Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie La Musse

Enquête sur le relever du sol en gériatrie chez les professionnels de la rééducation : du concept à la pratique

Googleimages

Étudiante IFMK La Musse :

Léonie CLAUDIN

Promotion 2017 – 2021

Maître de mémoire :

Frédéric DESRAMAULT

MKDE

Charte anti-plagiat

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.
Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport.
C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :
« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »[i].

Article 2 :
Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :
Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation[ii] et du Code pénal[iii], il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :
Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dument signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e Léonie CLAUDIN

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux ***Le*** 25/04/2021 ***signature***

[i] Site Université de Genève http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf
[ii] Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».
[iii] Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Siège : Immeuble Normandie II - 55, rue Amiral Cécille - 76179 ROUEN Cedex 1 - Tél. 02 32 18 15 20 – Fax 02 32 18 15 99
www.normandie.drdjscs.gouv.fr

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFMK La Musse pour son accompagnement et son écoute pendant ces quatre années d'apprentissage.

Je remercie M. Gilliaux, Mme. Collet et M. Pommier, qui nous ont initié à ce travail de recherche.

Je remercie chaleureusement Frédéric Desramault, mon directeur de mémoire, qui m'a permis de mener à bien ce mémoire et qui m'a transmis son intérêt pour la recherche dans le domaine de la gériatrie.

Je remercie Marie Baboux, ma collègue, pour m'avoir fait découvrir et apprécier la rééducation en gériatrie et montrer tout le potentiel du soin aux personnes âgées.

Je remercie ma famille pour son soutien tout au long de mes études.

Je remercie également Hélène Gouard pour son soutien, sa patience à toute épreuve et son aide lorsque je travaillais ce mémoire. J'espère que cette « initiation » d'initiation au mémoire te permettra de relever le défi du mémoire de fin d'étude sans embuches.

Pour finir, je remercie ma bande d'amis inséparables, les kinés de l'ambiance, avec qui j'ai passé ces quatre belles années d'études riches en émotions et en souvenirs.

Sommaire

Remerciements 3

Sommaire 4

Résumé 1

Abstract 2

I. Introduction 3

II. Méthodologie 14

A. Conception de l'étude 14

B. Contexte de l'étude 15

1. Schéma de l'étude 15

2. Élaboration du questionnaire 15

C. Recueil des données 17

1. Outils et modes de recueil des données 17

2. Diffusion de l'enquête 18

3. Saisie des données 19

4. Codage des données 19

5. Contrôle qualité 20

D. Population 20

1. Critères d'inclusion 20

2. Population cible 20

3. Population source 21

E. Variables 22

1. Variables qualitatives 22

a) Variables qualitatives binaires 22

b) Variables qualitatives nominales 22

c) Variables qualitatives ordinales 23

2. Variables quantitatives 23
a) Variables quantitatives continues 23
F. Taille de l'étude 24
G. Analyse statistique 24
III. Résultats 26
A. Flux de données 26
B. Profil des participants 27
C. Profil des patients 31
D. Déroulement d'une séance 34
E. Ressenti sur la pratique du relever du sol 38
F. Impacts des caractéristiques professionnelles sur la pratique du relever du sol 40
G. Influence de la profession sur la formation et les méthodes d'évaluation de la capacité du patient à effectuer le RDS 41
IV. Discussion 42
A. Forces et limites de l'étude 42
B. Biais potentiels de l'étude 43
C. Synthèse des principaux résultats 45
1. Objectif principal : État des lieux de la pratique du relever du sol chez les professionnels de la rééducation motrice auprès de personnes âgées. 45
2. Objectif secondaire : Isoler les freins à la pratique du relever du sol et apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette prise en charge ... 48
D. Interprétation des résultats 50
1. Problématiques mises en lumière par l'étude 51
2. Perspectives cliniques / de recherche sur le RDS 56
V. Conclusion 57
VI. Bibliographie 58
VII. Abréviations 63

VIII. Annexes 65

Résumé

Introduction : Cette étude a pour but d'analyser la pratique du relever du sol (RDS) des professionnels de la rééducation motrice auprès des personnes âgées. Bien que cet apprentissage fasse partie des techniques essentielles dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie des personnes âgées, il est encore peu utilisé par les rééducateurs. L'intérêt de cette étude est d'accompagner les rééducateurs dans leur pratique du relever du sol.

Objectifs : L'objectif primaire de l'étude est de réaliser un état des lieux de la pratique du RDS chez les professionnels de la rééducation. L'objectif secondaire est d'isoler les freins à la pratique RDS et d'apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette technique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale quantitative. Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne auto-administré. Les critères d'inclusion étaient d'être ergothérapeute, kinésithérapeute ou psychomotricien exerçant en France, prenant en soins des personnes âgées et pratiquant ou non le RDS. Nous avons effectué des statistiques descriptives et analytiques afin de répondre aux objectifs.

Résultats : 340 questionnaires ont été récoltés et analysés. La majorité des participants pratiquait le RDS. Près de la moitié des thérapeutes éprouvait des difficultés lors de l'utilisation du RDS avec leurs patients âgés ce qui limite leur pratique. Les thérapeutes évaluaient la capacité des sujets âgés à réussir le RDS à l'aide de tests variés et la plupart estimait que certains critères excluaient la pratique de cet exercice.

Discussion : Les freins limitant la pratique du RDS seraient le manque de tests spécifiques permettant l'évaluation des capacités des patients âgés à réussir le RDS, le besoin en formation de praticiens sur le sujet et à la part psychologique qui entoure cet exercice. Une adaptation de l'exercice serait nécessaire avec les patients les plus fragiles.

Conclusion : La pratique du RDS avec les seniors n'est pas encore systématisée. L'évolution du parcours de soins des personnes âgées constitue un levier potentiel à la pratique dans le cadre de la prévention des chutes. L'élaboration de tests spécifiques pour l'évaluation du RDS faciliterait son application.

Mots clés : Relever du sol, Rééducation, Chute, Personnes âgées

Abstract

Introduction: This present study aims to investigate the practice of the rising from the floor exercise (RFF) by motor rehabilitation professionals with the elderly. Although this learning is one of the essential techniques in the fall prevention and loss of autonomy in the elderly, it is still underused by rehabilitation therapists. The interest of this research is to guide rehabilitators in their practice of RFF.

Purpose: The main objective of the study is to carry out an inventory of the practice of RFF among rehabilitation professionals. The secondary objective is to isolate the obstacles to the practice of RFF and to provide guidelines to democratize this technique.

Methods: We conducted a quantitative cross-sectional epidemiological study. Data was collected using a self-administered online survey. Inclusion criteria were to be an occupational therapist, a physiotherapist or a psychomotor therapist practicing in France, caring for seniors, and performing RFF or not. Descriptive and analytic statistics were used to answer purposes.

Results: 340 surveys were collected and analysed. Most of the participants practicing RFF. Almost half of the therapists had difficulties using RFF with their elderly patients, which limited their practice. Therapists assessed the ability of elderly subjects to perform RFF using a variety of tests, and most of them felt that some criteria precluded the practice of this exercise.

Discussion: The obstacles limiting the practice of RFF would be the lack of specific tests allowing the evaluation of elderly patients' abilities to succeed in RFF, the training need of practitioners on the subject and the psychological part surrounding this exercise. An adaptation of the exercise would be necessary with fragile patients.

Conclusion: The practice of RFF with senior citizens is not yet systematised. The evolution of the care pathway of the elderly constitutes potential lever for the practice in the framework of falls prevention. The development of specific tests for the evaluation of RFF would facilitate its application.

Key words: Rising/get up from the floor/ground, Rehabilitation [MeSH], Fall [MeSH], Elderly

I. Introduction

Le vieillissement affecte tout l'organisme et cause des troubles pouvant perturber les capacités motrices et sensorielles des personnes âgées. Ces troubles créent des déséquilibres et peuvent entrainer une chute ce qui rend la population gériatrique plus vulnérable. La prise en soins de ces personnes âgées fragiles est nécessaire pour maintenir les conditions de vie en bonne santé de nos ainés, et prend une importance croissante dans notre système de santé du fait du vieillissement de la population. Ainsi, les professionnels de la rééducation motrice comme les kinésithérapeutes ont un rôle majeur dans la prise en charge des patients âgés chuteurs et dans le maintien de l'autonomie des sujets âgés.

De nombreux exercices peuvent être proposés à ces patients afin d'entretenir leurs capacités motrices. C'est le cas notamment de l'apprentissage du relever du sol (RDS) qui est un exercice fonctionnel visant à travailler la descente active au sol puis le redressement. Ces exercices sont parfois découpés sous forme de séquences adaptées aux capacités du patient et de sa progression.

Pour montrer tout l'intérêt de l'apprentissage du RDS en gériatrie, il est nécessaire de prendre en compte les paramètres biologiques influencés par le vieillissement, de comprendre les causes des chutes et leurs conséquences, ainsi que leur impact en santé publique. Nous verrons ensuite en détail la technique du RDS et le rôle des rééducateurs en termes de prévention auprès des personnes âgées.

Le **vieillissement biologique** résulte de la réduction du potentiel réparateur et régénérateur des tissus et des organes. Ce phénomène physiologique s'appelle la sénescence cellulaire. Ainsi, il entraine une diminution de la réserve physiologique et fonctionnelle en réponse au stress. Ce processus est multifactoriel. Il est sous l'influence de la génétique, de l'épigénétique et de l'environnement (1).

Face au vieillissement nous ne sommes pas tous égaux. Le vieillissement s'accompagne d'une multitude de changements qui influence le fonctionnement de tous les systèmes anatomiques de manière plus ou moins marquée selon les individus. Nous allons voir de façon synthétique les variations physiologiques liées au vieillissement.

Au niveau **cérébral et cérébelleux** la sénescence cellulaire entraine une altération de la matière blanche avec une réduction du nombre de neurones corticaux. Le vieillissement a des effets sur les fonctions cognitives, exécutives et attentionnelles. Les fonctions d'apprentissage et de mémoire sont généralement réduites également. Les tâches nécessitant une double exécution sont plus difficiles à réaliser par le sujet âgé. L'altération des automatismes de l'équilibration, de l'adaptation posturale ou encore de la marche sont aussi liées à ces modifications. Cependant certaines personnes âgées sont peu affectées par cette dégénérescence et conservent la plupart de leurs capacités cognitives et fonctionnelles tout au long de leur vie. A contrario, certaines capacités peuvent augmenter avec l'âge. C'est le cas par exemple des connaissances générales qui ont tendance à augmenter en fonction des expériences de vie cumulées et de l'exposition aux informations (2).

Différents changements vont opérer avec l'âge au niveau du **système cardiovasculaire**. Le ventricule gauche du cœur s'hypertrophie. Le pouls et la pression artérielle systolique augmentent tandis que la pression artérielle diastolique diminue (1). La sensibilité du myocarde aux stimuli sympathiques diminue. Tout ceci compromet la contractilité et la capacité de pompage de cœur. De même, les artères vont se rigidifier et s'épaissir ce qui diminue la compliance de système artériel. Ceci engendre une certaine fatigabilité pour le sujet âgé.
Les maladies cardio-vasculaires les plus fréquemment rencontrées chez les personnes âgées sont l'hypertrophie ventriculaire gauche, l'insuffisance cardiaque chronique et la fibrillation auriculaire. On sait par ailleurs qu'elles sont influencées par la sédentarité (3). Au contraire l'activité physique régulière réduit le risque de maladie cardio-vasculaire d'où l'importance de pratiquer une activité physique régulière tout au long de la vie. Les paramètres concernant la santé cardio-vasculaire du patient sont à évaluer et prendre en considération lors de notre prise en charge thérapeutique, notamment lors de l'apprentissage du relever du sol.

De nombreux remaniements ont lieu au niveau du **système respiratoire** avec le temps. L'élasticité des tissus pulmonaires se réduit ce qui engendre une diminution de la surface disponible pour les échanges gazeux. La compliance de la paroi thoracique est moins bonne. La force des muscles respiratoires décline. La conséquence directe

de ces changements est la réduction des volumes respiratoires, une personne âgée s'essouffle donc plus rapidement qu'auparavant. De plus l'efficacité de la clairance mucociliaire et de la toux sont moindres (1). Il en est de même pour la déglutition ce qui entraine des risques de fausses routes accrus (4).
On constate donc une détérioration globale des capacités respiratoires chez le sujet âgé. Ceci les rend plus vulnérables aux infections respiratoires, notamment associées à l'immunoscénescence. Nous connaissons aussi les risques d'infections respiratoires associés à la station prolongée au sol après une chute (5).

Les **systèmes osseux et musculaire** sont étroitement liés. Avec le temps les os subissent un mécanisme d'involution qui implique une réduction de la densité minérale osseuse : l'ostéopénie. Elle débute vers 40/45 ans pour les femmes et 50/60 ans pour les hommes. L'ostéoporose consiste en une déminéralisation osseuse très importante. Cette maladie diffuse se caractérise par l'accélération pathologique du remodelage osseux. Elle conduit à une perte excessive de la masse et de la qualité osseuse et de ce fait elle modifie l'architecture des os. Ce mécanisme est plus important chez les femmes lors de la ménopause à la suite de la carence en œstrogène qui a lieu durant cette période (6)(7).
Cela représente un problème majeur de santé publique par son association avec des fractures de fragilisation, principalement de la hanche, de la colonne vertébrale et de l'avant-bras.
Les muscles vont subir comme les os une involution : la sarcopénie et la dynapénie. La sarcopénie est la perte de masse musculaire liée à l'âge (7). La dynapénie est la perte de force et de puissance musculaire liée à l'âge (8). Ainsi elles induisent une perte de fonction musculaire et un risque d'incapacité physique. Elles peuvent aussi accroître le risque de fracture par chute car elles rendent les sujets âgés plus vulnérables. Ce sont notamment des facteurs de fragilité. La force musculaire est généralement maintenue jusqu'à 60 à 70 ans, après quoi la perte s'accélère (7)(9). Globalement, l'ostéoporose et la sarcopénie ont un impact sur la mobilité et l'autonomie des personnes âgées.

Les **systèmes sensoriels** vont aussi connaître les effets de l'âge. On remarque un déclin fonctionnel de la vision lié à des modifications anatomiques du globe oculaire.

Par exemple, le cristallin perd de son élasticité et s'épaissie, les muscles ciliaires sont moins contractiles ce qui entraine une diminution de la capacité à focaliser les objets proches. C'est ce que l'on appelle la presbytie (10). D'autres pathologies oculaires sont courantes à l'âge avancé comme la cataracte concernant 16% des personnes de plus de 65 ans, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), le glaucome ou les rétinopathies (9). On retrouve notamment une atteinte du champ visuel, une baisse d'acuité visuelle, de sensibilité aux contrastes et à la stéréo acuité.
Une grande partie de la population âgée fait donc face à une baisse de l'acuité visuelle. La perte de l'audition entraine quant à elle une diminution de la conscience spatiale, de la communication et de l'appréhension du danger notamment sur la voie publique. Toutes ces atteintes sensorielles sont corrélées aux risques de chutes (5).

L'**équilibre** dépend de nombreux éléments : la vision, le système vestibulaire, la proprioception, la force musculaire et le temps de réaction. Lorsqu'un de ces éléments est défaillant, il en résulte des troubles de l'équilibre et des risques de chutes pour les personnes âgées. En effet, le contrôle de l'équilibre statique et dynamique ainsi que la posture demandent une coopération sensorielle et motrice et reposent sur des automatismes.
Un tiers des personnes de plus de 70 ans souffre d'une altération du système vestibulaire. Les études ont de même montré une raréfaction des récepteurs de la proprioception. Les informations proprioceptives, leur conduction, et l'intégration des informations au niveau cérébral s'amenuisent (9).
Les troubles de l'équilibre sont fréquents chez les personnes âgées et potentialisent le risque de chute.

La **chute** est un événement accidentel, fréquent pour la population âgée et a parfois des conséquences graves. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini la chute comme étant « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment » (11).

De nombreux facteurs de risque sont associés aux chutes des patients hospitalisés, tels que la médication, une démarche instable, une altération de l'état physique et

mental et les risques environnementaux (5). Le schéma suivant illustre ces facteurs de risque et reprend tous les facteurs physiologiques du vieillissement vus précédemment (figure 1).

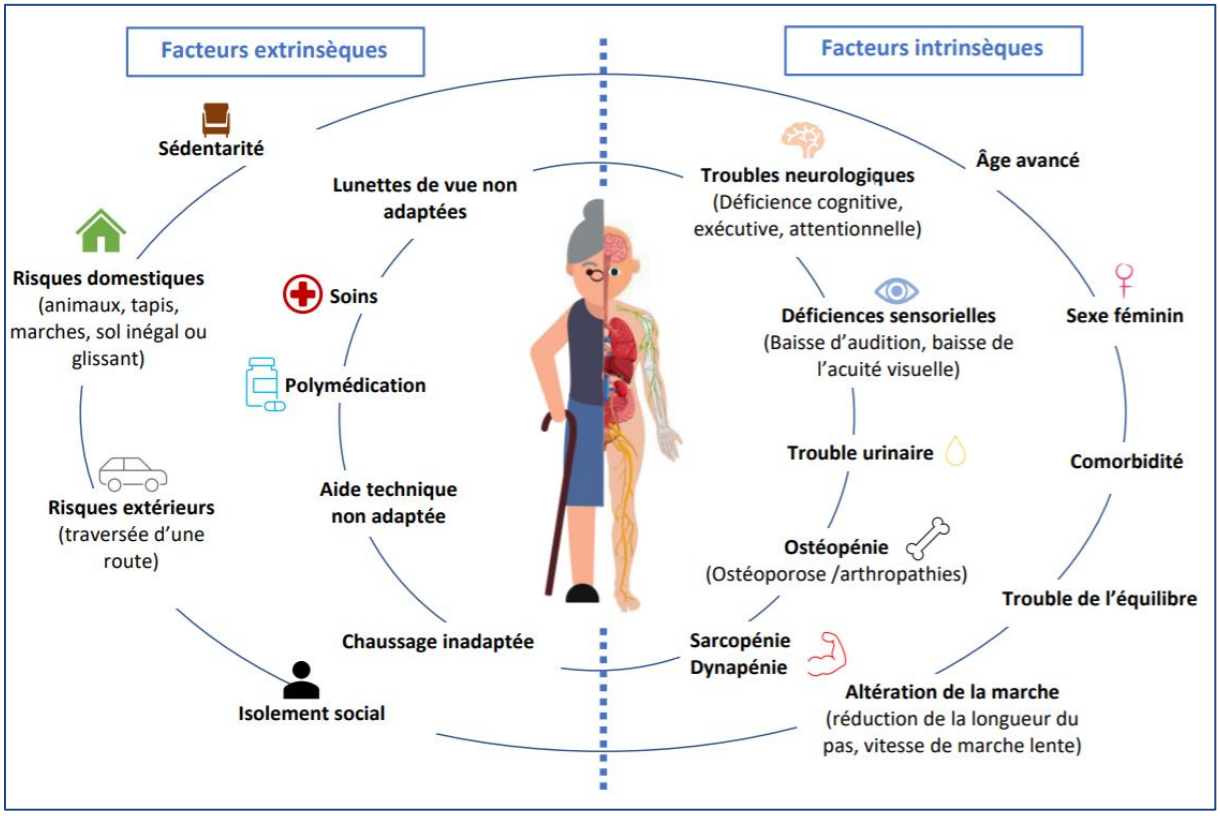


Figure 1 - Facteurs extrinsèques et intrinsèques liés au vieillissement

Après une chute les personnes âgées restent parfois longtemps au sol, faute de pouvoir se relever seules. La station au sol prolongée a de graves conséquences à la fois physiques et psychologiques caractéristiques du syndrome de désadaptation psychomotrice dont la manifestation aiguë est appelée **syndrome post-chute** (12).

La chute est la principale cause d'accident de la vie courante chez les plus de 65 ans et le risque de chute augmente avec l'âge (13). C'est la première cause d'hospitalisation pour traumatisme chez la population âgée (1). C'est ensuite la deuxième cause de décès accidentel après les accidents de la route dans le monde. D'après l'OMS, environ 30% des personnes âgées de plus de 65 ans font des chutes chaque année. Ce pourcentage atteint 40% pour les plus de 70 ans. Ceci s'explique par le déclin progressif des fonctions physiques, cognitives et sensorielles (11).

La chute peut être aussi le point de départ d'un déclin fonctionnel ou d'une perte d'indépendance. Cela est notamment dû au syndrome post chute se caractérisant par les signes physiques suivant : akinésie, rétropulsion, troubles de l'équilibre statique et de la marche, ainsi que la présence de freezing c'est-à-dire des difficultés d'initiation du mouvement. Les signes psychiques responsables de cette inhibition motrice sont l'anxiété lors du passage à la station debout, la peur du vide et le manque de confiance en ses capacités motrices (14)(15).
Tout ceci fait de la chute un des problèmes les plus sérieux chez les personnes âgées et présente un coût financier pour le système de santé.

