

*“Notre rôle dans l'entretien de
l'autonomie chez le sujet âgé”*



Les personnes âgées constituent une population très hétérogène caractérisée par une grande variabilité interindividuelle, dont les besoins en matière de santé peuvent être totalement différents d'un sujet à l'autre. L'âge chronologique ne peut à lui seul définir la vieillesse car il n'est pas directement superposable au degré de dépendance. Il a été montré que les possibilités fonctionnelles constituent en revanche un moyen d'identifier plus finement les individus et par là même de définir leurs besoins. La notion de statut fonctionnel est utilisée pour identifier trois catégories de personnes: les sujets indépendants, les sujets fragiles et les sujets dépendants.

On considère aujourd'hui qu'il existe le vieillissement «réussi», correspondant aux sujets âgés en pleine forme, qui représentent 65 à 70% des personnes âgées et qui peuvent être assimilés, en termes de besoins sanitaires, à la population adulte. À l'opposé, la grande dépendance, objet de rejet social et source d'un coût économique élevé, concerne 5 % des sujets âgés, dont plus de la moitié souffre de démences. Entre ces deux états, se trouve la fragilité (15 à 25% des sujets âgés) qui comprend tous les risques de décompensations conduisant à la perte d'autonomie.

C'est aux sujets âgés fragiles, sans considération d'âge civil, que s'adresse tout particulièrement la masso-kinésithérapie à domicile.

En gériatrie, la perte d'autonomie est définie comme un syndrome clinique regroupant un ensemble de symptômes physiques et psychiques mais aussi des modifications sociales. C'est l'ensemble de ces éléments qui amène à un déclin de l'autonomie qualifiée ici de fonctionnelle. En ce sens, l'autonomie repose sur un juste équilibre entre l'incapacité fonctionnelle et les ressources matérielles et sociales disponibles. La perte d'autonomie résulte donc d'une rupture d'équilibre entre les deux. La forme clinique de ce syndrome de perte d'autonomie peut être aiguë ou subaiguë. La fragilité des patients concernés les expose à un risque majeur de décompensation fonctionnelle associée souvent à des phénomènes de « cascades et de cercles vicieux » puisque ces patients sont dans l'incapacité de s'adapter à

un stress même minime, qu'il soit environnemental, physique ou psychologique. Le risque de décompensation fonctionnelle est habituellement parallèle à celui d'une aggravation rapide de la dépendance.

La fragilité est considérée ici comme 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.

L'intervention du masseur-kinésithérapeute à domicile concerne tout particulièrement cette population qualifiée de fragile.

L'intervention au domicile de la personne âgée permet d'évaluer l'environnement physique et social et d'améliorer la fiabilité de l'évaluation fonctionnelle. De même, les progrès réalisés peuvent être analysés directement en terme de la qualité de vie.

Cependant l'intervention à domicile nécessite une adhésion de la personne âgée, une relation de confiance et un respect de la personne et de ses choix de vie.

Cependant, les liens entre vieillissement de l'équilibre et troubles de la marche, les modifications du contrôle cognitif avec l'âge, les difficultés à augmenter la vitesse et à changer brutalement de direction indiquent les axes pour la mise en place d'un programme de rééducation. La Sécurité Sociale prévoit une cotation pour la rééducation de l'autonomie chez le sujet âgé qui est «rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé». Par ailleurs, les effets bénéfiques de la marche en termes d'endurance ont été montrés chez des sujets âgés tant en institution qu'à domicile, montrant la nécessité d'inciter les personnes conservant des possibilités de déambulation à marcher plusieurs fois par semaine en dehors des séances de rééducation.

Aussi, la chute entraîne d'importantes conséquences économiques et sociales. C'est le troisième motif d'hospitalisation avec, par la suite, une institutionnalisation dans 40 % des cas. Il semble donc nécessaire d'essayer de maintenir les personnes âgées à domicile le plus

longtemps possible.

La sédentarité entraînant une diminution de la force musculaire et de l'équilibre, rend les déplacements de plus en plus difficiles et fatiguants ayant comme conséquence une majoration du risque de chute. D'autres facteurs peuvent également précipiter la chute de la personne âgée. Pour une moitié de ces personnes, nous pouvons prendre en compte les facteurs intrinsèques, tels que les pathologies aiguës et iatrogènes.

