

<b>Zeitschrift:</b>	Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerischer Verband staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker
<b>Band:</b>	- (1961)
<b>Heft:</b>	175
<b>Artikel:</b>	Rôle de la kinésithérapie en gériatrie
<b>Autor:</b>	Moser, V.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-930768">https://doi.org/10.5169/seals-930768</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 10.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Rôle de la kinésithérapie en gériathrie

Par mademoiselle V. Moser, Physiopraticienne, Lausanne

Mesdames, Messieurs,

Monsieur Riehling m'a demandé de présenter un exposé dans le cadre des cercles d'études de cet hiver. Je vous parlerais de notre travail à l'hôpital SANDOZ qui est le service de l'Hôpital Cantonal où se trouvent les malades chroniques et les vieillards malades.

La réadaptation dans les maladies chroniques a pour but de sortir le malade de sa condition misérable et de le faire participer, dans la plus large mesure possible, à une vie active. Une vie plus active et plus intéressante a des répercussions directes sur la santé physique qui s'améliore. La réadaptation nécessite le concours de toutes les disciplines médicales: médecine, chirurgie, orthopédie, physiothérapie, psychiatrie.

*La collaboration active du malade est indispensable, c'est ce manque de collaboration qui est l'obstacle principal au succès et la cause essentielle des échecs.*

Certaines maladies chroniques le sont d'emblée, telles par exemple la sclérose en plaques, l'artériosclérose. D'autres sont aiguës et laissent des séquelles définitives et importantes, exemple : les paraplégies traumatiques, les myélites, les ictus. Enfin, chez les sujets âgés surtout, une maladie banale aiguë peut entraîner une dégradation de tout l'organisme, si le malade est laissé trop longtemps au lit; on pourrait parler ici de « maladie d'immobilisation ». Celle-ci peut jouer un rôle important dans toutes les maladies chroniques. L'organisme humain a besoin d'exercice; l'immobilisation au lit entraîne tout d'abord la perte du tonus musculaire, puis survient l'atrophie; la fibre musculaire non exercée perd la faculté de fixer les substances nutritives du sang et de les incorporer à sa propre substance; le muscle perd de sa substance et de son efficacité.

Pour l'os, il en va de même. Le tissu osseux est en constante reconstruction, mais celle-ci s'arrête, faute de stimulants indis-

pensables que représentent pour l'os les tractions et les compressions inhérentes à tout exercice physique, le tissu osseux s'atrophie, l'os perd son calcium; radiologiquement le squelette présente une transparence anormale, c'est l'ostéoporose. Le sang entraîne le calcium libéré et celui-ci est éliminé par les urines.

Chez les sujets âgés, l'ostéoporose d'immobilisation se traduit souvent par des déformations douloureuses des os, des vertèbres en particulier. Ces douleurs empêchent le mouvement et compliquent la réadaptation de ces malades.

L'immobilisation prolongée atrophie encore la peau : il semble que le mouvement actif entretienne ce qu'on pourrait appeler le « réflexe de nutrition » des cellules, c.à. dire le pouvoir de puiser dans le sang circulant les matières premières nécessaires à leur formation et de les transformer en tissus vivants. La peau d'un sujet immobilisé longtemps devient anormalement fragile et il se forme des escarres de décubitus.

Nous pratiquons depuis plusieurs mois la prévention des escarres de décubitus d'après la méthode expérimentée à l'Hôpital Bichat à Paris, par le docteur Raymond VILAIN.

*La prophylaxie et le traitement des escarres de décubitus.*

Toute diminution importante ou suppression de la sensibilité locale ou de la motilité crée un risque d'escarre. Il existe aussi des facteurs favorisants, par ex. : la chute du tonus musculaire, une gêne circulatoire générale, l'obésité.

