents programmes, l'Etat attache une place importante à la prévention de la santé. Comment pouvons-nous la définir ?

La prévention de la santé se décline sous trois formes : la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Dans le cadre de cette étude et au vu des choix réalisés par l'équipe thérapeutique du centre de rééducation Jacques PARISOT de Bainville sur Madon, seule la prévention tertiaire est concernée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) (5) définit la prévention tertiaire comme « ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie.

Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale ».

Les thérapeutes du centre de rééducation Jacques PARISOT ont élaboré un programme de réadaptation « le corps en mouvement » afin de préserver les capacités physiques et l'autonomie des personnes âgées lors de leur retour à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Un outil pédagogique prenant la forme d'un livret a été développé. Les patients peuvent se familiariser avec cet outil lors de leur dernière semaine de convalescence pour ensuite être capables de l'utiliser à domicile. Ce concept est en accord avec la définition de la prévention tertiaire proposée par l'O.M.S. Le livret repose sur une somme d'exercices, tous fondés sur un aspect fonctionnel. Il œuvre à la diminution de la prévalence des incapacités chroniques.

Ainsi, le choix de l'utilisation d'un livret dans le cadre d'une prévention tertiaire est-il un outil adapté à une population de personnes âgées après une hospitalisation ?

Ce travail commencera par la présentation du livret, associée à une analyse biomécanique de celui-ci afin d'en dégager les points forts. Ce regard, permettra de bien appréhender les éléments pris en considération pour favoriser l'autonomisation à domicile des personnes âgées. Ensuite, la démarche de recherche bibliographique retenue sera expliquée avec une présentation du travail de recueil des informations auprès des patients. Les résultats obtenus dans cette étude seront détaillés. Il en découlera les premiers éléments de réponses concernant la manière, la fréquence, les raisons de l'utilisation du livret. Une discussion

montrant les différents éléments à ajouter pour rendre l'utilisation et la mise en place du livret plus facile, sera présentée.

La conclusion permettra d'apporter des propositions pour affiner l'évaluation de ce livret et poursuivre le travail effectué.

2. LE LIVRET

2.1. Présentation

Le livret, « le corps en mouvement », validé en Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E) le 15/10/2010 (annexe II) est destiné aux personnes âgées admises au Centre Jacques PARISOT. Pour autant, tous les individus entrant au centre de rééducation ne pourront pas faire partie de ce programme. Seuls les séniors ne présentant pas de troubles des fonctions supérieures, vivant à leur domicile et pouvant être inclus dans le Groupe Iso-Ressource 5 (6) de la grille A.G.G.I.R (annexe V), auront la possibilité de participer à ce programme de rééducation.

Cet outil pédagogique, visant à maintenir l'autonomie des personnes âgées, regroupe une multitude d'exercices. Des explications écrites et visuelles à travers des photos permettent aux patients de bien identifier les gestes à réaliser lors des exercices.

En préambule de ce livret, les indications ainsi que les conseils médicaux et d'hygiène de vie y sont rappelés. Le thérapeute adapte et personnalise le fascicule aux besoins du patient pour lui donner la possibilité de travailler dans les secteurs permis.

Tous les patients n'ont donc pas le même livret. Néanmoins, six pages sont communes à l'ensemble des livrets qui sont : la page de garde, de consignes et dernière page. Ensuite, le nombre de pages du fascicule varie en fonction du nombre d'exercices donnés. Les conseils médicaux, d'hygiène de vie, techniques et quelques indications sont rappelés dans les pages de consignes.

Les exercices présentés dans le livret n'ont pas tous le même but. Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S) dans sa publication « masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile » d'avril 2005, le traitement masso-kinésithérapique doit se centrer sur l'état orthopédique, la force musculaire, les transferts, la fonction d'équilibration, la marche, le relever de sol, l'antalgie, l'éducation du patient et de son entourage, les particularités des troubles cognitifs, l'aménagement du domicile et enfin les prescriptions. Ainsi, dans le livret, trois grandes catégories d'exercices se réfèrent aux précisions des recommandations qui sont les suivantes :

- les ateliers visant à la conservation des amplitudes articulaires,
- les exercices permettant l'entretien musculaire,
- les exercices sollicitant l'équilibre et les réactions posturales.

Un exercice de chacune des catégories précédentes sera détaillé. Tous les exercices sont composés de mouvements fonctionnels afin que les patients puissent retrouver une partie de l'activité dans différentes situations de la vie courante.

Le Trésor de la langue française définit le fonctionnel comme suit : « qui a pour objectif de déterminer le rôle, l'adaptation de tel élément d'un système à une fin ».

Aussi, les principes de travail utilisés dans le programme de rééducation sont :

- la répétition des mouvements provoquant un renforcement musculaire tout en stimulant les chaines fonctionnelles,
- l'ergonomie occasionnant une diminution de la consommation d'énergie lors du travail sur les différents ateliers facilitant ainsi les enchaînements entre eux.

2.2.Analyse biomécanique

2.2.1. Présentation

L'analyse va étudier un exemple de chacun des trois grands thèmes d'exercices. Elle respectera un des principes du livret : la fonctionnalité. Pour ce faire, le point de départ est la ou les grandes fonctions des membres inférieurs, supérieurs et du rachis, pour arriver progressivement sur l'analyse de l'exercice proposé.

2.2.2. Fonctionnalité et exercices des membres inférieurs

La grande fonction des membres inférieurs est la déambulation. A tout âge de la vie mais encore plus chez les séniors, « le mouvement, c'est la vie » selon le Docteur Just Lucas-Championnière. En reprenant les patients dans leur contexte, leur autonomie à domicile va dépendre de leurs capacités à se déplacer. Dans ce cas, ils doivent être capables de marcher, de monter les escaliers, de les descendre et de réaliser les transferts assis/debout. Ils doivent donc, du point de vue articulaire, disposer d'amplitudes minimales au niveau de la hanche, du

genou et de la cheville. Les amplitudes articulaires données dans cette analyse peuvent être nuancées de plus ou moins 5°.

La marche est une succession de déséquilibres vers l'avant pour permettre le déplacement du centre de gravité du patient. Cette alternance de phases instables se traduit par une période d'appui unipodale où le sujet doit contrôler son équilibre. Cette situation apparaît également lors des déplacements dans les escaliers. La différence significative entre la marche et le déplacement dans les escaliers se situe au niveau des amplitudes articulaires de la hanche et du genou. De plus, la force développée par les membres inférieurs lors de la déambulation dans les escaliers est supérieure à celle nécessaire à la marche du fait de la variation verticale du centre de gravité.

Lors de la marche, un besoin de 30° de flexion de hanche est nécessaire. Au niveau du genou, une flexion de 60 à 70° est requise avec une cheville capable de faire de petits mouvements de flexions plantaire et dorsale. Pendant la marche, le genou n'est jamais en rectitude, par contre la hanche est dans cette position lors de la fin de la phase de propulsion. Ce positionnement de hanche est retrouvé à 60% du cycle de marche (7), (8).

Lors de la montée d'escaliers, une flexion active de hanche de 65° et de 94° de genou sont nécessaires. La hanche du côté controlatéral doit pouvoir atteindre la rectitude. Au niveau de la cheville, elle balaye un secteur articulaire compris entre 31° de flexion plantaire et 11° de flexion dorsale. (9)

Lors de la descente d'escaliers, la hanche devra être capable de se placer à 40° de flexion et en rectitude de manière alternative. Le genou, lui, est soumis à de plus grandes

contraintes car il doit avoir une flexion de 91° (9) pour permettre au patient de descendre et ainsi aller chercher avec le membre oscillant la marche du dessous. Concernant la cheville, elle présente alternativement une position de 21° de dorsiflexion et de 40° de flexion plantaire. L'ensemble de ces valeurs angulaires correspond à un déplacement sans compensation au niveau du rachis et du bassin pour des adultes jeunes. Dans le cas d'une personne âgée, ces valeurs peuvent être nuancées du fait de la diminution de mobilité de la cheville.

Lors du transfert assis/debout, la position assise nécessite d'avoir des amplitudes articulaires en flexion de 60° hanche et de genou de 90°, sans présentation de compensations. Un redressement lombaire de 30° est observé pour permettre au buste d'être vertical (10). En effet en maintenant ces positions segmentaires, le patient serait dans l'incapacité de se mettre debout. Ainsi, pour créer un déséquilibre vers l'avant et projeter le centre de gravité en avant du polygone de sustentation, il doit se pencher en avant et réaliser une flexion de 100, 110° de genou. Cette manœuvre a pour but également de décharger l'appui postérieur et faciliter le transfert.