Pour l'autre moitié, des facteurs extrinsèques qui relèvent essentiellement de l'environnement ont une incidence notable sur la fréquence de survenue de la chute dans la population âgée.

Facteurs prédisposants et précipitants

présence d'affections musculo-ostéo-articulaires concourant à créer des désordres de la statique?

présence d'affections du système cardiovasculaire?

le système neurologique est-il intact?

l'intégrité du système sensoriel est-elle conservée?

la personne présente-t-elle des troubles cognitifs?

l'environnement est-il bien adapté (chaussures, chaussons mal adaptés, tapis épais, sols dénivelés, portes trop lourdes à pousser, ascenseurs trop rapides, escaliers, éclairage trop faible, etc.)?

les médicaments prescrits ne contribuent-ils pas aux risques de chute?

les rythmes de cette personne sont-ils respectés?

les aides techniques choisies sont-elles toujours judicieuses?

Rééducation de la marche

Dans les altérations de la marche chez le sujet âgé, quatre facteurs sont le plus souvent intrinsèques: les modifications de l'équilibre dynamique, les maladies spécifiques, la démotivation et l'hypoactivité, et les difficultés d'adaptation à l'effort.

En ce qui concerne la personne âgée, nous observons une diminution des performances

d'équilibration et de la marche, ainsi qu'une augmentation des défauts visuels avec trouble de la perception du relief, des distances et des contrastes. Il existe aussi un ralentissement de l'intégration des stimuli reçus et un déficit de la mémoire motrice.

C'est ainsi que le vieillissement entraîne une modification des stratégies d'équilibration:

projection plus postérieure du centre de gravité;

moindre utilisation de la stratégie de cheville au profit de la hanche;

utilisation différente de la vision (vers le bas). Malgré tout, cette modification de stratégie n'empêche pas la chute, source d'un syndrome postchute dans la plupart des cas;

en position assise, les fesses sont au bord du siège et les épaules sont contre le dossier;

le lever du fauteuil se fait avec les pieds en avant et le tronc vertical;

la rétropulsion est majorée lors de la verticalisation;

la personne âgée a tendance à vouloir s'agripper à tout ce qu'elle trouve;

la marche se fait à petits pas, sans déroulement du pied, avec augmentation du polygone de sustentation et avec des difficultés pour effectuer les demi-tours et les changements de direction.

Trop souvent négligée ou réduite à sa plus simple expression, la rééducation à la marche est un volet essentiel de la rééducation gériatrique.

La rééducation doit d'emblée se concevoir dans le cadre d'une séquence globale comprenant assis-debout, marche, demi-tour, debout-assis. Le demi-tour nécessaire au retour au fauteuil doit faire l'objet d'exercices spécifiques, tout d'abord sans fauteuil, puis avec. Les variations de vitesse sont utilisées afin de stimuler les séquences d'accélération et de freinage. De même, les changements de direction sont sollicités à vitesse variable. Les passages d'obstacle sont utilisés afin de faciliter le passage du pas. De manière à améliorer l'automatisme, il faut utiliser des sollicitations cognitives de fluence verbale, de comptage ou

autre tâche cognitive couplées aux exercices de marche.

Les exercices de tonification musculaire ne sont pas systématiques mais peuvent trouver leur place en cas de déficit avéré conduisant à une instabilité du bassin ou genou. Par ailleurs, la récupération de quelques degrés de mobilité de la cheville contribue à l'amélioration de l'équilibre et du passage du pas.

Le déconditionnement à l'effort survient rapidement chez le sujet suite à un alitement ou à une période d'hypoactivité. La rééducation cherche à augmenter progressivement le périmètre de marche en surveillant la fréquence cardiaque et de la saturation en oxygène. L'incapacité à augmenter la fréquence cardiaque doit amener à reconsidérer les objectifs de la rééducation en concertation avec le médecin prescripteur.

