




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## ÉVALUATION

# Organisation de la kinésithérapie en EHPAD : à propos d'une étude sur 53 mois

Organization of physiotherapy in nursing home: Study on 53 months

**N. Lépine**

*Masseur-kinésithérapeute D.E., psychologue clinicien, docteur en psychologie clinique. EHPAD « Les Lys », centre hospitalier de Montceau-les-Mines, BP 189, 71307 Montceau-les-Mines, France*

### MOTS CLÉS

Kinésithérapie ;  
Gérontologie ;  
Organisation ;  
Évaluation ;  
Test des cinq mètres

**Résumé** La kinésithérapie est importante dans le « prendre soin » gérontologique. Son efficacité à prévenir la dépendance et à maintenir les capacités motrices dépendent beaucoup de l'organisation de la prise en charge. Un outil simple et fonctionnel, « le test des cinq mètres », qui consiste à déterminer la capacité posturale ou motrice optimum pour parcourir une distance de cinq mètres, permet d'avoir un suivi régulier de l'évolution de ces paramètres. La compilation du résultat de 2966 mesures concernant 120 lits d'EHPAD sur une période de 53 mois montre, notamment grâce à la prise en charge de kinésithérapie, une stabilité remarquable des performances motrices.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Physiotherapy;  
Gerontology;  
Organization;  
Assessment;  
Test of five meters

**Summary** Physiotherapy is important in the "gerontologic care". Its effectiveness in preventing bedridden and maintain motor skills depend greatly on the organization of care. A simple and functional tool: the "test of five meters" which is to determine the optimum capacity postural or motor to travel a distance of five meters allows for regular monitoring of the evolution of these parameters. Compiling the result of 2966 measurements for 120 nursing home beds over a period of 53 months show, thanks to support from physiotherapy, a remarkable stability of motor performance.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La kinésithérapie en EHPAD répond à des impératifs et à des contraintes spécifiques et souvent contradictoires [1]. Il s'agit bien plus de kinésithérapie au sens littéral que de

Adresse e-mail : lep.nicolas@gmail.com

rééducation. L'enjeu n'est pas prioritairement de rééduquer le mouvement, mais bien de prendre soin de la personne par l'intermédiaire du mouvement.

Le travail de maintien des capacités motrices des résidents, s'il s'appuie avant tout sur la motivation humaniste des rééducateurs [2], repose aussi sur :

- l'utilisation d'outils pertinents pouvant mesurer de façon simple et régulière l'évolution des performances motrices des résidents ; la simple existence de tels instruments de mesures, lorsqu'ils sont réellement utilisés, est le signe d'une préoccupation constante à maintenir dans la vie (plus qu'en vie) les résidents [3] ;
- une organisation rigoureuse de la prise en charge en kinésithérapie : cette « structuration » doit permettre de garantir aux résidents des soins réguliers tout en s'articulant avec souplesse à l'intervention des autres professionnels de santé (infirmières, aides-soignantes...) [4].

Après avoir exposé les caractéristiques de la population auprès de laquelle a été conduite l'étude, nous dégagerons les tendances obtenues par la compilation des scores au « test de cinq mètres » passé régulièrement. La discussion de ces résultats nous conduira à présenter les principes fondamentaux sur lesquels est construite la prise en charge kinésithérapique concrète des résidents.

## Patients et méthodes

### Contexte de travail et population étudiée

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui a fourni le matériel de recherche est un ancien « long séjour » et fonctionne encore selon une organisation majoritairement médicale. La proximité géographique du centre hospitalier local (dans l'enceinte duquel est situé l'établissement d'hébergement) renforce encore ce « prima » du médical.

À l'heure où la tendance est à la démedicalisation et à la mutation des établissements de soins en établissements de vie, cette organisation peut paraître paradoxale.

Il semble pourtant que nous assistons, en réalité, actuellement, à une transformation de la population accueillie. En effet, la majorité des résidents qui rentre aujourd'hui dans notre établissement sont polyhandicapés et relèvent d'une prise en charge en priorité soignante [5]. Ce renversement est d'autant plus marqué que, dans les services de soins de suite et de réadaptation qui étaient et sont encore les principaux « fournisseurs » des établissements d'hébergement, on se focalise maintenant sur la durée de séjour des personnes âgées afin de la diminuer au maximum [6].