De plus, lors des différents déplacements, plusieurs groupes musculaires sont activés. Pendant la marche, le quadriceps participe au verrouillage actif du genou de 0 à 40 % du cycle de marche. Les abducteurs sont sollicités de 0 à 50 % pour contrôler le positionnement du bassin et les adducteurs de 75 à 100 % pour réaliser la flexion du genou. Lors du transfert assis/debout, les quadriceps et les ischio-jambiers accompagnés des fessiers sont activés. Il s'agit là du paradoxe de Lombard (7) (8).

Les thérapeutes ont proposé, au travers du livret, des exercices permettant de travailler les différents éléments nécessaires à la déambulation. L'exemple de « la cigogne tenue » est un exercice de conservation de l'équilibre. Il va faire travailler les réactions d'équilibration du patient et contribuer au renforcement du moyen fessier de manière statique. Au travers de cet exercice, le patient travaille la prise d'informations venant des différents récepteurs proprioceptifs au niveau de la cheville, du genou et de la hanche, sans oublier les afférences vestibulaires et visuelles. Cela a un intérêt capital dans la conservation de l'autonomie à domicile. En effet, cela va permettre au patient de mieux gérer ses déséquilibres lors de la marche, des montées et descentes d'escaliers.

Ensuite, les membres inférieurs permettent de faire le lien entre équilibration et renforcement musculaire. L'exercice « le lever d'une chaise », repris par la H.A.S. dans ses recommandations comme exercice d'évaluation de la force musculaire des membres inférieurs en est une illustration. Il répond à une deuxième grande fonction des membres inférieurs qui est, après la marche, la réalisation des transferts. De part cet exercice, le patient va accroître son aisance dans la réalisation de ses déplacements mais aussi augmenter sa force musculaire au niveau des quadriceps. Un impact sur sa déambulation dans les escaliers pourra être ressenti. L'effet de cet exercice dans la vie quotidienne peut être retrouvé lorsque le patient va aux toilettes.

2.2.3. Fonctionnalité et exercices des membres supérieurs

Les différentes articulations composant le membre supérieur ont des fonctions distinctes. L'épaule, avec ses cinq articulations, a pour but d'orienter le bras dans l'espace. Le coude avec ces deux articulations, lui a pour rôle de mettre à bonne distance la main des

différents objets. Enfin la main, avec toutes ses petites articulations, a pour fonction essentielle la préhension.

Afin de rester autonome, le patient doit pouvoir explorer avec ses membres supérieurs les différents plans : antérieur, postérieur, médial et ce, à différents niveaux : inférieur, moyen, supérieur et top. Cette description reprend les aires de JULY qui permettent d'apprécier les capacités du sujet à déplacer son bras. A domicile, cela se traduit par la capacité d'aller chercher des objets dans des placards en hauteur. KAPANDJI (11) décrit deux situations permettant d'évaluer la fonctionnalité des membres supérieurs qui sont : se coiffer et mettre une veste. Par l'intermédiaire de ces deux situations, les différents secteurs de mobilité et la force des groupes musculaires de l'épaule sont explorés. Pour se coiffer, le sujet doit réaliser une abduction de 120°, une rotation externe de 90° et ce, avec un coude fléchi. Dans l'autre situation, le bras dans la première manche de la veste sera en flexion/abduction et le second bras sera lui en extension/rotation interne.

De plus dans la vie courante, l'intégralité de notre mobilité articulaire n'est pas exploitée. Cela amène donc à parler des amplitudes fonctionnelles au niveau de ces membres supérieurs. Concernant l'articulation du coude, le secteur fonctionnel se situe entre 30 et 120° de flexion (F/E 120/30/0). Cela peut également prendre le nom d'amplitude de confort qui, au niveau du poignet, se situe entre 30° de flexion et 30° d'extension (F/E 30/0/30).

Dans le but de conserver une capacité fonctionnelle au niveau des membres supérieurs, différents exercices sont proposés pour répondre aux exigences de la vie en autonomie à domicile. Deux éléments sont capitaux dans l'autonomisation à domicile. La capacité d'explorer avec la main le plan postérieur est sollicitée dans les actes d'hygiène corporelle.

Aussi, la faculté de pouvoir déplacer sa main dans le niveau supérieur est nécessaire afin d'aller dans les placards par exemple. Certes, il est possible de pallier un déficit à ce niveau, en proposant des aménagements pour mettre les choses à bonne hauteur.

L'exemple de l'exercice du « jongleur » allie un travail au niveau de l'épaule avec une abduction de 120°, une rotation externe de 90°, une flexion au niveau du coude associée à la préhension. Cette situation se rapproche du critère d'évaluation de KAPANDJI. Par l'intermédiaire de cet exercice, le patient réalise un travail de renforcement musculaire au niveau des rotateurs latéraux d'épaule. Ceux-ci jouent un rôle essentiel dans le recentrage de la tête humérale et dans la préservation de l'épaule vieillissante. Il va travailler également ses abducteurs d'épaule par la sollicitation couplée du deltoïde et du supra-épineux. Cet exercice va permettre à notre sujet de mobiliser le membre supérieur dans sa globalité.

3. MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans le cadre de cette étude, des éléments fondamentaux ont du être traités afin de cerner le sujet. Le centre de la réflexion est orienté vers une population de personnes âgées. Cet aspect est fondamental car toutes les recherches tournent autour de cette population.

Dans le cas présent, il est capital de prendre connaissance des différentes tendances au niveau politique mais également des différents plans mis en place pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. Pour ce faire, l'exploration du site du Ministère de la Santé (3), le moteur de recherche « Google», tout comme celui du Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille (1) sont nécessaires. Les termes suivants ont été saisis : « plan personnes âgées, plan vieillesse, plan

bien vieillir ». Des informations ont été récoltées sur les différentes dispositions avec le plan « solidarité vieillesse » de 2003, le plan « solidarité grand âge » de 2007-2012, le plan « bien vieillir » de 2007-2009 et les différentes aides avec l'allocation personnalisée d'autonomie.

Ainsi le constat est que les politiques actuelles sont pour la prévention sous différentes formes : primaire, secondaire, tertiaire. Dans le cadre de cette recherche, l'enchaînement s'est fait naturellement sur la prévention car le livret est un outil visant la promotion de la prévention tertiaire. Dans le but de trouver les définitions des différentes préventions existantes, en entrant les mots « prévention, tertiaire, définition » sur « Google », les définitions proposées par l'O.M.S. sont apparues (5).

Pour continuer notre travail, le site de la H.A.S. (12) a été parcouru à la recherche de l'existence de recommandations en matière de prise en charge concernant les personnes âgées et leur maintien à domicile. Les termes : « prise en charge personnes âgées au domicile » ont été saisis dans la rubrique gériatrie-gérontologie. Ainsi, la recommandation pour la pratique clinique du mois d'avril 2005 intitulé : « masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile » est apparue (13) (14). Par l'intermédiaire de cette recherche, le constat est que le livret entre complètement dans le cadre de ces recommandations puisque les mêmes objectifs y sont poursuivis.

Afin de compléter ce sujet concernant la prise en charge de la personne âgée, couplée à la notion de prévention, les dix dernières années de parution de la revue « kiné scientifiques » à la recherche d'éventuels articles pouvant s'y rapporter ont été parcourues. Dans le numéro 491 du mois de septembre 2008, les recommandations de la Haute Autorité de Santé d'Avril 2005 y sont développées, dans un article intitulé « outil pédagogique pour la prise en charge kinésithérapique de la personne âgée » (15) et un article « évaluation en rééducation

gériatrique » (16). Aussi l'article « pour diminuer la prévalence des pathologies chroniques, un seul mots d'ordre : bougez ! » (17) dans les revues des mois de janvier, février, mars 2007 et l'article « prévention du vieillissement » (18) dans la parution du mois de septembre 2008 ont été de même retenus.

A la suite de ces deux premières parties de recherches documentaires, la notion de livret et son évaluation ont été au centre de cette étude. Pour ce faire, le site de la H.A.S. a été exploré avec les mots clés suivants : « évaluation document écrit ». Le guide méthodologique intitulé : « élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » de Juin 2008 s'est présenté (19). Ce document est, à la base, élaboré dans le but de la création d'un document écrit comme peut l'être le livret. Cependant, ce guide donne les éléments clés pour l'évaluation d'un travail écrit proposé à des patients. Ainsi, à la page 25, l'item « test de la compréhension et de la présentation de l'information » a été retrouvé.

