



*Place des rééducateurs  
dans un projet d'établissement*

*Octobre 2014*

## SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1°) Présentation des professionnels.....</b>	<b>2</b>
<b>2°) Cas clinique.....</b>	<b>4</b>
2.1 - Médecine aiguë gériatrique.....	5
2.2 - Soins de suite gériatrique.....	6
2.3 - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes .....	8
<b>3°) Discussion .....</b>	<b>10</b>
a) La répartition inégale des différents acteurs de la rééducation au cours du parcours de santé.....	10
b) L'intérêt de la pluridisciplinarité et son évolution possible vers l'interdisciplinarité..	11
c) L'interdisciplinarité, source optimale de prévention.....	12
<b>Conclusion.....</b>	<b>14</b>
<b>Auteurs .....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>15</b>

## Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le vieillissement comme « un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme au passage du temps. » La sénescence conduit à une fragilité qui induit fréquemment une poly-pathologie et de multiples hospitalisations. De fait, la prise en charge des patients âgés nécessite des compétences spécifiques afin de couvrir l'ensemble de leurs besoins et il est essentiel de diversifier les approches professionnelles.

Le nombre et le temps de présence des paramédicaux dans les établissements font l'objet de négociations avec les instances tutélaires<sup>1</sup>, ces dernières allouent ensuite un budget sur des bases réglementaires. Différents paramètres entraînent donc la priorisation de certains postes. Malgré ce principe de réalité, notre hypothèse est que la pluridisciplinarité dans le domaine de la rééducation et réadaptation fonctionnelle est indispensable pour une prise en charge optimale du patient.

Afin d'étayer ce postulat, la réflexion sur les champs de compétence spécifique de la masso-kinésithérapie, de l'orthophonie, de l'ergothérapie et de la psychomotricité menée par notre groupe de travail va vous être exposée. Un cas clinique nous permettra ensuite d'illustrer les missions de chaque professionnel, leurs complémentarités et leurs limites, dans les différentes structures susceptibles d'accueillir la personne âgée.

Enfin, notre discussion tentera de vérifier que « l'interdisciplinarité ne se résume donc pas à une juxtaposition statique de savoirs et de compétences mais constitue un processus dynamique sous-tendu par un enrichissement mutuel au service d'objectifs ou de projets communs ».<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Conseil Général et Agence Régionale de Santé

<sup>2</sup> « Interprofessionnalité en gérontologie » sous la direction de D. Manière, M. Aubert, F. Mourey et S. Outata.