La durée de séjour moyenne dans notre établissement d'hébergement est de 36 mois. Le plus souvent, lorsqu'un lit change d'occupant, c'est parce que celui qui y dormait vient de mourir. Il s'agit donc bien d'un « service d'extrême séjour », selon l'expression du poète Christian Bobin [7], dans lequel la qualité de vie est fragile et essentielle.

Le « GMP » de la structure où a été réalisée l'étude était en moyenne de 830 pendant les quatre années au cours desquelles les mesures ont été recueillies ! (Le GIR moyen pondéré correspond au niveau moyen de dépendance

des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ; plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important, le maximum étant de 1000).

À leur entrée en institution, les personnes sont âgées en moyenne de 83,5 ans (écart-type : 8,84).

### Méthode de la mesure de la capacité motrice optimale

Nous avons fait une synthèse des résultats obtenus par le suivi de 120 lits d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur 53 mois en utilisant un instrument de mesures qui a déjà fait l'objet d'une première publication [8] : « le test des cinq mètres ». Ce premier travail avait montré que, pour mesurer l'habileté motrice d'une population âgée dépendante, le type de marche optimum utilisable sur cinq mètres était pertinent, alors que le nombre de pas pour parcourir la distance était peu informatif. Cet outil résulte d'une adaptation de l'épreuve des dix mètres de marche [9] (p 101).

## Résultats

Les mesures ont été réalisées tous les deux mois, parfois par des kinésithérapeutes différents. Au total, ce travail résulte de la compilation de 2966 mesures concernant 285 individus. La répartition des mesures en fonction de leur nombre et de leur durée est détaillée dans les Fig. 1 et 2.

L'Encadré 1 et la Fig. 3 présentent la typologie utilisée pour mesurer la capacité posturale ou motrice optimale.

Afin de faciliter l'interprétation de l'évolution de la mesure dans le temps, chaque « stade » correspond à un niveau chiffré de performance (entre 1 : grabataire, et 9 : capable de parcourir cinq mètres seul). Pour le même individu, la mesure est répétée en moyenne 10,44 fois (écart-type : 16,57). Les personnes vues plusieurs fois sont suivies en moyenne pendant 22,51 mois (écart-type : 17,12).

Pendant les 53 mois de l'étude et pour une population de 120 résidents, le nombre moyen de patients pris en charge quotidiennement a été :

- de 16,19 personnes (écart-type : 3,12) individuellement, soit 13,49 % de la population ;
- de 24,01 personnes (écart-type : 2,73) collectivement (16,89 le matin et 7,12 le soir), soit 20,01 % de la population.

La kinésithérapie concerne donc quotidiennement 33,5 % des résidents, soit une personne sur trois !

Le suivi de 285 personnes sur une durée moyenne de 20 mois a montré une augmentation très modérée du degré de dépendance (Fig. 4) puisque, en moyenne, le score de marche a été diminué de 0,016. Plus exactement, on observe une corrélation négative de  $-0,15$  entre l'évolution du score de marche et la durée de la mesure, c'est-à-dire que l'altération de la marche est faible lorsque la mesure est répétée dans le temps.

En revanche, la corrélation entre l'aggravation du score de marche et l'âge de la personne est quasiment nulle (0,0029).

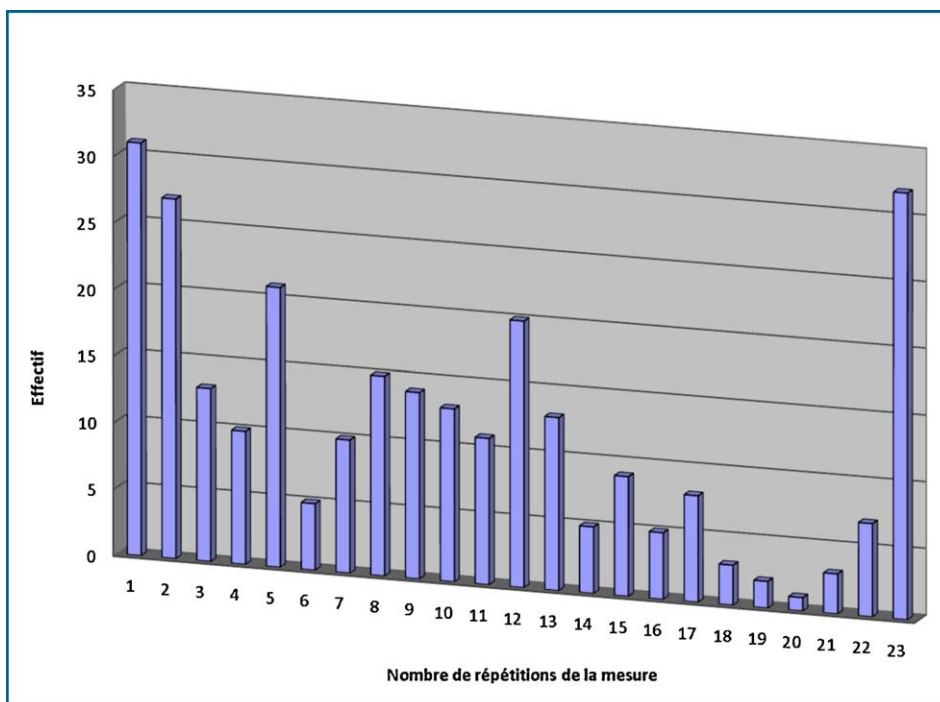


Figure 1. Répartition des mesures (quantité).

## Discussion

La stabilité des capacités motrices et posturales, mise en évidence par cette période d'observation de 53 mois, est

remarquable compte tenu de la fragilité de la population [10].

Ce résultat n'est pas exclusivement à attribuer à l'organisation des soins de kinésithérapie. L'implication de

