



INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

UE 28 Mémoire

Promotion : 2015-2019

Fragilité chez la personne âgée à domicile : repérage et prise en charge (aspect relationnel) par les kinésithérapeutes libéraux, une étude qualitative

Vincent ROUTHIEAU

UE 28 Mémoire

Promotion : 2015-2019

Fragilité chez la personne âgée à domicile : repérage et prise en charge (aspect relationnel) par les kinésithérapeutes libéraux, une étude qualitative

Mémoire réalisé sous la direction de **Stéphanie GOLIOT**,
Masseur-Kinésithérapeute DE, Responsable de l'équipe de rééducateurs de l'Hôpital de Ribeauvillé.

Vincent ROUTHIEAU

Remerciements

A Lucile pour son accompagnement durant ses 4 années. Sans elle, mon approche aurait été probablement plus « quantitative » et l'expérience moins « prenante ».

Aux 5 kinésithérapeutes qui ont accepté de me recevoir et de répondre à mes questions. Les échanges ont été passionnants et j'ai beaucoup appris à votre écoute.

A ma directrice de mémoire pour avoir été mon phare durant cette année.

A Hélène et Marie, vos conseils et ses longs moments d'échanges m'ont beaucoup aidé. Que d'aventures en 5 ans !

Un grand merci à ma maman pour sa relecture attentive.

Un très grand merci à ma chère et tendre pour son soutien et sa patience. Mon cerveau est de nouveau disponible !

A mon Victor qui est venu challenger mes 3 dernières années d'études.

Liste des abréviations utilisées

ADL	Activity Daily Living
AGGIR	Autonomie Gérontologie – Groupe Iso-Ressource
CPTS	Communauté Professionnelle de Territoire en Santé
CTA	Coordination Territoriale d'Appui
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
ESP	Equipe de Soins Primaires
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
i-ADL	Instrumental Activity Daily Living
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAERPA	Parcours des personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PPS	Plan Personnalisé de Soins
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
SPC	Syndrome Post-Chute
SDPM	Syndrome de Désadaptation PsychoMotrice
SFGG	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SGE	Société de Gérontologie de l'Est
TMM	Test Moteur Minimum
TUG	Timed Up and Go

Résumé

Le vieillissement de la population est inéluctable. Il va toucher de manières différentes les personnes. Il apparaît 3 groupes de personnes âgées : celles en bonne santé ou robustes, celles dépendantes, et celles fragiles qui représentent 30 % à 40 % des + 65 ans. La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a adopté en 2011 une définition de la fragilité considérant qu'il s'agit d'un état potentiellement réversible. Les personnes âgées fragiles se reconnaissent en fonction des critères de Fried. La HAS a édité plusieurs guides de recommandations sur la prise en charge des personnes âgées fragiles. La dimension relationnelle est indiquée comme indispensable, ainsi qu'un travail en équipe. Comment les kinésithérapeutes libéraux repèrent la fragilité chez la personne âgée à domicile ? Et comment, d'un point de vue relationnel, la prennent ils en charge ?

Une méthode qualitative a été utilisée. 5 kinésithérapeutes libéraux ont été interrogés. Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-structurés, retranscrites et analysées par thèmes.

Les kinésithérapeutes interrogés repèrent la fragilité sur des critères qui leur sont propres. Les critères de Fried ne sont pas connus. La fragilité est assimilée à la perte d'autonomie et à la dépendance. La dimension relationnelle, élément essentiel de la rééducation et de la construction de la relation, nécessite écoute et adaptation au rythme de la personne. Le besoin de mieux communiquer et de se coordonner avec les autres professionnels est mis en évidence.

The aging of the population is inevitable. People will be touch in different ways. There are 3 groups of elderly people: those in good health or robust, those dependent, and those frailty, which represent 30% to 40% of the + 65 years old. The French Society of Geriatrics and Gerontology adopted in 2011 a definition of frailty. They considerate that it is a potentially reversible state. Frail elderly people are identified according to Fried's criteria. The HAS has published several guide books on the care of frail elderly people. The relational dimension is indicated as indispensable, as well as teamwork. How do liberal physiotherapists identify frailty in the older people at home? And how, from a relational point of view, do they support it?

A qualitative method was used. 5 liberal physiotherapists were interviewed. The data were collected during semi-structured individual interviews, transcribed and analyzed by themes.

The physiotherapists identify frailty on criteria that are specific to them. Fried's criteria are not known. Frailty is equated with loss of autonomy and dependency. The relational dimension, essential element of the reeducation and the construction of the relationship, requires listening and adapting to the pace of the person. The need to better communicate and coordinate with other professionals is highlighted.

Sommaire

I	Introduction	1
1	Vieillessement de la population	1
2	La personne âgée fragile	1
3	Les conséquences de la fragilité d'un point de vue moteur	3
3.1	Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM)	3
3.2	Le syndrome post-chute (SPC)	4
3.3	La chute et ses conséquences	4
4	Prise en charge de la fragilité	5
4.1	Prise en charge de la personne âgée fragile à domicile	5
4.2	Prise en charge du SDPM et du SPC	6
5	Problématique	6
II	Méthode	7
1	Pourquoi une méthode qualitative ?	7
2	Hypothèses de recherche	7
3	Recrutement des participants	7
4	Données recueillies	8
III	Résultats	9
1	Entretiens et profils des kinésithérapeutes interviewés	9
2	Connaissances	9
2.1	Définition du syndrome de fragilité par les kinésithérapeutes interrogés	9
2.2	Conséquences du syndrome de fragilité	10
3	Dimension relationnelle	11
3.1	Contexte de la prise en charge	11
3.2	Construction de la relation patient-thérapeute	13
3.3	Aspect motivationnel	15
3.4	Environnement humain	17
3.5	Environnement matériel	17
4	Dimension pluridisciplinaire	18
4.1	Relations avec les intervenants médicaux et paramédicaux	18
4.2	Aidants et famille	21

4.3	Participation à des réseaux professionnels	22
4.4	Partage des informations entre professionnels	22
5	Rémunération	26
6	Formation en gériatrie.....	28
IV	Discussion	29
1	Connaissances	29
1.1	Syndrome de fragilité	29
1.2	Conséquences de la fragilité	32
2	Dimension relationnelle	33
2.1	Contexte de la prise en charge.....	33
2.2	Construction de la relation patient-thérapeute.....	35
2.3	Aspect motivationnel.....	36
2.4	Environnements humain et matériel	37
3	Dimension pluridisciplinaire	38
3.1	Intervenants médicaux et paramédicaux	38
3.2	Aidants et famille.....	40
3.3	Participation à des réseaux professionnels	41
3.4	Partage des informations entre professionnels	42
4	Rémunération	43
5	Retour sur les présupposés	44
6	Limites et force de cette étude, ce que j'en retire	44
V	Conclusion.....	47
	Références.....	48
	Liste des annexes	52

I Introduction

1 Vieillesse de la population

Le vieillissement de la population française est inéluctable. En 2050, l'INSEE prévoit qu'une personne sur trois aura plus de 60 ans et la proportion des personnes de + de 75 ans va doubler, passant de 9% de la population en 2015 à + 15% en 2050 (1). La région Grand-Est suit la même tendance, les personnes de + de 65 ans représenteront un quart de sa population d'ici 2027, les personnes de + de 85 ans seront de plus en plus nombreuses avec une progression plus rapide pour l'Alsace. Cette population va s'accroître plus rapidement à partir de 2031 avec l'arrivée des générations du baby-boom à raison de + 5,2% par an (2).

Le vieillissement va toucher de manières différentes les personnes. Le Pr. Bruno Vellas, dans le livre blanc sur la fragilité (3) distingue 3 groupes :

- Les personnes âgées en bonne santé ou robustes qui représentent 50 % à 60 % des personnes de + de 65 ans. Ce groupe peut être affecté par une pathologie aiguë ou chronique qui n'affecte pas leur qualité de vie.
- Les personnes âgées dépendantes qui sont dans l'incapacité de réaliser les activités de base de la vie quotidienne tel que marcher, s'habiller, se laver, s'alimenter. Elles sont, soit confinées à leur domicile, soit institutionnalisées. Ce groupe représente environ 10 % des personnes de + de 65 ans.
- Les personnes âgées fragiles qui représentent 30 % à 40 % des personnes de + de 65 ans.

2 La personne âgée fragile

Pour la HAS, la définition de la fragilité ne fait pas consensus. En gériatrie, elle reste fortement associée à la perte d'autonomie. Le concept de fragilité va être abordé différemment selon les auteurs (approche médicale, biologique ou fonctionnelle). La HAS retient comme définition de la fragilité « *le risque qu'a une personne d'aggraver ses limitations fonctionnelles. Cette fragilité peut varier dans le temps en fonction du développement des maladies mais aussi des ressources individuelles et sociales.* » (4)

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) a adopté en 2011 une définition de la fragilité considérant qu'il s'agit d'un **état potentiellement réversible** : « *La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible* » (5).

Lang et al. décrivent la fragilité sous la forme d'une spirale (6). C'est-à-dire qu'il existe des interactions entre la sénescence, la baisse d'activité physique, les maladies chroniques, des traumatismes, des facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux. La personne qui se trouve dans cette spirale aurait une accélération de son processus physiologique de vieillissement. Certaines personnes ont une susceptibilité accrue à la fragilité.

Comme le montre la Figure 1, le processus de fragilisation est composé de 3 stades (7) :

- la pré-fragilité avec une baisse insidieuse des réserves fonctionnelles,
- la fragilité, définie selon les critères de Fried (8).
- la dépendance qui est la conséquence de la fragilité. Un facteur déclenchant va jouer le rôle de révélateur et la personne âgée fragile va se retrouver brutalement dépendante.

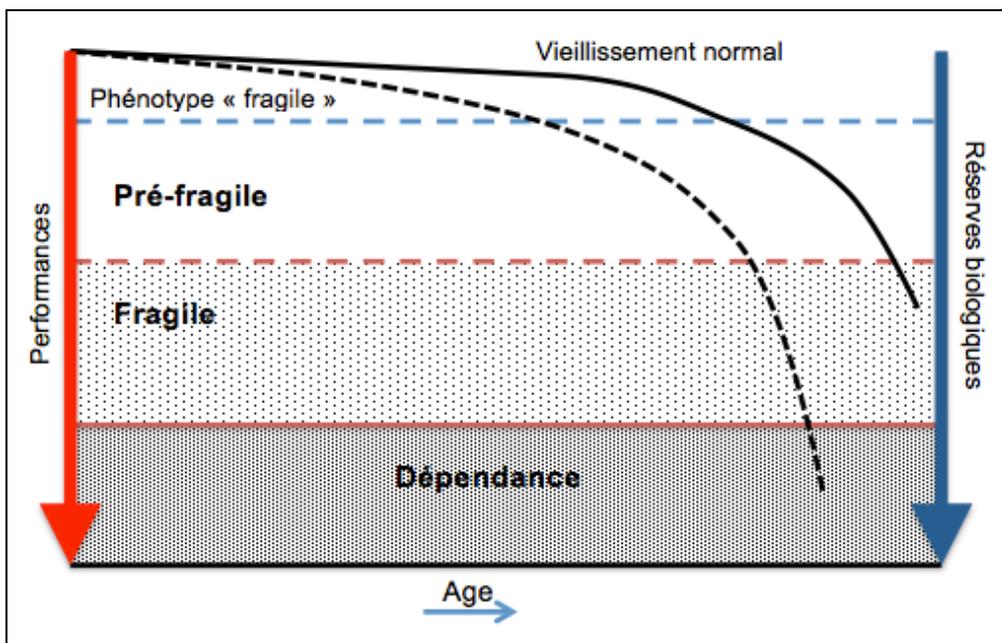


Figure 1 - Le développement de la fragilité d'après Lang et al. (7)

Fried et al. ont proposé un phénotype de la fragilité, qui d'un point de vue médical fait consensus (9). Pour être considéré comme fragile, selon les critères cliniques de Fried, une personne doit présenter 3 des 5 critères mentionnés dans le Tableau 1 (8). Avec 1 ou 2 critères, la personne est à un stade de pré-fragilité.

Tableau 1 - Critère de Fried et al.

Critère de la fragilité selon Fried et al.
- perte de poids involontaire (>4,5 kg en 1 an non expliqué)
- sensation de fatigue, épuisement ressenti par le patient,
- faiblesse musculaire (ou diminution de la force de préhension)
- ralentissement de la marche - elle décroît assez peu dans le vieillissement normal - avec une vitesse inférieure à 0,8 m/s
- baisse de l'activité physique

Il semblerait que parmi les personnes de + de 65 ans vivant à domicile, 30% de ces personnes seraient pré-fragiles et 10 % fragiles (3), ce qui montre l'importance de les repérer en terme de santé publique.

Un autre modèle de fragilité existe. Il est connu sous le nom de critères de Rockwood ou « d'indice cumulé de fragilité » (9). Il intègre des facteurs moteurs, cognitifs et sociaux tels que la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, les capacités pour les activités de la vie quotidienne, la nutrition, la condition sociale et les comorbidités. 92 déficits, symptômes ou situations cliniques sont évalués. Si les critères de Fried permettent de diagnostiquer le syndrome de fragilité, l'indice cumulé de fragilité permet de donner une graduation du niveau de fragilité (10). Quoiqu'il en soit, la mise en œuvre de ces critères, en pratique de ville, reste à démontrer. Pour que le diagnostic d'un syndrome de fragilité soit posé, cela nécessite la réalisation d'un bilan gériatrique.

Afin de procéder au dépistage de la fragilité, il existe plusieurs scores. L'ARS Grand-Est, à travers le dispositif PAERPA, propose l'utilisation de la grille SEGA-A (11). Elle est présentée en annexe I. Elle est basée sur les recommandations de la HAS. A travers 13 items, cette grille permet à toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile, dont le kinésithérapeute, un repérage précoce de la fragilité. Elle explore les différents déterminants de la fragilité tel que défini par la HAS à savoir : l'âge, la provenance, le nombre de médicaments, l'humeur, la perception de la santé, une chute dans les 6 derniers mois, le poids, les maladies associées, la mobilité, la continence, la prise de repas, les activités instrumentales de la vie quotidienne et les fonctions cognitives. **A partir d'un score de 8 / 26, la personne âgée est repérée comme fragile et un bilan gériatrique peut être initié.**

3 Les conséquences de la fragilité d'un point de vue moteur

3.1 Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM)

Le syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) a été décrit dans les années 80 sous l'appellation de « syndrome de régression psychomotrice ». Dans les années 90, il a été renommé sous son nom actuel. Le terme régression sous entendait un état non réversible, alors qu'il s'agit d'une décompensation des fonctions posturales et des automatismes psychomoteurs (12,13). La recherche a permis de comprendre la physiopathologie de ce syndrome où il a été montré un lien étroit entre la fragilité de la personne âgée et des dysfonctionnements sous-corticaux-frontaux dans l'émergence du SDPM. Le SDPM est aussi appelé « syndrome de dysfonctionnement sous-cortico-frontal » (14). Le SDPM apparaît comme secondaire aux altérations des systèmes sous-corticaux-frontaux, en particulier de la substance blanche. Ces zones sont le relais des informations sensorielles adressées aux centres de traitement de l'information. Avec l'âge, la prévalence des atteintes de la substance blanche, appelé leucoaraïose, augmente pour atteindre 90% chez les personnes de + de 80 ans (15). Il suffit que des facteurs prédisposants viennent se greffer pour qu'un SDPM apparaisse (12–14).

La prévalence du SDPM n'est pas bien connue. Pfitzenmeyer et al. indique que 75 % des personnes très âgées du service de médecine gériatrique de Dijon présente un SDPM (14).

D'un point de vue clinique, le SDPM se présente par (12,13) :

- Des troubles de la posture où la rétropulsion prédomine. Il s'agit d'un « *déjettement du tronc en arrière en position assise, à une perte de la projection antérieure du tronc avec une position des pieds en avant au cours du passage assis-debout et à une tendance à la chute arrière en orthostatisme* ».
- Une altération de la marche, aspécifique au SDPM tel que le freazing et la marche à petits pas glissés sans déroulement du pied.
- Des signes neurologiques :
 - o akinésie axiale et hypertonie oppositionnelle
 - o altération des automatismes posturaux
- des troubles psycho comportementaux :
 - o pour la forme aiguë (Syndrome Post-Chute) : anxiété et phobie de la marche
 - o pour la forme chronique : des troubles exécutifs et des troubles de la conation (bradyphrénie, indifférence, apathie, aboulie, démotivation).

Le SDPM peut être considéré comme une décompensation des systèmes impliqués dans les automatismes posturaux et de la marche, et, à ce titre, il peut être considéré comme le versant cognitif et moteur de la fragilité (16).

3.2 Le syndrome post-chute (SPC)

Il s'agit de la forme aiguë du SDPM (16), où la chute représente le facteur aigu qui le déclenche. Le SPC peut apparaître quelques heures après la chute. Il présente le même tableau clinique que le SDPM (17) et il apparaît dans 30% des chutes (18).

3.3 La chute et ses conséquences

La chute est la première cause de décès chez la personne âgée avec plus de 12 000 décès par an. Avec le vieillissement, elle devient de plus en plus fréquente : un tiers des personnes de + 65 ans, vivants à domicile, chutent au moins une fois par an et la moitié des personnes de + 85 ans font une ou plusieurs chutes par an (18).

Il est nécessaire de distinguer les chutes traumatiques, des chutes non traumatiques. En effet, si les chutes non traumatiques n'ont pas de conséquence d'un point de vue fracturaire, il ne faut pas oublier les impacts métaboliques et psychologiques d'un temps prolongé au sol. Block et al. utilisent le terme de « chute critique » (19). Une heure au sol multiplie par 2 le risque de mortalité à 6 mois. Toujours d'après Bloch et al, 30 % des sujets âgés, après une chute, présentent un syndrome de stress post-traumatique à 2 mois (19). Le syndrome de stress post-traumatique est un traumatisme de l'appareil psychique du patient, qui se caractérise par la « *reviviscence de l'expérience traumatique* » et une modification de la personnalité (20).

Le principal risque du SDPM est la chute et l'ensemble des conséquences qui en découlent dont la dépendance. A ce titre, ces syndromes sont une urgence gériatrique (12–14,16).

Il apparaît donc un cercle vicieux entre la chute et le SDPM, avec comme point de départ la fragilité de la personne âgée et, comme conséquence, sa dépendance (Figure 2).

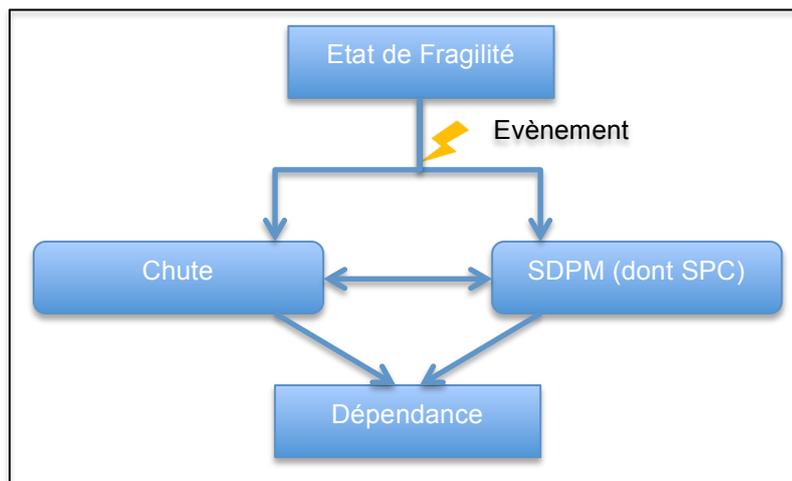


Figure 2 - Conséquence de la chute et du SDPM

4 Prise en charge de la fragilité

4.1 Prise en charge de la personne âgée fragile à domicile

En avril 2005, la HAS a édité un guide de recommandations à l'intention des kinésithérapeutes sur la « *conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile* » (4). Ce guide reprend les éléments clés de l'évaluation et des différents traitements kinésithérapiques.

La HAS a édité la même année un autre guide concernant la « *prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée* » (21) dont un des objectifs concerne la prévention du SPC. Cette prévention passe par le repérage du risque et par une question aux personnes âgées et à son entourage « *Etes vous tombés durant l'année précédente ?* ». Cette question permet d'aborder le sujet et de faire de la prévention. En 2013, la HAS a complété ses recommandations par 2 fiches points clés « *comment repérer la fragilité en soins ambulatoire* » (9) et « *comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire* » (22).

Par ailleurs, la HAS conclue ses recommandations de 2005 en notant que « *la dimension relationnelle est indispensable à cette prise en charge, la rééducation constituant une situation privilégiée au cours de laquelle la personne âgée peut améliorer l'image qu'elle a d'elle-même. Par ailleurs, l'intervention au domicile suppose pour le masseur-kinésithérapeute un travail en équipe avec l'ensemble des intervenants médicaux, paramédicaux et autres professionnels ainsi que les membres de la famille et les aidants au sens large* ».

