

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

**APPROCHE REEDUCATIVE DES PATIENTS
PORTEURS DE LA MALADIE
D'ALZHEIMER**

Rapport de travail écrit personnel
Présenté par **STASIECKI NATACHA**
Etudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
De Masseur-Kinésithérapeute
2006-2007.

SOMMAIRE

RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
2. QUELQUES DONNEES SUR LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	2
2.1. HISTORIQUE.....	2
2.2 .DEFINITION.....	2
2.3. EPIDEMIOLOGIE.....	3
2.4. ETIOLOGIE.....	3
2. 5 NEUROPATHOLOGIE.....	4
2. 6 DIAGNOSTIC.....	5
2. 7 TROUBLES ASSOCIEES.....	6
2. 7. 1. LES TROUBLES COGNITIFS.....	5
2. 7. 2. LES TROUBLES COMPORTEMENTAUX.....	8
2. 8. LES TRAITEMENTS.....	8
2. 8. 1. LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX.....	8
2. 8. 2. LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX.....	9
3. L APPROCHE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE D ALZHEIMER.....	9

3.1. LE VIEILLISSEMENT NATUREL.....	10
3.2. LE VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE.....	11
4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET LEURS ADAPTATIONS : UN PARTAGE ENTRE LA TECHNICITE ET LE RELATIONNEL.....	15
4.1. LE TRAVAIL ANALYTIQUE.....	15
4.2. LES COURS COLLECTIFS.....	18
4.3. UN TOUR DE MARCHE.....	20
5. DISCUSSION.....	22
6. CONCLUSION.....	23

BIBLIOGRAPHIE

POUR EN SAVOIR PLUS

ANNEXES

1. INTRODUCTION :

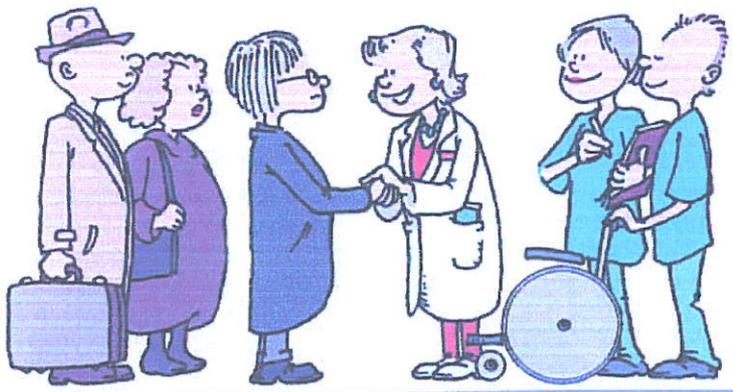
Aujourd'hui nous nous trouvons dans une population vieillissante, de nouveaux besoins et de nouvelles attentes apparaissent. Avec cette augmentation des personnes âgées nous sommes confrontés à de nouvelles maladies, de plus en plus de démence comme c'est le cas pour la maladie d'Alzheimer, véritable problème de santé publique à ce jour : 855000 cas en 2006 et chaque année nous notons environ 150000 à 200000 cas de plus ! Ainsi nous avons de forte probabilité de rencontrer en rééducation des personnes touchées par cette maladie.

Ces personnes peuvent elles suivre un programme de rééducation classique ?

Notre approche thérapeutique est-elle la bonne ?

Nos techniques sont elles appropriées ?

Que faudrait il faire pour améliorer leur prise en charge afin que ces patients trouvent au mieux leur place en rééducation ?



2. QUELQUES DONNEES SUR LA MALADIE D ALZHEIMER :

2.1. HISTORIQUE (16) :

Cette maladie fut découverte par Alois Alzheimer en 1906. C'est lors de la consultation d'une femme de 51ans qu'il s'interroge sur la possibilité d'une nouvelle maladie. La patiente présente des troubles de la mémoire, une aphasia débutante ainsi que des troubles de l'orientation. Quelle est donc cette maladie ? Ce n'est qu'après l'examen post mortem du cerveau de la patiente qu'il a pu mettre en évidence des lésions spécifiques, que nous décrirons par la suite, prouvant ainsi l'existence d'une nouvelle démence.

2. 2. DEFINITION (16) :

La maladie d'Alzheimer est considérée comme une démence de type dégénérative, à ce jour la plus répandue. La définition a été établie selon les critères du DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (annexe I)

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la démence correspond à une altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins six mois et associée à un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, praxies, gnosies, ou modifications de la personnalité.

Une démence est caractérisée par :

- des troubles de la mémoire toujours présents

- des troubles touchant au moins une des fonctions cognitives (langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives).
- un retentissement sur la vie sociale, familiale et professionnelle.

2. 3. EPIDEMIOLOGIE (12, 10) :

En 2003 nous comptons environ 765000 cas de démence en France dont 80% seraient atteints de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit préférentiellement de femmes. Le nombre de nouveaux cas par an augmente avec l'âge. La prévalence variant de 0,8% pour les sujets de 65-69 ans à 28,5% chez les 90 ans et plus. La maladie fait chaque année environ 100000 morts.

2. 4. ETIOLOGIE (16) :

C'est un ensemble de causes qui est responsable de la maladie :

- *l'âge* : plus l'âge est élevé, plus la fréquence de la maladie est importante.
- *les antécédents familiaux* : les personnes possédant un membre de leur famille atteint de cette maladie ont plus de chance d'être touchés à leur tour, le risque serait multiplié par trois lorsqu'un membre du premier degré serait atteint, et par sept si nous retrouvons plus d'un cas dans la famille. Cette forme héréditaire serait due à la présence d'anomalies génétiques.
- *le sexe* : les femmes sont majoritairement touchées.
- *le niveau d'éducation* : les études ont montré que les personnes de faible niveau d'éducation semblent plus touchées par la maladie, aucune étude n'a pu le prouver réellement.

Il s'agit d'une constatation qui met en évidence, la facilité que possèdent les personnes, avec un niveau d'éducation plus élevé, à cacher leurs troubles.

2. 5. NEUROPATHOLOGIE (16) :

Les lésions histologiques vont préciser le diagnostic de la maladie, elles vont être mises en évidence par des examens comme le scanner et l'I.R.M cérébral. Lors de cette maladie nous allons retrouver des lésions le plus souvent localisées au niveau de l'hippocampe (région où s'organise la mémoire) :

- la présence de plaques séniles extra cellulaires de substance bêta-amyloïde. (Fig. 1)