En France, les personnes âgées représentent une part importante de la population. En 2018, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) estimait que 25,7% de la population française avait plus de 60 ans (16). De plus l'espérance de vie augmente progressivement. Elle est actuellement de plus de 80 ans dans notre pays, tandis qu'elle était en moyenne de 47 ans au début du XXe siècle. Cet allongement de l'espérance de vie explique le nombre non négligeable et croissant de personnes âgées en France. Cependant, l'espérance de vie en bonne santé ne connaît pas autant cette croissance : une femme française de 65 ans peut espérer vivre encore 23,7 ans mais seulement 10,6 ans en bonne santé (17).
L'évolution de l'espérance de vie et le vieillissement de la population accentuent la prise en charge de patients en gériatrie. C'est ce que l'on constate notamment avec l'augmentation des soins de longue durée pour les personnes âgées qui sont passés de 7 457 en 2008 à 10 988 en 2017(16).

Une concertation nationale de grande ampleur, le **Rapport grand âge et autonomie**, mené par Dominique Libault, vise à unir tous les acteurs en lien avec la population âgée afin d'apporter des solutions pour les années à venir. Le rapport souligne que d'après la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) environ 2 millions des personnes de plus de 60 ans étaient en perte d'autonomie en 2015, dont environ trois quarts vivant à domicile. Une autre donnée importante est le coût des dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes

âgées. Il est estimé à 1,4% du PIB (soit 30 milliards d'euros) en 2014 dont 80% sont des dépenses publiques (18).
En septembre 2020, dans le cadre du Ségur de la Santé, les fédérations étudiantes des métiers de la santé ont apporté leur contribution, forte de 33 propositions (19). Parmi celles-ci, on peut retenir l'importance accordée à la formation des professionnels de santé aux problématiques du vieillissement, la prévention du patient âgé comprenant l'orientation vers un kinésithérapeute ou un psychomotricien afin de prévenir la perte de mobilité ainsi que la promotion du travail en pluridisciplinarité.

Ainsi, la population gériatrique constitue une part importante de la population aussi bien française que mondiale. La prise en charge des troubles liés au vieillissement et l'accompagnement de la population âgée sont des enjeux majeurs tant humain que sociétal, politique et économique qui tendent à faire évoluer positivement la considération des personnes âgées.

La capacité à se **relever du sol** requière certains automatismes ainsi que de bonnes conditions articulaires et musculaires. Certaines personnes âgées perdent cette capacité du fait du vieillissement, qui entraine une baisse de la condition physique et de la tolérance à l'effort mais aussi à cause des expériences délétères de chute. On estime que 2 personnes âgées sur 3 sont en incapacité de se relever seules après une chute (14).

Depuis 2005, le relever du sol fait partie des recommandations pour la pratique clinique en Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile de la Haute Autorité de Santé (HAS). Son apprentissage « fait partie des techniques essentielles dans la prévention de la perte d'autonomie » et « dans les conséquences des chutes » (20). L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) recommandait en 2014 dans son expertise collective sur l'activité physique et la prévention des chutes chez les personnes âgées, la mise en place d'exercices pour apprendre aux personnes âgées à se relever du sol. Le groupe d'expert préconisait un programme d'exercices collectifs incluant le RDS dans le but de limiter le risque de station au sol prolongée après une chute (21).

La HAS préconise lors de l'apprentissage de cette technique une descente au sol active du patient, en posant un genou au sol puis l'autre. Le schéma de redressement le plus communément décrit débute en position assise, ce qui correspond à l'attitude spontanée du sujet après une chute dite mécanique. Il peut aussi débuter en procubitus afin de travailler les retournements. Le patient va ensuite se placer en position dit de la petite sirène, puis de quadrupédie, ensuite genou dressé puis en chevalier servant. Pour attendre la position debout le patient s'aide des membres supérieurs en s'appuyant sur une surface stable si besoin, comme l'assise d'une chaise [Annexe I]. La HAS recommande de pratiquer des séances courtes avec des temps de repos pour respecter la fatigue du patient (20).

En 2018, la revue systématique menée par Burton et. al sur l'apprentissage du RDS a montré des résultats prometteurs. Cette technique semble être efficace chez les personnes âgées éprouvant des difficultés à se relever après une chute pour leur permettre de récupérer cette capacité (22).

Il n'y a pas de consensus sur la technique du RDS : l'apprentissage doit s'adapter au schéma moteur de chaque patient. Le rôle du rééducateur est de guider le patient à l'aide de consignes simples, courtes et précises. Le professionnel devra tenir compte du schéma moteur préférentiel adopté par le patient et établir une relation soignant-patient de confiance. En plus des consignes une démonstration permettra d'illustrer de façon concrète la séquence motrice du RDS. Pour accompagner le patient pendant l'exercice, le guidage verbal et manuel sera nécessaire. Certaines adaptations seront réalisées selon le patient notamment s'il présente une prothèse de hanche ou de genou et des douleurs ou limitations articulaires communes chez les personnes âgées.

Il existe cependant des limites au relever du sol liées au vieillissement comme les douleurs articulaires, l'insuffisance musculosquelettique, la désadaptation à l'effort ou encore la peur (23). Le bilan diagnostic peut guider les rééducateurs afin de savoir si l'apprentissage du RDS est envisageable pour le patient. Le Test Moteur Minimum (TMM) a obtenu des résultats statistiquement significatifs montrant que ce test pourrait être prédictif de la capacité à se relever du sol (24) [Annexe II]. Si la capabilité à réaliser

cette séquence de redressement est insuffisante, le RDS sera abordé via des exercices plus adaptés aux capacités du patients.

Le RDS peut être appréhendé avec des exercices intermédiaires tels que l'apprentissage des Niveau d'Évolution Motrice (NEM) et le travail des étapes du RDS une à une. Ensuite des enchaînements de séquences motrices amènent le patient à se familiariser avec la technique. Pour les patients présentant un syndrome post-chute ce travail est plus limité par la peur. On pourra donc débuter en position assise sur un plan de Bobath. La descente active au sol se travaille par le passage en fente avant à celle de chevalier servant puis de chevalier servant à genou dressé. La hauteur de la surface d'appui du genou pourra varier progressivement. L'appréhension de la descente au sol et la notion de vide antérieur sont abordées par des exercices de déséquilibre intrinsèque en position assise puis debout. La déstabilisation sera induite par la prise d'objets ou de charges dans différents plans de l'espace. En progression, on diminuera la hauteur du plan où se trouve l'objet pour se rapprocher du sol. En revanche, on envisagera une descente passive au sol si cela rassure le patient en syndrome post chute. Toutefois il faut éviter le déclenchement d'une sidération motrice (23).

Cette technique a de nombreux intérêts. Elle permet au sujet âgé de mieux appréhender le contact sur le sol et limiter sa peur d'être au sol et d'adopter des stratégies post-chute (se déplacer au sol, se relever, prévenir les secours si nécessaire) (15).

Toute l'importance de cette technique est de conserver l'autonomie et les capacités motrices du sujet âgé. Le but est de préparer le sujet à l'éventualité d'une future chute et de pouvoir répondre à cet événement indésirable afin qu'il soit le moins traumatisant possible. Les objectifs de l'apprentissage du RDS sont donc de permettre au patient de se relever seul en cas de chute et d'éviter la station prolongée au sol. Il s'agit aussi de redonner confiance au patient dans ses capacités motrices et de diminuer la peur en lien avec la chute.

Dans le domaine gériatrique, cet outil est essentiel pour les professionnels de la rééducation motrice lors de la prise en soins des patients après une chute ainsi que des patients présentant des troubles de l'équilibre et à risque de chute.

Les kinésithérapeutes, les psychomotriciens et les ergothérapeutes ont un rôle primordial en matière de prévention des chutes et de leur récidive. Le rôle du kinésithérapeute dans le maintien de l'indépendance fonctionnelle par des programmes de prévention des chutes a été démontré par de nombreuses études (25). La prévention primaire s'intéresse aux personnes âgées n'ayant pas encore chuté mais présentant des troubles de l'équilibre ou une désadaptation motrice. Elle a pour principe de préserver l'autonomie des personnes âgées en intervenant avant qu'un événement indésirable qui nuirait à la santé d'une personne âgée n'ai lieu. Cette anticipation réduira à terme l'aspect curatif des soins encore trop présent dans notre système de santé. La prévention des chutes a déjà fait ses preuves avec de nombreux programmes d'activité physique. L'apprentissage du RDS a aussi sa place dans ces programmes. Il a pour objectif commun avec l'activité physique de préserver l'autonomie, et, complémentairement, il prévient les risques inhérents aux chutes comme la station prolongée au sol (21).

Des ateliers de relever du sol se développent en présence de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'Enseignant en Activité Physique Adaptée (EAPA) et de psychologues. Leur but est à la fois préventif pour les sujets en perte d'autonomie et palliatif pour les patients âgés chuteurs (15). L'interdisciplinarité a toute son importance dans cet apprentissage, ces professions sont complémentaires. C'est notamment ce que prône le récent rapport grand âge et autonomie (18).
De ce fait l'apprentissage du RDS s'inscrit parfaitement dans l'éducation thérapeutique des patients.

De nombreux éléments tendent à dire que l'apprentissage du relever du sol est une approche séduisante pour venir en aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Nous avons vu que les études sur le sujet s'accordent à dire que le RDS est efficace chez les personnes éprouvant des difficultés à se relever après une chute. Il permet aux personnes âgées de préserver leurs capacités motrices et leur autonomie lorsque le vieillissement physiologique peut potentiellement les rendre plus vulnérables aux risques de chute. Cet apprentissage fait partie des recommandations de la HAS pour la prise en charge des kinésithérapeutes depuis 2005 (20) mais aussi des

recommandations de groupes d'experts de l'INSERM dans le cadre de la prévention des chutes depuis 2014 (21). Mais le RDS est-il bien installé dans la pratique courante des professionnels de la rééducation en France ? Il semblerait finalement que l'apprentissage du RDS auprès de seniors reste encore, en 2020, un exercice peu utilisé par les professionnels de la rééducation. Nous allons tenter à travers cette étude de comprendre quelles en sont les raisons. Nous pourrons ainsi voir si la pratique s'avère plus difficile qu'en théorie, et si c'est le cas quelles sont les difficultés rencontrées. Nous pourrons aussi objectiver la présence ou non de réticences de la part du corps soignant ou des patients face à cette technique. De plus, bien que le RDS fasse partie du champ de compétences de tous les professionnels de la rééducation motrice, son utilisation s'avère-t-elle plus compatible dans l'exercice d'une profession en particulier ? Ces nombreuses interrogations montrent que l'utilisation du RDS auprès des personnes âgées reste encore floue et sont la preuve qu'il existe des freins à cette pratique. C'est ce que nous allons tenter de relever avec cette enquête afin de mieux comprendre la pratique du RDS.

Ainsi, l'objectif primaire de l'étude est de réaliser un état des lieux de la pratique du relever du sol chez les professionnels de la rééducation. L'objectif secondaire est d'isoler les freins à la pratique du relever du sol et apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette prise en charge.

II. Méthodologie

A. Conception de l'étude

Cette étude est le fruit d'une discussion autour des problématiques liées au vieillissement et à la perte d'autonomie des personnes âgées. Nous nous sommes demandé quels étaient les moyens à la portée des rééducateurs afin de réautonomiser les personnes âgées dites fragiles. Nous avons donc analysé l'approche multidimensionnelle autour du sujet chuteur et nous nous sommes accordés à dire que la rééducation comprenait à la fois un travail analytique (renforcement musculaire, mobilisation articulaire), postural (équilibre statique et dynamique), fonctionnel (marche et activités de la vie quotidienne) mais aussi situationnel (mise en pratique du travail réalisé lors d'une situation concrète).

Notre constat personnel était le suivant : d'après notre expérience en kinésithérapie et les retours que nous avons eu de notre entourage professionnel, nous abordons ce qui peut prévenir une chute mais nous mettons rarement nos patients en situation écologique post-chute lors de nos prises en soin. Or, dans la vie courante le risque zéro n'existe pas et nos patients peuvent y être confrontés.
Nous avons alors décidé de cerner et de comprendre les limites de cette pratique et de voir si elles existaient aussi auprès des autres professionnels de la rééducation motrice.

Pour ce faire nous avons effectué des recherches bibliographiques sur le relever du sol auprès des personnes âgées. A l'issue de ces recherches nous avons pu établir la problématique et les objectifs cités précédemment. Nous avons utilisé les mots clés « rise » « rising » « get up » « floor » et « ground » ainsi que le mots clés MeSH « rehabilitation » et « elderly » dans la base de données PubMed. Parmi les résultats obtenus nous avons sélectionné 13 articles pertinents sur le sujet. Les sites internet de la HAS, du ministère des solidarités et de la santé, de l'INSERM et de l'INSEE ont également été consultés.

Afin d'assurer une rigueur méthodologique tout au long de ce mémoire, nous avons suivi les lignes directrices « Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology » (STROBE) pour l'écriture et la lecture des études observationnelles (26).

B. Contexte de l'étude

1. Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude épidémiologique de type observationnelle descriptive et analytique transversale quantitative.
Cette étude épidémiologique est observationnelle puisqu'elle dresse un état des lieux de la pratique du relever du sol chez les professionnels de la rééducation motrice en France. Elle est à la fois descriptive puisque dans un premier temps nous nous sommes intéressés aux caractéristiques de la population au sujet du relever du sol, et analytique car nous avons établi une distinction entre corps de métier en croisant les résultats. La transversalité est expliquée par l'observation des données à un moment précis soit entre le 1er décembre 2020 et le 31 mars 2021. Pour finir, l'étude permettait de mesurer les différentes caractéristiques de la population d'où son caractère quantitatif.
Notre outil d'évaluation était un questionnaire en ligne auto-administré.

2. Élaboration du questionnaire

Pour analyser au mieux la pratique du RDS des professionnels de la rééducation motrice auprès de leurs patients âgés nous avons conçu un auto-questionnaire en ligne permettant de récolter les données nécessaires à cette étude. Nous avons sélectionné les questions les plus pertinentes dans le but d'avoir un temps de passation du questionnaire convenable pour les participants tout en ayant un maximum de réponses exploitables. Nous nous sommes inspirés d'une enquête préexistante datant de l'an 2000 et publiée dans le « British Journal of Occupational Therapy » (27). Ce questionnaire ne comportait que 6 questions mais nous a permis

de prendre connaissance des travaux déjà effectués ainsi que de leur discussion et des limites rencontrées.

Le questionnaire en ligne comportait une page d'accueil informant brièvement les participants du contexte et but de l'étude, de la population ciblée, du temps de passation du questionnaire et d'anonymisation des données strictement utilisées pour cette enquête. L'identité et le statut des promoteurs de l'enquête étaient ensuite précisés.

Ensuite le questionnaire comprenait vingt-deux questions réparties en quatre sections : Généralités, Profil des patients, Déroulement d'une séance, Ressenti sur la pratique du relever du sol.

En fonction des données à recueillir, plusieurs types de questions ont été utilisés. Le questionnaire comportait :

- 2 questions fermées à réponse unique, par exemple : la profession des participants et le type de séance réalisée avec les patients (individuelle, en groupe, etc.).
- 4 questions fermées à réponse dichotomique (oui ou non), comme pour le suivi d'une formation sur le RDS et l'existence de facteurs excluant le RDS de la prise en soins du praticien.
- 3 questions fermées à réponses multiples possibles telles que le lieu d'exercice professionnel, le type de formation reçue sur le RDS et la réalisation de la descente au sol.
- 7 questions fermées à réponse unique sur une échelle de fréquence autrement dit des échelles de Likert, dont une question filtre, par exemple : la fréquence de la pratique du RDS ainsi que la présence ou non d'une réticence chez le praticien et le patient âgé à pratiquer le RDS.
- 3 questions ouvertes à réponses multiples possibles telles que, les pathologies pour lesquelles le praticien propose le RDS ainsi que les critères d'évaluation de la capacité à réussir le RDS. Pour ces questions une liste de réponses prédéfinies était proposée et la réponse « Autre » laissait apparaître un champ rédactionnel afin que le participant fasse une précision.

- 3 questions ouvertes rédactionnelles, comme le temps de réalisation de l'exercice, et une conditionnelle sur les difficultés rencontrées par le professionnel lors du RDS.

Des champs conditionnels de type rédactionnel étaient affichés en fonction de certaines réponses du participant afin qu'il puisse apporter des précisions. Comme vu précédemment, une question filtre permettait d'orienter les participants ne pratiquant jamais le RDS avec leurs patients âgés de la section 1 « Généralités » et la dernière section « Ressenti sur la pratique du relever du sol ». Ceci évitait à ces participants de répondre aux questions plus techniques sur le RDS ce qui aurait créé un biais de réponse à l'enquête si cela avait été le cas.
Toutes les questions et champs conditionnels affichés en fonction des réponses étaient obligatoires pour valider l'envoi du questionnaire.

A la suite de la conception du questionnaire au format texte une relecture a été réalisée par 3 intervenants : Frédéric DESRAMAULT (MKDE, et maitre de ce mémoire), Mathilde COLLET (MKDE et responsable pédagogique du second cycle de formation de La Musse) et France MOUREY (MKDE, enseignante chercheuse, professeure des Universités à l'université Bourgogne Franche-Comté, et spécialiste en gériatrie). Ensuite le questionnaire a été adapté sur une plateforme en ligne. Pour finir, une phase de test a été faite par 5 étudiants en kinésithérapie afin de veiller à la bonne compréhension des questions, à la bonne estimation du temps de passation du questionnaire et avoir un retour d'expérience.

C. Recueil des données

1. Outils et modes de recueil des données

Notre auto-questionnaire en ligne était hébergé sur la plateforme Framaforms. Cette plateforme de création de formulaires en ligne est libre de droit. Par ailleurs, elle ne collecte pas les données personnelles et fonctionne de façon totalement anonyme.
Cet outil de recueil nous a paru le plus adéquat pour obtenir des résultats représentatifs de la pratique du relever du sol en France sur une période restreinte.

De plus l'auto-questionnaire s'adapte à la disponibilité du répondant, celui-ci peut répondre à l'enquête quand il le souhaite. Sa diffusion en ligne présente de nombreux autres avantages comme une plus grande accessibilité du questionnaire ainsi qu'une diffusion rapide et à grande échelle. Cela permet le respect de l'anonymat, de la confidentialité, de la qualité et de la sécurité des données. Il présente aussi un avantage économique car il ne nécessite aucune ressource financière. Toutefois, malgré une large diffusion, le taux de participation reste incertain et le risque est donc une participation modérée à l'étude.

Le questionnaire était disponible via un lien URL que nous avons largement diffusé afin de récolter les données nécessaires à l'étude. Une version texte est disponible en annexe [Annexe III].

2. *Diffusion de l'enquête*

Avant de procéder à la diffusion du questionnaire, nous avons déposé une déclaration de conformité à la méthodologie de référence MR003 à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Cette déclaration encadre les travaux de recherches dans le domaine de la santé et vise à justifier la récolte et la protection des données de l'étude.

La diffusion du questionnaire a débuté le 1 décembre 2020 et s'est achevée le 31 mars 2021. Pendant cette période nous avons diffusé notre questionnaire par les moyens suivants :

- La transmission auprès des contacts personnels travaillant dans le domaine de la rééducation et pouvant à leur tour diffuser le questionnaire à leurs collègues.
- La prise de contact par courriel d'établissements de santé publics et privés à orientation gériatrique ou présentant une offre de soins auprès des personnes de plus de 65 ans (Centre Hospitalier Universitaire (CHU), hôpitaux, centre de rééducation, Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), etc.).

- La prise de contact des établissements de formation en kinésithérapie, ergothérapie et psychomotricité afin de permettre la diffusion auprès des intervenants enseignants des cours en lien avec le sujet de ce mémoire.
- La sollicitation de l'ordre national et des ordres départementaux des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi que des fédérations et associations représentatives des professionnels ergothérapeutes (Association Nationale Française d'Ergothérapie (ANFE) et Association française des ergothérapeutes en gériatrie) et psychomotriciens (Fédération Française des Psychomotriciens (FFP)).
- La communication sur les réseaux sociaux Facebook et Twitter via le fil d'actualité et les groupes privés destinés aux rééducateurs ou aux professionnels de la gériatrie.

Des relances ont été effectuées sur les réseaux sociaux et auprès des ordres, fédérations et associations n'ayant pas donné réponse après un mois.