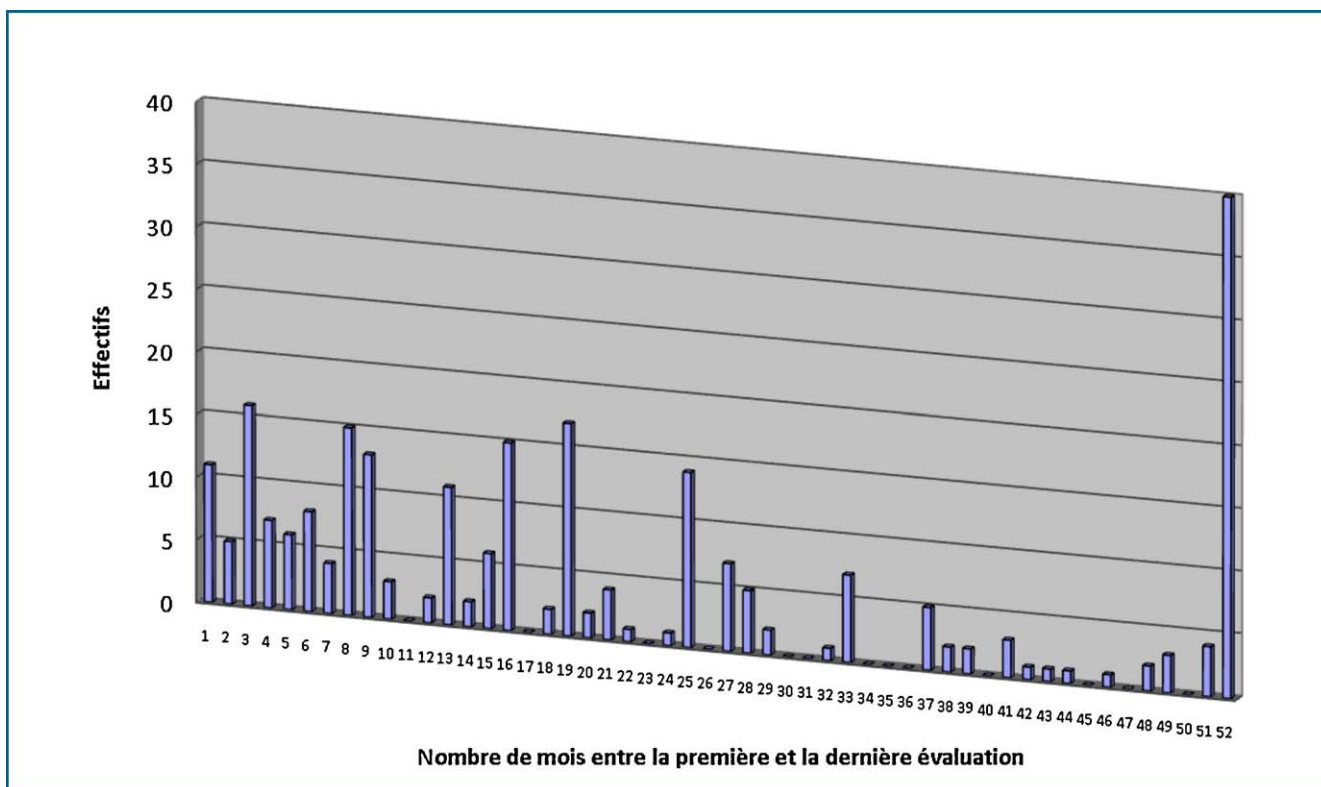


Figure 2. Durée des évaluations.

### Encadré 1 Typologie utilisée pour classer la capacité motrice optimale des personnes Âgées.

Consignes de passation : l'échelle est construite de façon à ce que chaque niveau atteint implique l'acquisition des niveaux précédents. Pour les scores de marche (à partir de quatre) l'évaluation est faite en général de façon «écologique», soit au cours d'activité de la vie quotidienne, soit (le plus souvent) pendant la séance de rééducation. Dans tous les cas, c'est la performance optimale qui est notée. Si les capacités fluctuent au cours de la journée, le score obtenu au meilleur moment est retenu.

Score 1 : grabataire (G) (ne tient pas en position assise plus de 15 minutes).

Score 2 : assis au fauteuil (F) (tient assis au fauteuil plus de 15 minutes).

Score 3 : verticalisation (V) (peut-être verticalisée même de façon incomplète sur la table ou avec un module de verticalisation pendant au moins dix minutes).

Score 4 : parallèles aidé derrière (PAD) (garde une possibilité de déambulation artificielle entre les barres parallèles avec une aide importante d'un soignant placé derrière la personne qui arrive à se déplacer sur plus de cinq mètres).

Score 5 : aidé derrière (AD) (le soignant est placé derrière la personne et l'étaye fortement pendant qu'elle parcourt les cinq mètres).

Score 6 : à deux (A2) (la personne arrive à faire cinq mètres fortement soutenue par deux soignants placés latéralement).

Score 7 : seule parallèle (SP) (la personne arrive à faire cinq mètres seule entre les barres parallèles).

Score 8 : accompagné latéral (AL) (la personne arrive à faire cinq mètres, un soignant l'accompagnant en la tenant latéralement).

Score 9 : seule (S) (la personne arrive à se déplacer cinq mètres seule quel que soit son mode de déambulation : déambulateur, cannes anglaises, canne simple, sans orthèse).

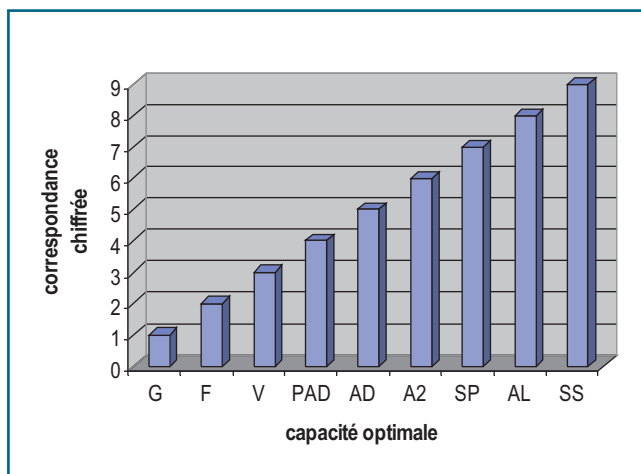


Figure 3. Cotation de la capacité posturale ou motrice maximale.