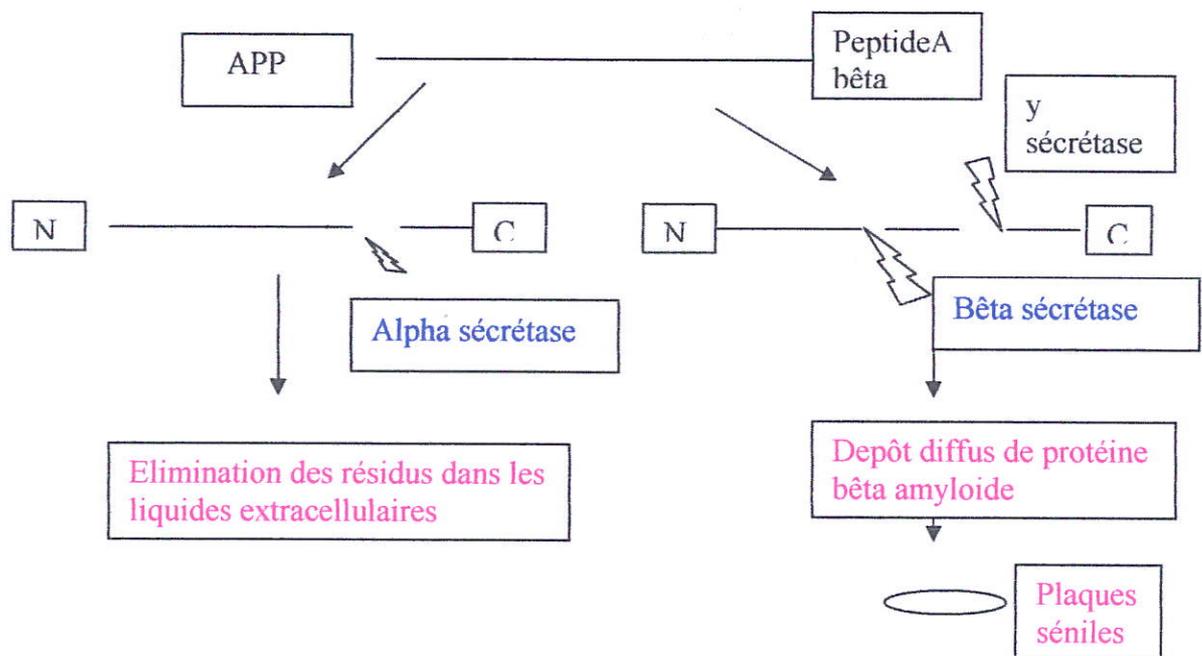


Figure 1 : Mécanisme de l'APP et du peptide A bêta, repris du livre : La maladie d'Alzheimer par Françoise Sellal et Elisabeth Kruczek.

La substance amyloïde est composée du peptide A Bêta, produit en quantité anormale dans cette maladie.

-la dégénérescence neurofibrillaire intracellulaire, nous retrouvons des filaments en hélice, composés de protéine Tau, au niveau des neurones.

Ces lésions vont entraîner une désorganisation dans la transmission synaptique ainsi qu'une disparition des neurones permettant les échanges entre les différentes régions du cerveau. Ceux-ci entraînant une désorganisation mentale retrouvée dans la maladie.

2. 6. DIAGNOSTIC :

Les premiers symptômes de la maladie sont remarqués par l'entourage : modification du comportement dans la vie quotidienne, oublis répétés... (10, 1, 14). Une première consultation est réalisée chez le généraliste qui va orienter le patient vers un spécialiste : neurologue, gériatre... De là un simple entretien avec le patient va préciser les troubles puis des tests plus spécifiques sont réalisés :

- évaluation de la mémoire
- évaluation de l'orientation temporo- spatiale
- évaluation des gestes simples de la vie quotidienne

Puis un bilan neuropsychologique complet sera réalisé : MMSE: Mini Mental State Examination (annexe II), (9, 13), test de l'horloge, test de Dubois (annexe III) (11). Généralement les médecins, pour suivre l'évolution des capacités cognitives de leurs patients vont utiliser le MMSE (1, 14).

En complément de ce diagnostic, des examens biologiques et radiologiques seront effectués.

2. 7. TROUBLES ASSOCIES :

Plusieurs troubles sont répertoriés, il existe des troubles cognitifs, des troubles du comportement et des troubles somatiques :

2. 7. 1. LES TROUBLES COGNITIFS (16) :

Les troubles de la mémoire : ils sont souvent inauguraux dans la maladie.

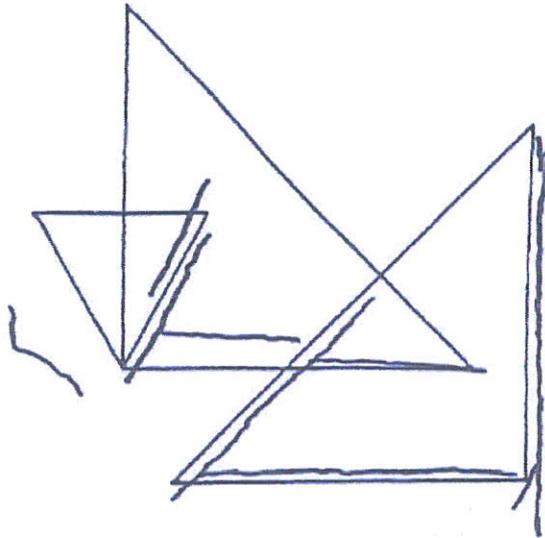
Au début les personnes essayent de cacher ce trouble mais son retentissement dans la vie sociale se fait vite ressentir. L'atteinte débutante se caractérise par une perte de la mémoire des faits récents, alors que les éléments anciens sont conservés plus longtemps.

Les troubles phasiques : ils sont présents dans 40% des formes débutantes.

Le patient souffre d'une aphasie, elle est caractérisée par un manque du mot, compensé dans une conversation, mais facilement mis en avant lors des tests de dénomination. Par exemple lorsque nous demandons au patient de nommer l'image que nous lui montrons, il aura de grandes difficultés à réaliser l'exercice. Dans la progression de la maladie, le manque du mot va augmenter, des problèmes de compréhension vont apparaître (aphasie de compréhension) ainsi que des difficultés d'écriture (agraphie).

Les troubles praxiques : difficulté à réaliser une tâche demandée.

Ces problèmes sont mis en évidence lors des tests mais peu souvent vus dans les gestes de la vie quotidienne. Nous trouvons le plus souvent une apraxie visuo-constructive : le sujet a du mal à regrouper plusieurs éléments pour reproduire un tout, par exemple reproduction d'un dessin en 2D puis 3D. D'autres apraxies sont observées plus tardivement : habillage,



idéomotrice...

Figure 2 : Phénomène de « closing-in » lors des troubles praxiques, tiré du livre : *Maladie d'Alzheimer*, écrit par Françoise Sellal et Elisabeth Kruczek.

Les troubles gnosiques : une agnosie est présente dans 30% des cas.

D'abord le sujet a des problèmes à reconnaître des images, puis ses proches et en vient même à ne plus se reconnaître lui-même.

Les troubles des fonctions exécutives : très rapidement perturbées.

Les patients ont du mal à gérer une situation surtout si elle nécessite deux actions concomitantes, ou si la situation est imprévue. Ceci va entraîner de gros problèmes lors des prises de décision, la personne va peu à peu perdre ses responsabilités.

2.7. 2. LES TROUBLES COMPORTEMENTAUX (16, 3) :

Nous ne ferons que les citer :

- dépression,
- anxiété,
- agitation,
- agressivité,
- troubles des conduites élémentaires : sommeil, anorexie...

2. 8. LES TRAITEMENTS :

Nous pouvons distinguer deux grands types de traitement : la thérapeutique médicamenteuse et la thérapeutique non médicamenteuse.

