

F. Mourey

C'est une urgence, car plus vite sera effectuée la réhabilitation, plus grandes seront les chances de retour à l'autonomie antérieure. L'intervention d'un kinésithérapeute trouve là son entière légitimité.

Chez le sujet âgé, la chute révèle la fragilité de la fonction posturale et, dans la plupart des cas, vient aggraver cette fragilité. Lorsque les réserves fonctionnelles sont particulièrement altérées, la chute constitue le facteur déclenchant de la décompensation de cette fonction, entraînant un véritable syndrome de l'après chute.

I. La prise en charge globale

La prise en charge après la chute nécessite une prévention associant traitement médical et réadaptation. Après la chute, il convient de traiter les conséquences immédiates, en particulier traumatiques. La nécessité d'un traitement chirurgical ne doit pas obérer les autres éléments du traitement. En effet, de manière simultanée, devront être traités les facteurs précipitants intrinsèques, ce qui permettra une verticalisation précoce, le soutien psychothérapeutique étant débuté dans le même temps. L'hospitalisation sera l'occasion d'initier le traitement des facteurs de risque. Le risque de récurrence de chute sera précisé, parallèlement à l'évaluation médicosociale de la dépendance. Les conséquences sociales prendront en compte le traitement des facteurs précipitants extrinsèques (voir schéma page suivante).

II. La réadaptation

La prise en charge est une urgence car, sur ce terrain fragile, plus vite sera effectuée la réhabilitation, plus grandes seront les chances d'un retour à l'autonomie antérieure. Dans tous les cas, la prise en charge suppose une évaluation de la fonction posturale et de l'ensemble des automatismes moteurs, permettant de proposer une réadaptation spécifique. Parallèlement, la prise en charge médicale visera à traiter ou améliorer l'ensemble des facteurs organiques (cf chapitre 1). Enfin, la dernière étape consiste à adapter l'environnement aux possibilités motrices du patient.

A. Les objectifs et les principes de la rééducation

→ C'est la connaissance, d'une part, des mécanismes qui président à la stabilisation de la posture et, d'autre part, des effets du vieillissement sur ces mécanismes, qui fournit les bases nécessaires à l'élaboration d'une réadaptation spécifique des troubles de l'adaptation posturale chez le sujet âgé.

→ En ce qui concerne la fonction elle-même, il est à noter que :

- le contrôle postural utilise de multiples informations sensorielles fournies principalement par la vision, le système vestibulaire, la proprioception et la sensibilité plantaire ;
- les informations fournies par les afférences sont confrontées au niveau du système nerveux central à des référentiels, tel que le sens de la verticalité, permettant, après confrontation et réajustement, de fournir une réponse adaptée ;
- il existe des liens étroits entre le contrôle du mouvement et celui de la posture, comme en témoigne la présence d'activités posturales anticipées apparaissant avant le début du mouvement.

Sous l'effet du vieillissement, il apparaît une dépendance plus importante à l'égard des sources afférentielles les mieux préservées. C'est le cas pour la vue qui compense souvent les insuffisances du système vestibulaire. Parallèlement, il existe une fragilité sous-corticale au cours du vieillissement, probablement à l'origine d'une moindre efficacité du traitement central de l'information, amenant une fragilisation des référentiels et une altération des automatismes moteurs. Enfin, de nombreuses maladies viennent souvent accélérer le vieillissement physiologique et contribuent à la fragilisation de la fonction d'équilibre (atteintes neurologiques périphériques ou centrales, atteintes de l'appareil locomoteur...).

B. L'évaluation des capacités d'équilibre par le kinésithérapeute

→ L'évaluation interdisciplinaire associant médecin et kinésithérapeute permet le recensement des maladies responsables de la décompensation de l'équilibre, cela orientant dans un second temps le choix des techniques utilisées en réadaptation. Par ailleurs, une évaluation de la dépendance est nécessaire afin de situer les objectifs de la réadaptation dans un contexte personnalisé. Cette analyse prend en compte les activités de la vie courante et peut être complétée par un bilan ergothérapeutique.

