

**L'objectif de cette semaine est de promouvoir l'interdisciplinarité et la diffusion des données actuelles de la science dans la convivialité. C'est ainsi que chaque année, le nombre d'actions se multiplie durant cette semaine grâce à la participation de kinésithérapeutes de plus en plus nombreux et inventifs. Cette année, la Semaine du parcours de soins mettra à l'honneur le transfert assis-debout debout-assis, autrement dit le "TADDA". Comme promis dans notre précédent article (Ka n°1587), nous vous en disons un peu plus sur ce sujet.**

## GÉRIATRIE

# LE TADDA ET LA SEMAINE DU PARCOURS DE SOINS

**Pour commencer, un peu de littérature scientifique.** En 2011, l'équipe canadienne du PhD Susan E. Slaughter a lancé le protocole de *Mobility of Vulnerable Elders* (Move), faisant l'objet d'une série de publications [1,2,3]. Cette équipe s'est intéressée à l'effet de la répétition (4 séances réparties dans la journée) du transfert assis-debout, effectué par les résidents âgés de plus de 65 ans, en capacité d'effectuer au moins un transfert assis-debout (TAD), seul ou à l'occasion des soins quotidiens sur incitation des aides-soignants. Les patients ayant reçu un diagnostic de démence (Alzheimer, vasculaire ou mixte) étaient inclus dans ce programme, seuls étaient exclus les personnes présentant une affection sévère ou en fin de vie. Cette étude découle de la prévalence généralisée de la limitation de mobilité de cette population, de son déclin rapide après l'admission dans une USLD, de l'importance de la mobilité dans la qualité de vie. Les participants ont été évalués à leur entrée dans l'étude, puis à 3 et 6 mois. **Les résultats révèlent l'efficacité de la répétition des TAD sur les capacités de mobilité des personnes âgées vivant en USLD**, y compris chez les personnes diagnostiquées démentes. Les participants ont maintenu leur mobilité grâce au TAD et ont décliné plus lentement sur le plan de l'indépendance fonctionnelle (mesuré par la mesure de l'indépendance fonctionnelle - MIF). L'étude tient aussi compte de l'augmentation du temps et donc du coût requis pour soigner ces résidents à mobilité réduite incapables de se lever et du risque accru de blessures pour les professionnels. Le terme TADDA réunit ainsi le TAD et le TDA, deux transferts nécessitant des ajustements posturaux lents et complexes pouvant demander une prise en

soin spécifique [4]. Le TADDA nécessite les capacités d'anticipations lentes sollicitant le système de contrôle posturale proactif. Le TDA paraît subir une plus forte altération liée à l'âge [5]. Grâce à des consignes comprises par le patient ne présentant pas de forts troubles cognitifs, le TADDA peut être répété jusqu'à son automatisation, respectant ainsi les préconisations de Alexandre Kubicki et France Mourey [4], qui ont intégré le TAD et le TDA dans l'échelle d'évaluation systémique ÉquiMoG (équilibre et motricité en gériatrie). Le TADDA se déroule en 2 phases : le TAD et le TDA [10].

### Description du TAD

Afin de solliciter préférentiellement la force des membres inférieurs il est demandé au patient, selon ses capacités, de ne pas utiliser la force des bras, ou de les mettre sur le devant des genoux (rotules), ou sur les cuisses, ou sur l'assise de la chaise ou sur les accoudoirs, dans chaque cas le plus en avant possible afin de solliciter l'anticipation posturale de l'antépuulsion du tronc.

Bien veiller à ce que le patient soit correctement chaussé ou pieds nus sur un sol sec avant d'effectuer le TAD, siège calé contre un mur (pour éviter son recul) ou freins du lit ou du fauteuil roulant verrouillés (Fig. 1).

