

*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*

Résumé soumis au Prix de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes 2021 – 1 346 mots

## INTRODUCTION

Au-delà du vieillissement physiologique que nous connaissons tous au cours de notre vie, le vieillissement pathologique se caractérise par l'apparition de pathologies ou de changements physiologiques qui vont progressivement altérer l'autonomie de la personne. Ce phénomène amène ainsi certaines personnes âgées à être plus fragiles que d'autres, ce qui peut entraîner pour elles une augmentation du risque de chute. C'est ainsi la principale cause d'accident de la vie courante chez les plus de 65 ans (1).

De plus, la perte de la mobilité articulaire et de la force musculaire associés à la perte des automatismes, souvent liés au vieillissement, peuvent causer des difficultés à se relever du sol après une chute (2). On sait notamment que deux personnes âgées sur trois sont en incapacité de se relever seules après une chute (3). Cette incapacité entraîne parfois une station au sol prolongée, aux conséquences graves pour la santé des personnes âgées, tant physique que psychologique dont la manifestation la plus courante est le syndrome post-chute (4).

A travers ces problématiques particulières aux seniors cette étude s'est intéressée à l'apprentissage du relever du sol (RDS), pratiqué par les professionnels de la rééducation motrice. Cet apprentissage fait partie des techniques essentielles dans la prévention des chutes et de la perte d'autonomie des personnes âgées. Il permet notamment de redonner confiance au patient dans ces capacités motrices. Le principe est de réapprendre au patient à se relever en travaillant étape par étape la séquence de descente au sol puis de redressement.

Nous sommes partis du constat que le RDS était peu utilisé auprès des personnes âgées ayant déjà chuté ou susceptible de chuter bien que cette technique soit intégrée dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2005 (5).

L'étude menée avait pour intérêt d'analyser la pratique du RDS des rééducateurs auprès de leur patients âgés. L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de la pratique du RDS chez les professionnels de la rééducation. Ensuite, l'objectif secondaire était d'isoler les freins à la pratique du RDS et d'apporter des axes d'amélioration afin de démocratiser cette technique.

## METHODE

Afin d'assurer une rigueur méthodologique, les lignes directrices « Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology » (STROBE) ont été suivies tout au long de l'étude (6). L'étude épidémiologique était transversale quantitative et l'outil utilisé était un questionnaire en ligne auto-administré adressé aux ergothérapeutes, aux kinésithérapeutes et aux psychomotriciens. Ces professionnels de la rééducation motrice devaient prendre en soins des personnes âgées, pratiquer ou non le RDS et exercer en France. A l'issue de la phase de récolte des données, des statistiques descriptives et analytiques ont été réalisées pour analyser les réponses des participants.

Le questionnaire a été mis en ligne du 1<sup>er</sup> décembre 2020 au 31 mars 2021. Ces quatre mois ont permis d'effectuer une large diffusion pour couvrir une grande partie de la population cible, constitué d'environ 120 000 professionnels. Le questionnaire a été transmis par courriel à l'ordre national et aux ordres départementaux des kinésithérapeutes, à tous les CHU et à plus 300 établissements de santé. De plus, le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux et pour finir, tous les instituts de formation ont été contacté pour transmettre le questionnaire aux intervenants qui enseignaient sur le sujet [Figure 1].

