

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

Existe t-il une seule maladie d'Alzheimer ? Quelle prise en charge en kinésithérapie ?



Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Marianne GEISLER**
étudiante en 3^{ème} année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
de Masseur-Kinésithérapeute 2007-2008

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
2.	DEFINITION	1
3.	HISTOLOGIE.....	1
4.	ETIOLOGIES.....	2
5.	FACTEURS DE RISQUES	2
6.	DIAGNOSTIC	2
7.	TRAITEMENT MEDICAL.....	3
8.	LES SYMPTOMES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA KINESITHERAPIE.....	4
8.1.	Les troubles de la mémoire.....	4
8.2.	Les agnosies.....	5
8.3.	Les apraxies.....	6
8.4.	L'aphasie	6
8.5.	La désorientation temporo-spatiale.....	7
8.6.	Les modifications de la personnalité.....	7
8.7.	Les modifications du comportement	8
8.8.	Test de dépistage	9
9.	EVOLUTION.....	9
9.1.	Phase initiale.....	9
9.2.	Phase intermédiaire.....	9
9.3.	Phase avancée	10
9.4.	Phase terminale	10
10.	PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE	11
10.1.	Indications	11
10.2.	Bilan.....	11
10.3.	Principes de rééducation	12

10.4.	Exemple de prise en charge à la phase initiale de la maladie	12
10.4.1.	B.D.K. (Bilan Diagnostic Kinésithérapique)	13
10.4.2.	Objectif de rééducation	14
10.4.3.	Moyens.....	14
10.4.4.	Remarques.....	15
10.5.	Exemple de prise en charge à la phase intermédiaire de la M.A.....	16
10.5.1.	Mme G. Charlotte.....	16
10.5.1.1.	B.D.K.	17
10.5.1.2.	Objectif de rééducation.....	17
10.5.1.3.	Moyens.....	18
10.5.1.4.	Remarques.....	18
10.5.2.	Mme B. Lucette	19
10.5.2.1.	B.D.K.....	19
10.5.2.2.	Objectif de rééducation.....	20
10.5.2.3.	Moyens.....	20
10.5.2.4.	Remarques.....	21
10.6.	Exemple de prise en charge à la phase avancée de la M.A.....	22
10.6.1.	B.D.K.....	22
10.6.2.	Objectif de rééducation	23
10.6.3.	Moyens.....	23
10.6.4.	Remarques.....	24
11.	CONCLUSION	25

RESUME

En parallèle avec le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes sont atteintes par la Maladie d'Alzheimer.

Les symptômes de cette maladie, souvent mal connue, donnent de multiples tableaux cliniques avec un retentissement qui complique la prise en charge en kinésithérapie. Ces patients, adressés en rééducation soit pour les conséquences de la maladie, soit pour une autre pathologie ou affection, nécessitent une approche particulière du fait de l'atteinte plus ou moins importante de leurs capacités physiques et cognitives et de la modification de leur comportement.

Des exemples de prises en charge aux différents stades de la Maladie d'Alzheimer montrent qu'il n'existe pas de programme de rééducation stéréotypé et qu'au contraire le masseur-kinésithérapeute doit s'adapter et proposer des techniques en fonction des possibilités, des atteintes et des réactions du patient. De plus, le thérapeute doit être attentif aux résultats de sa rééducation et être prêt à la modifier. Enfin, il doit éviter certaines erreurs de comportement, par non compréhension ou mauvaise connaissance de la maladie, qui pourraient compromettre l'efficacité de la rééducation.

Mots-clefs : Maladie d'Alzheimer, symptômes, kinésithérapie, adaptation, comportement.

1. INTRODUCTION

Notre espérance de vie augmente et, avec elle, le risque de développer la maladie d'Alzheimer qui touche aujourd'hui près de 860 000 personnes en France. Elle est la première cause de dépendance chez les personnes âgées. La lutte contre cette maladie constitue un enjeu majeur de santé publique et un plan national présidentiel (« Alzheimer 2008-2012 ») a été présenté au mois de novembre 2007. Le kinésithérapeute est donc confronté de plus en plus à cette maladie, souvent méconnue, non seulement dans le cadre de son traitement mais également lorsqu'elle est associée à une autre affection (traumatique, orthopédique, cardiaque, respiratoire ou autre).

Tout d'abord, qu'est ce que la maladie d'Alzheimer (M.A.) et comment se manifeste-t-elle? Ensuite, existe t-il une seule M.A. et quel est le retentissement des symptômes sur la rééducation? De ce fait, quelle prise en charge adaptée pouvons nous proposer? La rééducation sera abordée avec des exemples de plusieurs patients atteints par différents symptômes de la maladie.

2. DEFINITION

Selon la définition de l'HAS (Haute autorité de santé) « la maladie d'Alzheimer est une affection neurodégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuropathologiques spécifiques ». Les premiers symptômes se manifestent le plus souvent par une perte de mémoire des événements récents. Puis, les facultés cognitives vont progressivement se détériorer générant des troubles de la parole et du comportement pouvant conduire à la perte d'autonomie puis au décès.