2. 8. 1. LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX (9, 10) :

Ils sont administrés afin de réduire les troubles des fonctions cognitives et essayer de retarder la perte d'autonomie de la personne. En fonction du stade de la maladie le type de médicament sera différent. Pour une démence considérée comme légère ou modérée (MMSE

situé entre 10 et 26), les médecins prescriront un inhibiteur d'acétylcholinestérase tel que le Donepezil, Rivastigmine, Galantamine. Ces médicaments vont permettre d'améliorer la transmission cholinergique. Pour une démence plus sévère (MMSE inférieur à 10), un autre inhibiteur d'acétylcholinestérase sera utilisé: la Mémantine celui-ci visera plutôt les problèmes de toxicité cellulaire.

D'autres traitements médicamenteux sont mis en place pour réduire les troubles de l'humeur et les troubles du comportement quand ils existent.

2. 8. 2. LES TRAITEMENTS NON MEDICAMENTEUX (9) :

De nombreuses techniques sont mises en place mais leur efficacité pour certaines d'entre elles n'ont pas encore été prouvées. Nous allons dresser une liste de ces différentes méthodes dont nous développerons certaines ultérieurement dans ce travail :

- les ateliers mémoire,
- la rééducation de l'orientation,
- les thérapies par évocation du passé,
- les exercices physiques,
- les stimulations sensorielles et multisensorielles,
- la musicothérapie, la luminothérapie, l'aromathérapie.

C'est un travail pluridisciplinaire qui va permettre d'obtenir un résultat satisfaisant dans cette prise en charge complexe.

3. L APPROCHE THERAPEUTIQUE DU PATIENT ATTEINT DE MALADIE D ALZHEIMER :

L'équipe soignante, qui s'occupe des personnes démentes doit montrer une grande patience et développer de grandes qualités relationnelles, celles-ci sont nécessaires pour réussir une communication permettant l'installation d'une relation thérapeutique (7).

La rééducation en milieu gériatrique demande une adaptation de la prise en charge qui sera encore modifiée avec des personnes démentes. Au cours du vieillissement plusieurs choses vont changer, notamment la relation entre la personne âgée et son environnement. Elles s'effacent peu à peu du monde qui les entoure. Pourquoi? Tout d'abord pour des raisons tout à fait naturelles auxquelles viennent s'ajouter des raisons pathologiques dans certains cas.

3.1 : Le vieillissement naturel (4) :

La personne âgée va présenter :

- une capacité moindre à s'adapter,
- des modifications physiques et corporelles plus ou moins importantes (leur corps ne leur donne plus les réponses souhaitées, l'image qui leur est renvoyée ne les satisfait plus).

Souvent elles se sentent dévalorisées.

- des modifications sensorielles (baisse de l'acuité visuelle, apparition de la surdité...)

Tout cela amène à un manque de confiance en soi, entraînant peu à peu la perte du lien social. Cela étant une certaine autonomie peut être maintenue grâce aux ressources psychiques et

cognitives. Le soignant dans sa prise en charge se doit de prendre en compte ces données et favoriser la communication en sollicitant au maximum ces personnes (5).

3. 2 : Le vieillissement pathologique (4) :

D'autres modifications s'ajoutent dans le vieillissement pathologique :

- les phénomènes dépressifs,
- les troubles des fonctions cognitives,
- les troubles psycho-comportementaux.

Nous observons dans ce cas la perte progressive des capacités cognitives de la personne âgée : nous pouvons retrouver des problèmes de mémorisation, des problèmes de communication et des problèmes de comportement. Cela va impliquer d'autres adaptations dans la rééducation.

La personne démente se retrouve perdue d'une part dans sa propre tête et secondairement elle ne sait pas comment réagir à des lieux nouveaux. Si nous prenons le cas d'une personne arrivant dans un centre de rééducation pour un suivi de traitement classique comme une prothèse de hanche, dès les premières minutes de son arrivée tout est important (10). En premier lieu il faut rassurer la personne, lui redonner des repères ce qui nécessite :

- une présentation du personnel soignant,
- la visite du service.

Nous redonnons autant de fois qu'il est nécessaire ces informations. Nous devons insister sur la raison de la présence de la personne dans ce lieu, qui peut bien souvent l'oublier (10).

Il est impératif que la personne ne se replie pas sur elle même, ce qui rendrait la relation soignant/soigné beaucoup plus difficile par la suite. La situation est complexe des deux côtés.

Nous observons la situation suivante pour le patient (Fig 3) :

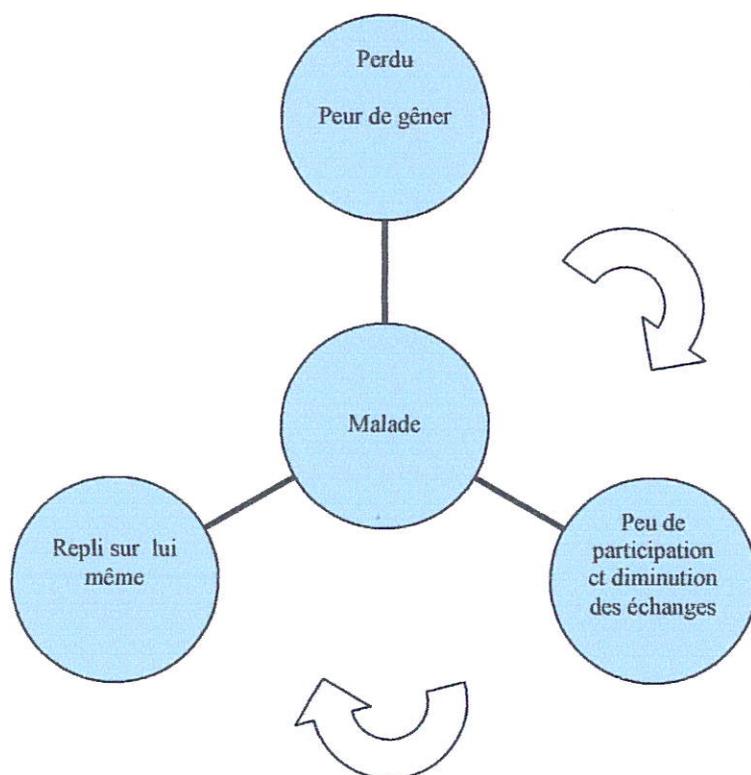


Figure 3 : réaction du patient dément dans un milieu inconnu

Du côté du soignant nous pourrions retrouver (Fig 4) :

