

Rééducation et gérontologie

Autor(en): **Sichere, R.M.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista :
bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1970)**

Heft 232

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-929796>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Rééducation et gérontologie

par le Docteur R.-M. SICHERE (Paris)
Le Journal de Kinésithérapie: Avril 1969

Ce sujet extrêmement vaste, étant donné le temps qui nous est imparti, ne peut être que partiellement abordé. Il le sera dans une optique rhumatologique, ce qui, nécessairement, le limite.

Depuis ces dernières années, les problèmes du vieillissement, et ses conséquences médico-sociales ont suscité des travaux de plus en plus nombreux.

Notre propos est ici d'étudier la place de la rééducation au cours de ce troisième âge, en essayant de dégager les principes essentiels et les perspectives nouvelles qu'elle peut offrir aux kinésithérapeutes.

Comme dans toutes les domaines, la rééducation a ici ses indications, ses contre-indications, et ses modalités pratiques qui doivent s'adapter à chaque cas. Le fait qu'elle s'adresse à des sujets âgés pourrait faire penser, de prime abord, qu'elle serait inutile. Cette assertion est heureusement fautive, l'expérience le confirme chaque jour.

Nous savons que la vieillesse n'est pas une maladie mais la conséquence de phénomènes vitaux, réalisant un processus d'usure. L'organisme humain est en effet formé de cellules, les unes incapables de se régénérer: telles les neurones ou les ovules; les autres susceptibles de se renouveler, comme les cellules épithéliales du foie ou du rein, mais, avec un potentiel de régénération limité. Ce principe cellulaire, fondamental, peut être défavorablement influencé par des facteurs génétiques et aggravé par le surmenage fonctionnel.

Dans le domaine de l'appareil locomoteur qui intéresse particulièrement le rhumatologue, deux exemples peuvent illustrer ce vieillissement cellulaire:

- L'usure articulaire ou «Arthrose»;
- La déminéralisation osseuse ou «Ostéoporose d'involution du sujet âgé».

L'*Arthrose* est, on le sait, la conséquence d'une usure progressive du cartilage articulaire qui entraîne les réactions ostéophytiques de l'os.

Elle frappe plus certaines personnes que d'autres, du fait de prédispositions constitutionnelles, et électivement, les articulations soumises à des efforts répétés, à des pressions anormales, ce qui explique la localisation élective de ce processus dégénératif: aux genoux, aux hanches, aux disques charnières de la colonne vertébrale (cou, bas du dos).

L'importance de cette usure articulaire reste profondément conditionnée par le surmenage fonctionnel, et par tout ce qui peut l'aggraver:

- position professionnelle défectueuse;
- malformation osseuse congénitale ou acquise;
- surcharge pondérale.

Progressivement, il s'ensuit une gêne fonctionnelle de plus en plus grande. Or toute limite douloureuse articulaire entraîne nécessairement l'atrophie des muscles de voisinage. Cette atrophie musculaire, les positions antalgiques concomitantes, vont à leur tour contribuer à l'apparition d'attitudes générales défectueuses, tandis que l'amyotrophie à son tour, s'aggrave et se généralise.

Simultanément, du fait des remaniements articulaires et des douleurs qui en sont la conséquence, le malade se déplace de plus en plus difficilement. Ce repos forcé ne peut que retentir défavorablement sur une hypotonie musculaire, qui, déjà spontanément, s'accroît avec l'âge.

Ce qui est vrai pour les processus arthrosiques, l'est aussi pour l'ostéoporose d'involution.

L'ostéoporose d'involution. Celle-ci, favorisée chez la femme, par la ménopause, qu'elle soit artificielle ou physiologique, frappe électivement la colonne vertébrale.

Elle crée des déformations des corps vertébraux, entraîne ou aggrave des modifications de la statique du rachis qui deviennent douloureuses:

- Cyphose dorsale, hyperlordose lombaire, scoliose.

Ces dorsalgies, ces lombalgies, évoluent par poussées, fatiguent le malade, ralentissent son activité, l'incitent à se reposer. Il s'ensuit une amyotrophie générale et un ralentissement des différentes fonctions.

Ces deux types de maladie, conséquence directe du vieillissement, entraînent donc, si l'on n'intervient pas, des réactions en chaîne qui vont pouvoir retentir gravement sur le comportement physique et psychologique de l'intéressé.

La rééducation bien conduite peut lutter efficacement contre cette détérioration de l'individu.

Au préalable ou simultanément, un traitement médical approprié devra être instauré. Même dans ces processus d'usure, les traitements anti-inflammatoires locaux ou généraux, les traitements hormonaux anabolisants peuvent, sinon rajeunir les tissus, du moins obvier aux conséquences locales et générales du vieillissement. Le malade soulagé, son état amélioré, la rééducation faite progressivement, régulièrement, pourra assouplir les articulations, augmenter leur jeu fonctionnel, corriger les attitudes antalgiques, lutter contre l'atrophie musculaire.

D'emblée, il apparaît comme essentiel que cette rééducation ne se limite pas à telle ou telle articulation, mais soit nécessairement considérée de façon globale.

De plus, à ce rôle parfois considérable d'améliorer un jeu articulaire gravement compromis, d'aider à transformer un état général défectueux, s'ajoute celui, non moins important, d'agir sur la composante psychologique du sujet traité.

A travers ces deux exemples, il importe en effet de discerner dans le vieillissement, d'une part, le rôle de l'usure cellulaire ou tissulaire, d'autre part, celui, souvent considérable, du facteur psychologique qui interfère avec le premier.

On sait que tout ralentissement de fonctions contribue à accélérer le vieillissement. Ce qui est vrai dans le domaine physique, et ceci à tout âge, l'est aussi dans le domaine psychologique et intellectuel.

— Dans le domaine physique, qu'un membre soit immobilisé de façon prolongée, il se décalcifie, les muscles s'atrophient. Dès qu'on le mobilise, les os, progressivement, se recalcifient, les muscles retrouvent peu à peu leur tonicité et leur force.

— Dans le domaine psychologique, l'inactivité intellectuelle est aussi redoutable. Elle diminue l'idéation, la mémoire, favorise le repli sur soi, la vie semi-végétative.

Le vieillissement doit donc être considéré comme une donnée psycho-somatique où le facteur d'usure cellulaire et le facteur de ralentissement psychologique sont indissociables.

Toute rééducation bien faite a nécessairement une valeur psychologique. Elle impose au malade une collaboration. Elle stimule l'effort, entraîne une discipline gestuelle, sans parler du rôle du rééducateur qui, par cette mise en confiance, une tenacité douce et constante, oblige le malade à sortir de lui-même, et à dominer petit à petit ses infirmités, plutôt que de les subir passivement.

Ainsi peut-on contribuer à lutter contre certaines conséquences inéluctables du vieillissement physique, et à renforcer simultanément la volonté chancelante du sujet qui, par paresse, par lassitude, quelquefois même par intérêt, risque de s'abandonner à une dangereuse passivité psychologique.

Avec la pathologie du troisième âge, l'éventail d'action de la rééducation va nécessairement s'élargir.

Sans faire ici, une énumération longue et sans grand intérêt, qu'il suffise de rappeler certaines affections qui, chez le sujet âgé, peuvent retentir gravement sur ses fonctions locomotrices:

- Les unes rhumatismales, comme la polyarthrite chronique évolutive invalidante qui nécessite une rééducation constante si l'on veut éviter que le malade ne devienne grabataire;
- Les autres, neurologiques, comme une hémiplégie, conséquence de l'artériosclérose, et qui impose dès que possible une rééducation dont on connaît l'importance;
- La traumatologie, enfin, qui grâce aux interventions réparatrices précoces a perdu le sombre pronostic dont elle était entachée.

Mais toute utile qu'elle puisse être chez le sujet âgé, la rééducation, avant d'être entreprise, impose que l'on s'assure qu'il n'existe aucune contre-indication.

Une des dominantes, en effet, chez un tel patient est sa *vulnérabilité*.

Vulnérabilité physique, propre au vieillissement; conséquence de la diminution de la capacité réactionnelle des organes:

- vulnérabilité due aux troubles circulatoires, conséquence de l'artério-sclérose;
- vulnérabilité due à la fréquence des lésions associées.

Tout ceci doit être apprécié et impose avant toute rééducation, un examen systématique complet. Il portera tout particulièrement sur l'appareil cardio-vasculaire, le système nerveux, l'appareil locomoteur.

Il sera nécessaire enfin, de juger la vulnérabilité psychologique.

Replié sur lui-même; égocentrique, passif, mais aussi revendicateur, le sujet âgé s'installe souvent dans sa solitude et même dans ses infirmités, celles-ci devenant pour lui un refuge, un centre d'intérêt.

La rééducation parfois physiquement pénible, peut donc se heurter au refus d'un effort psychologique, aggravé par l'état dépressif, fréquent chez le vieillard.

Après s'être assuré des possibilités physiques et psychologiques du patient, la rééducation sera mise en route non sans avoir veillé à la coopération entre rééducateur et rééduqué. Cela nécessite de la part du malade, le désir soutenu d'être rééduqué, et de la part du rééducateur, une disponibilité constante et des qualités de patience, d'intuition, de douceur, et de gentillesse, qui doivent s'allier à une compétence professionnelle indiscutable.

Du fait qu'il s'adresse à des sujets âgés, quelle technique le rééducateur doit-il employer?

Il est difficile, dans toute rééducation et réadaptation, de définir un schéma thérapeutique. Chaque malade est un problème particulier qu'il faut aborder, en sachant que ses composantes psychologiques et physiques lui sont propres.

C'est ce qui confère d'ailleurs à la kinésithérapie son immense intérêt et souligne le rôle privilégié du kinésithérapeute.

Le sujet âgé, fragile, vulnérable, avant de pouvoir bénéficier d'une rééducation, doit tout d'abord être mis en confiance.

L'étroite collaboration de l'équipe médico-kinésithérapeute constitue un préalable essentiel. Elle permet la meilleure approche du malade:

- Connaissance du milieu familial;
- de son cadre de vie (vie seule, en maison de repos ou de retraite);
- recherche des principales données affectives qui peuvent jouer un rôle stimulant ou inhibiteur au cours de la rééducation.

Si cette prise en charge, destinée à réaliser une coopération efficace, est importante, elle a aussi ses limites. Des transferts affectifs doivent être évités si l'on veut que le malade ne trouve pas dans la rééducation un nouveau mode d'évasion, aux conséquences négatives.

Après cette mise en confiance, qui se fera d'ailleurs souvent de façon progressive, au cours des premières séances de rééducation. Deux principes déjà évoqués, doivent être respectés: la rééducation doit être globale et prudente.

— *Globale*: On sait que toute attitude segmentaire mauvaise, qu'elle soit primitive ou secondaire, retentit obligatoirement sur l'ensemble. Chez le sujet âgé, l'atonie musculaire générale, l'importance de l'insuffisance de la musculature abdominale et des muscles para-vertébraux favorisent une attitude de tassement vertébral avec cyphose dorsale, lordose cervicale. S'il existe une arthrose d'un membre inférieur, genou ou hanche, celle-ci génératrice de boiterie pourra retentir à son tour sur le bas du dos, favorisant la décompensation d'une ostéoporose vertébrale ou d'une discarthrose. Les interférences sont multiples et fréquentes, elles obligent à considérer la statique du malade dans son ensemble, et à tendre vers un équilibre, le meilleur possible dont dépend étroitement les fonctions de l'appareil locomoteur.

— A ce caractère global, doit être associé celui de la *Prudence*.

Mieux que de mouvements dynamiques, souvent difficiles à exécuter, parce que fatiguants et pénibles, l'utilisation des réflexes posturaux paraît efficace parce que progressive et adaptée à chaque malade.

