

**La réadaptation médicale des personnes âgées : défis et challenges
humains, éthiques et médico – économiques
Commission de Prosepectives :
Prof.A.Barat-Prof.L.Mc Lellan-Prof B.Perrouin-Verbe**

La Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU le 13 décembre 2006 [4] et ratifiée par la majorité des pays de l'Union Européenne souligne dans son préambule que « tout obstacle à une entière et effective participation à la vie en société est considéré comme une négation de la dignité humaine ». Parmi les facteurs susceptibles de créer une discrimination effective de participation entre les individus, ceux fondés sur l'avancée en âge et la réduction corrélative des ressources financières sont les plus fréquemment rencontrés chez les personnes âgées. Pourtant, toute communauté humaine a le devoir de promouvoir, protéger, assurer les droits des individus qui la composent dans le respect de la dignité (Article 1).

Le challenge éthique

L'Article 25 relatif à la santé stipule que: « les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible, sans discrimination fondée sur le handicap et l'âge ; les États signataires s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour assurer l'accès aux soins, y compris aux soins de Médecine Physique et réadaptation (MPR)». Mais comment en réalité, le champ de la santé, peut-il prévenir et minimiser le développement futur de nombreuses et nouvelles déficiences chez les personnes âgées ? L'accès aux soins de MPR permet le maintien d'une autonomie maximale, d'optimiser le potentiel des personnes âgées, et ainsi de promouvoir leur participation dans tous les aspects de la vie. Ainsi, L'article 26 relatif à la réadaptation stipule que « Les États signataires doivent prendre les mesures efficaces et appropriées... pour permettre aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et de parvenir à une pleine intégration et à une pleine participation dans tous les aspects de la vie ».

Malheureusement, le constat est fréquent que le processus de vieillissement, allié à des ressources financières limitées, expose les personnes âgées aux risques d'un accès réduit aux soins.

L'OMS en 2011 [20] a attiré l'attention sur les 4 points clés suivants:

- Plus d'un milliard de gens, environ 15% de la population du monde, ont une forme d'incapacité
- Entre 110 millions et 190 millions de gens ont des difficultés significatives de fonctionnement.
- Le taux des incapacités augmente avec le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies chroniques, entre autres causes, et
- Les personnes porteuses d'incapacités ont moins accès aux services de santé et par conséquent des besoins de santé non satisfaits ».

L'âge avancé des personnes est trop souvent un motif pour renoncer aux soins ou limiter les soins aigus, et plus encore accéder aux soins de Médecine physique et Réadaptation. Cette inégalité d'accès aux soins n'est autre qu'une discrimination qui ne dit pas son nom. Or, il est de la responsabilité de la collectivité de veiller à l'évaluation des besoins et d'aider l'ensemble de la population. Une telle discrimination « silencieuse » est grave, éthiquement et socialement condamnable car l'absence de choix volontariste fait toujours basculer la répartition du soin au désavantage des plus vulnérables. De tels renoncements ou limitations s'apparentent à une violence implicite par négligence ou abandon (malheureusement parfois relayée par le milieu familial), à l'égard d'une population particulièrement vulnérable [11]. Ces « abus » de renoncement médical ont été à juste titre dénoncés dans une résolution du Parlement Européen en date du 22 avril 1993 soulignant le lien entre « négligence, abandon et discrimination ». L'absence de choix par renoncement est contraire à l'éthique médicale et sociétale.

Deux types de réponses sociétales existent actuellement [3] : une réponse « égalitariste » (ou éthique) et une réponse « utilitariste » dite de justice distributive. L'évolution de nos sociétés développées, renforcée par la crise des dépenses de santé, traduit la montée en puissance de la conception « utilitariste » au détriment de l'idéal « égalitariste » qui prône « à chacun selon ses besoins ». Selon la perspective « égalitariste » (inspirée de la philosophie d'Emmanuel Kant), est considérée comme juste l'action qui respecte la dignité de la personne humaine. Le concept de dignité désigne une valeur inconditionnelle et sa reconnaissance est inhérente à tous les membres de la famille humaine (Préambule de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme du 18 décembre 1948). Appliqué à la médecine, ce concept énonce que chacun doit être soigné en fonction de ses besoins, sans égard à ses conditions d'existence, son âge, sa position hiérarchique ou son rôle social. Etrangère à l'apparence physique, à la santé

psychique et somatique, la dignité, composante consubstantielle à la personne, a le sens d'une grandeur morale qui impose un devoir de reconnaissance et de respect [3].