3. Saisie des données

L'utilisation d'un mode de recueil informatique via la plateforme Framaforms a permis de collecter les données dès leur saisie par les participants. Les données étaient ensuite traitées par la plateforme en temps réel sous forme de graphique et de tableur préservant l'anonymat via un système d'identification par horodatage. Ceci permettait d'avoir un aperçu tout au long de la phase de collecte. Le remplissage automatique du tableur a assuré une limitation du risque d'erreur de saisie manuelle des données ainsi qu'un gain de temps important. De plus, les réponses étaient exportées sur un tableau Excel après téléchargement sur l'ordinateur personnel protégé par un antivirus et un code d'accès afin d'être analysées et sauvegardées.

4. Codage des données

Le codage des données a été réalisé après la collecte des données. Cette étape a pour but de retranscrire les données sous forme de codes afin de rendre leur traitement statistique plus simple. Par exemple la question « Comment avez-vous été formé au

relever du sol ? » a été codée en une variable « Formation ». Une fois le codage des données terminé, chaque colonne du tableur correspondait à une variable et les lignes correspondaient à chaque participant et aux réponses qu'ils avaient fourni aux variables correspondantes.

5. Contrôle qualité

Un contrôle de la qualité et de l'homogénéité de la base de données a été réalisé par une lecture ligne par ligne des réponses des participants. Si une donnée était manquante ou paraissait aberrante, la réponse du participant n'était pas comptabilisée. Les erreurs de saisie ont été corrigées lorsque cela était possible.

D. Population

1. Critères d'inclusion

Les personnes participantdre à l'enquête devaient être des professionnels de la rééducation motrice prenant en soins des personnes âgées de plus de 65 ans : des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes et des psychomotriciens. La deuxième condition était d'exercer en France. Il n'était pas requis de pratiquer l'apprentissage du RDS avec ses patients.

2. Population cible

Pour déterminer la taille de la population cible, une recherche préalable a été réalisée sur le site internet de la DREES (28). Ainsi, le nombre de professionnels de la rééducation motrice concernés par l'étude s'élève à 119 638 professionnels. Le détail par professionnels et modes d'exercices sont présentés dans le tableau 1.

Profession	Nombre en 2020
Ergothérapeutes : • **Libéraux ou mixtes** • **Salariés**	13 644 1 964 11 680
Kinésithérapeutes : • **Libéraux** • **Salariés** • **Mixtes**	91 485 73 229 15 934 2 322
Psychomotriciens : • **Libéraux ou mixtes** • **Salariés**	14 509 3 318 10 846
TOTAL	119 638

Tableau 1 - Nombre de professionnels de la rééducation motrice ciblés par l'enquête

Cependant, il était impossible de connaître le nombre exact de professionnels prenant en charge quotidiennement des personnes âgées de plus de 65 ans.

3. *Population source*

La population source est un sous-ensemble de la population cible correspondant à la population que nous pouvons atteindre au regard des objectifs de l'étude. Afin de réaliser l'échantillonnage de la population source nous avons utilisé plusieurs modalités de contact via internet. Nous avons contacté par courriel de nombreux établissements employant des professionnels de la rééducation motrice et prenant en soins des personnes âgées (CHU, Hôpitaux, centre de rééducation, etc.). Nous avons de la même manière sollicité l'ordre national des kinésithérapeutes (ONMK) ainsi que les cent ordres départementaux (ODMK). Nous avons pris contact avec les associations et fédérations représentatives des ergothérapeutes et des psychomotriciens. Un courriel a été envoyé à tous les instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK), ergothérapie (IFE) et psychomotricité (IFP) afin de s'informer sur l'existence de cours en lien avec le relever du sol auprès des personnes âgées et de transmettre le questionnaire aux intervenants pouvant être intéressés pour répondre à l'étude. Pour finir, nous avons transmis notre questionnaire à nos contacts personnels et sur les réseaux sociaux via une dizaine de groupes Facebook destinés aux professionnels concernés. Nous avons considéré que ces modes de diffusion par

internet nous permettaient de couvrir l'essentiel de la population cible étant donné que la proportion de non-internaute dans la population active en France est limitée.

E. Variables

1. Variables qualitatives

Ce sont des variables n'exprimant pas de valeur numérique mais une qualité, répartie en classes ou en catégories.

a) Variables qualitatives binaires

Les variables binaires ne présentent que deux classes possibles qui ne peuvent pas être hiérarchisées, par « Oui » ou « Non ». Ces variables correspondaient aux questions suivantes :

- Avez-vous suivi une formation sur le relever du sol, au cours de vos études ou après votre diplôme ?
- Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire afin d'améliorer votre pratique du relever du sol ?
- Selon vous, certains facteurs excluent-ils le relever du sol de votre prise en charge ?
- Participez-vous à un atelier d'éducation thérapeutique du patient (ETP) validé par l'ARS, proposant l'apprentissage du relever du sol ?

b) Variables qualitatives nominales

Les variables nominales, aussi appelées catégorielles, ne peuvent pas être hiérarchisées. Ces variables correspondaient aux items suivants :

- Profession
- Lieu d'exercice
- Comment avez-vous été formé au relever du sol ?
- Pour quelles pathologies proposez-vous le relever du sol ?
- Comment évaluez-vous la capacité de votre patient à effectuer le relever du sol ?

- Quel type de séance effectuez-vous pour le relever du sol ?
- Comment s'effectue la descente au sol lors de l'apprentissage du relever du sol ?
- Comment expliquez-vous le déroulement du relever du sol au patient ?

c) Variables qualitatives ordinales

Les variables qualitatives ordinales peuvent être classées les unes par rapport aux autres selon une échelle de valeur. Elles ont été utilisées dans cette enquête sous forme d'échelle de Likert à cinq niveaux. Ces variables correspondaient aux questions suivantes :

- Pratiquez-vous le relever du sol avec vos patients âgés ?
- Vos patients ont-ils des réticences à pratiquer le relever du sol ?
- Éprouvez-vous des difficultés à réaliser le relever du sol avec vos patients ?
- Ces difficultés vous empêchent-elles de pratiquer le relever du sol avec certains de vos patients ?
- Selon vous, l'apprentissage du relever du sol vous semble-t-il efficace pour la réussite des patients à se relever après une chute ?
- Selon vous, l'apprentissage du relever du sol vous semble-t-il efficace dans la réassurance du patient en ses capacités pour se relever après une chute ?

2. Variables quantitatives

Ce sont des variables qui s'expriment par un nombre et sont ensuite exploitables mathématiquement.

a) Variables quantitatives continues

Les variables continues prennent n'importe quelle valeur numérique entière ou décimale. Dans notre étude la seule variable de ce type était la suivante :

- Lors d'une séance type, pendant combien de temps le patient s'exerce au relever du sol ?

F. Taille de l'étude

Pour déterminer la taille de l'étude, nous ne sommes servis de cette formule :

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + (\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N})}$$

n : taille de l'échantillon

z : niveau de risque

e : erreur acceptée

N : taille de la population

Ne connaissant pas la proportion p nous avons estimé de façon empirique p = 0,5 selon une loi normale, et un risque α de 5 %. Ainsi pour une population cible de 119 638 professionnels la taille de l'échantillon devait être d'au moins 385 participants.

G. Analyse statistique

Nous avons dans un premier temps réalisé des statistiques descriptives afin d'étudier notre échantillon et répondre à l'objectif principal de notre étude qui était de dresser un état des lieux de la pratique du RDS des rééducateurs auprès des personnes âgées.

L'ensemble des variables étaient qualitatives à l'exception de la variable « Temps d'exercice du RDS » qui était quantitative. Pour chacune des variables qualitatives nous avons donc calculé l'effectif et des proportions en pourcentage sur un intervalle de confiance à un risque α de 5%, rapporté à l'effectif total. Nous avons dans un premier temps analysé le profil de notre échantillon (profession, lieu d'exercice, pratique du RDS, formation), puis les spécificités du RDS, pour rappel : le profil des patients, le déroulement d'une séance et le ressenti sur la pratique du RDS. Lorsque cela été pertinent, nous avons scindé l'échantillon en sous-groupe de profession afin d'interpréter et comparer les résultats pour chaque métier. Pour la variable quantitative, nous avons effectué un calcul de la moyenne et de l'écart-type. Le logiciel Microsoft Excel 2010 nous a permis de réaliser ces analyses et de les présenter sous forme de graphiques.

Les 3 questions portant sur les variables « Pathologie », « Évaluation de la capacité », « facteurs excluant », laissaient la possibilité aux participants de cocher la réponse « Autre » ce qui faisait apparaître un champ rédactionnel afin d'ajouter une précision. Ces questions ainsi que les 2 questions ouvertes rédactionnelles portant sur les variables « moment de prise en charge » et « précision difficultés » ont été traitées sous forme de tableaux afin d'en faire ressortir les idées principales et mesurer l'occurrence. Pour cela deux lecteurs ont répertorié et comptabilisé les données par thématiques et croisé leurs résultats afin qu'ils soient les plus fiables et représentatifs.

Dans un second temps nous avons effectué des statistiques analytiques afin de savoir s'il y avait une différence significative entre les sous-groupes de profession. Pour cela nous avons croisé les données en effectuant des tests paramétriques d'indépendance du $\varkappa^2$, ce qui nous permettait de comparer des pourcentages sur un grand effectif. Si la valeur p était inférieure à 0,05 alors il y avait une différence significative entre les proportions. Nous avons comparé les résultats afin de voir s'ils étaient différents pour les variables suivantes :

- « Lieu d'exercice » versus « Pratique du RDS » pour savoir si la pratique du RDS était plus adaptée à un lieu d'exercice particulier.
- « Pratique du RDS » versus « Réticences Professionnels », pour éventuellement faire un lien entre sous-utilisation et réticences à la pratique du RDS.
- « Pratique du RDS » versus « Profession », dans le but de savoir si l'utilisation du RDS était homogène parmi toutes les professions.
- « Profession » versus « Formation » afin de savoir si toutes les professions étaient formées ou non de façon similaire au RDS.

III. Résultats

A. Flux de données

Parmi les 32 CHU existant que nous avons sollicité pour diffuser notre enquête aux professionnels de la rééducation motrice, 6 ont répondu favorablement.
Nous avons contacté 352 établissements de santé autres que des CHU, ayant un service ou un pôle gériatrique ou bien susceptibles d'accueillir une patientèle âgée pour de la rééducation. 21 d'entre eux nous ont confirmé avoir transmis le lien du questionnaire à leurs employés concernés.
Le questionnaire était disponible sur le site internet de l'ONMK et 3 ODMK ont accepté de diffuser le questionnaire soit par courriel aux kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'ordre départemental ou sur le réseau social Twitter.
Parmi les 18 groupes Facebook sollicités, 10 ont publié le lien du questionnaire à leurs internautes. Une psychomotricienne nous a de même informé qu'elle avait diffusé le questionnaire sur le groupe « Psychomotriciens en EHPAD » qui ne figurait pas sur notre liste de contact. Le nombre de groupe Facebook ayant diffusé l'enquête s'élevait donc à 11.
Sur les 89 instituts de formation (IFE, IFMK et IFP) contactés, 7 ont répondu favorablement à la diffusion du questionnaire auprès de leurs intervenants et contacts pouvant être concernés par l'étude. Ces instituts étaient majoritairement des IFP.

Au total 340 réponses ont été collectées et analysées. En effet, après contrôle de la qualité des données aucune participation ne semblait être en inadéquation avec les critères d'inclusion de l'étude et nous n'avions pas constaté de valeurs aberrantes ou d'erreurs de saisie. Le diagramme de flux ci-dessous illustre le processus de diffusion et de sélection des données :

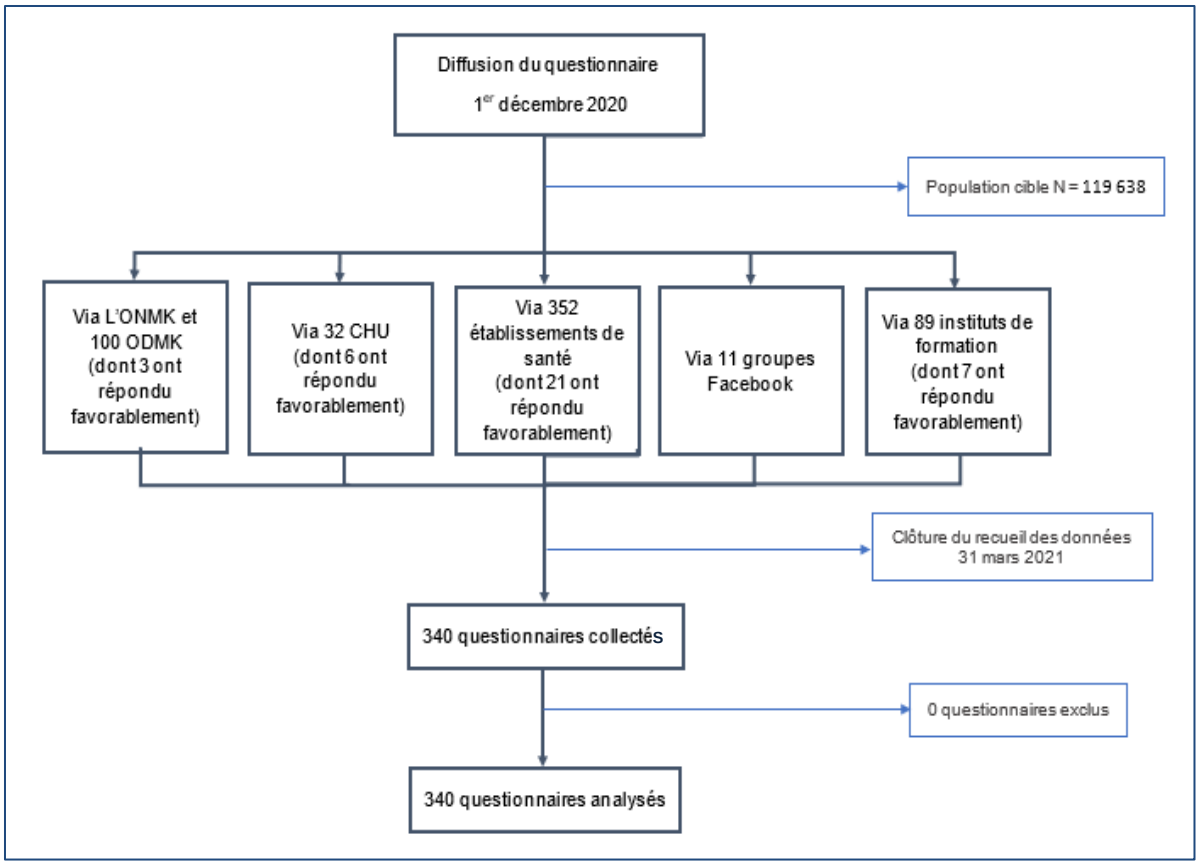


Figure 2 - Diagramme de flux

B. *Profil des participants*

Parmi les 340 participants, 199 d'entre eux étaient kinésithérapeutes, 76 étaient psychomotriciens et 65 étaient ergothérapeutes. L'échantillon (n = 340) était donc composé de 58,5% de kinésithérapeutes, de 22,4% de psychomotriciens et de 19,1% d'ergothérapeutes (figure 3).

Les participants à l'étude exerçaient majoritairement en centre de rééducation, soit 28,5% d'entre eux. Le deuxième lieu d'exercice le plus représenté était l'hôpital avec 24,7% de répondants. Venaient ensuite les EHPAD (18,8% des participants), les cabinets libéraux (16,3%) puis l'exercice à domicile (11,7%) (figure 4).

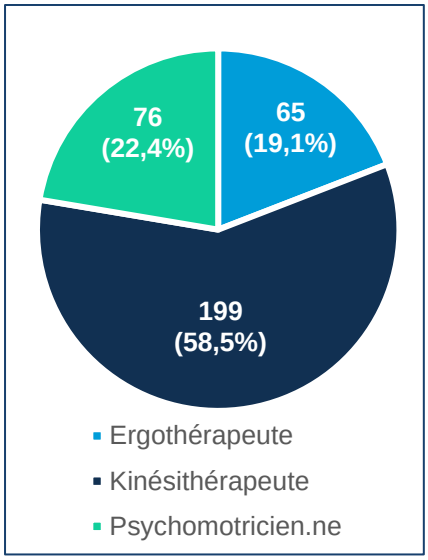


Figure 3 - Répartition des participants en fonction de leurs lieux d'exercice

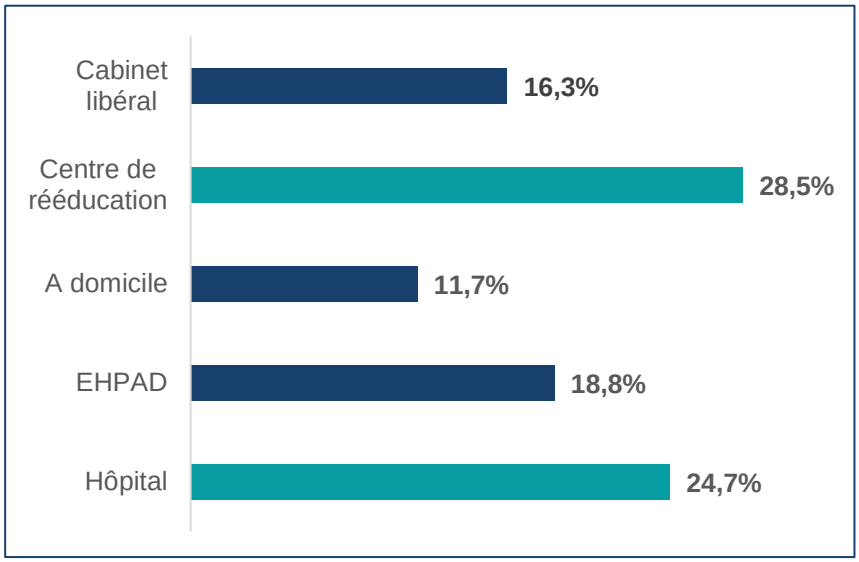


Figure 4 - Répartition des participants en fonction de la profession

Le RDS était pratiqué par 90,4% des participants avec leurs patients âgés. Parmi eux, 35,0% utilisaient cet exercice occasionnellement (réponse « Parfois ») et 34,1% l'utilisaient régulièrement dans leur pratique quotidienne (réponses « Souvent » et « Toujours » cumulées) (figure 5).

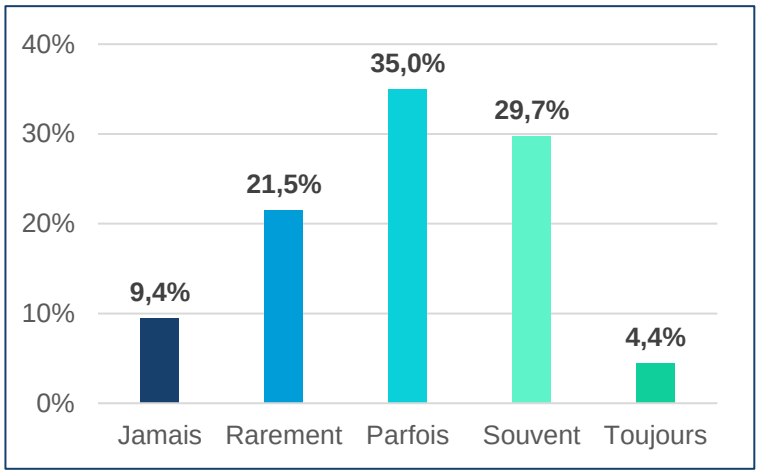


Figure 5 - Fréquence de la pratique du RDS

Les kinésithérapeutes étaient les professionnels pratiquant le plus régulièrement le RDS (38,2%, réponses « Souvent » et « Toujours » cumulées), devant les psychomotriciens (30,3%, réponses « Souvent » et « Toujours » cumulées). De plus, 6,6% des psychomotriciens pratiquaient toujours le RDS avec leurs patients âgés contre 4,6% des ergothérapeutes et 3,5% des kinésithérapeutes. En revanche, 20,0%

des ergothérapeutes ne pratiquaient jamais le RDS, contre 9,2% des psychomotriciens et 6,0% des kinésithérapeutes (figure 6).