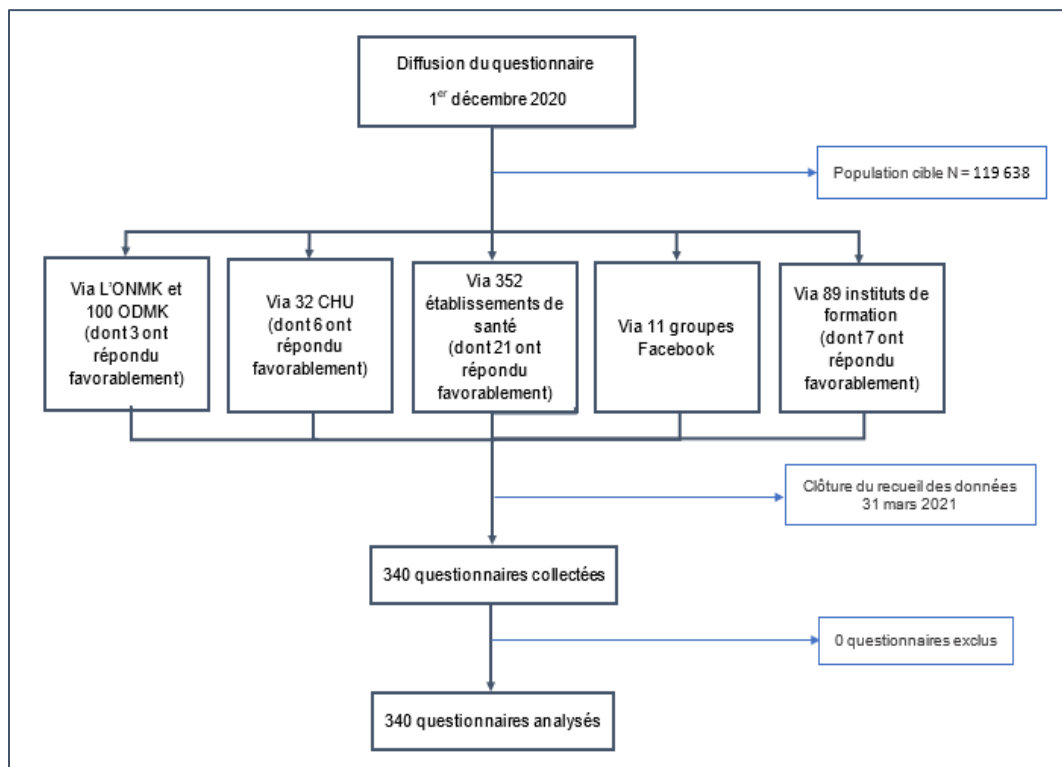


Figure 1 - Diagramme de flux

Au total, 340 questionnaires ont été collectés. Après vérification de leur conformité, ces 340 questionnaires ont pu être analysés, permettant ainsi l'obtention d'une base de données conséquente.

## **RESULTATS**

Parmi les 340 participants 58,5% étaient kinésithérapeutes, 22,4% étaient psychomotriciens et 19,1% était ergothérapeutes [Figure 2]. La répartition des participants en fonction des professions était représentative de la population source. La majorité des participants pratiquaient le RDS avec leurs patients âgés. Cependant, seulement 4,4% des participants l'utilisaient avec tous leurs patients.

Ensuite, parmi les participants qui pratiquaient le RDS, 42,9% rencontraient parfois des difficultés lors de l'exercice [Figure 3]. Les principales difficultés rencontrées par les professionnels étaient les facteurs psychologiques étroitement liés à la chute, les limitations fonctionnelles des patients et le manque de compréhension lié à la perte d'audition ou aux troubles cognitifs. Pour nombreux d'entre eux ces difficultés était un frein à l'utilisation du RDS.

Par ailleurs, les outils et critères qu'utilisaient les thérapeutes pour évaluer la capacité des patients à réussir le RDS étaient très hétéroclites. L'étude montre que l'âge du patient est un des principaux critères utilisés par les rééducateurs bien que ce critère ne soit pas prédictif. En effet, une personne d'un âge très avancé peut avoir les capacités motrices requises pour réussir l'exercice.

Pour 79,0% des rééducateurs certains facteurs excluaient le RDS de la prise en soins de leurs patients [Figure 4]. Les principaux facteurs excluants étaient les troubles cognitifs (17,9%), la douleur (14,0%) et la force musculaire insuffisante (9,9%). L'étude a aussi révélé que la présence de prothèse était considérée comme un facteur excluant pour une proportion non négligeable des rééducateurs, bien que ce ne soit pas une contre-indication.

Finalement, 55,6% des participants pensaient que l'apprentissage du RDS réduit souvent la peur des patients de chuter et de ne pas pouvoir se relever [Figure 5].

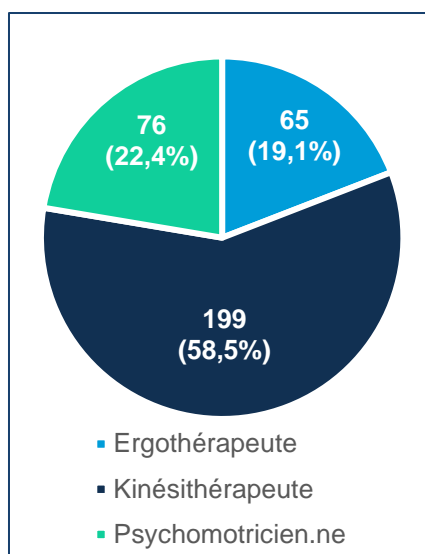


Figure 2 - Diagramme de la répartition des participants

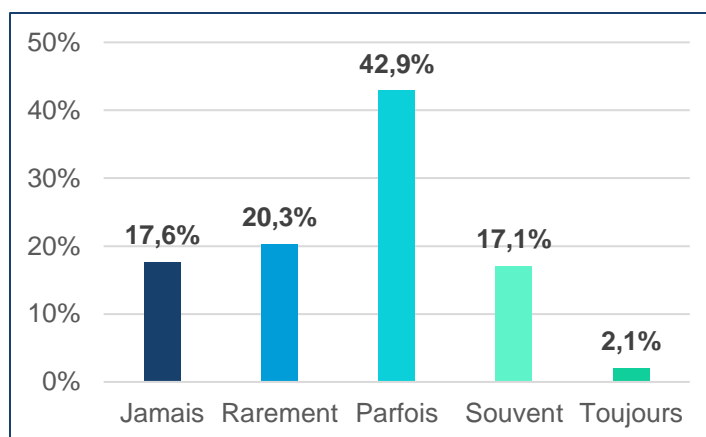


Figure 3 - Histogramme de la fréquence des difficultés rencontrées lors de la réalisation du RDS