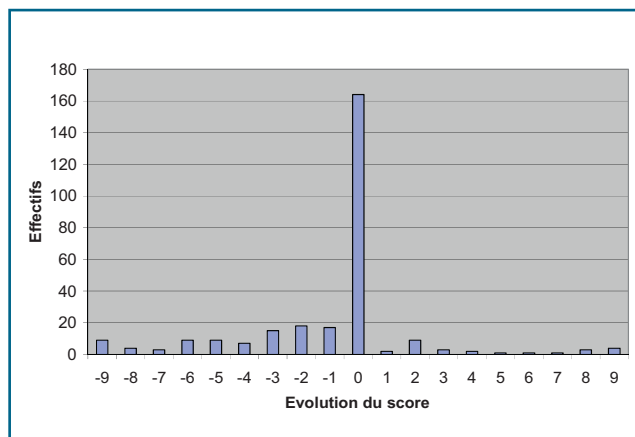


Figure 4. Évolution de la capacité posturale ou motrice pendant le séjour en EHPAD.

tous les membres de l'équipe soignante dans leur domaine de compétence spécifique participe à la construction d'un système de valeur, d'une dynamique de prise en charge, d'une philosophie de soin [11] hautement bénéfique pour le résidant !

Nous tenons ainsi à souligner l'importance de notre collaboration avec l'ergothérapeute qui intervient au sein de notre équipe. Sa compétence pour le choix du matériel, pour l'installation des résidents, pour la mise en pratique des techniques de rééducation dans les mouvements fonctionnels du quotidien, en font une actrice indispensable et une intermédiaire précieuse entre rééducateurs et soignants.

Bien entendu, pour être totalement validés, ces résultats mériteraient d'être comparés avec l'évolution d'une population semblable ne bénéficiant pas de prise en charge kinésithérapique.

D'un point de vue déontologique, cela nous paraît difficilement envisageable : on voit mal, en effet, comment défendre l'idée de laisser pendant plus de quatre ans une centaine de lits d'hébergement gériatrique sans prise en charge de la motricité !

### Organisation et principes du « prendre soin » en kinésithérapie

Tout d'abord, dans une approche se réclamant du « prendre soin » (du « care » chez les anglo-saxons), il est indispensable que les kinésithérapeutes intègrent un fonctionnement qui aille au delà du simple exercice sur prescription médicale. Il leur faut aussi faire preuve d'autonomie en s'investissant dans le travail de prévention secondaire qui prend en compte la fragilité du sujet âgé (ici concernant les adaptations posturales) afin d'éviter la dépendance [12].

Il est également du rôle des kinésithérapeutes de tenir des dossiers spécifiques pour chaque résident afin de « tracer » la prise en charge et l'évolution de la motricité et des capacités fonctionnelles.

Pour notre part, nous avons également pris l'habitude d'avoir une réunion mensuelle avec les médecins pour faire le point sur les prises en charge.

Nous intervenons selon deux modalités :

- directement dans les services, dans les chambres ou dans les couloirs, surtout le matin, cela afin de prendre

en charge les résidents qui ne peuvent sortir de leur chambre ou qui ne veulent pas venir en salle de rééducation ; ce moment est très important aussi parce qu'il nous permet de travailler côte à côte avec nos collègues aides-soignantes et infirmières ; le travail dans les services consiste essentiellement en des marches accompagnées, en des massages, en des aides au transfert pour les malades difficiles ;

- une heure et demie le matin et une heure le soir dans notre salle de rééducation : les résidents sont amenés et restent avec nous tout le temps de la séance ; certains font du vélo, d'autres marchent entre des barres parallèles, quelques-uns sont verticalisés ; les appareils d'électrothérapie sont très utilisés (le matin, il est servi un café fait maison à chaque participant !).

Lorsqu'ils ont vraiment besoin d'une prise en charge intensive, certains résidents peuvent être pris en charge individuellement le matin, puis collectivement un peu plus tard, voire même une deuxième fois collectivement ou individuellement l'après-midi.