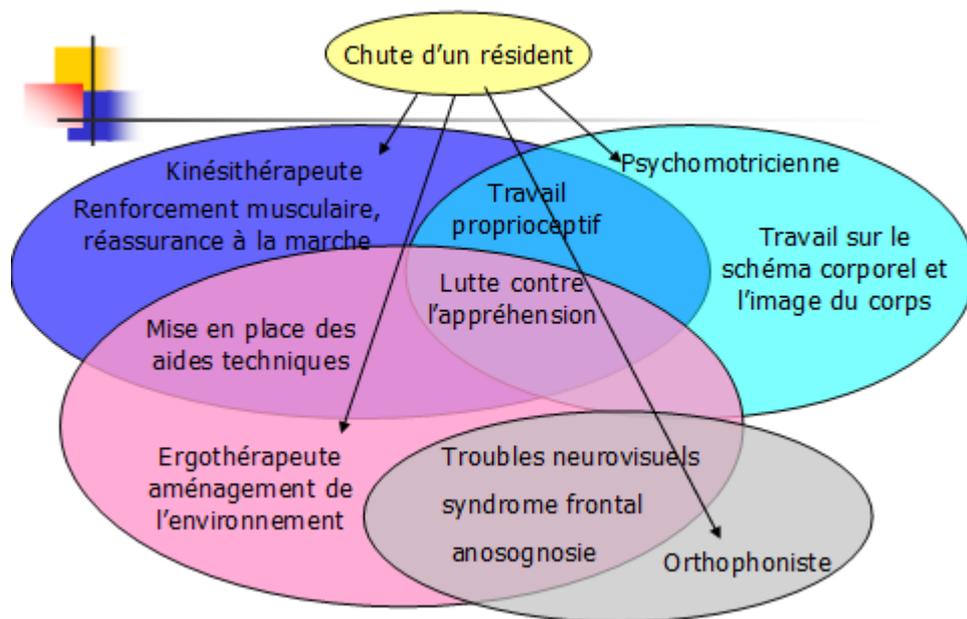
## 1°) Présentation des professionnels

Notre groupe de travail est constitué de professionnels de la rééducation le plus couramment présents au sein des différentes structures, de médecins et de directeurs d'établissements prenant en charge des personnes âgées. Les participants ont étudié le décret de compétences de chacun des paramédicaux rééducateurs afin de dégager les spécificités mobilisables en gériatrie. Six problématiques prédominantes en gériatrie ont particulièrement guidé l'étude de leur complémentarité : l'aide aux transferts, les actes de la vie quotidienne, la prévention des chutes, les troubles posturaux, les aides techniques et les troubles cognitifs.

Masseur Kinésithérapeute	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien
<b>Préserver, maintenir, améliorer l'autonomie</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluer par des bilans et optimiser les capacités physiques restantes des résidents</li> <li>- Permettre une approche spécifique, technique et fonctionnelle, de l'inconfort et de la douleur</li> <li>- Mettre en œuvre les actes de rééducation et de réadaptation en regard des différentes pathologies des seniors</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer l'indépendance et l'autonomie des résidents</li> <li>- Mettre en œuvre des actions de rééducation, de prévention, de réadaptation, de confort et de sécurité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en charge les troubles de la déglutition</li> <li>- Evaluer et rééduquer les troubles de la communication et du langage</li> <li>- Stimuler les capacités cognitives</li> <li>- Assurer l'information des équipes, du patient et de l'entourage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser l'indépendance et l'autonomie des résidents</li> <li>- Rétablir ou maintenir l'équilibre psychocorporel</li> <li>- Intervenir sur les fonctions motrices, mentales et affectives</li> </ul>

Ces professionnels ont des champs d'intervention et des approches différentes mais néanmoins complémentaires de la personne. Outre la prise en charge des patients, ils forment et conseillent au quotidien les autres soignants et les stagiaires.

Le schéma suivant, construit autour de la problématique des chutes, synthétise les liens entre ces professionnels tout en définissant la spécificité de chacun :



## 2°) Cas clinique

Nous nous intéressons à Mme P, patiente âgée de 78 ans, diagnostiquée Maladie de Parkinson Idiopathique (MPI) il y a 8 ans et dont le contenu du dossier médical nous a paru exhaustif.

Mme P, aujourd'hui à la retraite, est ancienne première main qualifiée en haute couture. Elle vit seule dans un appartement situé au 4<sup>ème</sup> étage d'un immeuble sans ascenseur. Des aides à domicile sont mises en place pour l'accompagner dans son quotidien. Actuellement, une aide-ménagère vient deux fois par semaine, une infirmière intervient pour préparer son traitement et des repas lui sont livrés.

Quelques jours après la fin d'un traitement pour une diarrhée aiguë, Mme P chute durant la nuit. Le matin, elle est trouvée au pied de son lit par son aide-ménagère et est conduite aux urgences.

Le compte-rendu décrit :

- des fluctuations motrices
- un faciès figé inexpressif
- une hypertonie et une acinésie symétrique
- une dysarthrie paralytique
- un trouble de déglutition aux liquides
- une désorientation
- une déshydratation
- une Insuffisance Rénale Aigue/ rhabdomyolyse
- une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus droit comminutive intra articulaire
- une alcoolémie négative
- une tomodensitométrie normale

Devant l'absence d'indication opératoire, le service des urgences décide d'hospitaliser Mme P en médecine aiguë gériatrique.

