

EHPAD : Bilan d'entrée et prise en charge du sujet âgé

A – Programme détaillé

Durée = 14h00

Nombre de stagiaires = 20 maximum

Formateur = Damien OLIVON – Masseur-Kinésithérapeute

1 – Résumé et Objectifs :

Contexte :

La population française vieillit (10 millions de français ont plus de 65 ans), véritable « Papy boom » avec de nombreuses entrées en EHPAD de personnes âgées dépendantes.

En EHPAD, jusqu'à 70% des résidents chutent une fois dans l'année, dont la moitié au moins deux fois!
Près de 12 000 personnes âgées décèdent à la suite d'une chute.

Les capacités d'adaptation au risque de chute accidentelle déclinent régulièrement avec l'avancée en âge, et plus particulièrement lors de son admission en EHPAD. De nombreux facteurs intrinsèques ou extrinsèques peuvent favoriser la chute. Les conséquences en termes de mortalité et de morbidité justifient une démarche de prévention systématique.

La prévention des chutes de la personne âgée devient donc un enjeu majeur de santé publique ! Elle est une des priorités des EHPAD, qui comporte la population la plus à risque puisque fragile, polypathologique et/ou dépendante.

Afin de prévenir et de prendre en charge ce risque de chute, il est indispensable de travailler en pluridisciplinarité, tout au long du parcours du patient.

Les recommandations HAS, de la SFG et des Gérontopoles permettent de faire évoluer nos outils d'évaluation et de favoriser les échanges entre professionnels, mais aussi entre professionnels et patients et de permettre au masseur-kinésithérapeute de se positionner, par son expertise, en référent de la prévention des chutes et du maintien de l'autonomie.

La stimulation continue des capacités des patients, par l'ensemble des équipes de soins, permettra aussi d'augmenter leur autonomie et ainsi de prévenir les risques TMS des soignants, dans un esprit Gagnant patient-Gagnant soignant.

Objectifs :

A l'issue de ces deux jours de formation, le stagiaire sera capable :

- Acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation spécifique du sujet âgé entrant et vivant en institution
- Savoir évaluer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie et le risque de chute
- Savoir adapter son fonctionnement libéral aux spécificités du fonctionnement institutionnel
- Savoir être acteur de la coordination des soins, en travaillant en pluridisciplinarité
- Savoir co-élaborer des objectifs et un programme rééducatif, avec le patient et avec les autres professionnels de santé
- Savoir communiquer aux équipes soignantes les éléments nécessaires à la stimulation des capacités fonctionnelles du résident et à la prévention des TMS des soignants.
- Savoir mettre en place et évaluer des ateliers de prévention des chutes fonctionnels et éducatifs.

2 – Déroulé pédagogique :

Méthodologie :

- Questionnaire pré-formation (Q1) dans le mois qui précède la formation présentielle
- Restitution au formateur des résultats de ce questionnaire, question par question, au groupe et à chaque stagiaire
- Partie présentielle d'une durée de 14h comportant :
 - des échanges sur les résultats du questionnaire pré-formation,
 - un face à face pédagogique d'enseignement cognitif, selon les méthodes pédagogiques décrites ci-dessous, principalement centré sur les problèmes ou lacunes révélés par les questionnaires,
- Questionnaire post-formation (Q2) dans le mois qui suit la formation présentielle
- Restitution individuelle au stagiaire de l'impact de la formation sur la pratique professionnelle
- Restitution statistique, au formateur, de l'impact de sa formation sur la pratique des stagiaires

Programme

1^{er} Jour :

Objectifs de la première journée :

- Acquérir les connaissances nécessaires à l'évaluation et à la rééducation spécifique du sujet âgé entrant et vivant en institution
- Savoir évaluer la nécessité et les objectifs de rééducation via le BDK
- Savoir évaluer le niveau d'autonomie et le risque de chute
- Savoir adapter son fonctionnement libéral aux spécificités du fonctionnement institutionnel