### En mode actif (A) :

Donner des consignes orales, pour l'inciter si nécessaire à :

- avancer les fesses sur l'assise pour que le creux poplité soit avancé d'au moins un travers de main afin de permettre la flexion des genoux ;

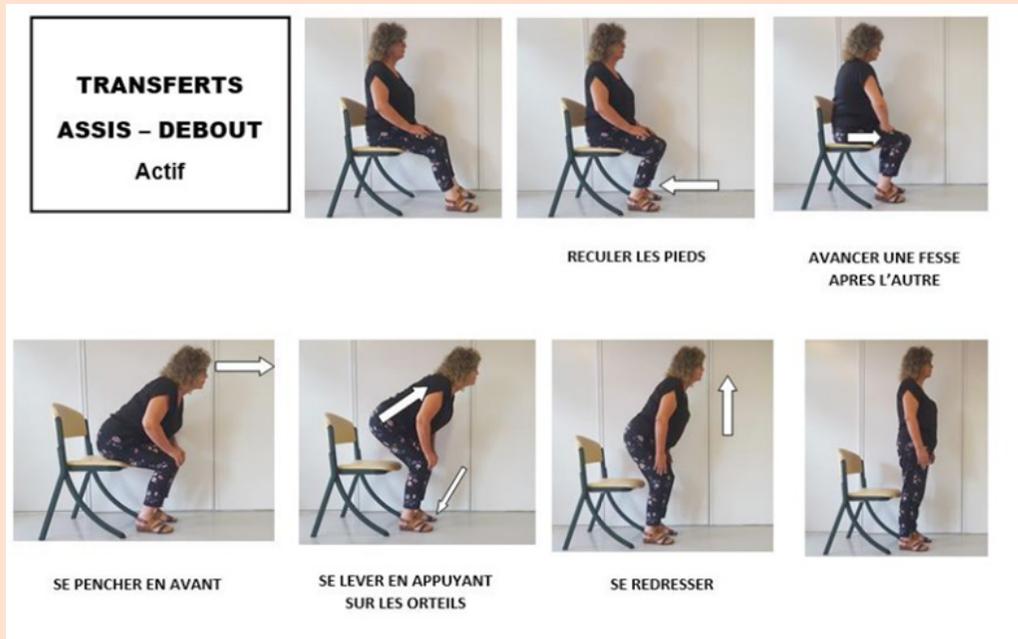


Fig. 1 : Description du transfert assis-debout (TAD).

- reculer les 2 pieds, les genoux devant être fléchis à plus de 90° ;
- se pencher en avant (avancée du tronc) jusqu'à ce que la tête soit en avant des genoux (le patient doit pouvoir regarder ses orteils ou le bout de ses chaussures) ;
- se lever en vérifiant que ses orteils restent au sol, visuellement si nécessaire puis par proprioception afin de pouvoir se servir de la vue pour préparer la verticalisation par le regard d'un point fixe à l'horizon ;
- demander au patient de mettre ses mains sur l'avant des genoux ou sur l'avant de l'assise, ou en dernier lieu sur l'avant des accoudoirs ;
- une fois en position debout, se tenir, si nécessaire, à l'aide technique de marche habituellement utilisée (cane, déambulateur...).

Se positionner de préférence en retrait du patient, ou sur le côté avec un pied dans le champ de vision si ce dernier a besoin d'être rassuré par la présence du soignant, ou enfin de trois-quart face s'il présente une importante peur de chuter et qu'il a besoin qu'on lui masque le "vide antérieur".

### En mode actif légèrement aidé (ALA)

Si le patient n'arrive pas à se lever seul en mode actif, le soignant peut lui apporter une aide complémentaire palliant ses incapacités, mais en veillant à ne pas faire à sa place. Le TAD s'effectue alors en mode actif légèrement aidé, les consignes sont les mêmes qu'en mode actif, en rajoutant un guidage tactile :

- au niveau des pieds en tapotant sur le bout du pied pour inciter le patient à les reculer ;

- au niveau de la tête en tapotant de manière alternée le front du patient et la paume de la main du soignant située en avant du front, pour l'inciter à se pencher en avant, avec la consigne : "avec votre front, venez toucher ma main" ;
- au niveau de la nuque : la main du soignant légèrement posée sur la nuque du patient pour l'inciter à avancer la tête à l'horizontale en avant des genoux, puis à lever la tête et à se verticaliser.

