

11

**UNIVERSITE DE REIMS  
FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 2011**

**n°**

**THESE  
DE  
DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)  
PAR**

**PEZZI Anne  
née le 28 MAI 1961 à VERDUN**

**Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 2011.**

**INTERET DE LA GYMNASTIQUE HOLISTIQUE-METHODE DU DOCTEUR  
EHRENFRIED® DANS LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE  
CHEZ LA PERSONNE AGEE**

**PRESIDENT: Monsieur le professeur V. DURLACH**

12

**UNIVERSITE DE REIMS  
FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 2011**

**n°**

**THESE  
DE  
DOCTORAT EN MEDECINE  
(Diplôme d'Etat)  
PAR**

**PEZZI Anne  
née le 28 MAI 1961 à VERDUN**

**Présentée et soutenue publiquement le 22 Novembre 2011.**

**INTERET DE LA GYMNASTIQUE HOLISTIQUE-METHODE DU DOCTEUR  
EHRENFRIED® DANS LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE  
CHEZ LA PERSONNE AGEE**

**PRESIDENT: Monsieur le professeur V. DURLACH**

**PROFESSEURS DE PREMIERE CLASSE**

Bernard BAEHREL	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Olivier BOUCHE	Gastro-entérologie et Hépatologie
Guillaume CADIOT	Gastro-entérologie et Hépatologie
André CHAYS	Oto-Rhino-Laryngologie
Claude CLEMENT	Chirurgie vasculaire
Jacques COHEN	Immunologie
Brigitte DELEMER-COMTE	Endocrinologie et maladies métaboliques
Alain DELMER	Hématologie Clinique
Marie-Danièle DIEBOLD	Anatomie Cytologie pathologiques
Alain DUCASSE	Ophtalmologie
Jean-Paul ESCHARD	Rhumatologie
Jean-Bernard FLAMENT	Chirurgie générale
Dominique GAILLARD	Génétique
Philippe GILLERY	Biochimie et Biologie Moléculaire
Damien JOLLY	Epidémiologie, Economie de la santé et prévention
François LEBARGY	Pneumologie
Alain LEON	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
Jean Marc MALINOVSKY	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
Claude MARCUS	Radiologie
Patrice MORVILLE	Pédiatrie
Philippe NGUYEN	Hématologie

Tan Dat NGUYEN	Cancérologie Radiothérapie
Jean-Pierre PALOT	Chirurgie générale
Laurent PIEROT	Radiologie et Imagerie Médicale
Dominique PLOTON	Biologie cellulaire
Christian QUEREUX	Gynécologie et obstétrique Gynécologie médicale
Gérard REMY	Maladies infectieuses
Philippe RIEU	Néphrologie
Pascal ROUSSEAUX	Neurochirurgie
Gérard THIEFIN	Gastro-entérologie et Hépatologie
Isabelle VILLENA	Parasitologie et Mycologie

**PROFESSEURS DE DEUXIEME CLASSE**

Michel ABELY	Pédiatrie
Laurent ANDREOLETTI	Bactériologie-virologie- Hygiène Hospitalière
Carl ARNDT	Ophthalmologie
Claude AVISSE	Anatomie
Serge BAKCHINE	Neurologie
Eric BERTIN	Nutrition
Sophie BOURELLE	Chirurgie infantile
François BOYER	Médecine Physique et Réadaptation
Christine CLAVEL	Biologie Cellulaire
Hervé CURE	Cancérologie
Christophe DE CHAMPS DE SAINT LEGER	Bactériologie-Virologie- Hygiène Hospitalière
Emile DEHOUX	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
Frédéric DESCHAMPS	Médecine du travail et des risques professionnels
Gaëtan DESLEE	Pneumologie : addictologie
Vincent DURLACH	Thérapeutique
Paul FORNES	Médecine Légale et Droit de la Santé
René GABRIEL	Gynécologie et obstétrique Gynécologie médicale
Olivier GRAESSLIN	Gynécologie et obstétrique
Florent GRANGE	Dermatologie

Christine HOEFFEL-FORNES Roland JAUSSAUD	Radiologie et Imagerie médicale Médecine interne
Arthur KALADJIAN	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
Alireza KIANMANESH	Chirurgie digestive
Jean-Claude LIEHN nucléaire	Biophysique et Médecine
Anne LONG	Chirurgie et Médecine vasculaire
Pierre MAURAN	Physiologie
Damien METZ vasculaires	Cardiologie et Maladies
Hervé MILLART	Pharmacologie fondamentale Pharmacologie clinique
Pierre NAZEYROLLAS	Thérapeutique
Jean-Luc NOVELLA	Médecine interne : gériatrie et biologie du vieillissement
Jean-Loup PENNAFORTE	Médecine interne
Marie Laurence POLI-MEROL	Chirurgie infantile
Sylvain RUBIN	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Christophe STRADY	Médecine interne et maladies infectieuses
Ayman TOURBAH	Neurologie

**CONSERVATEUR :**

Mme Maria DURIEZ-LE GUEN

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :**

Mme Michèle BOULANGER

## **REMERCIEMENTS**

**Monsieur le Professeur Vincent Durlach,**

Vous avez jugé mon mémoire de Médecine Générale avec un grand intérêt.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury.

Je vous en remercie sincèrement et vous en suis très reconnaissante.

**Monsieur le Professeur Eric Bertin,**

Vous avez accepté de vous intéresser à mon travail concernant la vie quotidienne des patients et de le juger.

Je vous en remercie.

**Monsieur le Professeur Pierre Nazeyrollas,**

Vous avez accepté de vous intéresser à mon travail et de le juger.

Je vous en remercie.

**Monsieur le Docteur Roland Serval,**

Vous avez accepté de vous intéresser à mon travail appliqué à la médecine générale et de le juger.

Je vous en remercie.

**Monsieur le Docteur Dominique Ambros**

Vous avez accepté de diriger ma thèse avec intérêt, vous m'avez fait confiance, vous m'avez guidée et vous avez fait preuve d'une grande disponibilité, malgré votre emploi du temps très chargé. Je vous en remercie très sincèrement.

## **Remerciements:**

Au Dr Schvartz E, au Dr Hilly, au Dr Serval, au Dr Altinok, au Dr Massé pour m'avoir appris la Médecine Générale et transmis le plaisir de leur travail.

Au Dr Oweis et au Dr Awali pour leur immense savoir professionnel et leur enseignement patient.

Au Dr Schvartz MC, au Dr Gamet ML, au Dr Quinquenel MC, pour m'avoir montré des chemins différents.

Aux Docteurs Gosset X et Gosset T, au Dr Bajolet, au Dr Yverneau, au Dr Lafourcade, au Dr Berrier, au Dr Lebrun, au Dr Henry, au Dr Landrieux, au Dr Devie, au Dr Andrieu, au Dr Daoud, au Dr Pieron, au Dr Torossian, au Dr Dufresnes, au Dr Delecluse, au Dr Acka Miezán, au Dr Samblat, au Dr Laroche, au Dr Pernel, au Dr Cavanna, au Dr Masse, au Dr Bruna, au Dr Loré sans lesquels ce travail de recherche n'aurait pas été possible.

A Sonia, à Odile Z, à Xavier, merci pour vos aides précieuses!

Merci à mes compagnons de révision pendant ces études difficiles: Naima, Sylvie, Fred N, Seb, Max, Ben, Charles, Fred D. et Mostafa qui m'a expliqué la fonction logarithmique en première année.

Je dédie ce travail à ma mère, à mes sœurs, Cécile, Claire et Monique, à mon frère Jean François,  
à ma fille Lila,  
à mon fils Gabriel,  
à mon mari,  
à mes cousines,  
à mon père décédé qui a longtemps vécu handicapé par une maladie de Parkinson,  
à mes quatre amies, parties toutes si jeunes d'un cancer du sein.  
merci pour votre soutien.

J'ai fourni de gros efforts, mais les connaissances acquises éclairent toute ma vie. C'était bien et ça continue!

A mes amis de la GH,  
Christiane Boutan Laroze, Michel Paré, Florence Alibrand, Odile Girault,  
Sébastien Toupin, toujours disponibles pour répondre à mes questions.

A mes amis, Nouza, Sarah, Aurelie, Umit, Marion, Melina, Françoise, Hélène,  
Sylvie, Saoul, Boris, Murielle.

A toi, Marie-Jo !

Par délibération en date du 09 février 1968, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

## **PREMIERE PARTIE**

### **INTRODUCTION**

Suivre un être humain toute sa vie et parfois suivre une famille sur plusieurs générations :

Voilà une grande satisfaction du médecin généraliste : être médecin de famille !

Voir un bébé grandir, informer l'adolescent devenant adulte, le soigner pour des problèmes aigus ou chroniques, l'accompagner presque toute sa vie; Parallèlement suivre des adultes, être présent quand ils commencent à vieillir et les aider à bien vieillir : Quel challenge !

Le médecin généraliste a la chance d'être là. Pour effectuer sa mission, il lui faut des connaissances multiples.

Pour cette thèse nous avons choisi d'explorer la problématique de la perte d'autonomie la plus fréquente, c'est à dire celle qui est liée au vieillissement et à l'atteinte locomotrice. Afin de pouvoir nous entretenir avec des médecins, nous avons voulu améliorer nos connaissances sur le vieillissement pathologique et normal et sur la perte d'autonomie.

Nous avons aussi fait le point sur les concepts de fragilité et de dépendance ainsi que sur leur prise en charge.

Après un rappel permettant de comprendre les différents aspects du vieillissement normal, nous en décrivons l'impact en santé publique et les moyens choisis pour agir. Relatant les nombreuses études démontrant l'importance de l'activité physique pour rester en bonne santé et bien vieillir, nous en venons à l'objet de notre thèse:

Les français n'ont pas assez d'activité physique [32], et les personnes âgées encore moins. Celles-ci se plaignent de leurs douleurs, de leur manque d'entraînement et de leur fatigue pour pouvoir pratiquer une activité physique avec des personnes plus jeunes. Avons nous un moyen de les aider?

Connaissant la Gymnastique Holistique, une méthode de travail corporelle originale, lente, attentive et approfondie, nous avons pensé qu'elle conviendrait peut être aux personnes âgées et nous avons mené une enquête auprès de médecins pour

connaître leur avis.

Nous avons choisi d'explorer cette piste par une recherche qualitative [1] se basant sur les trois questions suivantes :

- 1) Comment les médecins appréhendent-ils la perte d'autonomie de leurs patients ?
- 2) Comment essayent-ils de les aider à rester autonomes à domicile ?
- 3) La Gymnastique Holistique- Méthode du Docteur Ehrenfried (GH) peut-elle être une aide pour les patients ?

# **1 Comment les gérontologues envisagent-ils le vieillissement?**

## **1.1. Définition du collège des enseignants [9]**

C'est un ensemble de processus physiologiques qui modifient les structures de l'organisme et leurs fonctions, il est lent et progressif.

Le vieillissement est le résultat des effets intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux.

Longtemps nous avons associé des pathologies très invalidantes apparaissant chez le sujet âgé, au fait de vieillir normalement.

Il n'en est rien, il y a un vieillissement physiologique qui peut être réussi et heureux que nous essayons de favoriser et un vieillissement pathologique que nous essayons de soigner.

## **1.2. Mécanisme cellulaire au cœur du vieillissement**

Nos cellules n'ont pas un capital de renouvellement illimité. Les travaux de Hayflick ont montré qu'il existe un capital de division pour plusieurs lignées cellulaires et il est proportionnel à la longévité de l'espèce, mais on connaît des écarts entre les individus d'une même espèce.

A chaque cycle de division cellulaire, l'extrémité des chromosomes, le télomère, perd un fragment d'ADN. Après plusieurs divisions, la fonction du télomère qui contribue à maintenir la stabilité de l'ADN du chromosome est altérée, ce pourrait être la base de notre horloge biologique.

Cette altération de l'ADN a de nombreuses conséquences en modifiant l'expression de certains gènes et la synthèse des protéines qu'ils commandent ou encore en perturbant le cycle cellulaire.

La mort cellulaire programm e ou apoptose est déterminée par l'expression de gènes spécifiques. Certaines cellules notamment les cellules neuronales et les cellules musculaires, vieillissent par l'accumulation d'un pigment: la lipofuschine, résultat de dégradation de leurs organites intra-cellulaires.

D'autres enzymes très réactives produites au cours du métabolisme de l'oxygène exercent un stress oxydatif prononcé, capable d'altérer l'ADN et les acides gras de la membrane cellulaire.

L'organisme se protège contre ces radicaux libres par un nombre de vitamines et d'enzymes important: superoxyde dismutase, catalase, glutathion peroxydase et vitamines anti-oxydantes A-E-C. Elles s'altèrent en vieillissant.

D'autres protéines, les heat shock proteines, forment une famille de protection de l'organisme, rendant les cellules plus résistantes à de nouvelles agressions et stimulant les systèmes de réparation.

Malheureusement, en vieillissant, la sécrétion de ces protéines est diminuée et il s'en déduit un défaut de transmission du signal intracellulaire.

On a aussi observé une action du glucose sur les protéines, surtout dans les membranes cellulaires, dans la matrice extra-cellulaire, il s'agit de la glycation non enzymatique.

Les protéines deviennent alors plus résistantes à la protéolyse empêchant leur renouvellement, il existe des pontages entre les fibres collagènes qui les rendent plus rigides et beaucoup moins solubles.

Tous ces facteurs génétiques sont très sensibles aux facteurs environnementaux, et c'est sur les facteurs environnementaux que le médecin généraliste et son patient peuvent agir:

Restriction diététique, activité physique, lutte contre le stress oxydatif, correction des déficits vitaminiques et hormonaux, inhibition de la glycation.

Le vieillissement étant le résultat de facteurs environnementaux et de facteurs génétiques, la population vieillissante sera d'une grande hétérogénéité.

### 1.3. **Le vieillissement: effet sur l'organisme**

Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, cette altération se manifeste beaucoup plus dans les situations qui

mettent en jeu les réserves fonctionnelles: effort, stress, maladie aiguë.

### **Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur**

Diminution de la densité en fibres musculaires, réduction de la masse musculaire, sarcopénie entraînant une diminution de la force.

Vieillesse osseuse caractérisée par l'ostéopénie, réduction de la densité minérale osseuse. (L'ostéopénie est autant augmentée par une diminution des contraintes mécaniques que par une diminution de l'imprégnation oestrogénique). Au niveau du cartilage: réduction du nombre de chondrocytes, de leur teneur en eau, élévation des glucosamino-glycanes le rendant plus dur, capable de fissures, amincissement du cartilage amenant parfois l'os à nu avec une réaction génératrice d'ostéophytes délétères.

### **Effets du vieillissement sur le système nerveux**

Diminution du nombre de neurones corticaux, raréfaction de la substance blanche et diminution de certains neuro-transmetteurs intra-cérébraux, en particulier l'acétylcholine. Augmentation du temps de réaction, diminution du nombre de fibres fonctionnelles entraînant une augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques.

Les fonctions motrices et sensitives sont peu modifiées par le vieillissement, même si celui-ci se traduit par une augmentation des temps de réaction et par une réduction des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. Désorganisation des rythmes circadiens, réduction des récepteurs proprioceptifs, des récepteurs osmotiques.

### **Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire**

On observe une diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique, réduction du volume des muscles respiratoires, augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration, réduction du calibre des bronches distales diminuant les débits expiratoires, par ailleurs, diminution de la capacité de diffusion de l'oxygène et diminution de la pression partielle en oxygène du sang artériel.

### **Effets du vieillissement au niveau du système vasculaire**

Augmentation de la masse cardiaque, de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche, entraînant un moins bon remplissage ventriculaire par défaut de relaxation ventriculaire (cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes, d'où l'importance de la conservation de la fonction auriculaire).

Vieillesse de la paroi artérielle par des modifications de l'élastine, rigidification du collagène, altération de la vasomotricité artérielle. Il en résulte une pression artérielle systolique en augmentation.

### **En conclusion, sur les effets du vieillissement :**

Devant toutes ces constatations, il est important de dire et de redire que le vieillissement normal n'est pas pathologique, qu'il ne faut pas les confondre et considérer les démences et autres impotences comme liées à l'âge.

Lors du vieillissement, les études décrites dans les abrégés de psychomotricité montrent que les espaces sensoriels, visuels et auditifs diminuent, que les informations proprioceptives diminuent aussi, privant la personne âgée de sensations kinesthésiques, proprioceptives, tactiles, visuelles et auditives déstructurant le schéma corporel.

De même, il y a une perte de l'intégration des informations, il y a aussi une augmentation du temps de latence aux réponses, le non-emploi d'une fonction physiologique ou psychologique aggrave les processus de sénescence.

Actuellement, nous savons que si le corps et l'esprit de l'homme vieillissant sont bien entretenus, nous voulons dire bien sollicités, alors un vieillissement normal et heureux est possible.

## **2 . Quel est l'impact du vieillissement en France pour la santé publique ?**

L'organisation mondiale de la santé considère le vieillissement à partir de 65 ans. Les services pour personnes âgées le considèrent à partir de 75 ans car ils s'appuient sur les répercussions des différents effets du vieillissement.

Actuellement en santé publique, on se base sur deux critères: l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité.

### **2.1. Chiffres [30]**

En 2010, il concerne 12 millions de personnes, elles ont plus de 60 ans. 80 000 sont touchées par la perte d'autonomie, 2,3 millions de personnes ont plus de 80 ans.

En 2020, 17 millions auront plus de 60 ans ,soit 27% de la population, 4 millions auront plus de 80 ans. En 2020, 1 personne sur 10 aura plus de 75 ans.

Les progrès de santé publique et de recherches médicales sont tels qu'à présent, à tout âge de la vie, nous (professionnels de la santé et de l'état) agissons pour amener à la vieillesse des personnes en bonne santé.

Au niveau de l'enfance et de la petite enfance: action de nutrition, action de lutte contre des maladies infectieuses.

A l'âge adulte: lutte contre les intoxications, progrès diététiques, surveillance pour prévention et dépistage précoce des cancers, des maladies cardiovasculaires et métaboliques, promotion de l'activité physique.

### **3 Bien vieillir : Un questionnement pour les communautés scientifiques ?**

#### **3.1. Une étude pour "bien vieillir"**

Récemment, le Docteur Olivier de Ladoucette<sup>1</sup> a rendu à l'Académie de Médecine, un rapport sur les atouts indispensables pour bien vieillir.

Il a observé une population de personnes âgées et très âgées à partir d'un échantillon d'anciens étudiants de l'Université de Harvard.

Cette étude a permis d'identifier des facteurs prédictifs de la qualité du vieillissement futur de sujets de 50 ans.

Voici les 7 facteurs qui permettent de prédire à 50 ans avec le plus de certitude un vieillissement à 75 – 80 ans:

- ne pas être fumeur ou avoir arrêté jeune
- avoir des défenses matures
- ne pas consommer d'alcool en excès
- avoir un poids normal
- avoir une vie conjugale stable
- faire régulièrement de l'exercice
- entreprendre de longues études

---

1 Voir annexe 4

Deux qualités sont mises en exergue:

- la résilience: aptitude à trouver en soi les ressources nécessaires pour ne pas se laisser abattre mais au contraire rebondir.
- la conation: aptitude à initier ou à amorcer une action tout en lui donnant un sens. La conation incite à créer et à entreprendre, elle nous rend curieux du futur et stimule notre vitalité, elle est intimement liée au désir.

Facteurs favorisant la résilience:

- avoir une bonne santé
- être très sociable
- avoir un tempérament facile
- être créatif et avoir le sens de l'humour
- bien connaître ses compétences et ses limites
- être à l'écoute de ses propre sentiments
- avoir une bonne estime de soi
- être capable de différer une satisfaction
- être engagé
- avoir une bonne capacité à aider les autres
- être de nature optimiste et bien gérer ses émotions

Dans cette étude, il conclue que les gens qui vieillissent avec succès possèdent en commun 3 particularités fondamentales:

- 1) Ils présentent très rarement des maladies, en particulier celles qui sont susceptible d'entraîner des pertes d'autonomie.
- 2) Ils maintiennent un niveau d'aptitude intellectuelle et physique très élevé.
- 3) Ils sont satisfaits de leur vie et conservent de bons investissements sociaux.

### **3.2. Bien vieillir est un véritable défi de santé publique**

Le gouvernement décide d'agir sur les trois moyens clairement établis:

- nutrition adaptée
- activités physiques
- maintien des capacités intellectuelles

#### **3.2.1. Plans nationaux en France [4]**

Le plan «bien vieillir 2007-2009» contient des mesures spécifiques pour favoriser l'activité physique des 55 à 75 ans:

- annuaire des associations sportives proposant une activité aux seniors
- soutien financier des fédérations sportives s'adressant aux seniors
- formation des professeurs pour évaluation des aptitudes physiques des seniors

Le programme nutrition santé :

- objectifs nutritionnels spécifiques pour les personnes avançant en âge
- guide pour les personnes âgées
- guide pour les aidants
- recommandations d'activités physiques

Le plan national de prévention par activité physique ou sportive (APS) dans le rapport «retrouver sa liberté de mouvement »:

10 propositions concrètes pour la promotion de l'APS chez le senior:

- évaluation de la condition physique en pré-retraite
- promotion de l'APS en maison de retraite en l'intégrant au projet de santé des établissements
- création de réseaux de santé régionaux sport santé senior
- crédits d'impôts incitatifs pour la pratique d'une activité sportive

## **4 . Autonomie et perte d'autonomie**

### **4.1. Définition de l'autonomie**

Ensemble des capacité d'une personne lui permettant de se gouverner seule, capacité de jugement, capacité de choix de ses actions.

La dépendance désigne le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne, aide qui peut être physique, psychique, sociale.

Dépendance et autonomie ne s'opposent pas toujours, le sujet peut rester libre de ses choix et pour autant peut avoir besoin d'aide.

### **4.2. Autonomie motrice**

Une étude réalisée en Italie à Florence [19], a étudié une population de 1052 sujets pour établir les risques prédicteurs d'un déclin de performances motrices dans une population âgée normale (c'est-à-dire présentant les mêmes maladies ou non maladies qu'une autre population du même âge).

Cette étude, réalisée en 2006 à Florence, a voulu avoir comme motif central l'étude du déclin des performances motrices. En effet, beaucoup d'études avaient eu comme point central le diabète, ou les effets des maladies cardio-vasculaires et constataient une perte des capacités motrices.

Celle-ci cherche à établir quels sont exactement les facteurs de risque prédictifs d'un déclin des performances motrices.

Les résultats de l'étude sont surprenants: plus on est âgé, si l'on est de sexe féminin, si on est atteint d'un trouble sensitif périphérique, d'éducation très modeste, souffrant de dépression, alors on a de fortes chances de voir apparaître un déclin de nos performances motrices.

Cette étude fait apparaître l'importance de la dépression.

Cette étude est une étude longitudinale, elle fait intervenir 1052 personnes, hommes ou femmes, les classant en catégories d'âges 65-69ans, 70-74 ans, 75-79 ans, plus de 80 ans.

Elle les fait rentrer au départ avec des observations, et des tests tels que l'aptitude

motrice, l'équilibre, l'absence de chute, des tests d'activités quotidiennes (échelle Instrumental Activities of Daily Living), des scores d'autonomie, des tests d'équilibre, des tests de marche. Cette étude va tenir compte des pathologies de départ des personnes (démences, pathologies cognitives, dépression, atteintes cardiovasculaire (arythmie cardiaque, artérite oblitérante des membres inférieurs, anémie), diabète, antécédents de fractures osseuses, habitudes de consommation d'alcool modérée, les accidents vasculaires, les patients Parkinsoniens) et pendant 3 ans, cette population va être étudiée.

Il en ressort que les facteurs de risques de déclin moteur sont principalement:

provenir d'un milieu défavorisé

être une femme

être avancé en âge (c'est à dire : plus on est âgé)

avoir des neuropathies périphériques, distales, symétriques

être déprimé.

La perte de compétences est inexorable, mais la perte d'autonomie est bien souvent le résultat d'une maladie et il nous appartient de réfléchir à l'endiguer.

La personne âgée assiste à sa mise à distance par sa mise à la retraite, diminution de stimulation, diminution de motivation, diminution de fonction par la non sollicitation [8].

La déstructuration du schéma corporel par l'immobilisation, la diminution d'informations visuelles, auditives, proprioceptives ainsi que l'augmentation du temps de latence pour répondre à une sollicitation, sont autant de causes d'une perte d'autonomie.

### 4.3. Un facteur de perte d'autonomie très important: la chute

Le Docteur François Baudier [4] pense qu'il faut travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte d'autonomie et lutter contre les chutes.

La chute, première cause de mortalité accidentelle chez la personne âgée, doit être mieux prévenue. C'est souvent la porte d'entrée dans la perte d'autonomie par la peur, peur de nouvelles chutes et peur de sortir de chez soi, perte de mobilité, isolement progressif et, finalement, atteinte de la qualité de vie.

#### 4.3.1. Les chutes répétées sont associées :

- à une forte morbi-mortalité : environ 12000 décès par an à court terme
- à une perte de l'autonomie et de l'indépendance, se traduisant concrètement par un taux d'institutionnalisation de 40% à partir d'une chute.

#### Facteurs prédisposant à la chute:

- Facteurs neurologiques:

séquelles d'AVC, maladie dégénérative corticale, neuropathie végétative, neuropathie périphérique.

- Facteurs musculaires:

sarcopénie, hyperthyroïdie, myasthénie, myopathie médicamenteuse.

- Facteurs ostéo-articulaires:

coxarthrose, gonarthrose, atteinte podologique.

- Facteurs sensoriels:

troubles de l'acuité visuelle, trouble du champ visuel, atteinte de l'oreille interne, vertiges, trouble de l'équilibre, trouble de la vision et de l'audition.

Facteurs iatrogéniques précipitant la chute:

Prise de psychotropes, de benzodiazépines, de collyre bêtabloquant, modification récente d'un traitement anti-hypertenseur.

Facteurs pathologiques précipitant la chute:

Troubles du rythme, de la conduction, rétrécissement aortique serré, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, troubles vasculaires, hypotension orthostatique par hypotonie, insuffisance veineuse, neuropathie végétative et iatrogénie.

Facteurs favorisant la chute:

- Facteurs neurologiques:

accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, syndrome confusionnel, hydrocéphalie à pression normale, démence avancée, intoxication éthylique ou sevrage.

- Facteurs métaboliques:

déshydratation, hypo ou hyperkaliémie, dénutrition sévère, hypoglycémie, anémie.

- Facteurs infectieux et environnementaux:

bactérien ou viral et, enfin, les intoxications dont principalement l'intoxication au monoxyde de carbone.

**4.3.2 4 tests nous amènent à évaluer les risques de chute, il s'agit de:**

- Time Up and Go Test: voudriez vous vous lever et faire quelques pas. Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner et revenir s'asseoir sans l'aide d'une autre personne. Il y a un déficit de mobilité à partir de 20 secondes pour réaliser ce test.

- demander aux personnes de tenir en équilibre sur une jambe au moins 5 secondes,

- résister à une poussée sternale

- pendant qu'elle marche; la questionner et voir si elle s'arrête pour réfléchir et parler.

Pour prévenir un passage progressif vers la dépendance, il faut améliorer l'environnement matériel, social et affectif des personnes concernées.

## **5. Les concepts de fragilité**

Il s'agit principalement d'une fatigabilité fonctionnelle et une désadaptation aux situations de stress. L'apparition et l'évolution de la fragilité sont très variables selon les individus, mais dans tous les cas et en dehors d'une prise en charge spécifique, la fragilité conduit à l'amplification de déficits fonctionnels multiples et au renforcement des situations pathologiques existantes.

La personne âgée devenue fragile est alors exposée à une morbidité incidente accrue avec la survenue ou l'accentuation des pertes d'autonomie pouvant conduire à la dépendance.

La société actuelle lutte énormément contre la perte d'autonomie qui confinerà à la dépendance.

Elle établit de nombreuses échelles telle la grille AGGIR [12] (les tests Tinetti, get up and go test, mini-mental test, test de Folstein, test des 5 mots, évaluation de l'âge, du niveau culturel, du niveau des aides, du niveau de confinement, de la qualité de l'habitat et des accès).

Pour mieux soigner il faut connaître.

### **5.1. Evaluation gériatrique standardisée en 10 points [15]**

Le concept de décompensation et de fragilité du patient âgé peut être expliqué par 3 éléments qui se cumulent pour aboutir à la décompensation d'une fonction.

Il s'agit des effets du vieillissement qui réduisent progressivement les réserves fonctionnelles sans jamais à eux seuls entraîner une décompensation.

S'ajoutent les affections chroniques qui altèrent les fonctions et des facteurs aigus de décompensation: pathologie aiguë intercurrente, iatrogénie.

Le risque est celui de pathologies en cascade avec décompensation en séries, par exemple affection broncho-pulmonaire favorisant une décompensation cardiaque qui, elle-même, entraîne une insuffisance rénale favorisant un syndrome confusionnel avec un cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres en s'aggravant.

**L'évaluation gériatrique** permet de dépister l'état de fragilité, avec des outils assez simples.

Principaux marqueurs:

- 1- âge très élevé, supérieur à 85 ans
- 2- perte d'autonomie pour une activité de la vie quotidienne
- 3- instabilité posturale et risque de chute, appui unipodal inférieur à 5 secondes
- 4- altération de fonctions cognitives, déclin des fonctions supérieures, mini-mental test de Folstein inférieur à 24
- 5- baisse des réserves nutritionnelles, périmètre du mollet avec valeur discriminante de 30 cm, albuminémie inférieure à 35 g/l
- 6- isolement social et familial
- 7- trouble sensoriel mal compensé, syndrome de désafférentation
- 8- déficience rénale, clairance de la créatinine avec formule de Cockcroft inférieure à 30 ml/min
- 9- syndrome dépressif souvent insidieux et masqué, à dépister par le Mini-Geriatric Depression Scale
- 10- et, enfin, la polymédication, prise de 4 médicaments ou plus.

La spécificité de la prise en charge du patient âgé résulte dans son caractère global tenant compte de chaque patient, de ses pathologies et de son environnement.

Il s'agit de mettre en place le diagnostic, le traitement et surtout la prévention à tous moments de la perte d'autonomie.

## 6. Préserver la perte d'autonomie grâce à l'activité physique

Pour notre étude, il s'agit de préserver l'autonomie de la personne âgée, d'agir pour un vieillissement réussi, convaincu du rôle important de l'activité physique [28].

En effet, l'activité physique va agir contre l'ostéoporose, contre les troubles de l'équilibre, contre les répercussions de l'arthrose et la douleur, va entretenir l'appareil locomoteur, l'appareil cardio-vasculaire, l'appareil pulmonaire, elle va aussi avoir une action sur le maintien du fonctionnement cérébral du sujet âgé par sa sociabilité, par sa capacité à réaliser quelque chose dont il est satisfait.

L'activité physique en améliorant la force musculaire, la souplesse articulaire, la capacité de réaction du sujet va lui permettre de lutter contre les chutes et lui permettre de maintenir une activité sociale plus longtemps.

### 6.1. Deux études françaises

Deux études réalisées l'une [20] à Saint Max (Nancy 2005) et l'autre [14] à Lille (2003) montrent l'impact de l'activité physique.

Ces 2 études réalisées sur un petit nombre de personnes (24 – 100 femmes) montrent :

#### - Pour la première étude:

Chez des femmes pratiquant depuis 1 an une activité de gymnastique volontaire., on constate par rapport au groupe sédentaire, en bonne santé, une amélioration de la vitesse de réalisation des tâches et surtout une diminution de la prise des traitements par benzodiazépine et anti-inflammatoires non stéroïdiens ainsi qu'antalgiques.

#### - Pour la deuxième étude:

On recherchait l'impact cognitif d'une pratique de gymnastique d'entretien pendant 4 mois : pas d'amélioration des tests de mémoire ni d'équilibre mais diminution de la consommation de fortifiants et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), augmentation de la vitesse de marche et amélioration de la perception d'avoir une bonne qualité de vie comparativement au groupe sédentaire.

Ces deux études nous permettent de montrer que l'activité physique peut limiter la iatrogénie.

Les benzodiazépines étant très connus comme facteur de chute, et les AINS comme facteur d'insuffisance rénale pouvant augmenter la toxicité des autres traitements.

## **6.2 La Gymnastique Holistique - Méthode du Docteur Ehrenfried®.**

Actuellement, en terme de coût et aussi humainement, en raison du progrès dans l'attention à la qualité de vie, nous médecins, nous intéressons beaucoup à prévenir la dépendance. Aussi, aujourd'hui, nous vous présentons la Gymnastique Holistique (GH) parce qu'elle nous paraît un moyen efficace pour maintenir l'activité physique chez la personne âgée et pour maintenir son autonomie et sa sociabilité.

### **6.2.1. Présentation de cette gymnastique**

C'est avant tout un travail sur soi, un travail de prise de conscience de soi-même, à partir de mouvements réalisés très lentement parfois avec des aides qui sont des ballons, des coussins, des sangles, voire un mur ou la main du professeur. Les mouvements sont expliqués mais jamais montrés afin que la personne écoute et comprenne avant de réaliser le mouvement. Ainsi elle doit devenir très attentive évitant alors de faire quelque chose qui ne lui est pas adapté et éveille davantage ses capacités proprioceptives.

Les élèves sont invités à devenir de plus en plus attentifs à ce qui se passe en eux quand ils se mobilisent, quand ils mobilisent un segment de leur corps, quand ils se reposent ou quand ils respirent.

Puis, grâce à sa compétence, le professeur va les guider vers un mouvement plus adapté, plus efficace, en proposant des mouvements successifs qui d'abord détendent, puis repositionnent, puis tonifient.

Prenons l'exemple d'une personne qui marche mal et peu, car elle a mal aux pieds, ceci peut-être pour des causes multiples :

Pendant le cours, allongée, elle va se détendre et s'intéresser à la détente du reste de son corps, même non douloureux et à distance de ses pieds.

Elle va découvrir les zones enraidies dans son corps et pouvoir alors les assouplir.

Elle pourra en tonifier d'autres.

Elle découvrira des exercices dont elle ignorait complètement l'existence et constater que ces exercices vont solliciter des zones de son corps, ignorées elles aussi.

Le professeur va alors pouvoir lui faire ressentir puis comprendre que marcher ce n'est pas seulement alterner deux appuis de 10 cm chacun au niveau de ses pieds.

Il lui expliquera qu'en dehors de ces deux zones hyper sollicitées, il existe un déroulement du pas possible dans de bons axes et qu'il existe une part active de tout le pied qui ne se laisse pas écraser un temps sur deux.

Peu à peu, l'élève sollicitera des voûtes qu'il ressent et saura aller les recruter pour avoir moins mal en marchant.

### **6.2.2. Historique**

Cette gymnastique est le résultat de multiples expériences transmises années après années.

En France, la formation des praticiens est assurée actuellement par C. Casini, et M. Paré, kinésithérapeutes qui ont été formés par M.J. Guichard, biologiste, elle-même formée par Le Dr L. Ehrenfried<sup>2</sup>, M.J. Guichard a fondé l'association des élèves du Dr Ehrenfried et praticiens en Gymnastique Holistique.

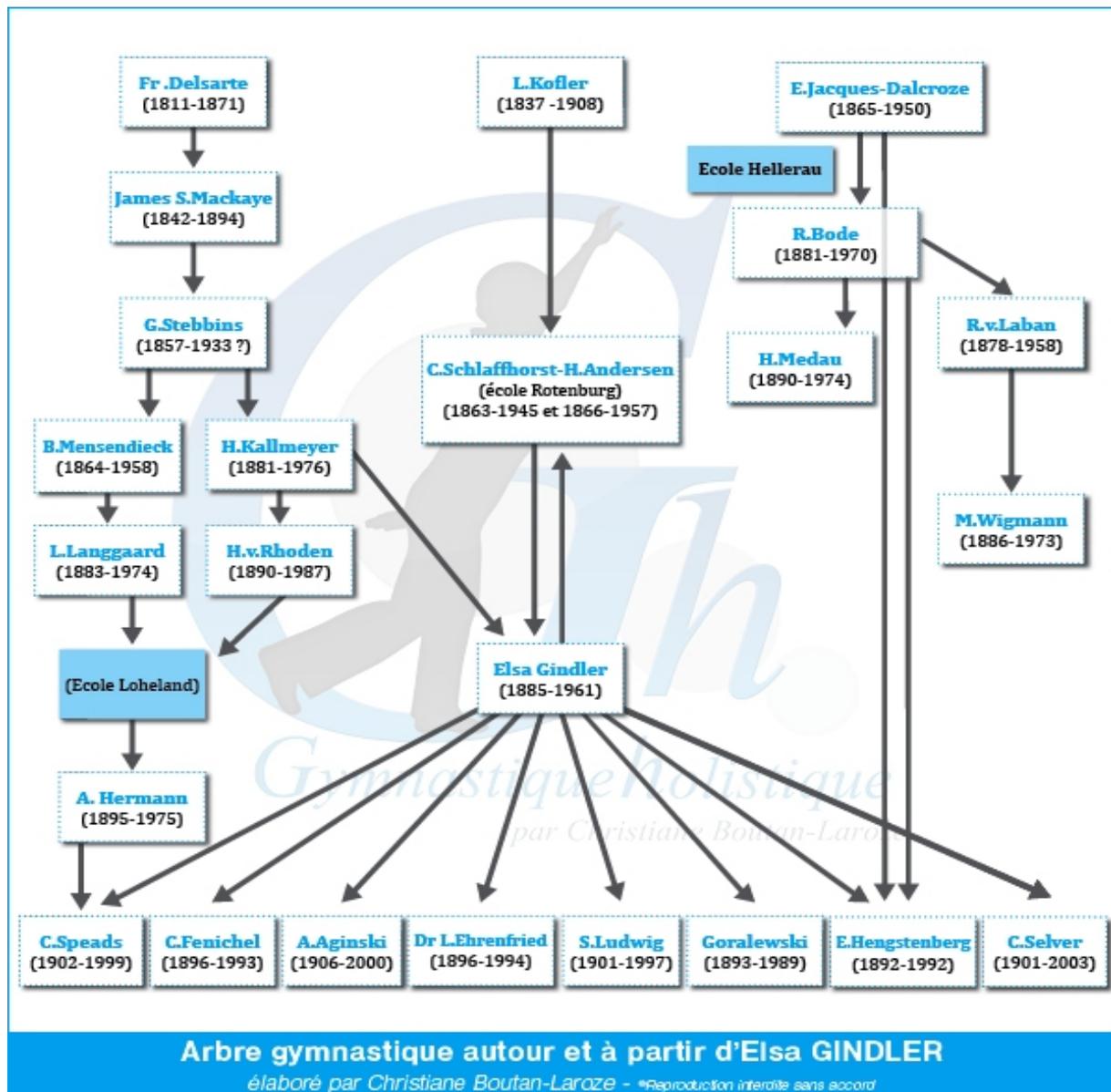
Le Docteur Lily Ehrenfried, Médecin allemand, travaillait à Berlin et dirigeait un centre de régulation des naissances en 1930. Elle raconte que ce travail lui à été transmis par Elsa Gindler qui disait le tenir de H. Kallmayer .

Le dernier témoignage permet de remonter à François Delsarte acteur, souffrant d'aphonie. Il avait, au 18<sup>ème</sup> siècle, développé tout un "art "de parler, de jouer qu'il enseignait afin de trouver pour chacun la voix qui lui est propre et qui respecte son larynx.

---

2 Ehrenfried L  
De la santé du corps à l'équilibre de l'esprit  
Paris : Aubier ; 1997

Tableau illustrant l'histoire



Boutan Laroze Christiane, Regard ostéopathique sur la Gymnastique Holistique-Méthode du Dr Ehrenfried, mémoire pour l'obtention du diplôme supérieur d'Ostéopathie, pages 74 à 100: les différentes figures de la gymnastique, Collège Ostéopathique Sutherland, 2009

### **6.2.3. Application pratique de cette gymnastique**

Chacun des praticiens formés a reçu un enseignement et maîtrise l'application d'un ensemble de mouvements et d'informations empiriques auxquels il apporte son expérience personnelle, s'entourant de compléments scientifiques, psychologiques, selon son intérêt personnel, en vue de proposer à l'élève des mouvements, des postures, des séquences de travail qui lui seront adaptés.

Ainsi, chaque praticien, ayant ressenti dans son corps et vu sur ses élèves que l'inspiration est plus aisée et efficace quand elle s'appuie sur une sangle abdominale très tonique mais non crispée, apprécie de lire des travaux scientifiques sur le fonctionnement du diaphragme démontrant la synergie diaphragme /abdominaux.

Cette gymnastique présente toutes les caractéristiques nécessaires à un apprentissage moteur [5].

Pendant les cours, on trouve un travail tourné vers la tâche, de nombreuses répétitions, une motivation et une compétition, non pas dans le sens péjoratif du terme (faire mieux que l'autre à n'importe quel prix), mais plutôt une émulation afin de ressentir plus profondément, d'être efficace sans douleur. C'est une stimulation de voir et d'entendre l'autre tenir en équilibre sans fatigue, sans douleur, et de chercher comment y arriver soi même.

Les séances de cette gymnastique sont très riches en observation de l'autre et de soi entraînant une évaluation de ce que l'on réalise par rapport à son objectif de départ et ce que les autres réalisent ; cela consiste à sentir, ressentir, s'observer, se questionner et entendre ce que disent les autres participants.

Connaissant ce travail pour l'avoir pratiqué et enseigné, sachant qu'il n'était ni sectaire ni ésotérique, mais qu'il a des bases physiologiques, nous nous sommes demandés si d'autres médecins le connaissaient et le trouvaient intéressant pour limiter la perte d'autonomie à domicile de nos patients vieillissants.

## **DEUXIEME PARTIE**

## INTRODUCTION

Aider nos patients à bien vieillir, les préparer au mieux à la vieillesse, leur donner les soins appropriés, les conseils suffisants, les bons outils et savoir les motiver pour agir : Sommes-nous concernés et suffisamment informés pour cela ?

Dans le même cheminement qu'Anne Sophie Tardy [32] et Peggy De Pontallier [21], nous avons voulu explorer comment les médecins appréhendaient la perte d'autonomie des personnes vieillissantes et si la Gymnastique Holistique (GH) leur paraissait être un bon outil et pourquoi ?

## **2. METHODE**

### **2.1. Mots clés**

Les mots clés MeSH utilisés pour la revue de la littérature ont été: motor activity ou physical activity, general practice, aged, old people, qualitative research, autonomy, loss of autonomy et « aging ».

Les références des articles sélectionnés ont été également étudiées.

### **2.2. Recherche qualitative**

Pour répondre à l'objectif de cette recherche, une étude qualitative[17] est apparue comme la plus appropriée.

La recherche qualitative permet de comprendre un fonctionnement; elle est parfaitement adaptée aux études sur des phénomènes sociaux spécifiques, elle permet de donner du sens.

### **2.3. Entretien semi directif**

Nous avons choisi de rencontrer des médecins afin de les interroger sur leur pratique individuelle.

Nous avons choisi la technique de l'entretien semi directif car il donne une parole libre à l'interviewé et à l'enquêteur.

Il permet d'obtenir des éléments inattendus pouvant devenir des pistes de travaux de recherches complémentaires .

Il est aussi pratique d'un point de vue de l'organisation car comme l'ont montré déjà la thèse de Médecine d'Anaïs Culianez [11] concernant l'amélioration du stage ambulatoire en deuxième cycle d'études, et celle de Sidonie Michelet [24] concernant la prescription de la vitamine D, il est très compliqué de faire se réunir plusieurs fois des médecins et encore plus dans toute la France.

Cette thèse a nécessité le déplacement de l'enquêteur en Vendée, en Ile de France et à Reims.

Tous les entretiens ont été menés par un seul enquêteur, auteur de ce travail.

Chaque entretien a été enregistré avec un dictaphone en format MP3 après

accord oral du médecin.

Les entretiens ont été réalisés entre juin 2011 et septembre 2011.

## **2.4. Echantillonnage**

S'agissant d'explorer les pratiques des médecins, nous n'avons pas jugé pertinent d'interroger des patients. Une enquête différente avait déjà été réalisée auprès de 400 élèves des cours de GH<sup>3</sup>.

Nous avons procédé à un échantillonnage théorique et raisonné.

Ayant toujours interrogé des médecins qui connaissaient cette gymnastique, nous avons voulu avoir l'avis de personnes confrontées au vieillissement et à la perte d'autonomie (oncologues, rhumatologues, ophtalmologiste, gériatres et médecins généralistes).

Nous avons aussi recherché l'avis de médecins travaillant pour des institutions et enfin l'avis de médecins simplement pour leur pratique personnelle parce qu'ils étaient en retraite ou avaient choisi une orientation professionnelle les éloignant des personnes âgées.

Cette méthode vise à favoriser la diversité des points de vue des interviewés à partir d'un nombre restreint d'individus. Elle a permis d'acquérir une meilleure compréhension du sujet de l'étude et de tester de nouvelles interprétations au cours de cette étude.

L'enquête a été stoppée quand aucun élément nouveau en rapport direct avec la question de recherche n'avait été apporté lors des deux derniers entretiens: la saturation des données a déterminé la taille de l'échantillon.

## **2.5. Application pratique**

Nous avons contacté des praticiens en GH, leur avons demandé si les médecins participants à leur cours ou leur envoyant des élèves seraient d'accord pour donner leurs coordonnées afin d'être contactés pour un entretien.

---

3 Voir annexe n°2

Nous avons contacté par ce moyen:

- 34 médecins auxquels nous avons expliqué par un entretien téléphonique la démarche de recherche de cette thèse :

- 28 ont donné leur accord pour un entretien individuel : soit chez eux, soit à leur cabinet. Le temps d'entretien était fixé en dehors des consultations pour laisser plus de temps à la réflexion et éviter des appels parasites.

- Mais pour 3 médecins, pour des raisons de changement de planning, l'entretien a eu lieu pendant leurs consultations.

- Pour 2 médecins, l'entretien a eu lieu par téléphone pour raison d'éloignement imprévu.

- 2 médecins ont refusé l'entretien par manque de temps.

- 2 pour sentiment d'incompétence.

- 2 pour changement d'activité.

- 4 n'ont pas été recontactés car la saturation de données étaient atteinte.

Chaque médecin était informé de la confidentialité de cet entretien, qu'il le recevrait ensuite retranscrit par mail et auquel il pourrait apporter un complément d'information si il le souhaitait.

L'ordre et la formulation des questions étaient adaptés au déroulement de l'entretien.

D'ailleurs, constatant que les premiers interrogés parlaient beaucoup de la GH mais peu de la perte d'autonomie, l'enquêteur s'est permis de renverser le canevas d'entretien afin de commencer par les questions relatives à la perte d'autonomie.

Canevas d'entretien semi dirigé en recherche qualitative proposé au début de l'entretien comme entrée en matière:

*« Confronté à la perte d'autonomie de nos patients vieillissants, nous nous sommes demandés si la Gymnastique Holistique-Méthode du Docteur Ehrenfried® pourrait aider nos patients à préserver leur autonomie à domicile  
Disposant déjà d'une étude statistique quantitative auprès de 400 élèves montrant*

*leur satisfaction, nous avons envisagé de demander leur avis aux médecins connaissant cette gymnastique et nous avons souhaité savoir comment ils appréhendaient la perte d'autonomie à domicile.*

*Il s'agit donc d'un entretien semi-directif pour vous connaître, connaître vos préoccupations dans le domaine de l'autonomie et ce que la GH peut, à votre avis, apporter pour la préserver.*

*Notre conversation est enregistrée, vous en recevrez une copie par mail ainsi vous pourrez préciser si cette transcription correspond à ce que vous vouliez dire, donner un avis complémentaire et répondre à d'autres questions qui seront apparues lors du dépouillement des entretiens.*

*Ce sont des questions ouvertes, je vous interroge sur votre ressenti, votre vécu et vos analyses.*

*Par exemple: je ne vous demande pas combien de fois vous faites de la marche par semaine mais ce que vous pensez du fait de marcher en développant une argumentation.*

*Peut-on commencer, avez-vous des questions ? »*

La Gymnastique Holistique-Méthode du Docteur Ehrenfried (GH):

- Vous la connaissez depuis combien de temps ?
- Quels sont les éléments marquants pour vous dans votre approche ?
- Qu'est ce que ça vous apporte ?
- Pourquoi la prescrivez vous ?

La Perte d'Autonomie:

- Est-ce un problème qui vous touche ?
- Quelle serait votre définition de la perte d'autonomie à domicile ?
- Quels sont les différents éléments qui vous permettent d'affirmer une perte d'autonomie ?
- Utilisez vous des tests, des échelles pour l'évaluer ?
- Quels sont les paramètres de l'examen clinique d'une personne âgée qui vous inciteraient à choisir la GH ?
- Vous connaissez probablement les tests suivants get up and go test, test en équilibre uni-podal yeux ouverts ou fermés, grille Moshon, pensez-vous que les résultats de ces tests vous amèneraient à prescrire la GH ?
- Si la personne était atteinte dans son autonomie pour un problème psychologique ou cognitif, prescrieriez-vous cette gym ?
  - Pensez vous que la GH peut avoir une action préventive, a t-elle des défauts ou des avantages particuliers ?

## 2.6. De l'entretien à l'analyse

Après chaque entretien, l'enregistrement a été transféré en fichier MP3 sur ordinateur puis retranscrit mot à mot sur un document Open Office.

Ont été retranscrits : l'ambiance, les interventions extérieures, les interjections, les silences, les hésitations (afin d'être fidèle au déroulement de l'interview). Tous les entretiens ont été retranscrits par l'enquêteur, aidée d'une amie secrétaire. Le ressenti personnel de l'enquêteur à la fin des entretiens a aussi été noté et pris en compte.

Pour le premier entretien, l'appareil n'a pas fonctionné, pour le troisième il est tombé en panne, l'enquêteur les a retranscrits de mémoire et à partir de ses notes, prenant ensuite l'avis du médecin concerné. L'analyse des données transcrites a été réalisée par codage manuel, toujours centré sur les questions de recherche. Les étapes de l'analyse des données se sont résumées ainsi :

- I. Familiarisation avec les transcriptions des interviews par relectures répétées
- II. Identification des phrases clés et des thèmes
- III. Création d'un système de codage puis application de ce codage aux textes
- IV. Hiérarchisation des thèmes
- V. Mise en relation des thèmes pour définir des concepts

Les textes étaient relus et codés de nombreuses fois, le système de codage se modifiant au fur et à mesure pour refléter au mieux la diversité des notions identifiées. Cette analyse a commencé dès le recueil des premières données. Nombreux furent les échanges entre directeur et enquêteur pour cette étape.

### **3. RESULTATS**

### 3.3. Les participants

#### 24 médecins étaient interviewés

- 17 femmes, 7 hommes
- les 6 pour lesquels ça n'était pas possible étaient des hommes
- tous exerçaient en zone urbaine
- ils avaient entre 36 et 65 ans, à l'exception d'une femme de 28 ans et d'un homme de 75 ans.

#### 13 étaient spécialistes:

- neuf exerçaient en libéral, quatre au sein d'institutions :
  - deux rhumatologues
  - deux psychiatres
  - une cancérologue
  - un cardiologue
  - une ophtalmologiste
  - un pneumologue
  - une oto-rhino-laryngologiste
  - une dermatologue
  - une biologiste
  - une réanimatrice
  - une gynécologue

#### 11 étaient médecins généralistes :

- quatre exerçaient au sein d'institutions
- sept en libéral :
  - deux enseignaient à la faculté,
  - cinq avaient suivi des formations post universitaires : gériatrie, santé publique, maladies professionnelles, ostéopathie, acupuncture, homéopathie.

Tous déclaraient avoir une activité physique régulière.

Nous avons regroupé les médecins en trois groupes selon leur approche de la Gymnastique Holistique et de la perte d'autonomie. Selon les questions, les réponses étaient le reflet d'un groupe, mais parfois les réponses se confondaient quelque soit le groupe.

### **Groupe 1**

#### 14 médecins

Tous étaient concernés par la perte d'autonomie du patient vieillissant et pratiquaient la GH depuis au moins 3 ans.

### **Groupe 2**

#### 6 médecins

Tous étaient concernés par la perte d'autonomie, ne pratiquaient pas la GH, mais la connaissaient, soit pour avoir des patients qui la pratiquaient et pour s'être renseigné sur le sujet, soit pour l'avoir pratiqué à certaines périodes de leur vie.

### **Groupe 3**

#### 4 médecins

pratiquaient la GH depuis plus de 3 ans, mais n'exerçaient pas dans des domaines concernant la perte d'autonomie du patient vieillissant. Cependant, 2 seulement se sont déclarées incompetentes dans ce domaine, les 2 autres étaient confrontés à la perte d'autonomie au sein de leur entourage et avaient un avis sur la question.

Après retranscription de tous les entretiens, chaque interview a été envoyé au médecin concerné. Le but était d'obtenir son avis quant à l'entretien, éliminer des contresens ou compléter des idées émises. 10 ont répondu. Nous avons ensuite modifié l'entretien préalable en fonction de leurs remarques, mais aucune modification importante de sens n'a été obtenue suite à cette relance. Deux étaient surpris et déçus de lire un entretien avec les interjections, les hésitations, les coupures du langage parlé, mais étaient en accord avec ce qui avait été dit. Un s'est trouvé trop critique envers les kinésithérapeutes, estimant que ses paroles pouvaient être interprétées autrement. En fait ces avis ont concerné des points de détail des entretiens. Voici les résultats détaillés.

### **3.2. Pour les questions concernant la GH**

#### **Groupe 1:**

La thématique la plus fréquente était la détente.

Citée 20 fois, c'était aussi la plus étendue: 11 médecins (Mx) la citaient :

« faisant partie de la catégorie des hyperactifs, au moins là, je vais me détendre ! » (M15),

« c'est la technique qui permet de "débloquer" mon stress » (M8),

« bon travail pour les gens stressés, ils viennent se détendre » (M1).

C'était aussi la thématique la plus intense car les médecins s'expliquaient longuement sur ce sujet, associant la notion de confort, de détente et de lutte contre le stress:

« j'ai appris à faire en forçant, maintenant je me détends et je fais autrement » (M6),

« c'est le royaume de la lenteur » (M15),

« ce n'est pas plus efficace de faire fort et vite et en plus on se fait mal » (M20),

« face à des pathologies graves, des traitements lourds, il faut apprendre à se détendre » (M8),

« c'est important un endroit où l'on peut se détendre, être en confiance » (M19),

une dira que ça la détend oui, comme le yoga, mais que surtout ça la tonifie et lui donne de l'énergie. Quatre médecins ont pratiqué du yoga et ensuite de la GH

appréciant les explications physiologiques données en GH concernant les mouvements et relatant un encadrement plus respectueux de leur corps et de leurs propres possibilités.

La deuxième thématique était la lutte contre la douleur :

10 allaient à un cours de GH parce qu'ils souffraient de lombalgies, dorsalgies et qu'un ami leur avait donné le conseil d'aller là car lui avait été soulagé par cette pratique.

Ils expliquaient aussi que, pendant leurs années de pratique, la douleur revenait parfois et cédait plus vite grâce aux cours de GH, ceux qui venaient très jeunes à faire de la GH y venaient pour des douleurs

« pour jouer de la harpe, j'avais très mal aux épaules »

« je tournais autour des patients, et ne faisais pas du tout attention à ma position peut-être que si j'avais connu ce travail à ce moment là j'aurais eu moins mal » (M2).

Troisième et quatrième thématiques « prise de conscience de soi » et « respiration » :

7 fois associées

prise de conscience de soi citée 9 fois et respiration citée 8 fois. La respiration profonde était citée comme une clé pour prendre conscience de soi, comme générateur de bien être :

« pour moi c'est fondamental cette respiration à 3 temps » (M6),

« on les voit, ils sont autrement, ils respirent, sont attentifs à eux même, je me suis dit ça va être bien pour moi aussi » (M24),

« beaucoup de gens ne savent pas respirer et, en respirant, on se dé-stresse » (M1)

Un médecin généraliste estimait que c'était un travail global, une progression, un approfondissement.

## **Groupe 2**

6 médecins qui n'avaient pas une pratique personnelle de cette GH :

- 5 évoquaient la notion de travail personnel approfondi avec l'intérêt de la prise de conscience de soi.

- 4 le proposaient pour avoir une activité physique où on trouverait détente et tonicité :

« les personnes âgées sont souvent des gens anxieux, ils vont apprendre à se détendre» (M21),

« une activité physique pas difficile avec un bon coaching » (M14).

- 3 évoquaient un effet sur la douleur

« je le prescrirai à une personne qui est prête à faire des exercices chez elle, en complément d'une kinésithérapie post op» (M12),

« j'envoie des lombalgiques, des sciatalgiques» (M18),

« un ami médecin, au même cours que moi n'avait plus mal au coude, en se relevant à la fin» (M16).

- aucun n'évoquait spontanément la question de la respiration.

Ce groupe trouvait important le fait d'être kinésithérapeute pour enseigner ce travail car le kinésithérapeute avait les connaissances corporelles nécessaire pour prendre en charge des personnes âgées.

## **Groupe 3**

Dans ce groupe; il y avait 4 femmes, elles pratiquaient la GH depuis plus de 10 ans, aucune ne travaillait en libéral, deux avaient souffert de pathologies lourdes et avaient ressenti la GH comme une aide précieuse pour faire face à leurs obligations professionnelles.

Toutes affirmaient que la GH était efficace contre la douleur, leur apportant bien être et tonicité; elles parlaient spontanément de l'apport de ce travail pour prendre conscience de soi et être autonome dans leur tête :

« quand on souffre, on se replie sur soi, il y a comme une inhibition motrice» (M5),

« la douleur prend la tête, c'est difficile de faire face à un travail exigeant» (M11).

**Données émergentes:**

Dans chaque groupe, il y avait 2 médecins qui voyaient ce travail comme un travail global sur soi et considéraient qu'il pouvait être efficace sur tout puisque c'était un travail complet de l'être humain.

**Autres données:**

Nous sollicitons les médecins sur la personnalité de l'enseignant, les réponses variaient:

« je suis prête à m'adapter à une autre personne si Odile s'en va, pourvu de continuer cette GH » (M20),

« je serais très embêtée qu'Odile s'arrête car je suis en pleine restructuration » (M2),

« c'est toujours personne dépendant, pour son médecin, pour son institutrice, pour son psy, il s'agit avant tout d'une rencontre » (M22),

« Odile, elle voit tout » (M5),

« Odile elle est exceptionnelle » (M10),

« avant je travaillais avec Michèle, c'était très bien aussi » (M7).

### 3.3. Questions concernant la Perte d'Autonomie

A la première question : est ce un problème qui vous touche ?

- 22 médecins répondaient
- 2 considéraient qu'elles n'étaient pas concernées professionnellement et avaient des réticences à s'exprimer sur ce sujet, par peur d'incompétence surtout.

#### **Groupe 1**

4 étaient en retraite, ils déclaraient prendre les devants en gardant des activités physiques et une vie sociale riche

« maintenir des activités physiques, tout ce qui est possible » (M1),

« je commence à être atteint par le vieillissement » (rires) (M9),

« je me suis dit : si eux y vont pour soulager leur douleur, ça pourrait bien m'arriver aussi ! Avant de souffrir, autant venir » (M9).

« Ah certainement, ce qu'on a fait aujourd'hui( en GH) les mouvements où on a cherché , on a essayé de garder l'équilibre sur un pied »(M9)

#### **Groupe 2**

Tous avaient un exemple à citer montrant qu'ils étaient concernés :

« ceux qui venaient au cabinet et qui ne viennent plus » (M14),

« à la façon dont ils se déplacent » (M18),

« lorsqu'ils utilisent une canne, se tiennent au mur » (M12),

« quand ils commencent à dire qu'ils ne sortent plus » (M21),

« dès qu'il y a la perte d'un sens, de toute façon c'est un problème »(M13).

#### **Groupe 3**

« je le vois bien, chez mes beaux-parents » (M5),

« ces personnes âgées dans le bus qui se cramponnent » (M22).

A la deuxième question : quelle est votre définition de la perte d'autonomie ?

Nous n'avons pas remarqué de différences entre les groupes : 16 disaient la même chose, résumée de cette façon :

- Ne plus pouvoir réaliser seul ou sans aide les activités de la vie quotidienne.
- C'est avoir besoin de quelqu'un d'autre pour subvenir à ses besoins, avoir besoin d'aides matérielles.
- Ne plus pouvoir vivre chez soi.

Ils différenciaient l'autonomie physique et psychique, considérant la deuxième comme beaucoup plus grave.

Cependant, deux médecins, l'une souffrant d'un handicap, l'autre cancérologue apportaient une vision différente, expliquant que l'autonomie c'est prendre sa vie en mains, décider soi même des aides dont on a besoin , savoir planifier son temps , que l'autonomie dépend des objectifs que l'on s'est fixé pour avoir une vie satisfaisante, Pour elles, la perte d'autonomie liée au vieillissement était surtout fonction de ce que la personne pouvait, grâce à ses capacités cognitives mettre en place et que ce problème existait à tout âge. Une évoquait que c'était de l'ordre de la personnalité de l'individu, quel que soit son âge, il s'agissait de la façon de gérer sa vie, de se considérer autonome ou non, de prendre à chaque tournant de vie ses propres décisions, que la vieillesse ne changeait rien au problème.

Une considérait l'autonomie par rapport à l'adaptation à une maladie lourde en fonction du projet de vie de la personne.

Un autre a évoqué la perte de désir: « tout se rétrécit autour d'eux, ils vivent une vie rétrécie » (M22).

Un envisageait la dépression comme cause de la perte d'autonomie « quand ils commencent à se plaindre d'une perte d'autonomie il faut rechercher la dépression » (M21).

Deux évoquaient la perte d'un sens (l'ouïe, la vue) comme facteur principal de perte d'autonomie.

Un a envisagé la conséquence financière qui découle de la perte d'autonomie : « devoir payer quelqu'un pour pouvoir rester à domicile » (M20)

A la troisième question: comment luttez vous contre la perte d'autonomie ?

- 18 disaient:

- par une action préventive
- par un bon suivi médical (médicaments, vaccinations)
- en conseillant une activité physique
- une bonne alimentation
- en prescrivant des aides matérielles au domicile

- 2 s'exclamaient : « en restant vivre chez soi le plus longtemps possible » (M18, M20)

« je leur dis de venir chez moi à pied » (M22),

« je leur montre des petits exercices pour se relever d'une chaise, je leurs dis de sortir faire leurs courses, tous les jours une à deux fois par jour même » (M21),

« retirer les tapis, adapter la maison, faire venir une ergothérapeute, pour éviter une chute » (M12).

- 1 évoquait la iatrogénie, le risque hospitalier, avec l'infantilisation des personnes âgées qui ne font plus rien, "car ça ne va pas assez vite! " (M4).

Elle soulignait l'importance des personnels soignant et accompagnant dans leur rôle pour stimuler la personne âgée.

A la quatrième question concernant les échelles d'évaluations.

- Les généralistes attachés à la faculté en utilisaient au moins deux (Moshon, IADLS).

- 5 spécialistes utilisaient des échelles liés à leur spécialité mais pas les échelles de dépendance locomotrice.

- Les autres médecins considéraient qu'ils évaluaient la dépendance en écoutant la plainte du patient, en l'observant et en l'adressant au gériatre, le considérant plus habitué pour évaluer avec des échelles.

Aucun ne considérait que c'était le manque de temps qui limitait l'utilisation d'échelle mais plus qu'elles n'avaient pas leur place dans leur travail, une était offusquée « je ne suis pas assistante sociale ... la perte d'autonomie peut se prévoir suite à une chute, suite à une hospitalisation pas besoin d'échelle pour ça » (M14).

« Des échelles non! Je me fie à leurs plaintes. » (M13)

### **3.4. Question concernant l'efficacité de la GH pour préserver l'autonomie de nos patients âgés à domicile**

22 médecins acceptaient spontanément de réfléchir à la question:

tous répondaient oui !

Mais les détails des réponses nuançaient le propos :

- 15 pensaient que c'était une gymnastique qui allait travailler l'équilibre.

- 16 pensaient qu'elle était efficace pour prévenir les chutes

« après ça on a cherché à garder l'équilibre sur un pied »(M9),

« c'est bon ça pour éviter les chutes » (M9).

- 11 citaient l'importance du groupe pour maintenir la vie sociale de la personne âgée :

« sortir d'une vie rétrécie, on a tendance à se refermer sur soi même quand on vieillit »(M15)

« un regard sur l'autre qui est bienveillant »(M17)

« c'est une rencontre à un moment de sa vie »(M15)

- 11 estimaient que la pratique de cette gymnastique était facile, qu'on pouvait commencer à tout âge :

« je ne me suis jamais sentie en difficultés en le faisant » (M23)

- 8 évoquaient la « non douleur » aussi bien pour guérir d'une douleur que pour ne pas s'en créer

« une gymnastique où on ne force pas, où on ne se fait pas mal » (M10),

« suite à mon entorse de cheville, j'ai guéri plus vite » (M4 retraitée).

- 3 médecins disaient que, en effet, en y réfléchissant avec nous, ils pensaient que cette GH était très adaptée aux personnes âgées, mais que eux la proposaient plus pour une détente, pour le stress, pour une personne qui cherchait un développement personnel, que c'était réduire ce travail que le considérer comme de petits exercices pour la force, la souplesse, l'équilibre.

- 6 (tous médecins du groupe 2) soulignaient l'importance du professeur formé en GH; plus attentif, mieux qu'un professeur de gymnastique volontaire, d'aquagym ou de yoga pour aider et motiver des personnes âgées

« effectivement si je pouvais avoir dans le quartier, comme Odile, dans le cadre d'un groupe de gymnastique volontaire, un praticien qui fait ça,...,un groupe de personnes âgées qu'elle chouchoutait » (M16).

A la question: avantages/ inconvénients de cette GH ?

La prescrieriez vous à des personnes souffrant de troubles cognitifs ou de dépression?

- 7 considéraient que le coût était un frein pour le proposer à leurs patients vieillissants.

- 1 évoquait le choix à faire parmi d'autres choses et que l'intérêt était bien supérieur à son prix.

- 7 évoquaient la personnalité de l'enseignant mais sans que nous puissions conclure que c'était réellement personne dépendant.

- aucun n'avait de réticence à le proposer aux personnes déprimées :

« ça aide à reprendre confiance en soi, conscience de soi, ça aide à reprendre son autonomie, quelqu'un qui vous aide sans vous infantiliser » (M23),

« le groupe évite l'isolement » (M24).

- 15 hésitaient pour les troubles cognitifs, selon le praticien, selon la gravité du trouble, en créant des groupes réservés ou si il existait un accompagnant de confiance qui pourrait rassurer la personne.

- 11 étaient favorables :

« la relation à son corps c'est très archaïque, ça ne pose pas de problème » (M23).

- 4 étaient plutôt dubitatifs.

Tous les médecins nous avaient bien accueillis et étaient très disponibles, parfois déconcertés par les questions, surtout :

#### Quels sont les inconvénients de cette GH ?

Toute personne avant de répondre marquait un temps d'arrêt:

« elle ne peut pas convenir à tout le monde, il faut accepter de s'écouter, de faire lentement et de faire attention à soi » (M6),

« c'est sur que ma mère, elle n'est pas prête pour ce travail, il faut accepter d'être attentif à soi » (M19).

Trois médecins se sont montrés critiques, estimant que ce travail au même titre que les arts martiaux ou le yoga, est un travail de développement personnel, un travail global, qu'il n'est pas plus adapté que la marche ou la natation pour lutter contre la perte d'autonomie et qu'il faut proposer plusieurs activités physiques aux personnes âgées selon leurs goûts.

## **4. DISCUSSION**

Etant interpellés par la perte d'autonomie, nous souhaitions montrer l'intérêt de la GH.

Ce qui se dégage dans cette étude c'est la spontanéité de l'échange, la profondeur, le plaisir de réfléchir à deux sur un problème grave de notre société.

#### **4.1. Valeur de l'enquête**

L'enquêteur a découvert de multiples détails auxquels il n'avait pas pensé. Il a changé sa façon de voir la perte d'autonomie grâce à ses échanges avec les médecins. Il a découvert intimement la pratique de chacun, sur l'intérêt qu'il porte à ses patients, comment il les aborde.

Le fait de partager l'intimité des médecins, d'écouter leur questionnement, a donné à l'enquêteur un grand optimisme sur la pratique médicale.

Une enquête quantitative aurait été faiblement productive et n'aurait rien apporté de statistiquement significatif pour une telle étude.

Le choix d'une recherche qualitative était tout à fait pertinent, car ce sont les éléments apportés qui en font la valeur.

Chaque médecin a pu relire l'entretien après envoi par mail et donner son avis, ce qui renforce la validité externe de l'étude.

La validité interne a été recherchée par le directeur de thèse évaluant ce que l'enquêteur attendait de cette recherche et s'il était prêt à accepter toutes les opinions, à les analyser et à en restituer la synthèse par écrit.

L'enquêteur a clairement exprimé son intérêt pour cette GH .

Il était conscient du fait que d'avoir rencontré des médecins qui pratiquent une activité physique constitue, un premier biais favorable pour leur motivation à prévenir la perte d'autonomie par une activité physique.

Le 2ème biais provient du fait que les médecins soient eux-mêmes élèves dans des cours de GH .

C'est pourquoi l'enquêteur posait une question concernant les avantages et les inconvénients de cette GH .

La force de cette étude est le travail personnel de l'enquêteur. Elle a relu et dépouillé elle même tous les interviews, assurant ainsi une cohérence méthodologique, après avoir étudié la mise en œuvre d'une enquête dans le cadre d'une recherche qualitative .

Cette étude s'étend à plusieurs départements français. Avec davantage de temps et de moyens elle aurait pu être réalisée dans plusieurs pays car cette GH est pratiquée dans 11 pays.

Cette étude est fiable et reproductible.

#### **4.2. Concernant la perte d'autonomie**

Les médecins donnent tous une définition complète de la perte d'autonomie montrant qu'ils y ont déjà réfléchi. Si deux refuseront de parler de la perte d'autonomie, c'est plus parce qu'ils considèrent que, n'exerçant pas dans ce domaine, ils n'ont pas de compétence pour en parler.

De la même façon, les solutions de prévention proposées sont consensuelles, montrant de la part de chaque médecin une bonne information. Aucun n'a levé les yeux au ciel me signifiant qu'il n'est pas concerné.

Cependant, les échelles sont reléguées à l'évaluation gériatrique quand il s'agit d'adapter le domicile, de préparer une institutionnalisation ou de donner un médicament spécifique.

Pour les médecins interrogés, c'est l'observation et le dialogue qui comptent pour une action préventive.

Sur 24 médecins interrogés, 22 médecins préconisent et prescrivent quand ils le peuvent une activité physique alors que, dans la thèse d'Anne-Sophie la prescription d'activité physique ne venait qu'en prévention secondaire; de toute évidence, nos échantillons de population médicale ne sont pas les mêmes.

### 4.3. Concernant la prescription de GH

Les médecins qui pratiquent personnellement la GH sont tous convaincus de son efficacité.

Il ressort de cette étude que eux, vivent la GH comme un complément à une activité physique plus intense quand ils sont encore bien valides, afin de soigner des aléas temporaires et de pouvoir reprendre une vie plus active.

La GH est pour eux un lieu de détente, de réparation où ils enverront travailler des patients qui commencent à avoir un problème.

Cette enquête qualitative que nous avons réalisée auprès de vingt quatre médecins montrera que ce travail est tout à fait adapté à la personne vieillissante à domicile, mais aussi à tout âge.

Certains le préconisent dès l'enfance comme une éducation gestuelle afin de mieux grandir et éviter les mauvaises habitudes nuisibles à notre corps.

D'autres le proposent à leurs patients quand ils sont face à un événement traumatisant ou un tournant de leur vie afin de se reconstruire et de créer un contact positif avec soi (ménopause, retraite, cancer, accident).

D'autres encore le proposent à toute personne qui s'intéresse à améliorer sa façon de vivre.

D'autres enfin considèrent que cela devrait être enseigné dans le centre hospitalier où ils travaillent pour le bien être des malades.

Tous les médecins interrogés trouvaient un intérêt à cette gymnastique pour lutter contre la perte d'autonomie. Tous la pratiquent, ce qui constitue un biais évident, mais aucun ne prévoit de l'arrêter pour cause de vieillesse. Cette GH est considérée comme facile à faire, à tout âge.

La pratique de cette gymnastique prévient des chutes par le renforcement musculaire et la souplesse articulaire permettant à une personne de rétablir vite son équilibre, quand une perturbation extérieure survient.

Elle prévient aussi du risque de chute en diminuant la prise médicamenteuse, en entretenant par la stimulation proprioceptive un bon schéma corporel, en redonnant à la personne âgée confiance en ses jambes, lui évitant de rechercher à "s'accrocher" partout.

En Bretagne à Malestroit, Michel Paré a réalisé pour lui, une étude<sup>4</sup> portant sur 17 femmes âgées inscrites à un groupe d'activités pour seniors, certaines avaient été opérées de coxarthrose, d'autres avaient des maladies dégénératives, d'autres étaient en parfaite santé, les tests ont été réalisés deux fois à six mois d'intervalle. Il n'a procédé à aucun tri pour choisir les participantes à ce test, elles n'ont reçu aucun entraînement spécifique avant les deux tests.

Il s'agissait de tests d'aptitude locomotrice (Get up and go test, Tinetti statique, One leg balance) et de bilans d'amplitudes articulaires. Il a enregistré, après six mois de pratique de GH, une nette amélioration des tests et des bilans ( le deuxième test n'a pas été fait après un cours de GH ). Bien que cette étude ne soit pas parfaitement faite selon des critères scientifiques et qu'elle ne porte que sur un petit nombre de patientes, elle montre que la pratique de la GH est efficace pour prévenir le risque de chutes.

Cette gymnastique nécessite un animateur compétent et des personnes motivées.

Elle présente un défaut : son coût pour les personnes âgées nécessiteuses: 3 médecins se sont montrés très intéressés apprenant que cette GH était pratiquée dans des MJC à Saint Maur, à Montreuil, à Fontenay et à Paris. Il faudrait renforcer cette pratique et la suggérer dans les conseils municipaux.

---

4 Voir en annexe 3: schémas des résultats des tests

Un médecin déplore le manque d'information concernant cette gymnastique qui est pourtant pratiquée en France, en Angleterre, en Allemagne, en Grèce, en Espagne, au Portugal, en Italie, en Suisse, aux USA, au Brésil et au Canada.

Nous conseillerons à l'association représentant cette gymnastique de renforcer ses campagnes d'information.

Actuellement la formation pour devenir praticien en Gymnastique Holistique - Méthode du Docteur Ehrenfried® est enseignée pour la France par Catherine Casini et Michel Paré.

Elle est réservée aux kinésithérapeutes et aux titulaires d'un diplôme universitaire d'enseignement sportif.

La formation dure deux ans, à raison de deux jours par mois, des connaissances anatomiques sont requises et une pratique quotidienne d'une heure de GH est demandée aux praticiens en formation.

Pour pouvoir figurer dans l'annuaire de l'association des élèves du Dr Ehrenfried il faut avoir validé sa formation, écrit un mémoire, être à jour de ses cotisations et maintenir à jour ses connaissances en ce domaine, de nombreux stages et colloques sont organisés dans ce but.

#### **4.4. Réflexions et propositions d'informations concernant la GH**

Beaucoup de médecins se sont demandé comment cette gymnastique fonctionnait:

« pourquoi le bras travaillé s'allonge, pourquoi le pied homo-latéral se détend quand on travaille le bras ».

Nous n'avons trouvé aucune réponse scientifique dans notre recherche bibliographique car cette GH n'a jamais fait l'objet de ce type de recherche, cependant les travaux du **Professeur Jean Masson, directeur de recherche du CNRS [23]**, sur le fonctionnement cérébral lors du mouvement, donnent des bases.

Il propose une étude approfondie analysant comment se déroule un mouvement au niveau local (articulaire, musculaire, tendineux), puis analyse le fonctionnement du système nerveux central.

Quels sont les récepteurs qui entrent en jeu, les réflexes médullaires, les voies de cheminement dans le SNC, des noyaux centraux de la base, aux aires pré-motrices, motrices et motrices supplémentaires et les interactions cerveau, cervelet ?

Nous ne pouvons faire la synthèse de tout un livre que nous vous recommandons.

Simplement, nous allons décomposer un mouvement en essayant de donner les grandes séquences de ce qui se réalise.

Exemple du roulement d'une balle de caoutchouc sous le pied droit actif, en décubitus dorsal :

Au départ, les pieds posés au sol, genoux fléchis environ à 90° dos au sol, tête au sol, les bras le long du corps.

Dès la prise de position, les récepteurs tendineux, articulaires, musculaires et ceux du fuseau envoient des informations (étirement, rapprochement contraction) par les voies de la sensibilité pallesthésique :

Au niveau médullaire : activation du réflexe myotatique qui renforce le travail des muscles agonistes et relâche les muscles antagonistes.

Cheminement par les voies afférentes, accueil et analyse de l'information dans les aires pré-motrices, tandis que les aires motrices du cortex pariétal continuent d'être actives envoyant des ordres pour réaliser le mouvement selon l'image que le cerveau s'est faite préalablement en fonction du but à atteindre.

A ce niveau, tout se passe comme si le cerveau programmait un mouvement en l'imaginant sans le connaître; continuellement, il reçoit des informations de ce qui se réalise dans le corps et ajuste la commande volontaire jusqu'à adéquation entre l'image et l'action, à chaque instant des copies sont créées pour informer les centres supérieurs qui vont régler leurs excitabilités selon le but à atteindre.

Les voies afférentes et efférentes font relais au niveau des noyaux centraux du tronc cérébral et du cervelet, ceux-ci règlent le tonus basal et ajustent les contractions agonistes et antagonistes pour un mouvement précis.

Reprenons le mouvement:

La consigne est de rouler la balle sous la tête du premier métatarse et longer la partie interne de la voûte plantaire.

Tandis que la balle avance afin de garder un contact, la cheville exerce une dorsiflexion présentant à la pince tibio-péronière sa partie articulaire la plus large. Alors, la pince s'ouvre par une rotation de la fibula (péroné) qui se répercute dans la partie supérieure de la jambe. C'est par l'information des récepteurs sensitifs que travaillent les muscles jambiers antérieurs et latéraux tandis que le triceps sural se laisse étirer passivement.

Afin de réaliser les rotations sur la balle, les muscles ischio-jambiers, qui ont des insertions tibiales supérieures, se contractent alternativement comme on manie des rênes. Une autre partie de leurs fibres reste contractée avec le muscle poplité pour maintenir la flexion du genou.

Face antérieure de cuisse; travail alternatif aussi. Tantôt des muscles internes (vaste interne, gracilis, couturier et adducteurs) ou muscles externes (vaste externe et fascia-lata, petit et moyen fessier). Tous ces muscles, habitués à un travail puissant en charge, ou pour mobiliser le membre inférieur, font là un travail inhabituel.

Ces petites rotations au niveau pied genou se transmettent par l'intermédiaire des muscles bi-articulaires sur la coxo-fémorale, sollicitant le tendon du psoas iliaque, la capsule articulaire.

Ensuite au moment du repos jambe allongée, relâchement de tous les muscles, et remplacement possible des articulations, l'iliaque modifie sa position:

Réduction de l'antéversion, le psoas-iliaque gagne quelques millimètres au niveau de son insertion basse et peut les transmettre dans ses insertions lombaires. Il peut aussi se détendre, son fascia sur lequel pose le rein gagnera en liberté de mouvement, laissant alors le diaphragme abaisser davantage ses coupes.

La position nouvelle de l'iliaque permet au sacrum une contre-nutation, modifiant le travail des pelvi-trochantériens et de la masse lombaire. Chaque vertèbre lombaire, n'étant plus tirée vers l'avant par le psoas, peut laisser la pesanteur agissant sur le

ventre (on est allongé au sol) appuyer de quelques grammes sur la face antérieure du corps des vertèbres et diminuer l'hyper-lordose.

Ces millimètres gagnés se transmettent à la colonne dorsale qui s'allonge (comme un jeu de dominos qui tombent). Si aucun muscle ne les bloque les côtes peuvent s'ouvrir antérieurement selon leur surface articulaire. Le sternum monte, la clavicule monte et recule, l'omoplate n'est plus tirée en avant au niveau de sa coracoïde. Les pectoraux peuvent se relâcher et l'omoplate retrouve une position dorsale. Le grand dorsal qui naît des lombaires, fait un relais sur la pointe de l'omoplate et s'insère dans la gouttière humérale, trouve une longueur et desserre son étau rotateur interne et abaisseur du bras. Alors, l'humérus trouve une position plus centrée dans la glène humérale, les tensions de la coiffe des rotateurs diminuent. Le bras est ressenti comme plus long car les coaptations au niveau articulaire sont diminuées.

Bien sûr, de peu pour chaque articulation, mais la somme est suffisante pour être ressentie.

Voici une description rapide, beaucoup de muscles n'ont pas été mentionnés dans notre description, mais il s'agit de comprendre comment un travail localisé apporte une détente globale.

D'autres activités de détente tels le yoga ou la méditation ou certains exercices de kinésithérapie donnent le même résultat. Mais l'attention n'est pas attirée sur ce phénomène et l'élève ne peut pas en tirer une sensation constructive pour lui.

Voilà pourquoi Elsa Gindler n'aimait pas appeler ce travail "gymnastique"  
« car un apprentissage seul de mouvements ne peut amener vers une conscience interne de son corps nécessaire à une transformation profonde »

Seulement quatre médecins ont évoqué la notion de travail global pour un développement de soi et un seul est contrarié par la tendance de "mettre ce travail à toutes les sauces". En effet, il peut être efficace "à toutes les sauces" devant la

diversité des mouvements proposés, grâce à la détente qu'il apporte, par sa capacité à replacer les segments du corps dans une bonne position et, par ses exercices si particuliers, pour tonifier les muscles qui permettent de garder cette bonne position.

Mais il est dommage d'oublier que ce travail, si il est appris comme un outil de développement personnel, apporte à la personne les moyens de gérer, elle-même, mieux son autonomie dans sa vie à toutes les étapes. Il s'agit plus d'une philosophie de vie, d'un travail sur l'être humain, comme les arts martiaux, que de recettes pour marcher ou se tenir mieux.

## CONCLUSION

En 2011, le vieillissement de la population annoncé déjà depuis 1976 par P. Chaunu<sup>5</sup> et G.Suffert est une réalité. Se plaçant d'un point de vue préventif nous voulons agir pour préserver nos patients d'une perte d'autonomie source de souffrance, d'isolement et d'institutionnalisation.

En première partie, l'objet de cette thèse était de connaître le vieillissement, ce qu'il représente pour les institutions et la perte d'autonomie avec ses causes, son installation et son impact.

Nous voulions aussi faire le point sur l'apport de l'activité physique pour le vieillissement afin de prévenir la perte d'autonomie.

En deuxième partie, nous avons voulu approfondir sur le terrain de l'exercice professionnel :

La prise en charge du vieillissement, la prévention de la perte d'autonomie, l'intérêt de la GH, en discutant avec des médecins de l'apport de cette GH pour la problématique de notre thèse.

Nous avons prévu de faire une étude limitée à la perte d'autonomie locomotrice, mais les études scientifiques et les interviews des médecins nous apportèrent un autre regard.

Même pour prévenir une simple chute, il faut une prise en charge globale, une dimension plus grande de prise en charge de la santé.

---

<sup>5</sup> La Peste Blanche  
Paris, Broché : 1976

L'utilisation de la recherche qualitative a permis d'objectiver que tous les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes, étaient concernés par le vieillissement et qu'ils le considéraient davantage réussi si il avait lieu à domicile. Ils agissaient contre la perte d'autonomie, que ce soit par des conseils ou des prescriptions, ils étaient bien informés sur ce sujet. Ceux qui pratiquaient la GH étaient convaincus de son intérêt pour le maintien de l'autonomie.

Cette thèse n'avait pas pour objectif de savoir quels étaient les freins à la prescription, cependant un frein apparaît clairement, le manque d'information concernant cette GH.

Bien que cette gymnastique soit trop peu représentée en France, nous espérons que cette thèse va encourager les médecins à se renseigner sur les moyens existants près de leur lieu d'exercice. Que ceci les amènera à proposer à leurs patients vieillissants au moins un travail corporel (gymnastique douce, yoga, groupe senior, tai chi chuan et surtout Gymnastique Holistique-Méthode du Docteur Ehrenfried®).

## **ANNEXES**

## Annexe 1

1-sites internet d' associations de Gymnastique Holistique:

France

[www.gym-dr-ehrenfried.fr](http://www.gym-dr-ehrenfried.fr)

<http://www.gym-holistique.fr>

[www.gymholistique.com](http://www.gymholistique.com)

[christianebl@gym-holistique.fr](mailto:christianebl@gym-holistique.fr)

<http://gymholistiqueleblog.free.fr/>

Canada

[www.gymnastiqueholistique.com](http://www.gymnastiqueholistique.com)

Brésil

[www.ginasticaholistica.com](http://www.ginasticaholistica.com)

Allemagne

[www.jgstiftung.de](http://www.jgstiftung.de)

[www.jacobygindler.ch](http://www.jacobygindler.ch)

[www.pikler-hengstenberg-gesellschaft.at](http://www.pikler-hengstenberg-gesellschaft.at)

[www.goralewskigesellschaft.de](http://www.goralewskigesellschaft.de)

[www.praeha.de](http://www.praeha.de)

USA

[www.sensoryawareness.or](http://www.sensoryawareness.or)

## Annexe 2

2-Enquête réalisée auprès de personnes participants aux cours de gymnastique Holistique dont le résultat a été rendu publique lors d'un colloque de l'association des élèves du Dr Ehrenfried et des praticiens en GH et réalisée par le cabinet Ithaque, 5 rue Charonne 75011 PARIS,

[ithaque@wanadoo.fr](mailto:ithaque@wanadoo.fr) . [www.ithaque-consultants.fr](http://www.ithaque-consultants.fr)

Réalisé en juillet 2007

Traitement de l'enquête Claude Vauclore, Pauline Vuarin

# Porte ouverte du 27 septembre 2008

## A l'Institut Hahnemann

### RENCONTRES ÉLÈVES / PRATICIENS

#### INTRODUCTION de Catherine CASINI

#### Chers Collègues, chers élèves

Je suis heureuse de vous accueillir cet après-midi à la 12<sup>e</sup> Porte Ouverte de l'AEDE.

Cette année, cette rencontre est organisée de manière un peu différente des autres années.

Nous avons lancé, vous le savez, il y a plus d'un an un vaste questionnaire pour déterminer quels étaient les impacts de la Méthode Ehrenfried chez les élèves pratiquant notre Méthode.

Vous avez bien voulu vous associer à cette démarche.

Nous vous en remercions, car sans vous ce travail n'aurait pas été ce qu'il est c'est-à-dire un grand moment de réflexion, un remarquable instrument d'appréciation et de mesure.

Tout ceci nous a amené à réaliser cette Porte Ouverte en engageant un dialogue inter – actif avec vous, sous forme de tables rondes permettant à chacun d'entre vous de vous exprimer librement (et d'échanger avec les praticiens).

Je vous rappelle que ce questionnaire qui a été pris en charge par la plupart des praticiens et analysé sur 600 réponses par une statisticienne compétente s'orientait sur des axes bien déterminés.

Il nous a donc paru opportun en introduction de commenter rapidement cette statistique qui fera date.

#### I. Tout d'abord la population enquêtée :

	Effectif	%
Masculin	55	9%
Féminin	540	91%
Total	595	

	Effectif	%
20 à 29 ans	6	1,0%
30 à 39 ans	26	4,3%
40 à 59 ans	270	45,1%
60 à 69 ans	182	30,4%
70 à 80 ans	91	15,2%
Plus de 80 ans	24	4,0%
Total	599	

- 91% sont des femmes
- C'est une population essentiellement d'actifs : la plus grande majorité sont des actifs entre 40 et 59 ans (41,1%), puis arrivent les retraités entre 60 et 69 ans (30,4%).

## II. la Pratique:

- ✓ L'analyse des résultats souligne l'importance de la durée du suivi de la pratique. C'est après 3 ans que les résultats sont maximums.
- ✓ **En ce qui concerne les raisons qui conduisent à cette pratique, 2 réponses passionnantes arrivent en tête :**
  - L'entretien physique et la prévention : 43,7%
  - Puis le curatif : 17%, le rhumatismal

Cela signe une intelligence du problème qui valorise la PRÉVENTION : il faut intervenir AVANT d'avoir à guérir.

**Ensuite vient un tableau important qui met en avant le type d'amélioration sur le plan Général :**

	Effectif	%
Respiration	229	38,7%
Equilibre	309	52,3%
Tonus	212	35,9%
Détente	462	78,2%
Aucune amélioration	4	0,7%
Autres	85	14,4%
Total/ répondants	591	

### 1. **La Détente : 78,2%**

La méthode apparaît comme le meilleur médicament anti-stress et que tout le monde se sent agressé, stressé. Ceci pose un très gros problème sociétal : pourquoi une société engendre-t-elle autant de stress, de prescription d'antidépresseurs et tranquillisants ?

### 2. **L'équilibre : 52,3%**

Cette deuxième place est assez évocatrice de la qualité de notre travail : l'équilibre, c'est-à-dire l'aplomb qui a d'ailleurs son versant mental et son versant physique ; l'un appelant l'autre et réciproquement. N'oublions pas que Mme Ehrenfried a intitulé son ouvrage clé : « De l'éducation du corps à l'équilibre de l'esprit »

### 3. **La respiration : 38,7%**

Troisième place : la respiration. Nous avons là un très important travail pédagogique ; faire comprendre que la respiration est aussi une très importante clé pour amener à l'équilibre.

Comme le rappelait Carola SPEAD « tout est dans la respiration ».

### 4. **En 4<sup>o</sup> place le tonus.**

### III. Passons du plan général à des items plus ciblés :

#### 1er. En ce qui concerne la prise de médicaments par nos élèves :

#### On voit une importante diminution de la consommation médicamenteuse, donc L'Ehrenfried combat le iatrogène.

En effet parmi tous ceux qui consomment habituellement des médicaments, pris dans la liste suivante : antalgiques, anti-inflammatoires, somnifères, tranquillisants, nous enregistrons avec une certaine satisfaction que la consommation a diminué de 37,7 %.

	Effectif	%
Oui	79	37,3%
Non	133	62,7%
Total	212	

Et plus en détail :

	Effectif	%
Antalgiques	45	56,3%
Anti-inflammatoires	34	42,5%
Somnifères	9	11,3%
Tranquillisants	10	12,5%
Autres	4	5,0%
Total/ répondants	80	

- ✓ Pour les antalgiques 56,3%
- ✓ Pour les anti-inflammatoires 42,5%
- ✓ Pour les somnifères 11,3%
- ✓ Et pour les tranquillisants 12,5%

Excellent résultat quand on sait que chez les Français, la consommation de médicaments souvent agressive pose problème. Donc, non seulement on améliore les comptes de la sécurité sociale, ce qui en ce moment n'est pas sans intérêt, et surtout nous confortons la santé de nos concitoyens.

#### 2e. Sur le plan du stress

	Effectif	%
Oui	268	47,4%
Non	25	4,4%
Pas concerné	272	48,1%
Total	565	

- ✓ Nous enregistrons que 47,4% de nos élèves voient leur stress amélioré.
- ✓ Ces chiffres sont à comparer avec le nombre d'élèves recherchant avant tout la détente, c'est-à-dire 78,2%.

3e. Arrive là maintenant un ensemble essentiel, tout le domaine des douleurs chroniques articulaires. On sait combien l'arthrose, la douleur qu'elle engendre, l'impotence fonctionnelle qu'elle crée, devient au fur et à mesure que le sujet vieillit une préoccupation majeure pour lui et son milieu environnemental.

- ✓ Prenons d'abord le cas **des lombalgiques** qui viennent à l'Ehrenfried, il s'agit tout de même de 48,2 % pratiquement la moitié de nos élèves. Le percentile est énorme. Sont améliorés, satisfaits, heureux d'exister 45,6% ! et ne le sont pas un misérable 2,7%, Merci Dr Ehrenfried !

	Effectif	%
Oui	256	45,6%
Non	15	2,7%
Pas concerné	291	51,8%
Total	562	

- ✓ Quant à **la cervicalgie** moins fréquente évidemment, la nuque est peu sollicitée par les travaux de force, il y a 39% des élèves qui souffrent de la nuque. Sur ce pourcentage 37,5 % vont se déclarer améliorés et 2% non améliorés. Les autres ne se sentent pas concernés.

	Effectif	%
Oui	211	37,5%
Non	11	2,0%
Pas concerné	341	60,6%
Total	563	

Il semble bien que la Méthode Ehrenfried apporte des solutions tout à fait positives pour le mal du siècle qui est le mal de dos. Ceci nous est confirmé par tous les travaux cliniques que mène actuellement au Brésil notre chère amie Patricia Lacombe.

- ✓ Je ne m'éternise pas sur les autres tableaux. Mais nous avons des résultats tout aussi intéressants sur le travail du périnée, celui de l'épaule ainsi que pour le pied et la hanche.

Je prends l'épaule sur la moitié concernée

	Effectif	%
Oui	248	44,1%
Non	22	3,9%
Pas concerné	292	52,0%
Total	562	

#### **IV. Reste un certain nombre d'items extrêmement importants qui concernent le vécu de nos patients, à l'interface du corps et du psychisme.**

Là, nous trouvons des résultats remarquables.

1er. Le premier... est dans cette réponse qui m'a étonnée personnellement et qui pourtant est très claire dans son aspect positif : 83,6 % des répondants ressentent incontestablement **une meilleure présence à eux-mêmes**. C'est-à-dire une meilleure adéquation de leur image corporelle vécue avec l'idéal qu'ils en ont. En fait ils se sentent plus à l'aise, mieux dans leur corps.

	Effectif	%
Oui	491	83,6%
Non	17	2,9%
Je ne sais pas	79	13,5%
Total	587	

2<sup>e</sup>. Item très démonstratif de l'enrichissement de la personnalité : 64,1% ont une meilleure **confiance sur le plan physique**.

	Effectif	%
Oui	357	64,1%
Non	48	8,6%
Pas concerné	152	27,3%
Total	557	

3<sup>e</sup>. Presque 60% acquièrent **une autonomie face à leur pathologie**

	Effectif	%
Oui	332	59,6%
Non	36	6,5%
Pas concerné	189	33,9%
Total	557	

4<sup>e</sup>. 81,7% constatent **une amélioration de ce que l'on appelle le maintien** c'est-à-dire cette sensation heureuse d'un équilibre dans l'harmonie d'une attitude.

	Effectif	%
Sur le vieillissement	59	10,5%
Sur la transformation de la silhouette	109	19,3%
Sur le maintien	461	81,7%
Aucune amélioration	49	8,7%
Autres	20	3,5%
Total/ répondants	564	

Tout ceci témoigne de la profondeur d'action de la Méthode Ehrenfried et de la libération ostéo articulaire.

**La conclusion de cette analyse vient d'elle-même.**

**À la question globale simple et claire : Êtes-vous satisfaits de votre travail Ehrenfried ?**

**Bilan Général de la pratique : Atteinte des objectifs de départ**

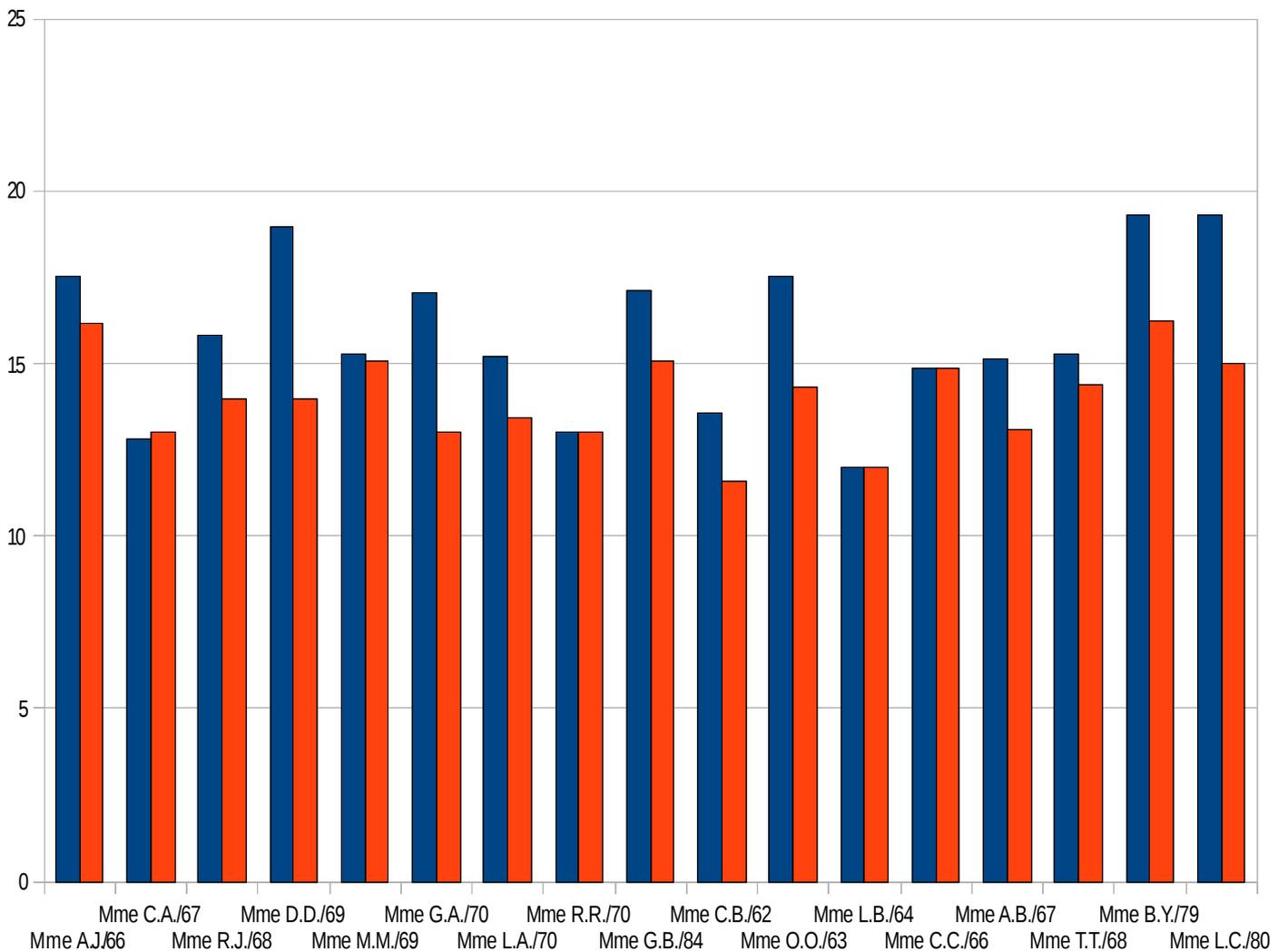
	Effectif	%
Partiellement	322	59,7%
Totalement	212	39,3%
Pas du tout	5	0,9%
Total	539	

- 60% Partiellement (59,7%)
  - 40% Totalement (39,3%)
  - Moins de 1% (0,9%) pas du tout
- Excellent résultat....

## Annexe 3

schémas réalisés par Michel Paré d'après les résultats de son étude sur l'impact de la GH chez 24 personnes âgées

### Test A. Get-up-and-Go (*en secondes*)



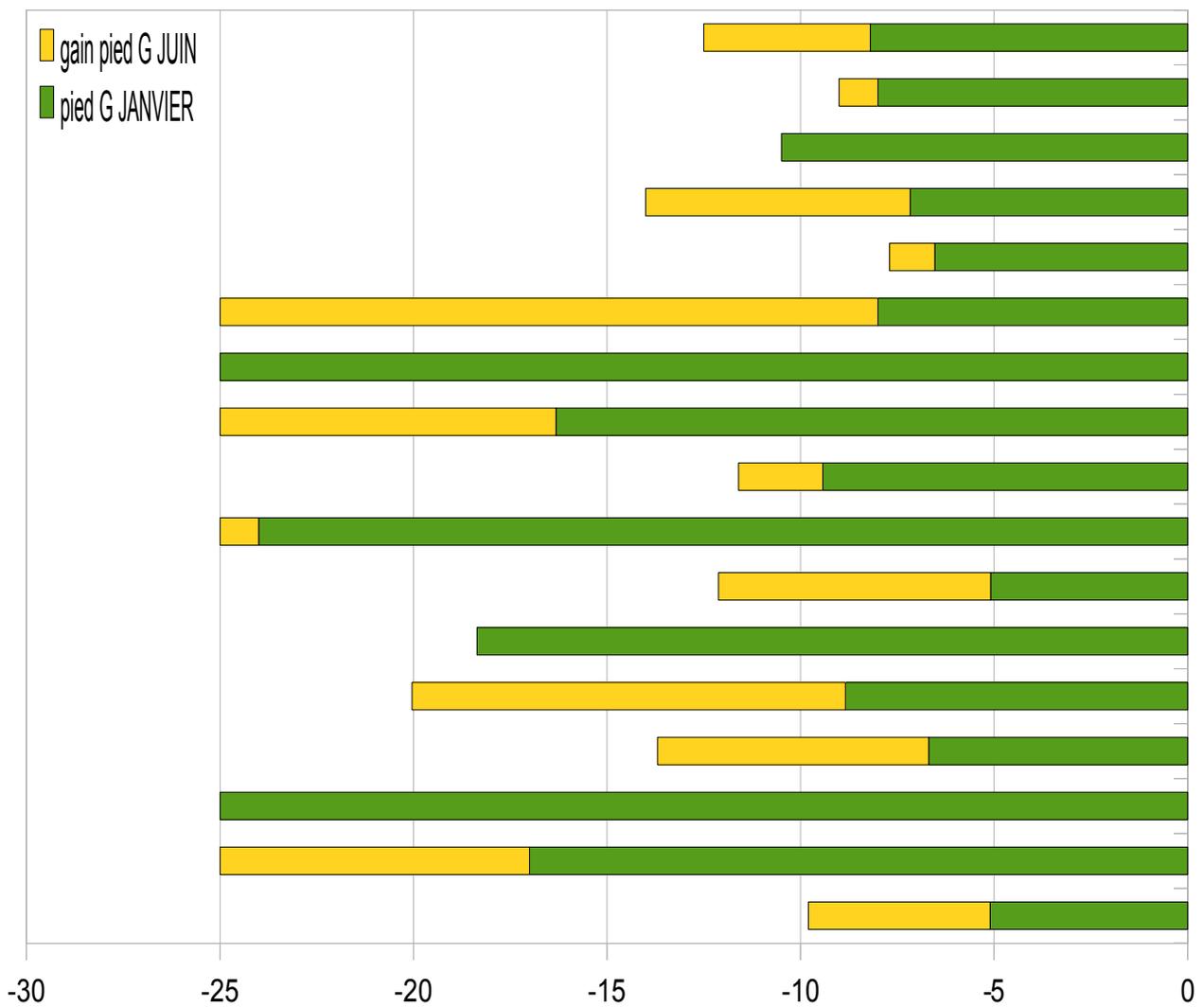
#### GAINS EN %

13,60	-2	26,16	23,62	-	14,70	-
18,35	15,80	-	5,71	11,62	0,99	11,71
			5,88	22,36		
						11,95

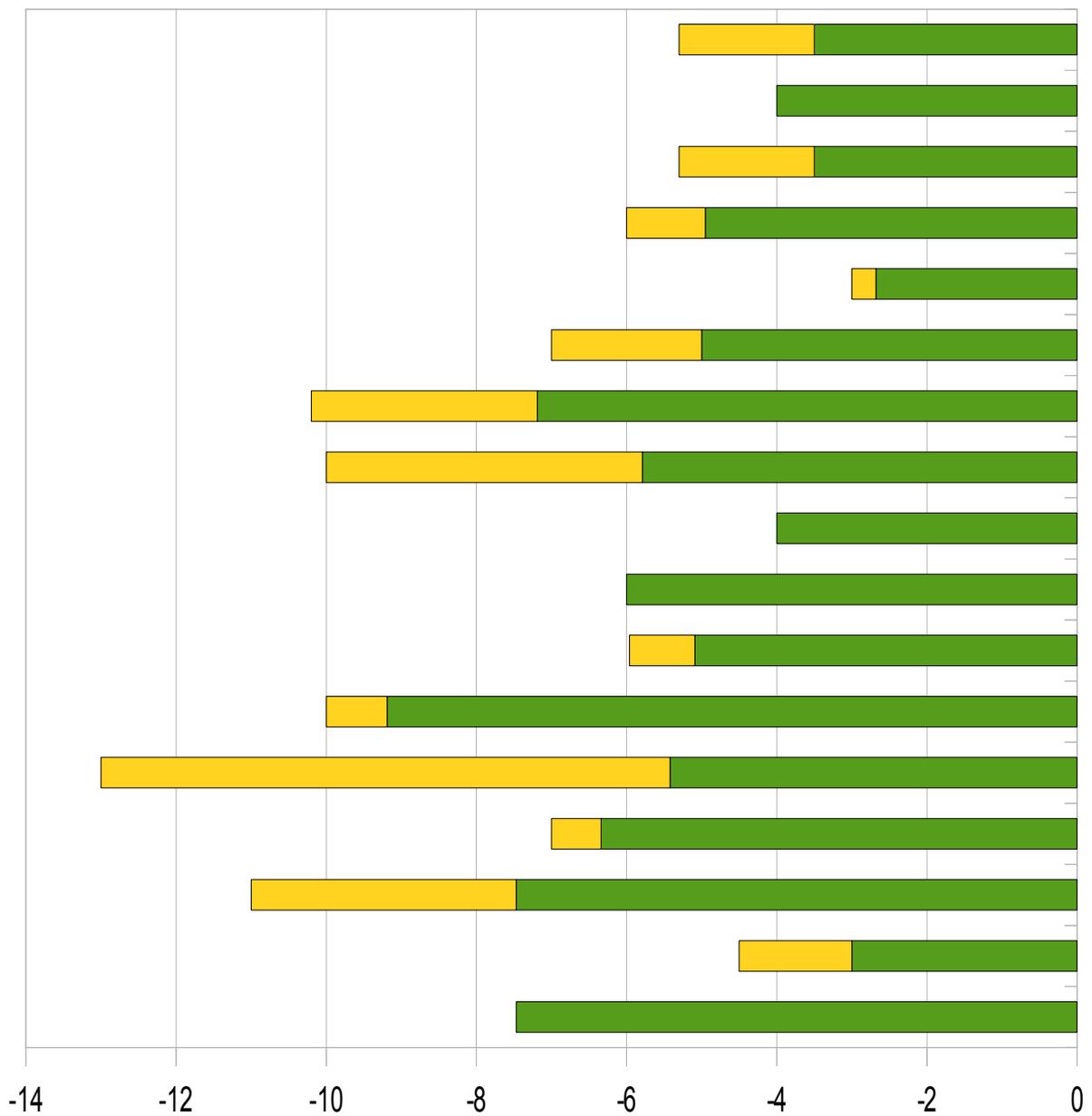
## Test B. Tinetti statique

NOM	Nbre d'adaptations JANV	Nbre d'adaptations JUIN	
AJ/66	1*	0	* (360°)
CA/67	1*	0	* debout YF
RJ/68	0	0	
DD/69	0	0	
MM/69	0	0	
GA/70	0	0	
LA/70	0	0	
RR/70	1	0	
GB/84	0	0	
CB/62	0	0	
OO/63	0	0	
LB/64	1	0	
CC/66	6	2*	* rot tête (360°)
AB/67	1*	0	* (360°)
TT/68	4	1*	* (360°)
BY/79	6	3*	* lenteur
LC/80	3	0	

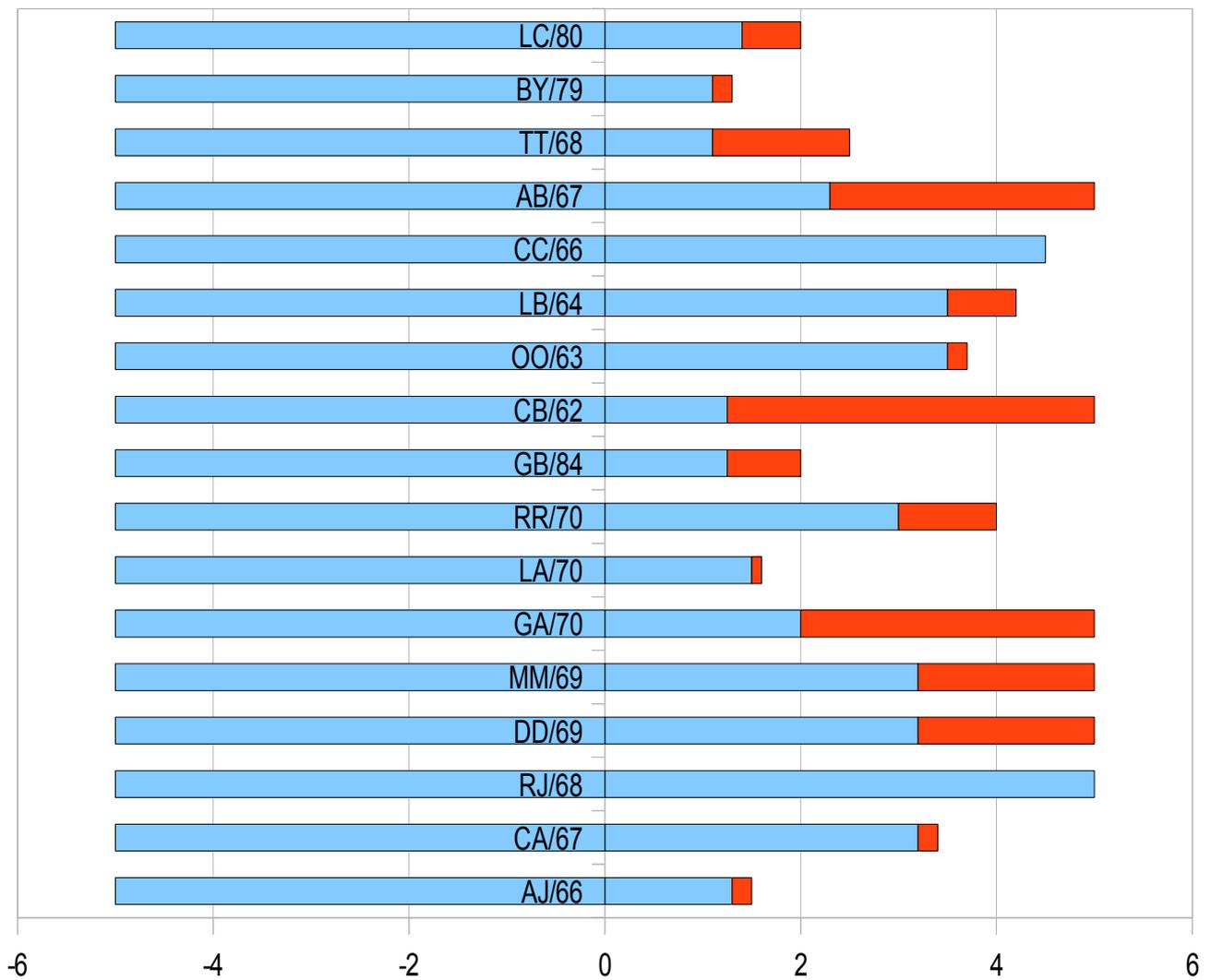
## Test C. One-leg balance (en sec) – Yeux ouverts / Pied gauche



## Test C. One-leg balance (en sec) – Yeux fermés / Pied gauche



## Bilan 2a. Mobilité axiale globale – rotation à gauche (en m)



## Annexe 4

4-Rapport pour Bien Vieillir. Dr de Ladoucette

<http://www.sante.gouv.fr/bien-etre-et-sante-mentale-des-atouts-indispensables-pour-bien-vieillir.html>

## **BIBLIOGRAPHIE**

## Bibliographie

- 1-Aubin-Auger I  
Introduction à la recherche qualitative  
Exercer 2008 (84) 142-5
- 2-Barden L  
L'analyse de contenu, chapitre : le codage collection quadrigé  
Paris : PUF ; 2007.
- 3-Berthoz A  
Le sens du mouvement,  
Paris : Odile Jacob ; 2008
- 4-Baudier F, Demougeot E,  
Travailler sur la santé globale pour lutter contre la perte  
d'autonomie, mieux prévenir les chutes chez les personnes  
âgées,[consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de l'URL  
<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/381/02.htm>
- 5-Bonnet J, Bonnet C  
Théorie de l'apprentissage moteur: étude comparée  
Paris: Actio ; DL 2008
- 6-Brami J, Amalberti R  
Sécurité du patient en médecine générale,  
Paris : Springer Science ; 2010.
- 7-Buchman, AS  
Physical Activity and Motor Declin in Older Personns  
Muscle Nerve. 2007 Mar;35(3):354-62.
- 8-Calza A, Constant M  
La personne âgée du comportement à l'acte imaginé, abrégés  
de psychomotricité, 3eme éd  
Paris : Elsevier Masson ; 2007.

9-Collège national des enseignants  
Corpus de gériatrie, tome 1  
Montmorency (France) : 2M2 ; 2000

10-Coté Luc, Turgeon J  
Comment lire de façon critique les articles en médecine,  
Pédagogie médicale,  
Revue internationale francophone d'éducation médicale 2002;  
3(2) : 81-87

11-Culianez Anaïs  
Perspectives d'amélioration du stage chez le médecin  
généraliste au deuxième cycle des études médicales à Reims  
Thèse : Médecine Générale : Reims : 2010 ; 64

12-Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide  
remplissage de la grille AGGIR, journal officiel de la république  
française.  
[consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de l'URL  
[www.plan-retraite.fr/aggir\\_guide\\_remplissage.pdf](http://www.plan-retraite.fr/aggir_guide_remplissage.pdf)

13-Dos Santos S, Makdesi Y  
Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes  
âgées, 1ers résultats enquête Handicap et Santé 2008 DREES,  
INSEE revue Etudes et Résultats n°718 février, 2010.  
[consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de l'URL  
[www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf)

14-Fabre C, Mucci P, Traisnel C  
Effets de la pratique de la gymnastique d'entretien chez des  
sénieurs sur la condition physique, la fonction cognitive et la  
prise médicamenteuse.  
Sciences et Sport 2003 ; (18) : 196-201.

15-Ferron C

L'évaluation gériatrique standardisée en dix points  
Revue des maladies respiratoires SPLF  
Paris : Elsevier Masson ; 2007(24) 785-790.

16-Fraga MJ, Ali Cader S, Fereira M, Giani T S, Dantas E,  
Aerobic resistance, fonctionnel autonomy, quality of life of  
elderly women impacted by a recreation and walking programm  
Archives of Gerontology and Geriatric. 2011 Jan-Feb; (52) : 40-  
43

17-Garabuau Moussaoui I, Desjeux D, Alami S

Les méthodes qualitatives  
Paris : PUF ; 2009.

18-Hue O, Ledrole D, Seynnes O, Bernard PL,

Influence d'une pratique motrice de type, «posture,  
équilibre, motricité» sur les capacités posturales du sujet  
âgé.

Ann de réadaptation, Med Phy 2001 ; (44): 81-87

19-Inzitari M, Di Carlo A,

Risk and Predictors of Motor Performance Decline in a Normally  
Functioning Population -Based Sample of Elderly  
Subjects:The Italian Longitudinal Study on Aging  
Journal Compilation The American Geriatrics Society 2006;  
(54) :318-324

20-Laure, P, Bissinger P, Picard J

Effet de la gymnastique d'entretien sur la consommation des  
médicaments psychotropes.

Science & sport 2005; 20 (5-6) : 297-299

21-Lejeune-Depontailier Peggy-Aurore,  
Quel place pour le médecin généraliste dans la prise en charge  
de son patient âgé et dépendant à son domicile. Constat et  
réflexion à partir de mon expérience.

Thèse : Médecine générale : Reims : 2009 ; 44

22-Massé JF, Certain MH, Levy L, Perrin A,  
Guide pratique de la coordination des soins par le Médecin  
Généraliste,

Paris : MMI éd, ; 1998.

23-Masson J

Cerveau et Motricité,

Paris : PUF ;1997.

24-Michelet Sidonie

Utilisation de la vitamine D chez l'adulte en médecine générale.

Approche qualitative par la méthode des focus groups

Thèse : Médecine générale : Reims : 2010 ; 13

25-Muchielli A

Méthodes Qualitatives,

Paris : PUF ; 1991.

26-Muchielli R

L'analyse de contenu des documents et des communications

Paris :ESF-Entreprise moderne d'éd ; 1991

27-Pelissier J

La Reprogramation Neuromotrice,

Paris : Masson ; 1994

28-Perié H, Commandré F, Barrault D,

Vers une Médecine de l' Homme en Mouvement,

Paris : Frison Roche ; 2006.

29-Pilard Fabien, Rivière Daniel,  
Pratique d'une activité physique ou sportive chez les seniors,  
Activités physiques ou sportives et santé, ADAP juin 2009 ;  
(67) :32-34

30-Robert Bobée Isabelle  
Division enquêtes et études démographiques de l'INSEE,  
Economie et Statistiques n°408-409, 2007  
[consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de l'URL  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ecostat\\_d.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ecostat_d.pdf)

31-Somme Dominique  
Filières de soins, intégration, gestion de cas et maintien de  
l'autonomie des personnes âgées,  
Thèse de doctorat : Médecine : Reims : 2008 ; 202

32-Tardy-Broucqsault Anne-Sophie  
Evaluation de l'activité physique en Médecine Générale, une  
étude qualitative  
Thèse : Médecine Générale, Reims, 2010 ; 16

33-Win S , Parakh K, Eze N, Chete M  
Depressive symptoms, physical inactivity and risk  
cardiovasculair mortality in older adults : the cardiovascular  
health study  
Heart 2011 Mar ; 97(6) : 500-5.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>10</b>
<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>12</b>
<b>1. COMMENT LES GÉRONTOLOGUES ENVISAGENT-ILS LE VIEILLISSEMENT ?.....</b>	<b>.....</b>
1.1. Définition du collège des enseignants.....	12
1.2. Mécanisme cellulaire au cœur du vieillissement.....	12
1.3. Le vieillissement: effet sur l'organisme.....	13
. Effets du vieillissement sur le système nerveux.....	15
. Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur.....	15
. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire.....	.....
. Effet du vieillissement au niveau du système vasculaire.....	16
<b>2. QUEL EST L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT EN FRANCE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ?.....</b>	<b>17</b>
2.1. Chiffres.....	17
<b>3. BIEN VIEILLIR : UN QUESTIONNEMENT POUR LES COMMUNAUTÉS SCIENTIFIQUES ?.....</b>	<b>19</b>
3.1. Une étude pour "bien vieillir".....	19
3.2. Bien vieillir est un véritable défi de santé publique.....	20
3.2.1. Plans nationaux en France.....	21
<b>4. AUTONOMIE ET PERTE D'AUTONOMIE.....</b>	<b>21</b>
4.1. Définition de l'autonomie.....	21
4.2. Autonomie motrice.....	22
4.3. Un facteur de perte d'autonomie très important: la chute.....	23
4.3.1. Les chutes répétées sont associées à .....	24
4.3.2. 4 tests nous amènent à évaluer les risques de chute.....	25
<b>5. LES CONCEPTS DE FRAGILITÉ.....</b>	<b>25</b>
5.1. Evaluation gériatrique standardisée en 10 points.....	27
<b>6. PRÉSERVER LA PERTE D'AUTONOMIE GRÂCE À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE. .29</b>	<b>29</b>
6.1. Deux études françaises.....	30
6.2. La Gymnastique Holistique - Méthode du Docteur Ehrenfried®.....	31
6.2.1. Présentation de cette gymnastique.....	31
6.2.2. Historique.....	32
6.2.3. Application pratique.....	34

<b>DEUXIEME PARTIE.....</b>	<b>35</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>35</b>
<b>2. METHODE.....</b>	<b>36</b>
2.1. Mots clés.....	36
2.2. Recherche qualitative.....	36
2.3. Entretien semi directif.....	36
2.4. Échantillonnage.....	37
2.5. Application pratique.....	37
2.6. De l'entretien à l'analyse.....	41
<b>3. RESULTATS.....</b>	<b>42</b>
3.1. Les participants.....	42
3.2. Questions concernant la GH.....	44
3.3. Questions concernant la Perte d'Autonomie.....	47
3.4. Question concernant l'efficacité de la GH pour préserver l'autonomie de nos patients âgés à domicile.....	50
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
4.1. Valeur de l'enquête.....	53
4.2. Concernant la perte d'autonomie.....	54
4.3. Concernant la prescription de GH.....	54
4.4. Réflexions et propositions d'informations concernant la GH.....	56
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>60</b>

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis(e) dans l'intérieur des maison, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.**

**Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.**



**PEZZI Anne**

**INTERET DE LA GYMNASTIQUE HOLISTIQUE-METHODE DU DOCTEUR EHRENFRIED  
DANS LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE CHEZ LES PERSONNES AGEES**

**Thèse d'exercice, Médecine générale . Reims 2011**

**RESUME:** le médecin généraliste est en première ligne pour agir préventivement afin de maintenir l'autonomie des personnes vieillissantes à domicile.

Par une recherche qualitative, nous avons voulu savoir comment les médecins appréhendaient la perte d'autonomie et si ils pensaient que la Gymnastique Holistique qu'ils connaissaient leur paraissaient être un bon outil pour prévenir la perte d'autonomie.

Enquête qualitative réalisée auprès de 24 médecins dans trois régions françaises différentes afin connaître les intérêts et aléas de ce travail.

La perte d'autonomie représente pour tous les médecins interrogés un problème important pour lesquels ils ont des solutions diverses à proposer.

L'activité physique modérée mais régulière est un atout.

La Gymnastique Holistique est un travail global respectueux des problèmes de chacun.

Par les mouvements qu'elle propose, elle apporte une amélioration de l'équilibre, une diminution des douleurs et de la fatigue, plus de confiance en soi, par le travail en groupe et l'interaction recherchée entre les élèves et avec l'enseignant, elle apporte une sociabilité. Tous ces éléments en font un travail efficace pour la personne vieillissante. Cette recherche montre aussi que ce travail est un travail global qui nécessite un investissement personnel bénéfique à tout âge.

**MOTS CLES :** Vieillesse, vie autonome, autonomie de la personne, médecine générale, médecine préventive, recherche qualitative, exercices physiques, traitement par les exercices physiques, gymnastique,

**JURY Président: Professeur Vincent Durlach**

**Assesseurs : Professeur Eric Bertin**

**Professeur Pierre Nazerollas**

**Docteur Roland Serval**

**Docteur Dominique Ambros**

**ADRESSE DE L'AUTEUR 10 rue François**

**51000 Châlons en Champagne**

**pezzianne@yahoo.fr**