Matin : 9h00-12h30

- Evaluation initiale des connaissances, tour de table et attentes de chacun
- Partage sur le fonctionnement institutionnel, le travail pluridisciplinaire, la nécessité de l'écrit (transmission, BDK..)
- auto-évaluation de ses pratiques professionnelles
- Economie de la santé : législation, épidémiologie, nomenclature, références libérales et institutionnelles
- Efficience de la prise en charge kinésithérapique
- Travail en pluridisciplinarité et continuité des soins
- Objectif du BDK, contraintes et intérêts, évaluation et traçabilité
- Formalisation type d'un BDK: support, contenu
- Rappels des problématiques spécifiques du sujet âgée entrant en institution, et des besoins des équipes soignantes et des directions.
- Rappels de la Fragilité, de la Dépendance, des TMS et du risque de chute
- Stimulation des capacités fonctionnelles des résidents et prévention des TMS des soignants

Après-midi : 14h00-17h30

- Positionnement du MK dans une équipe pluridisciplinaire
- Concept de fragilité : définition, évaluation
- Lutte contre la dépendance iatrogène : définition et actions
- Evaluation et stimulation des capacités fonctionnelles du résident : aux transferts, à la déambulation et évaluation spécifique du risque de chute tests selon capacités cognitives et objectifs (prédictifs ou sémiologique)
- Neuropsychologie : le syndrome post-chute
- Synthèse de la journée, temps de partage

2ème Jour :

Objectifs de la seconde journée:

- Savoir être acteur de la coordination des soins, en travaillant en pluridisciplinarité
- Savoir co-élaborer des objectifs et un programme rééducatif, avec le patient et avec les autres professionnels de santé
- Savoir communiquer aux équipes soignantes les éléments nécessaires à la stimulation des capacités fonctionnelles du résident et à la prévention des TMS des soignants.
- Savoir mettre en place et évaluer des ateliers de prévention des chutes.

Matin : 8h30-12h30 = 4h00

- résumé de la veille, temps de partage
- Stimulation des capacités patients: utilisation et valorisation dans la prise en charge kinésithérapique: ateliers pratiques
- Environnement, Installation du patient, aides techniques
- Relation alimentation et risque de chute : Prévention de la dénutrition et de la déshydratation
- Education à la Santé : adapté à la pratique libérale en EHPAD : Elaboration, animation, évaluation d'un atelier de prévention des chutes
- Traçabilité : BDK d'entrée et intermédiaires d'un sujet âgé vivant en institution

Après-midi : 14h00-17h00 = 3h00

- Cas cliniques : rédaction de BDK spécifiques aux résidents d'EHPAD
- Stimulation et aide aux transferts : technique d'accompagnement et de manutention (manuelle ou avec des appareils)
- Synthèse de la formation, évaluation finale des connaissances, évaluation de satisfaction de la formation

B – Méthodes pédagogiques mises en œuvre

Les savoirs et savoir-faire portant sur les prises en charge rééducative de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD ont énormément évolué sous l'effet de la recherche médicale et la recherche en kinésithérapie. Les stagiaires n'arrivent pas "vierges de savoirs", mais avec des savoirs partiellement (voire en grande partie) obsolètes.

Afin de résoudre cette problématique, différentes méthodes pédagogiques sont employées en alternance, au fur et à mesure du déroulement de la formation :

- Méthode participative - interrogative : les stagiaires échangent sur leurs pratiques professionnelles, à partir de cas cliniques et des résultats des grilles pré-formation (pré-test)
- Méthode expérientielle : modèle pédagogique centré sur l'apprenant et qui consiste, après avoir fait tomber ses croyances, à l'aider à reconstruire de nouvelles connaissances
- Méthode expositive : le formateur donne son cours théorique, lors de la partie cognitive
- Méthode démonstrative : le formateur fait une démonstration pratique, sur un stagiaire ou un modèle anatomique, devant les participants lors des TP
- Méthode active : les stagiaires reproduisent les gestes techniques, entre eux, par binôme.
- Méthode par "Présentation de cas cliniques interactifs " : Le format pédagogique se fonde sur l'intérêt d'analyser en groupe la situation clinique d'un patient. Les stagiaires résolvent le cas en élaborant par petits groupes une analyse et des propositions en réponse.