L'aspect « *coordination* » entre professionnel de santé n'est pas abordé dans ces guides de recommandations. Par contre, il est demandé aux kinésithérapeutes de prendre en compte les données transmises par les autres professionnels et de transmettre les résultats des évaluations et le suivi de la rééducation aux autres professionnels de santé (4).

Afin d'assurer une coordination entre les différents professionnels de santé, le ministère des Solidarités et de la Santé déploie depuis 2014 un parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (23). Sur la région Grand-Est, ce dispositif est actuellement déployé sur l'agglomération de Nancy (11). Il a pour objectif « *de préserver l'autonomie* » des personnes âgées de + de 75 ans (23).

4.2 Prise en charge du SDPM et du SPC

La littérature indique que la prise en charge d'une personne âgée avec un SDPM se fait en centre de rééducation (12–14). En effet, après un événement indésirable, la personne âgée passera par l'hôpital, puis par un SSR avant son potentiel retour à domicile. Un travail pluridisciplinaire et permanent, au chevet du patient, avec un personnel soignant formé à « faire faire » optimisent la prise en charge (12–14).

L'étude de cas décrite par Kubicki et al. à propos d'une patiente restée au sol 10 heures après une chute, souligne l'importance du travail pluridisciplinaire au quotidien (24). Dans cette étude, un SPC est identifié 15 jours après l'accident. La prise en charge en SSR a duré 7 semaines à raison, entre autre, de 5 séances de kinésithérapie par semaine, avant son retour à domicile.

Les descriptions de prise en charge à domicile sont plus rares dans la littérature. Scheets et al. décrivent le cas d'une patiente américaine de 83 ans prise en charge à domicile par un kinésithérapeute pour un SDPM (25). L'identification du SDPM a été réalisée 4 mois après une chute qui a entraîné une fracture du col du fémur. La prise en charge à domicile a nécessité 44 séances sur 15 semaines, à raison de 4 à 5 séances par semaine pendant 4 semaines, puis 3 séances par semaine. Au cours de l'épisode de soins décrit, la patiente est passée de l'aide de deux soignants à un soignant, pour s'occuper de ses activités quotidiennes et de sa mobilité. Elle a atteint son objectif principal, rester autonome et vivre dans son appartement plutôt que déménager dans une maison de retraite. Un an après la fin de la prise en charge, la personne vivait toujours à son domicile et aucune chute n'avait été recensée.

Un test spécifique le Test Moteur Minimum (TMM) a été développé dans le but de détecter et de suivre l'évolution des patients avec un SDPM. Ce test est noté sur 20, mais il n'est pas indiqué de score permettant d'affirmer un SDPM. Par contre, le TMM reprend, parmi ses items, des signes cliniques présents dans le SDPM : rétropulsion et altération des adaptations posturales (26).

5 Problématique

Dans un contexte de population vieillissante, il existe des enjeux économiques et de bien-être à maintenir les personnes âgées dans une trajectoire de vieillissement normal aussi longtemps que possible. Dans ce cadre, les kinésithérapeutes libéraux ont un rôle à jouer (4). Les conséquences cognitivo-motrices de la fragilité, qui sont la chute, le SDPM et sa forme aiguë, le SPC, sont lourdes de conséquences pour la personne âgée. La prévention est du ressort des professionnels de santé, dont le kinésithérapeute libéral.

Comment les kinésithérapeutes libéraux repèrent la fragilité chez la personne âgée à domicile ? Et comment, d'un point de vue relationnel, la prennent ils en charge ?

II Méthode

1 Pourquoi une méthode qualitative ?

La prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile est décrite dans le guide de recommandations de la HAS d'avril 2005 (4). Si ce guide aborde les aspects techniques, il ne fait qu'effleurer la spécificité de la prise en charge de cette population. Elle nécessite écoute active, patience et bienveillance de la part du soignant, ainsi qu'une communication interdisciplinaire, comme indiqué en conclusion de ses recommandations (21). La méthode qualitative permet d'explorer ces dimensions.

2 Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche pour l'élaboration de la grille d'entretien et le recrutement des participants ont été les suivantes. Il s'agit de présupposés issus de rencontres, échanges et lectures.

- La fragilité, définie à partir des critères cliniques de Fried, et ses conséquences sont mal connues par les kinésithérapeutes.
- L'approche d'un kinésithérapeute, réalisant uniquement des domiciles, sera plus précise qu'un kinésithérapeute alternant cabinet et domicile.
- Un kinésithérapeute exerçant en milieu rural aura une meilleure connaissance de la famille et des autres professionnels de santé qu'un kinésithérapeute exerçant en zone urbaine.
- La rémunération, telle que proposée en gériatrie, est un frein à la prise en charge selon les recommandations de la HAS.

3 Recrutement des participants

L'objectif était d'avoir la vision la plus large de la prise en charge des patients âgés et fragiles. Les critères d'inclusion des kinésithérapeutes ont été les suivants :

- le kinésithérapeute devait exercer en libéral,
- il devait prendre en charge des patients à domicile qu'il considère comme âgés et fragiles, selon sa propre définition.

Sur l'ensemble des kinésithérapeutes interviewés :

- au moins 2 kinésithérapeutes devaient avoir une activité uniquement à domicile,
- au moins 2 kinésithérapeutes devaient avoir une activité mixte (cabinet – domicile),
- au moins 2 kinésithérapeutes devaient exercer en zone urbaine,
- au moins 2 kinésithérapeutes devaient exercer en zone rurale,
- au moins 1 kinésithérapeute devait avoir pris en charge des patients dans le cadre du dispositif PAERPA.

Les kinésithérapeutes ont été contactés à partir de l'URPS MK, des pages jaunes et des réseaux sociaux.

4 Données recueillies

Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs réalisés entre juillet et novembre 2018. Les entretiens ont été enregistrés afin de permettre leurs transcriptions écrites et leurs analyses. L'entretien a été mené à l'aide d'une grille d'entretien (Tableau 2). Cette grille a été construite à partir des recommandations de la HAS et de la problématique.

Pour initier l'entretien, la question de départ était la suivante « *Vous m'avez dit que vous prenez en charge des patients âgés fragiles, pouvez vous m'en dire plus ?* ».

Tableau 2 - Grille d'entretien

Dimension	Sous-dimension
Connaissances	Syndrome de fragilité
	Conséquences du syndrome de fragilité
Dimension relationnelle	Contexte de la prise en charge
	Construction de la relation patient-thérapeute
	Aspect motivationnel
	Environnement humain
	Environnement matériel
Dimension pluridisciplinaire	Intervenants médicaux et paramédicaux
	Aidants et famille
	Participation à des réseaux professionnels
	Partage des informations entre professionnels
Rémunération	Qualité de la prescription
	Nomenclature
Formation en gériatrie	

III Résultats

1 Entretiens et profils des kinésithérapeutes interviewés

5 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les profils des kinésithérapeutes sont indiqués dans le Tableau 3. 4 femmes et 1 homme ont été interviewés. Les résultats de ce dernier ont été mis au féminin pour l'anonymiser. MK_D est la kinésithérapeute qui a pris en charge des patients dans le cadre du dispositif PAERPA. Les critères d'inclusion sont respectés partiellement. Lors de l'entretien MK_E réalisait son activité à domicile en tant que salariée dans le cadre d'hospitalisation à domicile (HAD), et non en tant que kinésithérapeute libérale. Son entretien a été retenu pour les propos rapportés sur l'aspect relationnel de sa prise en charge. Il lui a été demandé de se référer à son expérience en tant que libérale dans ses réponses.

Tableau 3 - Profils des kinésithérapeutes interviewés

	Activité cabinet & domicile	Activité domicile	Exerce en ville	Exerce en campagne	Année d'exercice	Remarques
MK_A	X		X		< 5 ans	
MK_B		X	X		Entre 5 et 10 ans	
MK_C		X		X	> 20 ans	
MK_D	X			X	> 20 ans	PAERPA
MK_E	X			X	Entre 5 et 10 ans	HAD

2 Connaissances

2.1 Définition du syndrome de fragilité par les kinésithérapeutes interrogés

Pour MK_A, une personne est âgée à partir de 80 ans. Elle est fragile lorsque sa mobilité est diminuée : « *La personne ne peut plus sortir de chez elle. Elle n'arrive plus à marcher, elle n'arrive plus à sortir de son lit par exemple. Ou alors un périmètre de marche tellement réduit qu'elle ne peut plus sortir de chez elle* ». La personne âgée est fragile lorsqu'elle a besoin de soins à domicile et qu'elle ne peut pas se rendre au cabinet du thérapeute. Elle est généralement plus fatigable que les autres patients et elle vit seule : « *Ce sont souvent des personnes qui sont seules à la maison* ». MK_A associe la fragilité à des problèmes de la sphère cardio-pulmonaire.

Pour MK_B, la définition de la fragilité chez la personne âgée est « *très vaste* ». Elle regroupe plusieurs aspects. L'aspect social où la solitude prédomine « *les gens dont la famille n'est pas dans les environs, n'est pas présente ou ne s'occupe pas trop d'eux* ». Il s'agit aussi de la

personne âgée qui n'est pas en mesure de prendre toutes les décisions nécessaires au quotidien « *il y a des personnes fragiles, c'est assez évident qui sont sous tutelle, sous curatelle* », ou bien de celle qui a fait un AVC ou qui est atteinte d'une pathologie neurodégénérative. La fragilité apparait aussi au niveau financier et psychologique. Pour elle, les personnes âgées fragiles sont des patients polyopathologiques. Pour identifier la fragilité, MK_B cite des tests d'évaluation à la marche : « *on a le Tinetti, on a le TUG, on a différents tests* ». Un patient qui est en difficulté pour marcher, perd son autonomie et il est fragile.

Pour MK_C, la fragilité peut prendre plusieurs aspect : physique et psychologique. Elle définit la fragilité psychologique comme la capacité d'être atteint par un événement extérieur et la fragilité physique par une baisse globale dont celle des capacités motrices. La fragilité n'est pas objectivable : « *C'est un ressenti* ». Pour elle, « *une personne âgée [est] plus fragile par définition. Parce qu'on sait qu'il y a des capacités qu'elle n'a plus* ». A son niveau, elle dispose d'outils kiné pour objectiver la fragilité au niveau de la marche, de l'équilibre, de la force musculaire. La fragilité d'une personne âgée se traduit au niveau physique par de la fatigabilité, une perte de poids, une perte de force musculaire, des troubles de l'équilibre auquel elle ajoute la situation sociale de la personne.

Pour MK_D, une personne âgée fragile est une personne âgée chez qui elle repère « *une baisse du tonus musculaire, de vigilance, des troubles cognitifs* ». La fragilité se traduit par un manque de force musculaire, une perte d'appétit. Les conséquences pour la personne sont la difficulté à se déplacer, à ne plus pouvoir sortir, ou la chute. La fragilité peut être repérée par toutes les personnes gravitant autour de la personne âgée : voisin, famille, aidants, professionnels de santé. Lorsque MK_D repère de la fragilité chez un de ses patients, elle contacte le médecin généraliste. MK_D a découvert la grille SEGA à travers le dispositif PAERPA. Auparavant, elle se servait des tests Tinetti et TUG et d'un questionnaire de qualité de vie pour évaluer le patient. La grille SEGA lui a permis d'approfondir son repérage : « *Elle permet de porter un autre regard sur la personne pour nous sensibiliser sur des problèmes d'alimentation, [des troubles] cognitifs, de moral. En dehors du schéma moteur qu'on avait l'habitude de travailler* ».

Pour MK_E, une personne âgée fragile est une personne qui, sans aide, requiert une hospitalisation, qui nécessite des soins. Un critère de fragilité est la présence de démence chez la personne : « *Elle sera susceptible de se mettre en danger par exemple comme descendre un escalier alors qu'elle ne peut pas* ». MK_E réalise un bilan de l'autonomie en plusieurs fois, inspirée des recommandations de la HAS composées du TMM, Tinetti, TUG, appui unipodal : « *c'est vraiment selon ce bilan là que je détermine la fragilité de la personne* ».

2.2 Conséquences du syndrome de fragilité

Les 5 kinésithérapeutes interviewés ont indiqué que la conséquence de la fragilité est la chute. Pour MK_A, après une chute et sans l'intervention du kinésithérapeute, la personne fragile entrera dans un cercle vicieux : « *si le kiné ne vient pas deux fois par semaine, voir trois fois par semaine et bien la personne ne fera pas grand-chose, voir rien. Et après c'est un cercle vicieux. Moins elle le fait, moins elle aura envie de le faire et du coup elle va se laisser aller* ». MKB souligne également l'impact psychologique : « *il y a des conséquences physiques [...], plus ou moins*

importantes. Et puis après il y a les conséquences psychologiques. Même si les gens n'ont pas de conséquences physiques graves, de fractures, il y a quand même du coup un aspect psychologique ».

3 Dimension relationnelle

3.1 Contexte de la prise en charge

Il ressort les items suivants concernant le contexte de prise en charge :

- une population avec des spécificités : la peur, le deuil, les troubles cognitifs, la solitude, le manque de stimulation au quotidien, la sédentarité.
- des professionnels qui doivent avoir les qualités suivantes : s'avoir s'adapter aux capacités physiques de la personne, assurer une prise en charge sur la durée.

A) Une population avec des spécificités

MK_A pense que c'est la peur qui freine une majorité de ces patients dans leurs activités quotidiennes : *« à mon avis, pour plein de personnes, c'est la peur qui les freine, qui leur fait dire « non tout seul je ne peux pas le faire ». Ils ne te le diront jamais comme ça, mais je pense que ça en fait une grande partie ».* MK_B identifie la peur comme une conséquence à un événement indésirable : *« il y a une chute ou une méforme et puis du coup la personne ne va plus oser autant se déplacer, autant faire les choses. Souvent le basculement c'est « je ne sors plus » ».*

Pour MK_C, les personnes âgées sont des personnes *« atteintes par beaucoup de deuil : perte des capacités physiques, perte du conjoint, perte de la vie d'avant, perte de ce qu'ils savaient faire ».* Leur vie est derrière eux. MK_A trouve qu'il est difficile *« de leur faire comprendre qu'ils ne sont plus comme avant. ».* Cela nécessite plusieurs séances mais elle n'arrive pas à expliquer comment elle s'y prend : *« Moi, je ne sais pas en fait comment je fais, comment je m'y prends [pour] leur faire prendre conscience d'eux même, qu'il y a certaines choses qu'ils n'arriveront plus à faire. Il y a des gens qui l'acceptent très bien. Donc voilà. Il y a des gens qui acceptent d'avoir un déambulateur parce qu'ils n'arrivent plus à marcher. Il y a d'autres personnes pour qui c'est plus compliqué. Ça met du temps, mais au bout d'un moment ça marche ».*

Pour MK_D, les troubles cognitifs sont davantage présents dans sa patientèle âgée. Ce que relève aussi MK_E : *« Ceux sont des personnes qui, dès fois, sont démentes. Il y a des consignes qui ne vont pas être comprises, qui ne vont pas être productives, qui ne vont pas être respectées et donc qui ne seront pas mesurables ».*

MK_A et MK_B notent que les personnes âgées fragiles sont isolées chez elles et manquent de stimulations. Pour MK_B : *« quand les patients perdent la connexion avec l'extérieur, il y a souvent, une bascule qui s'opère ».* Ces personnes sont *« complètement dans leur bulle ».* Il n'y a pas de motivation dans leur quotidien *« Tu as l'ABRAPA qui apporte les repas, tu as l'infirmière qui vient, tu as peut être la famille qui va venir faire un coucou. Puis eux ils sont dans leur bulle, ils attendent que le temps passe. Pourquoi ils bougeraient ? Il y a le repas qui vient, il y a la famille qui passe faire coucou ou qui ne passe pas. Il n'y a pas de motivation ».*

Pour MK_E, la personne âgée peut « être vite partisane du moindre effort ». En particulier, lorsqu'il lui est demandée de faire des efforts tous les jours. MK_E compare les efforts réalisés par ces personnes à ceux d'un sportif de haut niveau : « Ce sont des efforts que moi, je demande à d'autres échelles, à d'autres niveaux, à des athlètes. Et renouveler des efforts plusieurs fois dans la semaine pour des personnes qui n'ont jamais fait de sport... Là on leur demande 3 fois par semaine de s'arracher et de se donner à fond quand pendant 50 ans ils n'ont jamais rien fait. C'est dur ».

B) Qualité des professionnels lors de la prise en charge

Le principal motif d'intervention concerne le maintien à domicile et la préservation de l'autonomie de la personne âgée. Pour MK_B : « mon rôle est de les accompagner et de faire au maximum le nécessaire pour qu'ils puissent rester chez eux, et le moins en danger possible ». Pour cela, son approche est de « booster le patient, de le ré-autonomiser ». Pour MK_E, l'objectif de la prise en charge est que la personne devienne la moins dépendante possible, la moins fragile possible. MK_C va se donner comme objectif de « défragiliser » la personne : « On va essayer d'augmenter ses capacités à son maximum. On va l'amener au plus haut de ses capacités. On va lui redonner confiance en lui ». Pour elle, « redonner confiance » est un des aspects important de la prise en charge gériatrique. La rééducation est « très polyvalente, très pluridisciplinaire. On touche beaucoup d'aspects ».

MK_A apprend à connaître ses patients au fur et à mesure des séances. Elle peut « sentir » dans quel état est la personne « Quand tu arrives, tu le vois. Je ne sais pas comment le dire. C'est bizarre. Tu vois les gens 2 fois par semaine pendant 6 mois et donc, dès que tu arrives, tu sais, tu vois quand la personne sera fatiguée. Tu sais si aujourd'hui tu arriveras à faire plus d'exercices ».

MK_A s'adapte à l'état du patient : « tu t'adaptes en fonction de l'état cardio-pulmonaire du patient. S'il s'essouffle très vite, si sa fréquence cardiaque flambe dès que tu fais trois pas, tu adapteras tes séances en fonction de ça aussi. ». Ce que relève aussi MK_E : « Il y a des choses que tu ne vas pas pouvoir faire. Tu fais avec. Dès fois tu arrives, la personne est au fauteuil alors que tu aimerais qu'elle soit au lit. Et la manutention est beaucoup trop difficile, donc tu t'adaptes ». Elle va adapter ses passages à l'état et au besoin des patients : « j'avais des patients, notamment un, qui était grabataire. J'avais la clé, zéro famille, complètement isolé. Avec le médecin, j'avais une ordonnance complètement libre "soin normal + kinésithérapie respiratoire si nécessaire du lundi au dimanche jour férié compris". Là, c'était en relation avec le médecin avec qui j'avais un très bon lien de confiance. Je passais quand je le jugeais bon. Des fois, je passais tous les jours, des fois, je passais 2 ou 3 fois par semaine. »

Pour MK_E, il faut savoir faire la part des choses lors de la prise en charge de ces personnes et ne pas s'investir personnellement : « Je ne pourrais pas [prendre en charge] que des personnes âgées, il y a beaucoup de situations délicates et il ne faut pas trop s'investir non plus. Au bout d'un moment, c'est dur. Une personne en fin de vie, ce n'est pas simple à accompagner. »

3.2 Construction de la relation patient-thérapeute

Il ressort 3 items dans la construction de la relation patient-thérapeute : l'importance du relationnel, de l'écoute et savoir s'adapter au rythme de la personne. La stratégie pour construire cette relation va dépendre de chaque thérapeute.

A) Importance du relationnel

Le relationnel ressort chez tous les thérapeutes comme un élément essentiel de la prise en charge.

Pour MK_C et MK_E, la relation avec le patient est « *la base du soin* ». MK_E pense qu' « *il y a beaucoup plus de relationnel que de technicité dans les soins chez une personne fragile* ». Elle cherche à gagner la confiance de la personne : « *Le lien de confiance, c'est vraiment le ciment de la rééducation* » et « *une personne, une fois qu'elle est habituée à un soignant, qu'elle a confiance dans le soignant, elle fera beaucoup plus et elle va se maintenir en forme beaucoup plus facilement même si on ne fait pas des soins très techniques* ».

MK_A considère que la relation est particulièrement importante avec les personnes qui sont isolées : « *la relation, c'est important parce que ce sont des personnes qui ne voient pas beaucoup de monde dans leur journée* ».

Pour MK_B, la relation s'établit au fur et à mesure des séances « *quand on intervient plusieurs fois par semaine, il y a une certaine relation de confiance qui s'instaure* », mais elle reste difficile. Le relationnel représente la moitié du travail. Comme pour MK_A et MK_C, MK_B considère que cela fait partie du métier que d'écouter les « *gens* », d'assurer un soutien moral. Le praticien devient « *un peu leur confident, leur personne de confiance* ». Certaines situations l'amènent à se substituer à la famille, en particulier quand cette dernière est absente. Et inversement, quand la famille est présente, MK_B a tendance à devenir un membre de la famille.

De même pour MK_A, car en raison de son jeune âge, les patients la considèrent comme un de leurs petits-enfants, ce qui lui permet d'établir une relation : « *Il y a un côté petits-enfants. Ils s'inquiètent de savoir si tu vas bien, comment se sont passées les vacances. Ils essaient de savoir des choses, un peu de notre vie et nous on leur demande des choses de la leur. Du coup, c'est un lien que tu tisses avec les gens* » ou « *même si ce ne sont que des patients, ça reste des gens avec qui tu t'attaches. Donc je pense que c'est important dans la prise en charge de jouer davantage sur cet aspect relationnel* ».

MK_A pense que « *c'est important pour eux d'avoir encore des relations avec des personnes* ». Elle constate que la famille est peu présente et consacre du temps à discuter avec ses patients : « *comme leur famille est loin ou qu'elle ne vient pas souvent, et bien en fait on remplace un peu leur famille pour le moment où l'on vient. Les gens qui vous proposent un café ou un thé pour pouvoir discuter, c'est comme s'ils avaient leurs enfants, leurs petits-enfants qui venaient boire un café ou discuter* » Le temps passé avec ces personnes apporte un bienfait psychologique « *Et je pense que ça leur fait du bien psychologiquement. Et quand ils vont bien psychologiquement ça va mieux aussi physiquement.* » « *Et je trouve que pour les personnes âgées, ça se ressent plus.* »

Comme MK_C, MK_E cherche à s'intéresser à eux, à leur vie au fil des séances : « *Je souris, je m'intéresse à la vie de la personne, à sa famille. C'est vrai que je rentre vraiment dans l'intimité de*

la personne. Sur certaines personnes âgées, je pense que je les connais mieux que leurs enfants. ». Son attitude lui permet de développer « un lien de proximité qui fait qu'ils se livrent beaucoup plus facilement ».

Pour MK_E, le fait d'être un professionnel et d'être souvent présent, facilite l'échange et permet à la personne âgée de se confier plus facilement.

B) De l'écoute

Pour tous les kinésithérapeutes, le relationnel nécessite de l'écoute.

Pour construire la relation avec le patient, MK_B écoute et instaure un travail d'équipe. Il commence par se présenter et à discuter : « je pense qu'il faut prendre le temps d'écouter les gens ». Le point le plus important pour établir une relation de confiance est d'être à l'écoute de la personne « les gens, rien que le fait qu'on soit à leur écoute, ça fait déjà beaucoup ». Certains de ses patients ont un besoin de parler et de se confier.

De même, MK_E et MK_A considèrent qu'adapter sa séance à l'état psychologique du patient est essentiel. MK_A : « La séance est censée durer 30 minutes et je fais 20 minutes de relationnel et 10 minutes d'exercices. Parce qu'on sent que la personne a besoin de parler. Il y a un truc qui s'est mal passé dans sa semaine, elle a besoin de le raconter à quelqu'un. Et du coup, c'est ça qui est important. ». Même si elle trouve que cet aspect peut-être usant « J'ai des cas où ce n'est que du relationnel. Les séances sont [souponner]... quand tu sors de la séance de 30 minutes [souponner]... on a un rôle de psy. C'est assez fatigant ».

A travers cette écoute, MK_B cherche à construire un travail d'équipe, c'est-à-dire se mettre au niveau du patient car « le travail en équipe à domicile sur du long terme, je pense qu'il n'y a que ça qui marche ».

MK_D cherche à établir une « bonne entente » avec la personne âgée qu'elle base sur l'écoute, même si la personne se répète : « Dès fois, la personne âgée va me dire 5 fois la même chose pendant la séance. Ce n'est pas grave, on va faire comme si elle me l'avait dit une 1ère fois. Moi, c'est surtout la bonne entente. C'est principalement ça. ».

C) S'adapter au rythme de la personne

MK_B, MK_D et MK_E soulignent l'importance de s'adapter au rythme de la personne âgée.

Pour MK_B, l'intervention à domicile perturbe les personnes âgées « quand on vient à domicile, les gens sont un peu bousculés, on vient, on fait notre machin, et on part. Du coup à part les bousculer on ne fait pas grand chose ». La première séance sert à faire connaissance avec la personne en échangeant : « les patients, c'est important qu'ils voient qu'on s'intéresse à eux ». Après avoir évalué leur capacité, elle va leur expliquer sa manière de travailler et leur progression. A travers ce cheminement, elle cherche à avoir « l'adhésion du patient ».

Pour MK_E, il est important de se caler sur le rythme de la personne : « je me suis rendu compte qu'en respectant le rythme d'une personne il y a plein de choses qui vont mieux. Mais quand on veut essayer de faire vite et de faire plus vite que la personne ça ne marche pas ».

Pour MK_E, « s'adapter au rythme de la personne » est une des difficultés de la prise en charge : *« En libéral des fois on n'a pas trop le choix. On a tellement la tête dans le guidon on ne se rend même pas compte qu'on pousse trop la personne et que ce n'est pas son rythme à elle mais que c'est le notre. »*

D) Stratégie

MK_A utilise la projection que peuvent faire ces personnes pour établir une relation de confiance *« ces personnes ont l'âge de mes grands-parents, alors ils se projettent un peu comme si j'étais leur petite-fille. »*

Pour établir cette relation, MK_E pense qu'elle doit aussi permettre à ses patients de la connaître *« Ce lien là, il n'arrive que quand nous aussi on donne un petit peu. Je ne dis pas tout mais je leur raconte un petit peu de moi. Ils connaissent un petit peu de moi et je connais un peu d'eux. On devient très familier sans pour autant se tutoyer. Ça reste du soin mais par contre il y a un lien qui se crée ».*

MK_C va se positionner *« comme une sorte de béquille sur lequel [la personne] s'appuierait pour faire un petit bout de chemin ».*

MK_D est à l'écoute, elle fait preuve d'empathie et elle s'adapte à la personne en face d'elle.

Pour MK_B, le basculement du patient, dans ce qu'elle nomme le cercle vicieux, est lorsque le patient ne veut plus sortir de chez lui. Elle va donc chercher à faire sortir le patient pour *« rester un peu connecté ».*

Suite à une chute, les conséquences psychologiques sont importantes. Les personnes âgées vivent très mal cette situation. La communication, l'accompagnement et le travail en équipe sont essentiels. MK_B : *« c'est là où, justement, la communication, l'accompagnement, le travail en équipe et des exercices adaptés font que finalement ils peuvent assez rapidement prendre confiance. Après c'est toujours sur le fil. Il faut beaucoup les faire bosser, il faut leur faire faire des choses difficiles, parce que c'est comme ça qu'ils reprennent confiance ».* Définir le bon niveau de difficulté est complexe : *« On est toujours sur le fil entre faire des choses que les patients sont quand même capables de faire, les booster et d'un autre côté, ne pas les bousculer, ne pas les braquer. Ce n'est pas toujours facile. Il n'y a qu'en essayant des exercices à la difficulté progressive que tu réussis à faire ça. On est toujours sur le fil, faut pas non plus les décourager, les bousculer. »*

3.3 Aspect motivationnel

Il ressort 2 items sur l'aspect motivationnel : la construction d'objectifs et assurer un feedback à la personne.

A) Définir des objectifs

MK_E cherche à déterminer ce qui motive la personne *« Ceux sont des objectifs qui sont propres à chacun. Il faut trouver ce pourquoi la personne va être motivée et c'est différent pour chaque personne ».* Au fil des séances, elle cherche à définir des objectifs avec les personnes. Par

exemple « *J'ai un patient, sa femme est décédée, il n'a jamais pu aller sur la tombe de sa femme car le cimetière était trop loin. L'objectif était de marcher pour arriver jusqu'à la tombe de sa femme* » ou « *une personne qui voulait absolument voir sa petite fille lorsqu'elle aurait accouché à l'hôpital. Elle voulait aller voir le bébé. Pour ça il fallait rentrer dans une voiture, il fallait marcher, monter trois ou quatre marches. Donc on s'est entraîné à ça. Le bébé, il devait venir dans 6 mois. Donc on s'est entraîné sur 6 mois à faire ça.* »

Pour MK_E, la formalisation d'un objectif passe par la connaissance de la personne : « *il faut connaître les gens, il faut avoir un lien, il faut apprendre à savoir comment ils fonctionnent. Il faut faire preuve de psychologie et savoir comment la personne va fonctionner. C'est beaucoup de tests en fait* » et « *à force de connaître les gens on trouve, on va vite savoir ce qui les motivent. Ce qui les motivent, c'est ce dont ils vont parler.* »

MK_D demande au patient son objectif. S'il n'est pas réalisable, elle fait en sorte que le patient s'en rende compte par lui-même : « *J'aime mieux que le patient de par lui même se rende compte. Je lui dis que ce sera long et que l'on va faire le maximum* ». Elle intègre le patient dans le projet de rééducation : « *J'explique à la personne que j'ai besoin d'elle, de sa bonne volonté, de ne pas baisser les bras* ».

MK_B ne fixe pas d'objectifs à la première séance pour ne pas donner de faux espoirs. Elle explique la manière dont elle va travailler.

Pour motiver leurs patients, MK_A et MK_B leur proposent de sortir. MK_A a constaté que ces personnes sont souvent seules et ont peur de tomber : « *souvent les gens ne sortent pas parce qu'ils sont tout seuls. Ils n'osent pas sortir, ils ont peur de tomber. Quand il fait beau comme par exemple cette semaine, tu leur dis : « allez prenez votre canne et on sort ». Donc des fois je ne fais que de la marche. Je fais un énorme tour du quartier et je fais marcher les personnes pendant 20 minutes. Ça c'est une sorte de motivation* ». MK_A donne l'exemple d'une patiente qui ne voulait rien faire lors des séances : « *Elle était très dans le négatif à chaque fois. Et je lui ai dit qu'à partir du printemps quand il fait beau on sort. Elle a râlé. Et maintenant elle veut qu'on sorte tout le temps. Elle a changé complètement de mentalité par rapport aux séances de kiné et maintenant elle veut tout le temps sortir.* » De même, pour MK_B le fait de sortir avec le patient permet de les motiver : « *pour le patient, mettre le nez dehors, ça change tout que de rester entre 4 murs, assis sur le canapé ou allongé dans le lit* ». Sortir permet de garder le moral, de « *rester connecté* ».

MK_B utilise le fait de sortir comme levier motivationnel : « *jeter un œil dehors, aller se promener, se déplacer, tout de suite ça donne une motivation supplémentaire* ».

Pour MK_B, les personnes âgées sont la plupart du temps motivées car elles veulent rester chez elles. Elle aborde cet aspect par la communication « *si on discute, si on prend le temps de leur expliquer la plupart du temps elles travaillent bien* ».

B) Du feedback

Lors de la première séance, MK_B cherche à identifier si la personne est motivée pour travailler. Elle explique les progrès qu'elle a constatés tout en faisant attention à ne pas aller trop loin. Un

exemple d'encouragement : « *Voyez, vous y arrivez. Si vous arrivez à faire ça, vous allez réussir à marcher jusqu'aux toilettes.* ».

3.4 Environnement humain

Il ressort 2 aspects de l'environnement humain : la solitude des personnes âgées fragiles dans leur quotidien et à l'inverse l'aide que peut apporter la famille lorsqu'elle est présente et disponible.

MK_A et MK_C pensent que la solitude fragilise les personnes âgées. La famille est peu présente. Le kiné et les infirmières sont les seules personnes qu'elles voient de la journée « *A part les infirmières, s'ils en ont, on est une des seules personnes qu'ils voient de la journée. Leur famille ne vient pas tous les jours.* ». MK_C note, qu'en intervenant plusieurs fois par semaine, elle apporte une présence à ces personnes. MK_E indique apporter du lien social à ces personnes : « *En fait on leur ramène du lien social, on leur ramène une raison de se lever, une raison de continuer à faire ses transferts, à s'entretenir* ».

Par ailleurs, MK_C propose à travers le médecin, un passage en hôpital de jour, pour rompre avec le quotidien : « *C'est parfois plus stimulant d'aller à un atelier équilibre, ça leur apporte plus. De voir autre chose, de sortir de chez eux. De faire la rééducation ailleurs, c'est bien aussi* ».

Lorsque la famille est présente, MK_B identifie de quelle manière elle pourra s'appuyer sur elle. Elle donne l'exemple d'une patiente où « *la famille est impliquée, très impliquée. En plus, elle a beaucoup d'enfants qui sont dans le coin, donc ça c'est super* » ou « *Je vois des familles qui sont admirables sur la PEC. J'ai une famille, il y a 2 sœurs qui s'occupent de leur aîné de 94 ans. Elles font les transferts. Elles l'a prennent en charge à 100%* ».

3.5 Environnement matériel

Des conseils sont donnés pour aménager l'intérieur. Toutes considèrent que c'est leur rôle.

Dans le cas où le patient refuse, MK_A lui explique les conséquences et en particulier le risque de chute. Elle n'arrive pas toujours à mettre en œuvre ses conseils. Elle donne aussi des conseils pour les pièces qu'elle voit « *Alors pour les toilettes pas forcément, sauf si je les vois. Mais les salles de bain, douche, baignoire, oui. Forcément tu vas te laver les mains, donc tu vois les salles de bain. Et souvent les gens qui ont des baignoires je vais conseiller de mettre une planche pour s'asseoir et pas forcément se baigner debout ou assis dans les baignoires. Ceux qui ont des douches et qui n'ont pas de siège, je vais leur dire que ça ne serait pas mal d'installer un siège de douche ou une rampe. Ce genre de petites choses* ».

Il arrive très régulièrement à MK_B de modifier l'aménagement du patient : « *l'environnement du patient, c'est hyper important. L'exemple classique est le tapis chez la personne âgée* ». Elle cherche à adapter le domicile pour faciliter le quotidien des personnes que ce soit au niveau des déplacements ou au niveau des transferts « *j'ai déplacé une table basse qui était en plein passage et qui forçait, justement, la petite mamie à faire des détours pas possible. J'ai poussé la table basse. Elle est toujours devant le canapé, mais il y a un passage tout droit au niveau du canapé qui permet de se lever, d'accéder. C'est une dame qui a des problèmes de tension orthostatique, qui fait des chutes de tension très violentes. Si elle n'a pas accès à une assise très rapidement,*

elle va se retrouver par terre. Donc, évidemment, faut dégager les accès. Donc j'ai parsemé son appartement d'assises facilement accessibles ».

4 Dimension pluridisciplinaire

4.1 Relations avec les intervenants médicaux et paramédicaux

A) Infirmiers et Auxiliaires de vie

Il ressort les points suivants :

- des échanges ponctuels qui dépendent de la relation établie avec les autres intervenants et de la situation du patient,
- la nécessité d'un travail pluridisciplinaire,
- être capable de dépasser sa fonction.

MK_A, MK_B et MK_D disent avoir des échanges ponctuels avec les infirmiers, ce que MK_A regrette : *« je regrette de ne pas pouvoir le faire plus, c'est une petite lacune dans mon travail »*. MK_A échange avec les infirmiers lorsqu'elle les croise et lorsque c'est nécessaire : *« il y a des fois où il n'y a pas besoin d'échanger si tout se passe bien. Ils viennent que pour les médicaments par exemple »*. De même pour MK_B, la quantité des échanges va dépendre de la relation établie avec les autres intervenants : *« Selon les infirmiers, ou même selon les médecins, on va plus ou moins échanger sur les patients »*.

MK_A pense que la relation doit s'établir dans les deux sens et qu'elle a sa responsabilité : *« Il n'y a pas que les infirmiers qui ne donnent pas d'infos, je pourrais aussi faire le pas. »*

Pour MK_E, la réussite dans la prise en charge d'une personne âgée fragile est la pluridisciplinarité, qu'elle définit comme *« toute l'équipe soignante parle de la même voix »*. Ce que partage MK_C qui donne l'exemple d'une collaboration avec une auxiliaire de vie : *« j'ai une fois entamé un travail avec une AVS pour qu'elle fasse moins de ménage et plus autre chose avec la dame. »*. Quant à MK_E, elle adapte ses horaires de passage pour pouvoir rencontrer les différents intervenants. Inversement, la rééducation peut stagner en cas de manque de communication : *« Et si toute l'équipe soignante ne va pas dans ce sens-là et bien ils vont profiter du moindre moment pour lâcher complètement, et la rééducation, au lieu de s'améliorer, va stagner »*. MK_E donne l'exemple d'une patiente à qui elle avait préconisé l'utilisation d'un verticalisateur à la place d'un soulève personne. L'équipe soignante n'était pas d'accord, cela prenait trop de temps.

MK_E parle de « dépasser sa fonction » lors de la prise en charge de ces personnes : *« Il y a plein de choses que l'on fait en plus. Il faut savoir faire du dépassement de fonction. Il faut savoir, le matin quand tu arrives, ouvrir les volets, sinon la personne reste dans le noir toute la journée, et ne pas se dire "ce n'est pas mon boulot, je ne le fais pas". Une personne qui est souillée, accepter de la changer, même si ce n'est pas mon boulot. »*

B) Médecins

Il ressort un ensemble de relations qui va dépendre de chaque kinésithérapeute. Le lieu d'exercice en campagne est indiqué comme favorisant les relations et les échanges.

MK_A appelle les médecins pour connaître les antécédents des patients, en particulier lorsque le patient présente des troubles cognitifs : *« souvent les médecins sont assez vagues dans leur ordonnance. Par exemple ils mettent « rééducation à la marche ». Mais tu ne sais pas ce que le monsieur a eu comme antécédents. Si la personne a, entre guillemets “toute sa tête”, consciente de tout et se rappelle de tout, c'est assez facile d'avoir les informations. Si par contre la personne n'est pas capable de te répondre, il faut quand même que tu ailles chercher les infos parce que tu ne peux pas prendre en charge une personne sans avoir ses antécédents que ce soit au niveau physique, au niveau moteur et aux niveaux cardiaque et pulmonaire ».*

MK_B note que la relation avec le médecin est différente de celle des autres professionnels. Les échanges se font à travers les patients, et quelquefois à travers les carnets de liaison où des indications et des demandes sont laissées. Elle trouve qu'il y a un manque à ce niveau là mais elle partage la responsabilité : *« je ne vais pas leur mettre ça sur le dos parce que, enfin je ne fais pas non plus énormément d'efforts pour les contacter, mais j'essayais un peu plus au début et ce n'était pas facile ».* B profite des renouvellements d'ordonnances pour donner des nouvelles du patient au médecin. Elle considère que lorsqu'elle prend un patient en charge pour une ré-autonomisation, sauf problème médical, le kinésithérapeute est autonome : *« le médecin c'est presque juste un prescripteur pour le renouvellement, et après on gère le truc. S'il demande des nouvelles, on lui en donne. Ou au moment du renouvellement, on va dire que ça se passe comme ça ».*

MK_B pense qu'un médecin n'a pas le temps de prendre régulièrement des nouvelles : *« un médecin je ne sais pas combien de patients il va gérer mais s'il doit commencer à passer une heure toutes les semaines à discuter de chaque patient, il ne va jamais s'en sortir. »*

Dans le cas où MK_B pense qu'un patient aurait besoin d'un autre type de prise en charge, il trouve délicat d'en faire part au médecin *« c'est délicat, parce qu'il faut réussir à proposer ses services sans que le médecin le prenne pour le fait qu'on lui explique son métier. C'est un peu ça, en fait. C'est assez compliqué ».* Même si dans sa pratique, il n'a jamais eu de refus de prescription par un médecin, il fait attention à sa manière de s'exprimer : *« c'est dommage de prendre le risque de passer à côté d'une thérapie juste pour un problème de susceptibilité, donc je prends des pincettes ».*

A l'inverse, lorsque MK_A pense que le patient a besoin d'une prise en charge différente de celle prescrite, soit elle demande au patient d'en parler directement avec le médecin, soit elle appelle le médecin et fait part de son bilan : *« j'ai mon point de vue, mon opinion, ce que je pense qui pourrait être bien. Ce n'est pas moi qui décide, c'est le médecin. Si le médecin pense que ce n'est pas nécessaire, il ne donne pas suite. Après ça ne m'empêchera pas, pendant une séance, de temps en temps, de travailler sur ce point-là si le patient est d'accord. »* Cette approche est confirmée par MK_E, qui adapte son traitement à l'état de son patient, même si l'ordonnance ne correspond pas

à ce qu'elle fait. Elle contacte ensuite le médecin pour échanger et demander de mettre à jour l'ordonnance.

MK_C échange avec les médecins. Elle arrive plus facilement à communiquer et mettre en place des projets lorsqu'ils ont une « *sensibilité gériatrique* ». Il lui arrive d'échanger de vive voix avec les médecins lorsqu'elle passe récupérer des ordonnances aux cabinets. A chaque fois qu'elle a fait des propositions aux médecins traitants, elles ont été suivies. Pour MK_C, la détection de la fragilité passe par la formation des médecins traitants. Elle s'interroge sur leurs connaissances de la kinésithérapie. Il lui arrive de proposer aux médecins d'adresser des patients à l'hôpital de jour pour varier la rééducation.