Les escarres les plus souvent observées sont l'escarre sacrée, l'escarre fessière. L'escarre talonnière, puis l'escarre ischiatique et trochantérienne. Le premier signe d'alarme est une plaque d'œdème dur, ressemblant à une plaque de cellulite, puis apparaît une plaque de désépidermisation où de petits points violets montrent la nécrose d'origine veineuse, ceci au niveau du trochanter et de l'ischion; au niveau du ta-

lon le premier signe est l'apparition d'une phlyctène, au niveau du siège c'est une tache rouge persistante. Il ne s'agit pas de mettre tous les sujets atteints d'immobilité légère à la prophylaxie maximum, il faut apprécier le risque à sa juste valeur et dans les conditions hospitalières normales, faire porter l'effort supplémentaire sur le sujet en risque maximum.

Les moyens prophylactiques sont au nombre de 4 :

1. le massage trophique
2. la mise sur un matelas à gonflement rythmique alterné
3. les changements de positions
4. la gouttière pour jambe

Le massage trophique s'effectue en décubitus ventral ou latéral. La peau est savonnée et séchée. La main s'applique et colle aux téguments (elle ne frictionne pas l'épiderme) elle pétrit les couches profondes; ce pétrissage se fait dans le sens circulaire, son amplitude est limitée et sa force proportionnée aux résistances tissulaires du malade. Durée 10 à 15 min. suivant les sujets. Il se fait au niveau du siège, trochanter, talon. Très efficace au niveau du siège à cause des masses musculaires facilement accessibles à la thérapeutique. En plus d'une action sur la circulation sanguine, le massage accélère certainement la résorption de l'œdème de stase. Moins efficace au niveau du trochanter et du talon. Douloureux au début, il est vite apprécié des malades par la suite.

Le matelas à gonflement rythmique alterné est composé d'un moteur électrique à compresseur, l'air est envoyé par des tubes dans des boudins de plastique disposés en 2 rangées indépendantes, régulièrement alternées. On place une planche sous le matelas pour l'empêcher de se creuser sous le poids du malade. Le gonflement alternatif des boudins change les points de pression de manière régulière et permanente.

Les changements de positions se font toutes les 3 à 4 heures chez un paraplégique; chez les malades âgés on les met en décubitus latéral ou ventral 2 heures le matin et 2 heures l'après-midi, ou seulement 1 heure le matin et 1 heure l'après-midi, suivant la façon dont ils supportent ces positions. La gouttière pour jambe est

construite de manière à laisser le talon pratiquement dans le vide, donc sans point de pression.

Il faut aussi prévenir les attitudes vicieuses au lit, par des attelles, des coussins, des gouttières. Lutter contre les malpositions antalgiques, lutter contre les contractures par le mouvement passif et actif. Entraîner dès que possible les membres et les muscles sains. Développer la musculature des membres supérieurs qui permettront un maniement aisé et efficace des béquilles et des cannes. Essayer de redonner au malade âgé un potentiel fonctionnel et physique musculaire suffisant pour lui permettre de mener à bien ses activités quotidiennes, se laver, s'habiller, aller aux toilettes, manger, et ce faisant, lui rendre l'indépendance.

Les troubles circulatoires sont aussi fréquents chez les vieillards; ils se traduisent par des troubles périphériques siégeant tantôt sur les artéries, tantôt sur les veines et qui vont de la simple stase circulatoire à l'artérite et aux troubles fonctionnels graves. Le massage agissant sur le système périphérique et central peut ramener la circulation dans des territoires où elle faisait défaut. Enfin, on rééduque la vessie : au début, elle fonctionne de manière automatique, elle se vide n'importe quand, sans que le malade puisse prévoir la chose. On règle l'horaire des boissons, de manière à ce que la vessie soit pleine à une certaine heure, à ce moment, le patient apprend à déclencher lui-même la miction par un réflexe qu'il a étudié : chez l'un c'est une chiquenaude sur le bas-ventre, chez l'autre une friction sur la face médiane de la cuisse, et d'autres encore.

Puis vient le réentraînement à la marche, dont les modalités diffèrent selon la type de paralysie. Ne jamais oublier aussi qu'avec des malades âgés il faut toujours travailler avec prudence, douceur et surtout suivant un rythme progressif.