→ Enfin, le rééducateur procède à une évaluation plus spécifique permettant **d'obtenir le programme de rééducation**. Nous insisterons particulièrement sur la nécessité d'évaluer :

- en station debout les réactions d'adaptation posturale et de protection (ou parachute) à l'aide de poussées exercées sur le thorax. Ce test est réalisé en position debout, une poussée de faible intensité sur la face antérieure puis postérieure du thorax permet d'évaluer les réactions musculaires nécessaires au maintien de l'équilibre. Les réactions parachutes aux membres supérieurs doivent être testées devant un mur ou un plan horizontal. Les poussées ne sont pas nécessairement rapides mais amènent simplement le centre de gravité du sujet en dehors de la base d'appui ;
- la capacité à maintenir une station unipodale, avec ou sans aide, et si possible la durée de la posture ;
- la qualité de la musculature des membres inférieurs, la mobilité des articulations tibio-tarsiennes et l'intégrité du segment pied ;
- le passage assis-debout et debout-assis ;
- l'équilibre dynamique au cours de la marche.

C. Les méthodes de réadaptation

Le rééducateur possède un panel de techniques qui peuvent être schématiquement classées en trois catégories en fonction de l'objectif poursuivi : la polystimulation afférentielle, l'amélioration de la qualité de l'effecteur, la stimulation globale de la fonction.

1. La polystimulation afférentielle :

→ Le rééducateur utilise l'entrée visuelle, à la fois pour développer l'oculomotricité et favoriser ainsi la compensation de la diminution du champ visuel, mais aussi pour améliorer l'ancrage visuel lors de mouvements comme le passage assis-debout. Ainsi, en statique, on recherche le déplacement du regard en demandant au sujet de suivre un objet dans l'espace. Au contraire, lors du mouvement, comme le passage assis-debout, on demande au sujet de fixer un point dans l'espace. L'apport de stimulations optocinétiques (par projection de points lumineux mobiles sur un mur), peut permettre de compléter cette rééducation en obligeant le sujet à abandonner l'entrée visuelle, puisque aucune fixation du regard n'est possible, au profit des entrées somatosensorielles ou vestibulaires.

→ Le massage podal et la mobilisation de la cheville et du pied constituent par ailleurs des moyens simples de stimulation des afférences somatosensorielles. Dans cette perspective, un soin particulier doit être apporté à la qualité du chaussage qui, dans les troubles de l'équilibre s'accompagnant d'une tendance à la projection du centre de masse en arrière, doit comporter un talon compensé afin de permettre un rétablissement des conditions de stabilité. Un appareillage plus ou moins sophistiqué, utilisant un feed-back visuel ou sonore peut être utilisé pour améliorer la perception du déséquilibre.

2. L'amélioration de la qualité de l'effecteur :

Si le renforcement musculaire n'est pas systématique, il doit cependant être envisagé chaque fois qu'une perte de force, liée à la non-utilisation ou à une pathologie surajoutée, a été mise en évidence. Il concerne le plus souvent les muscles antérieurs de la cuisse et les stabilisateurs du bassin. D'autre part, des mobilisations passives manuelles de la tibio-tarsienne doivent parfois être envisagées afin d'obtenir une amplitude qui sera au moins égale à 90 degrés.

3. La stimulation globale de la fonction :

→ Il est possible de regrouper sous cet intitulé tous les exercices en station debout avec réapprentissage des réactions d'adaptation posturales et de protection, le travail simultané du maintien de la station debout et du mouvement volontaire plus ou moins rapide (réception de ballon), les déplacements du tronc dans l'espace ainsi que les passages assis-debout, debout-assis. Une place particulière doit être réservée à l'antéflexion du tronc en position assise ; elle conditionne l'avancée du centre de masse et la capacité à se lever d'un fauteuil et à s'asseoir.

→ A cela s'ajoute la rééducation de l'équilibre dynamique au cours de la marche extérieur spécialement conçu pour la rééducation gériatrique.

→ Enfin, il est essentiel de compléter ce travail par l'apprentissage du relever du sol, dont la réussite conditionne les modalités de retour ou de maintien à domicile. L'apprentissage se fait le plus souvent à partir de la position assise qui est la position la plus adaptée pour la personne âgée. Les mains et les genoux pliés sont ensuite déplacés sur le côté pour parvenir à la position à quatre pattes. Le patient se déplacera ainsi jusqu'à un point d'appui stable pour redresser le tronc, puis dégager un pied en avant (position dite du "chevalier servant") afin de faciliter le passage en position debout.

D. Le traitement fonctionnel de réadaptation

L'équipe soignante, le médecin et le kinésithérapeute doivent avoir une bonne connaissance de ce type de rééducation et de ses difficultés.

→ Il conviendra de tenter une **verticalisation**, quelles que soient les possibilités de participation du patient. Parfois, deux personnes seront nécessaires dans la phase initiale de cette prise en charge. Il est indispensable d'effectuer ce geste thérapeutique dans un climat de confiance et de bienveillance. Cette réadaptation quotidienne permet des progrès chez la majorité des patients. L'initiation d'une marche (avec aide technique) ne sera possible le plus souvent qu'après 8 à 10 jours.

→ Les douleurs articulaires, la désadaptation à l'effort, l'anxiété ne doivent pas constituer des obstacles, mais doivent être prises en compte dans l'élaboration du programme de rééducation. Toute l'équipe soignante participe à cette réadaptation lors des activités de la vie quotidienne, en aidant la personne âgée par des explications précises et un soutien adapté. Cela nécessite une évaluation préalable de ses capacités et une formation pratique de tous les soignants aux "bons gestes".

→ Les aides techniques à la marche doivent être proposées : port de chaussures à semelle large avec talon surélevé, canne anglaise ou déambulateur.

Dans certaines équipes formées à ces techniques, cutanées et proprioceptives facilitent la réadaptation de l'équilibre et de la marche.

E. La prescription de la rééducation

Elle se heurte à une nomenclature mal adaptée à la gériatrie. Dans certaines régions, il est habituel d'associer deux actes comme rééducation de l'équilibre et marche ; malheureusement, ce type de prescription est trop souvent ramené à un seul AMM 4.

C'est la raison pour laquelle la seule possibilité est, le plus souvent, la prescription faite en regard d'une pathologie sous-jacente (gonarthrose...) qui s'accompagne d'un accord téléphonique avec le masseur-kinésithérapeute, formé à la rééducation gériatrique.

La participation de la famille

Pour préserver les acquis, la participation de la famille est indispensable, notamment pour stimuler les patients à sortir et participer à des groupes d'animation physique orientés vers ce type de prévention.

La prise en charge du chuteur

La chute

Le traitement des conséquences immédiates

Le traitement des facteurs précipitants intrinsèques

La tentative de verticalisation précoce

La psychothérapie de soutien

Le traitement des facteurs de risque

L'évaluation du risque

L'évaluation globale médicosociale

Le traitement des facteurs précipitants extrinsèques

Les principes de réadaptation

En conséquence, les principes de réadaptation doivent être posés de la manière suivante :

- il faut évaluer et stimuler les capacités restantes ;
- il faut agir sur tous les niveaux de la fonction en sollicitant les différentes sources d'afférences, en stimulant le niveau central de traitement de l'information et en améliorant les performances des effecteurs musculaires et articulaires.

Au total

Cette prise en charge doit être **précoce, active, rapidement efficace**, afin d'éviter les effets délétères d'une non-utilisation sur le muscle et l'articulation, mais aussi sur le contrôle central de la posture et du mouvement.

Elle doit également être **globale** dans les techniques utilisées, mais aussi par l'approche du patient dans son contexte psychosocial.

Il s'agit d'une **approche multidisciplinaire** qui suppose une coordination entre équipe soignante et rééducateur au sein des institutions et entre médecins, famille et aides à domicile pour les patients ambulatoires. Cette approche a pour but de solliciter la personne âgée dans toutes les activités de la vie quotidienne selon des schémas moteurs identiques.

Enfin, il faut souligner que, même lorsque la chute a entraîné une fracture, les conséquences posturales doivent rester une préoccupation essentielle.

En d'autres termes, chez le sujet très âgé, dans les suites d'une fracture du fémur, les efforts du rééducateur doivent davantage porter sur le **retour à la verticalité** que sur la récupération d'une amplitude articulaire.

La psychothérapie de soutien

La station prolongée au sol est un événement de stress aigu qui réveille des peurs existentielles. La psychothérapie rejoint celle entreprise dans le cadre de la médecine de catastrophe.

C'est-à-dire que les soignants chercheront à faire narrer cette aventure par le patient de nombreuses fois, afin que l'expression verbale facilite l'inscription de ce traumatisme dans l'histoire psychique du patient. Ces entretiens peuvent être menés aussi bien par des infirmières que tout soignant qui accepte de prendre un temps d'écoute.

Mais la persistance d'une inhibition psychomotrice peut s'intégrer dans un authentique syndrome dépressif et l'avis spécialisé d'un psychiatre impliqué dans une démarche gériatrique est d'un apport irremplaçable.