L'« utilitarisme », à l'inverse, fait valoir l'exigence d'une distribution rationnelle des services de soins en fonction des besoins à l'échelle collective. De ce point de vue, être « juste », c'est être « équitable ». Par conséquent, il n'est pas nécessairement conforme au devoir de justice d'investir des sommes d'argent considérables sur un trop petit nombre de cas, ou des cas socialement moins rentables, telle est trop souvent la façon dont les personnes âgées sont perçues. C'est ici que se trouverait justifié le choix, par restriction des moyens disponibles, limitant l'accès des personnes âgées à la réadaptation médicale.

Le challenge épidémiologique, économique et médical

Pour les médecins, l'âge considéré isolément, est un élément bien trop réducteur pour servir de critère de sélection afin de proposer (ou de s'abstenir) un traitement curatif précoce et parfois intensif. De multiples références scientifiques démontrent en effet que l'âge n'est pas un facteur indépendant et discriminant de pronostic après une maladie ou un accident. Bien au contraire, des avantages notables peuvent être retirés d'une intervention rapide et soutenue, en permettant le maintien de l'autonomie et de la mobilité des personnes âgées fragiles. L'exemple de la chirurgie après fracture du col du fémur est à ce niveau particulièrement démonstratif : une prothèse de hanche chez un(e) nonagénaire peut lui apporter une espérance de vie de plusieurs années et entraîner une économie en l'aidant à conserver une certaine autonomie, tandis qu'une immobilisation risque, à l'inverse, d'entraîner une coûteuse perte d'autonomie émaillée de complications multiples.

Une revue récente des données d'un ensemble de pays développés [2] a exploré la question de savoir si l'augmentation de la durée de vie est accompagnée du recul de certaines des déficiences liées au grand âge et a conclu, qu'alors que la réponse finale à cette question reste ouverte, l'évidence scientifique suggère que le processus de vieillissement peut-être modifié et que les personnes vivent plus longtemps sans incapacité. Ainsi, l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés s'accompagne, et c'est heureux, du maintien également plus tardif de l'autonomie. A tel point que l'on est conduit à repousser les définitions de la vieillesse en distinguant les « jeunes - vieux » de 65 à 74 ans, les « vieux » de

75 à 84 ans et les « vieux – vieux » au-delà de 85 ans, cette dernière catégorie étant bien sûr celle qui est la plus exposée à la perte d'autonomie.

Spécialité médicale et Réadaptation

Les incapacités liées au vieillissement sont multiples : physiques, cognitives, sensorielles, mentales et le champ des problèmes médicaux lié au vieillissement est particulièrement vaste et complexe. Les difficultés d'un traitement médical intégré favorisant la réadaptation chez les personnes âgées sont identifiées dans le programme de formation du board de la section MPR des spécialités médicales de l'Union Européenne, utilisé dans la plupart des pays européens, et qui inclut de nombreux items de Médecine Gériatrique ainsi qu'un chapitre dédié (D5) intitulé « MPR et la personne âgée ».

Cependant, les services cliniques pour les personnes âgées sont développés (et continuent d'évoluer) selon différentes modalités dans les différents pays de l'UE. En conséquence, dans leur pratique quotidienne, les spécialistes de MPR ont des opportunités différentes de développer leur connaissance dans le champ de la population âgée. Le Danemark a choisi de ne pas avoir de spécialité de MPR. Au Royaume Uni (RU) et en Irlande, la Gériatrie est une discipline très développée, tandis que la MPR est petite spécialité et ainsi la plupart des hôpitaux n'ont pas les moyens de s'occuper de patients hospitalisés de plus de 65 ans. Y compris pour les patients âgés externes, l'implication de la MPR est très limitée au RU à l'exception des amputés.

A l'opposé, les Pays Bas et la Slovénie n'ont pas de discipline identifiée de Gériatrie et plus de 50% des patients hospitalisés en MPR ont plus de 50 ans. D'autres pays comme la France, l'Italie et l'Espagne occupent une position intermédiaire, de telle sorte que les spécialistes de MPR ont les compétences nécessaires pour gérer les problèmes médicaux et prendre soin des personnes âgées, et la possibilité de solliciter l'avis de leurs collègues de Gériatrie lors de situations médicales complexes.

Cependant, à travers tous ces pays, il existe un risque identifié qu'une personne âgée ne puisse bénéficier d'une prise en charge médicale et réadaptative optimale, soit par insuffisance de ressources, soit en raison de l'insuffisance d'intégration à sa prise en charge médicale, d'une approche réadaptative adaptée. Par essence, l'expertise d'un médecin Gériatre combinée à celle d'un médecin de MPR est nécessaire dans les situations complexes afin d'analyser les limitations d'activités de la personne âgée, et de les prendre en compte en raison de leurs interactions potentielles avec les problèmes médicaux. Ce processus est enrichi par des

modèles de prise en charge inter et multidisciplinaire (associant thérapies physiques, psychologie clinique, technologies de la réadaptation), modèles de prise en charge développés en MPR à l'origine de la réadaptation médicale. Ainsi, l'objectif d'une réadaptation de qualité chez la personne âgée dépend d'un dialogue permanent et d'une collaboration étroite entre médecins gériatres et médecins de MPR, dans tous les pays où ces deux disciplines coexistent. Les objectifs fondamentaux de la réadaptation chez la personne âgée sont de maintenir et sauvegarder leur mobilité, leur santé physique et mentale (incluant leur capacité de prise de décision), afin de leur permettre de jouir de leur indépendance, autonomie, et d'une participation sociale au quotidien. Mais, atteindre ce but en pratique, requiert un certain degré de fatalisme, quant au fait de pouvoir être rattrapé par tous changements pouvant survenir dans le vieil âge (perte des capacités visuelles et auditives par exemple) pouvant entraîner de nouvelles restrictions de participation. La baisse des revenus financiers, les restrictions environnementales sont aussi des facteurs susceptibles de réduire la participation à la vie de la société.

Quel type de réadaptation médicale ?

De nombreux travaux ont été menés sur les modalités et la validation des techniques de la réadaptation médicale appliquée à la personne âgée. La vulnérabilité qui conduit à la perte d'autonomie est le fait de l'affaiblissement physique, sensoriel, cognitif et, très souvent, de la dépression qui peut être masquée. Les effets délétères des médicaments prescrits, souvent en trop grand nombre, doivent être identifiés, corrigés pour prévenir les troubles de l'équilibre, les risques de chute et leur corollaire, l'immobilité, mais aussi l'incontinence urinaire et fécale, la confusion et l'affaiblissement cognitif. Les déficiences sensorielles doivent être corrigées lorsque cela est possible afin de ne pas aggraver l'isolement. Une parfaite communication avec le patient, sa famille et son entourage est indispensable à une bonne compréhension et adhésion aux objectifs de la réadaptation. Une solution pour faciliter les démarches quotidiennes (courses, gestion du budget, préparation et aide pour les repas) doit être proposée.

Mobilité et activité physique régulière

Il existe une évidence scientifique montrant que la personne âgée est capable d'améliorer sa force musculaire et sa résistance par des exercices réguliers [10, 13,14]. Il est probable que

cela se traduit par des bénéfices fonctionnels, non seulement en améliorant la mobilité générale et la gamme des activités physiques dans laquelle les personnes âgées peuvent s'engager, mais aussi en renforçant la performance cardiovasculaire et la prévention de l'ostéoporose et de la dépression.

L'activité physique régulière et les exercices progressifs contre résistance ont fait la preuve de leur efficacité dans la prévention des chutes [13], ou dans la reprise des déplacements et de la mobilité globale après hospitalisation ou fracture du col du fémur opérée. Ainsi une réadaptation intensive, dès la période post opératoire, améliore l'indépendance fonctionnelle, favorise le retour en milieu ordinaire antérieur, et donc diminue le risque de placement en institution et ce, même en présence d'un déclin cognitif [13].

Les adaptations techniques (cannes, déambulateurs, fauteuils manuels ou électriques, aides techniques de vie quotidienne, aménagements du domicile) sont proposées en fonction des obstacles rencontrés dans l'environnement et surtout en prenant en compte l'acceptation de la personne et l'assimilation par elle de ces adaptations dans la vie quotidienne.

Activité cognitive

Dans le domaine des déficiences cognitives, les travaux portant sur les stratégies de réadaptation dans la maladie d'Alzheimer ont montré que le réentraînement cognitif n'était pas un simple accompagnement, mais permettait de ralentir les conséquences du déclin [1] :

- soit en faisant appel à des thérapies d'apprentissage explicite de type « Top – Down » en cas d'atteinte modérée (*Mild Cognitive Impairment ou MCI*) ou de démence de gravité moyenne : exercices de calcul mental, de rappel de textes, de fluence verbale, de rappel de mots, de reconnaissance spatiale, d'associations de visages...
- soit par le biais d'une approche réadaptative globale en mémoire procédurale implicite, de type « Bottom – Up » (*comprehensive rehabilitation program*). Ainsi l'apprentissage orienté sur les activités de vie quotidienne donne de meilleurs résultats que la stimulation des fonctions cognitives résiduelles. On peut également citer les techniques d'activités occupationnelles en groupe, les activités de loisir, d'interaction sociale, de contrôle émotionnel, activités très souvent couplées à l'entraînement physique. De façon générale le développement de tâches orientées sur un contexte pertinent et signifiant pour la personne âgée, doit toujours être privilégié.

Exemple illustratif : l'accident vasculaire cérébral

L'exemple de l'accident vasculaire cérébral survenant après 75 ans est particulièrement démonstratif de l'intérêt et de l'importance d'une réadaptation médicale avant tout dirigée vers la reprise de la mobilité et, notamment, de la marche. S'il est admis que l'âge n'a pas d'influence sur le niveau et la vitesse de récupération des déficiences, il en a sur les capacités de compensation et les limitations d'activité [15]. Et pourtant, dès la période aiguë, les personnes âgées tirent bénéfice d'une admission en Unité Neuro Vasculaire (*Stroke Centre*) et, en phase secondaire, d'une admission en Unité de MPR. La réduction de la mortalité précoce, la réduction des déficiences physiques et cognitives et du risque d'institutionnalisation sont attestées par de nombreuses études [5, 6, 7, 10, 12]. *A contrario* ces mêmes études montrent qu'une réadaptation tardive et limitée quantitativement et qualitativement, a pour conséquences une moins bonne optimisation du statut fonctionnel, une inadéquation des aides techniques proposées, un taux d'institutionnalisation plus élevé ou de retours à domicile prématurés responsables d'échecs du maintien à domicile, une augmentation des complications invalidantes et, finalement un surcoût financier (et humain), direct et indirect. Le bénéfice de la réadaptation s'exprime également malgré un déficit cognitif avéré (Mini Mental Status Examination $\leq 20/30$), sur la prévention des conséquences de l'isolement, de la malnutrition et plus encore, de la dépression dont on sait qu'elle est directement liée à l'aggravation des limitations d'activité et restrictions de participation constatées un an après l'accident vasculaire cérébral [14].

Où pratiquer la réadaptation médicale de la personne âgée ?

Un certain nombre d'études médico - économiques ont comparé l'efficacité et le coût de la Réadaptation médicale délivrée à l'hôpital, dans des structures résidentielles (maison de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées), dans des centres de jour ou à domicile. Il est difficile de conclure en raison de l'organisation médico - sociale différente d'un pays à l'autre dans l'Union Européenne. Selon les pays en effet, la politique sociale en direction des personnes âgées privilégie le maintien à domicile ou l'orientation vers des structures d'accueil et d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie.

Ainsi, une étude a comparé l'efficacité de la réadaptation délivrée en hôpital de jour ou en structure d'hébergement [16]. Les structures de jour (*Geriatric days Centres*) obtiennent de meilleurs résultats en terme de retour à l'autonomie, mais se révèlent plus coûteuses. La réadaptation à domicile a l'avantage d'être mieux centrée sur les besoins des patients, plus proche des objectifs de participation et leur permet de participer à la vie familiale avec des aides humaines. Par contre, la réadaptation y est souvent de durée plus courte, plus difficilement pluridisciplinaire et se déroule dans un environnement parfois trop restreint.

Une étude, portant sur la réadaptation médicale à domicile après hospitalisations répétées, a confirmé que s'adjoindre la compétence de travailleurs sociaux (« *case managers* » *anglo saxons*), avec leur connaissance des ressources disponibles dans la communauté de proximité, et les possibilités d'un ajustement optimal aux besoins concrets des personnes, est un des facteurs de succès pour atteindre les objectifs de la réadaptation. De plus, un programme coordonné d'évaluation gériatrique, permettant une mesure objective des effets de la réadaptation, limite les risques de réhospitalisation. [16].

L'organisation de structures intermédiaires permettant d'accueillir les personnes âgées, après une hospitalisation à la phase aiguë, dans un objectif de poursuite de soins et de réadaptation, est recommandée dans de nombreux pays de l'Union Européenne. De telles Unités doivent permettre une approche intégrée, médicale et sociale et être en mesure d'accueillir les patients sans restriction de déficiences (en particulier ceux présentant un affaiblissement cognitif). La coordination entre structure de soins aigus et structures intermédiaires, nécessite un dialogue permanent. L'essentiel est l'organisation d'une filière de soins efficace, cohérente, et surtout au plus prêt des besoins des personnes âgées. Cependant, le niveau de preuve de la pertinence de ces structures intermédiaires reste à établir : quel est leur impact sur la réduction des ré hospitalisations en raison d'un nouveau problème aigu? Quels résultats sur la diminution d'orientation secondaire vers des structures d'hébergement?

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une autre solution de prise en charge intermédiaire. Il s'agit d'un service qui fournit un traitement actif, délivré par des professionnels de santé au domicile du patient, lequel service ne pourrait être délivré que dans le cadre d'une hospitalisation conventionnelle. Un des avantages principaux en est la flexibilité, mais la durée de prise en charge est le plus souvent limitée. Les études comparant HAD et Hospitalisation conventionnelle objective une très grande satisfaction du patient en HAD,

mais un plus grand nombre de problèmes médicaux identifiés par l'équipe médicale. Cependant, ni les résultats cliniques (possible mortalité accrue ?), ni l'hypothèse d'une économie financière ne permettent de confirmer la pertinence de l'hospitalisation à domicile, d'autant que les expériences orientées plus spécifiquement vers une prise en charge de réadaptation médicale sont très rares. Cette pertinence de l'hospitalisation à domicile lors de soins palliatifs ou de fin de vie, effectués par des professionnels très compétents, semble nettement plus affirmée.

Pour un renforcement de l'efficacité et des moyens de la réadaptation médicale chez les personnes âgées.

Communication inter disciplinaire, collaboration et développement professionnel

Le Rapport Mondial sur le Handicap adopté par l'OMS le 9 juin 2011 [17] a souligné le poids démographique que représente les personnes âgées handicapées et les exigences éthiques et socio-économiques d'un accès de cette population à la médecine de réadaptation. Ce même rapport décrit les actions concrètes qui s'imposent aux États pour surmonter les obstacles limitant le recours à la réadaptation médicale incluant : la réforme des politiques sanitaires et sociales ; la réorganisation des services prestataires en incluant une révision des programmes nationaux de réadaptation ; la réforme et développement des financements dédiés à ces activités ; une augmentation des ressources humaines, incluant la formation et le développement professionnel continu du personnel déjà en place ; le développement et la décentralisation des services délivrant la réadaptation médicale ; l'amélioration de l'accès aux technologies et notamment aux aides techniques ; le développement de programmes de recherche, incluant l'amélioration de l'information en direction des personnes handicapées et leur accès aux guides de bonne pratique.

Les implications de ce rapport pour la pratique médicale de la réadaptation [17] et de la MPR se traduisent par la prise en compte des buts et des stratégies de la réadaptation selon les principes structurels de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) [18]. Ceci inclue, entre autres :

- la nécessité (en accord avec toutes les dimensions de la CIF i.e fonctions du corps et structures anatomiques, activités et participation, facteurs environnementaux et personnels) de promouvoir une approche centrée sur les besoins du patient et sa

participation à la prise de décision et de travailler en équipes multi - professionnelles coordonnées de façon experte.

Ainsi, une condition essentielle pour l'accès à la réadaptation médicale des personnes âgées est, comme nous l'avons évoqué plus haut, une communication efficace entre les différents intervenants. En premier lieu, un partage d'informations entre les médecins gériatres et les médecins spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) s'impose, mais aussi entre tous les professionnels de la réadaptation : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues cliniciens, travailleurs sociaux (« *case managers* »). Ce dialogue fondamental et cet échange d'informations peuvent être réalisés au mieux en milieu hospitalier par la création d'« équipes mobiles de gériatrie ». L'objectif est de supprimer les cloisonnements entre les structures de soins aigus, les structures intermédiaires et les structures communautaires, grâce à un partage rapide et pertinent de l'information médicale et sociale, pour cerner au mieux les besoins et proposer les solutions.

Il est certain qu'un tel processus collaboratif requiert de la part de l'équipe interdisciplinaire une méthode de travail flexible pour une pratique partagée et évaluée. Les évaluations devraient être menées en élargissant progressivement les champs qualitatifs et les données investiguées. Une défaillance du travail collaboratif des différents praticiens (quelle que soit leur discipline) remet radicalement en cause la nécessité de l'évaluation car elle va à l'encontre de l'objectif unique qui est l'amélioration du devenir de la personne âgée. Mais une bonne évaluation nécessite d'être périodiquement répétée et ses résultats connus de l'ensemble des acteurs. Les jalousies professionnelles n'ont pas de place ici si chacun veut progresser dans la voie du développement professionnel et du réajustement de son rôle. Ainsi, les compétitions entre professionnels doivent s'effacer devant l'impératif d'améliorer l'efficacité du service pour un meilleur devenir du patient.

Réévaluation du rôle des spécialistes de MPR

Le rôle des médecins spécialistes de MPR dans ce réseau doit être mieux identifié qu'il ne l'est aujourd'hui dans un certain nombre de pays européens. En effet, la majorité des études publiées sur la réadaptation médicale des personnes âgées provient du milieu de la médecine gériatrique ou générale et il semble nécessaire que les médecins de MPR nouent un dialogue plus étroit avec leurs collègues gériatres. Ce dialogue renforcé amènerait une meilleure

connaissance et lisibilité de la spécificité de la Médecine Physique et de Réadaptation, de ses moyens thérapeutiques, tels son approche spécifique de la fonction et des problèmes cognitifs par des évaluations précises permettant de guider l'approche thérapeutique de la réadaptation, et sa maîtrise de la coordination et de l'animation d'équipes pluri-professionnelles. Ce dialogue essentiel doit être établi au niveau des sociétés scientifiques des deux disciplines par des conférences de consensus communes sur des sujets aussi importants que la morbidité gériatrique après fracture du col du fémur, l'AVC chez la personne âgée, les troubles cognitifs et comportementaux, les troubles de la marche et les chutes, la promotion de la santé chez la personne âgée. Des projets de recherche communs, impliquant praticiens et staffs des deux disciplines, ainsi qu'usagers âgés des services de réadaptation doivent être promus

Implications pour la formation des spécialistes de MPR et de médecine gériatrique

Les impératifs éthiques qui ont été évoqués ci-dessus ont de fortes implications sur la formation continue des praticiens confirmés, tant pour la pratique clinique que pour la recherche. Il convient que les spécialistes de MPR et de Gériatrie et, au-delà, toutes les disciplines médicales et chirurgicales impliquées dans la prise en charge quotidienne des personnes âgées, renouvellent sur une base plus large, mais aussi plus scientifique, leurs connaissances et leur compréhension des besoins et de l'apport potentiel de la réadaptation médicale chez les personnes âgées.

En guise de conclusion : vieillir dans la dignité

Les besoins en réadaptation médicale des personnes âgées répondent, à l'évidence, à une exigence de santé publique. L'avancée en âge, l'allongement de l'espérance de vie dans les pays développés, soumettent nos politiques sanitaires et sociales aux exigences éthiques du « bien vieillir » dans la dignité. Vieillir dans la dignité suppose de repousser, aussi loin que possible, les échéances de la perte d'autonomie en mobilisant les moyens humains et techniques que la médecine moderne a obligation de mettre à la disposition des personnes âgées. Encore faut-il, dans cet objectif, que soient apportés aux personnes âgées, potentiellement vulnérables, tous les moyens de traitement, d'environnement, d'aides techniques visant à recouvrer, ou à maintenir leurs capacités d'autonomie et de prise de

décisions. Dans cet objectif, la Médecine Physique et de Réadaptation a un rôle essentiel à tenir, en dialogue étroit et en coordination avec les spécialistes de médecine gériatrique.