MK_D contacte les médecins en cas d'urgence : « *Le médecin, on le dérange quand il y a un problème. On ne va pas le déranger à chaque fois* ». Lorsqu'elle échange sur un patient avec le médecin, il lui arrive que le médecin aborde le cas d'un autre patient.

Pour MK_E, la relation avec les médecins est primordiale, en particulier en campagne où ils sont peu nombreux. Le bon relationnel se met en place avec les résultats obtenus : « *le bon relationnel, c'est quand tu travailles bien (rire), c'est les résultats* ».

Lorsque la relation est bonne, MK_E constate une plus grande autonomie et indépendance avec ses patients : « *avec certains médecins, je pouvais appeler "il faut ça" ou "j'ai envie de changer ça", j'avais carte blanche sur le truc et on discutait beaucoup du patient* ».

C) Ergothérapeute

Les kinésithérapeutes n'ont jamais rencontré d'ergothérapeute dans leur patientèle gériatrique. Les patients demandent généralement au kinésithérapeute ou à l'infirmier car ils « *rentrent dans leur quotidien* » (MK_B). Ils pensent que l'intervention d'un ergothérapeute peut-être un plus. Pour MK_A : « *À mon avis je n'ai pas toutes les réponses. Et c'est pour ça que ça pourrait être pas mal qu'il y est justement un ergo qui passe, mais il n'y en a jamais. Moi, en tout cas, je n'ai jamais eu de cas où il y a eu un ergo qui passait. Mais ça pourrait être très bien pour certaines personnes.* »

MK_B a eu l'occasion de travailler avec des ergothérapeutes avec d'autres populations (traumatisme crânien, paralysie). Elle a trouvé que le travail est « *plus simple, mieux fait quand on travaille en liaison avec des ergothérapeutes* ». Par contre dans le domaine de la gériatrie, elle s'est toujours demandée après une hospitalisation « *pourquoi il n'y avait pas 2 ou 3 séances d'ergothérapie prévues, ne serait-ce que pour adapter leur environnement quotidien. Ça serait inclus dans la prévention des chutes, ça serait inclus dans la rééducation. Ça serait un véritable plus et ça ferait pas mal d'économies à la Sécu de payer des ergothérapeutes pour qu'ils adaptent le quotidien des patients.* »

Tous les kinésithérapeutes pensent que l'absence d'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées est un manque. MK_B fait donc de l'ergothérapie dans sa pratique « *je leur fais ouvrir des bouteilles, j'essaye de leur faire faire des choses du quotidien. Moi je ne suis pas ergothérapeute, alors j'essaye. Je fais un peu d'ergothérapie au rabais, c'est ça* ». MK_E note que « *c'est un vrai métier pour lequel, nous kiné, on n'est pas du tout formé* ». Et MK_C pense que la pratique libérale nécessite d'avoir d'autres compétences, en particulier celui d'ergothérapeute : «

je suis obligé par la force des choses de dépasser mon champ de kiné ». Ses expériences et ses contacts l'aident. Elle considère que c'est son rôle de conseiller les personnes et les familles sur les solutions d'aménagement les moins coûteuses.

D) Equipe mobile de gériatrie & hôpital de jour

Les équipes mobiles de gériatrie semblent peu connues. MK_C a déjà demandé à un médecin de faire appel à l'équipe mobile de gériatrie, ce qui a permis de faire connaître cette structure au médecin. MK_A et MK_B n'ont jamais été en contact avec une équipe mobile de gériatrie. Mais MK_B trouve intéressant de pouvoir suggérer au médecin de faire appel à l'équipe mobile de gériatrie, en particulier si celle-ci dispose d'un ergothérapeute.

Certains de ses patients réalisent des bilans en hôpital de jour. MK_A prend connaissance des bilans *« Ce sont des choses que je savais déjà, enfin ce n'est pas des choses nouvelles que j'ai appris dans le bilan qui a été fait. Il y a des choses que tu sais déjà, la différence c'est qu'il y a des paramètres mesurés. »*

A l'inverse, MK_B a difficilement accès aux bilans fait en hôpital de jour *« J'essaye, ce n'est pas toujours facile. Ce n'est pas facile du tout. Là où j'y arrive, c'est quand je peux échanger avec le patient ou la famille. Soit la famille est présente, soit le patient est présent et cognitivement apte »*. Ce que confirme MK_C : *« Lorsque je sais qu'un patient va à l'hôpital de jour, j'essaye de mettre le bilan avec, mais je n'ai jamais eu de retour »*. Elle passe par le patient pour avoir des informations.

E) Différence ville – campagne

Les kinés qui exercent en ville disent avoir plus de difficultés à échanger avec les autres professionnels que ceux qui exercent en campagne.

Par exemple MK_A, qui exerce en ville, échange plus particulièrement avec 2 cabinets d'infirmiers, mais ne peut le généraliser avec tous *« on ne peut pas le faire avec tous les cabinets d'infirmiers en ville. Je pense qu'à la campagne c'est plus facile parce qu'il y en a moins »*.

Ce que confirme MK_E qui exerce en campagne : *« À la campagne c'est beaucoup plus facile d'échanger car il y a deux ou trois médecins. Il y a beaucoup moins de monde, il y a beaucoup moins de cabinets d'infirmiers. On est avec une vingtaine d'intervenants qui sont toujours les mêmes. A l'inauguration d'un cabinet on se retrouve toujours ensemble, on se connaît, c'est beaucoup plus facile. On traite avec des gens physiques. Alors qu'en ville c'est très impersonnel »*.

4.2 Aidants et famille

Il ressort que la famille et les aidants sont impliqués dès que possible dans la rééducation.

La communication se fait soit par téléphone, soit par SMS, soit avec un carnet de liaison s'il existe. Pour MK_E : *« Moi si j'ai besoin de m'entretenir avec eux, j'écris dedans. On se rencontre où on s'appelle selon les disponibilités de chacun et suivant ce qu'il y a à faire »*.

Pour MK_A : *« avec la famille je trouve que c'est important d'échanger avec eux, mais on ne l'a pas toujours. Ça dépend des cas »*.

Pour impliquer la famille, MK_B montre comment stimuler leur parent. Elle cherche à montrer le côté positif et les évolutions « voyez, elle arrive à marcher, elle a un petit peu peur mais si on la rassure, on arrive à se déplacer, on arrive à faire ça ». Elle montre les possibilités du patient et encourage la famille à sortir avec leur parent.

De même, MK_E va adapter sa séance en fonction des personnes présentes : « Je vais varier mes horaires de passage pour essayer en fait de voir les différents intervenants, quitte des fois, à ne pas faire de séance. Juste me poser et discuter avec la famille des objectifs ou de ce qui ne va pas ».

Il arrive à MK_E de parler institutionnalisation avec la famille : « Ce n'est pas notre métier mais finalement ... on est dedans car on les voit tout le temps, on est dans le quotidien de la personne, c'est à nous que l'on va poser ces questions là. ». Pour MK_B, il faut expliquer au patient, mais respecter son choix.

4.3 Participation à des réseaux professionnels

Il ressort que la participation à des réseaux professionnels est partagée.

MK_A ne voit pas l'intérêt d'un réseau de rééducateurs en gériatrie : « au niveau de la prise en charge, il n'y a pas tellement de différences. J'ai des amis qui ne travaillent pas loin, je peux en discuter. On fait la même chose en fait. Donc du coup échanger sur la même chose, ce n'est pas comme en neurologie ou peut-être en rhumatologie où il y a des techniques qui changent et des méthodes. En gériatrie, c'est beaucoup plus classique ».

A l'inverse, MK_B trouve l'idée intéressante, car ce type de réseau permettrait d'échanger, de communiquer et de se former. Elle s'interroge sur le taux de participation à un tel réseau. Pour MK_C, les kinésithérapeutes étant isolés dans leur pratique, la formalisation de réseau entre professionnel peut-être une bonne chose, mais elle s'interroge sur sa mise en œuvre. Par ailleurs, elle pense que si les kinésithérapeutes libéraux ne participent pas aux réseaux déjà en place, c'est qu'ils n'en connaissent pas l'existence.

Pour MK_D, la participation a des réseaux professionnels « c'est la base, l'endroit où on se parle, où on se coordonne. Ça a un volet médico-social qu'on n'a pas en tant que sanitaire. On n'a pas les connaissances pour les aides, c'est ce volet médico-social. Les deux se parlent ». Elle évoque les Equipes de Soins Primaires (ESP) et leur niveau supérieur la Communauté Professionnelle de Territoire en Santé (CPTS) annoncées dans le plan de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » : « ces réseaux de santé là représentent pour nous tous le volet médico-social dont on a besoin pour maintenir la personne âgée en risque de perte d'autonomie à son domicile. Il y a beaucoup de réseaux thématiques, c'est le lien ville-hôpital. Moi j'y crois, c'est dans ma culture. J'aime beaucoup cet esprit pluridisciplinaire. » Pour elle, les réseaux permettent d'échanger avec d'autres professionnels hors kinésithérapie.

4.4 Partage des informations entre professionnels

Différents outils sont utilisés pour communiquer entre professionnels, principalement le téléphone, le patient et le carnet de liaison. Le mail est plus rarement utilisé. Ce partage d'informations

n'intervient que quand il est jugé nécessaire, mais il est dépendant de chaque kinésithérapeute. Le rôle d'alerte du kinésithérapeute par son suivi hebdomadaire du patient est souligné. Et tous souhaitent communiquer plus facilement avec les autres professionnels.

MK_D qui a intégré le dispositif PAERPA fait un bilan mitigé. Son point de vue est décrit à la fin de ce sous-chapitre.

A) Une utilisation variée du téléphone, mail et carnet de liaison

Pour MK_A : « *Le téléphone marche beaucoup mieux et [les médecins] sont beaucoup plus réactifs. Par mail, ils disent « oui je vous le fais » et tu reçois l'ordonnance longtemps après »*

MK_A utilise rarement le carnet de liaison : « *ça va dépendre des patients. S'il y a besoin vraiment de notifier que tel jour il s'est passé telle ou telle chose je le fais. Après pour certaines personnes les séances de kiné ce n'est pas une routine, mais il n'y a pas d'événement particulier »*. Pour MK_D, les carnets de liaison sont présents uniquement chez les patients en HAD.

MK_A ne transmet pas de bilan aux médecins traitants en gériatrie, mais elle s'interroge sur sa pratique : « *Généralement, [le patient] voit le médecin tous les 6 mois ou tous les ans pour un bilan en hôpital de jour... Peut-être que ça pourrait être utile [de transmettre un bilan]. Je ne sais pas. Après le médecin voit si le patient a régressé et comment il évolue. Je ne sais pas si ça serait utile. C'est une bonne question »*.

MK_B utilise aussi les carnets de liaison pour laisser des indications sur son intervention. Pour lui, les carnets de liaison sont essentiellement utilisés par les infirmiers. Il essaie alors de « *laisser les informations importantes minimums pour les infirmiers et pour les auxiliaires de vie qui viennent à domicile. J'essaie de l'utiliser pour les informations importantes. »*

Si cela est nécessaire, elle échange par téléphone aussi bien pour l'aspect technique que pour l'aspect relationnel afin de trouver des moyens de motiver un patient.

A l'inverse, MK_E appelle régulièrement les autres professionnels ou bien elle utilise un carnet de liaison : « *Très souvent c'est des personnes chez qui j'ai les numéros des infirmiers, du médecin, des auxiliaires de vie, de la famille et du coup j'ai toutes les personnes en relation. On communique beaucoup beaucoup beaucoup »*. MK_E réfère régulièrement au médecin. Lorsqu'elle le connaît, elle l'appelle, sinon elle lui transmet son bilan : « *Quand on ne le connaît pas, il faut faire un bilan et le transmettre. On n'est pas à l'abri d'un classement vertical, on ne sait pas trop si c'est lu ou pas lu, mais au moins on l'a fait. »*

B) Un rôle d'alerte des médecins

Il ressort que l'infirmier et le kinésithérapeute rentrent dans le quotidien du patient, tandis que le médecin a une relation différente. MK_A note que « *Le médecin vient, il reste 5 min puis après il s'en va »*. A ce titre, le kinésithérapeute se doit de l'informer lorsqu'il constate un problème. MK_E donne l'exemple d' « *une mamie qui, quand elle savait que le médecin venait, se lavait avec des nouveaux habits tout propres et elle était assise à la table de la salle à manger. Elle l'attendait toute la journée s'il le fallait. Elle ne bougeait pas de la table et quand ils discutaient tout allait bien. Mais moi je savais qu'elle ne savait pas marcher plus de 3 pas sans tomber et qu'elle était*

changée, douchée, lavée pour le médecin. Le médecin me dit que tout va bien et je lui ai conseillé de passer la veille à l'improviste. Il a pu voir la différence. ». Une situation déjà vécue par MK_C : « J'ai eu le cas d'un patient où le médecin n'était jamais monté à l'étage et c'était limite insalubre. J'en ai parlé ».

C) Un besoin de mieux communiquer

Tous pensent que la mise en place d'un réseau entre professionnels à un intérêt pour le patient et il permettrait aux professionnels de santé une meilleure coordination. Pour MK_C, c'est une des clés du succès de la rééducation. MK_E pense qu'un réseau serait un plus pour les personnes « *qui sont complètement isolées ou qui se retrouvent du jour au lendemain dépendantes* ». Pour MK_A, « *ça nous permettrait de nous mettre déjà d'accord. Et au niveau du suivi de soins, ça serait beaucoup plus facile. A chaque fois on est obligé de demander à l'infirmière qu'est-ce qu'elle a fait. Ou l'infirmière demande au patient* » ou encore « *Entre ce que le patient te dit, ce que le médecin dit, l'infirmier et le patient va te dire, c'est toujours un peu différent* ». Pour MK_B et MK_D, cela pourrait prendre l'aspect d'une plateforme, à l'image des outils disponibles dans les EHPAD et SSR, afin d'avoir une meilleure connaissance du contexte. Elles ne comprennent pas pourquoi ce genre d'outil n'existe pas avec l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées.

MK_B décrit ce qu'elle considérerait comme une prise en charge optimale du patient. Il s'agirait de quelqu'un ou un outil qui coordonne les professionnels de santé. La difficulté est d'arriver à se contacter : « *on est toujours à courir à droite à gauche. Pour réussir à se joindre, s'appeler et à ne pas se déranger l'un l'autre, c'est compliqué* ». Ce que confirme MK_C, pour qui la difficulté vient de la distance géographique entre les intervenants et le manque de temps : « *Un médecin n'a pas forcément le temps, un kiné aussi. Ils n'ont pas forcément le temps de passer 3 min voir plus, à avoir la secrétaire, attendre qu'on lui passe le médecin* ».

D) Un point de vue sur le dispositif PAERPA (MK_D)

Le projet PAERPA a été développé dans 9 villes dont Nancy sur la période 2013-2018. Les grandes lignes étaient imposées par l'ARS. Sur le grand Nancy, en complément d'une plateforme d'appui aux médecins, les expérimentations portaient sur l'ergothérapie libérale, un pilulier connecté, une heure d'activité physique avec l'association Ciel Bleu, des nuits en EHPAD pour soulager les aidants. L'expérimentation est prolongée sur l'année 2019, mais les ambitions ont été revues. Il ne reste que les bilans réalisés par les ergothérapeutes.

L'expérimentation PAERPA du Grand Nancy s'appuie sur un réseau de gérontologues déjà existant. Le principe : un médecin appelle une plateforme nommée Coordination Territoriale d'Appui (CTA) pour avoir de l'aide pour une personne qui risque l'hospitalisation, en particulier sur l'aspect médico-social (aides à domicile, allocations, hospitalisation de jour). L'infirmier coordinateur prend en compte la demande du médecin généraliste et il coordonne les différents professionnels de santé qui gravitent autour du patients (infirmier, pharmacien, kinésithérapeute, etc.). S'il n'y en a pas, c'est à lui de les trouver. L'équipe mobile de gériatrie intervient si besoin pour réaliser un bilan et définir un projet. Toutes ces informations sont regroupées dans un Plan Personnalisé de Santé (PPS) dématérialisé accessibles par tous les professionnels de santé.

Après chaque intervention, changement ou problème, les professionnels de santé contactent la CTA qui met à jour le PPS. Seul le médecin peut modifier le PPS. Le PPS est rémunéré.

Dans le dispositif PAERPA sur le Grand Nancy, il n'est pas prévu de financer de réunion physique entre intervenants. Les échanges se font à distance. Pour MK_D, les rencontres physiques ne sont pas nécessaires : *« on court toujours après le temps. Les médecins généralistes aussi. [...] Le médecin ou le kiné prend le téléphone. C'est tout à fait judicieux. C'est beaucoup moins chronophage qu'une réunion physique »*.

MK_D a plus de 50% de personnes âgées dans sa patientèle qui ont plus de 75 ans et donc éligibles au dispositif PERPA. Seulement 5 de ces patients ont bénéficié de ce dispositif. Pour elle, la raison tient au fait que c'est au médecin généraliste de déclencher le dispositif : *« S'il trouve que la personne n'est pas en danger, que sa prise en charge classique comme il le fait 1x/mois est pertinente, que ça passe bien. S'il nous entend dire que Mme Untel a chuté plusieurs fois ou a besoin d'aide, il en prend bonne note. Il n'a pas besoin pour autant d'appeler la CTA. Il sera gérer la situation. Il n'a pas besoin d'une plateforme téléphonique pour mettre tout en place. Par contre, si tout d'un coup, la [santé de la] personne s'aggrave un peu plus, ben là peut-être qu'il fera appel à la plateforme pour mettre en place cette coordination. Ça dépend de ça. Ce n'est pas de la mauvaise volonté. Il n'y a que le médecin généraliste qui peut initier le PPS. »* Pour elle, *« ça n'empêche pas la prise en charge classique quand on se connaît avec le médecin »*.

Pour MK_D, le dispositif n'a pas modifié ses pratiques : *« ça n'a pas changé dans nos pratiques habituelles. C'est à dire que l'on faisait du PAERPA par avant. Bien sûr, de façon informelle, par téléphone, auprès du médecin généraliste lorsque le cas du patient évoluait »*. Si au départ, MK_D a trouvé l'idée intéressante, actuellement elle est déçue : *« Autant au départ, on va travailler tous ensemble, se connaître tous, c'est super. Non, moi à chaque fois, j'ai été frustrée »*. Elle reproche au PPS de ne pouvoir être complété que par le médecin et l'infirmier coordinateur : *« ce qu'on aurait souhaité, ces fameux PPS sur la plateforme, c'est avoir un peu la main, la possibilité d'aller écrire quelque chose et d'écrire notre bilan par exemple »*. L'autre problème, soulevé par MK_D, est la redondance des appels avec le médecin et le CTA. Par exemple : *« On aurait besoin de l'intervention d'une psychologue pour voir s'il y a des troubles cognitifs qui s'installent, s'il y a une certaine anxiété. A chaque fois, il fallait téléphoner à la CTA pour signaler ce problème, et au final, si on demandait le passage d'un psychologue, il fallait qu'on téléphone au médecin généraliste. Donc pour moi, c'était lourd comme système. Ça ne me convenait pas. Je trouvais dommage de devoir prévenir la CTA et rappeler nous-même le médecin. Autant faire comme avant et appeler le médecin. Donc, ça c'est dommage »*.

Pour elle, l'intérêt d'un tel dispositif *« est d'éviter le passage aux urgences »* et d'éviter les (ré)hospitalisations, qui coûtent cher : *« ça c'est difficile humainement parlant. Eviter à la personne âgée de rester des heures aux urgences. C'est avoir un service dédié pour que la personne soit prise un peu plus rapidement. De ne pas être noyé dans les autres urgences »*.

Pour MK_D, la prévention, permettant d'éviter la dépendance, peut être réalisée sans mettre en place le dispositif PERPA. Tout dépend de l'entente entre les professionnels : *« [le médecin] va mettre en place le passage de l'infirmière à domicile, ainsi que le notre. Il va nous entendre et il va*

faire des ordonnances. On fait un mini PAERPA entre nous. Une prise en charge plus poussée sans entrer dans le dispositif. »

5 Rémunération

MK_A passe entre 20 et 25 minutes par personne lors de sa tournée : *« il faut avoir le temps de reprendre ton vélo ou ta voiture et d'aller chez le patient d'après. Et si tu prends vraiment 30 minutes pour chaque patient, tu as une heure de retard sur ton planning donc ce n'est pas possible »*. Ce que confirme MK_E, pour qui la contrainte du temps a des implications sur la prise en charge : *« on n'a pas le temps on a 20 minutes, une demi-heure. Si pendant notre passage la famille n'est pas là pour voir la manutention ce sera pour la prochaine fois. Elle doit être là à l'heure. Sinon la séance n'est pas productive »*.

MK_B pense que la rémunération proposée peut-être un frein à la prise en charge en particulier si le thérapeute a les charges de son cabinet à payer : *« il y a beaucoup de kiné qui ont un cabinet et qui font à côté des domiciles et du coup quand tu as un cabinet à rentabiliser, c'est pas facile. Quand tu es en cabinet, tu dois partir à domicile, tu dois prévoir de fermer ton cabinet 1h avant. Et quand tu reviens, tu ne peux pas enchaîner avec des patients directement. Tu perds beaucoup de temps. C'est très compliqué »*.

MK_A pense que certains médecins n'ont pas connaissance de ce que peut faire un kinésithérapeute : *« du coup ils te mettent une prescription qui n'a presque rien à voir avec ce que tu vas faire. »*. Pour MK_D et MK_E, la prescription « rééducation à la marche » est une incitation de la Sécu auprès des médecins qui ne sont pas formés à prescrire de la kinésithérapie : *« Les médecins en école de médecine n'apprennent pas à prescrire de la kiné et donc ne savent pas que ça impacte sur notre grille de rémunération »* (MK_E)

Lorsque MK_A connaît la pathologie et la personne, elle passe par le patient pour s'assurer de la qualité de la prescription auprès du médecin : *« tu sais que quand le médecin revient le mois d'après, tu vas dire au patient « faites attention, le médecin sur l'ordonnance il faut qu'il écrive ça » »*. Elle donne l'exemple d'un patient atteint de la maladie de Parkinson qui doit s'assurer que le terme « Parkinson » apparaisse sur l'ordonnance.

MK_B a aussi cité cet exemple et appelle alors le médecin pour qu'il modifie l'ordonnance : *« on se retrouve souvent à revenir vers le médecin qui n'est pas toujours au courant de l'intitulé exact qu'il faut faire, qui en plus, l'intitulé, il évolue, il change. Moi je trouve ça, honnêtement, je trouve ça très emmerdant et, de mon point de vue de thérapeute, pas du tout objectif »*.

MK_A pense que la qualité de la prescription nuit à la prise en charge du patient : *« Ce n'est pas parce qu'il y a écrit « rééducation à la marche » sur le papier que tu dois rester 10 minutes et que tu vas te barrer, parce que c'est uniquement en AMK6 et que, financièrement, ça n'en vaut pas la peine. C'est ça qui est dommage. Ça dépend de la conscience de chaque kiné, mais il y a des kinés qui vont le faire - marcher 10 min - ou qui ne vont pas du tout prendre en charge des AMK6. J'ai d'ailleurs des connaissances qui, maintenant, n'acceptent plus les AMK6 si le patient dit que c'est pour de la rééducation à la marche, et c'est dommage. »*. Pour MK_E, la qualité de prescription passe par une bonne communication avec le médecin *« il faut informer les médecins*

et leur expliquer ce que c'est la réalité de notre métier et quand on a un bon relationnel avec le médecin, on n'a pas ces prescriptions là ». C'est le fonctionnement de MK_C. Quand elle constate que l'ordonnance n'est pas en corrélation avec son bilan, elle informe les médecins : « Je leur montre la nomenclature classique en gériatrie. Et je leur démontre que la rémunération n'est pas forcément à la hauteur de ce que l'on peut faire en gériatrie ». Elle demande au médecin d'indiquer « rééducation des 2 membres », car c'est ce qu'elle estime faire : « Je rééduque les MI. Je rééduque autre chose. Ce n'est pas juste marcher et tenir sur un pied. ». MK_D indique qu'il existe une cotation spécifique personne âgée cotée AMK8. La justification se fait à partir du bilan : « Quand c'est une personne qui a chuté et que le médecin dit « je vous envoie le kiné et je vous mets rééducation à la marche », il ne met pas plus de détails, c'est à nous de nous battre. Cette personne, on a fait le TUG, le Tinetti, entre autre, et on bilante. Rien que le TUG c'est un exercice, c'est une séance. Il y a du travail derrière. De là, découle le renforcement des MI, on va travailler l'appui monopodal, bipodal, mettre en situation. Là, il y a une vraie rééducation derrière ». Pour MK_D, « si on ne veut pas que la CPAM nous embête sur la valeur de l'acte, il faut avoir un bilan bien construit ».

MK_B comprend l'utilité de la cotation AMK6, à partir du moment où elle est justifiée, c'est-à-dire en prévention chez une personne âgée sans trouble cognitif, sans déficit musculaire et non polyopathologique. Dans l'EHPAD où elle intervient, 20% des personnes âgées répondent à ces critères.

MK_E qualifie de « vol » la cotation AMK6 et MK_A d'aberration qui pénalise la prise en charge des personnes âgées : « pour moi c'est une aberration, parce que l'on brade les personnes âgées. Les personnes âgées c'est des gens qui ont un besoin, encore plus, je pense, que les personnes normales, jeunes. Et en fait on leur met des séances à 12 €. Donc les kinés n'ont pas envie de le faire, où beaucoup moins envie de le faire et ... c'est dommage parce qu'elles ont besoin de séances. Ça leur fait du bien, psychologiquement et physiquement. C'est dommage parce que c'est des gens qui n'ont pas forcément besoin que de « rééducation à la marche » et tu ne fais pas que de la rééducation à la marche quand tu y vas. Donc moi, j'essaie, le plus que possible, en discutant avec le médecin, ou en disant au patient : "la prochaine fois ça serait bien que le médecin il rajoute "et des membres inférieurs et/ou de l'équilibre" que juste de la rééducation à la marche ». MK_E confirme que c'est le rôle de la famille de se promener avec la personne et que la cotation ne correspond aux soins réalisés. A l'inverse, MK_D comprend l'utilisation de l'AMK6 : « une personne qui a des troubles de la locomotion à qui on n'arrive pas à faire faire des exercices et à qui on donne simplement le bras et on la fait marcher, là pour moi c'est du 6. »

Pour MK_E, la rémunération, qui est appliquée, « ne reflète pas la réalité de ce que c'est une personne âgée à domicile. Souvent on ne donne pas les moyens à ces personnes là ». Elle constate que « soigner un sportif qui a mal dans la cuisse au bout du 10ème km quand il fait un trail, et ben la séance on va l'avoir avec un dépassement. On va lui faire ses séances et pleins d'exercices. Là je vais gagner ma vie, mais concrètement, lui en a beaucoup moins besoin que ma petite mamie. ». Et de conclure, « ce n'est pas rentable de travailler avec des personnes âgées » à domicile, car « Il faut être plus humain et savoir dépasser sa fonction. Et ça, ça ne va pas dans le prix. ».

6 Formation en gériatrie

MK_A, MK_B et MK_E n'ont pas suivi de formation en gériatrie. MK_A ne sait pas s'il en existe, MK_B s'est renseigné sur l'existence d'une formation sur Dijon et MK_E a réalisé plusieurs stages lors de sa formation initiale dans ce domaine.

MK_B a suivi une formation de gestion des urgences à domicile.

MK_A pense que la formation initiale suffit en ce qui concerne l'aspect technique. L'aspect relationnel s'apprend sur le terrain.

MK_C n'a pas été formée en gériatrie lors de sa formation initiale. Elle s'est formée au contact d'autres professionnels : *« j'ai beaucoup appris en travaillant auprès des gériatres, des ergothérapeutes. Plus tard des psychomotriciens. Je suis passée dans tous les services hospitaliers. Ça aussi ça m'a apporté. »*

MK_D a fait une formation complémentaire en gériatrie sur les bilans, la prévention des chutes, les AVC et la maladie de Parkinson. Les formations lui ont permis d'être plus précise dans son BDK, d'avoir de nouvelles idées dans sa prise en charge.

Pour MK_E, la prise en charge gériatrique fait appel à l'ensemble des connaissances du kinésithérapeute : *« il y a plein de choses qui ne sont pas spécifiques à la gériatrie que tu réutilises en gériatrie en les adaptant, mais tout est transposable. »*

IV Discussion

1 Connaissances

1.1 Syndrome de fragilité

Les résultats sont synthétisés dans le Tableau 4. Il reprend les 5 critères de Fried et al. (8), complétés par les éléments apportés lors des interviews. Aucun des kinésithérapeutes interrogés n'a cité spontanément le nom de Fried pour donner une définition de la fragilité. Le tableau a donc été complété de manière subjective par l'auteur de ce mémoire d'après les propos rapportés.

Tableau 4 - Syndrome de fragilité d'après les interviews

Critères	MK_A	MK_B	MK_C	MK_D	MK_E
Perte de poids involontaire	-	-	Perte de poids non expliqué	Perte d'appétit	-
Sensation de fatigue	Personne fatigable	-	Fatigabilité	-	-
Faiblesse musculaire	-	Personne faible	Perte de force musculaire	Manque de force	-
Ralentissement de la marche	-	-	Marche lente et moins sure	-	-
Baisse de l'activité physique	-	-	-	-	-
Critères issus des interviews	Age (+ 80 ans), solitude, mobilité diminuée, atteinte de la sphère cardio-pulmonaire	Solitude, polypathologie, mobilité diminuée, événement originel, facteurs psychologiques ou financiers, tutelle. Identifiable par des tests	Composante psychologique, sociale et physique, Fragilité non objectivable sauf pour les aspects moteurs.	Troubles cognitifs, manque de vigilance Repérage via grille SEGA	Démence, Aide nécessaire sinon hospitalisation, Identifiable par des tests

Il apparaît que les kinésithérapeutes libéraux interrogés repèrent la fragilité chez la personne âgée à domicile sur la base de critères qui leur sont propres. La définition de la fragilité est « *très vaste* » (MK_B). Il peut s'agir d'une perte de fonction : « *Elle n'arrive plus à marcher, elle n'arrive plus à sortir de son lit par exemple* » (MK_A). Ceux sont des personnes qui peuvent présenter une faiblesse musculaire, ainsi que des troubles cognitifs. Il peut être retrouvé des composantes psychologiques et une situation sociale dégradée, où l'isolement et la solitude peuvent prédominer.

Il apparaît que le syndrome de fragilité, tel que défini sur la base des critères de Fried, n'est pas connu par les kinésithérapeutes interviewés. Plus précisément, aucun des kinésithérapeutes n'a

cité l'ensemble des 5 critères cliniques proposés par Fried. MK_C en a cité 4, mais elle n'a pas connaissance d'un score qui permet d'objectiver la fragilité. A l'inverse, MK_E n'en a cité aucun, car pour elle, une personne fragile est une personne qui, sans aide, requiert une hospitalisation. Cette définition peut être corrélée au fait qu'elle prend en charge des patients en HAD.

Fried et al. ont décrit le phénotype « fragile » de la personne âgée en 2001 (8). La SFGG a adopté une définition en 2011 (5). La HAS a diffusé les modalités de repérage en 2013 (9). Ces dernières ont été diffusées dans un journal de kinésithérapie par l'intermédiaire de la revue Kinésithérapie la Revue, qui a publié un article en 2014 intitulé « Repérer les personnes âgées fragiles » sur la base de ces recommandations (27). **La définition de ce syndrome est récente.**

Parmi les 5 critères cliniques, *la force musculaire* et *la vitesse de marche* sont des éléments objectivables quantitativement ou qualitativement par les kinésithérapeutes dans leur pratique clinique. Ces informations sont disponibles à travers différents tests décrits par la HAS dans ses recommandations de 2005 à destination des kinésithérapeutes (4,21). Nous pouvons citer le *Timed Up and Go (TUG)*, *la vitesse de marche sur 10 m* et le *assis-debout 30 secondes* ou son équivalent, le *5 passages assis – debout – assis* (28). Il est à noter que la mesure de la vitesse de marche, que ce soit sur 10 m lancé ou sur 4 m lancé, n'est pas évidente au domicile de la personne âgée. Elle nécessite un espace suffisant et un décamètre. Lorsque ces 2 critères ne sont pas cités par les kinésithérapeutes interrogés, il en ressort la diminution des capacités locomotrices comme élément de la fragilité. Par exemple : « *un périmètre de marche tellement réduit que [la personne] ne peut plus sortir de chez elle* » (MK_A).

Le critère de *perte de poids involontaire* est moins connu. Il est cité par 2 kinésithérapeutes. Son évaluation semble moins évidente et plus difficilement objectivable par les kinésithérapeutes qui ne disposent pas forcément d'un outil de mesure, comme une balance, en particulier lors d'une prise en charge à domicile. Dans la partie *Argumentaire* des recommandations de 2005, la HAS (4) propose d'évaluer la fragilité nutritionnelle à partir du questionnaire *Mini Nutrition Assessment*. Il est à noter que cette information n'est pas reprise dans la partie *Recommandations* qui se veut être une synthèse de ce guide de recommandations de pratiques cliniques.

Les 2 derniers critères, qui sont *la fatigue subjective (sensation de fatigue)* et *le faible niveau d'activité physique (baisse de l'activité physique)* n'apparaissent pas dans le guide des recommandations de la HAS de 2005 à l'intention des kinésithérapeutes. La *sensation de fatigue* est citée 2 fois, dans le sens d'un constat de la part des kinésithérapeutes. Pour évaluer ce critère, Fried et al. utilisent 2 items de l'échelle de dépression CES-D. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré. Les 2 questions posées sont les suivantes :

- « *J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort* »
- « *J'ai manqué d'entrain* ».

Si la réponse à l'une des 2 questions est « assez souvent » ou « fréquemment », le critère est considéré comme positif (7). Le critère de *faible niveau d'activité physique* nécessite plus de temps pour être objectivé. Fried et al. utilisent le questionnaire *Minnesota Leisure Time Activities* qui permet de quantifier la dépense énergétique. La fréquence et la durée sont répertoriées pour 9 domaines d'activité, qui vont de la marche à la pêche en passant par la danse et pelleter la neige.

Il est obtenu un niveau d'activité physique, mesuré en kilocalories par semaine. Au dessous d'un certain seuil, la personne est considérée comme fragile pour ce critère. Il apparaît donc que l'évaluation de ce critère est difficile dans la pratique quotidienne du kinésithérapeute.

Il est intéressant de noter que MK_D ne cite que 2 critères parmi les 5, alors qu'elle a été sensibilisée au repérage de la personne âgée fragile dans le cadre du dispositif PAERPA. L'usage de la Grille SEGA-A, qu'elle indique utiliser, pourrait l'expliquer. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 de l'introduction, cette grille se compose de 13 items basés sur les déterminants de la fragilité (11). Les critères cliniques de Fried n'apparaissent pas spécifiquement. Avec l'utilisation de cette grille, la personne est repérée comme « personne fragile ». Toutefois le risque de faux positif existe. Un bilan gériatrique est donc réalisé. C'est à l'issue de ces examens que la personne pourra être identifiée comme étant « fragile » au titre des critères cliniques proposés par Fried.

Etant donné le temps nécessaire pour poser ce diagnostic de fragilité, nous pouvons nous poser la question de l'importance de connaître les critères cliniques de Fried et de savoir les repérer dans la pratique quotidienne du kinésithérapeute. MK_E apporte une réponse, car la grille SEGA-A lui a permis d'approfondir son repérage : « *Elle permet de porter un autre regard sur la personne pour nous sensibiliser sur des problèmes d'alimentation, [des troubles] cognitifs, de moral. En dehors du schéma moteur qu'on avait l'habitude de travailler* ». Jordan Cohen le confirme dans le livre *Rééducation en gériatrie* coécrit avec France Mourey (29). Dans le chapitre 5, il aborde la définition de la fragilité et il indique comment l'évaluer à partir des critères cliniques proposés par Fried. Il conclue son chapitre en traitant des conséquences de la fragilité et des implications pour le kinésithérapeute. Pour lui, « *le sujet âgé fragile est le patient « âgé » le plus fréquemment rencontré en libéral* ». A ce titre, les kinésithérapeutes ont un rôle à jouer important car en repérant la fragilité, ils identifient un risque élevé, mais réversible, d'entrer dans la dépendance. Ils pourraient alors replacer la personne âgée fragile « *dans une trajectoire de vieillissement réussi* ». Lors du congrès Fragilité, qui s'est tenu le 4 et 5 avril 2019 à Paris, Bruno Vellas a souligné l'importance du repérage de la fragilité sur la base des critères de Fried, en raison de la réversibilité de cet état (30). Il indique que la stratégie de prise en charge gériatrique doit avoir 2 objectifs. Le premier concerne les personnes entre 45 et 75 ans qui sont dans les premiers stades du vieillissement. Il s'agit alors, pour ces personnes, d'être capable de maintenir leurs réserves pour atteindre le niveau le plus haut lors du vieillissement plus avancé. Le deuxième concerne le suivi après 75 ans et le repérage le plus tôt possible de la fragilité afin d'intervenir le plus rapidement possible.

Une autre raison qui pourrait expliquer la méconnaissance du syndrome de fragilité serait la confusion avec la perte d'autonomie et la dépendance. En effet, dans ses recommandations de 2005, époque où la définition de la fragilité n'avait pas été actée par la HAS, cette dernière indique que : « *le terme de fragilité, bien qu'encore sujet à controverse, est actuellement très largement utilisé en gériatrie, associé à la terminologie de perte d'autonomie* ». Elle définit la notion d'autonomie comme étant le libre arbitre du patient. Pour Magnier, il s'agit de la capacité à se gouverner soi-même (31). Quant à la notion de dépendance, elle correspond « *aux capacités fonctionnelles dans les actes de la vie courante* ». Il existe plusieurs échelles pour évaluer la dépendance d'une personne. La plus connue est la grille Autonomie Gérontologie – Groupe Iso-

Ressource (AGGIR) qui est utilisée pour l'attribution de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA). Il existe aussi les échelles Activity Daily Living (ADL) et instrumental Activity Daily Living (i-ADL) qui évaluent les capacités de la personne âgée à réaliser des actes de la vie courante, comme faire sa toilette, s'habiller, faire les courses, préparer les repas.

Il est donc possible qu'une personne âgée soit à la fois autonome (elle a la capacité de se gouverner elle-même) et dépendante (elle a besoin d'autrui pour s'habiller ou pour faire les courses). Il faut donc comprendre que l'autonomie apparaît « *comme un juste équilibre entre l'incapacité fonctionnelle et les ressources matérielles et sociales disponibles* » (4). La perte d'autonomie est la conséquence d'une rupture de l'équilibre entre ces 2 points. Il s'agit d'un état transitoire.

Les kinésithérapeutes interrogés ont fait ressortir les notions de mobilité réduite – « *la personne ne peut plus sortir de chez elle* » (MK_A) – de solitude, de souffrances psychologiques ou sociales, ainsi que la présence de troubles cognitifs – « *Elle sera susceptible de se mettre en danger* » (MK_E). Il semblerait que ces notions correspondent aux définitions de la perte d'autonomie et de la dépendance.

La notion de fragilité, tel que nous l'avons défini au chapitre I2 de l'introduction, est un état stable qui se situe avant la dépendance. Au dessus, il y a le groupe des robustes. La personne âgée robuste et autonome, qui a une complication aiguë, peut temporairement être dépendante, mais elle a suffisamment de réserve physiologique pour redevenir robuste. A l'inverse, une personne âgée fragile et autonome, qui a une complication aiguë, a un plus grand risque de devenir dépendante et de le rester. Ses réserves physiologiques ne sont pas assez importantes (3,6,7).

Par ailleurs, il est à noter que les 3 dernières lettres de l'acronyme PAERPA signifie « Risque de Perte d'Autonomie » et qu'il s'agit de repérer la fragilité chez la personne âgée (11). Le « risque de perte d'autonomie » apparaît comme un synonyme de la « fragilité ».

Une autre raison possible de cette confusion entre « fragilité » et « perte d'autonomie » est le choix du sujet de notre étude qui porte sur les personnes âgées à domicile. En effet, les personnes âgées qui sont suivies à domicile sont potentiellement plus dépendantes que celles qui ont la capacité de se déplacer chez le kinésithérapeute.

1.2 Conséquences de la fragilité

La chute est indiquée par l'ensemble des kinésithérapeutes interrogés comme étant une conséquence de la fragilité. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations de la HAS de 2005 « *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée* » (21). Elles indiquent que ce risque doit être systématiquement pensé par les kinésithérapeutes lors de la prise en charge de la personne âgée. De nombreux auteurs s'intéressent à cette problématique qui est toujours d'actualité. Par exemple, dans son édition de mars 2019, la revue Kinésithérapie La Revue consacre un dossier sur les « *Nécessités de l'âge en institution* » avec un article sur l'évaluation du risque de chute (32).

Comme nous l'avons indiqué au chapitre I3.3, les conséquences des chutes sont aussi bien physiques que psychologiques, ce qui a été souligné lors des interviews : « *Même si les gens n'ont*

pas de conséquences physiques graves, de fracture, il y a quand même du coup un aspect psychologique » (MK_B). Le rapport de l'INSERM de 2014, intitulé « *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées* » (33), souligne le manque de confiance que peut engendrer la chute chez la personne âgée. Il peut en résulter un manque d'activité physique et de motivation chez la personne, ce qui augmente ou aggrave sa dépendance. Le kinésithérapeute a un rôle à jouer comme cela a été indiqué dans les interviews : « *si le kiné ne vient pas deux fois par semaine, voir trois fois par semaine et bien la personne ne fera pas grand-chose, voir rien. Et après c'est un cercle vicieux. Moins elle le fait, moins elle aura l'envie de le faire et du coup elle va se laisser aller* » (MK_A). Sur son blog en date du 1^{er} avril 2019, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes souligne le risque d'installation d'un cercle vicieux de la sédentarisation après une chute. Le kinésithérapeute a un rôle à jouer dans la prévention, ainsi que dans la rééducation et dans la prévention des récurrences (34).

Nous pouvons noter que « la dépendance », comme conséquence de la fragilité, n'est pas ressortie des entretiens. Comme évoqué précédemment, il est possible qu'il y ait une confusion entre les notions de « dépendance » et de « fragilité ». Dans ce cas là, la chute apparaît comme la principale crainte du kinésithérapeute pour les personnes âgées fragiles dépendantes.

2 Dimension relationnelle

2.1 Contexte de la prise en charge

Il ressort des interviews que les personnes âgées fragiles présentent les spécificités suivantes : la peur, du deuil, des troubles cognitifs, la solitude, le manque de stimulation au quotidien, la sédentarité.

La notion de peur est associée à celle de perte de confiance : « *c'est la peur qui les freine, qui leur fait dire : non tout seul je ne peux pas le faire* » (MK_A). Un événement est généralement à l'origine de cette perte de confiance comme le souligne MK_B : « *il y a une chute ou une méforme et puis du coup la personne ne va plus oser autant se déplacer, autant faire les choses* ». Sur le blog Physio4Frail qu'il co-anime, Alexandre Kubicki rappelle que la peur de tomber est fréquemment retrouvée chez les personnes âgées fragiles (35). Sa prévalence varie entre 29 % et 85 % selon les études chez les personnes de + de 60 ans indépendantes et qui vivent à domicile. Les causes de cette peur sont multiples, et elles viennent limiter les performances dans les activités quotidiennes (36). La peur de tomber va être responsable d'une inhibition motrice qui peut conduire à une perte des automatismes moteurs. Elle est aussi responsable d'une restriction sociale de la personne âgée (35), ce qui est illustrée par les propos de MK_A et MK_B qui parlent d'isolement et de solitude.

MK_C souligne les nombreuses pertes pour caractériser le contexte de prise en charge des personnes âgées : « *perte des capacités physiques, perte du conjoint, perte de la vie d'avant, perte de ce qu'ils savaient faire* ». Ceci est en corrélation avec les propos de France Mourey, qui évoque les multiples deuils qui accompagnent l'avancée en âge (36). Pour elle, il y a une « *prise de conscience des modifications corporelles et fonctionnelles affectant la relation à l'environnement et blessant profondément l'image narcissique* ». Navarro Ocampo et al. ont étudié l'impact

psychologique de la chute chez 3 personnes âgées qui résident en EHPAD (37). Ils concluent que la chute vient bousculer la manière de vivre et d'être de la personne âgée. Il note que la chute vient confronter la personne âgée à une réalité qui s'impose à elle et qui vient remettre en question l'illusion de pouvoir continuer à réaliser les choses « comme avant ».

Le manque de stimulations au quotidien, que nous pouvons lier à la sédentarité, ressort dans les spécificités de la personne âgée fragile. Cette absence de motivation est illustrée par les propos de MK_B : « *Tu as l'ABRAPA qui apporte les repas, tu as l'infirmière qui vient, tu as peut être la famille qui va venir faire un coucou. Puis eux, ils sont dans leur bulle, ils attendent que le temps passe. Pourquoi ils bougeraient ? Il y a le repas qui vient, il y a la famille qui passe faire coucou ou qui ne passe pas. Il n'y a pas de motivation* ». Dans leur article intitulé « *la démotivation du sujet âgé* », Hazif-Thomas et al. expliquent que la démotivation est au centre de la problématique gériatrique (38). La motivation a lieu toute la vie. Elle contribue à l'image que la personne a d'elle-même, bâtie sur ses désirs et ses aspirations. Pour eux, la démotivation « *ruine l'investissement du projet de soin, confinant la personne dans une soumission à toujours plus de dépendance et de désavantages* ». Elle traduirait une angoisse d'abandon de la part de la personne âgée. L'élan motivationnel de cette dernière est confronté d'un côté à une autonomie qui diminue et de l'autre à une dépendance qui n'est pas acceptée. La démotivation est à différencier d'un trouble de l'humeur et elle constitue une porte d'entrée vers la dépendance.

Lorsque MK_E indique que la personne âgée peut « *être vite partisane du moindre effort* », nous pouvons faire le rapprochement avec la démotivation. En effet, le sens du mouvement est au centre des liens qui unissent motivation et rééducation. Tout le long de la vie, le mouvement est porteur de sens et il s'inscrit dans des actions finalisées. Il est en revanche difficile à la personne âgée de conserver le désir d'agir quand le mouvement demandé peut apparaître relié à aucune finalité, comme c'est parfois le cas en rééducation (36).

La comparaison de MK_E entre une personne âgée fragile et un sportif de haut niveau en terme d'effort semble intéressante. Lara Allet, dans l'éditorial du numéro de février 2018 de Kinésithérapie La Revue, met en avant l'apport des kinésithérapeutes du sport dans le cadre d'une rééducation générale, compte tenu de leurs connaissances dans le domaine de la physiologie musculaire et de l'effort (39). Cela permettrait d'adapter la bonne dose d'effort pour que le patient en tire un bénéfice optimal. L'étude contrôlée randomisée, réalisée par Lenze et al. auprès de 26 patients âgés de + 60 ans hospitalisés, va dans ce sens (40). Il semblerait que la mise en place d'un programme de rééducation à haute intensité avec une plus grande implication du patient donne de meilleurs résultats fonctionnels pour les personnes âgées qu'une rééducation classique.

L'anxiété est évoquée par France Mourey comme fréquemment présente chez les personnes âgées (36), et elle n'a pas été explicitement indiquée lors des entretiens. Celle-ci aurait « *des répercussions directes sur le mouvement en amenant une inhibition et une tendance à l'hypertonie* ». Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle est contenue dans la notion de « peur », citée précédemment.

Différents termes sont utilisés pour définir l'approche du kinésithérapeute auprès des personnes âgées fragiles, par exemple « *rebooster le patient, [...] le ré-autonomiser* » (MK_B) ou «

défragiliser » (MK_C). Ce dernier terme peut être mis en parallèle avec la notion d'antifragilité développée par le statisticien et philosophe des sciences du hasard Nassim Nicholas Taleb dans son essai « Antifragile, les bienfaits du désordre » (41). L'antifragilité serait cette faculté à non seulement tirer profit du chaos mais à en avoir besoin pour devenir meilleur. Appliquée au milieu de la santé, il s'agirait de la capacité du corps, d'une personne, à devenir plus fort lorsqu'il est soumis à un stress et à l'effort. Le rôle du kinésithérapeute ne serait-il pas de contribuer à ce qu'une personne fragile sorte de la fragilité et évite de rechuter en devenant antifragile ?

2.2 Construction de la relation patient-thérapeute

Les 3 thèmes suivants ont été identifiés dans la construction de la relation patient-thérapeute : l'importance du relationnel, de l'écoute et l'adaptation au rythme de la personne.

Le relationnel ressort chez tous les thérapeutes comme un élément essentiel de la prise en charge. Il est indiqué comme étant la « *base du soin* » (MK_C et MK_E). Marie Marchand, psychologue en maison de retraite, s'est interrogée sur la perception du vieillissement par les personnes âgées (42). Sur la relation aux autres, elle indique que le soutien social est très important pour maintenir du bien-être et la qualité de vie de la personne âgée. Ce soutien social favorisera un sentiment de sécurité et il permettra de diminuer les effets du stress, les situations dépressogènes, tout en renforçant l'estime de soi. Elle précise encore que : « *les personnes âgées expriment un fort besoin de parler et de se confier. Une seule présence, une écoute et un réconfort renforcent le sentiment d'avoir de l'importance, d'être considéré par une personne* ».

Elle a recueilli plusieurs témoignages dont celui de Madame B qui évoque de manière ambivalente sa solitude : « *Je suis seule, c'est dur. Mais j'aime bien aussi être seule, j'ai pris l'habitude d'être seule, et, quand vient du monde, ça me contrarie... Quand on est avec des gens, on ne peut pas tout faire. Alors que, quand j'ai envie de pleurer, je pleure, je ris. Je n'embête personne, vous comprenez ? Et puis, je suis tellement seule que ça ne me fait plus grand-chose, si, des fois, mais bon. Des fois, j'ai peur. C'est une autre affaire d'être seule, et puis j'ai l'habitude... Mais c'est vrai que j'aime bien quand même, quand je vous vois, au moins je peux raconter tout ça à quelqu'un, parce que sinon, j'ai personne à qui le dire...* ». Ce témoignage est à mettre en parallèle avec le besoin de savoir s'adapter au rythme du patient. Les propos de MK_B illustrent bien ce constat « *quand on vient à domicile, les gens sont un peu bousculés, on vient, on fait notre machin, et on part. Du coup à part les bousculer on ne fait pas grand chose* ». Il apparaît donc nécessaire de prendre le temps lors des premières séances de faire connaissance avec la personne. Ce que rapporte MK_E : « *je me suis rendu compte qu'en respectant le rythme d'une personne il y a plein de choses qui vont mieux. Mais quand on veut essayer de faire vite et de faire plus vite que la personne ça ne marche pas* ». Ce que confirme Eva-Johanna Nitschelm, psychomotricienne, qui écrit, dans un article intitulé « Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance » que « *prendre le temps de rencontrer la personne, c'est déjà être dans le soin* » (43). Elle souligne le fait qu'il est dans l'intérêt du thérapeute d'observer, de comprendre et, si nécessaire, d'adopter la façon d'être du patient pour qu'il puisse le tolérer et le comprendre. Ainsi le patient sera dans la capacité de s'identifier au soignant et un lien de confiance se créera. Pour elle, le moment de la

rencontre avec le patient est essentiel, car il a « *un impact dans la relation soignant-soigné et sur la continuité des soins prodigués* ».

Il est intéressant de noter que, si, ce besoin de s'adapter au rythme du patient et de prendre le temps de rencontrer la personne âgée sont bien identifiés, cela représente aussi une des difficultés de prise en charge comme cela est rapporté : « *En libéral des fois on n'a pas trop le choix. On a tellement la tête dans le guidon on ne se rend même pas compte qu'on pousse trop la personne et que ce n'est pas son rythme à elle mais que c'est le notre.* » (MK_E).

2.3 Aspect motivationnel

Nous pouvons noter que l'aspect motivationnel passe par la définition d'objectif avec la personne âgée. Ceci nécessite de bien connaître la personne et d'avoir pris le temps de la rencontrer. Cet objectif peut alors être SMART (44), c'est à dire Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporellement défini, comme le témoigne MK_E : « *une personne qui voulait absolument voir sa petite fille lorsqu'elle aurait accouché à l'hôpital. Elle voulait aller voir le bébé. Pour ça il fallait rentrer dans une voiture, il fallait marcher, monter trois ou quatre marches. Donc on s'est entraîné à ça. Le bébé, il devait venir dans 6 mois. Donc on s'est entraîné sur 6 mois à faire ça.* ». Lors des premières séances, nous constatons que les objectifs de bouger, de sortir de chez soi sont utilisés comme levier motivationnel : « *jetez un œil dehors, allez se promener, se déplacer, tout de suite ça donne une motivation supplémentaire* » (MK_B). Dans un article intitulé « *La rééducation de la personne âgée : objectifs, techniques et prescription. Qu'entend-t-on par maintien de l'autonomie ?* », Carmen Berasategui, kinésithérapeute libérale, souligne que pour favoriser l'autonomie de la personne âgée, il est nécessaire de s'intéresser à ce qui la motive (45). C'est à dire, que le thérapeute doit s'intéresser à l'ensemble des forces internes et externes qui génèrent un déclenchement, une intensité, une direction et une persistance du comportement. Ceci fait référence aux besoins nécessaires à l'existence, décrit en 1943 par le psychologue A. Maslow. Sa

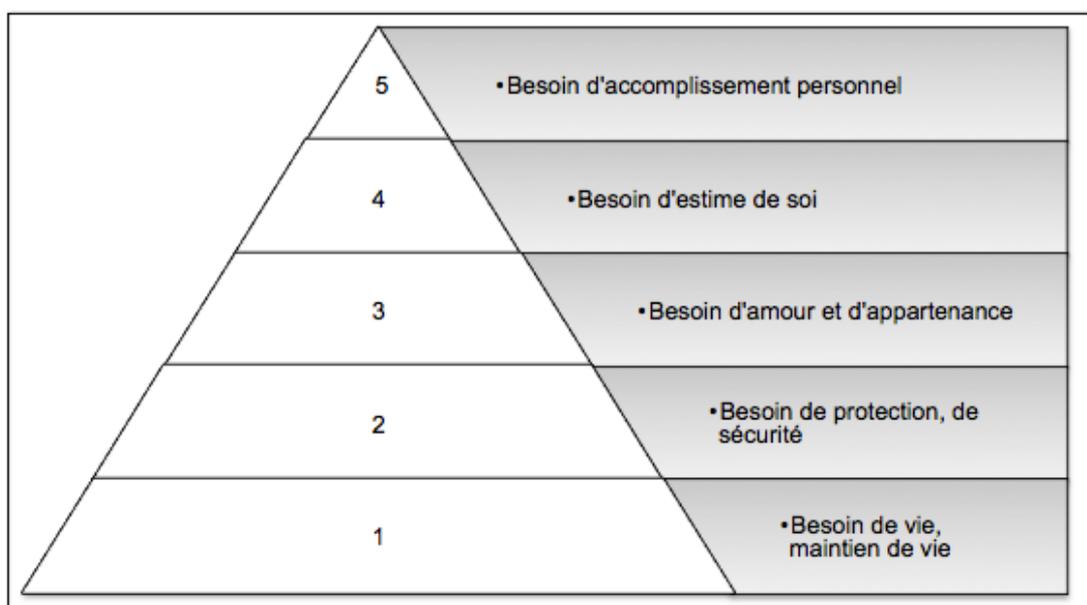


Figure 3 - Pyramide des besoins d'après A. Maslow

théorie de la motivation est représentée par une pyramide des besoins (Figure 3). Elle distingue 5 niveaux de besoins qui vont des besoins de bases aux besoins les plus élevés, sachant qu'une personne ne peut avoir de besoins supérieurs que si ses besoins fondamentaux sont satisfaits.

Nous notons que la personne âgée est intégrée dans son projet de rééducation : « *si on discute, si on prend le temps de leur expliquer la plupart du temps elles travaillent bien* » (MK_B). Ce qui, pour Marie Marchand, est important car « *le fait de redonner un espace de décision et de contrôle à la personne âgée demeure primordial quant à l'affirmation de son bien-être* » (42).

Dans son livre « *Ecouter, parler : Soigner* », Philippe Aim, psychiatre, propose de définir la manière dont le patient entre en relation avec le thérapeute (46). Le concept a été développé par Steve de Shazer, inventeur de la *thérapie orientée vers la solution*. L'idée sous-tend que le patient peut entrer en relation avec le thérapeute de trois manières différentes : les positions client, plaignant ou touriste.

- La position client : le patient vient avec une demande. Il sait pourquoi il vient, et ce qu'il veut. Il est motivé pour avancer, même si le travail nécessaire est important. La définition d'un objectif partagé est plus aisée.
- La position plaignant : le patient vient avec une plainte. Il n'a pas de demande. Philippe Aim décrit que le patient en position plaignant peut « *donner l'impression d'être plutôt là pour faire reconnaître sa souffrance que pour initier un changement* ».
- La position touriste : le patient n'a pas de demande. Il est là par la demande d'un autre et il ne souscrit pas à cette demande.

L'objectif pour le thérapeute est d'identifier le positionnement de son patient. En effet, la manière de s'adresser au patient, d'entrer en communication et de le motiver sur des objectifs partagés ne sera pas la même en fonction de son positionnement. Si le patient est en position client, la définition d'un objectif partagé et des moyens sera plus simple. Si le patient est en position plaignant, le travail du thérapeute sera de l'amener dans la position client. Si le patient est en position touriste, le thérapeute tâchera de faire apparaître une plainte (position plaignant) pour ensuite aller vers la position client.

Sur la base de cette réflexion, nous pouvons nous interroger sur le positionnement des personnes âgées fragiles et l'implication importante pour arriver à les motiver dans la rééducation. Seraient-elles en position touriste ?

2.4 Environnements humain et matériel

Le point essentiel qui ressort à propos de l'environnement humain des personnes âgées fragiles est la solitude et la faible présence de la famille : « *A part les infirmières, s'ils en ont, on est une des seules personnes qu'ils voient de la journée. Leur famille ne vient pas tous les jours.* » (MK_A). En 2003, Aline Désesquelles et Nicolas Brouard ont procédé à l'analyse du réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution (47). Ils se sont basés sur l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance, réalisée auprès de 32 000 personnes par l'Insee en 1998 et 1999. Cette étude leur permet d'affirmer que « *l'environnement familial joue un rôle de tout premier ordre dans le maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus* ». Ils parlent

d'un effet « protecteur » exercé par la présence d'un conjoint et d'enfants. Par ailleurs, il semblerait que l'existence d'une dépendance soit associée à une moindre intensité des relations avec la famille proche.

Concernant l'environnement matériel, tous les kinésithérapeutes interrogés considèrent que c'est leurs rôles de donner des conseils sur l'aménagement du lieu de vie. L'élément emblématique concerne l'identification des tapis comme facteur de risque de chute : « *l'exemple classique est le tapis chez la personne âgée* » (MK_B). Ces résultats corroborent les préconisations du guide de recommandations de la HAS de 2005 (4) où il est indiqué que le « *masseur-kinésithérapeute participe aux stratégies d'aménagement des aires de mobilité, de la salle de bains, des toilettes ; de l'agencement pour la préparation des repas et l'adaptation des éclairages. Il propose des améliorations pour faciliter les actes de la vie quotidienne et diminuer le risque de chute* ». France Mourey souligne l'importance de l'architecture intérieure et du mobilier dans le maintien à domicile de la personne âgée (36). Elle attire l'attention sur la fréquence des troubles de la vision et l'importance qu'il faut apporter sur l'éclairage et le danger des sources d'éblouissement. Ce point n'a pas été relevé spontanément dans les propos des kinésithérapeutes interrogés. Ceci pourrait s'expliquer par un manque de connaissance sur ce sujet.

Par ailleurs, il semblerait que l'analyse du lieu de vie n'est pas réalisée systématiquement pour toutes les pièces, mais essentiellement pour celles visitées naturellement par le kinésithérapeute : « *alors pour les toilettes pas forcément, sauf si je les vois* » (MK_A). Ceci pourrait s'expliquer par le temps nécessaire pour analyser l'ensemble du logement et placer le patient en situation écologique. Une autre possibilité pourrait être l'auto-restriction du kinésithérapeute aux domaines qu'ils maîtrisent le mieux, à savoir la rééducation du patient.

3 Dimension pluridisciplinaire

3.1 Intervenants médicaux et paramédicaux

Avec les infirmiers et les auxiliaires de vie, nous constatons que les échanges vont dépendre de la relation établie avec ces intervenants et de la situation du patient. Les échanges vont se faire au coup par coup, selon les besoins. Il ne semble pas y avoir de systématisation dans le partage des informations. Le travail pluridisciplinaire est indiqué comme un élément de réussite dans la prise en charge des personnes âgées fragiles : « *toute l'équipe soignante parle de la même voix* » (MK_E). Il est intéressant de faire le parallèle avec l'article paru dans la revue Soins Gérontologie en 2007 où Angeline Camut et al, décrivent l'intervention d'une infirmière gestionnaire de cas dans la prévention d'un SDPM chez une personne âgée (48). Celle-ci à 92 ans, vit à domicile avec son épouse et présente une aggravation des troubles de la marche. Un plan d'aide et de soins est réalisé suite à l'évaluation au domicile par l'infirmière gestionnaire de cas. 2 problèmes sont identifiés dont « *un trouble de la marche avec risque de chute* ». Pour répondre à ce dernier, plusieurs actions sont définies, dont une « *rééducation au domicile avec passage d'un kinésithérapeute* ». Une fois validées, le gestionnaire veille à la mise en place du plan d'aide et de soins et il coordonne l'ensemble des intervenants impliqués dans la prise en charge au domicile. Des réunions de concertations pluridisciplinaires peuvent être organisées, si nécessaire. Les

Intervenants listés dans l'article sont : « *infirmière libérale, auxiliaire de vie d'association ou aide à domicile, travailleur social du secteur ou encore secteur psychiatrique* ». Nous pouvons constater que le kinésithérapeute n'apparaît pas dans la liste des intervenants coordonnés par l'infirmière gestionnaire de cas, même s'il est identifié dans le plan d'aide et de soins. Nous pouvons supposer qu'il s'agit d'un oubli. Toutefois cela souligne le manque de visibilité des kinésithérapeutes dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées fragiles. Comme si le kinésithérapeute intervenait uniquement pour « *aide à la marche, adaptation des aides techniques et renforcement des réflexes d'adaptation posturale* », sans participer à la prise en charge globale de la personne âgée fragile.

Il est aussi intéressant de noter que, lorsqu'une collaboration avec les infirmiers ou auxiliaires de vie a été rapportée par les kinésithérapeutes interviewés, il s'agissait d'une action proposée par le kinésithérapeute, et non l'inverse. Nous pouvons l'expliquer par le fait que le kinésithérapeute intervient en tant que spécialiste sur un point précis, généralement pour ce qui concerne la marche et l'appareil locomoteur. A ce titre, la remarque de MK_E sur la nécessité de savoir aller au-delà de sa fonction est intéressante « *Il y a plein de chose que l'on fait en plus. Il faut savoir faire du dépassement de fonction* ». Si ces propos peuvent être expliqués par son expérience en HAD, cela montre en quoi une coordination entre professionnelle permet d'assurer une continuité de soin et une prise en charge globale du patient. Cette démarche permettrait que « *toute l'équipe soignante parle de la même voix* » (MK_E).

Il apparaît que les échanges avec les médecins vont dépendre de chaque kinésithérapeute et des relations professionnelles qui ont été nouées. Elles peuvent apparaître complexes : « *c'est délicat, parce qu'il faut réussir à proposer ses services sans que le médecin le prenne pour le fait qu'on lui explique son métier. C'est un peu ça, en fait. C'est assez compliqué* » (MK_B). Ces propos viennent corréliser ceux de Didier Evenou. Il montre, que depuis les années 2000, le statut des kinésithérapeutes a été bouleversé (49). En effet, ces derniers ont vu évoluer leur statut de technicien prescrit à celui de partenaire. Là où les prescriptions médicales faisaient la liste des actes à réaliser par le kinésithérapeute, elles ne comportent plus que, théoriquement, l'indication médicale. D'où la nécessité de communiquer pour connaître les antécédents du patient.

La revue *Pratiques* a consacré un dossier en 2008 sur les couples infernaux en médecine (50). Il semblerait que les questions de relations entre professionnels soient peu étudiées. Plusieurs points de frictions apparaissent tel que, la relation hiérarchique induite par le droit de prescription, ou le rapport de classes induit par les valeurs sociales accordées à la profession. Les auteurs soulignent l'impact préjudiciable que peut avoir une relation « infernale » en mettant en péril la finalité même du soin. Les auteurs plaident pour un retour à la raison d'être de la fonction soignante.

Lors de la prise en charge de personnes âgées fragiles, les kinésithérapeutes n'ont jamais rencontrés d'ergothérapeutes. Tous pensent que l'absence d'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées est un manque. Le kinésithérapeute, de par ses compétences, dispose des bases pour répondre aux premières questions des personnes âgées et procéder à une première analyse de leur environnement, comme nous l'avons vu précédemment (Chapitre IV.2.4). Il semblerait que la collaboration avec un ergothérapeute, même ponctuelle, serait

appréciée : « À mon avis je n'ai pas toutes les réponses. Et c'est pour ça que ça pourrait être pas mal qu'il y est justement un ergo qui passe, mais il n'y en a jamais » (MK_A). En pratique, les ergothérapeutes libéraux sont peu nombreux. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes recensent 7 professionnels en Alsace, dont 6 indiquent intervenir auprès de personnes âgées (51). Leur tarification n'est pas encadrée, ce qui peut apparaître comme un frein à la prise en charge. Par contre, les Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) disposent d'un ergothérapeute, ou elles font appel à ces professionnels dans le cadre de leur intervention. Nous pouvons noter qu'il y a une méconnaissance de l'existence de ces structures. Une seule kinésithérapeute a proposé à un médecin de faire intervenir l'EMG auprès d'un patient. Il est à noter que cela a permis de faire découvrir ce type de structure au médecin.

En Alsace, il existe 7 EMG réparties au sein de 4 territoires de santé. Ces EMG sont regroupées au sein d'une filière gériatrique, nommée PRAG, qui couvre l'ensemble des parcours possibles de la personnes âgées (52). Les EMG sont des équipes pluridisciplinaires. Elles ont pour objectif d'évaluer la personne âgée aussi bien à son domicile qu'en milieu hospitalier. Elles proposent, entre autre, des solutions d'adaptation de leur environnement. Sur leurs brochures, il apparaît qu'elles peuvent être sollicitées par le médecin traitant ou bien par « *tous les professionnels œuvrant autour de la personne (en accord avec le médecin traitant)* ». Nous pouvons nous interroger sur les raisons de la méconnaissance de ces structures de la part des professionnels de santé.

Concernant les hôpitaux de jour, il semblerait que les échanges soient restreints, même lorsqu'il existe une démarche volontaire du kinésithérapeute : « *Lorsque je sais qu'un patient va à l'hôpital de jour, j'essaye de mettre le bilan avec, mais je n'ai jamais eu de retour* » (MK_C). Cette problématique de cloisonnement entre la ville et l'hôpital est bien connue. L'un des objectifs, annoncé dans le plan de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 », est justement de faciliter la coordination de l'ensemble des professionnels et d'éviter au patient de devoir faire le lien entre les professionnels (53).

Les kinésithérapeutes, exerçants en ville, disent avoir plus de difficultés à échanger avec les autres professionnels que ceux qui exercent en campagne. Le lieu d'exercice en campagne semble favoriser les relations et les échanges. Ces résultats viennent confirmer une des hypothèses.

3.2 Aidants et famille

Les résultats montrent que la famille et les aidants sont impliqués dès que possible dans la rééducation. Il est intéressant de voir que la relation avec les aidants peut sortir du cadre strict de la rééducation : « *Je vais varier mes horaires de passage pour essayer en fait de voir les différents intervenants, quitte des fois, à ne pas faire de séance. Juste me poser et discuter avec la famille des objectifs ou de ce qui ne va pas* » (MK_E). Ces propos semblent en corrélation avec les auteurs du livre « *Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action* ». Ces derniers soulignent le rôle des professionnels de santé qui va être d'apporter du soin, mais aussi de l'information et un soutien (54). Concernant le rôle du médecin, les auteurs indiquent que ce dernier travaille en partenariat avec la famille. Ils proposent une liste de points à observer afin d'apprécier l'organisation de la famille et ses limites. Par exemple : « *le degré d'organisation ou de*

désorganisation de la famille, le degré de coopération et de gestion des conflits au sein de la famille, l'existence de psychopathologie chez un membre de la famille, l'état du couple et la dynamique conjugale, ou bien, les événements traumatiques ayant affecté la famille dans un passé récent ou éloigné ». Si certains points peuvent apparaître éloignés du domaine de compétence du kinésithérapeute, ce dernier doit être en capacité d'aiguiller ou d'appuyer le médecin si nécessaire, comme le rapporte MK_E à propos de l'institutionnalisation : *« Ce n'est pas notre métier, mais finalement ... on est dedans, car on les voit tout le temps. On est dans le quotidien de la personne, c'est à nous que l'on va poser ces questions là. »*.

3.3 Participation à des réseaux professionnels

Nous pouvons constater que la participation à des réseaux professionnels gériatriques ne fait pas consensus. La raison peut venir d'un désaccord sur la définition d'un réseau professionnel. Le Ministère des Solidarités et de la Santé en donne la définition suivante : *« Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). [Ils] ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. [Ils] constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients »* (55). Selon cette définition, les réseaux ont pour objectif de faire rencontrer et travailler ensemble des professionnels. Les propos de MK_D, qui est favorable à ce concept, le confirment : *« c'est la base, l'endroit où on se parle, où on se coordonne. Ça a un volet médico-social qu'on n'a pas en tant que sanitaire. On n'a pas les connaissances pour les aides, c'est ce volet médico-social. Les deux se parlent »*. En Alsace et à notre connaissance, il n'existe qu'un seul réseau gériatrique pour les professionnels de la rééducation. Il s'agit du groupe REGAR qui est rattaché à la Société de Gérontologie de l'Est. Ce groupe est composé de professionnels de la rééducation qui sont essentiellement salariés : médecins, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens. Un seul kinésithérapeute, qui exerce en libéral, est membre de ce groupe.

Le plan de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 », comme cela a été évoqué par un kinésithérapeute, met en avant la collaboration interprofessionnelle à travers la Communauté Professionnelle de Territoire en Santé (CPTS) (53). Le principal objectif affiché est de décloisonner : *« décloisonner l'organisation des soins, décloisonner les exercices professionnels et les formations, décloisonner les financements »*. Il est annoncé que *« l'exercice isolé doit devenir une exception en 2022 »*. Les professionnels devront se regrouper au sein d'une CPTS afin, entre autre, de *« favoriser le maintien à domicile des personnes âgées »*. Il sera intéressant de voir comment les kinésithérapeutes vont s'adapter à ce changement.

Un propos, non présent dans les résultats car il n'entrait pas dans la grille d'entretien, fait écho à cet absence de consensus sur la participation à un réseau professionnel à orientation gériatrique : avec le vieillissement de la population, certains kinésithérapeutes *« subissent parfois une gériatrie qu'ils n'ont pas forcément demandé »*.

3.4 Partage des informations entre professionnels

Nous pouvons constater que le besoin de mieux communiquer entre les professionnels ressort des entretiens. Différents outils sont utilisés pour communiquer, principalement le téléphone, le patient et le carnet de liaison. Le mail est plus rarement utilisé. Ce partage d'informations n'intervient que quand il est jugé nécessaire, mais il est dépendant de chaque kinésithérapeute. Il peut paraître étonnant de voir citer le patient comme outil de communication. Ce problème est identifié par le projet « Ma Santé 2022 » comme un des éléments qui rend notre système de santé inadapté et qui ne répond pas aux attentes des patients : « [le] vieillissement de la population et [le] développement des pathologies chroniques entraînent un besoin de coordination entre professionnels, insuffisante aujourd'hui : le patient doit faire le lien lui-même entre tous les médecins et organiser les rendez-vous et les examens » (53).

Le rôle d'alerte du kinésithérapeute, par sa connaissance et son suivi hebdomadaire du patient, est souligné, comme cela est rapporté dans l'exemple suivant : « *une mamie qui, quand elle savait que le médecin venait, se lavait avec des nouveaux habits tout propres et elle était assise à la table de la salle à manger. Elle l'attendait toute la journée s'il le fallait. Elle ne bougeait pas de la table et quand ils discutaient tout allait bien. Mais moi je savais qu'elle ne savait pas marcher plus de 3 pas sans tomber et qu'elle était changée, douchée, lavée pour le médecin. Le médecin me dit que tout va bien et je lui ai conseillé de passer la veille à l'improviste. Il a pu voir la différence.* » (MK_E). Ce témoignage souligne l'importance de la communication et d'un travail d'équipe de la part de l'ensemble des professionnels qui prennent en charge les personnes âgées.

Nous pouvons faire le lien avec le témoignage de MK_D concernant le dispositif PAERPA. Tous ses patients, qui étaient éligibles, n'ont pas intégré ce dispositif. La raison viendrait du fait que le médecin dispose du réseau adéquat et qu'il a su s'entourer des professionnels de santé nécessaires à la prise en charge.

S'il apparaît le besoin de structurer les échanges entre professionnels, ceux là doivent se sentir impliqués et l'outil doit rester le plus souple possible. Le retour de MK_D à ce propos est intéressant. Sur l'agglomération du Grand Nancy, le PPS ouvert dans le cadre du dispositif PAERPA n'est complété que par le médecin. Les autres professionnels ne peuvent pas intégrer leurs bilans ou des commentaires. De même, la plateforme d'appui, nommée CTA dans le cadre du dispositif PAERPA, apparaît uniquement comme un organisme d'enregistrement ; le professionnel doit appeler la plateforme ET le médecin traitant. Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ces choix de fonctionnement.

Nous pouvons voir apparaître le besoin d'un outil qui facilite les échanges entre professionnels. Ces outils existent dans les SSR et dans les EHPAD. Deux kinésithérapeutes s'interrogent sur leur inexistence en pratique de ville. Cette problématique a été identifiée par d'autres professionnels de santé. Alsace e-santé, dont la mission consiste à développer les outils « *qui contribueront au partage et à l'échange des informations entre les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, en vue d'améliorer la prise en charge des patients en Alsace* », a développé le logiciel SICODOM (56). Ce sigle signifie « Système d'Information pour la COordination à DOMicile ». Il s'agit d'un outil sécurisé de coordination pluridisciplinaire autour du patient à domicile. Il a été déployé dans le

département du Haut-Rhin et il est en cours de déploiement dans celui du Bas-Rhin. Les objectifs affichés sont de :

- « Créer un lien et améliorer la communication entre des professionnels du domicile, qui interviennent pour un même usager/patient, parfois sans se rencontrer ;
- Améliorer la lisibilité du parcours et des antécédents de la personne âgée à domicile ;
- Permettre une plus grande réactivité dans la prise en charge des patients et des usagers, notamment grâce à la gestion d'alertes ;
- Prévenir autant que possible les hospitalisations qui sont source de stress pour la personne âgée et son entourage ;
- Améliorer la qualité de vie et le confort du patient/usager ;
- Ou encore soulager les aidants naturels »

Nous pouvons noter que ces objectifs viennent répondre à un grand nombre des attentes recensées auprès des kinésithérapeutes interviewés en terme de communication et d'approche pluridisciplinaire. Il serait intéressant de voir dans quelques temps comment cet outil est utilisé dans le quotidien et s'il répond au besoin de mieux communiquer entre professionnels de santé afin d'assurer la meilleure prise en charge du patient.

4 Rémunération

Comme cela a été supposé dans la méthodologie, il semblerait que la rémunération soit un frein à une prise en charge des personnes âgées fragiles. Le guide de la HAS en date de 2013 sur « comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire » recommande aux médecins de prescrire un programme d'activités physiques multi-domaines qui combine exercices en résistance, endurance et équilibre (22). La prescription doit indiquer « rééducation analytique et globale musculo-articulaire des deux membres inférieurs et supérieurs, de la posture, de l'équilibre statique et dynamique et de la coordination ». Le guide préconise aussi que la séance doit durer entre 30 et 45 min. La cotation pour cet acte est AMK8, soit 17,20 € (annexe III).

Il existe un deuxième acte dans la nomenclature générale des Actes Professionnels (NGAP) pour la personne âgée. Il concerne la rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée. Il est coté AMK6, soit 12,90 € (annexe III). Il est qualifié de « vol » et « d'aberration » par deux kinésithérapeutes. La situation est problématique lorsque l'ordonnance indique « rééducation à la marche ». Dans ce cadre, il ressort que la solution la plus pragmatique est d'appeler le médecin pour lui demander de modifier son ordonnance en lui expliquant les raisons : « il faut informer les médecins et leur expliquer ce que c'est la réalité de notre métier et quand on a un bon relationnel avec le médecin, on n'a pas ces prescriptions là » (MK_E). Une autre approche est de justifier sa cotation en réalisant un bilan : « si on ne veut pas que la CPAM nous embête sur la valeur de l'acte, il faut avoir un bilan bien construit » (MK_D).

La question se pose de l'existence d'une cotation spécifique pour la personne âgée. MK_C a résolu le problème en appliquant une cotation qui correspond à sa pratique, à savoir une rééducation des deux membres inférieurs qui est coté AMS9,5, soit 20,43 € (annexe III). La remarque de MK_E à ce sujet est pertinente et reflète la considération que notre société porte aux

personnes âgées : « soigner un sportif qui a mal dans la cuisse au bout du 10ème km quand il fait un trail, la séance on va l'avoir avec un dépassement. On va lui faire ses séances et pleins d'exercices. Là je vais gagner ma vie, mais concrètement, lui en a beaucoup moins besoin que ma petite mamie. ». Et de conclure, « ce n'est pas rentable de travailler avec des personnes âgées » à domicile, car « Il faut être plus humain et savoir dépasser sa fonction. Et ça, ça ne va pas dans le prix. »

Dans un article paru dans Kinésithérapie La Revue, Carmen Berasategui soulève la problématique entre la prescription et la réalité des actes réalisés par le kinésithérapeute (45). A travers 3 situations, elle montre que le motif de la prescription doit être relégué au second plan et que l'intervention du kinésithérapeute consiste à aller, dans les meilleurs délais, à l'essentiel pour la personne âgée, c'est-à-dire qu'elle retrouve les capacités fonctionnelles dans les activités de base de la vie quotidienne. Dans le cadre de la première situation décrite, la prescription indique un « entretien à la marche ». L'auteur préfère réaliser un traitement correspondant à son bilan. Elle « laisse à l'auxiliaire de vie la déambulation plaisir ». Nous retrouvons cette idée dans les témoignages rapportant que c'est le rôle de la famille de se promener avec la personne âgée.

5 Retour sur les présupposés

4 présupposés ont servi à l'élaboration de la grille d'entretien et au recrutement des participants. Comme cela avait été supposé, il apparaît que la fragilité, définie à partir des critères cliniques de Fried, n'est pas connue par les kinésithérapeutes. Il semblerait que les kinésithérapeutes confondent « fragilité » avec « perte d'autonomie ». La chute est identifiée comme la principale conséquence de la fragilité chez la personne âgée fragile.

Il était supposé que l'approche d'un kinésithérapeute, réalisant uniquement des domiciles, était plus précise qu'un kinésithérapeute alternant cabinet et domicile. L'intérêt de ce présupposé était de pouvoir confronter les points de vues et d'élargir la réflexion. Il n'est pas possible de conclure. Il semblerait que la qualité de prise en charge dépende avant tout de l'engagement et du professionnalisme du kinésithérapeute.

Il était supposé qu'un kinésithérapeute, exerçant en milieu rural, avait une meilleure connaissance de la famille et des autres professionnels de santé qu'un kinésithérapeute exerçant en zone urbaine. Les témoignages ont confirmé ce présupposé pour les professionnels de santé. A l'inverse, il n'est pas possible de se prononcer sur la connaissance de la famille. Il apparaît que cela dépend de l'existence préalable d'un réseau familial.

La rémunération, proposée en gériatrie, apparaît bien comme un frein à la prise en charge selon les recommandations de la HAS.

6 Limites et force de cette étude, ce que j'en retire

Les limites de cette étude résident dans le petit nombre d'entretiens réalisés (5) et le grand nombre de sujets abordés. Pour une question de temps et d'organisation, uniquement 5 entretiens ont été réalisés, tous dans la Région Grand-Est, dont 3 avec des kinésithérapeutes qui exercent dans le département du Bas-Rhin. Il aurait été intéressant que je procède à un plus grand nombre

d'entretiens jusqu'à obtenir une saturation des réponses. Cela aurait nécessité que je me concentre sur une seule question parmi les 4 grands thèmes abordés. Ce travail me permet de constater que chaque thème mériterait d'être étudié individuellement. La méthodologie aurait nécessité d'être plus travaillée, en particulier la grille d'entretien. J'ai fait le choix de réaliser une grille d'entretien sans avoir de questions préparées pour chacune des sous-dimensions. Si les entretiens ont été riches et instructifs, le traitement s'est avéré compliqué. A l'écoute des enregistrements, je me suis rendu compte que j'avais orienté des réponses. Même si je me corrigeais entre chaque entretien, il m'a été difficile de rester neutre. Pour certaines sous-dimensions, il me manque des réponses. Je pensais les avoir obtenues, mais elles étaient absentes lors de la transcription des enregistrements. D'une manière générale, la réalisation d'une étude qualitative a été un défi. Dois-je modifier les verbatim pour qu'ils soient compréhensibles à l'écrit ? En regroupant des verbatim, est-ce que je ne modifie pas le sens du propos ? En sortant les propos du contexte, est-ce que je ne trompe pas l'interviewé ? En abordant l'aspect relationnel de la prise en charge, j'ai découvert le monde très intéressant des sciences humaines. Mes difficultés ont été de trouver la littérature correspondante, de la comprendre et de faire le lien avec les résultats.

Si je devais modifier mon travail, je commencerais par choisir un seul thème. Je définirais plus précisément ma grille d'entretien et ce que j'attends des sous-dimensions. J'interrogerais des kinésithérapeutes qui exercent sur l'ensemble du territoire jusqu'à atteindre la saturation dans les réponses.

La construction de ma problématique a été un long cheminement. Il a nécessité de nombreuses lectures et échanges. Le choix de ce thème a été fait après un stage en SSR Gériatrique. Je me suis intéressé au syndrome post-chute à travers mon livre de chevet du moment « Rééducation en gériatrie ». France Mourey écrit que le syndrome post-chute « *constitue une urgence gériatrique* » car il entraîne la personne âgée vers la grabatisation. Une urgence ? En rééducation gériatrique ? Voici un bon point de départ. Lors de ce stage, j'ai aussi pris conscience d'une absence de coordination entre la pratique de ville et celle de l'hôpital. Ce qui m'a amené à m'interroger sur la prise en charge des personnes âgées en pratique libérale. Et pourquoi ne pas mixer SDPM et pratique libérale ? Ma première question portait sur la prévention du SDPM par les kinésithérapeutes libéraux. Lors du Congrès International Francophone pour les Etudiants en Physiothérapie et en Kinésithérapie (CIFEPK) en 2018 à Rouen, un échange avec France Mourey m'a fait prendre conscience que le SDPM pouvait être considéré comme le versant moteur de la fragilité. J'ai alors approfondi cette notion de fragilité. J'ai découvert les critères cliniques de Fried.

Dans le cadre de mes études, je m'intéresse aussi à l'aspect humain de la prise en charge. Avec une amie, j'organise des rencontres au sein de l'IFMK intitulés « Le Corps ! Quel Corps ? ». Le principe est d'avoir des échanges entre les étudiants et une personne, qui n'est pas kinésithérapeute, au sujet du corps au sens large, par exemple un professeur de danse, des joueurs de basket fauteuil, un magicien, etc. Au fil des rencontres, j'ai acquis la certitude qu'un kinésithérapeute qui ne fait pas de psychothérapie, dans le sens de thérapie par la communication, est un arthromoteur. Il néglige une partie de la rééducation. A la lecture des recommandations de la HAS de 2005 à l'intention des kinésithérapeutes, j'ai constaté que ce document reste très

technique. L'aspect relationnel de la prise en charge est peu développé alors qu'il est indiqué être « *indispensable* ». Je pensais alors que le repérage de la fragilité n'offrait pas assez de matière pour écrire 50 pages d'un mémoire. J'ai donc réuni les 2 thèmes.

La force de cette étude réside dans son originalité. A ma connaissance, il s'agit de la première étude qui évalue qualitativement des kinésithérapeutes sur leur définition de la personne âgée fragile et sur leurs connaissances du syndrome de fragilité, ainsi que l'aspect relationnel de leurs prises en charge, tel que proposé par la HAS dans les recommandations de 2005.

Ce travail, étalé sur 2 années, m'a permis d'approfondir un sujet qui se trouve au cœur de l'actualité. J'ai rencontré des professionnels passionnés. Je me suis rendu compte que les kinésithérapeutes sont essentiellement présents dans le curatif et pas assez dans le préventif. En ce sens, le repérage de la fragilité dépasse le domaine de la gériatrie. C'est une question de santé publique qui concerne l'ensemble des professionnels de santé.

V Conclusion

Il apparaît que les kinésithérapeutes libéraux interrogés repèrent la fragilité chez la personne âgée à domicile sur la base de critères qui leur sont propres. Ces critères peuvent être biomécaniques, sociétaux, psychologiques, financiers ou environnementaux. Le syndrome de fragilité, tel que défini sur la base des critères de Fried, n'est pas connu. La fragilité semble être assimilée à la perte d'autonomie et à la dépendance. Il serait intéressant d'étudier, à une plus grande échelle et quantitativement, les critères utilisés par les kinésithérapeutes pour repérer la fragilité chez une personne âgée.

La dimension relationnelle de la prise en charge apparaît comme un élément essentiel de la rééducation. Les personnes âgées fragiles sont décrites comme une population sédentaire qui connaît la peur, des deuils, des troubles cognitifs, un manque de stimulation au quotidien et la solitude. Les kinésithérapeutes font ressortir l'importance du relationnel dans la construction de la relation avec leur patient, ce qui nécessite de l'écoute et de savoir s'adapter au rythme de la personne. La construction d'objectifs apparaît comme le principal levier motivationnel de la personne âgée fragile.

Pour la dimension pluridisciplinaire, il ressort un besoin de mieux communiquer avec les autres professionnels de santé. Les relations établies avec les autres intervenants vont dépendre de la situation de chaque patient et de chaque kinésithérapeute. Tous pensent que l'absence d'ergothérapeute dans le maintien à domicile des personnes âgées est un manque. Les équipes mobiles de gériatrie semblent peu connues et la relation avec les hôpitaux de jour est inexistante. En entrant dans le quotidien de la personne, les kinésithérapeutes pensent avoir un rôle d'alerte auprès des médecins. Ils pensent que la mise en place d'un réseau de coordination entre professionnels a un intérêt pour le patient.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), vieillir en bonne santé correspond à conserver les fonctions pour continuer à faire ce qui est important pour chacun d'entre nous. Lors du congrès sur la fragilité (fragilite.org), organisé par la SFGG en avril de cette année, il est apparu que le repérage de la fragilité devait intervenir le plus tôt possible. A ce titre l'OMS a développé la notion de capacités intrinsèques dans le cadre du programme ICOPE. 5 fonctions intrinsèques ont été définies. Il s'agit de la mobilité, de la mémoire, du sensoriel, du psycho-social et de la vitalité. L'objectif est de pouvoir suivre régulièrement ces 5 fonctions chez toutes les personnes de + de 75 ans. Le temps d'évaluation serait inférieur à 10 minutes. La Gériatrie doit organiser sa stratégie autour de 2 objectifs :

- chez les personnes entre 45 et 75 ans, être capable de maintenir les réserves fonctionnelles pour atteindre le niveau le plus haut lors du vieillissement plus avancé,
- chez les personnes de + de 75 ans, être capable de repérer le plus rapidement possible une perte de fonction.

L'un des principaux outils pour maintenir ces fonctions est l'exercice physique. De part leurs compétences, les kinésithérapeutes n'auraient-ils pas un intérêt à s'approprier la notion de fragilité et son repérage ?

Références

1. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
2. ARS. État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est [Internet]. 2017 [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/etat-de-sante-de-la-population-et-etat-de-loffre-de-la-region-grand-est-0>
3. Vellas B. Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique. Livre Blanc sur la Fragilité. 2015;9-15.
4. HAS. Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. HAS; 2005 avr.
5. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. La fragilité de la personne âgée: un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
6. Lang PO. Le processus de fragilité : que comprendre de la physiopathologie? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. févr 2013;13(73):28-34.
7. Lang PO, Trivalle C, Dramé M. La fragilité : mythe ou réalité ? *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. août 2012;12(70):163-70.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults - Evidence for a Phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1 mars 2001;56(3):M146-57.
9. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 mai [cité 24 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
10. Inserm. Syndrome de fragilité [Internet]. 2015 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Chapitre_5.html?sequence=193&isAllowed=y
11. URPS MK. Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: http://www.urpsmk.fr/dos_paerpa.html
12. Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. *La Revue de Médecine Interne*. 1 févr 2007;28(2):79-85.
13. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Psychomotor disadaptation syndrome. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 mars 2014;12(1):94-100.
14. Pfitzenmeyer P, Manckoundia P, Rouaud O, Foll-Garcia M-B, Giroud M, Mourey F. Actualités sur le syndrome de dysfonctionnement sous-cortico-frontal chez les patients gériatriques. *La Revue de gériatrie*. 2008;33(8):703-12.
15. Pugh KG, Lipsitz LA. The microvascular frontal-subcortical syndrome of aging. *Neurobiology of Aging*. 1 mai 2002;23(3):421-31.
16. Mourey F. Rééducation en gériatrie - EMC 26-590-A-10. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation - 26-590-A-10. 2009;

17. Mourey F. Le syndrome post-chute : signes cliniques et masso-kinésithérapie. *Kinésithérapie Scientifique*. oct 2011;(525):68-70.
18. Gonthier R. Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes. *Bull Acad Natl Med*. juin 2014;198(6):1025-39.
19. Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes: des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. août 2015;15(88):188-90.
20. Cremniter D, Laurent A. Syndrome de stress post-traumatique: clinique et thérapie. *EMC - Toxicologie-Pathologie*. déc 2005;2(4):178-84.
21. HAS. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. HAS; 2005 nov.
22. HAS. Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire? HAS; 2013 déc.
23. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
24. Kubicki A, Brika M, Castagné T, Mourey F. Décision kinésithérapique : les conséquences de la chute de Madame C., patiente fragile de 86ans. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2016;16(169):20-7.
25. Scheets PL, Sahrman SA, Norton BJ, Stith JS, Crouner BE. What Is Backward Disequilibrium and How Do I Treat it?: A Complex Patient Case Study. *Journal of Neurologic Physical Therapy*. avr 2015;39(2):119-26.
26. Mourey F, Camus A, d'Athis P, Blanchon M-A, Martin-Hunyadi C, de Rekeneire N, et al. Mini motor test: a clinical test for rehabilitation of patients showing psychomotor disadaptation syndrome (PDS). *Arch Gerontol Geriatr*. avr 2005;40(2):201-11.
27. Dubard V, Gouilly P. Repérer les personnes âgées fragiles. *Kinésithérapie, la Revue*. avr 2014;14(148):3-4.
28. Tiedemann A, Shimada H, Sherrington C, Murray S, Lord S. The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. *Age Ageing*. 1 juill 2008;37(4):430-5.
29. Cohen J, Mourey F. Rééducation en gériatrie. Lavoisier. Lavoisier; 2014.
30. Vellas B. La fragilité et la prévention de la perte d'autonomie : nous ne pouvons plus attendre. *L'année gérontologique*. 2019;33:4.
31. Magnier A-M. Maintien à domicile des personnes âgées. *EMC - Traité de médecine AKOS*. avr 2013;8(2):1-7.
32. Pons X, Hermabessière S, Rolland Y. Évaluation du risque de chute et de fracture chez la personne âgée en institution. *Kinésithérapie, la Revue*. mars 2019;19(207):21-8.
33. Inserm. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2014 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>

34. Kinésithérapie et seniors [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordremk.fr/actualites/patients/kinesitherapie-et-seniors/>
35. Kubicki A. Focus sur la Peur de Tomber | Physio 4 Frail [Internet]. 2018 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://physio-4-frail.com/focus-sur-la-peur-de-tomber/>
36. Mourey F. Rééducation en gériatrie - EMC 26-590-A-10. Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation - 26-590-A-10. 2009;
37. Navarro Ocampo G, Bréjard V, Bonnet A. La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. févr 2017;17(97):42-50.
38. Hazif-Thomas C, Thomas P. La démotivation du sujet âgé. Gerontologie et societe. 2007;30 / n° 121(2):115-35.
39. Allet L. Les physiothérapeutes du sport : quels rôles ont-ils dans la médecine d'aujourd'hui? Kinésithérapie, la Revue. févr 2018;18(194):1.
40. Lenze EJ, Host HH, Hildebrand MW, Morrow-Howell N, Carpenter B, Freedland KE, et al. Enhanced Medical Rehabilitation Increases Therapy Intensity and Engagement and Improves Functional Outcomes in Postacute Rehabilitation of Older Adults: A Randomized-Controlled Trial. Journal of the American Medical Directors Association. 1 oct 2012;13(8):708-12.
41. Taleb NN. Antifragile: les bienfaits du désordre. 2013.
42. Marchand M. Regards sur la vieillesse. Le Journal des psychologues. 2008;n° 256(3):22-6.
43. Nitschelm E-J. Soignant-soigné, trouver l'accordage pour entrer en résonance. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2015;N° 123(4):47-54.
44. Objectifs et indicateurs SMART. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Objectifs_et_indicateurs_SMART&oldid=157466638
45. Berasategui C. La rééducation de la personne âgée : objectifs, techniques et prescription. Qu'entend-t-on par maintien de l'autonomie ? Kinésithérapie, la Revue. janv 2019;19(205):20-7.
46. Aïm P. Écouter, parler: soigner: guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants. Paris: Estem; 2015.
47. Désesquelles A, Brouard N. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. Population. 2003;Vol. 58(2):201-27.
48. Camut A, Hédin P, Jouannet M, Sekely M, Simana F, De Stampa M, et al. Prévention du syndrome de désadaptation psychomotrice au domicile, intervention de l'infirmière gestionnaire de cas. Soins Gériatrie. 2007;(67):33-6.
49. Evenou D. Les évolutions récentes du cadre législatif et réglementaire de l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Kinésithérapie, la revue. 2007;1251(67):1-48.
50. Covindassamy C, Volovitch P, Lorrain J, Lalande M, Fontaine M, Faure Y, et al. Dossier. Les couples infernaux en médecine. Pratiques. 2008;(42):13-71.
51. Exercice libéral [Internet]. ANFE. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/developpement-professionnel/exercice-liberal>
52. Filière gériatrique Alsace [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.prag.alsace/filiere-gerontologique-alsace.html>

53. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
54. Andrieu S, Aquino J-P, Fondation Médéric-Alzheimer. Les aidants familiaux et professionnels: du constat à l'action. Paris; Paris (30 rue de Prony, 75017): SERDI; Fondation Médéric Alzheimer; 2002.
55. DGOS. Les réseaux de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
56. Bienvenue sur SICODOM [Internet]. Alsace e-santé. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.alsace-esante.fr/sicodom/>

Liste des annexes

- Annexe I Grille SEGA-A
Annexe II Grille SEGA-A – Guide d'utilisation
Annexe III Extrait de la NGAP pour la rééducation de la déambulation du sujet âgé.

ANNEXE I Grille SEGA-A

Réf. URPS MK. Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie [Internet]. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: http://www.urpsmk.fr/dos_paerpa.html

GRILLE SEGA- A

COMMENT REPÉRER LE NIVEAU DE FRAGILITÉ?

Cette grille peut être complétée par toute personne en contact avec une personne âgée vivant à domicile.

Le repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées a pour objectif d'identifier les déterminants de la fragilité et d'agir sur ces déterminants afin de retarder la perte d'autonomie dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables (incapacités, chutes, hospitalisations, entrée en institution non souhaitée...).¹

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....

	0	1	2	Score
Âge	74 ans ou moins	Entre 74 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	Flou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe démence)	
			TOTAL : /26

INTERPRÉTATION

Score ≤ 8 Personne peu fragile	Score < 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile
-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

À QUI TRANSMETTRE

Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié.

¹ Fiche points clés et solutions « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires » - Haute Autorité de Santé - juin 2013

Provenance : La personne vit-elle à domicile ou en lieu de vie collectif? Si elle vit à domicile, reçoit-elle de l'aide? (Fl : Foyer logement)

Médicaments : Combien de médicaments différents la personne prend-elle par jour? Considérer chaque substance différente prise au moins une fois par semaine.

Humeur : Au cours des trois derniers mois la personne s'est-elle sentie anxieuse, triste ou déprimée? La question posée est celle du « moral ». On peut demander : Vous sentez-vous bien? Êtes-vous anxieux? Êtes-vous souvent triste ou déprimé? Prenez-vous des antidépresseurs depuis moins de trois mois?

Perception de sa santé : Par rapport aux personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est meilleure, équivalente, moins bonne? Cette question doit être posée directement à la personne.

Chute durant les six derniers mois : Au cours des 6 derniers mois, la personne a-t-elle fait une chute? Par chute compliquée, on entend une chute ayant nécessité un bilan médical.

Nutrition : La personne a-t-elle actuellement un appétit normal, un poids stable? Durant les 3 derniers mois, la personne a-t-elle perdu du poids sans le vouloir? Si la personne n'a pas de problème évident de nutrition, d'appétit ou de poids, on code (0); Si elle a une diminution nette de l'appétit depuis au moins 15 jours, on code (1); Si elle est franchement dénutrie et a perdu sans le vouloir plus de 3 kg en trois mois, on code (2). Si vous renseignez le poids et la taille dans l'EGS, cela permettra de calculer l'IMC (Indice de Masse Corporelle). Dénutrition si IMC <21.

Maladies associées : La personne souffre-t-elle d'une ou plusieurs maladies nécessitant un traitement régulier?

Mobilité : La personne a-t-elle des difficultés pour se lever et/ou pour marcher? Cette zone explore l'indépendance de la personne dans les transferts de la position assise à la position debout et la marche. Le soutien peut être technique (cane, déambulateur) ou humain, on code (1). L'incapacité se définit par l'impossibilité de se lever et/ou de marcher, on code (2) dans cette situation.

Continence : La personne a-t-elle des problèmes d'incontinence, utilise-t-elle des protections? Si la personne n'a pas d'incontinence urinaire ni fécale, on code (0). Si elle

a des pertes occasionnelles ou une incontinence seulement la nuit, on code (1); si elle est incontinente urinaire et/ou fécale en permanence, on code (2).

Prise des repas : La personne a-t-elle des difficultés pour prendre ses repas, doit-elle être aidée, doit-on lui donner à manger tout au long du repas? Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0); si son état nécessite une préparation des aliments dans l'assiette et des instructions pour le repas, on code (1); si elle nécessite une assistance complète pour les repas, on code (2).

Activités instrumentales de la vie quotidienne

(AIVQ) : La personne a-t-elle des difficultés pour accomplir des activités quotidiennes telles que préparation des repas, usage du téléphone, gestion des médicaments, formalités administratives et financières à accomplir...? Si la personne est tout à fait indépendante, on code (0); si son état nécessite une aide partielle pour réaliser au moins une de ces activités, on code (1); si elle nécessite une assistance complète, on code (2).

Fonctions cognitives : Au vu de votre entretien, diriez-vous que la personne a des problèmes de mémoire, d'attention, de concentration, ou de langage? Par fonctions cognitives on entend mémoire, attention, concentration, langage, etc. Il ne s'agit pas de faire une évaluation neuropsychologique ou un mini-mental test (MMSE), mais d'apprécier la situation connue du patient à cet égard. Soit la personne n'a pas de problème de mémoire à l'évidence et on code (0); soit il y a un doute sur l'intégrité des fonctions cognitives et on code (1); soit les fonctions cognitives sont connues pour être altérées et l'on code (2).

*Version SEGA-A modifiée pour le domicile (2014) -
Validation par l'Université de Reims Champagne Ardenne, Faculté de
Médecine, EA 3797, Reims (France).*

*D'après version originale de Didier Schovaerds (2004) - Université
catholique de Louvain (Belgique), adaptée par le Réseau REGECA
(Réseau Champagne-Ardenne-France).*

Avec le soutien de la CARSAT-Nord-Est, France.

ANNEXE III Extrait de la NGAP pour la rééducation de la déambulation du sujet âgé.

Extrait de la NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP), version du 1^{er} mars 2019.

Disponible sur le site ameli.fr : <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/nomenclatures-ngap-et-lpp/nomenclatures-ngap-lpp>

Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8	AMK ou AMC
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	6	AMK ou AMC
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		

Article premier - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre clé AMS) (modifié par les décisions UNCAM du 03/04/07 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)	7,5 7	AMS K
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,5 9	AMS K

A ce jour, la valeur du point est à 2,15 € et l'IFD à 2,50 € soit :

	Tarif d'une séance	IFD	Tarif d'une séance à domicile
AMK6	12,90 €	2,50 €	15,40 €
AMK8	17,20 €	2,50 €	19,70 €
AMS9,5	20,43 €	2,50 €	22,93 €

ROUTHIEAU

Vincent

2019

UE 28 Mémoire

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie d'Alsace

Fragilité chez la personne âgée à domicile : repérage et prise en charge (aspect relationnel) par les kinésithérapeutes libéraux, une étude qualitative

Résumé :

Le vieillissement de la population est inéluctable. Il va toucher de manières différentes les personnes. Il apparaît 3 groupes de personnes âgées : celles en bonne santé ou robustes, celles dépendantes, et celles fragiles qui représentent 30 % à 40 % des + 65 ans. La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie a adopté en 2011 une définition de la fragilité considérant qu'il s'agit d'un état potentiellement réversible. Les personnes âgées fragiles se reconnaissent en fonction des critères de Fried. La HAS a édité plusieurs guides de recommandations sur la prise en charge des personnes âgées fragiles. La dimension relationnelle est indiquée comme indispensable, ainsi qu'un travail en équipe. Comment les kinésithérapeutes libéraux repèrent la fragilité chez la personne âgée à domicile ? Et comment, d'un point de vue relationnel, la prennent ils en charge ?

Une méthode qualitative a été utilisée. 5 kinésithérapeutes libéraux ont été interrogés. Les données ont été recueillies lors d'entretiens individuels semi-structurés, retranscrites et analysées par thèmes.

Les kinésithérapeutes interrogés repèrent la fragilité sur des critères qui leur sont propres. Les critères de Fried ne sont pas connus. La fragilité est assimilée à la perte d'autonomie et à la dépendance. La dimension relationnelle, élément essentiel de la rééducation et de la construction de la relation, nécessite écoute et adaptation au rythme de la personne. Le besoin de mieux communiquer et de se coordonner avec les autres professionnels est mis en évidence.

Mots clés :

Kinésithérapie libérale, Personnes âgées, Fragilité, Repérage, Domicile, Relationnel

L'Institut de formation en masso-kinésithérapie 'Alsace n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.