### En mode actif très aidé (ATA)

Les faibles capacités intrinsèques du patient peuvent nécessiter d'adapter son environnement pour le rendre plus favorisant. Certaines personnes âgées manquant de force ont besoin de se tenir à une table et de tirer avec les bras pour se lever. Dans ce cas, le TAD pourra s'effectuer grâce à l'utilisation de matériel d'aide aux transfert (MAT) palliant les incapacités du patient. Le soignant doit être attentif à ce que le MAT n'entrave pas le patient pour effectuer ce qu'il est capable de faire, et veille à ce qu'il soit utilisé de manière à compenser les incapacités moins que nécessaire. Cela permet une marge de progression dans l'indépendance gestuelle du patient. Il est donc primordial de vérifier, avant chaque séance de TAD, si le patient a la capacité de l'effectuer avec une aide moindre, afin d'opter pour le mode le plus bénéfique (ATA, ALA, A).

Le kinésithérapeute aura précédemment évalué l'aide technique adaptée aux capacités du patient à effectuer le TAD. Il peut s'agir d'un guidon de transfert fixe ou mobile non-motorisé, sans ou avec sangle d'incitation au lever. Nous n'avons pas retenu le verti-

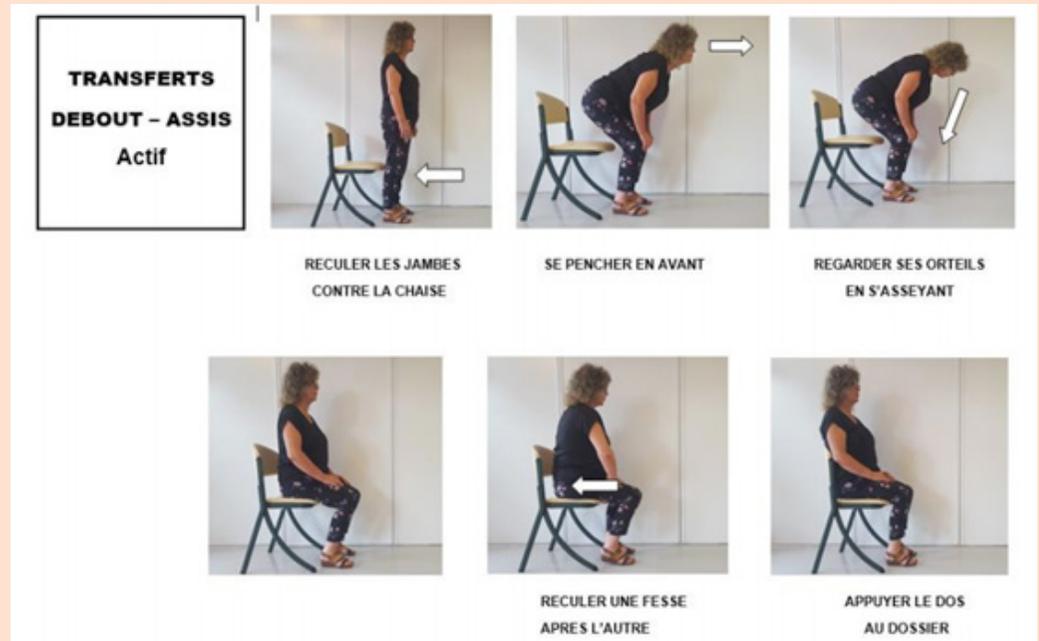


Fig. 2 : Description du transfert assis-debout debout-assis (TADDA).

calisateur car son utilité est signe d'une incapacité du patient à effectuer le TADDA.

### Description du TDA

Le TDA entraîne une contraction musculaire excentrique des quadriceps, contraction plus efficace que la contraction concentrique [6,7]. Il est donc important, pour solliciter efficacement la fonction musculaire des membres inférieurs et préserver l'antalgie lombaire du patient, de veiller à ce que celui-ci s'assoie lentement, en contrôlant la flexion des genoux, pour éviter de se "laisser tomber sur la chaise" (Fig. 2).