### 2.1 - Médecine aiguë gériatrique

Lors de cette hospitalisation, qui dure une dizaine de jours, le bilan étiologique de la chute élimine une cause cardiovasculaire ou comitiale. Le traitement pour la MPI est réévalué et adapté et les troubles hydroélectrolytiques sont corrigés. Les médecins prescrivent une immobilisation par attelle de Dujarier, des antalgiques et une prise en charge rééducative qui s'organisera comme suit :

Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Ergothérapeute	Psychomotricienne
1°) Bilan  2°) Prise en charge : → sur séquelle de fracture : motricité extrémité membre supérieur → séquelle chute : verticalisation, lutte contre la rétropulsion, travail de confiance  ----- Séances quotidiennes, durée : en fonction de l'état de fatigue	1°) Bilan de déglutition et de dysarthrie  2°) Prise en charge : → déglutition : adaptation liquides (eau gazeuse froide) → dysarthrie (articulation) et dysprosodie (souffle) → des troubles de l'orientation  ----- Intervention ponctuelle 30 minutes	1°) Bilan  2°) Prise en charge : → installation, positionnement, confort. → aides compensatoires aux Actes de la Vie Quotidienne. +  ----- Intervention ponctuelle 30 minutes.	1°) Bilan  2°) Prise en charge : → schéma corporel et image du corps → sphère psycho-affective  ----- Séances : 2 fois par semaine durée : en fonction de l'état de fatigue

Chacun des professionnels de rééducation travaille en lien avec l'équipe soignante afin d'optimiser et d'assurer une continuité de soin. En plus de ces interlocuteurs, la diététicienne pratique également un bilan et préconise un enrichissement alimentaire par des compléments protéinés.

Au cours de l'hospitalisation, le médecin gériatre informe le médecin généraliste des différents éléments médicaux.

L'assistante sociale prend contact avec la famille dans le but d'établir un **bilan social**. Ce dernier stipule que le retour au domicile est envisageable mais qu'il nécessite des aides supplémentaires, une demande d'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (APA) est recommandée. Enfin, dans l'éventualité d'une entrée dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), une documentation ainsi qu'un dossier d'admission (cerfa n°14732\*01) sont remis pour une recherche de structure à titre payant.

Bilan fonctionnel de sortie de médecine aigue :

*Mme P présente des douleurs résiduelles, des troubles de l'équilibre majorés par le port du Dujarier.*  
*Elle présente aussi un trouble du schéma corporel et de l'image du corps qui accentuent des troubles psycho-affectifs.*  
*On observe des troubles de la déglutition aux liquides, une dysarthrie et des troubles cognitifs modérés.*  
*Un suivi en rééducation est préconisé.*

## 2.2 - Soins de suite gériatrique

Il est proposé de poursuivre l'hospitalisation en soins de suite gériatrique. Dans ce service, les patients restent environ trois semaines. Toutes les prises en charge sont effectuées sur prescription médicale. L'approche principalement fonctionnelle va progressivement privilégier l'autonomie en tenant compte des fragilités. Cette prise en charge concerne tous les soignants et va nécessiter une inter professionnalité sous-tendue par la pluridisciplinarité.

Le bilan médical de Mme P n'objective pas de trouble trophique. Il est décidé de l'accompagner aux toilettes la journée et de lui proposer des protections la nuit.

L'intervention de chaque professionnel s'organise comme suit :

Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Ergothérapeute	Psychomotricienne
<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge :            → travail sur membre supérieur jusqu'à libération du coude.            mobilisation poignet et main +travail musculaire, massage de l'épaule si possible, auto rééducation            → rééducation à la marche avec aide humaine en raison du déséquilibre entraîné par le Dujarrier, le plus souvent possible par l'ensemble des intervenants.            → Dès l'ablation du Dujarrier :            -Massage et mobilisation douce épaule et coude, récupération des amplitudes            - Travail des transferts assis debout et retour, travail de l'équilibre statique, travail de la marche dans toutes ses composantes :            - Travail des rotations dans le lit, lever autonome            → Dès que l'épaule est indolore :            -travail d'assouplissement des ceintures ouverture du tronc couplé au travail respiratoire            - travail de relever du sol            - Travail des différentes composantes de la marche</p> <p>-----</p> <p>Séances : 5 fois par semaine</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge :            → déglutition : adaptation de texture solide – maintien eau gazeuse            → majoration troubles de la parole (praxies bucco-faciales, articulation, souffle, voix)            → fonctions cognitives en collaboration</p> <p>-----</p> <p>Séances : 2 fois par semaine</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge :            → Entretien mobilité membre fracturé à travers la manipulation d'objets usuels + dextérité du membre gauche            → Intégration aides techniques pour toilette /habillage/repas, avec travail associé pour → Intégration dans groupe « prévention des chutes » avec éducation gestuelle et posturale en rapport avec les A.V.Q            → resocialisation, stimulation par émulation            → fonctions cognitives            → travail auprès de l'équipe soignante sur l'accompagnement dans la déambulation (gênée par le Dujarrier), surtout pour installation aux W.C , les gestes de la toilette et l'aide aux repas en attendant la libération de l'épaule</p> <p>-----</p> <p>→ Visite A Domicile :            évalue les contraintes environnementales et le potentiel de revalidation.</p> <p>-----</p> <p>Séances : 3 fois par semaine</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge :            → schéma corporel et image du corps            → tonus            → coordination dynamique générale            → sphère cognitive en collaboration            → sphère psycho-affective            → éducation thérapeutique</p> <p>-----</p> <p>Séances : 3 fois par semaine</p>

Les paramédicaux se réunissent pour organiser les prises en charge en tenant compte de la fatigabilité de Mme P., des symptômes inhérents à la MPI, et de son projet de vie. Les séances collectives programmées permettent également de favoriser les interactions sociales.

Au cours de son hospitalisation, Mme P. fait part de son intention d'entrer en EHPAD. Sa famille l'aide à trouver un établissement.

Evaluation de sortie du Service de Soins de Suite et Réadaptation :

*Mme P présente :*

- *Une fonctionnalité du membre supérieur en cours d'amélioration malgré des amplitudes articulaires limitées et des douleurs résiduelles*
- *un trouble psychomoteur avec notamment un trouble de l'équilibre et des troubles praxiques imputables à la MPI*
- *les troubles de la déglutition nécessitent une adaptation des textures et une surveillance ponctuelle.*
- *une altération des fonctions exécutives et mnésiques.*

### **2.3 - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes**

Lors de l'entrée en EHPAD, le dossier de la résidente rassemble les comptes rendus des différentes hospitalisations.

Le personnel paramédical est moins représenté dans ces établissements que dans un SSR. Bien souvent, le masseur-kinésithérapeute et l'orthophoniste sont des intervenants libéraux, tandis que le psychomotricien et l'ergothérapeute sont salariés. La collaboration entre les différents professionnels est moins aisée mais existe toutefois grâce aux transmissions et à la traçabilité des actes de chacun.

A l'aide du dossier patient et de l'examen clinique, le médecin coordonnateur valide la poursuite de la rééducation.

La dimension rééducative fait partie du Projet d'Accompagnement Personnalisé et s'organise comme suit :

Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste libérale	Ergothérapeute	Psychomotricienne
<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge : Poursuite du travail entrepris en SSR. La prise en charge en kinésithérapie est basée sur des évaluations réalisées à l'arrivée de la personne. Elle doit permettre un suivi des capacités fonctionnelles par l'ensemble des intervenants de la structure afin de permettre l'intégration de leur évolution dans les activités de la vie courante. La globalité de la prise en charge est primordiale pour tenir compte aussi bien des séquelles éventuelles du traumatisme du membre supérieur droit que du syndrome post chute. Ce processus étant également sous-tendu par la maladie de parkinson.</p> <p>-----</p> <p>Séances : 3 fois par semaine</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge : → surveillance des troubles de la déglutition → dysphonie et souffle → dysarthrie et praxies bucco faciales → stimulation cognitive</p> <p>-----</p> <p>Séances : 1 fois par semaine</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge : → rééducation préhension et réadaptation à la manipulation d'objets usuels → mise en situation et entraînement à la déambulation dans l'établissement → réadaptation des aptitudes psycho-sociales à la vie quotidienne → stimulation des fonctions cognitives. → réadaptation des aptitudes psycho-sociales à la vie quotidienne. → éducation posturale et gestuelle individuelle</p> <p>-----</p> <p>Séances : 2 fois par semaine en individuelle et 2 fois par semaine en groupe</p>	<p>1°) Bilan</p> <p>2°) Prise en charge : → Stimulation sensorielle/équilibre statique et dynamique/posture → Sphère temporo-spatiale → graphisme → motricité fine/praxies → sphère cognitive → Image du corps → vécu psycho-corporel → interaction environnement → sphère psycho-affective → gestion douleur → éducation thérapeutique</p> <p>-----</p> <p>Séances : 1 fois par semaine en individuelle et 1 fois par semaine en groupe</p>

Des bilans sont effectués par les rééducateurs tous les 6 mois afin de réajuster le plan de soin en fonction des capacités et des besoins de la résidente.

### **3°) Discussion**

#### **a) La répartition inégale des différents acteurs de la rééducation au cours du parcours de santé**

Le parcours institutionnel exposé montre l'importance de la présence de chacun des professionnels.

Pourtant la répartition des rééducateurs la plus communément observée aujourd'hui s'avère être la suivante :

	Masseur Kinésithérapeute	Orthophoniste	Ergothérapeute	Psychomotricien
Médecine aiguë gériatrique	Présence fréquente	Présence peu fréquente	Présence rare	Très rare
Soin de suite gériatrique	Présence fréquente	Présence peu fréquente	Présence fréquente	Rare
EHPAD	Présence fréquente	Présence rare	Présence rare	Présence fréquente

Nous émettons l'hypothèse que la répartition des professionnels de rééducation pourrait être liée à des contingences d'ordre économique, démographique, mais aussi à une méconnaissance de ces différentes professions et de leurs spécificités.

Les recommandations éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) ne citent que les masseurs-kinésithérapeutes.

Les articles sur lesquels nous avons travaillé citent fréquemment les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes ou encore les aides physiques adaptées mais plus rarement l'ergothérapeute ou le psychomotricien et encore moins l'orthophoniste.

La réflexion autour de nos pratiques professionnelles objective le bénéfice apporté par l'inter professionnalité. En effet, l'intrication des spécificités est gage d'une conduite optimale du projet thérapeutique, de son élaboration à sa réalisation.

## b) L'intérêt de la pluridisciplinarité et son évolution possible vers l'interdisciplinarité

### *Pluridisciplinarité – interdisciplinarité - transdisciplinarité ?*

Depuis quelques années, les termes de pluridisciplinarité, interdisciplinarité ou encore transdisciplinarité sont de plus en plus cités, que ce soit dans les écrits de l'HAS ou dans différentes études. Il apparaît que l'émergence de nouvelles pratiques conduise à utiliser davantage ce type de terminologie.

Le pédagogue Jacques Ladsous alloue pour chaque préfixe un niveau de travail différent :

- la **pluri**-disciplinarité intervient dans un contexte de recherche où chaque praticien d'une discipline conserve la spécificité de ses concepts et méthodes. Ainsi, les professionnels sont davantage dans une démarche analytique où ils juxtaposent leurs connaissances et pratiques.

- la **trans**-disciplinarité désigne un savoir qui parcourt diverses sciences en passant outre les frontières de chaque discipline.

- l'**inter**-disciplinarité suppose l'échange des connaissances, des méthodes utilisées basées sur le socle commun à toutes les disciplines, il s'agit d'une coopération active.

Le maintien de l'autonomie de la Personne Agée reste l'objectif commun des rééducateurs et ne peut être envisagé sans pluri professionnalité.