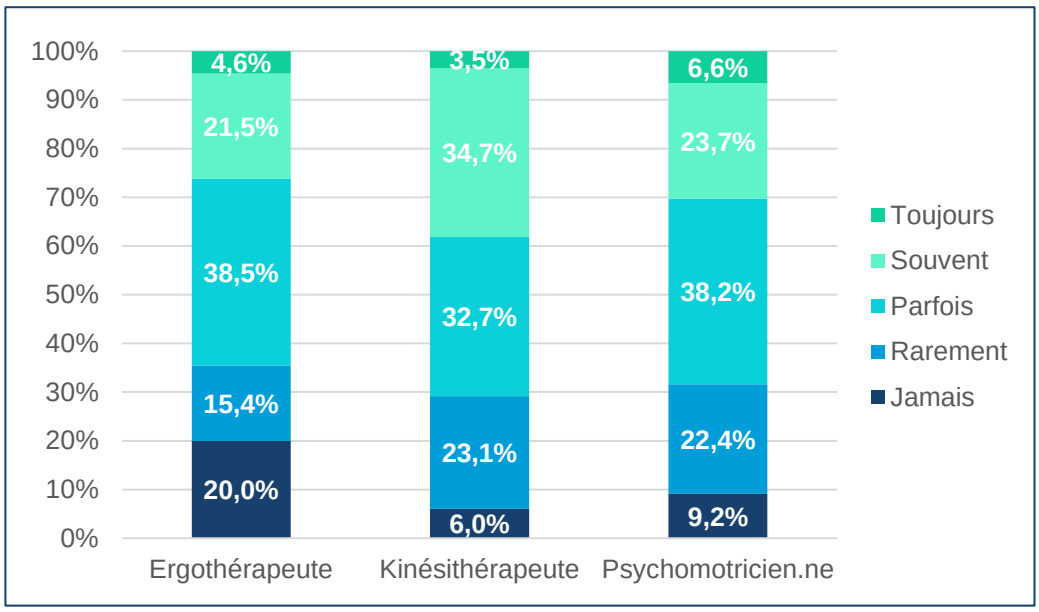


Figure 6 - Fréquence de la pratique du RDS en fonction de la profession

42,6% des participants éprouvaient parfois des réticences à pratiquer le RDS avec les personnes âgées et 11,8% des participants avaient régulièrement des réticences (réponses « Souvent » et « Toujours » cumulées). Seul 16,2% des professionnels n'avaient jamais de réticences à pratiquer le RDS avec les sujets âgés (figure 7).

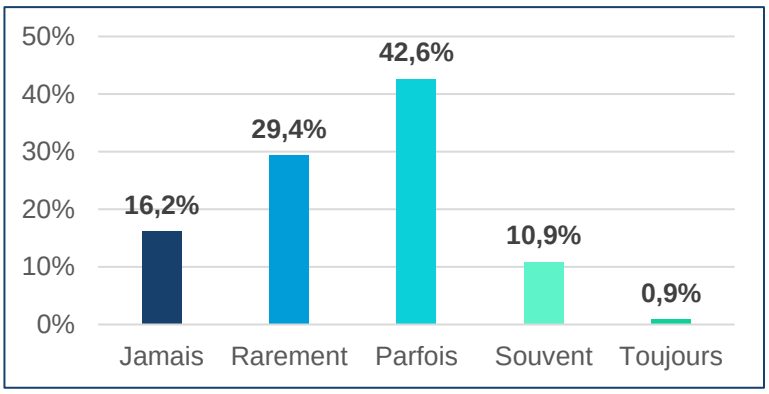


Figure 7 - Fréquence des réticences des professionnels à pratiquer le RDS avec leurs patients

Parmi les participants ayant répondu avoir régulièrement des réticences, 17,1% étaient des psychomotriciens, 11,1% étaient kinésithérapeutes et 7,7% étaient ergothérapeutes. A l'inverse, 24,6% des ergothérapeutes, 16,1% des

kinésithérapeutes et 9,2% des psychomotriciens n'éprouvaient jamais de réticences à pratiquer le RDS avec les seniors (figure 8).

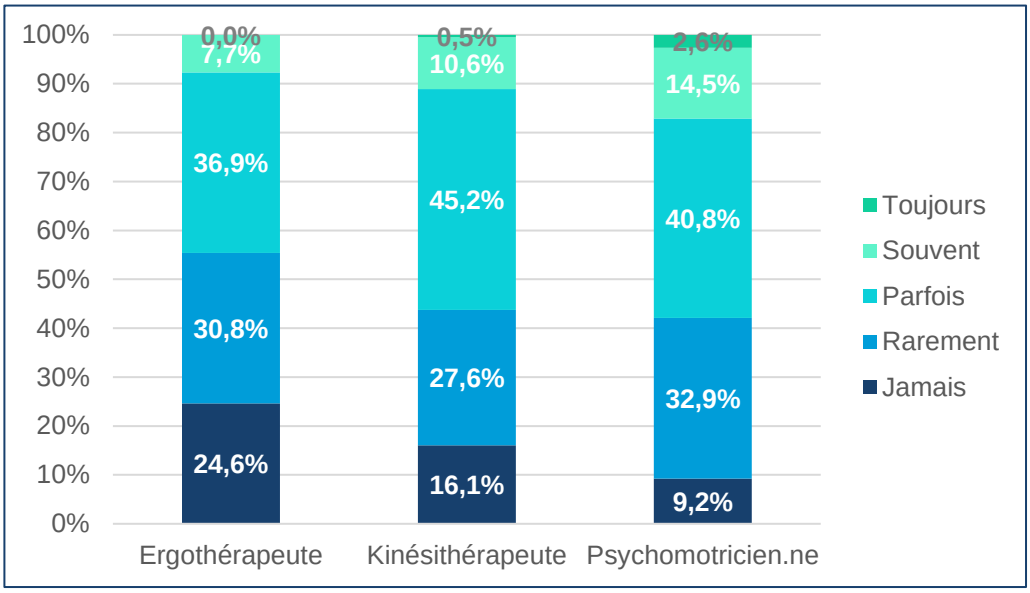


Figure 8 - Fréquence des réticences à pratiquer le RDS avec les patients en fonction de la profession

62,1% des participants avaient suivi une formation sur le relever du sol (figure 9), à savoir 59,8% des kinésithérapeutes, 63,1% des ergothérapeutes et 67,1% des psychomotriciens (figure 10). 55,1% des professionnels formés l'avaient été lors de leur formation initiale (figure 11).

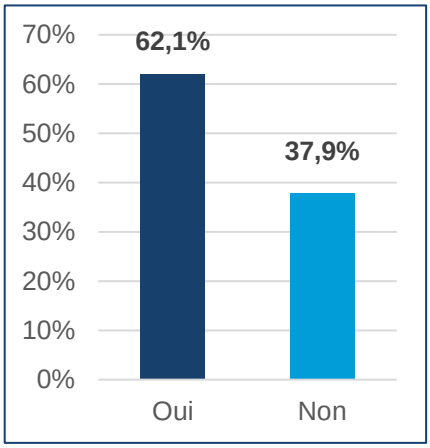


Figure 10 - Suivi d'une formation sur le RDS

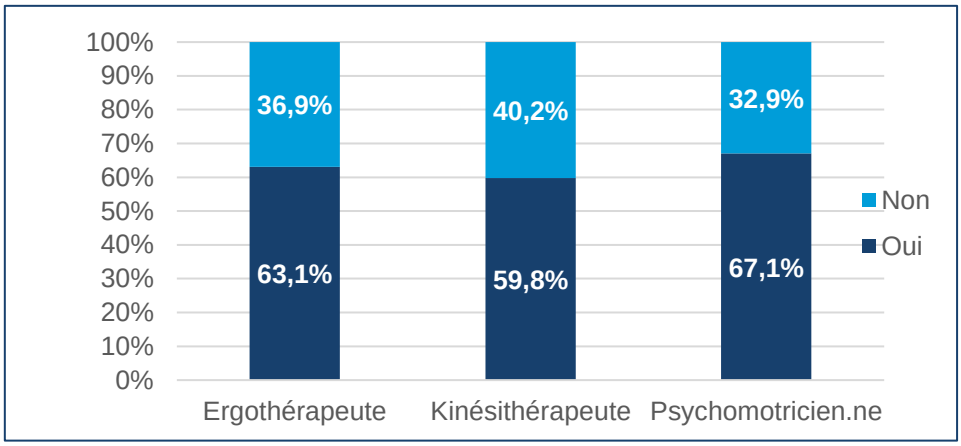


Figure 9 - Suivi d'une formation sur le RDS en fonction de la profession

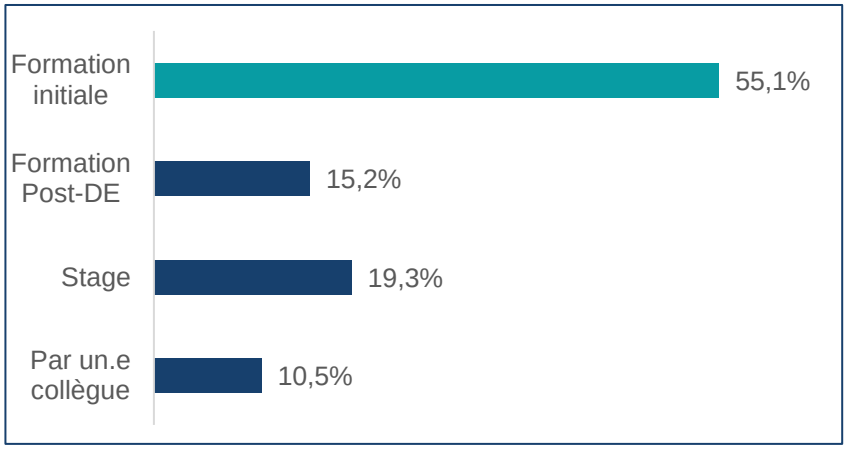


Figure 11 - Type de formation suivi sur RDS

40,0% des participants pensaient avoir besoin d'une formation sur le RDS (figure 13), ce qui représentait 33,7% des kinésithérapeutes, 40,0% des ergothérapeutes et pour finir 56,6% des psychomotriciens (figure 14).

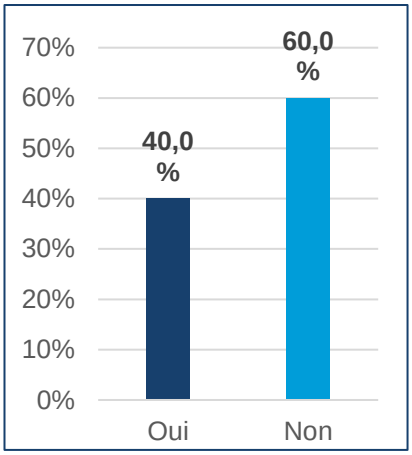


Figure 13 - Répartition de la demande de formation sur le RDS

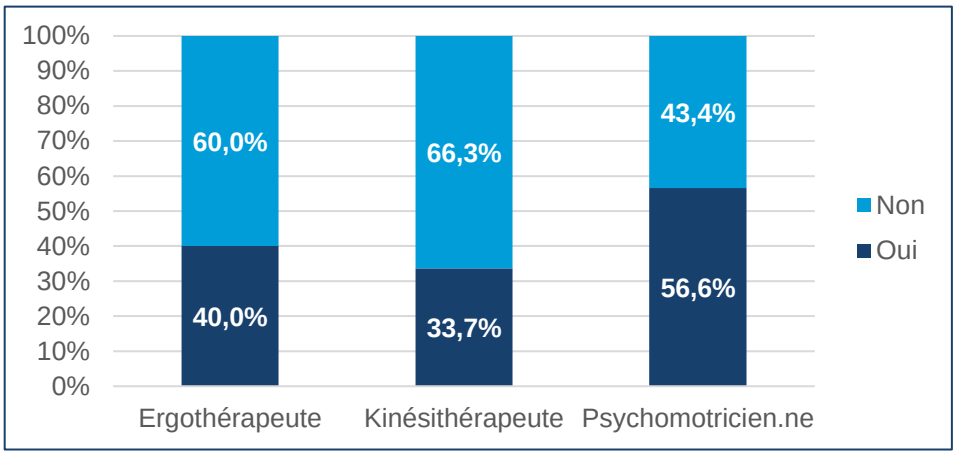


Figure 12 - Répartition de la demande de formation sur le RDS en fonction de la profession

C. *Profil des patients*

Les principales pathologies ou causes pour lesquels le RDS été abordé étaient la chute (26,8%), puis le syndrome post-chute (23,9%) et les maladies neurodégénératives (18,0%). La proposition « Autre », cochée par 3,8% des répondants, permettait de préciser d'autres motifs d'utilisation du RDS. Les précisions les plus récurrentes étaient : les maladies neurologiques telles que les AVC et en prévention (figure 14). Enfin, les répondants pouvaient cocher jusqu'à 6 propositions. La moyenne du nombre de propositions cochées était de 3,5 propositions.

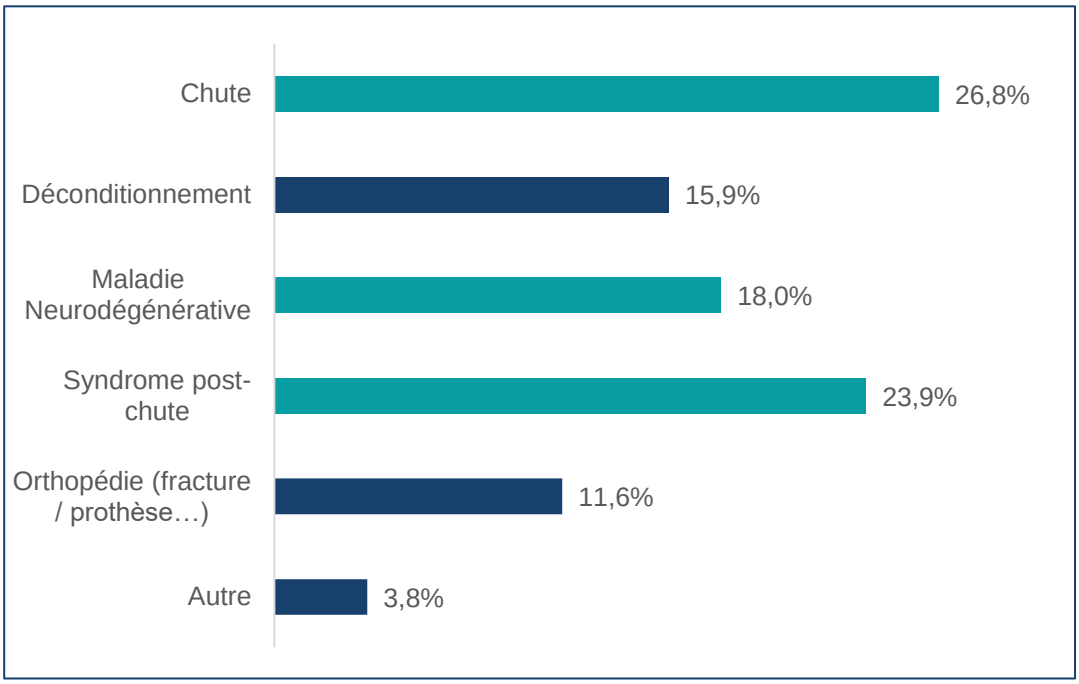


Figure 14 - Pathologies pour lesquelles l'apprentissage du RDS est utilisé

Les outils et critères les plus utilisés pour évaluer la capacité du sujet âgé à réaliser le RDS étaient principalement la force musculaire (30,8%), puis le test de Tinetti (15,8%) et l'âge (14,3%). 6,9% des professionnels utilisaient le TMM, outil ayant montré des résultats prometteurs pour évaluer la capacité des patients âgés à réussir le RDS (figure 15). Les participants pouvaient cocher jusqu'à 8 propositions. La moyenne du nombre de propositions cochées était de 2,4 propositions. Les outils d'évaluation étant nombreux, une proposition « Autre » permettait aux répondants de compléter la liste. Les précisions les plus récurrentes étaient l'état général du patient, la mise en situation du RDS, les capacités cognitives, la douleur et pour finir l'appréhension du patient. Divers tests étaient cités : le Mini-mental state examination (MMSE), le test d'équilibre de Berg, le Short Physical Performance Battery (SPPB), l'examen géronto-psychomoteur (EGP).

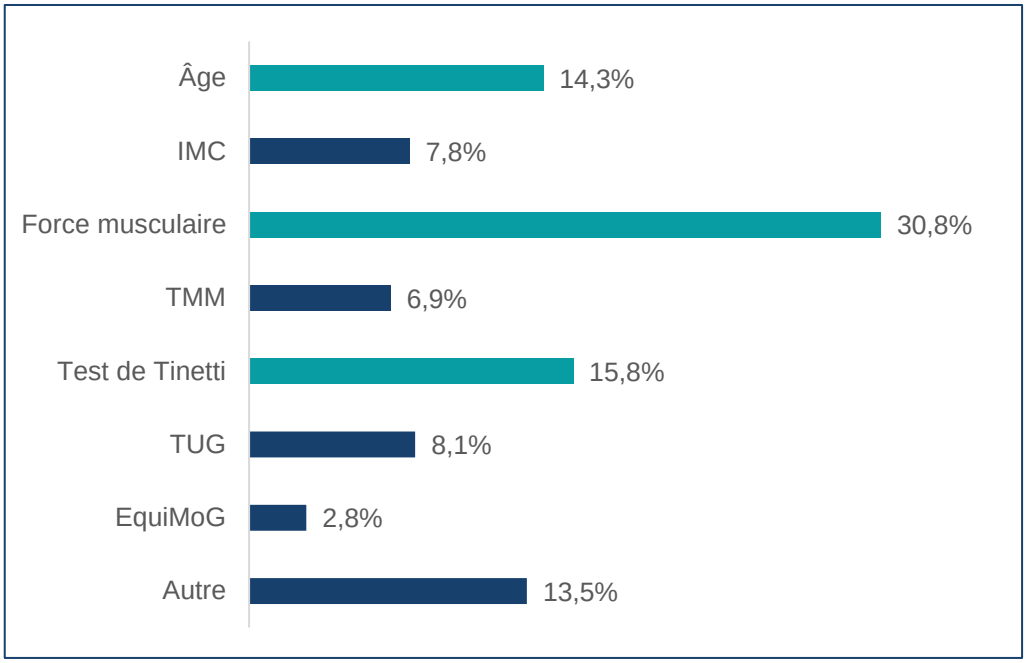


Figure 15 - Outils et critères d'évaluation de la capacité du patient à réaliser le RDS

79,0% des professionnels affirmaient que certains facteurs excluaient le RDS de la prise en charge de certains patients (figure 16). Cela correspondait à la réponse de 74,9% des kinésithérapeutes, 84,3% des psychomotriciens et 86,5% des ergothérapeutes (figure 17). Un champ additionnel s'affichait afin de préciser quels étaient ces facteurs excluants. Les facteurs excluants les plus cités étaient les troubles cognitifs (17,9%), la présence de douleur (14,0%) et la force musculaire insuffisante (9,9%) (tableau 2).

Facteurs excluants	Occurrence (%)
Troubles cognitifs	17,9%
Douleur	14,0%
Force musculaire insuffisante	9,9%
Contre-indications	9,4%
Présence de prothèse	8,3%
Peur du patient	7,8%
Pathologie cardio-respiratoire	7,1%
Raideur articulaire	6,4%

Tableau 2 – Principales occurrences des facteurs excluants cités dans le champ "Autre"

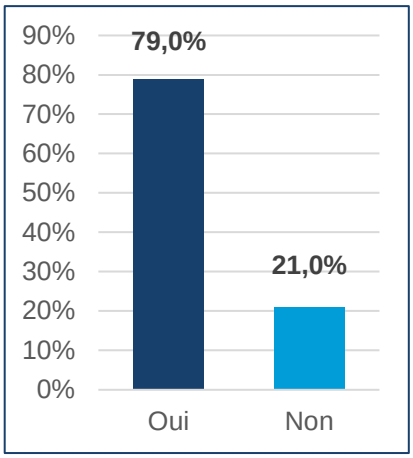


Figure 17 - Existence de facteurs excluant le RDS de la prise en charge

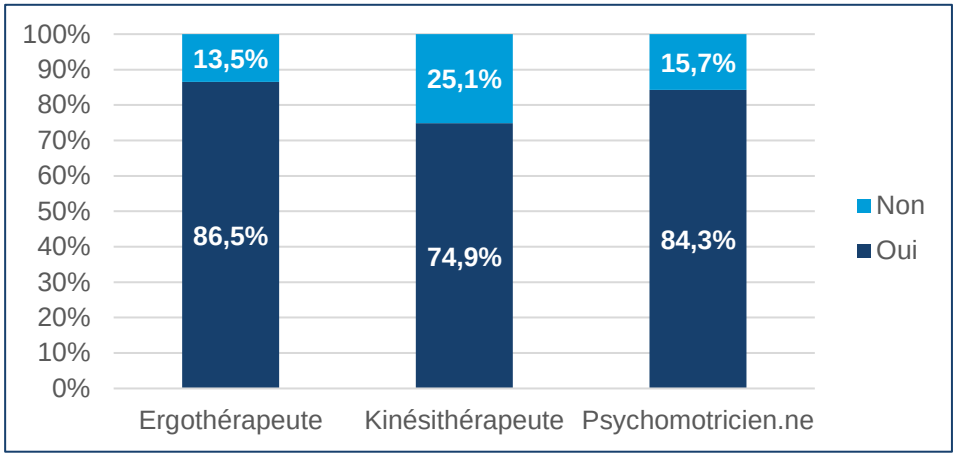


Figure 16 - Existence de facteurs excluant le RDS de la prise en charge en fonction de la profession

Pour finir, seul 0,6% des patients n'éprouvaient aucune réticence à réaliser le RDS lors d'une séance de rééducation. La majorité des patients (58,3%) éprouvaient régulièrement des réticences à faire cet exercice (réponses « Souvent et « Toujours » cumulées) (figure 18).

