



Particularités de la kinésithérapie libérale en EHPAD des patients Alzheimer : communication et rééducation

Particularities of the independent practice physiotherapy in Alzheimer patients' treatment: Communication and rehabilitation

Thibaud Hoppeler

13-15, quai du Cruou, 12330 Marcillac-Vallon, France

Reçu le 12 juillet 2017 ; accepté le 24 septembre 2018

RÉSUMÉ

La prise en charge de patients Alzheimer en EHPAD implique un certain nombre d'adaptations, comparativement à un traitement « classique ». Notre maîtrise de la communication, bien que complexe, demeure un point clef des interventions qui bénéficie à tous les intervenants. Au-delà de l'aspect fonctionnel indispensable, cette rééducation passe par plusieurs relations : avec la famille pour fixer les objectifs et connaître le patient ; interprofessionnelle pour affiner les objectifs et être au plus proche de la réalité fonctionnelle. Le patient pouvant que rarement tout exprimer sur son ressenti, il faut alors s'appuyer sur les remarques de tous les intervenants pour établir la stratégie thérapeutique. La rééducation fait alors la part belle au maintien ou au rétablissement du schéma corporel. La maladie d'Alzheimer l'altère souvent, ce qui limite l'indépendance du résident. Les interventions du kinésithérapeute libéral s'appuient sur ces constats.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The rehabilitation of Alzheimer's patients in institutions implies a certain number of adaptations compared to a "classic" treatment. Our mastery of communication, although complex, remains a key point of interventions that benefits all stakeholders. This rehabilitation, beyond the essential functional aspect, requires several relationships: with the family to set objectives and know the patient; interprofessional to sharpen the objectives and be closer to the functional reality. Since the patient can rarely express everything about his/her feelings, it is necessary to rely on the remarks of all the participants to establish the therapeutic strategy. Rehabilitation will then focus on maintaining or restoring the body diagram. The AD often alters it, which limits the autonomy of the resident. The interventions of the liberal physiotherapist build on these findings.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

MOTS CLÉS

Alzheimer
Communication
Personne âgée
Pluri-professionnel
Rééducation fonctionnelle

KEYWORDS

Alzheimer
Communication
Elderly
Interprofessionnel
Functional rehabilitation

Adresse e-mail :
thibaudhoppeler@gmail.com

DOIs des articles originaux :

<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.12.003>
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.017>
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.09.018>
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.11.007>
<https://doi.org/10.1016/j.kine.2018.12.012>

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable, publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Nécessités de l'âge en institution », coordonné par Michel GEDDA, et composé des articles suivants :

- Gedda M. Nécessités de l'âge en institution. *Kinesither Rev* 2019;19(207).
- Pons X, Hermabessière S, Rolland Y. Évaluation du risque de chute et de fracture en institution. *Kinesither Rev* 2019;19(207).
- Beauseigneur M, Boudes C. Prévention des chutes dans la maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés. *Kinesither Rev* 2019;19(207).
- Hoppeler T. Mise en place d'atelier de prévention des chutes en EHPAD dans un cadre libéral. *Kinesither Rev* 2019;19(207).
- **Hoppeler T. Particularités de la kinésithérapie libérale en EHPAD des patients Alzheimer : communication et rééducation. *Kinesither Rev* 2019;19(207).**
- Beauseigneur M. Maladie d'Alzheimer : communication par le langage non verbal. *Kinesither Rev* 2019;19(207).

Le nombre de patients atteints de démence ou de maladie d'Alzheimer est en augmentation. De fait, les kinésithérapeutes libéraux sont davantage sollicités pour intervenir en institution. Les EHPAD sont de plus en plus médicalisés, avec des résidents aux degrés d'atteintes variés. Au-delà d'une prise en charge spécifique à la personne âgée avec ses troubles propres, nous interagissons avec des patients pour lesquels la communication et la sphère cognitive sont plus ou moins perturbées. Cet article propose un retour d'expérience focalisé sur cet aspect.

La pratique libérale permet une grande souplesse de prise en charge, tant pour les horaires que par la liberté du cadre d'intervention. Cependant, en comparaison d'un intervenant salarié de la structure, nous disposons souvent de moins de temps avec le résident ; il est donc impossible de fractionner la prise en charge en proposant de longs temps de repos, sauf à mettre en place un système de cours collectifs [1]. Nous sommes dépendants d'autres paramètres (toilettes, animations, visites, etc.) et avons besoin des transmissions des aide-soignants, infirmiers et médecins. Ces relations interprofessionnelles sont un point essentiel de cette prise en charge. Une personne âgée peut être saine et présenter des signes physiologiques qui nous concernent directement en rééducation [2] :

- sarcopénie, majorée en cas de mauvaise alimentation ou de problèmes de dentition ;
- baisse d'acuité visuelle qui provoque souvent un enraidissement des cervicales préjudiciable au schéma moteur ;
- ralentissement moteur qui altère également le schéma corporel, diminution de la capacité de coordination fonctionnelle, chaîne posturale et équilibration.