Afin d'optimiser la mise en œuvre de ces méthodes, les supports et matériels mis à disposition sont :

- Projection PPT du cours, photocopié et / ou clé USB reprenant le PPT
- Tables de pratiques, modèles anatomiques osseux et musculaires.

C – Méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Évaluation « Q1 » (pré-test) et « Q2 » (post test)
- Questionnaire de satisfaction immédiat et à distance

D – Référence recommandation bibliographie

(1) République Française. Article L4321-1 du Code de la Santé Publique

(2) Bozier P, Christian M, Chambon H, Chazal JP, Meyer JP. Devenir acteur PRAP Memento formation-action. INRS ED 7201, 2016.

(3) République Française. Article L4121-1 du Code du travail.

(4) Petit A, Mairiaux P, Desarmenien A, Meyer JP, Roquelaure Y. Recommandations françaises pour la gestion du risque lombalgique des salariés exposés à la manutention manuelle. Work 2016 ;53-4 :845-850

(5) République Française. Article L4121-2 du Code du travail

(6) INSEE. *Tableau de l'économie française édition 2016*. disponible sur <
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906743>> (20 août 2019)

(7) DREES. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. Etudes et résultats. DEES 2018:1046

(8) HAS, CNPG. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Points clés organisation des parcours. HAS 2017

(9) Rapport de synthèse ATIH 2016. Analyse de l'activité hospitalière. ATIH 2016

(10) Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Fiche éclairage maladie. Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale 2012:116

(11) Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "she was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA. 2011 ;306(16) :1782-93

- (12) Chang HH, Tsai SL, Chen CY, Liu WJ. Outcomes of hospitalized elderly patients with geriatric syndrome: report of a community hospital reform plan in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr 2010;S30-S33
- (13) Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc. 1996;44(3):251-7
- (14) McIntyre H. Personal view: Admission to hospital could be considered a disease. BMJ 2013;346:f3242
- (15) Krumholz HM. Post-hospital syndrome-an acquired, transient condition of generalized risk. N Engl J Med 2013;368:100-2
- (16) Brown CJ, Redden DT, Flood KL et al. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. J Am Geriatr Soc 2009;57(9):1660-5
- (17) Greysen SR. Activating Hospitalized Older Patients to Confront the Epidemic of low mobility. JAMA Intern Med 2016;176(7):928-9
- (18) Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 1993 1;118(3):219-23
- (19) Hoogerduijn, JG, Schuurmans, MJ, Korevaar, JC., Buurman, BM., de Rooij, SE. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. Journal of Clinical Nursing 2010;19(9-10), 1219–1225
- (20) Lafont C, Gérard S, Voisin T et al. Reducing « iatrogenic disability » in the hospitalized frail elderly. J Nutr Health Aging 2011 ;15(8) :645-60
- (21) Rahim SA, Mody A, Pickering J et al. Iatrogenic adverse events in the coronary care unit. Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2009;2(5):437-42
- (22) HAS, Note méthodologique et de synthèse documentaire-prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. HAS 2017
- (23) Sourdet S, Lafont C, Rolland Y et al. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(8) :674-81
- (24) Belloni G, Cesari M. Frailty and Intrinsic Capacity: Two Distinct but Related Constructs. Front. Med. 2019;6:133
- (25) World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva : World Health Organization, 2015