### En mode actif (A)

Le soignant donne pour consigne de :

- Se pencher en avant, si nécessaire en mettant les mains sur les rotules ou sur l'avant de l'assise, ou en dernier lieu sur les accoudoirs ;
- S'asseoir lentement en regardant un point fixe à l'horizon et en sentant ses orteils qui restent au sol. S'il ne parvient pas à sentir ses orteils ou à les maintenir au sol, le soignant lui demande dans un premier temps de regarder ses orteils toute la durée du TAD. Une fois cette étape acquise, il lui demandera d'effectuer le TAD en fixant un point fixe à l'horizon. Le soignant encourage le patient à s'asseoir doucement, sans se laisser tomber sur l'assise.

### En mode actif légèrement aidé (ALA)

En cas de difficulté le soignant peut apporter au patient un guidage tactile, comme pour le TAD :

- au niveau de la tête en tapotant de manière alternée

le front du patient et la paume de la main du soignant, située en avant du front, pour l'inciter à se pencher en avant avec la consigne : "Avec votre front, venez toucher ma main" ;

- au niveau de la nuque : la main du soignant touchant la nuque du patient pour l'inciter à avancer et baisser la tête et à s'asseoir ;

- au niveau du creux inguinal : en dernier recours, en cas d'absence de stratégie de flexion de hanche (par exemple si syndrome parkinsonien ou SDPM), le soignant effectue d'une main une légère poussée nucale et de l'autre main un léger appui inguinal. Ces appuis simultanés créent un moment de force incitant le patient à s'asseoir en antépulsion.

### En mode actif très aidé (ATA)

Le soignant utilise le même matériel que pour le TAD. S'il s'agit d'un guidon de transfert et d'un TDA au fauteuil, il demandera au patient de se pencher en avant et de reculer les mains pour aller attraper les accoudoirs puis de s'asseoir lentement.

Nous attirons l'attention des soignants sur le fait que les aides techniques de marche ne constituent pas des aides techniques au transfert. Ainsi, nous ne demandons pas au patient de "tirer" sur son déambulateur mais de pousser sur les accoudoirs ou l'assise. Il ne doit s'appuyer sur le déambulateur qu'une fois debout.

En effet, il faut être vigilant à ne pas transformer involontairement une aide de marche en MAT.

Il arrive que des soignants posent un pied sur le déambulateur pour le maintenir fermement au sol et demander au patient de se lever en tirant dessus.

### Bibliographie

- [1] Slaughter SE., Estabrooks CA., Jones CA. et al. **Mobility of vulnerable elders (MOVE) : study protocol to evaluate the implementation and outcomes of a mobility intervention in long-term care facilities.** *BMC Geriatr* 2011;11:84.
- [2] Slaughter SE., Estabrooks CA. **Optimizing the mobility of resident with dementia: a pilot study promoting healthcare aide uptake of a simple mobility innovation in diverse nursing home settings.** *BMC Geriatr* 2013;13:110.
- [3] Slaughter SE., Wagg AS., Jones CA. et al. **Mobility of vulnerable elders study: effect of the sit-to stand activity on mobility, function and quality of life.** *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:138-143.
- [4] Kubicki A, Mourey F. **Rééducation gériatrique : approche systémique.** EMC – Kinésithérapie Médecine Physique-Réadaptation 2015 ;0(0) :1-9 [Article 26-590-A-10].
- [5] Mourey F., Pozzo T., Rouhier-Marcet I et al. **A kinematic comparison between elderly and young subjects standing up from and sitting down in a chair.** *Age Ageing* 1998;27:137-46
- [6] Hoppeler H. **Eccentric Exercise: Physiology and Application in Sport and Rehabilitation.** Taylor & Francis. Londre: 2014.
- [7] Mitchell WK., Taivassalo T., Narici MV., Franchi MV. **Eccentric Exercise and the Critically Ill Patient.** *Front. Physiol* 2017;8:120.
- [8] Seedhom BB., Terayama K. **Knee forces during the activity of getting out of a chair with and without the aid of arms.** *Biomed Eng* 1976 11(8):278-82.
- [9] Rodosky MW, Andriacchi TP, Andersson GB. **The influence of chair height on lower limb mechanics during rising.** *J Orthop Res* 1989;7(2):266-71.
- [10] Olivon D., **Dépendance iatrogène évitable et Troubles Musculo-Squelettiques, un regard croisé : Exemple du transfert “assis-debout-assis”,** *DIU Kinésithérapie et Réhabilitation Gériatrique* 2018-2019.