Il découle de ces signes nos principes fondamentaux de rééducation : un travail le plus fonctionnel possible (Fig. 1). Préalablement, un renforcement des groupes musculaires responsables du lever, des transferts, de l'habillage et de l'équilibre est souvent nécessaire.

Dans le cas qui nous concerne, nous retrouvons toutes ces caractéristiques de fond auxquelles s'ajoutent les pathologies fréquentes de type articulaire, rhumatismal ou respiratoire, sans oublier les risques de chutes. Les troubles cognitifs ne sont pas le motif direct de notre intervention, mais un paramètre supplémentaire essentiel à prendre en compte.

L'aspect fonctionnel doit toujours dominer pour prévenir les chutes et réduire le motif premier de consultation.

Nous ne traitons pas « la maladie d'Alzheimer » (MA), mais un patient atteint de pathologies diverses compliquées d'une démence ou de MA. Cette spécificité modifie l'approche du patient, de son entourage et de sa rééducation. La communication verbale ou non verbale joue un rôle prépondérant. Elle est multiple :

- patient/soignant ;
- soignant/famille ;
- entre professionnels de santé.

Ces acteurs doivent avoir une communication régulière, honnête quant aux possibilités d'évolution. Celle-ci est compliquée par la fatigue, la lassitude ou la frustration qu'une telle rééducation engendre parfois.

Tous les intervenants doivent donc se coordonner, compiler la masse d'informations, le patient ne pouvant souvent pas le faire lui-même.

Nous agissons de la même manière pour définir les objectifs de rééducation. Le personnel soignant intervient alors pour que chacun dispose d'objectifs compatibles, cohérents avec un but principal commun qui est l'indépendance fonctionnelle.

Cette discussion à plusieurs acteurs permet aussi de faire entendre au patient la nécessité des soins et l'objectif d'indépendance.

Il est indispensable de regarder dans la même direction pour que le résident ne subisse pas sa rééducation mais en soit l'acteur autant que possible, et y trouve un intérêt même indirect. La répétition et le jeu sont des moyens d'y parvenir. Notre participation en tant qu'intervenant libéral demande une dose d'adaptation et une maîtrise du logiciel de l'EHPAD. Notre temps de présence étant réduit il est indispensable d'échanger dès que cela est possible. Le logiciel est un bon moyen de communication (messages, suivi, transmissions, etc.) et permet un suivi global sur l'évolution de la rééducation. Chaque progrès même minime entraîne une évolution des capacités fonctionnelles et une facilitation de la prise en charge des aide-soignants par exemple. Cet échange bénéficie tout le monde en retour.

Cette communication si importante est donc la pierre angulaire de nos interventions. Dans le cas de la MA, il faut souvent répéter les mêmes consignes, recommencer les mêmes types d'exercices. Il est donc nécessaire d'établir une confiance qui concerne autant le lien soignant/soigné que famille/soignants. Dans cette optique, l'intégration du masseur-kinésithérapeute dans le service est tout aussi importante, afin que toutes les informations circulent librement et sans arrière-pensée.



Figure 1. Parcours moteur varié avec différents exercices.

Le plus difficile, la plupart du temps, est de rentrer en relation avec le résident. Pour cela, tous les moyens à disposition jouent un rôle important. Pourquoi ne pas utiliser l'environnement ? Nous avons souvent au chevet des photos de famille, une chanson qui passe à la radio ; la présence dans la chambre des proches peut permettre le début de la discussion, etc. À nous de nous appuyer dessus pour tisser un lien qui, malgré son aspect parfois éphémère, permet de mettre en place cette séance. Le « moyen d'accès » sera peut-être différent la fois suivante. . . La sollicitation du système limbique permet d'activer une voie neuronale ancienne qui fonctionne assez bien par le biais des odeurs, du mouvement, « du ressenti ».

Le principal écueil rencontré est que cette prise en soin nécessite une grande disponibilité physique et psychologique. Chacun peut subir la fatigue, une démobilité qui évidemment nuit directement à l'objectif fixé. Le rôle de chaque intervenant consiste aussi à apporter son aide aux aidants ou une entraide entre professionnels qui se trouvent souvent confrontés bien malgré eux à cette importante fatigue.