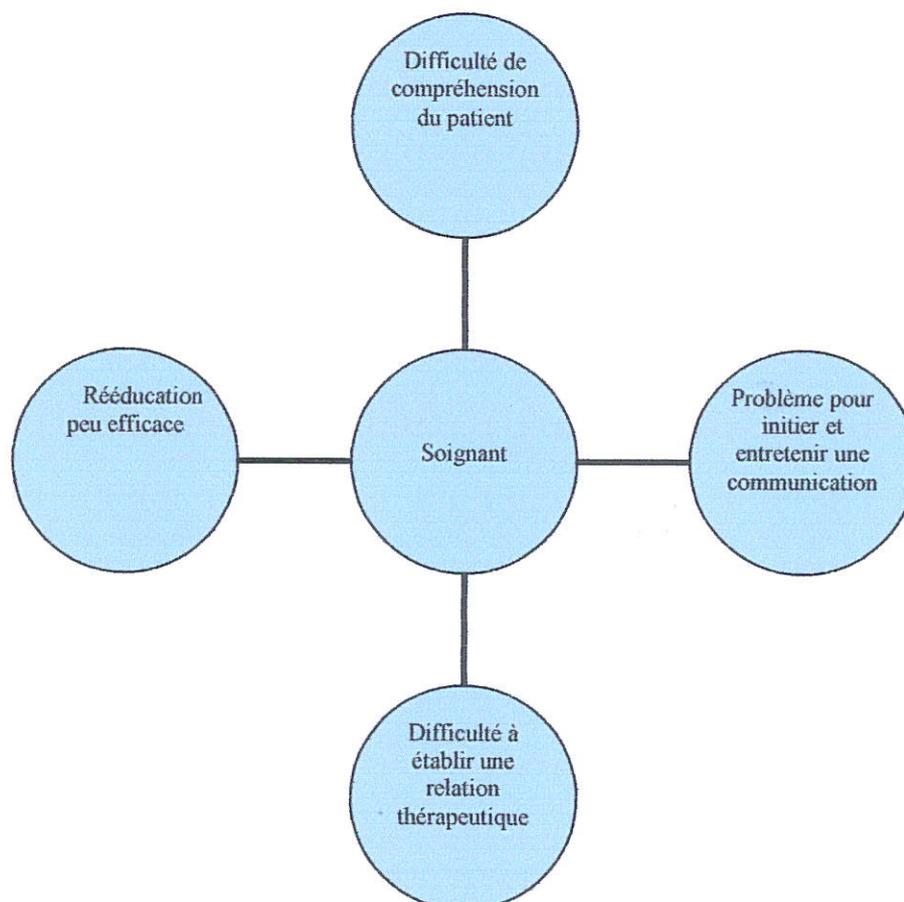


Figure 4 : les difficultés rencontrées par le thérapeute quand le vieillissement touche les fonctions cognitives

Le soignant peut se sentir impuissant et renoncer à établir toute relation, il ne recherchera aucune solution de peur de se sentir inefficace, en contrepartie le patient va ressentir l'agacement du soignant, ce qui va renforcer le repli sur lui-même. Nous pouvons parler de cercle vicieux : chacun veut se faire oublier de l'autre et le patient finit par disparaître.

Pour ne pas arriver à cette situation, le soignant, dans le cas présent le masseur kinésithérapeute (MK) doit prendre en considération les troubles psychiques touchant le patient. Le développement de la capacité d'écoute doit compléter au maximum les protocoles de rééducation, que nous pouvons qualifier de physique. Chacune de nos techniques doit être agrémentée avec divers moyens pour permettre aux personnes démentes de participer de façon active à leur rééducation (7)

Quels moyens possédons-nous pour réussir à intégrer ces personnes dans la rééducation ?

Plus que nous le croyons, le MK ne doit pas se sentir démuni ; il existe beaucoup d'autres modes de communication en dehors de la communication verbale et le MK, par sa profession en acquiert un : le toucher. C'est peut être une des clés qui ouvrira la porte séparant la rééducation du monde des déments...

D'autres qualités nous sont données : un geste, un sourire, un regard (c'est ce que l'on nomme la communication non verbale) pourront déclencher un déclic chez ces personnes et la relation sera établie(10).

4. LES DIFFERENTES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET LEUR ADAPTATION : un partage entre la technicité et le relationnel (7, 3)

Tout le monde a le droit à des soins de qualité correspondant à ses attentes, mais encore faut-il que le soignant puisse comprendre la demande souhaitée.

Que devons nous ajouter à notre technique pour aider au mieux les personnes démentes ?

Le MK a en sa possession un choix de techniques très diversifiées. Observons quelques une de ces techniques et voyons quelles sont celles qui peuvent être les plus efficaces chez ces personnes.

4. 1. Le travail analytique (6, 7) :

Le travail analytique consiste à faire travailler un segment de membre par rapport à un autre. Il peut être passif, actif aidé ou actif. Il peut être réalisé de manière libre ou contre résistance, avec l'emploi de protocole. Son but est de récupérer une amplitude, de renforcer un muscle ou un groupe musculaire.

Ce travail nécessite de la part du patient :

- la compréhension de la consigne de réalisation de l'exercice,
- la mémorisation de la consigne,
- la mémorisation du geste technique,
- la mémorisation du nombre de mouvement réalisé,
- l'absence de praxie.

Pour un patient sans trouble cognitif, l'apprentissage d'un tel exercice semble simple, mais pour un patient dément cette demande peut paraître impossible. Comme nous l'avons vu

précédemment le patient souffrant de la maladie d'Alzheimer, présente des troubles de la mémoire, qui se manifestent initialement. De plus la mémoire touchée précocement est celle conservant les faits récents.

L'exercice kinésithérapique est un fait nouveau qu'il va falloir intégrer et restituer tout au long de la rééducation. Notre patient ne possède plus les capacités suffisantes pour réussir seul l'exercice. Il a besoin en outre de plus d'attention, mais aussi de rappel plus nombreux des consignes, et de moyens supplémentaires pour réussir l'exercice. A chaque nouvelle séance le MK doit considérer son patient comme un novice.

Prenons un exemple : une patiente porteuse d'une prothèse de hanche suite à une coxarthrose dégénérative, souffrant de la maladie d'Alzheimer. Elle est prise en charge dans un centre de rééducation. Le MK lui demande l'exercice suivant pour la première fois :

- la patiente est en décubitus, hanches fléchies à environ 80 degrés et les genoux reposant sur un coussin triangulaire
- Consigne : lever les fesses sans atteindre le seuil douloureux, 3 séries de 10 mouvements maintenus chacun 6 secondes, un temps de pause de 2 minutes entre chaque série.

Cette consigne comporte de multiples informations nouvelles aux yeux de la patiente. Si nous laissons la patiente réaliser cet exercice sans modifier la consigne, nous pourrions observer plusieurs attitudes possibles :

- la patiente va commencer l'exercice, puis après quelques minutes, elle va s'arrêter, ne sachant plus pourquoi elle se retrouve là.
- Elle peut aussi réaliser l'exercice indéfiniment, sans avoir la moindre notion de la durée.
- Ou elle peut encore exécuter un tout autre exercice.

Le MK devra prendre le temps d'expliquer plus simplement les ordres de la consigne, le travail avec les déments nécessite une communication verbale moins riche, les phrases employées sont courtes et les différents mots employés sont simples. Le MK doit décomposer les différentes étapes de la consigne (5, 6).

Pour améliorer l'apprentissage de l'exercice, le MK pourra noter l'exercice sur une feuille que la patiente aura pendant la séance, elle pourra suivre seule le détail des consignes. Préalablement le MK aura du expliquer le but de cette feuille et lui rappeler à chaque début de séance, pour solliciter sa mémoire.