Vieillir dans la dignité et l'autonomie optimale impose aussi de respecter les choix de vie des patients âgés et leur intimité. Un projet de réadaptation ne s'impose pas, ne se négocie pas ; il est le choix du patient qui, à un instant donné de son vieillissement, peut ne pas être en situation de comprendre ce qui lui arrive au plan de sa santé, mais a pu laisser des directives anticipées sur ses choix de vie. Il serait moralement et éthiquement inacceptable de ne pas s'attacher à recueillir, préalablement à toute « décision » d'orientation et d'intervention médico-sociale, le consentement de la personne à travers l'information qui lui a été donnée sur le pronostic après sa maladie ou son accident. La médecine de réadaptation ne s'administre pas, elle fait partie d'un choix et d'une option proposés au patient en réponse à des objectifs clairement expliqués et consentis.

REFERENCES

[1] Barat M, Mazaux JM, Joseph PA, Dehail P

Learning processes and recovery of higher functions after brain damage

In. Rethinking physical and rehabilitation medicine. JP Didier, E. Bigard eds. 1 vol Springer (series of the European Academy Rehabilitation Medicine) 2010: pp 149 – 68

[2] Christensen K, Doblhammer G, Rau R and Vaupel J.

Ageing populations: three challenges ahead.

Lancet, 2009, (3) 1196 – 1208

[3] Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) pour les sciences de la Vie et de la Santé
Santé, Ethique et argent : enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier

Avis N° 101 28 juin 2007 <http://www.ccne-ethique.fr>

[4] Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Convention relative aux droits des personnes handicapées

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtextf.htm>

[5] Denti L, Agosti M, Franceschini M

Outcome predictors of rehabilitation for first stroke in the elderly

Eur J Phys Rehabil Med 2008; 44(1): 3-11

[6] Di Carlo A, Lamassa M, Pracucci G et al.

Stroke in the very old : clinical presentation and determinants of 3-month functional outcome:

A European perspective- European BIOMED Study of Stroke Care Group.

Stroke 1999; 30(11):2313-9

[7] Ergeletzis D, Kevorkian CG, Rintala D

Rehabilitation of the older stroke patient: functional outcome and comparison with younger patients

Am J Phys Med Rehabil 2002; 81(12): 881-9

[8] Forster A, Young J

Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services ?

Age Ageing 2011; 40(1): 2-4

[9] Goldstein FC, Strasser DC, Woodard JL, Roberts VJ

Functional outcome of cognitively impaired hip fracture patients on geriatric rehabilitation unit

J Am Geriatr Soc 1997; 41(1): 35-42

[10] Grimby G

Physical activity and effects of muscle training in the elderly

Ann Clin Res (1988) 20 (1-2) 62 - 66

[11] Heilporn A, André JM, Didier JP, Chamberlain MA

Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review

J Rehabil Med 2006; 11: 1-3

[12] Kong KH, Chua KS, Tow AP

Clinical characteristics and functional outcome of stroke patients 75 years old and older
Arch Phys Med Rehabil 1998; 78(12): 1535-9

[13] Latham NK, Bennett DA, Stretton CM, Anderson CS
Systematic review of progressive strength training in older adults
J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59(1): 48-61

[14] Lo RS, Cheng Jo, Wong EM et al
Handicap and its determinants of change in stroke survivors: one year follow-up study
Stroke 2008; 39(1): 148-53

[15] Nakayama H, Jørgensen HS, Raaschou HO, Olsen TS
The influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study
Stroke 1994; 25(4): 808-13

[16] Stott DJ, Buttery AK, Bowman A et al
Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a
history of recurrent non-elective hospital admissions
Age Ageing 2006; 35(5): 487-91

[17] Von Groote M, Bickenbach JE, Gutenbrunner C
The World Report on Disability. Implications, perspectives and opportunities for physical and
rehabilitation medicine (PRM)
J; Rehabil Med 2011; 43: 869-75

[18] World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and
Health: ICF. Geneva: WHO; 2001

[19] World Health Organisation. World Bank. World Report on Disability. Geneva. WHO;
2006

[20] WHO Fact sheet No. 352 of June 2011.