Le schéma moteur est fréquemment perturbé dans le cas de MA ou de démence (Fig. 2) [3]. Pour remplir l'objectif de maintien d'indépendance et de prévention des chutes, le schéma moteur est un point clef. Si celui-ci n'est pas entretenu, la coordination et le contrôle ne sont plus possibles car la perception globale du corps est alors altérée. La MA ralentit naturellement le mouvement et fige les sujets [4]. Dans la mesure où s'y associe souvent une projection antérieure de la tête et un enroulement antérieur du tronc, la tâche est grande pour retrouver ce schéma corporel au niveau cortical. En rééducation la pratique de certains mouvements sous forme ludique ou classique de lancer, d'enjambement, de marche latérale contribue à ce maintien (Fig. 3). Le travail sur le rythme du mouvement également trouve sa place. Les exercices croisés « membre inférieur/membre supérieur » permettent aussi de retrouver cette physiologie du mouvement qui fait défaut.

La communication avec les patients n'est pas que vocale, elle se situe à plusieurs niveaux. En effet le langage corporel est une possibilité qui ouvre de grandes perspectives. Non



Figure 2. Schéma corporel.

seulement il permet de guider le patient dans ses exercices, mais il contribue à l'installation du climat de confiance. Par exemple, si le résident est assis ou allongé, il convient de ne pas le « dominer » dans l'échange en restant debout. Le travail par mimétisme est également un outil très puissant pour la réussite des exercices. Il est possible, de cette manière, d'entrevoir toutes les possibilités d'entretien ou de récupération du schéma moteur. Il existe des outils intéressants pour aider à la réalisation et l'entretien du schéma corporel : plots de couleur, barres d'enjambement, etc.

Nécessités de l'âge en institution



(Fig. 4). Ces dispositifs offrent un visuel attrayant qui ne laisse pas d'équivoque quant à l'action à réaliser. Ils évitent la répétition à outrance de la consigne mais aussi la mise en échec préjudiciable au lien de confiance.



Figure 3. Enjambement pour la triple flexion et l'équilibre.



Figure 4. Parcours sur plot différents pour adaptation du pas.

CONCLUSION

La prise en charge rééducative des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autre démence nécessite une adaptation de la communication autour de la séance. Cette communication débute en amont avec les autres professionnels intervenants et avec la famille. C'est cette interrelation qui permet la meilleure prise en charge possible.

La rééducation doit s'articuler principalement autour de l'indépendance et du maintien fonctionnel. Le rééducateur doit composer avec tous ces paramètres et sa fonction libérale afin d'obtenir le meilleur résultat possible au bénéfice du résident. Il peut être envisageable, en complément de l'intervention, de réaliser une plaquette reprenant les objectifs, les principaux exercices pour stimuler le patient.

La mise en place d'une gymnastique collective peut profiter également aux patients par une stimulation de groupe avec des temps de repos adaptés.

Points à retenir

- Une personne âgée n'est pas nécessairement malade ; physiologiquement il existe une baisse de la qualité musculaire (sarcopénie), de l'acuité visuelle, de l'équilibre.
- La rééducation est la plus fonctionnelle possible avec comme but majeur le maintien ou le retour de l'indépendance.
- La communication dans la prise en charge des malades d'Alzheimer est complexe et pluri-professionnelle.
- L'échange entre professionnels de santé bénéficie à tout le monde.
- La prise en compte du schéma moteur dans la rééducation est indispensable dans un but fonctionnel.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Hoppeler T. Mise en place d'atelier de prévention des chutes en EHPAD dans un cadre libéral. *Kinesither Rev* 2019;19 [2X].
- [2] Sautereau C, Lemonnier F, Pr Demarchi JM. Vieillesse psychomotrice. <http://www.gerontopsychomotricite.com/fr/articles/Connaissances/Le-vieillessement/article-17/Vieillessement-psychomotrice/> [consulté le 15/09/2017]
- [3] Montani C, Ruffiot M. L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes* 2009;1:103-16, <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2009-1-page-103.htm> [consulté le 15/09/2017].
- [4] Lecomte A. Intérêt de l'étude du schéma corporel dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Université de Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie, école d'orthophonie. Mémoire en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie; 2012;129, date de consultation : 15/09/2017, <http://www.psychiatrie-neurologie-geriatrie-poitiers.fr/wp-content/uploads/2015/10/Etude-du-sch%C3%A9ma-corporel-dans-la-maladie-dAlzheimer-A.-Lecomte.pdf>.