L'aide à la marche est utilisée par la personne âgée de manière transitoire ou définitive. C'est un outil de progression, de compensation ou de suppléance. Le choix qui en est fait par le kinésithérapeute est le plus souvent intuitif sans qu'il existe une méthode de choix basée sur des critères définis.

Associées à la marche, la montée et descente d'escalier constituent aussi un entraînement efficace.

Les exercices d'équilibre sont largement préconisés. Ils sont particulièrement orientés sur les compensations sensorielles (par exemple le toucher), les exercices d'oculomotricité (mobilité du regard), d'ancrage du regard (particulièrement lors des mouvements du tronc), et de mobilité cervicale.

Au domicile, la connaissance de l'environnement et le réglage adéquat de la lumière permettent pendant longtemps des stratégies efficaces de compensation. La méconnaissance des capacités visuelles d'une personne amène parfois les professionnels à douter de sa sincérité quand, en raison d'une atteinte de la vision périphérique, elle se déplace difficilement mais est capable de lire son journal.

La démotivation est au cœur des préoccupations en rééducation gériatrique. L'absence de motivation conduisant au refus de rééducation peut avoir un support organique à travers la fatigabilité, le trouble d'afférentation, la douleur ou la sensation d'instabilité. Ce doit être pour le kinésithérapeute la première étape de l'investigation d'un refus de rééducation.

La connaissance de ces différents facteurs permet de prendre en compte complètement la parole du malade en essayant d'abord

d'améliorer le symptôme avant d'aller vers un objectif complexe.

Rééducation du relever du sol

Indépendamment de l'intérêt de cette technique dans les conséquences des chutes, l'apprentissage du relever du sol fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d'autonomie. L'incapacité à se relever du sol à une chute sans gravité a en effet des conséquences dramatiques en termes de morbidité. Des modifications surviennent progressivement avec l'avancée en âge, dans les stratégies utilisées, indépendamment de pathologies spécifiques. Un apprentissage simple et didactique de l'enchaînement des positions nécessaires pour se relever doit se dérouler.

En effet, "les niveaux d'évolution motrice représentent des enchaînements de mouvements conduisant l'enfant de la position couchée sur le sol à des positions érigées, puis de la position debout à la marche libre et à la course". Le passage d'une position à une autre suppose un transfert d'appui, une adaptation posturale et le mouvement. Il y a différentes façons de se relever, mais le patient passera obligatoirement par un appui sur au moins un genou et la position chevalier-servant. Les principales différences résident dans le fait de passer soit par le décubitus ventral soit par la position assise sirène.

Prévention primaire

Chez des sujets qui ne sont jamais tombés, l'entraînement à la descente active au sol et au relever du sol doivent être inclus.

La mise en situation dans l'environnement propre de la personne (intérieur et extérieur) est indispensable pour favoriser une meilleure prise de conscience des solutions à sa portée. La capacité à se représenter le mouvement et à identifier les différents points d'appuis possibles permet de rendre l'environnement plus accessible, de redonner confiance et de favoriser le désir d'aller et venir.

Dans ce cadre, des exercices préparatoires permettent aux personnes âgées de conforter leur capacités motrices, voire même de les améliorer, et de lutter contre une diminution de mobilité d'installation insidieuse.

En progression, un travail de la descente active au sol est réalisé comportant des exercices en fente avant, des exercices de passage de fente avant à chevalier servant et de passage de chevalier servant à la position à genoux dressés. La descente progressive en position de chevalier servant est recherchée par une varia-

tion de la hauteur de la surface d'appui du genou.

Inversement, la séquence de redressement est à travailler avec une recherche des prises d'appuis.

Plus spécifiquement, l'appréhension de la descente au sol et la notion de vide antérieur sont abordés par des exercices de déséquilibres intrinsèques, d'abord en position assise, puis en position debout, avec une recherche d'un effet de déstabilisation par le déplacement d'objets ou de charges dans les différents plans de l'espace. Une diminution progressive de la hauteur du plan antérieur sur lequel est posé l'objet aura pour finalité de se rapprocher du sol, pour aboutir au ramassage d'objet.