Par ailleurs, comme l'ensemble du personnel soignant, les rééducateurs se heurtent à différentes contraintes de prise en charge, comme l'absence d'adhésion du patient et certains troubles cognitifs ou psychiatriques.

En ce sens l'interdisciplinarité constitue une ressource.

Pour parvenir à travailler ensemble, les professionnels disposent de différents moyens, selon l'organisation interne au service :

#### ➤ Les réunions institutionnelles.

Lieux d'échanges, d'interactions, et de partage de connaissances, les réunions institutionnelles permettent de mieux cerner les pratiques et les outils de chacun et donc de définir et d'ajuster le Projet thérapeutique et le Projet d'accompagnement personnalisé.

Cependant, toutes les institutions ne permettent pas la rencontre de l'équipe. Dans les services où la rééducation fonctionnelle a une place primordiale (médecine aigüe et soins de suite), ces réunions sont programmées. Dans les EHPAD les contraintes organisationnelles liées à l'exercice libéral ne sont pas toujours compatibles avec l'organisation de telles réunions.

#### ➤ les transmissions écrites

La transmission d'un dossier patient exhaustif est primordiale pour une continuité de prise en charge efficiente.

Son absence constitue une perte de temps mais aussi une perte de chance pour le patient.

Nonobstant, le lecteur aura perçu toute l'importance que revêt une transcription des résultats du bilan et des objectifs thérapeutiques qui en découlent. Cette transcription précise, fiable et accessible à l'ensemble des intervenants, permet également de rester centré sur le Projet du patient.

➤ La prise en charge individuelle et/ou collective

L'accès au plateau technique de rééducation permet au patient d'explorer plus en avant ses capacités, renforce ou restitue un lien social et permet de rythmer sa journée.

Dans un premier temps la prise en charge individuelle est essentielle pour établir un bilan et une relation de confiance avec le patient qui favoriseront son adhésion au programme de rééducation.

Sous réserve d'une organisation et d'une coordination des services, la prise en charge en groupe est tout aussi intéressante bien qu'elle se trouve trop souvent reléguée au rang de palliatif lorsque l'offre de soins en rééducation est réduite de part le manque de professionnels.

L'émulation créée par le groupe suscite la motivation et renforce des liens qui parfois perdurent en dehors du plateau technique.

L'animation de ces groupes par différents rééducateurs permet de tendre vers les mêmes objectifs thérapeutiques et de varier les activités en conjuguant les approches.

La prise en charge collective n'exclut pas une approche individualisée.

Le bénéfice individuel obtenu de la PEC collective doit être transcrit dans le dossier patient. Ce bénéfice peut être valorisé dans la coupe PATHOS.

**c) L'interdisciplinarité, source optimale de prévention**

La prévention des chutes est l'un des domaines le plus étudié en gériatrie.

Du trouble sensoriel au trouble mécanique en passant par l'environnement, les causes de chutes sont multiples. Quel qu'en soit le mécanisme, les conséquences sont majeures tant sur le plan psychique que corporel et social. Les chutes font partie des premières causes d'hospitalisation, d'institutionnalisation et de perte d'autonomie (Source Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES).

Cette fragilité engendrée par la chute est potentiellement réversible par l'action de mesures spécifiques dont les actions de prévention primaires et secondaires.

Aujourd'hui, lors d'une hospitalisation pour une chute la prise en charge est prioritairement centrée sur les conséquences corporelles. En fonction des troubles observés l'intervention médicale est parfois vitale. Dans cette phase initiale l'intervention des rééducateurs est parfois très limitée en raison de la fragilité somatique des patients mais une fois cette période passée il est nécessaire que l'ensemble des rééducateurs interviennent sur les conséquences psychocorporelles de cette chute. La prise en compte des troubles psycho-affectifs secondaires à la chute va influencer sur la dynamique de prise en charge. Elle est incontournable dans le cadre de la prévention secondaire.

Concernant le parcours de santé et de vie des personnes âgées en référence au dossier « promouvoir la sante des personnes âgées », il existe trois situations de vieillesse et différentes trajectoires de vieillissement.<sup>3</sup>

➤ 3 situations de vieillesse :

- La dépendance, incapacité d'accomplir les actes de la vie quotidienne
- La fragilité, perte progressive des réserves physiologiques et sensorimotrices
- L'indépendance, en bonne santé relative car avec parfois des affections physiologiques bien gérées.

Ces 3 situations laissent augurer de trajectoires très diverses. Le parcours classique de l'indépendance à la dépendance n'est pas systématique. En effet au stade de la fragilité avec son potentiel de réversibilité, la prévention a toute sa place et la prise en charge pluri professionnelle peut autoriser une amélioration durable qui retarde d'autant l'entrée dans la dépendance.

Pour que le parcours soit le moins chaotique possible, l'échange et la complémentarité des différents professionnels apparaissent incontournables

Ainsi selon l'approche développementaliste de Baltes et Baltes, « le véritable enjeu n'est pas de récuser le vieillissement mais d'y faire face, de l'affronter et tant que faire se peut de le négocier ».<sup>4</sup>

L'exemple du patient chuteur montre qu'une prise en charge pluri professionnelle impacte favorablement les coûts financiers globaux de la dépendance pour la collectivité.

Or dans le monde institutionnel cet axiome se heurte au budget contraint qui impose des arbitrages réduisant le nombre d'intervenants et ainsi les possibilités d'interdisciplinarité.

Aujourd'hui plus que jamais, l'adage « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût » oblige à des arbitrages budgétaires drastiques. Ainsi, à l'issue d'âpres négociations, les dirigeants d'établissements ne peuvent qu'actionner le levier principal à leur disposition, à savoir celui de la masse salariale.

En outre, le manque d'attractivité financière en institution limite le recrutement des professionnels de rééducation pourtant convaincus par la démarche pluri professionnelle.

---

<sup>3</sup> INPES [www.inpes.sante.fr/SLH/articles/401/02.htm](http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/401/02.htm)

<sup>4</sup> Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging : A model of selective optimisation with compensation. In : Baltes P. B., Baltes M.M (dir). Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences. New-York : Cambridge University Press, 1990 : 1-34.

## Conclusion

Si « le poids de la santé sur les trajectoires de vie est manifeste »<sup>5</sup>, n'appartient-il pas aux différents professionnels du soin de l'alléger ?

Le cas clinique présenté montre que l'intervention conjointe des professionnels de la rééducation permet de potentialiser une prise en charge globale : mécanique, cognitive, psycho-affective, environnementale et sociale.

Comme le dit Paul Eluard (*poésie ininterrompue, Ailleurs, ici, partout*)  
« Vieillir c'est organiser sa jeunesse au fil des ans »

Le parcours de la vieillesse est marqué par différentes fragilités que l'interdisciplinarité serait à même d'amender si elle s'inscrivait dans un programme de prévention personnalisé.  
Il s'agit d'un enjeu de société.

---

<sup>5</sup> Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging : A model of selective optimisation with compensation. In : Baltes P. B., Baltes M.M (dir). Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences. New-York : Cambridge University Press, 1990 : 1-34.

## Ont participé à la rédaction de ce document

Marjorie Bailly, Ergothérapeute

Claire Cléach, Masseur kinésithérapeute

Bruno Froger, Médecin gériatre

Charlotte Guichard, Orthophoniste

Françoise Lorentz, Coordinatrice du REGIES-95

Louis Nouvel, Directeur d'EHPAD

Myriam Pochart, Psychomotricienne

## BIBLIOGRAPHIE

Faure K., Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh. Neuro psychiatr gériatr (2012),  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2012.07.015>

Thomas J.M., (2003), La prévention des chutes et de leurs complications chez la personne âgée,

<http://ledico.lamaisondelautonomie.com/index.php?id=50>

<http://www.rvh-synergie.org/component/content/article/111-debats-reflexions/645-pluridisciplinarite->

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes\\_repetees\\_personnes\\_agees\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf)