

Lève toi et marche !

II - S'inspirer des couples d'équilibre du judo pour s'aider à aider

Notre schéma théorique de progression dans la réhabilitation à la marche se veut une prise en charge globale, à partir de deux facteurs :

- gestion de l'équilibre et des déséquilibres,
- qualité des saisies pour leur valeur informative.

1 - Analyser un combat

Les problèmes d'équilibre et de saisie ont été très étudiés dans les sports de combat rapprochés, tels le judo, la lutte.

- **1° étape** : les deux combattants sont face à face en position verticale, ne se touchent pas et se saluent.



Ils sont autonomes :

- **en équilibre** : leur centre de gravité tombe dans **leur polygone de sustentation**.
- **en saisie** : ils sont **face à face sans se toucher**.

Cette étape du combat correspond à **la dernière étape de la rééducation : la personne autonome**.



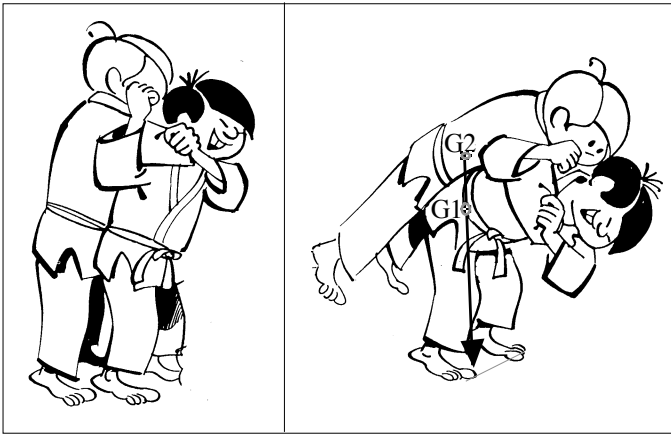
- **2° étape** : au signal de l'arbitre, les lutteurs se saisissent...

Il s'agit là de **l'étape dite d'équilibre de couple**.

- **Les saisies** se cherchent, elles sont moyennes. Elles ne bloquent pas encore l'adversaire, et sont donc insuffisantes pour transmettre la force d'une attaque.

Cette étape est une phase intermédiaire de la rééducation : le patient a besoin d'être tenu, il ne peut gérer seul son équilibre.

- **3° étape** : un des combattants effectue une saisie totale de l'adversaire.



Rapidement, l'équilibre du perdant devient entièrement dépendant du vainqueur, c'est à dire que son centre de gravité tombe dans le polygone de sustentation de son adversaire.

Pour le gagnant, il s'agit **de la phase dite de l'équilibre maître**.

Cette étape correspond au début de la rééducation en gériatrie : le soignant effectue une saisie totale du patient, il est maître de l'équilibre.

Dans le judo une personne va, par étapes, vers la perte d'autonomie ; durant la rééducation une personne remonte ces étapes pour aller vers l'autonomie, la liberté en équilibre : en somme, le film déroulé à l'envers !

2 - Ce qui nous conduit à "judokaïser" l'aide au patient...

- **Vérification préalable des potentialités.**

Des tests d'appui, effectués au lit puis au fauteuil, permettent au soignant d'éviter de se mettre en situation de risque. Une main sur la voûte plantaire, le soignant vérifie la capacité d'extension de la jambe et la résistance à la flexion des membres inférieurs de la personne qui va être verticalisée.

- **La verticalisation à un soignant**

Le malade est assis. Ses pieds sont posés au sol, talons à la verticale des genoux, l'angle cuisse-jambe est supérieur à 90°.



Le soignant encadre les genoux du patient dans les siens : équilibre maître.

Il se baisse et prend le malade dans ses bras, une main entourant le dos pour se poser sur l'omoplate opposée, l'autre entourant la taille, sous le creux lombaire du patient.



La saisie doit être la plus enveloppante et douce possible, pour faire passer un message de solidarité, voire d'amour. Veiller à garder les épaules plus basses que celles du patient.

Par une bascule du corps en arrière, le soignant entraîne les épaules du malade au-dessus de ses pieds et attend la poussée du malade, poussée réflexe qu'il accompagne pour le soulager. La saisie est totale.

Dans cette technique, où l'on rentre d'une manière tendre dans l'espace intime du patient, **la douceur, la présence physique et technique du soignant sont les critères de réussite de la verticalisation.**

• **La verticalisation et la marche à 2 soignants.**

— 1° étape.



Les soignants sont face à face, de chaque côté du malade. Ils se baissent et glissent une épaule sous l'aisselle du patient, le bras entourant la taille. Leur autre main maintient celle du patient placée sur l'autre épaule du soignant ou fixe le genou.

Les aidants basculent vers l'avant, en bloquant la rotule du malade avec l'intérieur du genou, et attendent la verticalisation.

La saisie est totale, dite en prise «pompiers» et l'équilibre est maître, représenté par la surface encadrant leurs appuis.

— 2° étape.

La gestion de l'équilibre du malade devant toujours être assurée, la progression se fera par une saisie légèrement moins rassurante, moins «collée», mais suffisamment bloquante pour faire comprendre sensitivement au patient qu'il ne peut tomber.

Nous utiliserons ici une saisie de lutte appelée « Bras extérieur » en la modifiant un peu pour assurer la qualité de la douceur.

Même position de départ des soignants, face à face et sur les cotés du patient. La main du patient est saisie de la même façon que pour un «bras de fer», ce qui présente deux avantages : la pression exercée peut être plus forte sans jamais être douloureuse ; les éminences thénars sont en contact.

— 3° étape.

C'est l'étape de l'équilibre de couple. La verticalisation se fait dans les bras, par un soignant, l'autre se tenant derrière le fauteuil prêt à suivre le malade sans le toucher.

Le soignant qui lève le malade lui saisit ensuite les coudes par en-dessous, les mains du patient s'appuyant sur ses avant bras. Ce soignant marche à «reculons», en évitant de donner trop d'appui au malade.

Cette étape se poursuit avec un éloignement progressif des corps et des saisies de plus en plus légères, jusqu'au lâcher. Cette progression peut être reprise dans son ensemble en respectant les mêmes saisies par un soignant seul, le malade s'appuyant, alors, de l'autre côté sur les rampes, barres d'appui, dans les couloirs.

Nous utilisons aussi une saisie de lutte appelée « Bras extérieur » en la modifiant un peu pour assurer la qualité de la douceur.

Même position de départ des soignants, face à face et sur les cotés du patient. La main du patient est saisie de la même façon que pour un «bras de fer», ce qui présente deux avantages



: la pression exercée peut être plus forte sans jamais être douloureuse ; les éminences thénars sont en contact.






Les éminences thénars sont les zones les plus informatives au centimètre carré. Elles correspondent aux plus vastes aires somesthésiques du cortex et font partie de ces zones de contact que l'on pourrait appeler « à renforcement positif ».

La mémoire de tous les contacts de ces zones au cours de la vie du patient ne fait appel qu'à des moments de bonheur, de reconnaissances: le bonjour se fait en se serrant la main, la ballade amoureuse aussi.

Le bras du malade est fléchi, coude vers le bas. Les soignants passent leur bras libre sous l'aisselle sans la toucher, et saisissent le poignet du malade, sans utiliser leur pouce qu'ils gardent collé contre leur main.

La verticalisation du patient répond toujours aux mêmes principes, avec blocage des genoux et bascule avant sans aide de soulèvement.

Les soignants se déplaceront en “crabe”, en “pas glissés”, leurs pieds ne se croisant jamais et conservant toujours un espace entre eux pour assurer un équilibre maître. Ils penseront **toujours à entraîner le malade vers l’avant** et à cette recherche de la vitesse qui permet au patient “d’oublier” ses peurs. Ils penseront aussi parfois à pousser le malade alternativement d’un coté et de l’autre pour faciliter le passage des pieds.

Verticalisation				ou à deux
On est seul ...				
DEUX APPUIS	<p>❶</p> 	<p>❷</p> 		<ul style="list-style-type: none"> ● Les deux soignants se placent du même côté. ● Fauteuil écarté du lit. ✓ Prises : main et avant-bras (prise pour la marche) ✓ Tenue des genoux. ✓ Pivot. ✓ Descente en bloquant les genoux.
Le malade a	<ul style="list-style-type: none"> ● Fauteuil placé près du soignant et contre le lit. ✓ Asseoir le malade au bord du lit. ✓ Placer le malade en position de verticalisation. Bloquer les genoux ✓ Se placer sous lui. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guider le malade afin qu'il se verticalise. ✓ Effectuer un pivot. ✓ Descente équilibrée en position fléchie. 		
UN SEUL APPUI	<p>Idem ❶</p> 	<p>Idem ❷</p> 		<div style="display: flex; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 100px; display: flex; flex-direction: column; justify-content: center; align-items: center;">Lit</div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p>  <p>A Fauteuil</p> </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> ● Le fauteuil est décalé. ✓ Le soignant A se place de la même façon que dans la technique seul. ✓ Le deuxième soignant, B, se place dans l'espace entre le lit et le fauteuil. Il guide le malade en le tenant par la taille.

Création de la technique : C.H.C. (Olivier Girault - Joëlle Marsault). Dessin : B.M. (Robert Marsault). Édition : Équipe Soignants IS - C.H. - 2008 et

Quelquefois, il suffira d’inverser les chaussures du patient (pied gauche au pied droit), pour permettre à un patient de ne plus se croiser les jambes. La rééducation avec aides techniques

(cannes, béquilles, etc...) ainsi que la musculation spécifique, est l'affaire des rééducateurs spécialisés.

Un cas particulier : la marche dans les escaliers.

Les marches sont un extraordinaire outil de rééducation, car elles obligent la montée des genoux, et musclent naturellement. Toujours songer à disposer une chaise aux paliers afin de permettre un repos souvent nécessaire.

Les soignants se placeront comme pour l'étape 1 ou 2, et n'assureront dans un premier temps que des montées (beaucoup plus faciles que les descentes), le retour au point de départ se faisant en ascenseur.

Pour résister à un éventuel déséquilibre, il est essentiel que les soignants aient toujours une marche d'avance sur le malade.

La descente ne se fera en principe que lorsque la montée sera bien maîtrisée. Pour descendre les marches il est préférable de se placer en étape 1 (prise "pompière"), pour rassurer le patient, amortir la pose du pied sur la marche inférieure évitant ainsi chez des patients très fragiles un risque de rupture du col du fémur.

La très grande variété des problèmes rencontrés dans l'aide à la marche doit nous inciter à une grande prudence : chaque individu réclame une attention particulière, **et seule une approche globale et humaniste des problèmes nous permettra d'envisager les solutions... souvent les moins "mauvaises"**.

Mais encore...

Nous n'avons pas évoqué...

L'approche économique... une "personne debout" coûte moins cher qu'une personne alitée (temps des aides-soignantes et consommation de linge notamment) ; les compétences d'un kinésithérapeute les destinent à d'autres prises en charge.

L'approche relationnelle, de la relation au corps lors de l'aide à la verticalisation : le soignant engage sa personne et non plus uniquement son savoir dans une relation d'engagement.

Accompagner la vie, à bras le corps, nécessite de revoir les schémas de manutention véhiculés par des décennies d'habitudes d'évitement du corps pour favoriser au quotidien la verticalisation et la marche de toutes les personnes âgées par tous, soignants de base et membres de la famille, accompagnants naturels.

« Pour détruire une habitude mentale sanctifiée par le dogme ou la tradition, il faut surmonter de très redoutables obstacles intellectuels et affectifs. **Il est plus difficile de désapprendre que d'apprendre.** »

Arthur Koestler

Mais il y a le risque d'une chute ?

La prise de risque est une composante de la vie.

Le risque de chute est augmenté si la personne ne marche pas tous les jours (cf données physiologiques)

CHUTES

- Le malade est invalide : vous êtes 3 ou 4.
- Il y a risque de fracture : vous êtes 4.



- ✓ Placer un drap doublé allant de la tête aux pieds.
- ✓ Placer un oreiller sous la tête.
- ✓ A - B : prises d'épaule-pubis.
- ✓ C - D : prises pubis-chevilles.



- ✓ A - B : un genou sur le lit.
- ✓ Poser le malade dans le lit en diagonale, son bassin en appui sur le lit



- ✓ A garde les mêmes prises.
- ✓ B fait le tour du lit et reprend les mêmes prises.
- ✓ D prend les pieds.
- ✓ C tient le bassin.
- Si on peut enlever le bas du lit, le brancardage se fera sans changer de prises, en passant par l'arrière du lit.

- Le malade peut marcher : vous êtes 2.



- Asseoir le malade jambes allongées.
- Lui plier les jambes.
- ✓ A maintient les jambes et le dos.
- ✓ B fait le tour et se place sur le côté du malade..



- Placer une taie de traversin sous les aisselles du malade.
- ✓ A - B : prises main et taie.
- ✓ Pieds : bloquer les genoux et placer l'autre pied en avant.
- Si le malade est très lourd, placer dans le dos, une 3^e personne qui poussera.

Création des techniques : C.E.C
(Yves Gineste - Rosette Marescotti).
Dessins : F2R (Hubert Marescotti).
Éditique : Equipe Soignante
C H Mazamet