Les sujets ayant déjà chuté

L'approche de la technique se fait dans un contexte complètement différent. En début de progression, une descente au sol passive est nécessaire.

Dans la population des grands vieillards fragiles fréquemment concernée par le relever du sol, le déroulement de la séquence motrice se fait à partir de la position assise. Ce choix est justifié par deux arguments: d'une part c'est la position adoptée spontanément par la personne qui a chuté et, d'autre part cela évite un passage en procubitus toujours inconfortable chez ces patients mais qui serait nécessaire si la position de départ était le décubitus.

Dans un premier temps, il faut laisser émerger l'initiative motrice, comme souvent en rééducation gériatrique puis, si nécessaire, faire intervenir aide et conseils. L'enchaînement se fait avec un passage en petite sirène, quadrupédie, puis en chevalier servant et debout, avec l'aide d'un appui antérieur fixe.

Dans ce cadre, des exercices préparatoires basés sur les schémas cinétiques de base peuvent être travaillés en rééducation, et recherchés au cours des activités de la vie quotidienne.

Les schémas concernés sont:

- le passage en latérocubitus (DD/DL) en insistant sur la rotation de la tête, l'enroulement du bras et l'utilisation d'un point fixe (qui peut être une prise manuelle mais en évitant d'exercer des tractions sur le bras du patient);
- le passage assis bord de lit (DD/assis) en évitant le pivot fessier et en ayant à l'esprit que le sujet doit réussir à faire seul la manœuvre avec d'abord un passage sur le côté, une descente des jambes et puis une verticalisation du tronc;
- un travail des différentes séquences, tel que

le travail du passage petite sirène/quadrupédie, quadrupédie/chevalier servant, et chevalier servant/debout.

Il faut insister sur la prise de conscience des points d'appuis facilitateurs et le travail de stabilisation des différentes positions. Face au coût énergétique de cette technique, des séances courtes peuvent s'avérer nécessaires et une surveillance de l'adaptation à l'effort est indispensable.

On conseille aux personnes porteuses de prothèses de hanche de se mettre plutôt sur le ventre en roulant sur le côté de la prothèse et de passer directement à 4 pattes. Dans d'autres cas particuliers, le mode de déplacement sera choisi en fonction des capacités du patient. Par exemple, pour une personne hémiplegique avec un membre supérieur non fonctionnel et/ou gonarthroses très douloureuses, on conseillera plutôt le déplacement sur les fesses ou marche fessière (Il existe aussi d'autres modes de déplacement comme le ramper sur le ventre, sur le dos, sur le côté et le 4 pattes, à choisir selon les pathologies).

Conclusion

La détérioration de la qualité et de la vitesse de la marche est un précieux marqueur dans l'évaluation des capacités fonctionnelles chez le sujet âgé. La rééducation intègre des aspects neurologiques, orthopédiques, cardio-respiratoires et cognitifs, et ne peut en aucun cas se réduire à une simple aide humaine à la marche.

RÉFÉRENCES

1. Dargent, C., Vaysse, G., Intérêts et limites d'un atelier "équilibre" en gériatrie, KS, n°532;
2. Mourey, F., Troubles de la marche et rééducation chez le sujet âgé, KS, n° 529;
3. Mourey, F., Rééducation gériatrique et basse vision, KS, n°540;
4. Mourey, F. Rééduquer la marche et la peur de chuter chez le sujet âgé:évaluation, techniques, limites, KS, n°492;
5. Mourey, F., Kubicki, A., évaluation et rééducation des automatismes posturaux chez les personnes âgées, KS, n°535;
6. Mourey, F., Cornette, S., La rééducation du relever du sol, KS, N°542;
7. Bart, O., Dufour, M., Le Mestréallan, A., Servin, L., Lerable, K., Ribadier, A., KS, N°497;
8. Haute Autorité de Santé, Recommandations pour la pratique clinique, Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile, Avril 2005

Kiné @ Dom

Service de Masso-Kinésithérapie à Domicile

38, boulevard Gorbella - 06100 Nice, France

Tél: 04 83 58 01 36 • Fax: 04 83 58 01 33

www.kineadom.fr • contact@kineadom.fr