En ce qui concerne les temps de travail, la patiente va souvent mélanger les différentes indications, pour diminuer ces erreurs, le MK pourra au départ compter avec la patiente le nombre de mouvements et lui demander de compter avec lui. Ensuite le MK demandera à la patiente de compter seule. Si cette tâche s'avère trop difficile, ces indications pourront être ajoutées à la feuille de consigne. Attention nous ne devons pas surcharger d'informations notre patiente qui risquerait de se perdre dans toutes ces données et la compréhension de l'exercice n'en serait que compliquée.

Pour des patients atteints de maladie d'Alzheimer le travail analytique semble être un savoir trop « technique » dénué de sens. Le dément, dans son monde, va oublier pourquoi il est là, sa pathologie et l'exercice sans but devient vite un mystère. Ce type d'exercice peut même être perçu comme une agression lorsqu'il est réalisé passivement par le MK.

Il ne faut pas pour autant abandonner la rééducation, de tels exercices peuvent être réalisés mais plus simplement. Par exemple en utilisant des gestes finalisés, qui rappellent les gestes des activités journalières, le patient sera plus motivé car ces activités seront à sa portée (6). Du côté du MK le fait de voir son patient en situation d'échec à multiples reprises, le pousse à rechercher des solutions et à réfléchir à l'adaptation de ces techniques.

C'est pour cela qu'il faut utiliser des gestes plus simples, en deçà des exigences techniques que nous avons, mais qui permettront à ces personnes de participer activement à une séance de rééducation (5).

Pour certaines personnes à des stades très avancés de la maladie ces techniques ne sont pas envisageables.

4. 2 Les cours collectifs (10, 4) :

Bien souvent dans les services de gériatrie les MK sont amenés à donner des cours dits de gymnastique en petit groupe. Le social et la technique sont au rendez vous lors des séances. Ces collectifs permettent aux personnes âgées de se retrouver pendant un moment, de vivre et partager des choses ensemble. Des personnes, qui à l'ordinaire ne pourraient réaliser les exercices seules, se prêtent au jeu, c'est le cas des personnes démentes. Bien entendu les séances collectives sont composées de personnes démentes et non démentes, il faut diversifier les populations, que ce soit pour le MK, qui aurait besoin d'une plus grande concentration ou des patients qui ne doivent pas se sentir mis à part.

Le MK, chef d'orchestre de ce groupe, va solliciter ces personnes grâce aux déplacements corporels. Les personnes vont suivre les indications et les mouvements du MK. Ce sont des gestes simples, lents et répétés...Le patient dément peut suivre ce cours même si la compréhension lui en est difficile. En effet, le fait d'être en groupe va le stimuler, il veut être comme les autres. Il va réaliser les exercices par imitation du geste (2), soit du kiné ou d'un de ces camarades. Par le biais de gestes simples nous allons réussir à maintenir une activité physique, permettant le maintien de l'autonomie.

Tous les mouvements peuvent être travaillés :

- les membres supérieurs grâce à un bâton, un ballon,
- les membres inférieurs,
- l'équilibre : lancer de ballon...

Tous les exercices demandés sont finalisés tout comme les exercices analytiques quand ils sont possibles, ce qui permet au patient de garder un intérêt au travail qu'il réalise.

Ce cours peut se dérouler dans une ambiance musicale, qui repose les personnes âgées et facilite les échanges. La musique est utilisée aussi pour calmer les comportements agressifs des personnes démentes.

Ce type de travail comporte un éventail de qualité, c'est le maintien d'un lien social, l'entretien d'une capacité physique mais également un excellent atelier mémoire. L'apprentissage passe par des gestes simples comme un lancer de ballon au voisin. La consigne étant : 'en position debout, lancez le ballon à votre voisin de gauche en citant son prénom'. Non seulement cet exercice permet le travail de l'équilibre, grâce au maintien de la position debout, lors de l'action de lancer de ballon, mais il permet aussi le travail de la mémoire.

Quand le patient commence à se replier sur lui-même et qu'il oublie l'objectif de sa présence, dans ce type d'exercice il pourra toujours imiter les autres, il ne sera pas mis de côté et si par malheur il arrivait à un patient de s'égarer un peu trop loin dans ses pensées, le MK est là pour accompagner, diriger et solliciter le patient. Personne n'est oublié dans cette rééducation.

Les gestes rééducatifs sont simplifiées et globaux pour mieux répondre aux besoins de ces patients. Ici la technique ne prédomine pas, le MK recherche à établir la meilleure relation thérapeutique possible (6).

Les cours collectifs et le travail analytique sont là pour prévenir la perte d'autonomie, et la maintenir quand elle est présente. Le patient doit retrouver ses capacités antérieures si la prise en charge en rééducation a pour cause, une pathologie telle une prothèse de hanche, genou... et doit garder son autonomie existante si nous en sommes en présence d'une perte d'autonomie ou si c'est une dégradation de l'état général.

La marche pour les personnes âgées, quelle que soit leur pathologie, est pour eux un but essentiel à conserver ou à retrouver.

4. 3. Un tour de marche (6, 15):

La marche, si simple et automatique quand nous l'avons acquise, mais si difficile à réapprendre quand nous la perdons. La personne âgée est souvent polypathologique : des problèmes articulaires, musculaires, médicaux, cardiaques. Tout est à prendre en compte lors de la rééducation, sans oublier dans la démence, les troubles des fonctions cognitives, limitant les possibilités d'apprentissage.

L'acquisition de la marche chez les déments va se baser sur le travail des automatismes qui sont conservés chez eux (6). Tout sera réalisé par étape :

- le passage de la position assise à debout,
- le maintien de l'équilibre,
- le déplacement avec ou sans aide technique.

Une fois la marche retrouvée, une question se pose : « faut- il laisser déambuler seule la personne démente ?! »

Il n'est pas rare de retrouver les personnes démentes déambulant dans les couloirs, s'arrêtant dans des chambres qui ne sont pas la leur, errant sans savoir où aller.

Pour exemple : nous pouvons citer le cas suivant, une des patientes du centre, Madame X, passait son temps à déambuler dans les couloirs, aucun problème d'autonomie physique mais des problèmes importants de mémorisation. Cette patiente demandait à chaque personne qu'elle croisait : « où se trouve la gare ? » Et un peu plus tard nous avons retrouvé notre patiente sur le chemin de la gare, complètement perdue.

Cette patiente avait retrouvée son autonomie et l'exploitait mais à quel prix : chutes à répétition, perte d'objet, désorientation temporo spatiale. Pourtant cette patiente satisfait ses besoins, elle garde un lien social avec les personnes l'entourant, entretient ses capacités physiques, alors pourquoi devrions nous l'en empêcher ?

Pour pouvoir au mieux satisfaire ces personnes, certains services ont mis en place des locaux adaptés : des portes de service à digicode ou possédant un accès limité aux soignants, des systèmes de bracelet portés par ces personnes où nous pouvons lire le lieu d'où elles viennent. Mais l'autorisation de laisser déambuler seul un patient peut apporter une charge de travail supplémentaire à l'équipe soignante.

Dans d'autres cas c'est la famille qui décide de l'interdiction de déambulation. C'est ce qui explique que certaines personnes démentes se retrouvent dans leur chambre, au lit et quelques fois attachées.

Cela paraît paradoxal, le MK se bat pour garder en mouvement la personne, alors qu'elle reste immobilisée le reste du temps, agir ainsi ne manquera pas d'aboutir à une grabatisation et au repli sur soi.

D'où l'importance d'un travail pluridisciplinaire, avec toute l'équipe soignante, qui permet un partage d'informations. La mise en commun de toutes les informations améliore la prise en charge du patient. Chaque thérapeute prend en compte l'avis de son collègue et adapte son programme de traitement en fonction des nouvelles données obtenues.

5. DISCUSSION (2, 7, 9, 15) :

La maladie d'Alzheimer est à ce jour, considérée comme un problème de santé publique. De nombreuses personnes (professionnels de santé, les institutions pour personnes âgées, les politiciens) se rendent compte de l'augmentation importante du nombre de ces patients. Ainsi de nombreuses aides se mettent en place progressivement. La prise en charge complexe, doit débuter dès l'annonce du diagnostic, pour suivre au mieux l'évolution.

C'est un travail interdisciplinaire : une équipe regroupant des médecins, infirmières, aide soignantes, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes...

Chacun apporte son savoir et le partage avec le reste de l'équipe.

Nous pouvons dire que cette prise en charge comporte plusieurs versants :

- un versant médical : l'annonce du diagnostic, la prescription du traitement médical et son suivi,
- un versant psychologique : l'évaluation des troubles cognitifs,
- un versant social : les assistantes sociales s'occupent des aides administratives, du placement en institution, de l'entourage familial (aidants familiaux) qui est mis à l'épreuve dans cette pathologie,
- un versant familial : les membres d'une famille sont des accompagnateurs,
- un versant rééducatif : l'intervention des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, des ateliers mémoires.

Le domaine rééducatif a sa place dans cette prise en charge. Il permet le maintien d'une autonomie physique mais aussi sociale. Le MK, à travers le mouvement, peut entretenir une

relation soignant/soigné. Cette rééducation nécessite une empathie et un recul de la part du MK, afin de ne pas être submergé par les émotions. C'est en partie grâce à la participation du MK, que la rééducation de la personne démente se prolonge vers la réadaptation.

6. CONCLUSION :

Notre rééducation en service de gériatrie est différente, nous travaillons avec des personnes dont le projet de vie est déjà bien avancé. Il faut prendre en compte les véritables attentes et non vouloir les meilleures performances. La prise en charge est d'autant plus difficile lorsque nous sommes dans un service de psychogériatrie.

La personne démente est dans son monde, nous dans le nôtre, pourtant il faut réussir à instaurer un lien, permettant la communication.

Le MK, pas seulement technicien mais aussi accompagnateur, s'entoure d'une équipe pluridisciplinaire, aidant à la prise en charge.

Avec l'adaptation de nos techniques, nous pouvons proposer des exercices accessibles aux personnes âgées démentes.

Mais peut être nous manque-t-il encore quelques connaissances sur la relation du dément avec son environnement, pour améliorer nos séances de rééducation.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. ANDRIEU S, DARTIGUES J-F, PORTET F.** - Déclin cognitif rapide. Comment identifier les patients ? – Numéro 1. -Novartis neuroscience.-11 p. – Collection Déclin cognitif rapide.
- 2. BLANC N.** – Témoignage et réflexions autour du thème de la rééducation auprès de la personne âgée démente.- KS, 2004, 449, p.23-25.
- 3. BENOLIEL C., JEAN A., KAGAN Y., PELLERIN J.** –La maladie d'Alzheimer. Mieux communiquer avec les patients, les familles. –Paris : Editions scientifiques et LC, 2006. – p.77
- 4. BESSIERE N, MARTIN S, SAMACOITS P, STRUBEL D.** – Soins relationnel en EHPAD : Sollicitation de la personne dépendante. –Vol I. – Institut Alzheimer, 2007. –32 p.
- 5. BESSIERE N, MARTIN S, SAMACOITS P, STRUBEL D.** – Soins relationnel en EHPAD : sollicitation de la personne dépendante.- Vol II. – Institut Alzheimer, 2007. – 48 p.
- 6. COQUISART L., SMAGGHUE N., LERAYER P.** – Principes de la rééducation locomotrice des patients âgés qui présentent une altération des fonctions cognitives.-KS, 2001, 417, P.35-37.
- 7. 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. – KS, 2004, 449, p. 15-21.
- 8. FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE.** – Mini Mental State. A pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. - J. psychiatric, 1975, 12, p. 189- 198.
- 9. GALLEZ C.** –Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. –Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, p.71 – 92
- 10. JEAN A.** –Guide pratique de la Maladie d'Alzheimer à l'usage du personnel soignant. – Paris : Editions scientifiques et LC ,2006. p.63

- 11. LABORATOIRE.** – Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer. L'épreuve des 5 mots de Dubois. Evaluation du déficit de mémoire épisodique. –Novartis neuroscience
- 12. LABORATOIRE.** –Etude PAQUID. – Bilan à 10 ans, 99, 28 p.
- 13. LABORATOIRE.** – Mini- Mental State.- Novartis neuroscience, 2005.
- 14. LACOMBLEZ L.** – Patients à risque de déclin rapide ou patient déclinant rapidement : les identifier, les prendre en charge. – Novartis neuroscience.-11 p.- Collection Déclin cognitif rapide.
- 15. MOUREY F.** –Soins palliatifs et kinésithérapie.-KS, 2003, 431, p. 29- 31.
- 16. SELLAL F, KRUCZEK E.** –Maladie d'Alzheimer – Doin éditeur, 2001. – 145 p. Collection conduites

POUR EN SAVOIR PLUS :

CONGRES :

Compte rendu du congrès de Tarbes : réadaptation gériatrique, chutes et maladies d'Alzheimer. – Kinésithérapie, les annales, 2005, 38-39, p. 21-37.

SITES INTERNET :

- H.A.S : <http://www.has-sante.fr>
- France Alzheimer : <http://www.francealzheimer.org/>
- Alois : <http://www.alois.fr/>
- <http://www.personnes-agees.gouv.fr/>
- <http://www.agevillagepro.com/>

ANNEXES

ANNEXE I : la classification de la démence selon le DSM IV

ANNEXE II : le test MMSE de FOLSTEIN

ANNEXE III : le test de DUBOIS

ANNEXE I

Critères de définition de la maladie d'Alzheimer (selon le DSM-IV)

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 les 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 de 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 (ex. : maladie cérébrovasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale) ;
2. À des affections générales pouvant entraîner une démence (ex. : 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'une confusion mentale.

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

1. Avec confusion mentale : si une confusion mentale est surajoutée à la démence.
2. Avec idées délirantes : si les idées délirantes sont le symptôme prédominant.
3. Avec humeur dépressive : si l'humeur dépressive (notamment les tableaux cliniques comportant tous les critères symptomatiques d'un épisode dépressif majeur) est la caractéristique principale. On ne fait pas un diagnostic séparé de trouble de l'humeur dû à une condition médicale générale.
4. Non compliquée : si aucun des éléments précédents ne prédomine dans la présentation clinique.

D'après l'American Psychiatric Association - DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al. Masson, Paris, 1996, 1056 pages.

ANNEXE II

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Nom et prénom du patient : _____ Date : _____

*Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.*

Réponse correcte : Noter 1
Réponse incorrecte : Noter 0

ORIENTATION

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant :

- En quelle année sommes-nous ?
- En quelle saison ?
- En quel mois ?
- Quel jour du mois ?
- Quel jour de la semaine ?

Sous-total _____ / 5

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.

- Quel est le nom du cabinet (hôpital, centre, etc...) où nous sommes ?
- Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
- Dans quelle province ou région est situé ce département ?
- A quel étage sommes-nous ?

Sous-total _____ / 5

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure :

- Cigare
 - Fleur
 - Porte
- (Faire répéter les 3 mots)*

Sous-total _____ / 3

ATTENTION ET CALCUL :

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le MONDE à l'envers : EDNOM

Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct, mais ce score ne doit pas figurer dans le score total.

- 100 - 7 = 93
- 93 - 7 = 86
- 86 - 7 = 79
- 79 - 7 = 72
- 72 - 7 = 65

Sous-total _____ / 5

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- Cigare
- Fleur
- Porte

Sous-total _____ / 3

LANGAGE

- Montrer un crayon : **Quel est le nom de cet objet ?***
- Montrer une montre : **Quel est le nom de cet objet ?****
- Ecoutez bien et répétez après moi*** : « pas de **MAIS**, de **SI**, ni de **ET** »
- Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au patient en lui disant :
Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : Prenez cette feuille de papier de la main droite
- Pliez-la en deux
- Et jetez-là par terre****
- Tendre au patient la feuille de papier ci-jointe sur laquelle est écrit en gros caractères « **FERMEZ LES YEUX** » et dire au patient :
« **Faites ce qui est écrit** »
- Tendre au patient une feuille de papier et un stylo en disant : « **Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière** »*****

Sous-total _____ / 8

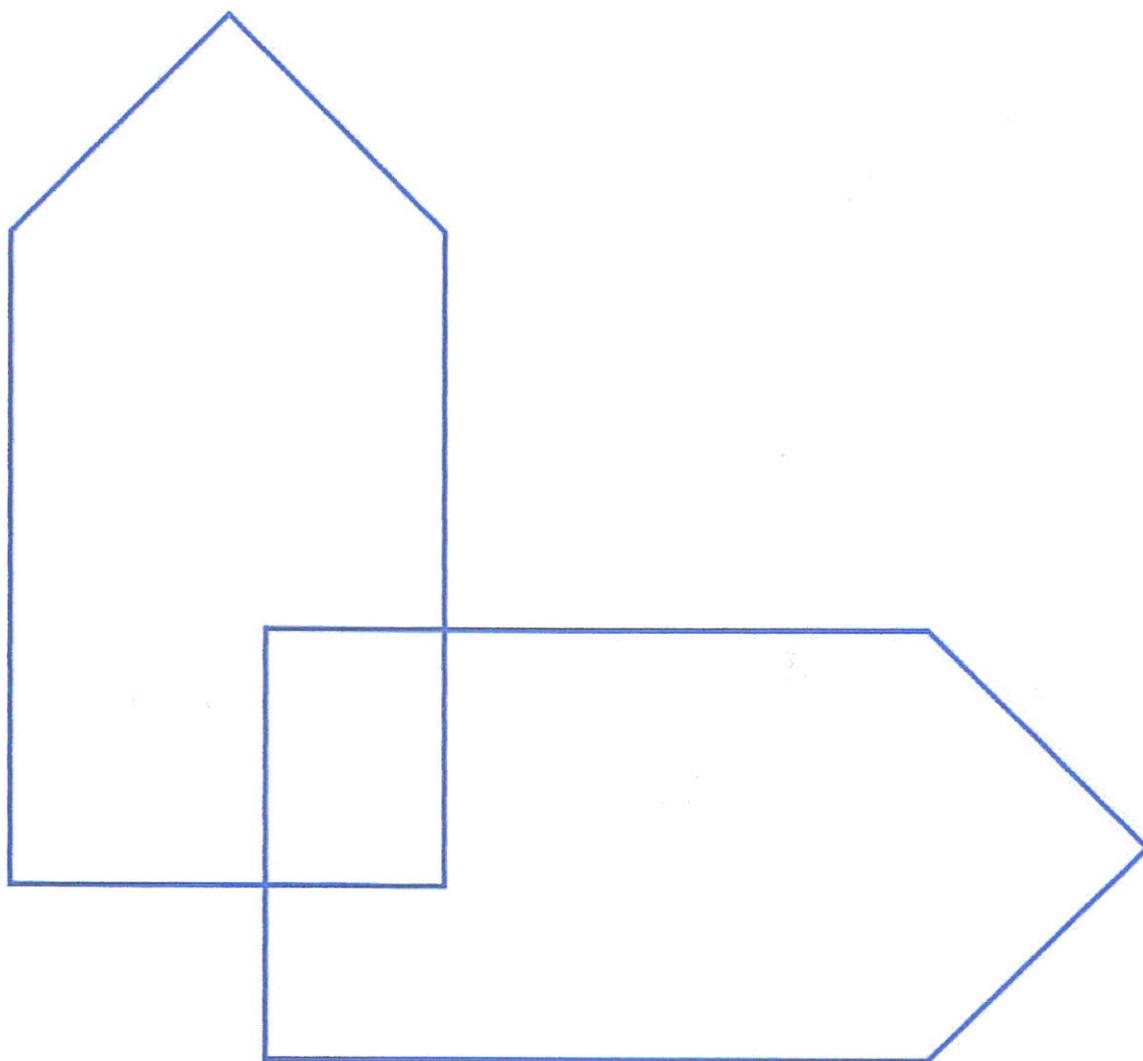
PRAXIES CONSTRUCTIVES

- Tendre au patient la feuille de papier ci-jointe et lui demander : « **Voulez-vous recopier ce dessin** »

Sous-total _____ / 1

SCORE TOTAL (I A 30)

TOTAL _____ / 30



Test d' évaluation des troubles praxiques

CONSIGNES DE PASSATION ET DE COTATION VERSION CONSENSUELLE GRECO

ORIENTATION

Pour tous ces items, n'accepter que la réponse exacte. Cependant, lors des changements de saison ou de mois, ou pour l'étage, permettre au patient de corriger une réponse erronée, en lui demandant : "êtes-vous sûr ?"

Les seules tolérances admises concernent :

Pour la question n°6 : lorsque le patient vient d'autre ville, on peut se contenter de l'hôpital de la ville (car le nom de l'hôpital de la ville peut ne pas être connu du patient) ; si l'examen est réalisé en cabinet, demander le nom du cabinet médical, ou de la rue où il se trouve, ou du médecin.

Pour la question n°8 : lorsque le nom du département et de la région sont identiques (par exemple : NORD), il faut alors demander "dans quel pays est situé ce département ?".

Chaque réponse juste vaut 1 point. Si la réponse est fautive ou s'il n'y a pas de réponse, comptez 0 point.

Accorder 10 secondes pour chaque réponse.

APPRENTISSAGE

Dire les 3 mois groupés, un par seconde, face au malade en articulant bien.

Accorder 20 secondes pour la réponse.

Compter 1 point pour chaque mot répété correctement au **premier essai**.

Si le sujet ne répète pas les 3 mots au premier essai, les redonner jusqu'à ce qu'ils soient répétés correctement.