Les principes de la réadaptation sont à peu de choses près les mêmes dans tous les domaines de la médecine, les détails d'application seuls changent.

Ex. : réadaptation de nos malades après fracture du col du fémur, après amputa-

tion d'un membre, réadaptation d'un hémiplégique.

Dans cette dernière, ne pas laisser s'atrophier les membres sains et veiller aux positions vicieuses des membres malades pendant la durée de repos nécessitée par la phase aiguë de l'accident cérébral. Lutter pendant ce temps contre la tendance aux contractures par le mouvement passif, massages doux et lents, physiothérapie (infra-rouges, ondes courtes, ionisations transcéphalo-médullaires au chlorure de calcium.)

Le travail musculaire actif commence dès que la motilité volontaire s'amorce. Ce travail doit être bilatéral et symétrique, il réveille ou aide les contractions musculaires du côté paralysé grâce aux synergies. Apprendre au malade à s'asseoir dans son lit. Lever progressif, très peu longtemps au début jusqu'à ce que les régulations vasculaires soient de nouveau suffisamment entraînées pour assurer un débit circulatoire cérébral satisfaisant dans toutes les positions. Séances 2 fois par jour si possible ! Durée différente d'un malade à l'autre, éviter la fatigue rapidement atteinte chez ces malades particulièrement fragiles et qui oblige parfois à interrompre le travail pendant quelques jours.

La rééducation à la marche est commencée par l'entraînement du sens de l'équilibre. Apprendre à se lever, s'asseoir, marcher avec l'aide d'une personne, et une canne à 4 pattes, ensuite avec une canne seulement, puis la canne anglaise et pour finir la canne simple. Exercices et marche devant la glace, le malade peut se corriger lui-même. Faire du travail en salle, en groupes si possible, les malades s'encouragent mutuellement, la volonté de récupérer est stimulée. Varier les exercices, jeux de ballon; intercaler des périodes de repos fréquentes avec relaxation (difficiles chez ces malades). Entraînement aux escaliers, marche en terrain irrégulier, pavés, gravier, etc. Rééduquer les membres supérieurs aux activités usuelles : s'habiller, boutonner un habit, ouvrir une porte, une armoire, fenêtre, se laver, manger. Quel-

quefois il faut un appareil orthopédique pour corriger la position du pied, changer parfois la forme du manche d'un couteau, fourchette, pour que le malade puisse s'en servir. Chez les hémiplégiques aphasiques la rééducation de la parole est indispensable, elle lui redonne le moyen de reprendre les contacts avec le monde extérieur. Les techniques de cette rééducation permettent à quelques malades de retrouver une partie du langage perdu, mais certains déficits ne peuvent être compensés. Il importe de ne pas laisser inactif l'esprit de ces malades, l'inactivité sur le plan mental est aussi nuisible que l'immobilisation sur le plan physique. Par l'ergothérapie, il faut essayer de les intéresser au moyen de puzzles, jeux de carte, traveaux de vannerie, broderie, tricot, exercices d'écriture avec la main gauche si la droite est trop paralysée.

La coopération est assez difficile à obtenir du fait des troubles de l'équilibre caractériel (très émotif, instable). Le traitement de ces malades est long, la récupération ne sera jamais complète surtout en ce qui concerne le membre supérieur, les mouvements resteront lents, mais ceci étant entendu, on permet à une femme de recommencer ses occupations ménagères, à un homme de reprendre un travail, même partiel. Cette rééducation est une question de patience, de volonté à communiquer au patient et le kinésithérapeute qui l'entreprend ne doit pas rechercher la réussite spectaculaire !

Pour conclure, je dirais que le nombre des personnes âgées est en augmentation dans la plupart des pays du monde, augmentation due aux succès remportés dans la lutte contre les maladies. Des raisons économiques et humanitaires obligent aujourd'hui à reconstruire la question sous un angle de prévention et de mesures sanitaires. Mesures basées sur le fait qu'il est meilleur pour l'individu et moins cher pour la communauté, de l'aider à rester chez lui le plus longtemps possible et retarder l'hospitalisation.