En utilisant les réflexes posturaux, si l'on oppose en des points donnés, une ou plusieurs résistances, on peut obtenir non seulement une contraction élective de tel ou tel muscle, mais, de proche en proche, grâce à



La thérapie au soufre
 dont l'efficacité n'est plus à prouver.
 Soufrol la rend agréable et douce.
 Ce qui n'est pas un moindre
 apport au succès.

Présentation: Flacons-plastique de 200 et 800 ml
 avec couvercle-doseur. Récipient de 5 l
 Admis aux caisses

Soufrol
 MAX RITTER ZÜRICH

la réalisation d'une véritable chaîne kinétique, un travail général et segmentaire.

Le fait qu'au cours de ce travail contre résistance les articulations, correspondant aux muscles qui se contractent, conservent la même ouverture, évite le surmenage articulaire, tout en permettant un travail musculaire électif grâce aux contractions isométriques des muscles intéressés.

Dans ce travail en statique, contre résistance, l'expérience a permis de constater que non seulement on peut aboutir à une rééducation progressive des muscles atrophiés, mais qu'on obtient encore, grâce à une rééducation générale, une mise en confiance du malade et une amélioration progressive de sa statique.

Ces deux résultats:

- Mise en confiance;
 - Amélioration de la statique;
- sont d'ailleurs intimement liés et ne peuvent être dissociés.

Le fait qu'un malade au cours de sa rééducation, alors qu'il est porteur d'une attitude vertébrale défectueuse arrive à se corriger, lui redonne souvent une confiance, une volonté qui, non seulement l'incite à poursuivre seul sa rééducation, mais s'étend souvent à tout son comportement.

Diverses méthodes pourront être utilisées. Elles restent fonction de l'état psychologique et physique du malade plus que de son âge véritable.

En conclusion

Cette rééducation du troisième âge, si elle constitue un moyen utile pour lutter contre le vieillissement physique et psychologique, est souvent le recours essentiel pour éviter l'état grabataire.

Elle doit être entreprise, rappelons-le, avec prudence, étant donné la vulnérabilité des sujets qui peuvent bénéficier de cette rééducation.

Elle impose une coopération étroite entre le malade, le rééducateur et le milieu dans lequel vit le malade, la composante psychologique étant primordiale.

Elle nécessite plus qu'une installation matérielle importante, souvent inutile, une compétence et un dévouement sans lesquels les résultats risquent d'être médiocres et décevants.

Judicieusement préconisée, bien conduite, elle doit permettre à de nombreuses personnes âgées de se sentir moins à la charge de leur famille, ou de la société, et de retrouver une certaine espérance.

Rapport

du 6ème Congrès international de la WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY
au Centre de congrès RAI d'Amsterdam du 27 avril au 3 mai 1970

Un rendez-vous d'une telle envergure — il a réuni une participation de 40 nations venant de 5 continents différents — peut faire l'objet d'un rapport vu sous divers aspects dont voici quelques exemples:

- a) Eléments précieux à retenir dans le domaine du perfectionnement professionnel.
- b) Quelles sont les impulsions favorisées par cette rencontre?
- c) Où en sommes-nous en Suisse, où en est l'étranger?
- d) Quelles sont les prestations offertes aux membres par notre propre organisme, quelles sont celles des autres associations?

- e) Qu'en est-il des nouvelles décisions prises par l'assemblée générale de la Fédération mondiale en faveur de la physiothérapie?

La Suisse y a participé avec 38 personnes. Mme Klein-Vogelbach, directrice de l'Ecole de Physiothérapie de l'Hôpital des Bourgeois de Bâle, ainsi que Mlle Berheide de la Clinique de Longeraie de Lausanne, y ont présenté des exposés fort bien accueillis. La démonstration animée de Mme Klein a non seulement suscité des applaudissements mais provoqué une manifestation de satisfaction générale souligné par un tapage des pieds et de cris de bravo. Cette réaction témoigne bien du grand intérêt que