

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

Prise en charge masso-kinésithérapique du patient âgé dément type Alzheimer

Approche du concept Snoezelen à travers un cas clinique

Mémoire présenté par **Mélanie KLAKOCER**
étudiante en 3^{ème} année de masso-kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute.
2012-2013.

SOMMAIRE

	Page
RESUME	
LISTE DES ABREVIATIONS	
1. INTRODUCTION	1
2. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DU CERVEAU HUMAIN	2
3. LE VIEILLISSEMENT CEREBRAL	4
3.1. Mécanismes physiologiques du vieillissement cérébral	4
3.2. Conséquences du vieillissement cérébral chez le sujet âgé	5
4. LA DEMENCE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER	5
4.1. Définition de la démence	5
4.2. Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer	6
4.3. Sémiologie de la maladie d'Alzheimer	7
4.3.1. Les troubles de la mémoire	7
4.3.2. Les troubles du langage	7
4.3.3. Les troubles gnosiques	7
4.3.4. Les troubles praxiques	7
4.3.5. La désorientation temporo-spatiale	8
4.3.6. Les troubles du calcul	8
4.3.7. Les troubles du jugement, du raisonnement et des fonctions exécutives	8
4.3.8. Les troubles du comportement	8
4.4. Le rôle quotidien des aidants dans la démence type Alzheimer	9
5. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	9
6. CAS CLINIQUE	10
6.1. Bilan masso-kinésithérapique initial	10
6.1.1. Anamnèse	10
6.1.2. Bilan psychosocial	11
6.1.3. Bilan de la douleur	11
6.1.4. Bilans visuel et palpatoire	12

6.1.5. Bilan articulaire	12
6.1.6. Bilan musculaire	13
6.1.7. Bilan sensitif	13
6.1.8. Bilan fonctionnel	14
6.1.9. Bilan Diagnostic Masso-Kinésithérapique	16
6.1.9.1. Déficiences	16
6.1.9.2. Incapacités	16
6.1.9.3. Handicaps	16
6.1.9.4. Les objectifs masso-kinésithérapiques	16
6.1.9.5. Les moyens masso-kinésithérapiques	17
6.2. Mise en application des techniques masso-kinésithérapiques	17
6.2.1. Le massage	17
6.2.2. Les mobilisations passives	18
6.2.3. La rééducation à la marche	18
6.2.4. Le travail des transferts et de l'équilibre	18
6.3. Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge	19
6.4. Le concept Snoezelen	20
6.4.1. Définition	20
6.4.2. L'espace Snoezelen	20
6.4.3. Le sujet âgé dément et le Snoezelen	20
6.4.4. Approche du Snoezelen	21
6.5. Bilan masso-kinésithérapique final	22
6.5.1. Bilan psychosocial	22
6.5.2. Bilan de la douleur	22
6.5.3. Bilans visuel et palpatoire	22
6.5.4. Bilan articulaire	22
6.5.5. Bilan musculaire	23
6.5.6. Bilan sensitif	24
6.5.7. Bilan fonctionnel	24
6.6. Conclusions du bilan de fin de prise en charge	25
7. DISCUSSION	26

8. CONCLUSION
BIBLIOGRAPHIE
ANNEXES

28

RESUME

La maladie d'Alzheimer représente à l'heure actuelle la cause principale de démence dans le monde. Si elle est responsable de troubles cognitifs majeurs, elle s'accompagne également d'une altération importante des capacités physiques du malade, le faisant évoluer progressivement vers un état de dépendance totale.

Un des enjeux essentiels de la prise en charge des sujets âgés déments type Alzheimer est le maintien des aptitudes fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute constitue un maillon important de l'équipe de soins pluridisciplinaire.

Les difficultés de communication liées à ce type de pathologies neurodégénératives démentielles rendent la prise en charge rééducative singulière et demande de grandes qualités d'adaptation. Nous nous sommes intéressés au parcours thérapeutique de Madame S. dont le diagnostic de démence type Alzheimer a été posé en cours d'hospitalisation. Nous évoquons les difficultés rencontrées lors de la réalisation des bilans et des techniques masso-kinésithérapiques et notre première approche avec le concept du Snoezelen. Technique de stimulation multi-sensorielle, elle est un des éléments qui permet au masseur-kinésithérapeute d'améliorer la relation soigné-soignant quand les mots n'ont plus de sens.

Mots clés : Masso-kinésithérapie, Rééducation, Démence, Maladie d'Alzheimer, Snoezelen, Alzheimer's Disease, Multisensory Stimulation.

LISTE DES ABREVIATIONS

MA : Maladie d'Alzheimer

MK : Masseur-Kinésithérapeute

DTA : Démence Type Alzheimer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

EMFM : Evaluation Manuelle de la Force Musculaire

1. INTRODUCTION

Les dernières études de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques mettent en évidence un phénomène de vieillissement de la population française. Au premier janvier 2013, la France dénombre près de 65.8 millions d'habitants dont un sur dix a au moins 75 ans. La catégorie des plus de 65 ans représente 17.5 % de la population totale du territoire. Selon les projections statistiques, près d'une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2060. Ceci s'explique notamment par l'augmentation constante de l'espérance de vie observée ces dernières années. [1]

Le vieillissement est un processus inévitable d'altération d'un organisme mature. S'il se traduit par des diminutions des capacités physiques et des fonctions cognitives, celui-ci entraîne également de nombreux changements psycho-sociaux. [2]

La démence correspond à un aspect pathologique du vieillissement cérébral dont la maladie d'Alzheimer (MA) représente aujourd'hui la cause la plus fréquente [3]. Si les nombreux progrès réalisés dans le domaine des neuro-imageries ont permis une meilleure compréhension de ses mécanismes physiopathologiques, celle-ci reste encore incurable. Avec près de 850 000 personnes atteintes par la MA en France, des difficultés de prise en charge des patients, un coût économique et un coût psychique importants pour les aidants, cette maladie est à l'heure actuelle un véritable problème de Santé Publique. [3] [4]

Le rôle du masseur-kinésithérapeute (MK) dans la prise en charge pluridisciplinaire des sujets âgés déments type Alzheimer est important. La rééducation s'articule autour d'objectifs majeurs : le maintien des aptitudes physiques et fonctionnelles du patient, dans le but de préserver aussi longtemps que possible son autonomie et de diminuer les risques de chute [5]. L'activité physique proposée aux malades d'Alzheimer aurait également un certain retentissement sur le comportement et les fonctions cognitives de ces derniers [6]. Toutefois, les difficultés de communication rendent la prise en charge masso-kinésithérapique tout à fait particulière. Elle demande, plus qu'avec n'importe quel autre patient, des capacités importantes d'adaptation professionnelle et relationnelle.

Lors de notre stage dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique de l'Hôpital Bel Air de Thionville, nous avons pris en charge Madame S., 81 ans. Cette dernière a été hospitalisée en urgence des suites d'une chute entraînant une fracture fémorale gauche. La rééducation orthopédique s'est effectuée sur le plateau gériatrique de l'hôpital. Cependant, elle a rapidement été stoppée pour altération importante de l'état général de la patiente. Un diagnostic de démence type Alzheimer (DTA), associée à des troubles du comportement alimentaire, a été posé par l'équipe médicale. Suite à l'amélioration de son état de santé, une nouvelle prescription de masso-kinésithérapie nous a été adressée.

Quand le lien « verbal » qui unit deux personnes n'est plus, comment tenter d'obtenir cette confiance qui permet de rendre le patient acteur de la relation soigné-soignant? Comment le Snoezelen, technique de stimulation multi-sensorielle, permet-il d'améliorer la qualité de la prise en charge masso-kinésithérapique des patients âgés déments type Alzheimer ?

Nous commencerons notre travail par des rappels anatomo-physiologiques du cerveau humain et du vieillissement cérébral chez le sujet âgé sain, puis nous aborderons la démence et particulièrement la MA, ses conséquences cognitives et comportementales. Enfin, nous présenterons le concept Snoezelen au cours de la rééducation masso-kinésithérapique de Madame S.

2. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DU CERVEAU HUMAIN

Le cerveau constitue, avec la moelle épinière, le système nerveux central. Il représente le siège de réception et d'intégration des informations recueillies par les différents capteurs sensoriels du corps humain. Organe complexe par ses organisations structurelle et fonctionnelle, il assure un lien étroit entre motricité, sensorialité et cognition. [7]

Le cerveau est divisé en deux hémisphères, droit et gauche, par la scissure inter-hémisphérique. Le cortex cérébral forme la structure la plus superficielle. Celui-ci est parcouru par de nombreuses circonvolutions, dont certaines plus marquées, correspondent aux

scissures : la scissure de Sylvius latéralement et la scissure de Rolando au centre. Elles délimitent sur chaque hémisphère quatre lobes, d'avant en arrière [8] [9] (fig. 1) :

- **Le lobe frontal** contient les cortex moteur et pré-moteur impliqués dans l'exécution des mouvements volontaires. Le cortex préfrontal, situé en avant, joue un rôle important dans les fonctions exécutives.
- **Le lobe pariétal** contient les aires somesthésiques, centres d'intégration des stimuli sensitifs et des informations relatives au schéma corporel.
- **Le lobe temporal** contient les aires corticales dédiées à la réception et à l'intégration des informations auditives.
- **Le lobe occipital** contient le cortex visuel primaire, centre d'analyse des informations visuelles. [8] [9]

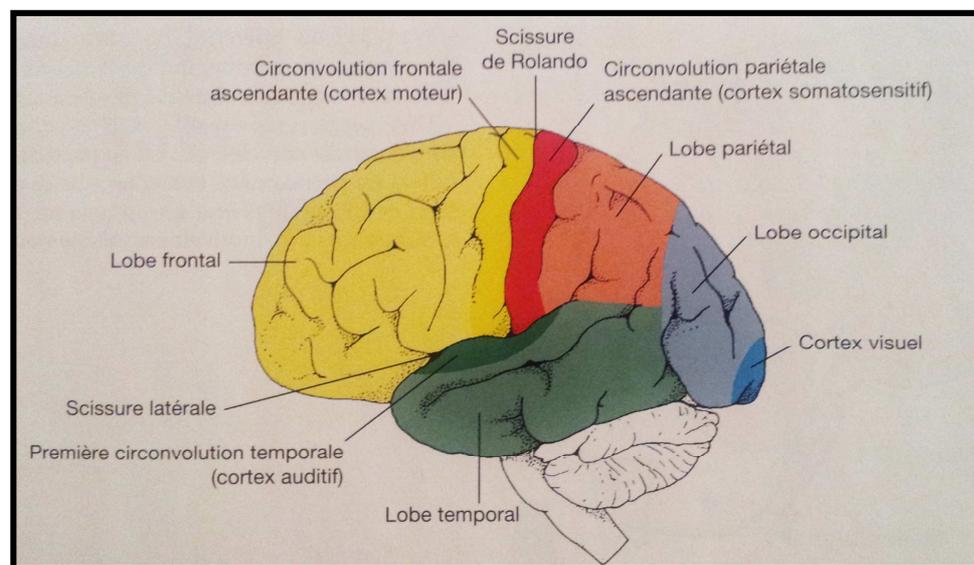


Figure 1 : Anatomie fonctionnelle des hémisphères cérébraux chez l'Homme [8]

Situé en profondeur des hémisphères cérébraux, **l'hypothalamus** assure un contrôle important des fonctions végétatives. Le système limbique, principalement **l'hippocampe**, est essentiel dans les activités de mémorisation ainsi que dans la régulation des émotions et des comportements. [9]

L'activité cérébrale repose sur un réseau de connexions dont l'élément structurel fondamental est le **neurone**. Constitué d'un corps ou soma et de prolongements cellulaires, il assure le traitement et la transmission des informations [7]. L'ensemble des somas constitue la substance grise, le cortex en périphérie et les noyaux gris centraux en profondeur. La substance blanche, située entre le cortex et les noyaux gris, est formée par les prolongements neuronaux recouverts de myéline [7] [9]. Si le fonctionnement du cerveau humain dépend incontestablement d'une co-activation fonctionnelle de différentes zones cérébrales, l'étude de leurs lésions et de leurs conséquences tend à démontrer que l'hémisphère gauche serait plutôt impliqué dans les fonctions du langage et de l'organisation gestuelle, tandis que l'hémisphère droit régulerait les aptitudes visuo-spatiales et attentionnelles [7].

3. LE VIEILLISSEMENT CEREBRAL

Comme tous les organes du corps humain, le cerveau est soumis à un phénomène de vieillissement. Continu tout au long de la vie, ce processus débute dès la naissance et marque des changements cellulaires, tissulaires et morphologiques propres à chaque structure [2]. Il est dit physiologique ou normal quand il s'effectue en l'absence de toute pathologie ou traumatisme cérébral.

3.1. Mécanismes physiologiques du vieillissement cérébral

Des changements anatomiques liés à l'âge s'effectuent au niveau cérébral. Si elles affectent l'ensemble des structures du cerveau humain, ces modifications semblent toucher préférentiellement certaines zones, notamment l'hippocampe, le cortex préfrontal ou encore le lobe temporal. Les pertes neuronales et synaptiques expliquent la diminution de volume de ces régions [10]. Le taux de synthèse des différents neurotransmetteurs, facteurs primordiaux de communication intercellulaire, diminue également avec l'âge [11]. Enfin, des analyses de neuro-imageries ont démontré qu'il s'effectue chez le sujet âgé un phénomène de réorganisation fonctionnelle. Des tâches ayant une activation cérébrale unilatérale chez le sujet jeune, deviendront bilatérales chez le sujet plus âgé [12]. Cependant, si les mécanismes du vieillissement cérébral dit « normal » sont aujourd'hui mieux connus, leurs frontières avec

les modifications cérébrales qui s'opèrent en présence de maladies neurodégénératives restent encore très floues [13].

3.2. Conséquences du vieillissement cérébral chez le sujet âgé

Le retentissement des mécanismes cités précédemment est très hétérogène d'un sujet à l'autre. Il existe tout de même un certain consensus quant à l'altération des capacités cognitives et exécutives liée à l'âge [13]. La **mémoire** semble être une des fonctions les plus touchées chez la personne âgée. La mémoire épisodique, qui correspond aux faits personnels, décline de façon importante à partir de 70 ans. La mémoire de travail, qui correspond à la capacité du sujet à enregistrer une information sur une courte période et à la « manipuler » pour résoudre un problème, est altérée avec l'âge. La **vitesse de traitement des informations** diminue à partir de 50 ans. Ce déclin s'accroît au-delà de 70 ans, et entraîne un ralentissement progressif des comportements moteurs, cognitifs et émotionnels. Les **fonctions exécutives** peuvent être, elles aussi, altérées par le vieillissement cérébral, notamment par des pertes neuronales au niveau du cortex préfrontal. Ces fonctions permettent au sujet de s'adapter à des situations nouvelles en prenant en compte de façon organisée différents facteurs environnementaux. Ce déclin peut donc s'exprimer par une diminution des capacités de raisonnement ou de planification. En dehors de toute atteinte des aires corticales dédiées au langage, ce dernier reste quasiment intact. La compréhension est conservée au-delà de 80 ans. La nomination et la fluence verbale, quant à elles, diminuent plus tôt. Enfin, le sujet âgé peut présenter plus de difficultés à ignorer des informations dites parasites (auditives, visuelles) et à maintenir de façon prolongée sa concentration. L'**attention**, notamment lors des activités double tâche, est elle aussi perturbée. [12]

4. LA DEMENCE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

4.1. Définition de la démence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la démence comme un syndrome, chronique et évolutif, marqué par une détérioration importante des capacités cognitives du sujet. La vigilance est quant à elle préservée. Si ces perturbations peuvent être observées lors

du vieillissement cérébral normal, la démence ne correspond pas à un mécanisme physiologique lié à l'âge et est en lien avec des affections pathologiques ou traumatiques du cerveau. Des troubles comportementaux et émotionnels peuvent accompagner les déficits des fonctions supérieures entravant davantage l'autonomie du malade. [3]

Avec près de 35.6 millions de personnes touchées par la démence dans le monde et un coût estimé à plus de 600 milliards de dollars en 2010, elle représente aujourd'hui un véritable problème de Santé Publique [3]. Ramarosan & all ont mis en évidence au travers de leur étude qu'environ 74% des sujets non autonomes pour les activités de la vie journalière sont déments. Les démences correspondent donc à la cause principale d'entrée en institution des personnes âgées [14]. Leur développement est favorisé notamment par l'avancée en âge des populations et les statistiques tendraient à estimer à environ 115 millions le nombre total de personnes démentes en 2050 [15].

4.2. Physiopathologie de la maladie d'Alzheimer

Mise en évidence en 1906 par le physicien allemand Alois Alzheimer dont elle porte le nom, la MA représente actuellement près de 70% des démences [3]. Cette pathologie se traduit par une perte massive de neurones et de synapses entraînant une atrophie cérébrale, liée à la présence de dépôts anormaux, intra et extraneuronaux. En effet, à l'intérieur des cellules nerveuses s'accumulent des paires de filaments hélicoïdaux de protéines tau anormalement phosphorylées, et qui associées aux microtubules du cytosquelette, provoque des dégénérescences neurofibrillaires. Les plaques séniles, constituées de protéines beta-amyloïdes, se forment en périphérie des neurones [16]. L'ensemble de ces lésions touche premièrement l'hippocampe, le thalamus, les aires associatives du cortex et enfin le cortex préfrontal, entraînant des troubles cognitifs et exécutifs caractéristiques de la MA [7]. Le DSM-IV, manuel de classification des troubles mentaux (ANNEXE I), permet de définir ces déficits cognitifs et de poser, de façon plus ou moins certaine, un diagnostic différenciant la DTA de la dépression ou encore de la confusion [14].

4.3. Sémiologie de la maladie d'Alzheimer

4.3.1. Les troubles de la mémoire

Les atteintes mnésiques représentent souvent l'expression initiale de la DTA. La mémoire épisodique est altérée, affectant en premier des faits quotidiens comme par exemple l'emplacement d'objets usuels, puis des événements plus importants entraînant ainsi des perturbations sociales, personnelles ou professionnelles importantes [16]. Les souvenirs les plus anciens sont généralement les plus tardivement touchés. La mémoire sémantique, « stock » de connaissances relatives au monde, décline quant à elle progressivement avec l'avancée de la MA. [7] [16]

4.3.2. Les troubles du langage

Dans la DTA, la fluence verbale est diminuée et la dénomination exacte des mots devient de plus en plus difficile. Un déclin de la mémoire sémantique explique l'appauvrissement progressif des phrases. Le discours devient incohérent, sans organisation logique. A un stade plus avancé, le sujet dément peut présenter une absence totale de communication, rentrant dans un mutisme complet. [7] [16]

4.3.3. Les troubles gnosiques

Dans la progression de la DTA, le sujet perd toute capacité de reconnaissance des personnes et des objets qui l'entourent. Au stade de démence sévère, le sujet peut ne plus se reconnaître lui-même. [7] [16]

4.3.4 Les troubles praxiques

L'apraxie correspond à une altération d'un ensemble de gestes intentionnels orientés vers un résultat précis par des actions coordonnées, en absence de tout déficit moteur ou sensitif [16]. Dans le cas de la MA, différents troubles praxiques apparaissent. Le sujet peut avoir des difficultés à initier et à exécuter des séquences de mouvements sans manipulation

d'objet : c'est l'apraxie idéomotrice. Puis il ne parvient plus à manipuler de façon correcte les différents objets du quotidien. Ceci correspond alors à l'apraxie idéatoire [16]. Le sujet dément peut être confronté à des apraxies d'habillage ou de la marche, ces dernières ayant un retentissement fonctionnel important dans les activités quotidiennes et dans le maintien de l'autonomie du malade [7] [16].

4.3.5. La désorientation temporo-spatiale

Ce trouble apparaît de façon précoce dans la MA. Le sujet aura tendance à être désorienté dans le temps avec altération des notions de date ou d'heure. La désorientation spatiale concerne dans un premier temps les lieux publics, puis les lieux plus familiers [16]. Ces perturbations peuvent être génératrices d'angoisse pour le malade et doivent être prises en compte par l'ensemble du personnel soignant.

4.3.6. Les troubles du calcul

Les troubles arithmétiques observés dans la DTA s'ajoutent à des difficultés à écrire et à lire les nombres. [7] [16]

4.3.7. Les troubles du jugement, du raisonnement et des fonctions exécutives

Le sujet dément type Alzheimer perd peu à peu la capacité de s'adapter à des situations nouvelles, à organiser ses actions ainsi qu'à planifier celles-ci. Ses comportements deviennent inadaptés aux yeux des personnes qui l'entourent. [7] [16]

4.3.8. Les troubles du comportement

Ils correspondent à une modification ou une exagération des traits caractériels présents avant l'apparition de la DTA [7]. Cela peut s'exprimer notamment par de l'agressivité, de l'anxiété, des troubles dépressifs ou encore des troubles du comportement alimentaire sous forme de boulimie ou d'anorexie [16].

4.4. Le rôle quotidien des aidants dans la démence type Alzheimer

La MA entravant progressivement l'autonomie de la personne âgée, le rôle des aidants est essentiel. L'aidant dit naturel correspond à l'aidant principal, non professionnel [17]. La relation entre le malade et son entourage peut bouleverser de façon importante la sphère familiale. L'épuisement, la souffrance psychologique, la solitude sont autant de sentiments qui le font évoluer peu à peu vers une grande détresse personnelle, au détriment du lien qui l'unit au malade [18]. Les proches expriment le plus souvent des angoisses quant à l'aggravation de la démence et de ses troubles. Un suivi et un soutien sont primordiaux pour accompagner l'aidant [17]. L'étude réalisée en 2002 à l'hôpital de jour psycho-gériatrique du CHU de Saint-Etienne sur 67 aidants a déterminé toutefois au travers d'une évaluation par l'échelle de Zarit, appelée aussi échelle d'inventaire du fardeau (ANNEXE II), que seulement 12% d'entre eux considèrent l'aide quotidienne qu'ils apportent comme une contrainte sévère [19]. La prise en charge pluridisciplinaire est une des solutions proposées aux aidants et dont le MK représente un des maillons importants. Il participe à la lutte contre la grabatisation et le maintien des capacités fonctionnelles du sujet dément, tant que cela est possible [5]. Les troubles comportementaux ou l'absence de communication modifiant la relation dite normale qui s'établit entre le patient et le thérapeute, celui-ci peut se confronter à de nombreuses difficultés de prise en charge.

5. METHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans notre travail, nous nous intéressons aux difficultés relationnelles rencontrées par le MK lors de la rééducation du sujet âgé dément type Alzheimer. Au travers d'un cas clinique, nous évoquons notre première approche avec le Snoezelen et ses effets dans la relation patient-thérapeute. Notre recherche bibliographique s'articule donc autour de cette problématique.

Nous avons tout d'abord rencontré M. le Dr Gilles LENHART dont la thèse de fin d'étude porte sur l'analyse des effets du Snoezelen auprès de sujets âgés atteints de démence. Celui-ci, grâce à ses nombreux conseils, nous a orientés dans nos recherches. Celles-ci ont été effectuées sur les sites EM-Consult, Kiné Actualité, Kinédoc, Kinésithérapie Scientifique

Pubmed ainsi que sur les sites de la HAS et de l'OMS, selon les mots clés « Masso-kinésithérapie », « Rééducation », « Démence », « Maladie d'Alzheimer », « Snoezelen », « Alzheimer's Disease », et « Multisensory Stimulation ». Les ouvrages littéraires ont été empruntés à la Bibliothèque Universitaire de Médecine, à Vandœuvre-lès-Nancy. La période de recherche s'étend principalement sur les cinq dernières années. Toutefois, certains articles et ouvrages plus anciens ont été incorporés à la recherche, leurs contenus ayant été jugés pertinents dans la réalisation de notre travail.

6. CAS CLINIQUE

6.1. Bilan masso-kinésithérapique initial

6.1.1. Anamnèse

L'anamnèse se base sur une lecture du dossier médical de Madame S. et une rencontre avec sa famille en raison des troubles de la communication rencontrés lors de la première séance.

Madame S. a 81 ans, est veuve, a deux enfants, et vit avec son compagnon dans une maison à Hayange. Celle-ci a été admise aux urgences de l'Hôpital Bel Air de Thionville le 10 juin 2012 des suites d'une chute mécanique ayant entraîné une fracture complexe per-trochantérienne du fémur gauche. La fracture a été réduite le lendemain par ostéosynthèse de type clou gamma. L'appui total est immédiatement autorisé. La patiente a été prise en charge par l'équipe masso-kinésithérapique gériatrique de l'hôpital. La rééducation a néanmoins été stoppée. L'état général de notre patiente s'est en effet fortement dégradé, s'accompagnant d'une altération importante des fonctions supérieures et d'un épisode sévère d'anorexie. Suite à sa reprise d'alimentation et à l'amélioration de son état de santé, une nouvelle prescription masso-kinésithérapique a été effectuée, dans le but de travailler la reverticalisation, la ré-automatisation à la marche et les transferts.

Les antécédents médicaux sont :

- Arthrose multiple.

- Appendicectomie.
- Hystérectomie.
- Amygdalectomie.
- Fracture per-trochantérienne du fémur gauche traitée par ostéosynthèse de type clou gamma le 11 juin 2012.
- MA évoluée.

Le projet de vie de Madame S. correspond à un retour à domicile chez sa fille qui constitue un aidant naturel pour notre patiente depuis sa cessation d'activité professionnelle. Son compagnon semble satisfait de la situation, ces problèmes de santé ne lui permettant pas d'envisager de prendre en charge seul Madame S. au domicile du couple.

6.1.2. Bilan psychosocial

L'hospitalisation de notre patiente est marquée par l'apparition d'un syndrome de glissement. Celui-ci correspond à une altération rapide de l'état général pouvant conduire à la mort du patient et pouvant s'accompagner d'un état dépressif [2]. Madame S. présente des troubles des mémoires immédiate et à long terme, des troubles praxiques et une démence avérée, causés par la MA. Elle ne présente aucun trouble du comportement mais est très apathique. Elle s'exprime peu, répond parfois aux questions posées par des phrases très courtes et le plus souvent incohérentes. La communication est très difficile.

6.1.3. Bilan de la douleur

Nous choisissons d'utiliser la fiche DOLOPLUS pour réaliser notre bilan; elle correspond à une grille d'hétéro-évaluation du comportement douloureux chez la personne âgée non communicante ou démente, celui-ci étant donné par un score supérieur ou égal à 5 sur 30 [20] [21]. L'évaluation de la douleur chez ces sujets est primordiale à chaque séance. En effet, les études tendent à montrer que les démences ne modifient en rien le seuil de tolérance à la douleur, mais que les patients ne peuvent pas verbaliser celle-ci [22]. Chez Madame S., lors des différents transferts ainsi que lors des mobilisations, la cotation des 10 items a donné un score de 0/30 écartant toute douleur (ANNEXE III). Il faut rester cependant

prudent quant à l'interprétation des résultats obtenus. Certains items se basent sur des critères pouvant être sensiblement perturbés par la MA comme les mimiques du visage ou encore les plaintes du sujet.

6.1.4. Bilans visuel et palpatoire

Nous constatons :

- Trois cicatrices face latérale de la cuisse gauche. Elles sont non inflammatoires, non adhérentes et correspondent aux voies d'abord pour la mise en place du clou gamma durant l'intervention chirurgicale.
- Une amyotrophie généralisée et une maigreur importante, liées aux problèmes antérieurs d'alimentation.

6.1.5. Bilan articulaire

L'évaluation des amplitudes articulaires est réalisée au moyen d'un goniomètre de type Labrique lors de mobilisations passives. Nous analysons particulièrement les amplitudes des articulations tibio-tarsiennes dont le rôle est important. Ainsi, tout déficit articulaire au niveau de la cheville entraîne une diminution de l'adaptation posturale du sujet âgé et favorise, de ce fait, le risque de chute [21]. L'ensemble des amplitudes est retranscrit dans le tableau suivant. (tab. I)

Tableau I : Bilan articulaire initial des différentes articulations des membres inférieurs

<u>Articulations</u>	<u>Flexion/Extension</u>	<u>Abduction/Adduction</u>	<u>Flexion dorsale- Flexion plantaire</u>
Coxo-fémorales droite et gauche	90/0/5 en bilatéral	20/0/10 en bilatéral	/
Genoux droit et gauche	120/0/0 en bilatéral	/	/
Tibio-tarsiennes droite et gauche	/	/	10/0/20 en bilatéral

Notre bilan met en évidence une diminution des amplitudes de flexion-extension et d'abduction-adduction des hanches droite et gauche ainsi que des amplitudes en flexions dorsale et plantaire des articulations tibio-tarsiennes.

6.1.6. Bilan musculaire

La dégradation de l'état général est à l'origine d'un déficit global de force musculaire. Plutôt qu'une évaluation analytique de chaque muscle, nous cotons la force par groupe musculaire et par fonction. Notre bilan est effectué par la cotation de l'Evaluation Manuelle de la Force Musculaire (EMFM) et les résultats sont réunis dans le tableau ci-dessous. (tab. II)

Tableau II : Cotation à l'EMFM des différents groupes musculaires des membres inférieurs

<u>Groupes musculaires</u>	<u>Cotation à l'EMFM</u>
Abducteurs de hanches	3+ sur 5
Fléchisseurs de hanches	3 sur 5
Fléchisseurs de genoux	3+ sur 5
Extenseurs de genoux	3+ sur 5
Fléchisseurs dorsaux de cheville	4- sur 5

Nous constatons un déficit de force musculaire généralisé des deux membres inférieurs, celui-ci étant associé à un bilan nutritionnel encore faible en raison de l'épisode antérieur d'anorexie.

6.1.7. Bilan sensitif

Nous évaluons l'intégrité de la sensibilité profonde des membres inférieurs de Madame S. en lui demandant de placer son membre inférieur dans la même position que le membre inférieur que nous mobilisons. La réalisation de ce test semble complexe pour la patiente. Toutefois, elle suit automatiquement avec la jambe controlatérale le mouvement imprimé. Ce test, difficilement assimilable pour notre patiente, nous permet tout de même

d'écarter, en se basant sur les gestes en miroir, traduisant l'expression du schéma corporel chez le sujet dément [2], qu'il n'existe pas de troubles majeurs de la sensibilité profonde.

Le test du pique-touche est un test de référence pour l'évaluation de la sensibilité superficielle. Nous expliquons à notre patiente les consignes et nous lui faisons ressentir les sensations du piquer et du toucher. La difficulté d'assimilation des consignes et l'absence de communication rendent le test non analysable. Nous choisissons de réaliser des effleurements très légers sur les plantes des pieds de la patiente. Si ce test n'est pas un véritable test validé, il nous permet de conclure prudemment que la sensibilité superficielle est au moins partiellement conservée au niveau de la voûte plantaire, élément proprioceptif important dans l'équilibre du sujet âgé [21].

6.1.8. Bilan fonctionnel

Le bilan fonctionnel masso-kinésithérapique du patient âgé est primordial. Il permet d'objectiver ses capacités physiques restantes et ses aptitudes à interagir avec l'environnement pour réaliser de façon autonome diverses activités [21]. Notre bilan a été réalisé en se basant également sur les éléments fournis par le personnel soignant présent au quotidien (infirmières, aides soignantes). Madame S. nécessite une aide journalière totale dans le service. Elle est contentionnée au fauteuil dans la chambre, sous prescription médicale, pour limiter tout risque de chute. L'ensemble des transferts et la marche sont évalués grâce au Test de Tinetti, couramment utilisé en pratique masso-kinésithérapique gériatrique [21].

- La marche :

Madame S. est capable de marcher, difficilement, sous couvert des barres parallèles et d'une aide humaine très importante. Deux allers et retours sont possibles, correspondant à une distance d'environ 12 mètres. L'analyse spécifique des paramètres de la marche s'effectue grâce aux différents items du test de Tinetti.

- Le test de Tinetti :

Ce test nous permet d'objectiver les capacités motrices du sujet, en statique et à la marche. Le temps moyen de passation est de 10 minutes [21] (ANNEXE IV). Il est réalisé entre les barres parallèles disponibles sur le plateau technique afin d'assurer le maximum de sécurité pour la patiente. La longueur totale de ces barres est de plus de trois mètres ce qui nous permet une analyse correcte de la marche. Quelques minutes de repos sont laissées à la patiente dès que cela est nécessaire. La cotation des différents items testables chez Madame S. nous conduit à un score de 13/28. Une altération de l'équilibre étant donné par un score inférieur à 26, le risque de chute chez notre patiente est très élevé [21].

- L'analyse spécifique des transferts :

Madame S. se déplace accompagnée en fauteuil roulant. Le bilan des transferts est réalisé sur le plateau technique et dans la chambre de la patiente, environnement plus familier pour elle, et est récapitulé dans le tableau suivant. (tab. III)

Tableau III : Analyse des transferts en chambre et sur plateau technique

Légende :

0	Réalise seule les transferts
+	Légère aide humaine
++	Aide humaine importante
+++	Ne participe pas aux transferts

<u>Transferts</u>	<u>Plateau technique</u>	<u>Chambre</u>
Assis-debout	++	++
Debout-assis	+++	+++
Assis-couché	+++	+++
Couché-assis	+++	+++
Décubitus dorsal-décubitus latéral	Non testable *	+++

* La patiente ne parvient pas à réaliser le passage en latérocubitus et résiste à toute aide humaine apportée. La crainte de tomber semble être la cause principale de ce refus.

Il est important de préciser que l'ensemble de ces bilans a été réalisé sur plusieurs séances de 30 minutes, les états physique et psychique de la patiente étant différents d'un jour à l'autre.

6.1.9. Bilan Diagnostic Masso-kinésithérapique

6.1.9.1. Déficiences

- Déficit musculaire généralisé, particulièrement marqué au niveau des membres inférieurs.
- Déficit des amplitudes des articulations des membres inférieurs, notamment au niveau tibio-tarsien.
- Troubles de l'équilibre, en unipodal et bipodal, et lors de la marche.
- Dépendance importante dans les différents transferts.

6.1.9.2. Incapacités

- Déambulation sans aide technique et aide humaine.
- Perte d'autonomie très importante dans les différentes activités de la vie quotidienne.

6.1.9.3. Handicaps

- Social.
- Personnel.

6.1.9.4. Les objectifs masso-kinésithérapiques

- Créer avec la patiente une relation thérapeutique de confiance malgré la DTA et les troubles de la communication.

- Limiter toute douleur au cours ou au décours des séances de masso-kinésithérapie.
- Favoriser un renforcement musculaire global des membres inférieurs en incluant celui-ci dans une reprise d'activité progressive.
- Récupérer les amplitudes articulaires déficitaires.
- Travailler la marche entre les barres parallèles puis avec aide technique tout en assurant le maximum de sécurité.
- Travailler l'équilibre et les transferts dans le but de conserver autant que possible l'autonomie de la patiente dans certaines activités.

6.1.9.5. Les moyens masso-kinésithérapiques

- Utilisation de l'échelle DOLOPLUS pour détecter tout signe de douleur.
- Massage des membres inférieurs et particulièrement des pieds.
- Mobilisations passives des articulations tibio-tarsiennes et de l'ensemble des articulations des membres inférieurs.
- Réentraînement à la marche entre les barres parallèles puis avec aide technique et travail musculaire global.
- Travail de l'équilibre et des transferts.

6.2. Mise en application des techniques masso-kinésithérapiques

La prise en charge de Madame S. s'effectue sur une période de cinq semaines. Les séances sont quotidiennes, de 20 à 30 minutes, selon ses capacités physiques, et se déroulent chaque matin. L'évaluation de la douleur est effectuée au cours de chaque séance et selon l'état général de la patiente. Nous rencontrons celle-ci sur le plateau technique, en salle isolée ou dans sa chambre, alternant d'un jour à l'autre les différents exercices proposés.

6.2.1. Le massage

Nous incluons à notre rééducation deux à trois fois par semaine des massages. Nous utilisons la technique de l'effleurage sur les membres inférieurs. Outre le bien-être ressenti

par la patiente, cet élément fondamental du panel thérapeutique masso-kinésithérapique permet de créer un lien avec celle-ci. Qui mieux que le MK peut utiliser le toucher pour « communiquer » avec le patient? C'est un moment privilégié, où la parole n'est pas nécessaire. Les mains du thérapeute peuvent ressentir des tensions que le sujet n'est pas capable d'exprimer [23].

6.2.2. Les mobilisations passives

Elles sont le plus souvent réalisées dans la continuité du massage. Elles sont effectuées sur l'ensemble des articulations des membres inférieurs, principalement sur les articulations tibio-tarsiennes. La récupération de mobilité articulaire des chevilles participe aux capacités d'adaptation posturale du sujet et favorise un meilleur passage du pas lors de la marche [24].

6.2.3. La rééducation à la marche

Le travail de marche avec Madame S. commence entre les barres parallèles. Nous basons notre rééducation sur les automatismes, longtemps conservés chez les malades d'Alzheimer. L'apprentissage de la marche se faisant dans la petite enfance, l'automatisme de cette activité est souvent préservé, même dans les DTA avancées [25]. Le périmètre de marche est augmenté progressivement, selon les capacités de la patiente, en respectant ses angoisses et sa fatigue. L'évolution de Madame S. nous permet d'aborder, au fil des semaines, une marche avec rollator deux roues dans le couloir du service, toujours accompagnée. Un rollator deux roues est installé dans la chambre de notre patiente et l'ensemble de l'équipe soignante participe ainsi à l'entretien de la marche au quotidien.

6.2.4. Le travail des transferts et de l'équilibre

Nous travaillons à chaque séance avec notre patiente les transferts assis-debout et debout-assis, encore très difficiles, la patiente ayant tendance à se laisser tomber lors du retour au fauteuil. Nous diminuons progressivement l'aide humaine apportée et insistons sur l'utilisation des aides techniques : les barres parallèles, puis les accoudoirs du fauteuil. Le travail du demi-tour est effectué pour permettre à la patiente de se rasseoir après chaque tour

de marche. Enfin, au fil de la prise en charge, nous travaillons le passage d'obstacles au sol pour faciliter le passage du pas [24].

6.3. Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge

La rééducation masso-kinésithérapique repose sur des objectifs spécifiques qui doivent être, en gériatrie plus que dans n'importe quel domaine, adaptés aux capacités fonctionnelles du sujet. La DTA « perturbe » la mise en œuvre de tests et d'exercices validés et demande une constante adaptation.

La principale difficulté est l'absence de communication. La première rencontre avec Madame S. devrait nous permettre de créer un lien thérapeutique, fil conducteur de notre prise en charge. Néanmoins, quand les mots ne signifient plus rien, il est difficile de surmonter « cette barrière », principalement parce que nous n'y sommes pas préparés. D'autres troubles liés à la MA entravent la rééducation. Il nous faut montrer l'exemple lors de chaque exercice et nous initions chacun des mouvements de la patiente. Les consignes sont simples, répétées régulièrement et formulées de façon identique pour faciliter leur compréhension [23]. Des repères contrastés, de couleurs vives, sont utilisés au sol ou dans l'espace pour fixer des limites visibles pour la patiente. Il est important de faire preuve d'imagination, de trouver des alternatives aux bilans ou exercices pour tenter de définir au mieux les réelles capacités du sujet. De plus, le comportement apathique de Madame S. reste un frein important dans l'établissement d'un réel échange thérapeutique et la rééducation quotidienne est très difficile. Les exercices sont, selon les jours, insatisfaisants tant dans notre pratique masso-kinésithérapique que pour notre patiente, qui semble « exprimer » une certaine lassitude. Il nous paraît complexe de surmonter ces difficultés seuls. Nous nous dirigeons donc vers le Dr LEHNART, médecin gériatre du service, dont la passion et l'expérience professionnelles peuvent nous orienter dans notre pratique. Longtemps confronté à ce problème de communication, il a abordé celui-ci dans sa thèse de fin d'étude en analysant l'effet du Snoezelen auprès de sujets âgés déments atteints par la MA. N'ayant jamais entendu parler de ce concept, nous découvrons celui-ci au travers des diverses recherches réalisées.

6.4. Le concept Snoezelen

6.4.1. Définition

Développé aux Pays-Bas dans les années 1970, le Snoezelen est une technique de stimulation multi-sensorielle. Du hollandais « Snuffen » et « Doezenen » signifiant respectivement « sentir » et « somnoler », il correspond à une approche de prise en charge des sujets fragiles, handicapés mentaux, physiques ou encore déments, au sein d'espaces de bien-être dits de Snoezelen. Pratiqué par tout professionnel de santé ayant suivi une formation spécialisée d'initiation au concept, il permet de faire évoluer le patient dans un cadre sécurisé en privilégiant une relation individualisée. [16] [26]

6.4.2. L'espace Snoezelen

Lieu dédié à l'apaisement et à la détente, l'espace Snoezelen permet également un éveil physique et psychique. Chaque patient évolue de façon autonome dans cet espace, dans la mesure de ses capacités, et explore ses cinq sens au travers d'objets divers (ANNEXE V). Des musiques du monde, d'ambiance ou plus contemporaines rythment les séances de Snoezelen selon les préférences du sujet ou l'effet recherché. Le patient et l'accompagnateur peuvent se servir de nombreux instruments de musique, favorisant la stimulation auditive et créant un moment de partage. La colonne à bulles, les miroirs, les boules à facettes ou encore le rétroprojecteur attirent la vue. Des images de lieux, d'animaux créent des atmosphères particulières et colorées. Le toucher est stimulé grâce à des matières, des textiles, des peluches. Un diffuseur d'arôme, des bougies ou encore de l'encens permettent de créer différentes ambiances parfumées. Enfin, la gustation est mise en avant lors d'en-cas proposé au sein même de l'espace Snoezelen. [16] [27]

6.4.3. Le sujet âgé dément et le Snoezelen

Ces dernières années, différentes études ont été réalisées afin de déterminer les réels effets du Snoezelen sur le comportement des sujets âgés déments. Il semblerait que celui-ci participe à la diminution des troubles de l'anxiété et de l'agitation chez ce type de patients

[16]. De plus, leurs capacités fonctionnelles sont améliorées, notamment grâce à un meilleur traitement des stimulations sensorielles [28]. Toutefois, ces bénéfices ne semblent perdurer qu'à condition que les séances soient prolongées dans le temps [16].

6.4.4. Approche du Snoezelen

En accord avec le médecin Dr Gilles LEHNART et l'ensemble de l'équipe de rééducation, nous décidons d'intégrer à notre prise en charge des séances de stimulation sensorielle dans l'espace Snoezelen, présent dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique (fig. 2). Encadrés et accompagnés par des membres du personnel soignant formés à ce concept, nous débutons les séances à partir de la deuxième semaine de prise en charge à raison de deux à trois fois par semaine.



Figure 2 : Salle de Snoezelen de l'Hôpital Bel Air à Thionville

6.5. Bilan masso-kinésithérapique final

6.5.1. Bilan psychosocial

Au fil des semaines, des changements comportementaux importants sont notables chez notre patiente. Si les troubles du langage sont encore présents, Madame S. est capable d'interagir avec les autres patients et le personnel soignant, qu'elle reconnaît. Elle est souriante, semble contente de rejoindre le plateau technique pour débiter les séances de rééducation. Elle est à l'aise avec l'environnement et les lieux. Le personnel soignant du service exprime également un changement dans son comportement. Elle essaie de communiquer, participe plus aux transferts. Sa fille et son compagnon trouvent que Madame S. semble reprendre « goût à la vie » et être moins apathique.

6.5.2. Bilan de la douleur

La patiente s'exprimant davantage, nous lui demandons de coter sa douleur sur une Echelle Visuelle Analogique de 0 à 10, 0 représentant l'absence totale de douleur et 10 la pire douleur imaginable. La patiente n'est pas capable de comprendre les consignes. Toutefois, quand nous lui demandons de localiser sa douleur en désignant son propre corps, elle montre significativement son membre inférieur gauche, au niveau de la face latérale de la cuisse. Si la quantification précise des douleurs reste perturbée, Madame S. est cependant capable de localiser celles-ci de façon simple lorsque nous lui en faisons la demande.

6.5.3. Bilans visuel et palpatoire

Aucun élément particulier n'est mis en évidence lors des bilans visuel et palpatoire.

6.5.4. Bilan articulaire

Les mobilisations articulaires des membres inférieurs ayant été réalisées tout au long de la prise en charge, Madame S. connaît les mouvements réalisés et participe activement à

ces derniers. L'évaluation des amplitudes est réalisée grâce au goniomètre de type Labrique. L'ensemble des résultats est retranscrit dans le tableau ci-dessous. (tab. IV)

Tableau IV : Bilan articulaire final des différentes articulations des membres inférieurs

<u>Articulations</u>	<u>Flexion/Extension</u>	<u>Abduction/Adduction</u>	<u>Flexion dorsale-Flexion plantaire</u>
Coxo-fémorales droite et gauche	90/0/5	25/0/10	/
Genoux droit et gauche	120/0/0	/	/
Tibio-tarsiennes droite et gauche	/	/	15/0/25

Nous notons une augmentation légère des amplitudes en flexion-extension des articulations tibio-tarsiennes et en abduction des articulations coxo-fémorales.

6.5.5. Bilan musculaire

L'évaluation de la force musculaire donne les résultats suivants : (tab. V)

Tableau V : Cotation finale à l'EMFM des groupes musculaires des membres inférieurs

<u>Groupes musculaires</u>	<u>Cotation à l'EMFM</u>
Abducteurs de hanches	4- sur 5
Fléchisseurs de hanches	3 sur 5
Fléchisseurs de genoux	4- sur 5
Extenseurs de genoux	4- sur 5
Fléchisseurs dorsaux de chevilles	4- sur 5

Nous mettons en évidence une augmentation de force musculaire des abducteurs de hanche et des extenseurs de genoux. Le poids de Madame S. montre une augmentation constante, notamment grâce à une reprise d'alimentation équilibrée couplée à une activité physique quotidienne.

6.5.6. Bilan sensitif

Si Madame S. comprend plus facilement les consignes, il reste cependant difficile de mettre en application les bilans validés. Nous réalisons donc les mêmes tests que lors du bilan initial. Aucun trouble des sensibilités superficielle et profonde n'est mis en évidence.

6.5.7. Bilan fonctionnel

- La marche :

Le bilan de la marche est réalisé dans le couloir du service. Madame S. marche sous couvert d'un rollator deux roues, sur un périmètre d'environ 2 x 50 mètres, en incluant des temps de récupération importants. Une surveillance humaine est obligatoire, les mouvements pouvant être totalement désorganisés selon les moments.

- Le test de Tinetti :

Le test est réalisé dans les mêmes conditions que lors du bilan initial. La cotation des items chez notre patiente met en évidence un score de 18/28 (ANNEXE VI). Si le passage assis-debout, l'initiation à la marche et l'équilibre yeux fermés sont objectivement améliorés, le risque de chute reste toutefois encore très élevé.

- L'analyse spécifique des transferts :

Les conditions d'analyse des transferts sont identiques à celles initialement effectuées. Les résultats obtenus sont donnés dans le tableau suivant : (tab. VI)

Tableau VI : Analyse finale des transferts en chambre et sur plateau technique

Légende :

0	Réalise seule les transferts
+	Légère aide humaine
++	Aide humaine importante
+++	Ne participe pas aux transferts

<u>Transferts</u>	<u>Plateau technique</u>	<u>Chambre</u>
Assis-debout	0	0
Debout-assis	+	+
Assis-couché	++	++
Couché-assis	++	++
Décubitus dorsal-décubitus latéral	++	++

Les transferts sont mieux réalisés par la patiente. Elle est capable de se lever seule, en utilisant les aides techniques mises à sa disposition. Une aide humaine reste nécessaire pour les autres types de transferts. Le passage du décubitus dorsal vers le décubitus latéral est réalisable sur le plateau technique, Madame S. étant beaucoup plus rassurée.

6.6. Conclusions du bilan de fin de prise en charge

L'hospitalisation de Madame S. s'achève le 17 octobre 2012. Sa fille prend en charge le retour à domicile de cette dernière. Au vu des progrès réalisés dans le service, sa famille semble moins inquiète par l'aide à apporter au quotidien. Si l'évolution de l'état général de la patiente est très favorable, notre patiente reste tout de même une personne âgée fragile, notamment par le risque de complications liées à la DTA. La force musculaire est amoindrie, et la patiente est rapidement fatigable. Madame S reste entièrement dépendante. Le retour à domicile peut être source de perte d'activité, c'est pourquoi une prescription masso-kinésithérapique à domicile à visée d'entretien des capacités fonctionnelles a été réalisée par l'équipe médicale.

7. DISCUSSION

Au travers de notre travail, nous abordons l'approche de la méthode Snoezelen au cours de la prise en charge masso-kinésithérapique du sujet âgé dément type Alzheimer. Celle-ci demande de grandes qualités relationnelles. Si ces dernières sont primordiales, les difficultés liées à la DTA tendent à rompre le lien qui peut unir le patient et le thérapeute.

Au début de la rééducation, le bilan doit être un moment important pour se découvrir. La DTA empêche notre patiente de créer tout rapport avec le monde extérieur, l'enfermant peu à peu dans un isolement complet. Le langage représente un lien social important. Il permet de situer l'individu dans la société, d'exprimer des opinions, d'interagir avec les autres ; en un mot : il permet « d'exister » [23]. Quand il est absent, la relation soignant-soigné est plus difficilement envisageable. Si le patient est touché directement par cette situation, le MK peut lui aussi être affecté, se sentant démuni ou encore dépassé [23].

Envisagé à mi-parcours de la prise en charge de Madame S., le Snoezelen est une alternative proposée pour tenter de pallier à ce déficit relationnel. Les séances sont réalisées selon l'état et la fatigue de la patiente et représentent dans le parcours thérapeutique, des moments de détente et de contact privilégiés. Nous sommes seuls avec la patiente, dans un espace qui invite à l'exploration permanente des cinq sens. Outil thérapeutique, ces séances représentent également un instant précieux de complicité où nous découvrons peu à peu des expressions et des comportements nouveaux chez notre patiente. Le Snoezelen, en se basant sur une communication non-verbale entre patient et thérapeute, permet de bâtir un lien fort avec le sujet dément. Si les mots ne veulent plus rien dire, ces moments d'échange et de bien-être signifient bien plus [23].

Le concept du Snoezelen étant fondé sur un éveil de la sensorialité, nous explorons avec Madame S. différents sens au fil des séances, en fonction de sa réceptivité. Nous installons la patiente dans la salle de Snoezelen, sur le matelas à eau ou sur le fauteuil massant, et mettons diverses musiques, selon l'ambiance que nous voulons recréer. Madame S. semble apprécier les remous du matelas lorsqu'elle bouge et s'en amuse. Des huiles essentielles sont diffusées dans la pièce. Nous commençons nos séances par un massage des

membres inférieurs, couplé à des mobilisations articulaires passives, principalement au niveau tibio-tarsien. Les massages, lors de nos séances, sont fondamentaux. Si les troubles du langage isolent progressivement le malade, ce dernier devient néanmoins plus sensible aux messages non verbaux émis, volontairement ou non, par les personnes qui l'entourent [23]. Le toucher est un des éléments de la communication non verbale [23]. Il vient renforcer la relation qui se crée. Il redonne une valeur à la personne âgée. Les manques d'attention et de contact sont des facteurs qui tendent à isoler progressivement le sujet et à créer tout désintérêt pour le monde extérieur [23]. Qui mieux que le MK peut utiliser cet élément fondamental de son panel thérapeutique pour tenter de recréer un lien entre la personne âgée démente et son corps ? Des diapositives sont projetées au mur. Madame S. semble plus captivée par les décors environnementaux tels que la vie aquatique ou les bois. Elle commente souvent ce qu'elle voit par des phrases très simples. Nous acquiesçons ses paroles. L'approbation de ce que la patiente exprime est importante. Elle crée une interaction et un échange [29]. Ses yeux sont grands ouverts et elle explore l'ensemble de la salle. Le massage terminé, nous aidons la patiente à déambuler, si elle le désire. Lors des séances de Snoezelen, la guidance apportée par le thérapeute tendrait à favoriser l'activité chez le sujet âgé [29]. Nous laissons la patiente évoluer dans l'espace tout en assurant un maximum de sécurité. L'exploration est une étape nécessaire dans l'amélioration de l'autonomie de la personne âgée [29]. A chaque instant, nous parlons à la patiente, nous lui expliquons où nous sommes. Si la compréhension se dégrade chez le sujet atteint par la MA, le fait de lui parler de façon claire et simple permet de maintenir plus longtemps cette fonction [23]. Puis nous abordons le toucher à travers différents objets. Nous proposons à la patiente des peluches. Madame S. crée un lien fort avec certaines peluches, les enlaçant tendrement. Elle s'adresse à eux, les nomme « ses bébés ». La peluche devient un lien entre la patiente et nous. Nous utilisons des instruments de musique. La patiente utilise le tambour et nous l'accompagnons avec des timbales, créant des rythmes enjoués. Cette situation amuse beaucoup Madame S. qui rit. Les séances de Snoezelen sont, au début de la prise en charge, le seul moment où des sourires sont perceptibles chez notre patiente. Elle semble plus détendue dans cet espace que sur le plateau technique où le bruit et l'agitation perturbent son attention. La séance dure en moyenne une heure. A la fin de celle-ci, nous raccompagnons Madame S. dans sa chambre. Nous continuons à lui parler tout au long du trajet. Même si la communication est difficile, notre patiente répond toujours

positivement quand nous lui demandons si elle a apprécié la séance et si elle souhaite recommencer.

Au cours des différentes séances, il est certain que des modifications comportementales sont notables chez Madame S. Notre patiente est beaucoup plus réceptive, réagit lorsque nous lui parlons, sourit lorsqu'elle nous voit. A chaque exercice de rééducation proposé, elle répond désormais positivement en nous donnant des noms doux. En partageant ces instants de Snoezelen avec elle, nous appartenons à son environnement. Elle nous reconnaît et semble ainsi moins anxieuse. Une certaine relation de confiance s'instaure, et rend la rééducation plus aisée. Si les effets semblent bénéfiques à terme sur l'humeur et la communication de Madame S., il est nécessaire de rester prudent quant à leur évaluation objective. Les troubles liés à la MA sont fluctuants d'un jour à l'autre. Il est donc certain que les séances se déroulent différemment d'un jour à l'autre, et que les mêmes activités sont ressenties différemment selon l'état de la patiente. De plus, il existe une grande variabilité de réponse comportementale, selon le sujet âgé, mais également selon le MK accompagnateur. Le comportement de ce dernier peut lui aussi être fluctuant d'une séance à l'autre, agissant indirectement sur la réceptivité du patient. Le thérapeute peut, par son approche professionnelle, tirer des conclusions trop rapides de ces séances. L'analyse des bénéfices du Snoezelen sur le comportement de Madame S. doit donc tenir compte de ces facteurs pour ne pas être faussée. Ce concept représente un outil supplémentaire pour le MK, lui permettant de créer un lien avec le sujet âgé dément quand la barrière de la communication empêche toute relation thérapeutique.

8. CONCLUSION

La rééducation masso-kinésithérapique du sujet âgé dément est tout à fait particulière. Du fait du nombre croissant de malades atteints de DTA, la profession est de plus en plus souvent confrontée aux difficultés liées à ce type de prise en charge.

Plus qu'une technique, le concept du Snoezelen représente un élément de prise en charge supplémentaire pour le MK. Associée à l'ensemble de nos techniques, cette méthode

nous a permis de créer une relation profonde avec notre patiente alors que toute possibilité d'échange semblait impossible.

Le thérapeute et l'étudiant en formation professionnelle peuvent se retrouver confrontés à des situations difficiles. Quand la rééducation se base beaucoup sur l'atteinte des objectifs thérapeutiques, cela semble moins évident en pratique gériatrique. Les troubles démentiels et du comportement peuvent créer un sentiment d'échec tant pour le patient que pour le MK qui ne parvient pas à répondre aux attentes du sujet, par manque de formation et d'expérience dans ce domaine.

L'image encore négative de la vieillesse dans la société crée un impact direct sur les soins et la prise en charge gériatrique. L'image du patient jeune, physiquement et intellectuellement fort, perturbe forcément la réalité vécue sur « le terrain » et peut être source de grande déception et de lassitude chez l'étudiant ou le professionnel MK au quotidien. Cela implique forcément de modifier sa conception de la prise en charge idéale. Il est nécessaire, plus qu'avec n'importe quel autre patient, de replacer le sujet dément dans un contexte de vie, un environnement personnel. Toutefois, patience et écoute sont des comportements qui, chaque jour, peuvent être difficiles à mettre en œuvre. Si des formations spécifiques de prise en charge semblent donc primordiales pour parfaire sa pratique et ses comportements face à ce type de patients, le lien profond qui peut se créer entre le sujet dément et le thérapeute en l'absence de communication apporte une richesse supplémentaire au métier de MK.

BIBLIOGRAPHIE

Les dates indiquées correspondent aux dernières consultations des liens web.

[1]. **BELLAMY, Vanessa, BEAUMEL, Catherine.** *Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément.* Janvier 2013. <<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1429/ip1429.pdf>> (page consultée le 28/04/2013)

[2]. **CHARAZAC P.** *L'Aide-mémoire de psycho-gériatrie en 24 notions.* Paris : Dunod, 2011. 494 p. ISBN 9-782-10-053376-3

[3]. **Site de l'OMS.** *La Démence, aide mémoire n°362.* [En ligne] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr>> (page consultée le 28/04/2013)

[4]. **Site de l'Association France Alzheimer.** *Les chiffres.* [En ligne] <<http://www.francealzheimer.org/comprendre-maladie/chiffres/692>> (page consultée le 28/04/2013)

[5]. **MOUREY F., MANCKOUNDIA P.** - Les démences : quels troubles de la marche ? Quelles perspectives en rééducation ? *Kinésithérapie, La Revue*, 2009, vol 9, n°85-86, p. 80

[6]. **Site de la HAS.** *Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge.* Décembre 2011. [En ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_maladie_d_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prsie_en_charge.pdf> (page consultée le 28/04/2013)

[7]. **GIL R.** *Neuropsychologie.* 5^{ème} éd. Paris : Masson, 2010. 470 p. ISBN 978-2-294-08870-

- [8]. **VIBERT J. F., SEBILLE A., LAVALLARD-ROUSSEAU M. C., BOUREAU F., MAZIERES L.** Neurophysiologie : de la physiologie à l'exploration fonctionnelle. 2^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson, 2011. 256 p. ISBN 978-2-81010-203-7
- [9]. **SIKSOU M.** Introduction à la neuropsychologie clinique. Paris : Dunod, 2012. 184 p. ISBN 978-2-10-057279-3
- [10]. **RIDDLE D. R.** Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms. Boca Raton : CRC Press, Taylor & Francis Group, 2007. 375 p. ISBN 978-0-8493-3818-2
- [11]. **LEMAIRE P., BHERER L.** Psychologie du vieillissement : une perspective cognitive. 1^{ère} éd. Bruxelles : De Boeck, 2005. 469 p. ISBN 978-2-8041-4953-6
- [12]. **SIRVEN J. I., MALAMUT B. L.** Clinical Neurology of the Older Adult. 2^{ème} éd. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. 642 p. ISBN 978-0-7817-6947-1
- [13]. **JAGUST W.** - Vulnerable Neural Systems and the Borderland of Brain Aging and Neurodegeneration. Neuron, 2013, 77, 2, p. 219-234
- [14]. **VERNY M.** - Circonstances d'hospitalisation des patients âgés atteints de maladie d'Alzheimer. La Revue de médecine interne. 2011, 32, S1, p.14-16
- [15]. **Site World Health Organization, Alzheimer's Disease International.** Dementia: a public health priority. Grande-Bretagne : WHO Press, 2012. 112 p. ISBN 978-92-4-156445-8
- [16]. **LENHART G.** - Evaluation des effets de la stimulation sensorielle par la méthode du Snoezelen auprès des personnes âgées atteintes de démence. 2001. 200 p. Thèse Méd. : Nancy
- [17]. **Site de la HAS.** *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels.* Février 2010. [En ligne]
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_alzheimer_suivi_medical.pdf> (page consultée le 28/04/2013)

[18]. **PITAUD P.** Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2006. 315 p. ISBN 2-7492-0652-9

[19]. **SAGNE A., GIRTANNER Ch., BLANC P., DUBOEUF G., GONTHIER R.** – Evaluation par l'échelle de Zarit de la prise en charge psychologique des aidants de patients atteints de syndrome démentiel. NPG, 2004, vol 4, n°19, p. 15-19.

[20]. **Site Doloplus.** *Description de l'échelle. Description.* [En ligne] <<http://www.doloplus.com/description/description1.php>> (page consultée le 28/04/2013)

[21]. **MOUREY F.** – Evaluation des fonctions motrices en rééducation gériatrique : que faire en pratique ?. Kinésithérapie Scientifique, 2012, n°533, p. 48-50

[22]. **SAVOIE M.** – Comment évaluer la douleur en présence de démence grave. La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences, 2008, vol 11, n°3, p. 21-24

[23]. **PAGER R.** Maladie d'Alzheimer : comment communiquer avec le malade. Guide de l'aidant. Chapitre 3 : les différentes formes de communication avec le malade. Paris : Frison-Roche, 2010. 141 p. ISBN : 978-2-87671-537-0

[24]. **MOUREY F.** - Troubles de la marche et rééducation chez le sujet âgé. Kinésithérapie Scientifique, 2012, n°529, p.55-57

[25]. **COTILLEAU I., JULIARD K., SOUNI P., GAROCHE E., GOUSSEBAILLE P., ALMEIDA S., COLLIN C., ETTEN L., NAULLEAU J., Di PASQUALE M.** – Démence du sujet âgé et rééducation. Kinésithérapie Scientifique, 2004, n°449, p. 15-21

[26]. **Site Snoezelen France.** *Présentation.* [En ligne] <<http://www.snoezelen-france.fr/presentation>> (page consultée le 28/04/2013)

[27]. **Site Snoezelen France.** *L'espace et ses outils.* [En ligne] <<http://www.snoezelen-france.fr/presentation/lespace-et-ses-outils>> (page consultée le 28/04/2013)

[28]. Collier L., McPherson K., Ellis-Hill C., Staal, J., Bucks R. – Multisensory Stimulation to Improve Functional Performance in Moderate-to-Severe Dementia - Interim Results. American Journal of Alzheimer s Disease and Other Dementias, 2010, p. 1-7

[29]. Staal J. - Functional Analytic Multisensory Environmental Therapy for People with Dementia. International Journal of Alzheimer’s Disease, 2012, p. 1-7

[30]. Site de la HAS. ANNEXE 4. Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR. Recommandations de bonnes pratiques. Maladie d’Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Décembre 2011.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/maladies_alzheimer_et_maladies_apparentees_diagnostic_et_prise_en_charge_annexe_4_2011-12-19_17-01-43_457.pdf> (page consultée le 28/04/2013)

[31]. Site GérontoLogique. Échelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau. [En ligne]. <<http://gerontologique.files.wordpress.com/2010/06/zarit.pdf>> (page consultée le 28/04/2013)

[32]. Site Doloplus. Echelle DOLOPLUS. Evaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. [En ligne] <http://www.doloplus.com/pdf/3V_DOLOPLUS_FR.pdf> (page consultée le 28/04/2013)

ANNEXES

- **ANNEXE I** : Manuel de classification DSM-IV-TR
- **ANNEXE II** : Echelle de Zarit
- **ANNEXE III** : Evaluation du comportement douloureux chez Madame S. le 20/09/2012 grâce à l'échelle DOLOPLUS
- **ANNEXE IV** : Test de Tinetti de Madame S. effectué le 18/09/2012
- **ANNEXE V** : Objets divers utilisés lors des séances de Snoezelen
- **ANNEXE VI** : Test de Tinetti de Madame S. effectué le 17/10/2012

ANNEXE I [30]

Manuel de classification DSM-IV-TR

Critères diagnostiques de la démence de type Alzheimer, DSM-IV-TR

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1. une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
2. une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a. aphasie (perturbation du langage)
 - b. apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes)
 - c. agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - d. perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1. à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. à des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH) ;
3. à des affections induites par une substance.

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : trouble dépressif majeur, schizophrénie).

Codification fondée sur la présence ou l'absence d'une perturbation cliniquement significative du comportement :

Sans perturbation du comportement : si les troubles cognitifs ne s'accompagnent d'aucune perturbation cliniquement significative du comportement.

Avec perturbation du comportement : si les troubles cognitifs s'accompagnent d'une perturbation cliniquement significative (par exemple : errance, agitation) du comportement.

Préciser le sous-type :

À début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.

À début tardif : si le début se situe après 65 ans.

ANNEXE II [31]

Echelle de Zarit

Echelle de Zarit ou Inventaire du Fardeau.

Le score total qui est la somme des scores obtenus à chacun de 22 items, varie de 0 à 88. Un score inférieur ou égal à 20 indique une charge faible ou nulle ; un score entre 21 et 40 indique une charge légère ; un score entre 41 et 60 indique une charge modérée ; un score supérieur à 60 indique une charge sévère.

Voici une liste d'énoncés qui reflètent comment les gens se sentent parfois quand ils prennent soin d'autres personnes. Pour chaque énoncé, indiquer à quelle fréquence il vous arrive de vous sentir ainsi : jamais, rarement, quelquefois, assez souvent, presque toujours. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse.

Cotation :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = quelquefois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque toujours

À quelle fréquence vous arrive-t-il de...

Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?	0 1 2 3 4
Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tiraillé entre les soins à votre parent et vos autres responsabilités (familiales ou de travail) ?	0 1 2 3 4
Vous sentir embarrassé par les comportements de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ou des amis ?	0 1 2 3 4
Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent est dépendant de vous ?	0 1 2 3 4
Vous sentir tendu en présence de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?	0 1 2 3 4
Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos autres dépenses ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?	0 1 2 3 4
Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?	0 1 2 3 4
Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?	0 1 2 3 4
En fin de compte, à quelle fréquence vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?	0 1 2 3 4

La revue du Gériatrie, Tome 28, N°4 AVRIL 2001



www.colos.fr

ANNEXE III [32]

Evaluation du comportement douloureux chez Madame S. le 20/09/2012 grâce à l'échelle DOLOPLUS

ECHELLE DOLOPLUS		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE'E			
NOM : Me S.		Prénom : 		DATES	
Service : SSRC		20/09/12	24/09/12		
Observation comportementale					
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	• pas de plainte	0	0	0	0
	• plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	• plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	• pas de position antalgique	0	0	0	0
	• le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	• position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	• position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	• pas de protection	0	0	0	0
	• protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	• protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	• protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	• mimique habituelle	0	0	0	0
	• mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	• mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	• mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	• sommeil habituel	0	0	0	0
	• difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	• réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	• insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	• toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	• possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	• possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	• possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	• mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	• inchangée	0	0	0	0
	• intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	• diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	• absente ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	• participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	• participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	• refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	• refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	• comportement habituel	0	0	0	0
	• troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
E6183		SCORE	0	0	

ANNEXE IV

Test de Tinetti de Madame S. effectué le 18/09/2012

TEST DE TINETTI

Nom : S.

Date : 18/09/12

Prénom : Odile

Réalisé par : Melani KLARSCER

ou étiquette du patient

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		0
2. Lever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais utilise les bras pour s'aider → 1 • Capable sans utiliser les bras → 2 		1
3. Essais de se relever	<ul style="list-style-type: none"> • Incapable sans aide → 0 • Capable mais nécessite plus d'une tentative → 1 • Capable de se lever après une seule tentative → 2 		1
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) → 0 • Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support → 1 • Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support → 2 		1
5. Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support → 1 • Polygone de sustentation étroit sans support → 2 		1
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible ; pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à tomber → 0 • Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre → 1 • Stable → 2 		0
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	<ul style="list-style-type: none"> • Instable → 0 • Stable → 1 		0
8. Rotation 360°	<ul style="list-style-type: none"> • Pas discontinus → 0 • Pas continus → 1 • Instable (s'agrippe, chancelle) → 0 • Stable → 1 		?
9. S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> • Héssitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) → 0 • Utilise les bras ou le mouvement est brusque → 1 • Stable, mouvement régulier → 2 		1
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<ul style="list-style-type: none"> • S'incline ou glisse sur la chaise → 0 • Stable, sûr → 1 		0
11. Longueur et hauteur des pas	<ul style="list-style-type: none"> - Balancement du pied droit <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui gauche → 1 • Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied droit quitte complètement le plancher → 1 - Balancement du pied gauche <ul style="list-style-type: none"> • Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit → 0 • Le pas dépasse le pied d'appui droit → 1 • Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher → 0 • Le pied gauche quitte complètement le plancher → 1 		1
12. Symétrie des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche → 0 • Égalité des pas du pied droit, et gauche → 1 		1
13. Continuité des pas	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt ou discontinuité des pas → 0 • Continuité des pas → 1 		1
14. Trajectoire (estimée par rapport à un carton de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	<ul style="list-style-type: none"> • Déviation marquée → 0 • Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur → 1 • Marche droit sans aide → 2 		1
15. Troc	<ul style="list-style-type: none"> • Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur → 0 • Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos → 1 • Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et → 2 		1
16. Attitude pendant la marche	<ul style="list-style-type: none"> • Talons séparés → 0 • Talons presque se touchant pendant la marche → 1 		0
<small>Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chute, segmenté de 5 fois</small>		Score de la marche / 12	8
		Score total (équilibre + marche) / 28	13

ne réalise pas de tour complet

ANNEXE V

Objets divers utilisés lors des séances de Snoezelen



ANNEXE VI

Test de Tinetti de Madame S. effectué le 17/10/2012

TEST DE TINETTI

Nom : S.

Date : 17/10/2012

Prénom : /

Réalisé par : MELANG KLAKOER
Stagiaire

ou étiquette du patient

L'ÉQUILIBRE		Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche	
1. Équilibre en position assise	<ul style="list-style-type: none"> S'incline ou glisse sur la chaise → 0 Stable, sûr → 1 	1	1
2. Lever	<ul style="list-style-type: none"> Inc capable sans aide → 0 Capable mais utilise les bras pour s'aider → 1 Capable sans utiliser les bras → 2 	1	1
3. Essai de se relever	<ul style="list-style-type: none"> Inc capable sans aide → 0 Capable mais nécessite plus d'une tentative → 1 Capable de se lever après une seule tentative → 2 	2	2
4. Équilibre en position debout (5 premières mn)	<ul style="list-style-type: none"> Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) → 0 Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support → 1 Stable en l'absence d'un déambulateur d'une canne ou d'un autre support → 2 	1	1
5. Équilibre en position debout	<ul style="list-style-type: none"> Instable → 0 Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support → 1 Polygone de sustentation étroit sans support → 2 	1	1
6. Au cours d'une poussée (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible ; pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	<ul style="list-style-type: none"> Commence à tomber → 0 Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre → 1 Stable → 2 	1	1
7. Les yeux fermés (même position que en 6)	<ul style="list-style-type: none"> Instable → 0 Stable → 1 	1	1
8. Rotation 360°	<ul style="list-style-type: none"> Pas discontinus → 0 Pas continus → 1 Instable (s'agrippe, chancelle) → 0 Stable → 1 	0	0
9. S'asseoir	<ul style="list-style-type: none"> Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) → 0 Utilise les bras ou le mouvement est brusque → 1 Stable, mouvement régulier → 2 	1	1
LA MARCHÉ		Score de l'équilibre / 16	
10. Initiation à la marche (immédiatement après l'ordre de marcher)	<ul style="list-style-type: none"> S'incline ou glisse sur la chaise → 0 Stable, sûr → 1 	1	1
11. Longueur et hauteur du pas	<ul style="list-style-type: none"> - Balancement du pied droit <ul style="list-style-type: none"> Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche → 0 Le pas dépasse le pied d'appui gauche → 1 Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher → 0 Le pied droit quitte complètement le plancher → 1 - Balancement du pied gauche <ul style="list-style-type: none"> Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit → 0 Le pas dépasse le pied d'appui droit → 1 Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher → 0 Le pied gauche quitte complètement le plancher → 1 	1	1
12. Symétrie des pas	<ul style="list-style-type: none"> Irégularité entre la longueur des pas du pied droit et gauche → 0 Égalité des pas du pied droit, et gauche → 1 	1	1
13. Continuité des pas	<ul style="list-style-type: none"> Arrêt ou discontinuité des pas → 0 Continuité des pas → 1 	1	1
14. Trajectoire (estimée par rapport à un sarnau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	<ul style="list-style-type: none"> Déviaton marquée → 0 Déviaton légère ou modérée ou utilise un déambulateur → 1 Marche droit sans aide → 2 	1	1
15. Troas	<ul style="list-style-type: none"> Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur → 0 Sans balancement mais avec flexion des renoux ou du dos → 1 Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et → 2 	1	1
16. Attitude pendant la marche	<ul style="list-style-type: none"> Talons séparés → 0 Talons presque se touchant pendant la marche → 1 	0	0
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique la présence d'un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		Score de la marche / 12	
		Score total (équilibre + marche) / 28	
		18 / 28	