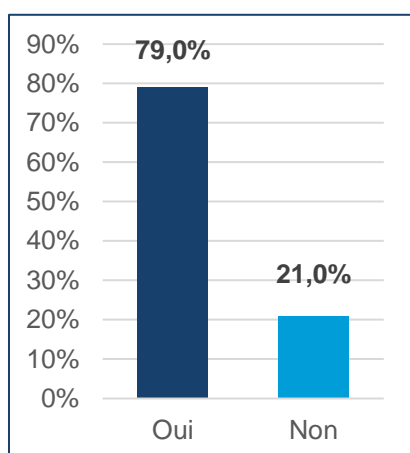


Figure 4 – Histogramme de l'existence de facteurs excluant le RDS de la prise en soins

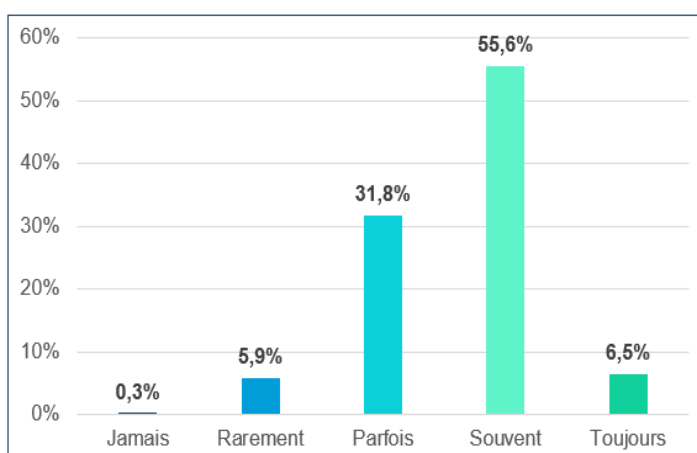


Figure 5 - Histogramme de l'impact du RDS sur la réduction de la peur de chuter et de ne pas pouvoir se relever

## DISCUSSION

Cette étude a permis de mettre en avant certains éléments permettant de mieux comprendre l'usage du RDS par les rééducateurs. D'une part la majorité des participants pratiquaient le RDS ce qui montre que cet exercice est de façon générale connu et intégré dans la pratique professionnelle. Cependant, un faible nombre de participants pratiquaient le RDS avec tous leurs patients âgés. Cela signifie que cet exercice n'est pas systématisé lors de la prise en soins des personnes âgées. Il mériterait d'être pratiqué avec plus de patient ayant un risque de chuter pour prévenir notamment le risque de station au sol prolongée. D'autre part l'étude a mis en relief des freins à la pratique du RDS tels que le contexte psychologique particulier à la

chute, qui peut être difficile à gérer pour les rééducateurs car ils n'y sont pas toujours formés et préparés. A cela s'ajoute le manque d'outils spécifiques du RDS. En effet, à ce jour seul le Frail Best Test, anciennement nommé Equimog, aborde le RDS bien qu'il n'ait qu'un item pour l'évaluer (7). Pour finir, il existe aussi des croyances autour de l'exercice ce qui limitent sa pratique, par exemple l'âge avancé qui diminuerait la réussite du RDS et la présence prothèses qui contre-indiquerait d'après certains thérapeutes l'abond de cet apprentissage. Concrètement, une réelle adaptation de l'exercice du RDS avec les patients les plus fragiles est possible en proposant notamment des exercices préparatoires afin d'éviter une mise en échec

## **CONCLUSION**

L'élément à retenir est que la pratique du relever du sol est encore peu systématisé malgré son efficacité prouvée auprès des personnes âgées que ce soit par des études scientifiques et le ressenti des professionnels comme le montre l'enquête (8). Il faudra donc s'intéresser aux freins à sa pratique pour faire évoluer la prise en soins des personnes âgées fragiles.

Pour cela, de nombreuses perspectives sont envisageables, notamment la possibilité de répondre aux besoins en formation sur le RDS, lors de la formation initiale ou continue. De plus, l'élaboration de lignes directrices et le développement de tests et des outils spécifiques du RDS pourraient faciliter l'adaptation de l'exercice en fonction des capacités de chaque patient et guider les rééducateurs dans leurs prises en soins.

Finalement, il serait nécessaire d'intégrer davantage les ateliers RDS aux programmes de prévention des chutes et de mieux dépister l'incapacité à se relever du sol pour orienter les patients à risque de chute vers ces ateliers (9). A l'avenir ceci pourrait s'inscrire dans des démarches telles que le dispositif PAERPA déployé depuis 2014 qui permet de dépister la perte d'autonomie des personnes âgées pour les orienter dans un parcours de soins personnalisé et adapté (10).

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Lasbeur L, Thelot, Bertrand. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(1):2-12.
- (2) Curtis E, Litwic A, Cooper C, Dennison E. Determinants of muscle and bone aging. J Cell Physiol. nov 2015;230(11):2618-25.
- (3) Cohen J, Mourey F. Rééducation en gériatrie. Lavoisier MPS. 2014. 277 p. (Professions santé)
- (4) Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. [Psychomotor disadaptation syndrome]. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2014;12(1):94-100.
- (5) Recommandations pour la pratique clinique - Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités 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>
- (6) 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.
- (7) Kubicki A, Brika M, Coquisart 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
- (8) 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.
- (9) 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
- (10) 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](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa)