

Audit d'autonomie de la personne à mobilité réduite

(dossier proposé à l'évaluation de terrain)

RENSEIGNEMENTS A EXTRAIRE DE LA PRESCRIPTION MEDICALE.

- Nom de la pathologie;
- Motifs de la requête de kinésithérapie;
- Contre-indications médicales formelles et relatives;
- Dominante(s) de traitement à privilégier?

CLASSEMENT DE L'AFFECTION.

- Il s'agit d'une affection qui va régresser en laissant des gênes peu marquées;
- Il s'agit d'une affection qui laissera des traces durables et significatives;
- Il s'agit d'une affection chronique connue pour son évolutivité;
- Il s'agit de l'état séquellaire d'une affection qui ne peut pas régresser;

PRONOSTIC DU RESULTAT PROBABLE — on peut espérer:

- Une **restitution** fonctionnelle qui équivaut à une guérison;
- Une **substitution** fonctionnelle (nouveaux gestes pour retrouver l'autonomie);
- Une **compensation** avec nécessité d'aide humaine;
- Une **compensation** avec utilisation d'aide(s) technique(s);

Liste des aides techniques nécessaires:

- Une **compensation** avec nécessité d'aide humaine (requête pour tierce personne);

REPERTOIRE DES DYSFONCTIONNEMENTS (cocher plusieurs rubriques)

1.— Dysfonctionnements neuro-musculaires:

- Atteintes neuro-musculaires:

- Mouvements anormaux secondaires à une lésion centrale;
- Mouvements anormaux secondaires à une lésion périphérique;
- Atteinte neurologique irréversible avec handicap durable;
- Perturbations graves dues à la douleur;

2.— Dysfonctionnements musculo-squelettiques:

- Atteinte musculo-squelettique dégénérative et évolutive;
- Blessure de l'appareil moteur actif et/ou passif;
- Anomalie congénitale ou acquise avec évolution grave et irréversible;
- Anomalie acquise réversible;
- Polytraumatisme avec manifestations multiples.

3.— Dysfonctionnements de systèmes:

- Perturbation du système équilibrateur;
- Perturbation du système moteur;
- Perturbation du système sensoriel;
- Perturbation du système sensitif;
- Perturbation du contrôle gestuel;

4.— Dysfonctionnements organiques:

- Désordre respiratoire;
- Désordre circulatoire;
- Désordre cardiaque;
- Désordre de la continence.

PERTURBATION DE LA QUALITE DE VIE DU PATIENT

- 1.— Pas de perturbation des activités courantes;
- 2.— Perturbation des activités intenses (bricolage, jardinage, sports, etc.);
- 3.— Perturbation des activités courantes;
- 4.— Existence perturbée, même au repos.

AU VU DE L'EXAMEN, LES ACTES DE KINESITHERAPIE S'ORIENTENT
POUR PALLIER AUX DEFICIENCES SUIVANTES (cocher plusieurs cases si nécessaire).

- Agir contre la douleur;
- Agir contre la raideur articulaire ;
- Agir contre la raideur musculaire;
- Agir contre la tendance à la déformation orthopédique;
- Agir contre la faiblesse musculaire et l'atrophie;
- Agir contre l'incoordination des gestes;
- Agir contre les déficits posturaux;
- Agir contre les perturbations de l'équilibre;
- Agir contre les perturbations de la marche
- Agir contre la faiblesse généralisée et le manque d'endurance;
- Agir contre les anomalies de ventilation;
- Agir contre les anomalies de rythme cardiaque;
- Agir contre les défauts de circulation;
- Agir contre l'oedème ou le lymphoedème;
- Agir contre les désordres de la continence (vésicale, fécale)
- Agir contre la perte d'autonomie (désintérêt, passivité).

Sévérité de la perte d'autonomie.

Classification EZB - WHO	
Grade 0	Capable de toute activité normale sans aucune restriction;
Grade 1	Capable d'activités légères excluant toute activité physique pénible;
Grade 2	Ambulatoire et capable de se suffire à lui-même, mais incapable de toute autre activité. Hors du lit ou du fauteuil plus de 50% des heures de veille le jour;
Grade 3	Capable de quelques activités personnelles mais confiné au lit ou au fauteuil plus de 50% des heures de veille;
Grade 4	Totalement confiné au lit ou au fauteuil. Incapable de toute activité, même essentielle comme manger.

Si dépendance marquée, audit au lit.

L'évaluation des capacités fonctionnelles de la personne dans son lit doit s'assortir d'une mesure des temps nécessaires à la réalisation des activités, afin de juger du potentiel moteur.

	oui	non
1.— Se retourner du dos au ventre, ou ventre au dos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.— Passer de couché à assis bord du lit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.— Capable de tenir assis au bord du lit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.— Capable de tenir assis au bord du lit et de lever les bras:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.— Capable de tenir en bord de lit, assis sur deux oreillers:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.— Capable de passer de couché sur le dos à debout:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Normes de temps: chacune de ces activités doit être réalisée en 15 secondes, ou bien la position doit être tenue pendant 15 secondes.

Score:

- *activité réalisée seul, dans le temps requis* 5 points;
- *activité réalisée seul, mais durée entre 5 et 10 secondes de trop* 4 points;
- *activité réalisée seul, mais durée supplémentaire de plus de 10 secondes* 3 points;
- *activité réalisée avec aide humaine mineure* 2 points;
- *activité réalisée avec beaucoup d'aide humaine* 1 point;
- *activité non réalisée* 0 points

Valeurs normatives à déterminer

Si indépendance au moins partielle, audit d'équilibre.

L'avance en âge de la population propose au kinésithérapeute libéral un nouveau défi: conserver suffisamment d'équilibre, ou le restaurer chez le sujet chuteur, afin de permettre la conservation d'autonomie au domicile.

Sans matériel spécial, le libéral doit intervenir à domicile ou dans les locaux d'une maison d'accueil peu équipée. Notre but est de fournir une méthodologie d'évaluation réalisable sans moyens.

Matériel nécessaire: avec des bandes adhésives, délimiter au sol un carré de 70x70 cm, surface suffisante pour se rattraper d'un pas en cas de déséquilibres, et qui permettra d'objectiver les écarts.

Système de notation: noter le score en trois grades: 0 = ne sort pas du carré;

2 = sort du carré;

*4 = tonus oppositionnel *.*

ou bien 4 = ne décolle pas les

pieds, dans les épreuves 6, 7 et 8

Descriptif :..... Score :

Epreuve 1. Poussée ** déséquilibrante vers l'avant: après avoir prévenu le patient, appliquer une poussée entre les omoplates _____

Epreuve 2. Poussée déséquilibrante vers l'arrière: appliquer une poussée sur le sternum _____

Epreuve 3. Poussée latérale droite-gauche: après avoir prévenu, appliquer une poussée sur l'épaule droite _____

Epreuve 4. Poussée latérale gauche-droite: appliquer une poussée sur l'épaule gauche _____

Epreuve 5. Traction soudaine vers l'arrière: après avoir prévenu, appliquer une traction minime en fléchissant rapidement les doigts _____

Ces premières épreuves permettent de juger de la qualité du système vestibulaire, capable de fonctionner normalement si le sujet se rattrape d'un pas, plus faible si il dépasse les limites tracées. Le risque de chute n'est pas à négliger: les tractions doivent être modérées, et l'on doit se tenir prêt à rattraper le sujet.

Epreuve 6. Lever les yeux vers le plafond tout en maintenant on équilibre _____

Cette dernière épreuve —la plus difficile pour certains— permet de savoir si la personne risque la chute à l'occasion de travaux ménagers simples, comme de chercher les toiles d'araignée en hauteur ou changer au plafond une ampoule grillée.

* Caractéristiques du tonus oppositionnel: le sujet s'appuie fortement contre toute pression perçue, et de ce fait perd l'équilibre avant même que la manœuvre ait commencé.

** Intensité de la poussée: ceci est laissé au jugement du clinicien, et fonction des capacités du sujet.

Evaluation du résultat observé:

<i>Score catastrophique, le patient ne peut pas être laissé seul:</i>	<i>22</i>
<i>Score moyen, le patient est un danger pour lui-même:</i>	<i>18</i>
<i>Score passable, l'instabilité est peu marquée:</i>	<i>10</i>