Dans ce paragraphe, les éléments à tester sont repris, à savoir : l'opinion générale, la lisibilité et la compréhension, la présentation et l'organisation, la qualité d'information, l'utilité et l'aspect des illustrations, les modalités de mise à disposition et les différentes utilisations possibles. Ce guide informe également des modalités à retenir pour réaliser un test et mentionne que dans l'idéal, l'évaluation doit être réalisée par un « prestataire extérieur au groupe de travail », ce qui est le cas. Deux possibilités pour tester le document écrit sont donc données : les entretiens semi-directifs ou les groupes de discussions. Le choix d'entretiens semi-directifs s'est révélé particulièrement adapté à l'étude.

Pour continuer les recherches, plusieurs types d'entretiens ont été retenus afin d'obtenir un plus grand nombre de renseignements concernant les avantages et les inconvénients relatifs aux différentes manières de collecter des informations. Sur le moteur de recherche « Google » et sur le site d'EUREVAL (20) « Centre Européen d'Expertise et d'Evaluation » les mots suivants ont été saisis : « entretien semi-directif ». Ce dernier propose une fiche technique pour la réalisation d'entretien semi-directif.

4. MATÉRIEL ET MÉTHODE

4.1. La population

Dans le cadre de cette étude, la population choisie est sénior. Les personnes âgées n'ayant pas de troubles des fonctions supérieures et pouvant faire partie du groupe ISO-Ressource 5 de la grille AGGIR, ont été incluses dans le programme de rééducation. Au moment de l'étude, l'échantillon est de 13 personnes. Il s'agit du nombre de patients ayant bénéficié du livret et acceptant d'être contactés pour connaître leur ressenti sur le fascicule.

4.2.Choix de l'outil

L'entretien téléphonique, comme méthode de recueil d'informations, a été sélectionné afin d'évaluer le livret. Par ailleurs, les différents thèmes où un retour d'informations est nécessaire ont permis d'établir la grille d'entretiens (annexe VII). Les sujets abordés dans l'entretien sont :

- la compréhension du livret,

- la période de présentation du livret au centre hospitalier avec les explications et la phase d'apprentissage,
- la réalisation des exercices, les difficultés rencontrées,
- le rapport entre les possibilités des patients et les exigences des exercices,
- les différents modes d'utilisation du livret en lien avec des volontés personnelles,
- les éventuelles améliorations à apporter au livret.

Lors de la création de la grille d'entretiens, plusieurs possibilités sont apparues : un questionnaire directif, semi-directif ou non directif. L'entretien semi-directif semblait le plus adapté.

Selon EUREVAL, il s'agit d'une « technique de recueil d'informations qualitatives permettant de rassembler des faits et des opinions de personnes interrogées sur un sujet donné » (20). De plus, son utilisation est conseillée dans le guide méthodologique proposé par la H.A.S. concernant la création d'un document d'informations écrit (19).

Ce type d'entretien permet ainsi de ne pas influencer les réponses des patients et de les laisser s'exprimer librement. De plus, il offre la possibilité d'obtenir des réponses spontanées. Il permet également d'observer les différentes approches du livret faites par les patients. Cette méthode montre que, malgré une présentation identique de l'outil pédagogique, les personnes ne se focalisent pas sur les mêmes choses.

4.3. Réalisation des entretiens

Une grille d'entretien et son protocole ont été mis en place afin de présenter une évaluation identique à tous les patients. Une grille test a été utilisée lors du premier entretien pour soulever les éléments à modifier et son adaptation. Tous les entretiens se sont déroulés de la même manière. Pour recueillir les informations, un téléphone, un dictaphone, l'intégralité des planches d'exercices pouvant composer les livrets, les fiches récapitulatives relatives à chaque patient nous indiquant les exercices donnés et la grille, ont été nécessaires. Le choix a été fait de laisser un délai minimum de six semaines entre le retour à domicile et l'entretien.

Durant la première partie de l'entretien, basée sur la prise de contact avec les patients, l'interlocuteur se présente et précise le motif de son appel. En effet, à la sortie du centre, ils ont donné leur accord par écrit pour être contactés à domicile et donner leur avis sur le livret. Durant cette phase, les patients sont replacés dans le contexte en leur rappelant que l'appel fait suite à leur hospitalisation au centre de rééducation de Bainville-sur-Madon. Il est également important d'apporter aux patients une notion de durée afin de savoir s'il ont le temps de répondre ou pas. Parallèlement, il est nécessaire de rappeler que l'anonymat sera conservé lors de l'utilisation et de la restitution des résultats.

Après cette première partie de « contextualisation », il est demandé aux patients s'ils se souviennent de leur rééducation au centre. Cette question a pour but de les amener progressivement à se souvenir de leur dernière semaine de rééducation lors de laquelle le livret leur a été présenté. Ensuite, un rappel des exercices présentés dans le fascicule, à réaliser chez eux après l'hospitalisation, est fait. Afin de se rendre compte rapidement si les

patients comprennent bien de quoi il s'agit, il leur est demandé d'indiquer brièvement quels exercices sont présentés dans leur livret. Pour valider leurs dires, une feuille sur laquelle sont indiqués les exercices donnés dans leur livret est à notre disposition (annexe IV).

Le deuxième temps est consacré à la prise d'informations les concernant. Nous leur demandons de rappeler leurs nom, prénom, âge, afin de faciliter le traitement des informations lors de l'analyse des résultats et s'assurer de la correspondance entre la fiche de suivi et la personne sollicitée. Ensuite, une vérification est faite, ensemble, de la date de sortie du centre, du motif de l'hospitalisation et de la durée du séjour. Cette deuxième partie de l'entretien se termine par le recueil des informations concernant les antécédents et les traitements médicamenteux actuels.

Le troisième temps de l'entretien téléphonique est consacré au questionnaire proprement dit.

Dans le but de proposer un entretien téléphonique fluide et agréable aux patients, un dictaphone est utilisé pour enregistrer les réponses. Il permet de recueillir les informations afin de les retranscrire et de les analyser plus tard. Il est important, dans la première phase de l'entretien, d'indiquer aux patients que la conversation sera enregistrée et de demander leur accord.

4.4. Biais et limites

Dans cette étude, plusieurs éléments peuvent interférer sur les résultats. Le premier paramètre est le délai entre la sortie du centre Jacques PARISOT et le déroulement des

entretiens. Du fait de la date de validation du livret en C.M.E. le 15 octobre 2010 marquant le début de la diffusion du livret et la date de réalisation des premiers entretiens, le 23 janvier 2012, le délai n'a pu être identique pour tous les patients. Il est donc important de remarquer que cela peut avoir un impact sur l'étude. Les patients n'ont pas tous le même temps d'utilisation du livret, le même recul lors de leurs témoignages.

Cette étude montre également certaines limites. La réalisation de ce travail est ciblée sur la population du bassin Nancéen, plus précisément sur les patients ayant été hospitalisés au centre Jacques PARISOT. Cela représente une première approche. Un recul plus important serait nécessaire pour disposer de plus d'informations. Il serait donc intéressant de pouvoir compléter l'étude sur une plus grosse partie de population afin d'être plus représentative.

Aussi, lors des entretiens, les réponses des patients sont spontanées ; ils n'ont pas de temps de réflexion et peuvent oublier certains éléments. Il est également difficile, de part le caractère subjectif des réponses, de ne pas porter d'interprétations sur celles-ci lors de l'exploitation des résultats et d'en retranscrire avec exactitude l'idée initiale.

Enfin cette étude reste sous la dépendance du bon vouloir des patients. A la sortie de leur hospitalisation, une fiche de renseignements leur est proposée. Ils y indiquent s'ils souhaitent ou pas être recontactés. De plus, il n'est pas facile de proposer des questions adaptées à une population ciblée. Des questions mal formulées peuvent apparaître comme un biais dans ce travail.

5. RÉSULTATS

5.1. Caractéristique de l'échantillon

Treize patients ayant bénéficié, à leur sortie du Centre de rééducation Jacques PARISOT, du livret « le corps en mouvement » ont été interrogés. Seuls 12 entretiens sont exploitables. Des problèmes d'enregistrement ont été rencontrés lors du sixième entretien, avec la présence d'un bruit de fond trop important ne permettant pas de retranscrire les dires du patient.

L'échantillon se compose de personnes âgées, originaires du bassin Nancéien et avec un écart d'âge allant de 75 ans à 91 ans. La moyenne d'âge du groupe est de 82,25 ans (figure 1). Aussi, il est pourvu d'un grand nombre de femmes au regard de l'effectif masculin (figure 3). De plus, 25% des patients sont à risque de chute (figure 2).

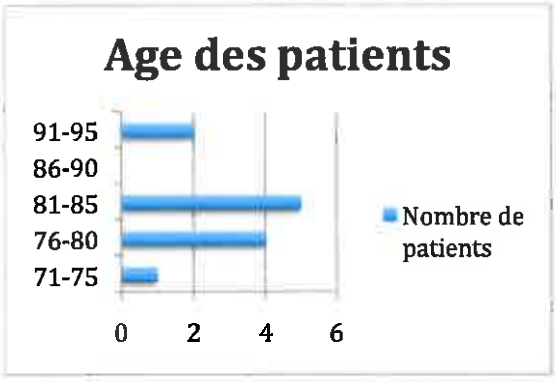

Figure 1 : Classes d'âge des patients

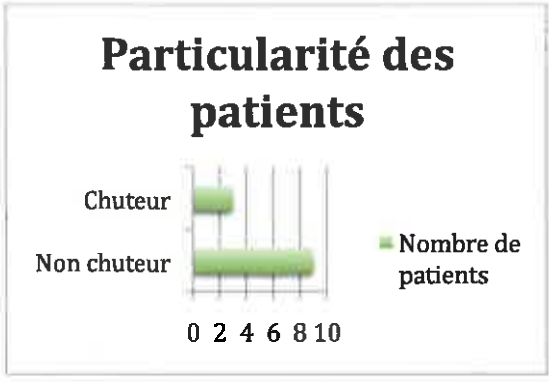

Figure 2 : Risque de chute

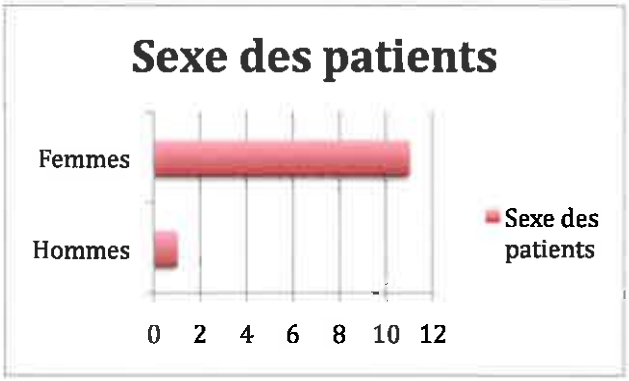

Figure 3 : sexe des patients

La durée moyenne du séjour des patients est de 8,79 semaines, soit 61,6 jours, (figure 4) pour des pathologies variées.

Elles vont de la rhumatologie à la traumatologie, avec la présence également d'altération de l'état général due à des pathologies respiratoires (figure 5).

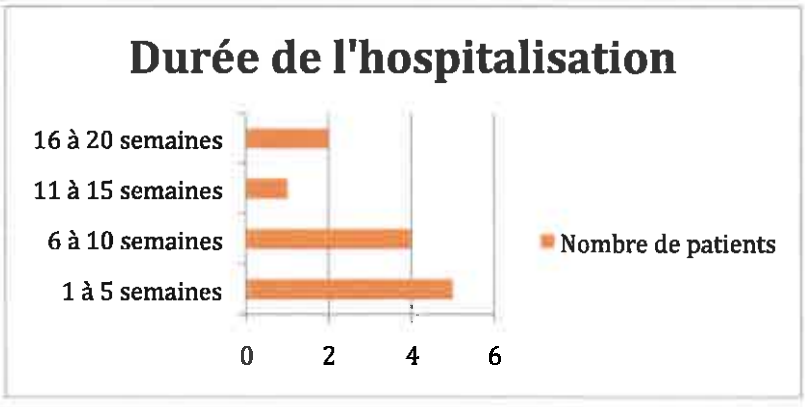

Figure 4 : Durée des hospitalisations

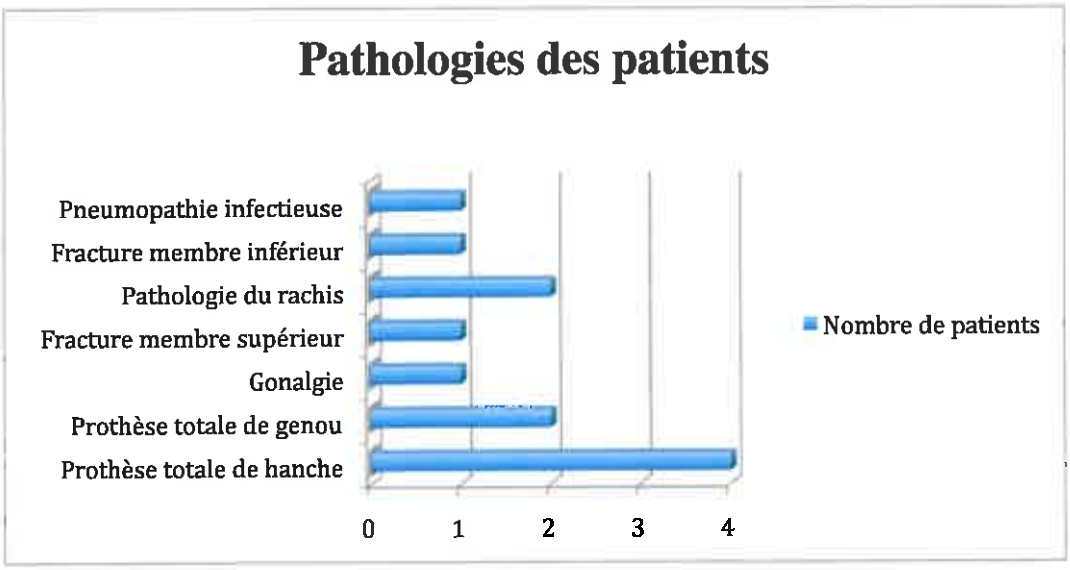

Figure 5 : Pathologies des patients

De plus, de nombreuses informations qualitatives concernant le livret et son utilisation ont été récoltées par l'intermédiaire de notre grille d'entretien.

Afin d'analyser les déclarations des patients, l'ensemble des réponses a été rassemblé, par question, pour avoir une vision globale des différents éléments rapportés.

5.2. La présentation du livret est-elle satisfaisante ?

L'ensemble des patients trouve la présentation du livret, les explications apportées lors de la dernière semaine, claires et satisfaisantes. Ils témoignent leur approbation en déclarant « *les explications étaient claires* » ou encore « *c'est très bien, je trouve qu'il est très bien. Cela nous montre vraiment ce que l'on doit faire. Il y a les positions avec les photos* ». Sur les douze patients aucun d'entres eux n'a eu de reproche à faire sur la présentation du livret.

5.3. L'intérêt du livret est-il compris ?

Les 8 patients continuant à faire régulièrement leurs exercices, à la maison, y ont trouvé un intérêt commun. De plus, ils réalisent tous leurs exercices comme indiqués dans le livret. Ils utilisent les moyens dont ils disposent pour les effectuer en sécurité. Ainsi, le lit, la table de la salle à manger ou de la cuisine, sont des mobiliers domestiques adaptés pour assurer des appuis.

Les patients ont saisi l'importance du livret en soulignant, « *c'est pour conserver la santé* » ou encore « *c'est quand même pour se maintenir* ». Ils sont conscients de l'influence que le livret peut avoir sur leur santé par l'intermédiaire des exercices proposés. Les propos sont repris au travers d'un tableau (figure 6).

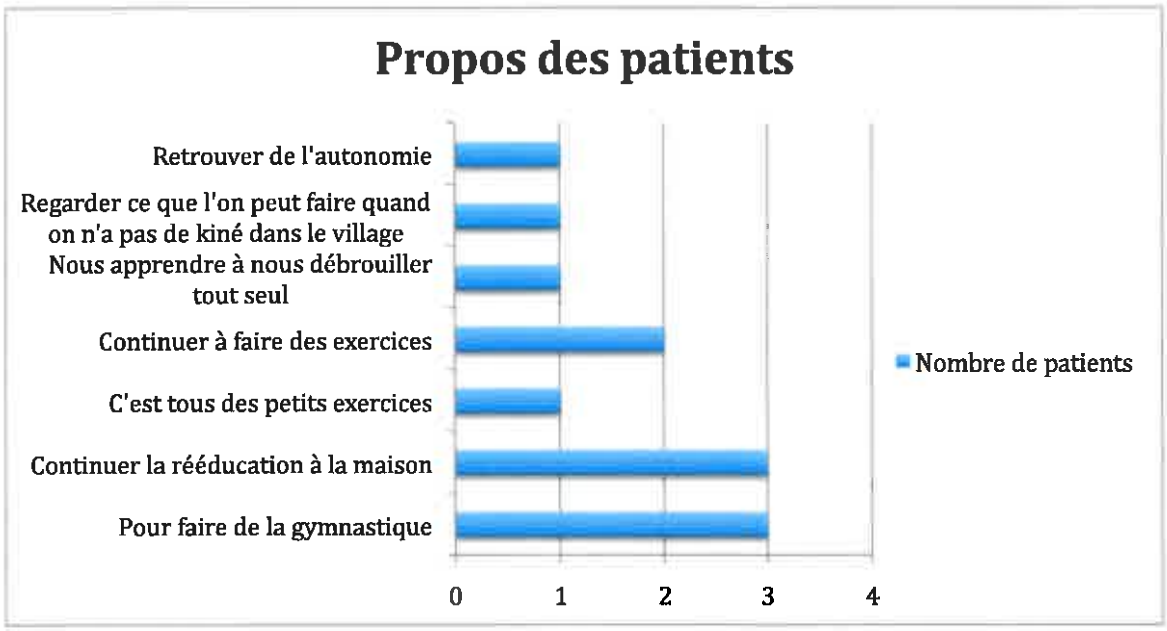

Figure 6 : Propos des patients concernant l'intérêt du livret

5.4. Les patients réalisent-ils toujours les exercices ?

Sur les douze personnes interrogées, seules 4 d'entre-elles ne réalisent plus à ce jour les exercices et chacune, pour des raisons qui leur sont propres. La première a repris ses activités antérieures et souligne « *maintenant non car je marche et puis ça va. Je ne pense pas que j'en ai besoin* ». La seconde est hospitalisée après s'est cassée le fémur suite à une chute. La troisième témoigne « *pas tellement car j'ai beaucoup mal. Le chirurgien avait sous-entendu une fissure du fémur* ». La dernière explique, « *si je suis franche non. C'est de la paresse* ». Les autres continuent à faire des exercices avec des rythmes variés. Cela va de « *un petit peu tous les jours* » à « *deux, trois fois par semaine* ».

5.5. L'apprentissage des exercices au centre avec les kinésithérapeutes est-il adapté ?

De ce questionnement lors des entretiens, il en découle une opinion positive envers l'équipe de kinésithérapeutes. Les douze patients ont apprécié leur passage au plateau de rééducation. Ils ont trouvé que la rééducation et l'apprentissage des exercices étaient bien. Ils le confirment en disant « *c'était bien* » ou encore « *j'ai bien aimé, l'apprentissage était très bien* ». Une autre patiente souligne également, « *on parlait ensemble des exercices et la kiné me disait non il ne faut pas faire comme ça mais comme ça* ».

5.6. Les exercices sont-ils adaptés aux capacités des patients ?

Les patients trouvent que les exercices sont adaptés à leurs capacités physiques. Aucun d'entre eux n'a trouvé que ces derniers ne correspondaient pas à leurs besoins. Cette bonne adaptation est soulignée par « *je me sens mieux* » ou encore, « *je récupère de la force* »,

également « *ils me font du bien* ». Un des patients explique aussi « *parce que maintenant je ne ressens pratiquement plus rien* ».

5.7. Quelles sont les difficultés rencontrées à domicile pour réaliser les exercices ?

Les patients rencontrent plus ou moins de difficultés dans la réalisation des exercices à domicile. La plupart les ont adaptés, ne voulant pas se retrouver confrontés à des difficultés trop importantes lors de leur exécution. Quatre d'entre eux affirment rencontrer effectivement des difficultés liées au fait d'être seul. Ils le soulignent de la manière suivante « *je n'avais pas de gens derrière moi alors je faisais ce que je pouvais* » ; ou bien encore « *peut être que l'on ne les fait pas de la même façon* », « *je ne fais pas des exercices exactement comme le livret* », « *le fait d'être seule, surtout la première semaine*».

La solitude au domicile n'a pas été la seule difficulté rencontrée car un patient nous a fait part d'un autre problème : « *ne pas avoir de force dans la jambe opérée et retrouver l'équilibre dessus* ».

5.8. Les patients se fixent-ils des objectifs à leur sortie du centre Jacques PARISOT ?

Au regard de l'analyse des réponses obtenues, les patients ne se fixent pas d'objectifs concernant l'utilisation du livret. Ils expliquent que cela peut aller de « *je fais des exercices un petit peu tous les matins* » à « *je fais des exercices quand j'y pense* » en passant par « *je fais des exercices quand j'ai le temps* ».

A l'opposé, 10 patients avaient la volonté de retrouver une vie identique à celle précédant l'hospitalisation. Ils le témoignent en disant « *ne plus avoir besoin de canne pour marcher sur des longues distances* », ou encore « *j'ai repris mes activités comme avant* ».

5.9. Quelles améliorations pourraient être apportées au livret ?

Pour l'ensemble des patients, le livret leur convient et le trouvent très bien. Ils le témoignent en disant « *il est bien comme ça* » ou encore « *tout est facile à comprendre avec les photos. Moi personnellement j'en suis très contente* ». Les propos de cette patiente résume bien la vision d'ensemble que les patients portent sur le livret lorsqu'elle souligne « *moi je trouve que les exercices sont bien et bien expliqués* ».

Cependant, une patiente a fait part d'un petit regret concernant les exercices pour les membres supérieurs : « *je trouve qu'il n'y a pas assez de mouvements faisant travailler les bras*».

6. DISCUSSION

Cette étude, réalisée sur le livret « le corps en mouvement » proposant des « exercices d'entretiens pour les ainés », suite logique du travail de rééducation fait au centre de Bainville sur Madon, permet de faire plusieurs constats. Le livret apparait adapté et est un outil apprécié par les utilisateurs interviewés. Sa forme, sa simplicité, les exercices proposés, les explications présentées sont des points sur lesquels l'évaluation est positive. Les patients soulignent : « *c'est très bien, il n'y a rien à redire* ». Néanmoins, eu égard l'évolution des capacités physiques du patient, les exercices peuvent ne plus être adaptés à ses besoins. D'autres mouvements pourraient alors lui être proposés.

Parallèlement à la mise à disposition et au travail de « prise en main » de cet outil pédagogique, 50 % des patients de l'échantillon ont ressenti le besoin de faire quelques séances de masso-kinésithérapie à domicile ou dans un cabinet libéral. Il serait bon alors de savoir si les masseurs-kinésithérapeutes avaient connaissance du livret mis à disposition de leurs patients. Cet aspect souligne la notion de continuité des soins en rééducation et peut influencer la qualité de leur prise en charge.

Dans un suivi de qualité des patients, la transmission de l'information semble indispensable. Ainsi, la mise en place d'une communication entre les différentes professions de santé apparaît comme une nécessité ; élément déjà présent au sein des centres hospitaliers, centre de rééducation du fait d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Cependant la communication ne doit pas se limiter au simple cadre de la structure hospitalière ou du centre de rééducation. Il est important de pouvoir informer les professionnels de santé prenant le relais, à la sortie des patients. Selon le Président de la République, Monsieur Nicolas SARKOZY, lors de son discours à Bordeaux le 16 octobre 2007, « *une meilleure articulation entre les différents acteurs du soin est nécessaire pour les urgences, la permanence des soins, les soins de longue durée et la prise en charge des personnes âgées* ».

Aussi, selon le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Monsieur Gérard Larcher de 2008, il serait primordial de « *mieux coordonner la prise en charge des patients en préparant la sortie dès le début de l'hospitalisation : désignation dans les services d'un responsable de la coordination des soins, qui pourrait être un infirmier, notamment chargé de développer des relations avec les intervenants du maintien à domicile ; prendre en compte cette exigence dans la certification ; développer des filières*

gériatriques et des plateformes transversales ; veiller à l'accessibilité de l'interlocuteur médical pour le patient, sa famille et son médecin traitant ; favoriser l'accès à la présentation d'aide au retour après hospitalisation. »

De ces faits, dans le cadre de la poursuite de la prise en charge rééducative, deux professions libérales apparaissent indispensables. Il s'agit du médecin et du masseur-kinésithérapeute. En effet, ils travaillent en collaboration pour permettre le maintien de la personne âgée à domicile. Ainsi, cette communication intra-disciplinaire, pluri-disciplinaire devient extra-disciplinaire. Par conséquence, le lien ville/hôpital peut être fait.

Ainsi, pour améliorer la mise en place et l'utilisation du livret, il semblerait intéressant d'en proposer sa diffusion aux médecins et aux masseurs-kinésithérapeutes dans un rayon de 20 km autour du centre Jacques PARISOT. De cette manière, un meilleur suivi des exercices proposés au sein du livret et réalisés par le patient, pourrait être assuré.

Le but de cette diffusion serait de faciliter le début du travail à domicile pour les personnes âgées. Il est important de souligner que leur retour à domicile présente un gros changement. En effet, elles passent d'une structure spécialisée à leur maison où elles se retrouvent seules dans un lieu neutre ne les renvoyant pas à la notion de rééducation. Le fait d'être accompagnés dans leurs premiers pas, à domicile, permettrait aux patients de se rendre compte qu'ils sont capables de faire correctement les exercices, en autonomie, sans se mettre en danger. Dans ce cas, il serait peut-être question de deux ou trois séances si le besoin s'en faisait sentir afin de les aider. Cet élément permettrait de répondre aux ressentis de certains patients. En effet, ils expliquent « *je n'avais pas de gens derrière moi alors je faisais ce que je pouvais* » ou bien encore « *peut être que je ne réalise pas les exercices de la même façon* ».

Cette proposition offrirait également aux patients, la possibilité de se rendre compte que les exercices effectués au centre Jacques PARISOT avec les masseurs-kinésithérapeutes peuvent être réalisés à leur domicile.

Aussi, ce type de travail, représenté par la mise en place d'un livret visant la conservation de l'autonomie à domicile des personnes âgées, peut avoir un impact financier. En effet, la santé de la personne âgée a un coût. Au travers des deux exemples suivants : une hospitalisation et un placement en maison de retraite, un constat se révèle. Ce ne sont pas les mêmes bourses qui sont touchées.

Dans le premier cas, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie va être sollicitée au travers des frais de prise en charge. Dans celui d'un placement, c'est le résident ou ses descendants qui devront en supporter les frais .

En plus de l'aide visant le maintien des capacités physiques et l'aspect financier, le fascicule peut avoir également un impact social. Il vise à maintenir le patient dans son cadre de vie avec ses habitudes et son mode de vie, élément important pour contribuer à son équilibre sanitaire et social. La sollicitation musculaire, articulaire, proposée permet de conserver une certaine forme d'éveil du corps.

Il contribue également à prévenir les troubles de l'équilibre chez ces personnes âgées. La chute est un des facteurs initiaux de la perte d'autonomie à domicile. Elle est la première pathologie source d'hospitalisation. A elle seule, elle constitue 10,97% de l'ensemble des prises en charge médicale (21). Elle peut être aussi le point de départ d'une lente dégradation des aptitudes physiques du patient.

7. CONCLUSION

Cette étude a permis d'apporter les premiers éléments de réponse au travail mis en place par les thérapeutes de Bainville sur Madon. L'analyse des résultats démontre la bonne compréhension du livret. Il est utilisé dans 8 cas sur 12, adapté à la population ciblée et favorise l'autonomisation des patients à domicile par l'intermédiaire des différents exercices proposés.

Afin d'avoir un impact plus important et de pouvoir exploiter pleinement cet outil pédagogique, un travail de communication est à réaliser. La diffusion du livret aux différents professionnels de santé impliqués dans le maintien à domicile de la personne âgée semble nécessaire. Cela permettrait la création d'un lien, d'une continuité dans la démarche de prise en charge des patients. Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux pourraient, dans le cas où les patients en ressentent le besoin, poursuivre le travail réalisé au centre Jacques PARISOT. Par ailleurs, le livret semble être adapté à l'objectif de départ : la conservation des capacités motrices à domicile chez la personne âgée. Les patients, soucieux de leur santé, adhèrent au programme de rééducation proposé. Certains ressentent même le besoin d'être accompagnés par un masseur-kinésithérapeute libéral dans leur retour à domicile.

De plus, à travers l'enthousiasme ressenti par les patients à utiliser ce livret, aurait-il un impact sur leur qualité de vie ?

BIBLIOGRAPHIE

1. www.solidarité.gouv.fr

2. **Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille –** Plan solidarité grand âge 2007/1012.

3. www.santé.gouv.fr

4. **Ministère du travail, de l'emploi et de la santé -** Livre des plans de santé publique. 3ème édition Mai 2011.

5. www.who.int/fr/

6. **Brulebois A. -** Proposition d'un livret pour les personnes âgées en baisse d'autonomie physique exercices d'auto entretien à domicile. 2008. 67 p. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Masseur-kinésithérapeute : Nancy

7. **KAPANDJI.** Physiologie articulaire. Le membre inférieur. 5éme édition : Maloine 1999

8. **DUFOUR M., PILLIER M.**, Biomécanique fonctionnelle, Membre – Tête – Tronc. Edition Masson, 2006

9. **Anastasia Protopapadaki, Wendy I. Drechsler, Mary C. Cramp, Fiona J. Coutts, Oona M. Scott –** Hip, knee, ankle kinematics and kinetics during stair ascent and descent in healthy young individuals. Clinical Biomechanics 22, 2007, p. 203-210

10. **Michel de Saint-Rapt –** Conditions biomécaniques propres aux positions assises. Kiné Scientifique, juillet 1993, n°325, p. 15-26

11. **KAPANDJI.** Physiologie articulaire. Le membre supérieur. Edition Maloine 1999

12. **www.has-santé.fr**

13. **RECOMMANDATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ –** Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile – kiné scientifique, septembre 2008, n° 491, p. 45 – 48

14. **Haute autorité de santé** – Recommandation pour la pratique clinique, Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. Avril 2005

15. **DUREYSSEIX Marie-Laure –** Outil pédagogique pour la prise en charge kinésithérapeutique de la personne âgée. Kiné scientifique, septembre 2008, n° 491, p. 11-16

16. **MOUREY France –** Évaluation en rééducation gériatrique. Kiné scientifique, septembre 2008, n° 491, p. 29 – 32

17. **VAILLANT Jacques –** Pour diminuer la prévalence des pathologies chroniques, un seul mot d'ordre : bougez ! Kiné scientifique, janvier 2007, n° 473, p. 60, février 2007, n° 474, p. 51, mars 2007, n° 475, p. 51-52

18. **DEJARDIN Philippe** – Prévention du vieillissement. Kiné scientifique, septembre 2008, n° 491, p. 5-10

19. **Haute autorité de santé –** Guide méthodologique, Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Juin 2008

20. **EURÉVAL-** Réaliser un entretien semi-directif. Fiche technique Euréval 2010

21. **Dagneaux I-** Motifs d'hospitalisation de la personne âgée par les médecins généralistes : données issues d'une enquête. La revue de la médecine générale, avril 2009, n° 262, p. 150-152

ANNEXES

- **ANNEXE I :** Projection de la population 2005/2050 selon l'INSEE, Hypothèse centrale d'espérance de vie.

- **ANNEXE II :** Livret « le corps en mouvement »

- **ANNEXE III :** Le protocole du livret

- **ANNEXE IV :** Fiche de suivi

- **ANNEXE V :** Lettre de conditions d'utilisation du livret

- **ANNEXE VI :** La grille A.G.G.I.R

- **ANNEXE VII :** La grille d'entretiens

ANNEXE I : Projection de la population 2005/2050 selon l'INSEE, Hypothèse centrale d'espérance de vie.

Projection pour la France métropolitaine
Espérance de vie à la naissance, à 60 ans et à 65 ans par sexe, selon les trois hypothèses d'espérance de vie
Années 2005-2050

ANNEES	Hypothèse centrale d'espérance de vie					
	Femmes			Hommes		
	à la naissance	à 60 ans	à 65 ans	à la naissance	à 60 ans	à 65 ans
2005	83,8	26,3	21,9	76,7	21,3	17,5
2006	83,8	26,4	22,0	76,8	21,3	17,5
2007	84,0	26,5	22,1	77,0	21,5	17,6
2008	84,1	26,6	22,2	77,2	21,6	17,7
2009	84,3	26,7	22,3	77,4	21,7	17,8
2010	84,4	26,8	22,4	77,5	21,8	17,9
2011	84,5	26,9	22,5	77,7	21,9	18,0
2012	84,7	27,0	22,6	77,9	22,1	18,1
2013	84,8	27,1	22,7	78,1	22,2	18,2
2014	84,9	27,2	22,7	78,3	22,3	18,4
2015	85,1	27,3	22,8	78,4	22,4	18,5
2016	85,2	27,4	22,9	78,6	22,5	18,6
2017	85,3	27,5	23,0	78,8	22,6	18,7
2018	85,5	27,6	23,1	78,9	22,8	18,8
2019	85,6	27,7	23,2	79,1	22,9	18,9
2020	85,7	27,8	23,3	79,3	23,0	19,0
2021	85,8	27,9	23,4	79,5	23,1	19,1
2022	86,0	28,0	23,5	79,6	23,2	19,2
2023	86,1	28,1	23,6	79,8	23,3	19,3
2024	86,2	28,2	23,7	80,0	23,5	19,4
2025	86,3	28,3	23,8	80,1	23,6	19,5
2026	86,4	28,4	23,8	80,3	23,7	19,6
2027	86,6	28,5	23,9	80,4	23,8	19,7
2028	86,7	28,6	24,0	80,6	23,9	19,8
2029	86,8	28,7	24,1	80,8	24,0	19,9
2030	86,9	28,7	24,2	80,9	24,1	20,0
2031	87,0	28,8	24,3	81,1	24,2	20,1
2032	87,1	28,9	24,4	81,2	24,3	20,2
2033	87,3	29,0	24,4	81,4	24,5	20,3
2034	87,4	29,1	24,5	81,5	24,6	20,4
2035	87,5	29,2	24,6	81,7	24,7	20,5
2036	87,6	29,3	24,7	81,8	24,8	20,6
2037	87,7	29,4	24,8	82,0	24,9	20,7
2038	87,8	29,4	24,8	82,1	25,0	20,8
2039	87,9	29,5	24,9	82,3	25,1	20,9
2040	88,0	29,6	25,0	82,4	25,2	21,0
2041	88,1	29,7	25,1	82,6	25,3	21,1
2042	88,2	29,8	25,2	82,7	25,4	21,1
2043	88,3	29,9	25,2	82,9	25,5	21,2
2044	88,4	29,9	25,3	83,0	25,6	21,3
2045	88,5	30,0	25,4	83,1	25,7	21,4
2046	88,6	30,1	25,5	83,3	25,8	21,5
2047	88,7	30,2	25,5	83,4	25,9	21,6
2048	88,8	30,3	25,6	83,6	26,0	21,7
2049	88,9	30,3	25,7	83,7	26,1	21,8
2050	89,0	30,4	25,7	83,8	26,2	21,9

Champ : France métropolitaine
Source : Insee, projections de population 2005-2050

ANNEXE II : Le livret « le corps en mouvement »

Le corps en mouvement

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Exercices d'entretien pour les aînés

Quelques indications préalables

- La durée de l'ensemble des exercices est de 30 minutes au quotidien.
- Les exercices peuvent être réalisés tout au long de la journée en fonction de votre rythme de vie et de vos occupations habituelles.
- Le nombre de série par exercice est de _____
  Vous réaliserez 10 mouvements par série.
- La difficulté lors des exercices va être progressive. Ainsi, l'effort va débuter par un échauffement puis progressivement évoluer vers le travail musculaire.
  Il faut donc respecter l'organisation et l'ordre des fiches.

- Un temps de repos plus long sera observé entre chaque série. Il faut prendre le temps de se reposer.
- En fonction de votre de forme :
  - Le nombre de séries à exécuter peut être ramené à 2 ou 1 au lieu de _____
  - Le temps de repos peut être augmenté entre chaque mouvement ou entre chaque série.
- Lors des mouvements, ne pas chercher les amplitudes extrêmes.
- Lors des exercices, conserver une respiration libre en respectant une respiration abdominale.
  Pour cela, vous pouvez répéter la phrase suivante lors des mouvements :
  « Bouger son corps, pour garder la forme. »
- Lors de la réalisation des exercices, utilisez des meubles fixes et stables.
- Un exercice qui vous provoque des sensations de palpitation, un essoufflement, des sensations vertigineuses ou douloureuses ou une transpiration excessive doit être arrêté.
  Reposez-vous et reprenez l'exercice un peu plus tard.
  De même, vous ressentez des vertiges lors des mouvements de têtes, arrêtez l'exercice.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Conseils médicaux

- Suivez votre traitement médical et respectez les doses.
- Allez consulter régulièrement votre pédicure, votre podologue ou votre ophtalmologue.
- Dès que vous sentez une modification de votre état de santé n'hésitez pas à consulter.

Conseils d'hygiène de vie

- Conservez une activité physique :
  - marcher,
  - utiliser les escaliers,
  - continuer à pratiquer vos activités quotidiennes.
- Hydratez-vous : boire avant et après l'effort.
- Conservez une alimentation équilibrée.

Conseils techniques

- Veillez au bon chaussage, utilisez des chaussures qui tiennent le talon, souples et amples.
- Entretenez les aides techniques :
  - les embouts de canne, du déambulateur,...
  - les freins du fauteuil roulant.
- Aménagez l'environnement :
  - avec des rampes dans les escaliers,
  - des barres murales dans la salle de bain et les toilettes,
  - enlevez tous les obstacles au sol (chaises, bibelots, tapis, fils électriques, descentes de lit).
- Assurez-vous d'un bon éclairage dans votre domicile.
- Faites attention avec vos animaux domestiques aux comportements parfois imprévisible.

Travail des chevilles

Couché sur le dos, amenez les pointes de pieds vers la tête.

Puis, poussez les pointes de pieds vers le bas.

Le French cancan

Couché sur le dos, amenez un genou vers la poitrine, pointe de pied vers la tête.

Puis, Tendez le genou, pointe de pied vers le bas. De même, avec l'autre jambe.

L'essuie glace bras

Couché sur le dos, genoux pliés et serrés, pieds à plat, bras tendus vers le plafond, mains jointes, amenez lentement les bras vers la gauche.

De même, avec les bras vers la droite.

L'essuie glace inversé

Couché sur le dos, genoux pliés et serrés, pieds à plat, bras tendus vers le plafond, mains jointes,

Amenez lentement les bras vers la gauche pendant que les genoux descendent vers la droite.

De même, en changeant de côté.

Le "culbut'âge"

Couché sur le dos, genoux pliés et serrés, pieds à plat, bras tendus vers le plafond, mains jointes, amenez lentement les bras et les jambes ensemble vers la gauche.

De même, vers la droite.

Le pencher en avant

Assis sur une chaise, placez les mains sur les genoux.

Faites glisser vos mains le long des jambes jusqu'aux chevilles. Puis, remontez-les jusqu'aux genoux.

Le lever d'une chaise

Assis sur une chaise, placez les mains sur les genoux.

Penchez-vous en avant en décollant les fesses.

Poussez sur vos mains et dans vos pieds pour vous lever.

Le tic tac

Debout, pieds légèrement écartés.

Basculez le poids du corps sur la jambe droite.

Puis, basculez le poids du corps sur la jambe gauche.

Le dandinement

Debout, les mains en appui sur le dossier d'une chaise. Vos pieds sont légèrement écartés.

Dandinez le bassin à droite, sans décoller le pied.

Puis, à gauche.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Les pas chassés

Debout devant une table, les mains en appui.

Faites le tour de la table en écartant le pied droit, puis en rapprochant le gauche et ainsi de suite.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Les fentes

Debout, mains en appui sur une table, pieds légèrement écartés.

Déplacez le poids du corps au dessus du pied gauche en pliant le genou. Puis, faites la même chose à droite.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

La cigogne tenue

Debout devant une table, les mains en appui.

Levez la jambe droite en lâchant les mains, si possible.

Puis, faites la même chose à gauche.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

La marche militaire

Marchez sur place en levant haut votre genou droit puis votre genou gauche.

En cas de difficultés, prenez appui sur une table avec une main.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

La majorette

Debout. Levez le genou droit et touchez-le avec votre main gauche.

Puis, faites la même chose avec le genou gauche et la main droite.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Le piquet

yeux ouverts, yeux fermés

Dans un coin de pièce. Debout, pieds écartés, bras le long du corps. Tenez la position sans soutien, les yeux ouverts puis les yeux fermés.

Coquin coquine au piquet

Debout dans un coin de pièce, les pieds légèrement écartés, les mains sur les hanches.

Tournez votre tronc à droite, sans décoller les pieds.

Puis, faites la même chose à gauche.

La girouette au piquet

Debout dans un coin de pièce, les pieds légèrement écartés, bras tendus devant vous.

Sans bouger les pieds et en regardant les pouces!

Tournez les bras et le tronc à gauche, à droite, en bas, puis en haut.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Par la lorgnette

Debout dans un coin de pièce, les pieds légèrement écartés.

Prenez un tube en carton

Regardez dans la lorgnette. Puis, suivez les arêtes d'un mur en décrivant un rectangle.

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Le sémaphore

Temps 1

Debout, bras le long du corps, pieds légèrement écartés.
Comptez 14 temps.

Temps 2

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche le long du corps.

Main gauche sur l'épaule gauche.
Bras droit le long du corps.

Temps 3

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche tendu sur le côté.

Temps 4

Main gauche sur l'épaule gauche.
Bras droit tendu sur le côté.

Temps 5

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche tendu devant vous.

Temps 6

Main gauche sur l'épaule gauche.
Bras droit tendu devant vous.

Temps 7

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche levé vers le haut.

Temps 8

Main gauche sur l'épaule gauche.
Bras droit levé vers le haut.

Temps 9

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche levé vers le haut.

Temps 10

Main gauche sur l'épaule gauche.
Bras droit tendu devant vous.

Temps 11

Main droite sur l'épaule droite.
Bras gauche tendu sur le côté.

Temps 12

Main gauche sur l'épaule gauche. Bras droit tendu sur le côté.

Temps 13

Main droite sur l'épaule droite. Bras gauche le long du corps.

Temps 14

Retour à la position de départ. Repos.

"Scions du jambon !"

Exercice 6

Bâton derrière le dos.

Le balancer de droite à gauche

"Essuie-dos"

Exercice 7

Serviette derrière le dos

Monter et descendre la serviette des deux côtés alternativement pour s'essuyer

Jongleur

Exercice 8

Un objet dans la main, le déplacer autour de la tête dans un sens puis dans l'autre.

Le relever du sol

Vous êtes au sol. Ne paniquez pas !
Vous n'irez pas plus bas !

Couché par terre ... **Passez sur le ventre ...**

Puis à 4 pattes et déplacez-vous ...

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Pour se rapprocher d'un appui stable ...

Prenez appui sur le fauteuil ...

Redressez-vous sur vos 2 genoux ...

Centre Jacques Parisot - Services de masso-kinésithérapie
Validé en CME le 15/10/2010

Levez-vous …

Faites demi-tour …

Asseyez-vous …

C'est fini !

Assis au sol …

Passez à 4 pattes …

Puis déplacez-vous afin de vous rapprocher d'un appui stable.

Le corps en mouvement :
Exercices d'entretien pour les aînés

Masseur-kinésithérapeute référent : _____ **N° de téléphone du service :** _____

Merci à l'ensemble des personnes ayant permis et participé à la conception de ce livret

Ce livret a été réalisé grâce :

- **Aux patients**
- **Au groupe de travail :**
  - **Mr R. BOINI, cadre de santé masseur-kinésithérapeute**
  - **Mme C. DASSULE, masseur-kinésithérapeute**
  - **Mme J. DELON, masseur-kinésithérapeute**
  - **Mme C. DESCHARMES, responsable de rééducation masseur-kinésithérapeute**
  - **Mme le Docteur P. JEANCLAUDE,**
  - **Mme H. MARINHO-CODEMARD, responsable de rééducation masseur-kinésithérapeute**
  - **Mme A. ROMARY, masseur-kinésithérapeute**
- **Mr A. MANGEOT pour les photographies**

Centre Jacques Parisot – BAINVILLE-SUR-MADON – B.P. 30232 – 54716 LUDRES CEDEX

ANNEXE III : Le protocole du livret

Protocole du livret

Protocole:

Etape1: conception du livret: il contient les 6 pages standard (page de garde + page de consignes + la dernière page) puis les exercices choisis par le MK en fonction des capacités du patient.

Etape 2: 1 semaine avant la sortie, prise de connaissance du livret avec le MK.

Etape 3: phase d'apprentissage des exercices avec le MK.

Etape 4: phase d'intégration, le patient réalise seul les exercices.

Etape 5: évaluation du livret par le patient : le MK posera les questions au patient sans l'influencer dans ses choix. En cas de réponse "peu satisfait"ou "insatisfait" demandez d'expliquer son choix.

Inclus:

Personnes sans trouble cognitif, perte d'autonomie, porteuses d'une affection rhumatismale opérée ou non, chuteur, GIR 5...

Exclus:

Personnes avec troubles cognitifs.

ANNEXE IV : La fiche de suivi

Fiche de suivi

Nom : **N° téléphone :**

Service :

Pathologie :

Afin de valider à long terme notre livret, nous vous demandons votre accord pour vous contacter par téléphone et participer à une nouvelle évaluation de ce travail.

Oui Non

Seriez-vous intéressée par l'illustration de ces exercices à travers un film ?

Oui Non

<u>Exercices donnés</u>

Entourer le numéro de la diapo donnée

Exercice 1 : diapo 1 2 3 4 5

Exercice 2 : diapo 1 2 3 4 5 6 7

Exercice 3 : diapo 1 2 3

Exercice 4 : diapo 1 2 3 4 5 6

Exercice 5 : diapo 1 2 3 4

Exercice 6 : diapo 1

Exercice 7 : diapo 1

Exercice 8 : diapo 1

Relever du sol : diapo 1 2 3 4

Date : Signature :

ANNEXE V : Lettre de conditions d'utilisation du livret

REMY Maxime
10 Avenue de Lattre de Tassigny
88600 BRUYERES
06 08 52 37 55

Le 03.05.2012
Mme MARINHO
Centre Jacques PARISOT
54550 Bainville-sur-Madon

Madame,

J'atteste par la présente utiliser le livret « le corps en mouvement » uniquement dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Veuillez agréer Madame, l'expression de mes sentiments distingués

Maxime REMY

Vu le 03/05/2012
OK

Marinho Coclemond Hélène
Responsable de cet éducation
masseur - kinésithérapeute

ANNEXE VI : La grille AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR

Cerfa N° 11510*01

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Communs : .....

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

	VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
		Bas	
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
		Moyen	
		Bas	
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
		Manger	
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
		Fécale	
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme		
	VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
14	TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

ANNEXES VII : La grille d'entretiens

Entretien téléphonique

Réalisé par Maxime REMY
Etudiant kinésithérapeute 3ème année
En vue du mémoire "*Prévention tertiaire – Maintien des performances a domicile des personnes âgées. Evaluation d'un livret d'exercices.*"

Lors de votre hospitalisation au centre Jacques Parisot à Bainville sur Madon vous avez bénéficié d'une rééducation vous permettant de récupérer vos capacités physiques. Au cours de celle-ci vous avez accepté de participer à un programme de rééducation qui s'appelle « le corps en mouvement ».

Des exercices vous ont été proposés, à faire au centre avec les masseurs-kinésithérapeutes lors de votre dernière semaine d'hospitalisation puis par la suite chez vous à votre domicile. Un livret d'exercices vous a été remis, récapitulant les exercices, afin que vous puissiez les faire en autonomie à la maison.

Dans le cadre de mon mémoire je poursuis le travail qui a été commencé et je voudrais vous poser quelques questions afin de pouvoir fournir les premiers éléments de retour par rapport au programme de rééducation « le corps en mouvement ». Si vous le voulez bien cet entretien téléphonique durera environ 20 minutes.

Le respect de l'anonymat sera conservé lors de l'exploitation des résultats de cet entretien.

Numéro d'anonymat :
Date :
Heure :
Durée de la conversation téléphonique :
Délais post hospitalisation :

Les renseignements patients :

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe :

- Motif de l'hospitalisation :
- Durée de l'hospitalisation :
- Date du retour à domicile :
- ATCD :
- Traitements médicamenteux :
- D'autres traitements :

L'entretien téléphonique :

- Selon vous à quoi sert le livret ?
  - Question de relance :
    - Expliquez !

- Que pensez-vous de la façon dont le livret vous a été présenté ?
  - Question de relance :
    - L'explication du livret?

- Que pensez-vous de l'apprentissage, de l'entraînement fait au centre avec le kiné ?
  - Questions de relance :
    - Avez-vous pu poser toutes les questions que vous vouliez ?
    - Etes-vous rentré chez vous avec des choses incomprises ?
    - Le temps d'apprentissage était-il suffisant ?
    - Les explications étaient-elles claires ?

- Réalisez-vous toujours les exercices détaillés dans votre livret ?
  - Questions de relance :
    - Pourquoi ?
    - Où faites-vous vos exercices ?
    - Combien de fois par semaine ?

- Trouvez-vous que les exercices soient adaptés à vos capacités physiques ?
  - Question de relance :
    - Pour quelles raisons ?

- Quelles difficultés avez-vous rencontrés à domicile pour réaliser les exercices?
  - Questions de relance :
    - Le fait d'être seul ?
    - La motivation ?
    - Le manque de place ?
    - La peur de faire les exercices seul ?

- Vous étiez-vous fixé un objectif à la sortie du centre hospitalier ?
    - Questions de relance :
        - Par rapport à l'utilisation du livret ?
        - Par rapport à votre quotidien ?

- Pour vous, quelles améliorations pourraient être faites sur le livret afin de le rendre plus efficace ?
    - Question de relance :
        - La présentation papier ?
        - L'approche proposée par le masseur-kinésithérapeute ?
        - Les exercices dans le livret ?
        - Un suivi à J+ 2 mois de la sortie pour objectiver les évolutions ?