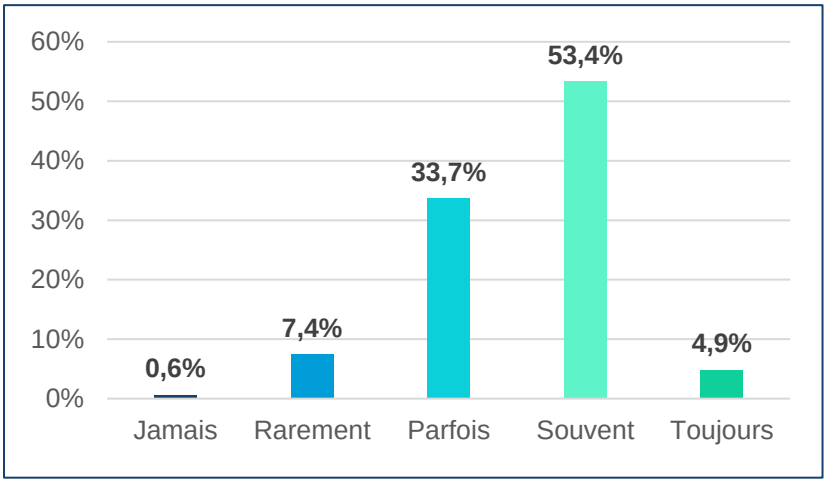


Figure 18 - Fréquence des réticences des patients à pratiquer le RDS

D. *Déroulement d'une séance*

23,3% des participants commençaient à apprendre le RDS à leurs patients dès que les capacités fonctionnelles étaient jugées suffisantes, 20,0% des praticiens débutaient au milieu de la prise en soins et 16,3% dès le début de la prise en charge (tableau 3).

Temporalité	Occurrence (%)
Au début de la prise en charge	16,3%
A moyen terme	20,5%
En fin de prise en charge	20,0%
Dès que le RDS semble nécessaire	6,2%
Dès que les conditions le permettent (capacités physiques, absence de douleur, équilibre correct, marche possible, etc.)	23,3%
Dès que la relation de confiance est établie / patient confiant	8,7
A la demande du patient, en fonction de ses objectifs	3,4%
Non exploitable	1,7%

Tableau 3 - Temporalité de la mise en place du RDS

Les séances individuelles étaient le type de séance le plus communément utilisé pour pratiquer le RDS (63,4%) (figure 19). 4,3% des kinésithérapeutes faisaient des séances en groupe contre 17,1% des psychomotriciens et 19,2% des ergothérapeutes. En revanche 79,1% des kinésithérapeutes pratiquaient le RDS lors de séances individuelles, contre 42,9% des psychomotriciens et 34,6% des ergothérapeutes (figure 20).

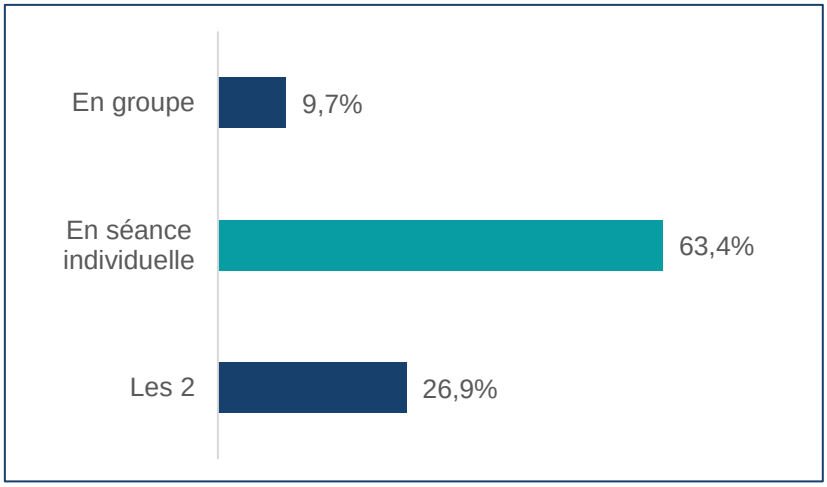


Figure 19 - Type de séance réalisé pour pratiquer le RDS

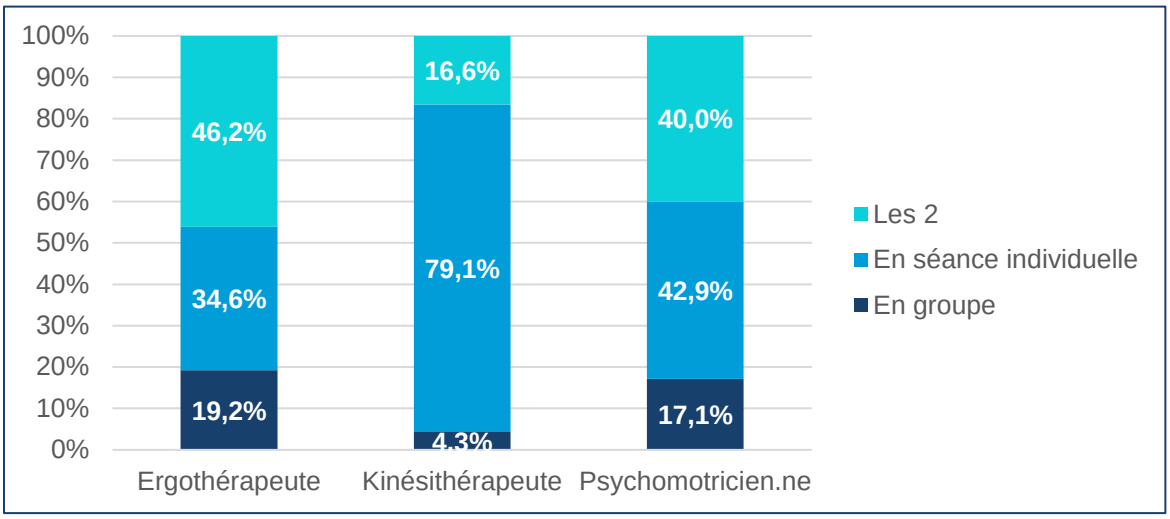


Figure 20 - Type de séance réalisé pour pratiquer le RDS en fonction de la profession

Parmi les 340 participants, 1 ergothérapeute, 5 kinésithérapeutes et 4 psychomotriciens pratiquaient le relever du sol dans le cadre d'un atelier d'éducation thérapeutique du patient (ETP) validé par l'ARS.

En moyenne les patients s'exerçaient 15 minutes au relever du sol lors d'une séance. L'écart-type était de 9,08. Le mode, c'est à dire la variable la plus fréquente de la série de données était de 10 minutes. Les réponses étaient comprises entre 2 et 60 minutes, le premier quartile était de 10 minutes et le troisième de 20 minutes (figure 21).

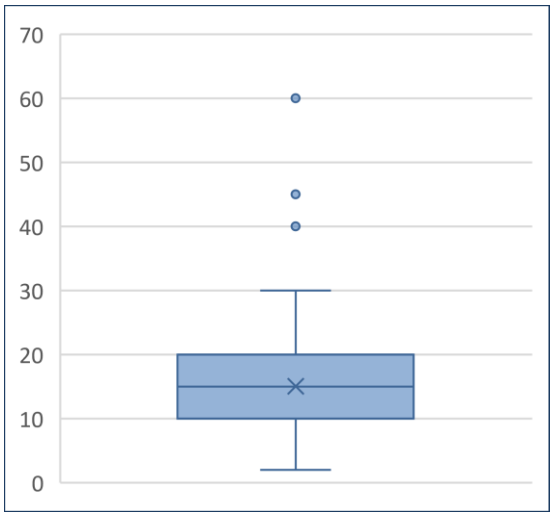


Figure 21 - Temps de pratique du RDS lors d'une séance

La technique la plus utilisée pour guider le patient lors de la descente au sol était la descente active (32,5%), c'est-à-dire que le patient la réalisait lui-même. Ensuite, 30,8% des thérapeutes utilisaient la guidance verbale. Cependant, 10,5% des participants effectuaient une descente passive du patient au sol : ils amenaient le patient au sol par exemple manuellement, en contrôlant la descente ou via un lève-personne ou encore en se servant d'un plan de Bobath pour cette étape (figure 22).

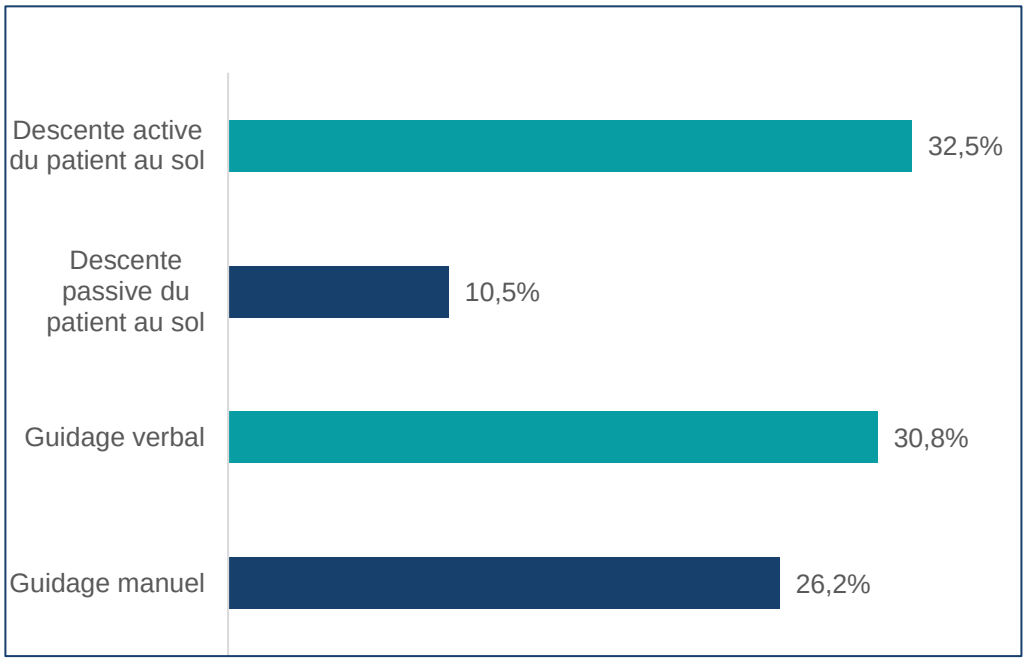


Figure 22 - Techniques utilisées pour guider le patient lors de la descente au sol

Pour expliquer l'exercice et le déroulement du RDS, 56,5% des professionnels faisaient une démonstration (figure 23). La proposition « Autre » a permis aux participants de citer d'autres outils pour faciliter l'explication du RDS. Les propositions les plus citées étaient la mise en situation dans un premier temps sans explication pour favoriser l'exploration et le schéma corporel du patient (27,4%) puis les supports visuels tels que les photographies, la documentation et les vidéos (25,0%) (tableau 4).

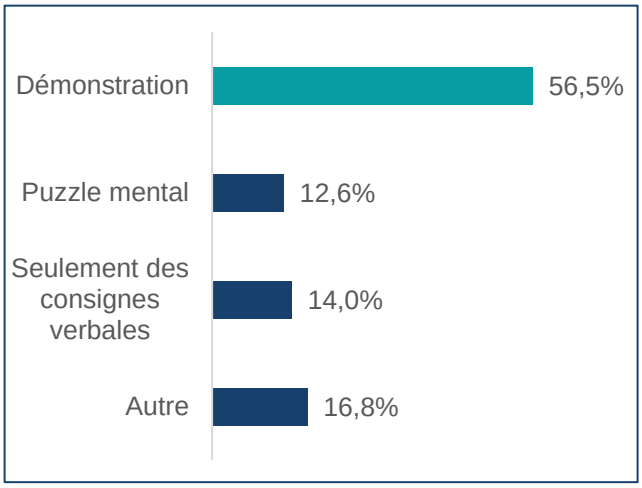


Figure 23 - Techniques employées pour expliquer l'exercice du RDS aux patients

Outils d'explication du RDS	Occurrence (%)
Mise en situation initiale avec aide progressive	27,4%
Support visuel (photographies, documentation, vidéos)	25,0%
Temps d'échange sur le RDS et verbalisation des étapes	17,9%
Démonstration avec un patient expert	16,7%
Jeux et guidage verbal d'une tierce personne par le patient	13,1%

Tableau 4 - Autres techniques utilisées pour expliquer le RDS

E. Ressenti sur la pratique du relever du sol

En ce qui concerne les difficultés rencontrées lors de la réalisation du RDS, 42,9% des professionnels disaient en rencontrer parfois, ensuite 20,3% en rencontraient peu et 17,1% en avaient souvent. Seulement 17,6% affirmaient ne jamais rencontrer de difficultés. A contrario, 2,1% éprouvaient des difficultés à chaque utilisation du RDS (figure 24).

Parmi les professionnels éprouvant des difficultés, qu'elles soient rares ou régulières, 42,8% affirmaient qu'elles limitaient parfois leur pratique du RDS. De plus, 28,8% d'entre eux trouvaient qu'elles limitaient régulièrement leur pratique du RDS (réponses « Souvent et « Toujours » cumulées). Seulement 5,8% des professionnels éprouvant des difficultés parvenaient à ne pas limiter leur pratique du RDS malgré celles-ci (figure 25). Pour finir, lorsque les professionnels disaient avoir des difficultés un champ additionnel s'affichait afin de préciser quelles étaient ces difficultés rencontrées dans l'exercice du RDS. Les difficultés les plus rencontrées étaient les facteurs psychologiques liés à l'exercice (peur, appréhension, panique) pour 34,4% des participants ayant des difficultés, les limitations fonctionnelles (manque de force et de propulsion, raideur, douleur, etc.) pour 23,9% et le manque de compréhension lié à la surdité et aux troubles cognitifs (11,2%) (tableau 5).

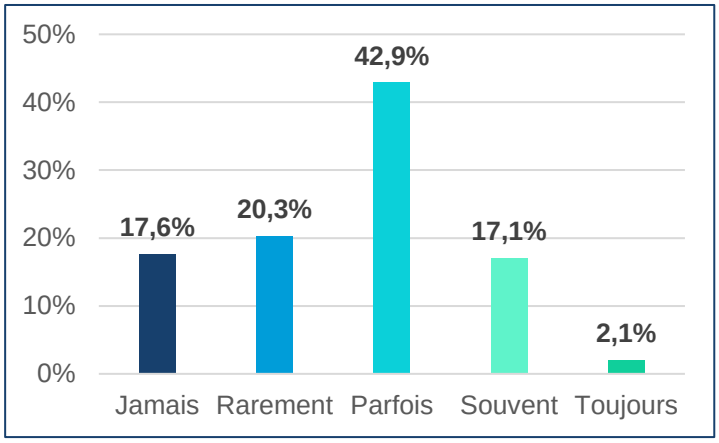


Figure 25 - Fréquence des difficultés rencontrées lors de la réalisation du RDS

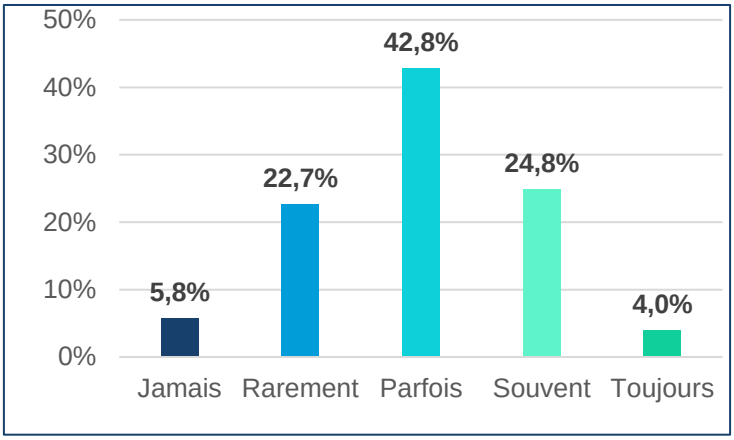


Figure 24 - Influence des difficultés sur la fréquence de la pratique du RDS

Difficultés	Occurrence (%)
Facteurs psychologiques	34,4%
Limitations fonctionnelles	23,9%
Manque de compréhension	11,2%
Manque de temps, de matériel, de ressources du thérapeutes	8,7%
Pathologies aigues, polypathologies	6,3%
Poids du patient	6,3%
Refus du patient	5,6%
Appréhension du thérapeute	3,5%

Tableau 5 - Difficultés rencontrées par les thérapeutes

La moitié des participants à l'étude pensait que l'apprentissage du RDS est assez efficace pour permettre la réussite des patients à se relever après une chute. 31,2% trouvaient cet apprentissage très efficace et 7,6% extrêmement efficace. Seul 0,3% des professionnels jugeaient cet exercice non efficace et 10,9% pensaient qu'il est peu efficace (figure 26).

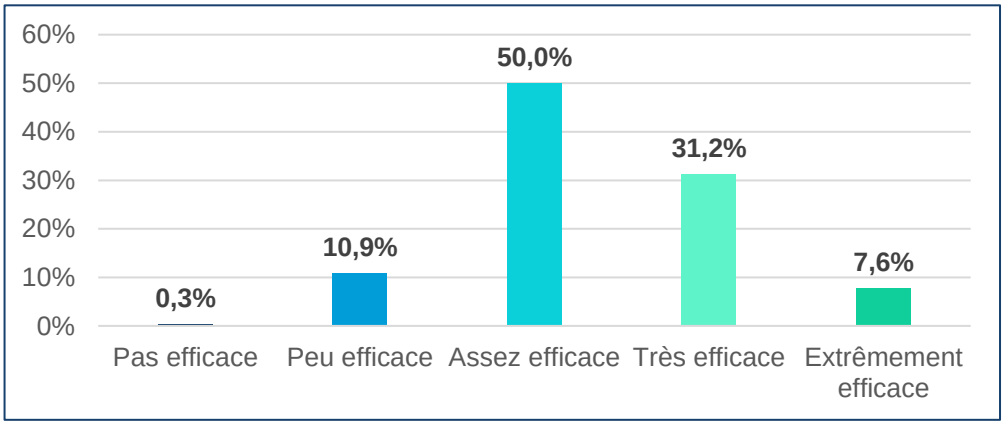


Figure 26 - Niveau d'efficacité du RDS selon les professionnels

Selon 55,6% des participants à l'étude, l'apprentissage du RDS réduit souvent la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever. 6,5% jugeaient que cet exercice réduit toujours cette peur. 31,8% d'entre eux étaient plus mitigés et pensaient que le RDS réduit parfois la peur. Enfin, seulement 5,9% des professionnels affirmaient que cela a rarement un effet sur la peur et 0,3% pensaient que le RDS n'a jamais d'effet positif sur la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever (figure 27).

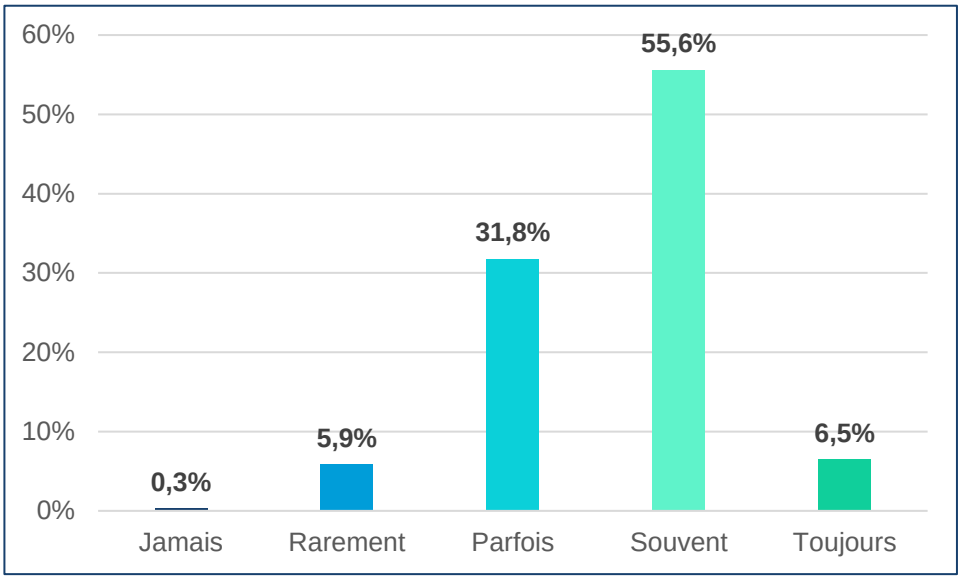


Figure 27 - Impact du RDS sur la réduction de la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever

F. Impacts des caractéristiques professionnelles sur la pratique du relever du sol

Tout d'abord nous avons testé le lien entre la **profession** des participants et leurs fréquences d'utilisation du RDS avec leurs patients âgés à l'aide d'un test d'indépendance du khi^2. D'après les résultats du test (Khi^2 = 17,53 ; ddl = 6 ; p = 0,025), nous avons établi une différence significative entre les sous-groupes des trois professions étudiées. Ainsi, nous pouvons conclure qu'il existe un lien entre la profession et la fréquence d'utilisation du RDS, avec un risque de 2,5% d'avoir tort.

Nous avons ensuite analysé le lien entre le **lieu d'exercice** des professionnels et leurs fréquences d'utilisation du RDS avec leurs patients âgés à l'aide d'un test d'indépendance du khi^2. D'après les résultats du test (Khi^2 = 29,24 ; ddl = 8 ; p = 0,022), il existe une différence significative entre les sous-groupes de lieu d'exercice. Ainsi, nous pouvons conclure qu'il existe un lien entre le lieu d'exercice professionnel et la fréquence d'utilisation du RDS, avec un risque de 2,2% d'avoir tort.

Finalement, nous avons étudié le lien entre les **réticences des thérapeutes** à pratiquer le RDS avec leurs patients âgés et leurs fréquences d'utilisation du RDS. D'après les résultats du test d'indépendance du khi^2 (Khi^2 = 112,40 ; ddl = 8 ; p = 1,57), il n'a pas été établi de différence significative donc nous pouvons affirmer qu'il n'existe pas de lien entre la présence de réticences des thérapeutes envers la pratique du RDS et leurs fréquences d'utilisation de cet exercice.

G. Influence de la profession sur la formation et les méthodes d'évaluation de la capacité du patient à effectuer le RDS

Nous avons voulu tester le lien entre la profession exercée et le suivi d'une formation sur le RDS. D'après les résultats du test d'indépendance du khi^2 (Khi^2 = 1,28 ; ddl = 2 ; p = 0,53), il n'y a pas de différence significative entre les sous-groupes de profession. De ce fait, il n'y a pas de lien entre la profession et le suivi d'une formation sur le RDS.

IV. Discussion

A. *Forces et limites de l'étude*

La principale force de notre étude a été sa large diffusion sur toute la France via diverses modalités de contact. Ces stratégies de diffusion nous ont permis d'obtenir un échantillon de 340 professionnels de la rééducation motrice. Ce résultat est honorable par rapport à l'échantillon attendu qui était de 385 participants. Nous avons ainsi couvert 0,3% de la population cible. De plus, les sous-groupes de psychomotriciens et d'ergothérapeutes sont représentatifs en nombre par rapport à la population cible de ces professions (respectivement 0,5%). Le sous-groupe des kinésithérapeutes représentait quant à lui 0,2% de la profession.

Cependant, nous avons constaté des différences au niveau de la représentation des professions. En effet, les kinésithérapeutes étaient surreprésentés par rapport aux ergothérapeutes et aux psychomotriciens. Ceci peut se comprendre par la proportion de kinésithérapeutes 6 fois supérieure à celle des ergothérapeutes et psychomotriciens en France.
D'autres différences ont été notifiées au sein de l'échantillon analysé au niveau de la répartition en fonction du lieu d'exercice. En effet les lieux les plus représentés étaient les structures salariales telles que les centres de rééducation et les hôpitaux. Ceci peut s'expliquer par l'exercice principalement salarial des psychomotriciens et des ergothérapeutes mais aussi par la diffusion importante dans ces structures via les contacts par courriel, celles-ci étant plus accessibles que les praticiens libéraux.

Il est important de signaler que les professionnels s'étant portés volontaires pour répondre au questionnaire pouvaient porter un intérêt plus marqué pour le RDS que ceux n'ayant pas participé. De cette façon cela peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population cible. Cependant certains participants ont pu réfléchir et remettre en question leur pratique du RDS. De plus, la forte diffusion du questionnaire a aussi permis de susciter l'intérêt de professionnels travaillant en gériatrie et souhaitant perfectionner leur utilisation du RDS et sensibiliser des thérapeutes ne pratiquant pas le RDS. Ainsi nous avons eu de nombreux retours de

professionnels ayant participé à l'étude et intéressés pour recevoir des informations complémentaires sur le sujet.

Une autre force de cette enquête épidémiologique est le fait qu'elle est la première étude de ce type en France et de cette envergure. De plus elle regroupe trois professions de la rééducation motrice concernées par le RDS.
Qui plus est cette recherche a pu être menée sur plus d'un an dont quatre mois ont été dédié à la diffusion du questionnaire afin de favoriser une participation accrue à l'étude.

En revanche, cette étude a été réalisée et dirigée par des kinésithérapeutes. La présence d'ergothérapeutes et de psychomotriciens aurait pu être un atout lors de la conception de l'enquête. Toutefois le sujet a été abordé avec des étudiants en ergothérapie en amont de la création du questionnaire. Par la suite nous nous sommes entretenus avec des ergothérapeutes et psychomotriciens diplômés, lors d'une immersion en pôle gériatrique de rééducation et par échange de courriels avec des professionnels concernés par l'étude à la suite de la diffusion du questionnaire.

Nous avons constaté une limite dans la question « Pour quelles pathologies proposez-vous le relever du sol ? » du questionnaire [Annexe III]. L'utilisation du terme « pathologies » plutôt que « motifs » ou « modalités de prise en charge » peut porter à confusion car certaines propositions de réponses ne faisaient pas directement référence à une maladie (par exemple : la proposition « chute » et « syndrome post-chute »). Cependant l'analyse de cette question montrait qu'elle avait bien été comprise par les participants car les propositions faisant plutôt référence à un motif de prise en charge étaient bien représentées dans les réponses. De même, les précisions apportées par la proposition « Autre » étaient éclectiques.

B. Biais potentiels de l'étude

Toute recherche épidémiologique peut faire l'objet de biais. Ce sont des causes d'erreurs non rattrapables une fois la diffusion de l'enquête qui sont liées à la méthodologie employée. Ces biais ont été pris en considération lors de la conception

de notre étude cependant certains sont inévitables. Nous allons développer les biais potentiels de cette étude.

Le **biais de sélection** correspond à la présence de sujets non représentatifs de la population étudiée dans l'échantillon. Dans notre étude il a été principalement évité par la précision de la profession et de l'orientation gériatrique de l'étude dans la présentation du questionnaire et par la variable « Profession » dans le questionnaire. Ce biais est aussi lié à la constitution d'un échantillon non aléatoire car la sélection se faisait sur la base du volontariat. Nous avons prévenu ce biais par à une diffusion à grande échelle du questionnaire.

Le **biais d'information** est lié à la difficulté de compréhension des questions posées par les participants à l'étude. Ce biais est inhérent à l'utilisation d'un auto-questionnaire en ligne puisque l'enquêteur ne peut pas superviser la passation du questionnaire. Nous nous sommes efforcés d'éviter ce biais par la relecture puis la phase de test du questionnaire au préalable de la diffusion grâce à la participation des professionnels et étudiants sensibilisés au RDS.

Le **biais de désirabilité sociale** est le fait que le participant réponde de manière à renvoyer à l'enquêteur une image positive de lui. Pour éviter cela, nous avions formulé des questions neutres et anonymes.

Enfin, le **biais de positivité** représente le fait de répondre plus facilement de façon affirmative à une question en particulier quand la réponse est dichotomique, c'est-à-dire oui ou non. Pour éviter ce biais nous avions privilégié autant que possible l'utilisation d'échelle de Likert à 5 degrés.

C. Synthèse des principaux résultats

1. Objectif principal : État des lieux de la pratique du relever du sol chez les professionnels de la rééducation motrice auprès de personnes âgées.

La majorité des professionnels de la rééducation ayant participé à l'étude pratiquait le RDS. En effet, environ un tiers des participants utilisait cet exercice de façon occasionnelle et un autre tiers régulièrement, faisant ainsi du RDS un exercice installé dans la pratique professionnelle des participants. En outre, les résultats montrent que parmi le sous-groupe des psychomotriciens une proportion plus importante que dans les autres professions ne pratiquait pas le relever du sol. Bien que le RDS soit intégré dans la pratique de la plupart des participants, près de la moitié d'entre-deux éprouvait des difficultés lors de l'utilisation du RDS avec leurs patients âgés. Ceci peut expliquer les réticences qu'avait la plupart des praticiens à se servir du RDS avec certains de leurs patients âgés. Les ergothérapeutes éprouvaient le moins de difficultés avec cet exercice tandis que les psychomotriciens en éprouvaient le plus. Ainsi les difficultés plus importantes éprouvées par les psychomotriciens pourraient expliquer la sous-utilisation du RDS par rapport aux deux autres professions.

Près de deux tiers des participants avaient suivi une formation sur le relever du sol et cette proportion était semblable pour chaque profession. Elle s'inscrivait chez plus de la moitié des professionnels formés au RDS dans le cadre de la formation initiale. En effet, la plupart des instituts de formation proposent des cours sur le relever du sol auprès des personnes âgées ou sur les séquences motrices adaptées aux patients âgés. Cet enseignement est notamment dispensé dans le cadre de l'unité d'enseignement 18 et 23 abordant les interventions spécifiques en gériatrie (28). Pour les étudiants en ergothérapie cet enseignement peut s'inscrire dans l'unité d'enseignement 4 « Techniques de rééducation et de réadaptation » (29). Les études de psychomotricité présentent de nombreux modules portant notamment sur les troubles psychomoteurs et la prévention du risque de chute (30). De plus nous avions demandé aux IFP s'ils dispensaient des cours sur ce sujet. La majorité avait répondu affirmativement.

Les principales pathologies ou modalités pour lesquelles le RDS était abordé étaient la chute (26,8%), puis le syndrome post-chute (23,9%). En troisième position venaient les maladies neurodégénératives (18,0%). Cette place importante dans la pratique du RDS peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de cas de maladies neurodégénératives telles que la maladie D'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque ou encore les démences dont la fréquence augmente de manière importante avec l'âge (31). Ces maladies peuvent avoir un impact sur la motricité et ainsi augmenter le risque de chute. De plus, le RDS était peu réalisé avec le patient pris en charge en orthopédie or il est fréquent chez les seniors que cette prise en charge découle d'une chute, liée à un déconditionnement ou à des troubles de l'équilibre. D'après une enquête réalisée par Santé Publique France, 76 000 hospitalisations sont enregistrées par an pour fracture du col du fémur dont l'âge moyen des patients est de 83 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes. La principale cause de ces fractures est la chute (32). Une des explications que nous pouvons apporter à cette sous-représentation des pathologies ortho-traumatiques est le risque de non-consolidation osseuse et de mouvements luxants de l'appareil prothétique. Une réelle adaptation est pourtant possible lors de l'utilisation du RDS ce qui minimise ces risques. De plus, les prothèses ne sont pas considérées comme des contre-indications au RDS, leurs présences ne devraient donc pas limiter la pratique de cet exercice. Cet apprentissage aurait notamment le bénéfice de rassurer la personne en lui donnant la possibilité de reprendre confiance en ses capacités motrices après une expérience traumatisante de chute avec possiblement une station prolongée au sol.

Les thérapeutes évaluaient la capacité des sujets âgés à réaliser le RDS principalement par la force musculaire (30,8%), puis le test de Tinetti (15,8%) et l'âge (14,3%). Les moyens d'évaluation étaient hétéroclites. Cela serait lié au fait qu'à ce jour aucun test ne prend en compte l'évaluation du RDS. De ce fait les thérapeutes doivent se baser sur des tests évaluant les capacités motrices dans d'autres situations fonctionnelles. Il existe de nombreux tests validés de ce type. Finalement, peu des participants appréciaient la capacité à réaliser le RDS en testant au moins une étape du RDS.

Le RDS était la plupart du temps pratiqué lors de séances individuelles en particulier parmi les kinésithérapeutes. De plus, 10 professionnels intervenaient dans un atelier d'ETP proposant le RDS. Il est difficile de recenser l'ensemble des ateliers d'ETP disponibles sur le territoire français qui sont en lien avec les capacités motrices des personnes âgées. Néanmoins ces 10 professionnels montrent l'implication des rééducateurs dans les programmes de prévention mis en place par les régions.

Un quart des participants commençait à apprendre le RDS à leurs patients dès que les capacités fonctionnelles étaient jugées suffisantes, 20,0% des praticiens débutaient au milieu de la prise en soins et 16,3% dès le début de la prise en charge. En moyenne, le temps de réalisation de l'exercice du RDS était de 15 minutes et la technique la plus utilisée pour guider le patient lors de la descente au sol était la descente active du patient. Cependant une proportion non négligeable de praticiens effectuait une descente passive. La descente au sol par une tierce, personne même en accord avec le patient, peut être une étape traumatisante pour le patient car le contrôle du mouvement lui échappe. Ceci peut réveiller un sentiment d'insécurité ou de peur notamment lors que le patient a déjà chuté auparavant. De même cette technique n'est pas toujours abordable pour les praticiens puisqu'il faut soutenir le patient et avoir une posture englobante pour que la manipulation se fasse en douceur et soit non délétère. Si le patient a un gabarit plus important que le thérapeute cette manipulation peut être difficile voire non sécuritaire. Cette pratique peut donc rendre l'exercice inconfortable tant pour le patient que le thérapeute ce qui expliquerait leurs réticences et leurs difficultés.
Pour expliquer l'exercice et le déroulement du RDS 56,5% des professionnels faisaient une démonstration, ce qui peut grandement faciliter la compréhension de l'exercice par les patients. Les propositions les plus citées dans le champ « Autre » étaient la mise en situation dans un premier temps sans explication pour favoriser l'exploration et le schéma corporel du patient (27,4%) puis les supports visuels tels que les photographies, la documentation et les vidéos (25,0%).

Concernant le ressenti sur la pratique du RDS une part importante de participants rencontraient des difficultés à effectuer le RDS avec leurs patients. Ceci les limitait dans leur pratique du RDS. Malgré tout, la plupart les participants jugeait efficace

l'exercice du RDS pour permettre aux patients de se relever après une chute. Enfin, plus de la moitié des thérapeutes pensait que l'apprentissage du RDS avait souvent un effet positif sur la réduction de la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever. Il semblerait donc que l'apport bénéfique du RDS prouvé par les études (22) soit assimilé par les thérapeutes mais que les difficultés et les réticences conjointes des praticiens et des patients rendent la pratique du RDS encore limitée.

2. Objectif secondaire : Isoler les freins à la pratique du relever du sol et apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette prise en charge

Certains freins à la pratique du RDS ont pu être établis à travers cette enquête. En premier lieu, l'évaluation de la capacité du patient à réaliser le relever du sol est très différente d'un participant à l'autre. Globalement les professionnels utilisaient plusieurs outils et critères d'évaluation. L'étude de Desramault et al., a évalué les modalités et les tests pouvant être prédictifs de la capacité des personnes âgés à réaliser le relever du sol (24). Parmi les paramètres analysés seul le TMM était statistiquement révélateur de la capacité à se relever du sol contrairement à l'âge, l'IMC, le test de Tinetti, le TUG et la vitesse de marche. L'EquiMoG, renommé frail'BESTest, est le seul test connu intégrant le relever du sol dans sa gille d'évaluation, toutefois cela ne représente qu'un item (33) (34) [Annexe IV].

Notre enquête montrait que beaucoup de rééducateurs prenaient en compte l'âge ou le poids des patients or cela n'est pas forcément pertinent car ces caractéristiques n'ont pas nécessairement d'impact sur les capacités motrices. De même certains thérapeutes ne pratiquaient pas le RDS avec les patients ayant une prothèse de genou ou de hanche or la présence de matériel prothétique n'est pas une contre-indication à l'exercice. En effet des adaptations de la technique du RDS peuvent être faite pour proposer l''exercice aux patients porteurs d'une prothèse. Il en est de même pour les patients présentant des difficultés liées aux raideurs articulaires. De plus seulement 6,9% des professionnels utilisant le RDS évaluaient la capacité de réalisation de leur patient avec le TMM, cette proportion est encore plus faible concernant l'EquiMoG.

Près de la moitié des thérapeutes éprouvait des difficultés lors de l'utilisation du RDS avec leurs patients âgés. Les difficultés les plus rencontrées étaient les facteurs psychologiques liés à l'exercice (peur, appréhension, panique) pour 34,4% des participants ayant des difficultés, les limitations fonctionnelles (manque de force et de propulsion, raideur, douleur, etc.) pour 23,9% et le manque de compréhension lié à la surdité et aux troubles cognitifs (11,2%). En effet, l'apprentissage du RDS suit souvent une chute ce qui peut raviver de l'appréhension à se retrouver au sol pour réaliser l'exercice, voire de la peur, comme le décrit un participant à l'étude : « C'est arrivé plusieurs fois que des personnes pleurent à l'évocation qu'ils aillent au sol. ». De même le patient peut être pris de panique lors de l'exercice comme en témoigne un autre thérapeute : « Il m'est arrivé qu'une patiente soit prise de panique pendant l'exercice et qu'elle se tétanise. ». Il est donc nécessaire de bien appréhender le bilan psychologique du patient mais aussi d'établir une relation de confiance avant de le confronté au RDS.

Trois quarts des professionnels affirmaient qu'il existait des facteurs excluant le RDS de la prise en charge de certains patients ce qui peut expliquer une sous-utilisation du RDS. Les facteurs excluant les plus cités étaient les troubles cognitifs (17,9%), la présence de douleur (14,0%) et la force musculaire insuffisante (9,9%), rendant trop complexe la compréhension de l'exercice et sa réalisation par le patient. Seulement 0,6% des patients n'éprouvaient aucune réticence à réaliser le RDS lors d'une séance de rééducation et la majorité des patients (58,3%) éprouvait régulièrement des réticences à faire cet exercice ce qui expliquerait que le RDS ne soit pas démocratisé.

La plupart des professionnels pensait que l'apprentissage du RDS est efficace pour permettre la réussite des patients à se relever après une chute. Cependant un tiers était mitigé sur l'effet bénéfique du RDS pour réduire la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever des patients. Les difficultés rencontrées par les professionnels pourraient amener à réaliser le RDS de manière moins efficace, ou mettre le patient en échec ou face à ses appréhensions ce qui expliquerait ce taux d'insatisfaction.

D'après les tests statistiques que nous avons effectués, il existerait un lien entre la profession exercée et la fréquence d'utilisation du RDS mais aussi entre le lieu

d'exercice professionnel et cette même fréquence d'usage du RDS. Le RDS serait ainsi plus régulièrement pratiqué par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes seraient quant à eux plus nombreux à ne jamais l'utiliser. Ensuite les rééducateurs exerçant en centre de rééducation ou à l'hôpital pratiqueraient plus régulièrement le RDS que les professionnels travaillant dans d'autre secteurs. Nous avons développé plusieurs hypothèses afin d'expliquer ces écarts entre lieux d'exercice professionnel. Tout d'abord ces établissements permettent de travailler en équipe mono et pluridisciplinaire ce qui amène la possibilité de faire des séances RDS avec l'aide d'autres collègues. De plus les centres de rééducation et les soins de suite et de réadaptation bénéficient de matériels adaptés à la pratique du RDS comme un plan de Bobath ou un lève-personne si dans un premier temps le patient n'arrive pas à se relever de lui-même. Pour finir les professionnels ont plus facilement la possibilité d'aménager des créneaux horaires dédiés à un atelier RDS.

D. Interprétation des résultats

A ce jour le besoin de prise en soins des seniors s'amplifie en raison du vieillissement de la population. En parallèle l'espérance de vie augmente cependant le nombre d'année en bonne santé reste stable et les répercussions du vieillissement sur la santé ont un coût financier important pour notre système de santé (17).

D'importantes avancées ont été réalisées autour de l'accompagnement des personnes âgées et en font un enjeu sociétal et politique majeur. Rétrospectivement, Simone de Beauvoir décrivait en 1970 « la situation scandaleuse des vieux dans la société » dans son recueil intitulé *La Vieillesse*, et expliquait qu'il y a encore 50 ans le sujet était encore tabou (35). Elle était d'ailleurs l'une des premières à s'en emparer. On observe ainsi une forte évolution de nos politiques qui visent à renforcer la prévention, et optimiser l'efficience de la prise en charge de la perte d'autonomie pour consacrer « une place centrale dans notre société » aux personnes âgées (17). Une des mesures réalisées en 2016 est la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui permet aux seniors de bénéficier d'une aide financière afin de recourir aux aides à la personne dont ils ont besoin (36).

Dans ces enjeux de santé publique, le rôle des rééducateurs est reconnu dans la prise en soins des affections inhérentes au vieillissement, mais aussi dans la prévention de celles-ci. Par exemple, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a démontré que les programmes de prévention des chutes réduisaient les risques de chute, la perte d'autonomie mais aussi le nombre d'hospitalisations des seniors (37). En tant qu'acteurs de la santé, nous nous devons de nous impliquer et de nous associer afin d'accompagner au mieux nos seniors. Désormais nous ne devons plus seulement soigner une maladie, une blessure ou les conséquences de celles-ci mais limiter leurs apparitions. L'objectif que nous suivons est donc d'améliorer la qualité de vie tout en réduisant le coup en santé. Ainsi, ces problématiques font parties des thèmes récurrents des kinésithérapeutes. Leur contribution au Grand débat national de 2019, montre que la profession aspire notamment à améliorer les échanges et la coordination entre les professionnels, à encourager les formations interprofessionnelles et mener des action de prévention (38).

1. *Problématiques mises en lumière par l'étude.*

<u>Une pratique du RDS encore peu démocratisée malgré son efficacité prouvée.</u>

Bien que la majorité des participants de cette étude pratique le RDS, l'utilisation de cet exercice n'est pas toujours régulière. Nous avons constaté que certains rééducateurs éprouvaient des réticences qui pourraient en expliquer la sous-utilisation au quotidien. Ces réticences sont en particulier dues aux difficultés ressenties par les thérapeutes lors de la pratique du RDS avec leurs patients âgés. Nous avons pu identifier ces difficultés ce qui permettra à l'avenir de mieux les aborder et trouver des solutions afin que l'exercice soit mieux maitrisé par les thérapeutes. Ces difficultés émanent parfois de croyances erronées comme penser que plus une personne est âgée moins elle aura la capacité motrice nécessaire pour se relever ou penser qu'une personne en surpoids y arrivera plus difficilement qu'une personne sans soucis de poids. Il en est de même pour le fait de penser que la prothèse de hanche ou de genou constitue une contre-indication au RDS.

Ensuite, bien que la majorité des rééducateurs ai déjà suivi une formation au sujet du RDS, la demande en formation reste importante ce qui témoigne de la complexité de l'approche du RDS en particulier lors d'une prise en soins post-chute. La difficulté

réside non pas dans la technique mais dans le contexte psychologique autour de la chute ce qui complique la maitrise de l'exercice. Il est donc nécessaire d'analyser le patient dans sa globalité. Le modèle biopsychosocial s'adapte parfaitement dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie et pour qui nous pouvons proposer des exercices de RDS. Ainsi nous pouvons établir des liens entre l'environnement du patient, ses capacités motrices et son état psychologique afin d'identifier les risques de perte d'autonomie, de chute et d'incapacité à se relever et leur impact sur la confiance en soi ou la présence d'angoisse.
Or, la part psychologique liée à cet exercice, en particulier avec les patients ayant déjà vécu une chute, ayant un syndrome post chute ou tout simplement présentant des craintes, reste difficile à aborder pour les rééducateurs souvent peu formés à cela. En effet, même si nos patients ont la capacité suffisante pour effectuer un RDS, un exercice mené de façon inadaptée peut générer ou accentuer les craintes ou la peur du patient, d'où les réticences de certains thérapeutes à faire cet exercice avec certains patients vulnérables d'un point de vue psychologique. L'accès à des formations post-diplôme sur le sujet est l'occasion d'en parler avec des professionnels experts et d'horizons différents. Des réseaux de rééducateurs, comme l'association Kiné Ouest Prévention, s'organisent à l'échelle régionale afin de former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie et des risques de chute en intégrant le RDS (39).

Notre enquête a de même souligné le manque d'outils à la disposition des thérapeutes pour évaluer la capacité de leurs patients à réussir le RDS et pour les orienter dans l'abord de cet exercice. Le TMM, bien que prédictif de la capacité du patient à faire le RDS d'un point de vue statistique, n'évalue pas directement le RDS. Seul l'EquiMoG présente un item sur le RDS, cependant les étapes du RDS n'y sont pas développées. Au même titre que les tests évaluant les transferts des patients, il serait intéressant de développer des tests spécifiques du RDS afin d'orienter les rééducateurs et leur permettre d'adapter plus aisément leurs objectifs de prise en soins. Les rééducateurs peuvent notamment s'aider du logigramme développé dans l'étude réalisée par Desramault et al. [Annexe V].

Pour finir le RDS est parfois perçu comme un exercice complexe et contraignant tant pour le patient que le rééducateur. Il conviendra alors de « dédiaboliser » le RDS en abordant l'exercice étape par étape en fonction des capacités du patient et en proposant des exercices préparatoires tels que des exercices d'appréhension du vide antérieur, de transferts d'appui, de descente active au sol par le passage de fente avant à chevalier servant puis à genou dressé (23). Ces exercices préparatoires sont parfois plus adaptés en hospitalier et lors d'une prise en charge précoce post-traumatique comme l'explique bien une kinésithérapeute ayant participé à l'étude : « dans le service les indications sont rares (patients trop aigus, ou altérés) je travaille souvent juste le retournement au sol et une partie de la séquence du relever du sol ». Enfin, si le RDS n'est pas réalisable il convient tout de même d'identifier les risques de chute et tenter de les limiter ainsi que d'informer les patients sur les bons gestes à avoir en cas de chutes. Il est aussi nécessaire d'aborder des exercices de retournement et de déplacement au sol pouvant être utiles en cas de chute. De même les soignants peuvent conseiller la mise en place de dispositifs tels que les téléassistances.

<u>Une prise en soins encore essentiellement curative.</u>

La principale raison de la pratique du RDS est la survenue d'une chute. Malheureusement cet accident de la vie courante est la première cause d'hospitalisation pour traumatismes chez la population âgée et la deuxième cause de décès accidentel dans le monde (1). Il est donc crucial de mener des actions de prévention des chutes et de la perte d'autonomie des personnes âgées dans lesquelles peuvent y être intégrés des ateliers de RDS. Ce type d'atelier peut de même limiter la station prolongée au sol après une chute ayant des conséquences graves sur la santé. Dans le cadre d'un programme régional appelé « Equilibreizh » conduit par la Caisse d'assurance retraite et santé au travail (Carsat) Bretagne, l'association Kiné Ouest Prévention a notamment mis en place des ateliers de prévention des chutes des personnes âgées de plus de 65 ans (40). Ce type de programme régional permettrait aux régions les plus concernées par le vieillissement démographique de répondre aux problématiques des soins de leur population. Il est donc nécessaire de mettre en avant ces dispositifs et les développer sur l'ensemble du territoire.

La prévention est l'atout majeur de l'efficience de la prise en charge de la perte d'autonomie et permettra de limiter les problématiques des chutes chez les personnes âgées et le coût financier qu'elles impliquent sur le système de santé.

Afin de permettre ces actions de prévention il est primordial de dépister la perte d'autonomie des personnes âgée. Comme le souligne le Rapport grand âge et autonomie ce dépistage passe par l'amélioration de la présence des professionnels directement au domicile (18). Récemment, le CHU de Toulouse a piloté une action de dépistage de ce type en association avec les employés de groupe La Poste. Les facteurs ont alors contribué au dépistage en faisant passer des tests aux personnes âgées de plus de 70 ans, ensuite interprétés par des infirmières (41). Ce type d'action pourrait être mené à plus grande échelle avec l'implication des professionnels de la rééducation qui ont toute leur place dans le dépistage de la perte d'autonomie.
Pour finir, il est primordial de coordonner toutes les actions de prévention afin d'améliorer la cohésion pluriprofessionnelle. Nous pourrons ainsi plus aisément prendre en soins le patient dans sa globalité au sein d'un modèle biopsychosocial comme vu précédemment. Une plus nette inclusion des praticiens libéraux favorisera de même la promotion de la santé et l'accès à l'information pour les patients.
Des dispositifs tels que le dispositif PAERPA : le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, déployé depuis 2014, s'adresse aux personnes âgées de plus de 75 ans dans le but de prévenir et limiter leur perte d'autonomie. Il agira aussi sur les facteurs d'hospitalisation des personne âgées tels que la dépression ; la sur-médication, la dénutrition et les chutes (42). La figure suivante explique ce parcours de prise en charge (figure 28). Ce dispositif permet de mettre en place un plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes âgées fragiles avec la participation active des différents professionnels de santé (43).

Figure 28 - Dispositif PAERPA, un parcours mieux coordonné

Enfin les rééducateurs peuvent être des acteurs majeurs de la promotion de la santé. Il est de notre de rôle de nous renseigner sur les grandes thématiques concernant nos patients et de leur transmettre les informations et ressources utiles au maintien de leur état de santé. Le site internet « Pour bien vieillir.fr » développé par les caisses de retraite et Santé Publique France est par exemple un outil utile d'information auprès de la population âgée. Des rubriques de prévention et de conseils y sont disponibles comme par exemple un guide de conseils pour bien réagir en cas de chute et pour

pouvoir se relever du sol (44). Un exemple d'infographie du RDS disponible sur ce site pour le grand public est présenté en annexe [Annexe VI].

2. Perspectives cliniques / de recherche sur le RDS

A l'avenir, il serait intéressant de réaliser une étude sur le RDS ne regroupant pas uniquement les professionnels de la rééducation motrice. Connaitre le regard d'autres professionnels travaillant auprès des personnes âgées serait un point positif pour la pratique future de cet exercice. Ainsi, les EAPA dont certains pratiquent le RDS dans le cadre de programmes de sport adapté, ou les psychologues participants à des ateliers RDS pourraient être inclus dans les prochaines recherches. Des aides-soignants parfois confrontés aux chutes des résidents lors des hospitalisations et en EHPAD pourraient être inclus pour témoigner de leur façon d'aborder la remise au fauteuil du patient avec des patients ayant déjà pratiqué le RDS ou non.
De plus, une étude sur le RDS diffusée auprès des personnes âgées ayant déjà effectué des séances de RDS permettraient d'améliorer la pratique, d'identifier les attentes de ces patients et mieux comprendre les difficultés rencontrées lors de la pratique du RDS.

V. Conclusion

Le relever du sol est pratiqué par la plupart des rééducateurs avec leurs patients âgés. Cependant nombre d'entre eux éprouvent des réticences et des difficultés vis à vis de cet exercice. Ceci a pour conséquence de limiter l'utilisation régulière du RDS avec l'ensemble des patients à risque de chute et en perte d'autonomie pour qui cela aurait un bénéfice. Ces difficultés résident dans le manque de tests spécifiques permettant l'évaluation des capacités des patients âgées à réussir le RDS, le besoin en formation de praticiens sur le sujet mais aussi la présence, selon les rééducateurs, de facteurs excluants la pratique du RDS. De plus, la part psychologique qui entoure cet exercice est parfois difficile à gérer par les thérapeutes car il réveille la peur de la chute ou le souvenir de la station au sol prolongée qui sont des événements accidentels sources de traumatismes physiques et psychiques. De ce fait, une réelle adaptation de l'exercice avec les patients les plus fragiles est nécessaire en proposant notamment des exercices préparatoires afin d'éviter une mise en échec. En parallèle les rééducateurs ont un rôle de prévention et d'information afin de limiter les risques de chutes.

Nous avons établi des liens entre la fréquence d'utilisation du RDS et la profession ainsi que le lieu d'exercice professionnel. Le RDS est ainsi plus régulièrement réalisé par les kinésithérapeutes que les autres professionnels de la rééducation. De même, il est plus pratiqué en centre de rééducation et en structure hospitalière (SSR).

Pour finir le RDS a toute sa place dans les programmes de prévention de chute et de la perte d'autonomie des sujets âgés. L'évolution de la prise en soins du troisième âge favorisera un essor de ces dispositifs auxquels les rééducateurs pourront participer.

VI. Bibliographie

1. Lord SR, Delbaere K, Sturnieks DL. Aging. Handb Clin Neurol. 2018;159:157-71.
2. Cohen RA, Marsiske MM, Smith GE. Neuropsychology of aging. Handb Clin Neurol. 2019;167:149-80.
3. Jakovljevic DG. Physical activity and cardiovascular aging: Physiological and molecular insights. Experimental Gerontology. 1 août 2018;109:67-74.
4. Lowery EM, Brubaker AL, Kuhlmann E, Kovacs EJ. The aging lung. Clin Interv Aging. 2013;8:1489-96.
5. Khow KSF, Visvanathan R. Falls in the Aging Population. Clin Geriatr Med. 2017;33(3):357-68.
6. Goltzman D. The Aging Skeleton. Adv Exp Med Biol. 2019;1164:153-60.
7. Curtis E, Litwic A, Cooper C, Dennison E. Determinants of muscle and bone aging. J Cell Physiol. nov 2015;230(11):2618-25.
8. Manini TM, Clark BC. Dynapenia and Aging: An Update. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. janv 2012;67A(1):28-40.
9. Sturnieks DL, St George R, Lord SR. Balance disorders in the elderly. Neurophysiol Clin. déc 2008;38(6):467-78.
10. Saftari LN, Kwon O-S. Ageing vision and falls: a review. J Physiol Anthropol [Internet]. 23 avr 2018 [cité 19 nov 2020];37. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5913798/
11. WHO global report on falls prevention in older age [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. Disponible sur: https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
12. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. [Psychomotor disadaptation syndrome]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2014;12(1):94-100.
13. Lasbeur L, Thelot, Bertrand. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(1):2-12.
14. Cohen J, Mourey F. Rééducation en gériatrie. Lavoisier MPS. 2014. 277 p. (Professions santé).

15. Schoenenburg S, Corteel C, Pardessus V, Puisieux F. L'atelier de relever du sol : une action préventive visant à lutter contre les complications des chutes chez le sujet âgé. Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation. 1 déc 2015;35(4):227-32.

16. Personnes âgées dépendantes − Tableaux de l'économie française - Insee [Internet]. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques. 2020 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291&q=personnes+ag%C3%A9es

17. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. L'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. Gouvernement.fr. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillissement

18. Libault D. Concertation Grand âge et autonomie [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2019 mars [cité 22 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

19. Contribution Grand âge, perte d'autonomie [Internet]. ANEMF, ANEP, ANEPF, ANESF, FNEK, FNEO, FNESI, FNSIP-BM, ISNAR-IMG, UNAEE, UNECD; [cité 16 juin 2020]. Disponible sur: http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2020/07/contribution-grand-%C3%A2ge-et-autonomie-version-07_20.pdf

20. Recommandations pour la pratique clinique - Masso-kinésithérpaie dans la conservation des capacits motrices de la personne âgées fragile à domicile [Internet]. HAS - Haute Autorité de Santé; 2005 [cité 27 avr 2020] p. 13. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/recommandations.pdf

21. Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2014 [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees

22. Burton E, Farrier K, Lewin G, Petrich M, Boyle E, Hill KD. Are interventions effective in improving the ability of older adults to rise from the floor independently? A mixed method systematic review. Disabil Rehabil. mars 2020;42(6):743-53.

23. Mourey F. Rééducation du relever du sol. KS [Internet]. 10 avr 2013 [cité 8 déc 2020];542. Disponible sur: https://www.ks-mag.com/article/896-reeducation-du-relever-du-sol

24. Desramault F, Coquisart L, Mourey F. Les tests cliniques d'évaluation gériatrique sont-ils prédictifs de la capacité à se relever du sol chez le sujet âgé ? Kinésithérapie, la Revue. avr 2017;17(184):30-1.

25. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Séniors : Kinésithérapie, Fragilité et Indépendance fonctionnelle [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2020 [cité 1 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/actualites/patients/seniors-kinesitherapie-fragilite-et-independance-fonctionnelle/

26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie, la Revue. 1 janv 2015;15(157):34-8.

27. Kinn S, Galloway L. Do Occupational Therapists and Physiotherapists Teach Elderly People How to Rise after a Fall? British Journal of Occupational Therapy. juin 2000;63(6):254-9.

28. Ministère des affaires sociales , de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute [Internet]. Disponible sur: http://www.fnek.fr/wp-content/uploads/2019/12/BO.pdf

29. Ministère des affaires sociales , de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste_20100007_0001_p000.pdf

30. Ministrère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie. Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'Etat de psychomotricien [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005625897/

31. Santé Publique France. Maladies neurodégénératives [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives

32. Santé Publique France. Chute [Internet]. 2019 [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute

33. Kubicki, A M F. Rééducation gériatrique : approche systémique. Elvesier Masson [Internet]. 22 juill 2015; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/990343/reeducation-geriatrique-approche-systemique
34. Kubicki A, Brika M, Coquisar t L, Basile G, Laroche D, Mourey F. The Frail'BESTest. An Adaptation of the "Balance Evaluation System Test" for Frail Older Adults. Description, Internal Consistency and InterRater Reliability. CIA 2020;Volume 15:1249-62
35. Simone de Beauvoir. La Vieillesse. Gallimard; 2020. 816 p. (folio essais).
36. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2015-1776 déc 28, 2015. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031700731/
37. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, Bourdessol H, Pin S, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile: référentiel de bonnes pratiques. Saint Denis, France: Éditions Inpes; 2005.
38. Ordre national des masseurs-kinésithérapeutes. Contribution des kinésithérapeutes au Grand débat national [Internet]. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2019 [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.ordremk.fr/actualites/kines/contribution-des-kinesitherapeutes-au-grand-debat-national/
39. Kiné Ouest Prévention. Prévention des chutes des personnes âgées [Internet]. [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://www.kineouestprevention.com/interventions/sante-publique/prevention-des-chutes-des-personnes-agees/
40. Faure K. Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 févr 2013;13(73):4-9.
41. À Toulouse, des facteurs aident le CHU dans la détection des pertes d'autonomie chez les séniors [Internet]. Franceinfo. 2021 [cité 25 avr 2021]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/a-toulouse-des-facteurs-aident-le-chu-dans-la-detection-des-pertes-d-autonomie-chez-les-seniors_4354469.html
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 23 avr 2021]. Disponible sur:

https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa

43. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

44. Assurance retraite, Santé Publique France. Que faire en cas de chute ? [Internet]. [cité 24 avr 2021]. Disponible sur: https://www.pourbienvieillir.fr/que-faire-en-cas-de-chute

VII. Abréviations

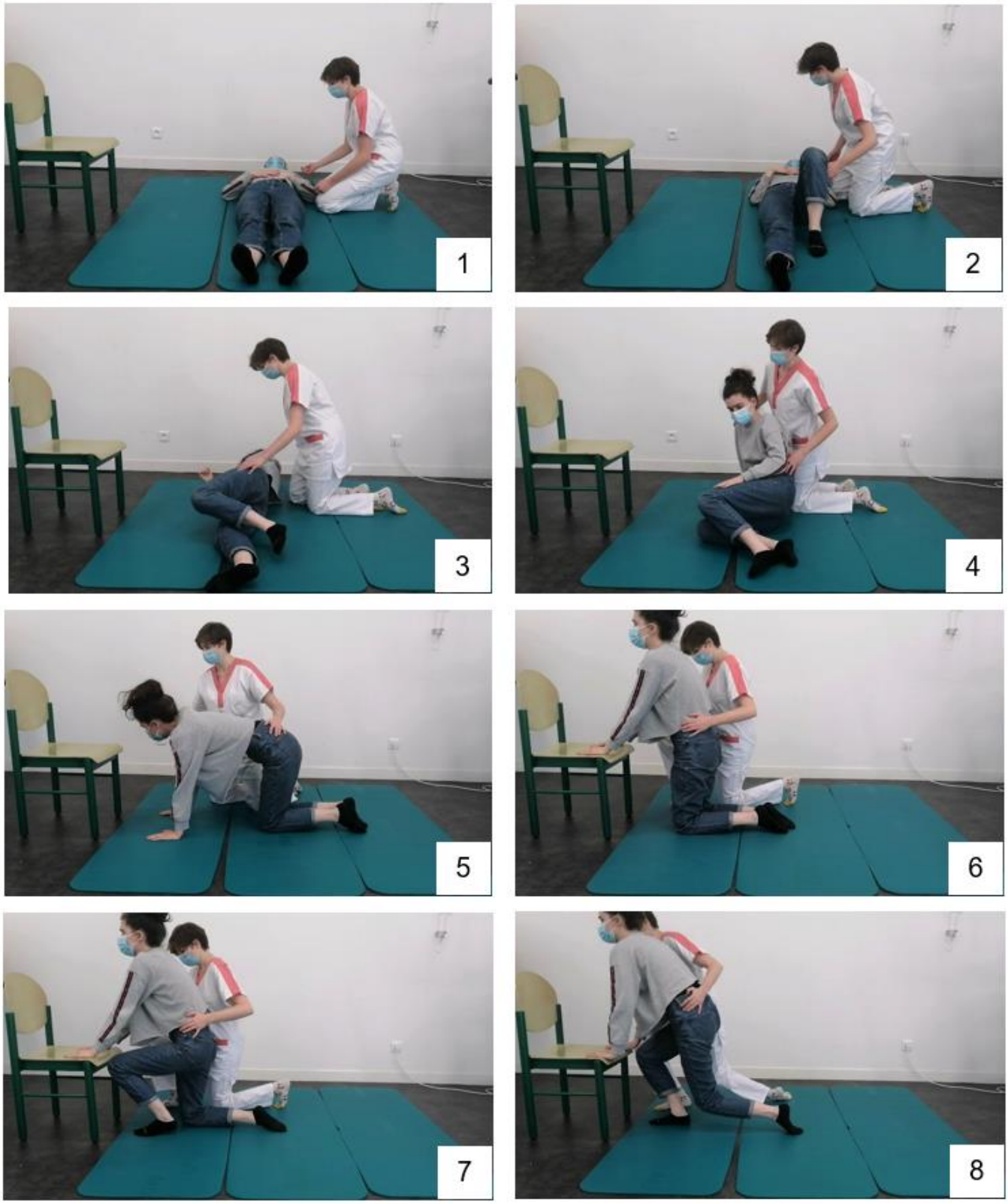
- ANFE : Association Nationale Française d'Ergothérapie
- APA : Allocation personnalisée d'autonomie
- CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et Santé Au Travail
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée
- EGP : Examen Géronto-Psychomoteur
- EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
- ETP : Éducation thérapeutique du patient
- FFP : Fédération Française des Psychomotriciens
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IFE : Institut de Formation en Ergothérapie
- IFMK : Institut de Formation en Masso-kinésithérapie
- IFP : Institut de Formation en Psychomotricité
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- MMSE : Mini-Mental State Examination
- NEM : Niveau d'Évolution Motrice
- OMS : Organisation Mondial de la Santé
- ONMK : Ordre National des Masseurs-Kinésithérapeutes
- ODMK : Ordre Départemental des Masseurs-Kinésithérapeutes
- PAERPA : Parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie
- PPS : Plan Personnalisé de Santé
- RDS : Relever Du Sol
- SPPB : Short Physical Performance
- STROBE : Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

- TMM : Test Moteur Minimum

VIII. Annexes

Annexe I : Séquence du relever du sol avec guidance manuelle du thérapeute 66
Annexe II : Test Moteur Minimum 67
Annexe III : Questionnaire au format texte 68
Annexe IV : EquiMoG 73
Annexe V : Logigramme facilitant l'approche du relever du sol par les rééducateurs74
Annexe VII : Infographie du relever du sol pour le grand public 75

Annexe I : Séquence du relever du sol avec guidance manuelle du thérapeute



Annexe II : Test Moteur Minimum

DÉCUBITUS		
- Se tourne sur le côté :	non = 0	oui = 1
- S'assied au bord de la table d'examen :	non = 0	oui = 1
POSITION ASSISE		
- Équilibre assis normal (absence de rétropulsion) :	non = 0	oui = 1
- Incline le tronc en avant :	non = 0	oui = 1
- Se lève du fauteuil :	non = 0	oui = 1
POSITION DEBOUT		
- Possible :	non = 0	oui = 1
- Sans aide humaine ou matérielle :	non = 0	oui = 1
- Station bipodale yeux fermés :	non = 0	oui = 1
- Station unipodale avec appui :	non = 0	oui = 1
- Équilibre debout normal (absence de rétropulsion) :	non = 0	oui = 1
- Réactions d'adaptation posturale :	non = 0	oui = 1
- Réactions parachute :		
* membres supérieurs avant :	non = 0	oui = 1
* membres inférieurs avant :	non = 0	oui = 1
* membres inférieurs arrière :	non = 0	oui = 1
MARCHE		
- Possible :	non = 0	oui = 1
- Sans aides humaines ou matérielles :	non = 0	oui = 1
- Déroulement du pied au sol :	non = 0	oui = 1
- Absence de flexum des genoux :	non = 0	oui = 1
- Équilibre dynamique normal (absence de rétropulsion) :	non = 0	oui = 1
- Demi-tour harmonieux :	non = 0	oui = 1
		TOTAL = /20

D'après : Camus A, Mourey F, D'Athis P, Blanchon MA, Martin-Hunyadi C, De Rekeneire N et al. Test moteur minimum. Rev Gériatr 2002;27(8):645-58

Annexe III : Questionnaire au format texte

Questionnaire sur le relever du sol

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de kinésithérapie, j'effectue une enquête sur la pratique du relever du sol auprès des personnes âgées de plus de 65 ans.

Ce questionnaire s'adresse aux professionnels de la rééducation motrice - **kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien.ne** - prenant en charge des patients âgés (65 ans et plus) et exerçant en France.

Que vous pratiquiez ou non le relever du sol, je vous invite à répondre à ce questionnaire.

La durée de celui-ci est estimée à 10 minutes et les données recueillies seront anonymes.

Cordialement,

Léonie CLAUDIN - étudiante en 4ème année de kinésithérapie à l'IFMK La Musse

Frédéric DESRAMAULT - MKDE et maître de mémoire

Section 1 : Généralités (Profil des participants à l'enquête)

1. **Profession** : ☐ Ergothérapeute ☐ Kinésithérapeute ☐ Psychomotricien.ne

2. **Lieu d'exercice** : ☐ Cabinet libéral ☐ Centre de rééducation ☐ A Domicile ☐ EHPAD ☐ Hôpital

   (Plusieurs réponses possibles)

3. **Pratiquez-vous le relever du sol avec vos patients âgés ?**
   ☐ Jamais** ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

4. **Avez- vous des réticences à utiliser le relever du sol avec des personnes âgées ?**

   ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

5. **Avez – vous suivi une formation sur le relever du sol, au cours de vos études ou après votre diplôme ?**

   ☐ Oui ☐ Non

6. **Si oui, comment avez-vous été formé au relever du sol ?***
   (Plusieurs réponses possibles)

   ☐ Formation initiale ☐ Formation Post-DE ☐ Stage ☐ Par un.e collègue

7. **Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire afin d'améliorer votre pratique du relever du sol ?**

   ☐ Oui ☐ Non

Section 2 : Le profil des patients

1. **Pour quelles pathologies proposez-vous le relever du sol ?**
   (Plusieurs réponses possibles)

☐ Chute ☐ Déconditionnement

☐ Maladie neurodégénérative ☐ Syndrome post-chute

☐ Orthopédie (fracture / prothèse…) ☐ Autre, précisez

2. **Comment évaluez- vous la capacité de votre patient à effectuer le relever du sol ?**
   (Plusieurs réponses possibles)

☐ Age ☐ IMC ☐ Force musculaire ☐ TMM ☐ Test de Tinetti

☐ TUG ☐EquiMoG ☐ Autres, précisez

3. **Selon vous, certains facteurs excluent-ils le relever du sol de voter prise en charge ?**

☐ Oui (Précisez)* ☐ Non

4. **Vos patients ont-ils des réticences à pratiquer le relever du sol ?**

☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

Section 3 : Le déroulement d'une séance

1. **A quel moment de la prise en charge de votre patient débutez-vous l'apprentissage du relever du sol ?**

2. **Quel type de séance effectuez-vous pour le relever du sol ?**

☐ En groupe ☐ En séance individuelle ☐ Les 2

3. **Participer vous un atelier d'éducation thérapeutique du patient (ETP) validé par l'ARS, proposant l'apprentissage du relever du sol ? Si oui, précisez avec quels autres professionnels de santé vous organisez cet atelier**

☐ Oui (précisez)* ☐ Non

4. **Lors d'une séance type, pendant combien de temps le patient s'exerce au relever du sol ? (En minutes)**

5. **Comment s'effectue la descente au sol lors de l'apprentissage du relever du sol ?**
   (Plusieurs réponses possibles)

☐ Descente active du patient au sol ☐ Descente passive du patient au sol

☐ Guidage verbal ☐ Guidage manuel

6. **Comment expliquez-vous le déroulement du relever du sol au patient ?**
   (Plusieurs réponses possibles)

   ☐ Démonstration ☐ Puzzle mental ☐ Seulement des consignes verbales

   ☐ Autre, précisez

Section 4 : Ressenti sur la pratique du relever du sol

1. **Éprouvez-vous des difficultés à réaliser le relever du sol avec vos patients ?**

   ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

2. **Si vous éprouvez des difficultés, précisez lesquelles. ***

3. **Ces difficultés vous empêchent-elles de pratiquer le relever du sol avec certains de vos patients ? ***

   ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

4. **Selon vous, l'apprentissage du relever du sol vous semble-t-il efficace pour la réussite des patients à se relever après une chute ?**

   ☐ Pas efficace ☐ Peu efficace ☐ Assez efficace ☐ Très efficace

   ☐ Extrêmement efficace

5. **Selon vous, cet exercice réduit-il la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever ?**

   ☐ Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Toujours

Je vous remercie d'avoir participer à ce questionnaire. Vos réponses resteront anonymes et seront analysées dans le cadre de mon mémoire « Enquête sur le relever du sol en gériatrie chez les professionnels de la rééducation : du concept à la pratique ».

Si vous souhaitez ajouter un commentaire ou connaitre les résultats de cette enquête merci de me contacter via le lien disponible en bas de page.

---

* en fonction de la réponse du participant, un champ ou une question complémentaire était affiché.

** Si réponse ☐ **Jamais** à la question 4 section 1 passage automatique à la section 4

Lien URL : https://framaforms.org/enquete-sur-le-relever-du-sol-1606310069

EquiMoG

Patient :

Date de naissance :

Evaluateur :

Date de l'évaluation:

B : Bon *D : Déficient*

VM = ... (0,65)

Analyse de marche	Oui	Non
Symétrie de la marche	1	0
Douleur à l'appui pouvant être impliquée dans l'asymétrie	0	1
Déficit de force musculaire pouvant être impliquée dans l'asymétrie	0	1
Déficit d'amplitude articulaire pouvant être impliquée dans l'asymétrie	0	1
TOTAL **(F)**		

Contrôle postural Proactif : Anticipations	OUI	NON
Pointe des pieds	1	0
Pas alternés sur une marche	1	0
Préparation du ½ tour	1	0
Transfert assis-debout	1	0
Transfert debout-assis	1	0
TOTAL **(A)**		

Contrôle postural Réactif : Réactions	OUI	NON
Adaptation posturale	1	0
Réaction parachute	1	0
TOTAL **(B)**		

Mobilité	B	D
Vitesse de marche en double tache	1	0
Changement de vitesse de marche	1	0
Qualité du ½ tour	1	0
Rotation cervicale	1	0
Descente au sol	1	0
Relever du sol	1	0
TOTAL **(C)**		

Contrôle postural statique	B	D
Pieds Joints / Yeux Ouverts / sol dur	1	0
Pieds écartés/ Yeux Fermés / sol dur	1	0
Pieds écartés / Yeux Ouverts / mousse	1	0
TOTAL **(D)**		

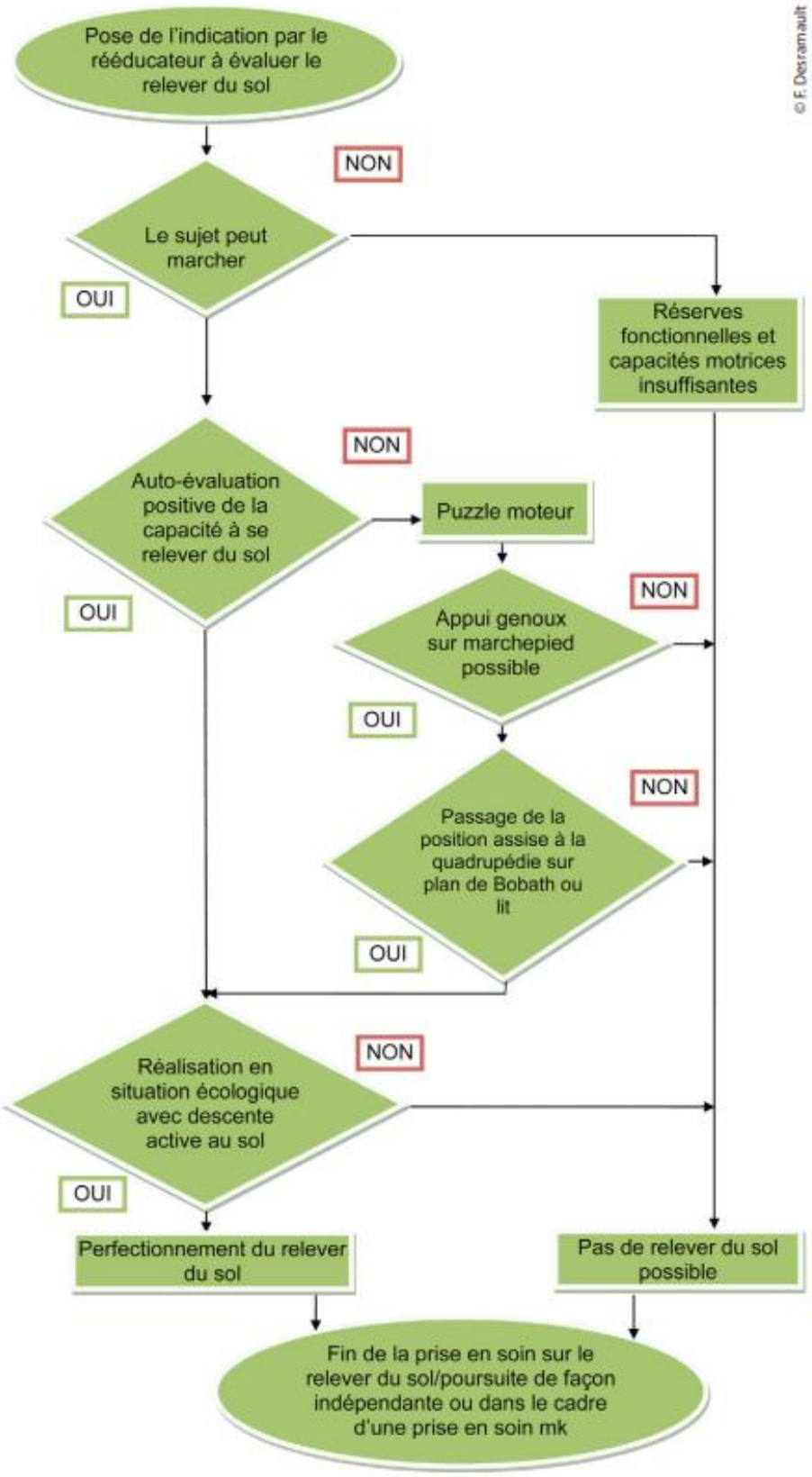
Contraintes biomécaniques	B	D
Adaptation à l'effort	1	0
Puissance MI	1	0
Amplitude de Cheville	1	0
Etat du capteur podal	1	0
Instabilité directionnelle	1	0
Limite de stabilité antérieure (Functional Reach Test)	1	0
TOTAL **(E)**		

TOTAL (A+B+C+D+E+F)

/ 26

Annexe IV : EquiMoG

Annexe V : Logigramme facilitant l'approche du relever du sol par les rééducateurs



▶ **Figure 1**

Logigramme facilitant l'approche du relever du sol par les rééducateurs

Annexe VII : Infographie du relever du sol pour le grand

Bouger en toute sérénité, page 16, Disponible sur :

https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/bouger_en_toute_serenite_ref_ns01-144-19-page16.pdf

Apprenez, en compagnie d'un proche, les gestes pour vous relever (voir ci-contre) et pour descendre au sol.

Ces exercices, qui font travailler la souplesse, seront très bénéfiques pour jouer avec vos petits-enfants, ramasser un jouet ou leur donner la main. Vous pourrez apprendre les bons gestes dans les ateliers de prévention organisés par les caisses de retraite.

La téléassistance, en bracelet ou en médaillon, vous permet, en cas de problème, d'appeler du secours 24 heures sur 24. Elle peut être rassurante. Différents modèles existent, faites-vous conseiller par votre Clic*.

* Clic: centre local d'information et de coordination gérontologique.

Apprendre à se relever après une chute

1 - Allongé(e) sur le dos, vous basculez sur le côté en ramenant le bras opposé.

2 - En appui sur le côté, ramenez une jambe vers le haut.

3 - Relevez-vous et prenez appui sur les 2 coudes et sur le genou.

4 - Mettez-vous à quatre pattes.

5 - Prenez appui (sur une chaise par exemple) pour vous relever en douceur.

POUR ALLER PLUS LOIN, VOIR P. 18

Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie La Musse

ifmk@iflrs-lamusse.net ; 0033 (0)2 32 07 29 51

Introduction : Cette étude a pour but d'analyser la pratique du relever du sol (RDS) des professionnels de la rééducation motrice auprès des personnes âgées. Bien que cet apprentissage fasse partie des techniques essentielles dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie des personnes âgées, il est encore peu utilisé par les rééducateurs. L'intérêt de cette étude est d'accompagner les rééducateurs dans leur pratique du relever du sol. **Objectifs :** L'objectif primaire de l'étude est de réaliser un état des lieux de la pratique du RDS chez les professionnels de la rééducation. L'objectif secondaire est d'isoler les freins à la pratique RDS et d'apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette technique. **Méthode** : Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale quantitative. Les données ont été collectées via un questionnaire en ligne auto-administré. Les critères d'inclusion étaient d'être ergothérapeute, kinésithérapeute ou psychomotricien exerçant en France, prenant en soins des personnes âgées et pratiquant ou non le RDS. Nous avons effectué des statistiques descriptives et analytiques afin de répondre aux objectifs. **Résultats :** 340 questionnaires ont été récoltés et analysés. La majorité des participants pratiquait le RDS. Près de la moitié des thérapeutes éprouvait des difficultés lors de l'utilisation du RDS avec leurs patients âgés ce qui limite leur pratique. Les thérapeutes évaluaient la capacité des sujets âgés à réussir le RDS à l'aide de tests variés et la plupart estimait que certains critères excluaient la pratique de cet exercice. **Discussion :** Les freins limitant la pratique du RDS seraient le manque de tests spécifiques permettant l'évaluation des capacités des patients âgés à réussir le RDS, le besoin en formation de praticiens sur le sujet et à la part psychologique qui entoure cet exercice. Une adaptation de l'exercice serait nécessaire avec les patients les plus fragiles. **Conclusion :** La pratique du RDS avec les seniors n'est pas encore systématisée. L'évolution du parcours de soins des personnes âgées constitue un levier potentiel à la pratique dans le cadre de la prévention des chutes. L'élaboration de tests spécifiques pour l'évaluation du RDS faciliterait son application. **Mots clés :** Relever du sol, Rééducation, Chute, Personnes âgées

Introduction: This present study aims to investigate the practice of rising from the floor (RFF) by motor rehabilitation professionals with the elderly. Although this learning is one of the essential techniques in the prevention of falls and loss of autonomy in the elderly, it is still underused by rehabilitation therapists. The interest of this research is to guide rehabilitators in their practice of RFF. **Purpose:** The main objective of the study is to carry out an inventory of the practice of RFF among rehabilitation professionals. The secondary objective is to isolate the obstacles to the practice of RFF and to provide guidelines to democratize this technique. **Methods:** We conducted a quantitative cross-sectional epidemiological study. Data was collected using a self-administered online survey. Inclusion criteria were to be an occupational therapist, a physiotherapist or a psychomotor therapist practicing in France, caring for seniors, and performing RFF or not. Descriptive and analytic statistics were used to answer purposes. **Results**: 340 surveys were collected and analysed. Most of the participants practicing RFF. Almost half of the therapists had difficulties using RFF with their elderly patients, which limited their practice. Therapists assessed the ability of elderly subjects to perform RFF using a variety of tests, and most of them felt that some criteria precluded the practice of this exercise. **Discussion:** The obstacles limiting the practice of RFF would be the lack of specific tests allowing the evaluation of elderly patients' abilities to succeed in RFF, the training need of practitioners on the subject and the psychological part surrounding this exercise. An adaptation of the exercise would be necessary with fragile patients. **Conclusion:** The practice of RFF with senior citizens is not yet systematised. The evolution of the care pathway of the elderly constitutes potential levers for the practice in the framework of falls prevention. The development of specific tests for the evaluation of RFF would facilitate its application.
Key words: Rising/get up from the floor/ground, Rehabilitation [MeSH], Fall [MeSH], Elderly.

Haut du document