Maximum : 6 essais.

En effet, l'épreuve de rappel ne peut être analysée que si les 3 mots ont été bien enregistrés.

ATTENTION ET CALCUL

Consigne : "Comptez à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois jusqu'à ce que je vous arrête".

Il est permis d'aider le patient en lui présentant la première soustraction : "100-7 combien cela fait-il ?" et ensuite "Continuez". On arrête après 5 soustractions et on compte 1 point par soustraction exacte c'est-à-dire lorsque le pas de 7 est respecté quelle que soit la réponse précédente ; ex : $100-7 = 92$ pas de point accordé ; $92-7 = 85$ le point est accordé.

Si le sujet demande, en cours de tâche, "Combien faut-il retirer ?" il n'est pas admis de répéter la consigne ("Continuez comme avant").

Lorsque le sujet ne peut effectuer les 5 soustractions, il est nécessaire, pour maintenir le principe d'une tâche interférente, de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'envers ("Pouvez-vous épeler le mot MONDE à l'envers en commençant par la dernière lettre ?"). (Toutefois, lorsque le patient a des difficultés manifestes dans le compte à rebours, il est préférable de lui demander d'épeler le mot MONDE à l'endroit avant de lui demander de l'épeler à l'envers pour le remettre en confiance.)

Dans cette épreuve, le nombre de lettres placées successivement dans un ordre correct est compté (exemple : EDMON = 2) mais ce score n'est pas comptabilisé dans le score total.

RAPPEL

Accorder 10 secondes pour répondre.

Compter 1 point par réponse correcte.

Aucune tolérance n'est admise, puisque l'encodage a été contrôlé lors de l'enregistrement.

LANGAGE

D'une façon générale : compter 1 point par réponse correcte et accorder 10 secondes pour chaque réponse.

- * Il faut montrer un crayon (et non un stylo ou un stylo à bille). Aucune réponse autre que crayon n'est admise.
- ** Aucune autre réponse que montre ou montre-bracelet n'est admise.
- *** La phrase doit être prononcée à haute voix, bien distinctivement, face au malade ; ne compter 1 point que si la répétition est entièrement correcte.
- **** Compter 1 point par item correctement exécuté. Si le sujet s'arrête et demande ce qu'il doit faire, il ne faut pas répéter la consigne, mais dire : "faites ce que je vous ai dit".
- ***** Compter 1 point si la phrase comprend un sujet et un verbe, sans tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe. Accorder 30 secondes.

PRAXIES CONSTRUCTIVES

Compter 1 point si tous les angles sont présents et si les figures se coupent sur 2 côtés différents. On peut autoriser plusieurs essais et accorder un temps d'une minute.

ANNEXE III

L'épreuve des 5 mots (1)

> OBJECTIF

Distinguer par un test simple et rapide les patients Alzheimer des patients dont la plainte mnésique est d'origine fonctionnelle.

> LES 5 MOTS ET LEUR CATÉGORIE SÉMANTIQUE

MUSÉE	LIMONADE	SAUTERELLE	PASSOIRE	CAMION
BÂTIMENT	BOISSON	INSECTE	USTENSILE DE CUISINE	VÉHICULE

> EN PRATIQUE

PRÉSENTATION DE LA LISTE

- Montrer la liste des 5 mots au patient et lui demander de la lire à haute voix et de la mémoriser :
« Pouvez-vous lire cette liste de mots à haute voix ? Essayez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure. »
- Une fois la liste lue, et toujours présentée au patient, lui dire :
« Tout en regardant la liste, pouvez-vous me donner le nom de la boisson, l'ustensile de cuisine, le véhicule, le bâtiment, l'insecte ? »

CONTRÔLE DE L'ENREGISTREMENT PAR LE RAPPEL IMMÉDIAT

- Retourner la liste et demander immédiatement au patient :
« Pouvez-vous me redonner les mots de la liste que vous venez de lire ? »
- Pour les mots non rappelés et seulement pour ceux-ci, demander :
« Quel était le nom de... (en fournissant l'indice correspondant) ? »

Compter le nombre de bons mots rappelés (spontanément et avec indice) :

Score de RAPPEL IMMÉDIAT (/5)

Si le score de rappel immédiat est de 5, l'enregistrement des mots a été effectif. On peut donc passer à l'épreuve de mémoire proprement dite après une tâche attentionnelle intercurrente. Si le score est inférieur à 5, retourner la feuille et montrer du doigt le (ou les) mot(s) non rappelé(s) en disant " le nom de... est... ", puis demander au patient de redonner ce (ou ces) mot(s) non rappelé(s) en réponse à leur indice.

ÉPREUVE ATTENTIONNELLE INTERCURRENTÉ

- Détourner l'attention du patient pendant un temps suffisant (entre 3 et 5 minutes).
Mise à profit pour étudier l'orientation temporo-spatiale ou pour réaliser un autre test, par exemple le test de l'horloge. Il est recommandé de ne pas faire d'épreuve d'interférence verbale.

ÉTUDE DE LA MÉMORISATION PROPREMENT DITE PAR LE RAPPEL DIFFÉRÉ

- Après l'épreuve attentionnelle intercurrente, demander au patient :
« Pouvez-vous me redonner les 5 mots que vous avez lus tout à l'heure ? »
- Pour les mots non rappelés et seulement pour ceux-ci, demander :
« Quel était le nom de... (en fournissant l'indice correspondant) ? »

Compter le nombre de bons mots rappelés (spontanément et avec indice) :

Score de RAPPEL DIFFÉRÉ (/5)

Score au "5 mots" (/10) = score de rappel immédiat (/5) + score de rappel différé (/5)
Le paramètre des parents clinis de l'Alzheimer est le score de rappel différé. Le score de rappel immédiat est de 5 pour tous les patients et n'est pas discriminatoire.

(1) Dubois B. et al. "Les 5 mots", épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Press. Med. 2002; 31 : 1698-9.

Les Troubles de la mémoire épisodique

> Les trois étapes de la mémoire qu'il faut évaluer devant un trouble du rappel ⁽¹⁾

L'encodage

Perturbé lors des troubles attentionnels

Par exemple :

- Dépression
- Etats confusionnels
- Médicaments (benzodiazépines, anticholinergiques,...)

La consolidation

Perturbée à la suite des lésions du circuit HMT*

- Encéphalites : limbique, herpes simplex, etc. ...
- **Maladie d'Alzheimer**

La récupération

Perturbée en cas de dysfonctionnement frontal

- Démence fronto-temporale
- Démence sous-cortico-frontale (DMP / DCL)
- Dépression
- Vieillesse normale

* HMT : circuit hippocampo-mamillo-thalamique ou circuit de Papez

> Discriminer la maladie d'Alzheimer des autres pathologies en contrôlant les processus d'encodage et de récupération ⁽¹⁾

	<i>Corrélée avec :</i>	<i>Détérioration avec :</i>	
Encodage	Attention	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression • Médicaments • Etats confusionnels] Contrôler l'encodage
Mémorisation	Circuit HMT	ALZHEIMER	
Récupération	Lobe frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse • Dysfonctionnements exécutifs] Aider au rappel à l'aide d'indices sémantiques