Le déambulateur a alors été transformé en guidon fixe de transfert. Si le patient est assis au bord du lit, monter le lit au moment où patient se verticalise revient à le transformer en verticalisateur. La capacité au transfert du patient risque d'être sur-évaluée et ce dernier de rester dépendant du soignant pour effectuer ses transferts en raison d'un biais dans l'évaluation de ses capacités. De plus, le patient prendra l'habitude de "tirer" sur son déambulateur, entraînant un mésusage de cette aide technique lors de la marche, et limitant d'autant la réalisation de progrès.

### Objectifs

La répétition du TAD et du TDA permet la sollicitation de la fonction musculaire des membres inférieurs et supérieurs. La balance de sollicitation musculaire entre les membres supérieurs et inférieurs dépend de la stratégie utilisée par le patient. Si celui-ci utilise la force des bras en appuyant avec les mains sur ses cuisses, sur l'assise de la chaise, encore plus s'il appuie sur les accoudoirs, il sollicite moins la force musculaire des membres inférieurs [8]. Le soignant invitera le patient à s'aider le moins possible des bras pour renforcer prioritairement les membres inférieurs.

Le TDA permet un renforcement excentrique plus efficace que le mode concentrique du TAD. Il est écologique et très utile pour le patient. MW Rodosky

a démontré [9] l'influence de la hauteur de la chaise sur la mécanique des membres inférieurs durant le lever et a conclu que "la combinaison des moments dans les angles articulaires pendant le lever de la chaise est unique parmi les activités courantes de la vie quotidienne et devrait être prise en compte dans le choix de la chaise".

### Conclusion

Le TADDA est donc un exercice de rééducation qui permet d'améliorer et de maintenir l'autonomie des patients fragiles et dépendants. Spécialisé dans l'évaluation et la rééducation fonctionnelle, le kinésithérapeute est le professionnel de santé qui va permettre au patient de progresser dans les différentes étapes et phases du TADDA.

Il aura également un rôle d'information et de formation auprès de l'ensemble des intervenants afin d'adopter un accompagnement adapté qui renforcera les capacités intrinsèques du patient et évitera les phénomènes adaptatifs et compensatoires entraînant une augmentation de la dépendance (gestes inadaptés renforçant la peur du vide, la rétroimpulsion, aide technique ou chaussage inadaptés...).

Le patient est au cœur du dispositif de soins et le kinésithérapeute peut éclairer les autres professionnels sur ses capacités fonctionnelles ainsi que sur les bonnes pratiques. Il ne tient qu'à lui de prendre sa place au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

**Aussi, l'Association nationale pour la promotion du parcours de soins (ANPPS), soutenue par l'URPS-MK d'Occitanie et le CSSR La Clauze, organisera du 13 au 18 septembre 2021 la "Semaine du parcours de soins", qui aura comme point d'orgue le "Défi TADDA".**

À l'issue de cette semaine, des prix seront remis par un jury composé de référence en gériatrie pour les plus belles participations.

Toutes les actions sont les bienvenues, alors si vous souhaitez en savoir plus ou participer à la Semaine du parcours de soins, n'hésitez pas à venir vers nous via le compte Facebook "Coordination kinésithérapique et transdisciplinarité en gériatrie" ou le site [www.anpps.fr](http://www.anpps.fr)

Des webinaires vous seront proposés afin de répondre à vos questions et échanger sur cette semaine thématique les 8 et 24 juin de 20h30 à 21h30, ainsi que le 18 juin de 9h30 à 10h30.

Alors que vous soyez libéral, salarié, motivé, partants, indécis, curieux, d'Occitanie ou d'ailleurs, nous vous disons à très bientôt !

**DANIEL JEZIORSKI**

\*MKDE. Correspondant pour l'ANPPS : Association nationale pour la promotion du parcours de soins.