Les principes de prise en charge sont les suivants :

- évaluation systématique, répétée et régulière de chaque résident en ce qui concerne son installation, ses capacités de transfert et de locomotion ;
- régularité dans la prise en charge : sur le plan physiologique, il est illusoire de croire en l'efficacité de séances sporadiques ; les sollicitations doivent être au minimum quotidiennes ; il importe aussi de s'organiser pour les périodes de vacances afin de maintenir la continuité du « prendre soin » (nous avons la preuve de la nécessité de maintenir cette régularité lors des longs week-ends de printemps pendant lesquelles les personnes âgées qui ne sont pas sollicitées trois ou quatre jours d'affilée présentent un émoussement de leurs capacités) ;
- réactivité en cas de situation « à haut risque » (décompensation, fracture, chute...) avec sollicitation pour entretenir les capacités motrices aussi précocement que possible ;
- adhésion des résidents : il est absolument nécessaire que le projet de soins en kinésithérapie soit aussi le projet de la personne concernée : cette coopération n'est pas toujours acquise d'emblée ; il faut savoir ne pas s'arrêter au premier refus mais savoir argumenter, convaincre, séduire ; dans ce sens, nous sommes réticents à utiliser le terme de « stimulation » (en effet, le terme vient du mot latin *stimulare* qui signifie « aiguillon » ; et lorsqu'on parle d'aiguillonner les grands vieillards, on se place dans une perspective de harcèlement qui n'a plus rien à voir avec un positionnement soignant !) ;
- aspect convivial de la prise en charge : les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont des lieux dans lesquels, finalement, la vie sociale est réduite à la portion congrue ; or, la prise en charge en kinésithérapie est aussi l'occasion de se rencontrer, de plaisanter, de boire un café ensemble ; dans ce sens, il y a toujours quelques personnes qui viennent, le matin ou le soir, en salle de rééducation, simplement pour s'asseoir avec les autres, pour prendre un café, ou uniquement pour nous rendre

visite ; les membres du personnel, soignant ou des services techniques, qui passent par là à l'heure du café sont cordialement invités à partager une tasse avec les résidents présents.

## Conclusion

Le maintien des capacités gestuelles et motrices, en général, et des capacités de marche, en particulier, sont des éléments perçus comme essentiels dans l'appréciation de leur qualité de vie par les personnes âgées vivant en structure d'hébergement [13].

Il appartient au kinésithérapeute qui est le référent expert en ce qui concerne la motricité des résidents d'accompagner ce désir.

Le modèle d'organisation en EHPAD que nous proposons évite l'évolution vers la dépendance.

## Conflit d'intérêt

L'auteur de l'article : « Organisation de la kinésithérapie en EHPAD : à propos d'une étude sur 53 mois », Nicolas Lépine, atteste sur l'honneur que la rédaction de cet article n'est pas liée à un conflit d'intérêt.

## Références

- [1] Lureau I, Krelil Y. Prise en charge kinésithérapique en EHPAD, DIU de formation à la fonction de médecin coordonnateur en EHPAD. Paris: Université Paris 5; 2005, <http://www.ehpap.org/Bibliotheque/Memoires/memoire%20lureau%20isabelle.pdf>.
- [2] Lépine N. Vieillir en institution, sexualité, maltraitance, transgression. Lyon: Chronique Sociale; 2008.
- [3] Van Swearingen JM, Brach JS. Making geriatric assessment work: selecting useful measures. *Phys Ther* 2001;81(6):1233–52.
- [4] Le Sommer-Père M. Les différents niveaux de coordination. *Gerontol Soc* 2002;1:49–63.
- [5] Villez A. EHPAD la crise des modèles. *Gerontol Soc* 2007;4:169–84.
- [6] Saint-Jean O. Gériatrie hospitalière et PMSI. *Gerontol Soc* 2001;4:147–59.
- [7] Bobin C. La présence pure. Paris: Le temps qu'il fait; 1999.
- [8] Lépine N, Bailly M. Mesure de la capacité de marche des résidents : le test des 5 m. *NPG* 2006;6(36):39–46.
- [9] Viel E. La marche humaine, la course et le saut. Biomécanique, normes et dysfonctionnements. Paris: Masson; 2000.
- [10] Hirvensalo M, Rantanen T, Heikkinen E. Mobility difficulties and physical activity as predictors of mortality and loss of independence in the community-living older population. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(5):493–8.
- [11] Gineste Y, Pélissier J. Humanité. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux. Paris: Armand Colin; 2007.
- [12] Arveux I, Faivre G, Lenfant L, et al. Le sujet âgé fragile. *Rev Ger* 2002;27(7):569–81.
- [13] Guse LW, Masesar MA. Quality of life and successful aging in long-term care: perceptions of residents. *Issues Ment Heal Nurs* 1999;20:527–39.