- (26) Peiris CL, Taylor NF, Shields N. Patients receiving impatient rehabilitation for lower limb orthopaedic conditions do much less physical activity than recommended in guidelines for healthy older adults: an observational study. J Physiother 2013; 59(1):39-44
- (27) Smith P, Galea M, Woodward M et al. Physical activity by elderly patients undergoing impatient rehabilitation is low: an observational study. Aust J Physiother 2008;54(3):209-13
- (28) Brown CJ, Foley KT, Lowman JD et al. Comparison of posthospitalization function and community mobility in hospital mobility program and usual care patients: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2016 ;176(7) :921-7
- (29) Said CM, Morris ME, Woodward M et al. Enhancing physical activity in older adults receiving hospital based rehabilitation: a phase II feasibility study. BMC Geriatr 2012;12 :26
- (30) Said CM, Morris ME, Mcginley JL et al. Additional structured physical activity does not improve walking in older people (>60 years) undergoing impatient rehabilitation: a randomized trial. J Physiother 2018
- (31) Kubicki A, Mourey F. Rééducation gériatrique : approche systémique. EMC – Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation 2015 ;0(0) :1-9 [Article 26-590-A-10]
- (32) Manckoundia P, Taroux M, Kubicki A et al. Impact of ambulatory physiotherapy on motor abilities of elderly subjects with Alzheimer's disease. Geriatr Gerontol Int 2014;14:167-75
- (33) Gedda M. Douleurs : les approches physiques améliorent l'holisthésie. e-News Somatosens Rehab 2017;14(4):179-82
- (34) Gedda M. Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique. Kinésither Scient 2008 ;492:41-44
- (35) Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie : son diagnostic. Kinésither Scient 1998;375 :40-51
- (36) Mourey F, Pozzo T, Rouhier-Marcier I et al. A kinematic comparison between elderly and young subjects standing up from and sitting down in a chair. Age Ageing 1998;27:137-46
- (37) Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Revmed 2007 ;28 :79-85
- (38) Mourey F. L'apprentissage du relever du sol chez le sujet âgé. Kinésither Scient 2007 ;474
- (39) Passeron A, Perreira Rocha E, Dommane L et al. Apprentissage de la technique pour se relever du sol chez des patients âgés hospitalisés. Etude prospective en médecine interne. Presse Med 2005 ;34 :1623-8

(40) ARS. *Le plan d'accompagnement pour soutenir les EHPAD* [en ligne]. Disponible sur < <https://www.ars.sante.fr/le-plan-daccompagnement-pour-soutenir-les-ehpad>> (31 août 2019)

(41) Le Figaro. *Sécurité sociale: qu'est ce que le «cinquième risque» évoqué par Emmanuel Macron?* [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.lefigaro.fr/social/2018/04/16/20011-20180416ARTFIG00110-securite-sociale-qu-est-ce-que-le-cinquieme-risque-evoque-par-emmanuel-macron.php>> (5 septembre 2019)

(42) INVS. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques dans les Pays de la Loire Protocole de la surveillance dans les entreprises (2002-2004). Santé Travail 2007

(43) Editions-Tissot. *Définition Troubles musculo-squelettiques (TMS)* [en ligne]. Disponible sur < [https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1237&definition=Troubles+musculo-squelettiques+\(TMS\)](https://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail-st-definition.aspx?idDef=1237&definition=Troubles+musculo-squelettiques+(TMS))> (19 août 2019)

(44) INRS. *Troubles musculo-squelettiques (TMS)* [en ligne]. Disponible sur < <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/facteurs-risque.html>> (19 août 2019)

(45) République Française. Article L461-1 Code de la Sécurité Sociale

(46) Walstiperger D, Camus L. Les expositions aux risques professionnels soignants en 2003. Doc Méd Trav 2009 ; 120 :453-458

(47) Amira S. Les risques professionnels par métiers enquête SUMER 2010. Synrhèse.stat DARES 2015;05

(48) Meyer JP, Gary Y, Lafaurie S, Leprince A. Pathologies lombaires dans les professions de soin. Documents pour le médecin du travail 1999:77. INRS.

(49) Teiger C. Origines et évolution de la formation à la prévention des risques « gestes et postures » en France. RI/IR 2002 ;57,n°3 :431-462

(50) Becker F. L'environnement législatif français, carcan ou ressort dans le domaine de la prévention des TMS?. Troisième Congrès francophone sur les troubles musculosquelettiques (TMS). Échanges et pratiques sur la prévention / Organisé par l'Anact et Pacte. HAL 2011 halshs-00603893

(51) Comité santé de l'AISS. Prévention des pathologies lombaires dans les professions de soins. Recommandations issues de l'atelier d'experts organisé à DRESDE du 25 a 27 janvier 2006 par le comité secteur santé de l'AISS [en ligne]. Disponible sur <<http://health.prevention.issa.int>> (15 aout 2019)

(52) Assurance maladie. *Prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement* [en ligne]. Disponible sur https://www.ameli.fr/haute-garonne/entreprise/tableau_recommandations (20 aout 2019)