

# RÉÉDUCER LA MARCHÉ ET LA PEUR DE CHUTER CHEZ LE SUJET ÂGÉ :

## ÉVALUATION, TECHNIQUES, LIMITES

France MOUREY<sup>1</sup>

40<sup>e</sup> Journées de l'INK

### RÉSUMÉ

Réapprendre à faire face aux déséquilibres de toutes sortes pourrait résumer la rééducation de la marche chez le sujet âgé.

L'évaluation de la peur de tomber chez des patients ayant chuté ou non, conduit à s'adapter à la fragilité psycho-organique. La diminution de la force musculaire, de l'endurance, des amplitudes articulaires et les troubles posturaux, seront pris en compte pour que les objectifs de la rééducation soient adaptés à ces patients fragiles qui ont la particularité de moins bien maîtriser leur corps.

### SUMMARY

The re-education of walking in the elderly may be summed up as dealing with all types of imbalances.

The evaluation of the fear of falling in patients that have or have not fallen, involves an adaptation to psycho-organic fragility. Reduced muscle strength, endurance, articular amplitude and postural disorders are taken into account so that the goals of the re-education are adapted to the patients that have the specificity of not controlling their body as well.

### MOTS CLÉS

Chute - Marche - Rééducation - Vieillesse

### KEYWORDS

Gait - Fall - Re-education - Aging

La perte de confiance amène parfois chez la personne âgée une restriction d'activité qui elle-même contribue à la fragilisation des fonctions motrices, favorisant ainsi la chute et faisant naître la peur de tomber et parfois une véritable phobie de la station debout.

Fréquente et grave par ses conséquences fonctionnelles, la peur de tomber est souvent oubliée ou banalisée dans les évaluations et trop rarement prise en compte de manière spécifique dans les approches thérapeutiques.

La fragilisation de la fonction d'équilibration, avec l'âge, est un processus bien connu qui explique en grande partie la fréquence des chutes chez le sujet âgé. La sensation diffuse d'une moins bonne maîtrise du corps dans l'espace fait naître une perte de confiance qui va conditionner l'ensemble du comportement moteur et postural.

La question se pose de savoir quel est le rôle de l'anxiété qui est, par définition, un trouble

émotionnel se manifestant par un sentiment d'insécurité et qui d'emblée peut apparaître comme une cause aggravante ou une conséquence de la baisse de performance.

L'expression la plus importante de la peur de tomber est retrouvée dans le syndrome post-chute. Dans cette forme aiguë du syndrome de désadaptation psychomotrice, la peur de tomber est associée à des troubles posturaux et moteurs avec en particulier la présence d'une rétropulsion. Au plan psycho-comportemental ces patients, plutôt bradyphréniques, présentent une anxiété allant parfois jusqu'à la stasophobie (fig 1).

Ces patients qui présentent par ailleurs des signes de fragilité tant au plan physique que cognitif deviennent volontiers des chuteurs à répétition.

Si la peur de tomber est plus fréquente chez des sujets ayant déjà chuté, elle est parfois présente chez des sujets non chuteurs.



<sup>1</sup> INSERM U887  
Motricité-plasticité : performance,  
dysfonctionnement, vieillissement  
et technologies d'optimisation  
Pôle "Personnes âgées"  
CHU de Dijon (21)

En pratique, la peur de tomber est rarement évaluée avec précision. Parfois des questions simples sont utilisées : "Avez-vous peur de tomber ? Limitez-vous vos activités à la maison parce que vous avez peur de tomber ? Limitez-vous vos activités à l'extérieur parce que vous avez peur de tomber ?" Dans la littérature, on retrouve différentes échelles dont celle validée par Tinetti (FES) dont une version simplifiée vient d'être validée.

En rééducation, la peur de tomber s'inscrit, le plus souvent, dans un tableau de fragilité, avec une complexité psycho-organique nécessitant une approche spécifique. Si l'ensemble de la motricité peut être affectée, c'est le plus souvent des modifications plus ou moins importantes au niveau de la marche qui sont observées.

La spécificité de cette rééducation suppose la prise en compte de cette fragilité des fonctions motrices caractérisée par la diminution de la force musculaire, la diminution des amplitudes articulaires, le ralentissement et la pauvreté du mouvement, les troubles posturaux et la diminution de l'endurance.

La mise en confiance de ces patients suppose à la fois une qualité relationnelle dans l'échange verbale mais aussi une qualité gestuelle. Dans les techniques utilisées, chaque détail va compter dans le positionnement et les formes de stimulation afin de permettre de diminuer l'inhibition et d'obtenir progressivement un mouvement harmonieux et contrôlé. Cette rééducation doit s'inscrire dans une pratique d'équipe avec une continuité des stimulations dans les activités de la vie courante. Les tractions intempestives, les mouvements réalisés trop rapidement et les prises d'appui instables trop fréquents dans les activités de la vie quotidienne, favorisent l'émergence de la peur.

Les objectifs de la rééducation peuvent être énoncés de la manière suivante :

1. Lever l'inhibition qui est particulièrement liée à la peur de tomber. La facilitation du mouvement nécessite une ré-

rassurance et des consignes claires sur les postures à respecter et les enchaînements cinétiques à réapprendre.

2. Normaliser le contrôle du Centre de Masse : la projection du Centre de Masse en arrière appelée rétroimpulsion crée une sensation majeure d'instabilité et peut compromettre totalement la station de debout. Les exercices de projection du tronc en avant et parfois le port de talonnettes permettent d'aider à la reconfiguration du sens de la verticalité.

3. Réamorcer les automatismes posturaux : le reconditionnement des réactions d'adaptation posturale et de réaction de protection est nécessaire pour que le sujet reprenne confiance dans sa capacité à faire face aux déséquilibres.

4. Obtenir un relever du sol avec aide : c'est une étape essentielle de la rééducation au cours de laquelle le sujet est remis en situation. ■



## Bibliographie

- Manckoundia P, Mourey F, Tavenier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. *Rev Med Int* 2006;28:79-85.
- Kempen GI, Yardley L *et al.* The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. *Age Ageing* 2007.
- Mourey F, Manckoundia P, Pfitzenmeyer P. La désadaptation psychomotrice du sujet âgé. Comment la prendre en charge. *Repères en Gériatrie* 2004;43:22-5.
- Mourey F. Apprentissage du relever du sol chez le sujet âgé. *Kinésithér Scient* 2007;474:37-9.