3. HISTOLOGIE

La M.A. est une vraie maladie neurodégénérative individualisée par des lésions cérébrales qui lui sont propres et non une répercussion naturelle de l'âge. Les différentes lésions retrouvées au

niveau du cerveau (6) (2) sont: une atrophie corticale avec une dilatation des ventricules et des sillons corticaux et une perte neuronale, des plaques séniles et une dégénérescence neurofibrillaire.

4. ETIOLOGIES

On distingue habituellement deux formes étiologiques (6) : les formes génétiques (1 à 2% des maladies d'Alzheimer) qui se caractérisent par l'apparition des signes avant 60 ans et une transmission autosomique dominante et les formes sporadiques, c'est à dire non familiales, comportent également une prédisposition génétique.

5. FACTEURS DE RISQUES

Il existe différents facteurs de risques (3) (6) (10) : l'âge dépassant 65 ans, des antécédents familiaux de M.A. ou l'existence de mutations spécifiques au niveau des gènes, présence d'APOE4 (allèle 4 du gène de l'apolipoprotéine.), l'hypertension artérielle, le diabète et le tabac.

6. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la MA est difficile et repose sur l'examen clinique, l'enquête biologique et les examens para cliniques tels que le bilan biologique, l'imagerie cérébrale et l'électroencéphalogramme. La MA est l'association d'un syndrome démentiel clinique et de lésions neuropathologiques cérébrales. (7) Pour un diagnostic précis et précoce, le médecin se réfère à deux listes performantes de critères diagnostiques : le DSM IV (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders)(tab 1) qui est le plus utilisé, et le NINCDS ADRDA (National Institute of Neurological and Communication Disorder and Stroke Alzheimer Disease and Related Disorders Association). (ANNEXE I)

Tableau I : Critères de diagnostic DSMIV

<i>Critères DSM IV de maladie d'Alzheimer</i>
Installation conjointe d'un trouble de mémoire (d'apprentissage ou du rappel de notions acquises), d'une atteinte d'au moins un autre secteur cognitif : aphasie, apraxie, agnosie, trouble des fonctions exécutives (stratégies, organisation, conceptualisation).
Ces déficits entraînent : une perturbation des activités de la vie quotidienne et du comportement social, un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin continu.
Ces déficits ne sont pas liés à : une pathologie cérébrale identifiable, notamment (accident vasculaire, Parkinson, Huntington, hydrocéphalie, hématome sous-dural, tumeur cérébrale), une pathologie générale ou métabolique (hypothyroïdie, carence en folates, en vitamine PP ou B12, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH).
Ces déficits ne sont pas liés à un syndrome confusionnel.
Les troubles ne correspondent pas à un état dépressif ou une schizophrénie.

7. TRAITEMENT MEDICAL (3) (4) (6) (10)

Actuellement, il n'existe aucun traitement guérissant la M.A., ni même permettant d'arrêter son évolution. Le traitement substitue la sécrétion d'un neurotransmetteur qui se fait moins bien chez ces patients. Il existe les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase qui améliorent les fonctions cognitives et les activités de la vie quotidiennes. Ils stabilisent ou retardent l'apparition des symptômes psychologiques et comportementaux. Depuis peu, une deuxième classe de médicaments est utilisée : un inhibiteur de la N-méthyl-D-aspartate, la memantine. Elle est indiquée dans les formes modérément sévère à

sévère de la M.A. Contrairement à la première classe de médicaments, elle a montré son efficacité sur les habiletés fonctionnelles, les fonctions cognitives (dont les processus de mémorisation) et les manifestations comportementales. De plus, d'autres psychotropes sont utilisés tels que les antidépresseurs, des antipsychotiques, des thymorégulateurs, des anxiolytiques ou encore des hypnotiques.

Actuellement, la recherche se penche sur un vaccin contre la M.A. mais cela reste encore au stade de l'expérimentation.

8. LES SYMPTOMES ET LEUR RETENTISSEMENT SUR LA KINESITHERAPIE

8.1. Les troubles de la mémoire

La mémoire est une faculté qui nous permet d'enregistrer une information ou un événement, de les conserver et de les rappeler. Elle sert à nous adapter à notre environnement. Elle fonctionne grâce à trois mécanismes : l'encodage ou acquisition, le stockage et la récupération ou rappel phase durant laquelle le sujet recherche l'information dans sa mémoire. Le système mnésique le plus vulnérable pour les patients Alzheimer est la mémoire de travail. Ainsi, le patient a des difficultés pour traiter et mener à bien deux tâches simultanées. Les sujets atteints par la M.A. présentent une amnésie rétrograde (oubli des événements vécus après l'apparition de la maladie, les souvenirs anciens sont les mieux conservés) et certains peuvent aussi présenter des perturbations portant sur les événements vécus avant l'installation de la maladie. (6) Au début, ce sont surtout des faits récents et concernant la vie quotidienne qui sont oubliés : achats répétés du même ingrédient, oubli au fur et à mesure de ce qui est dit... Puis, petit à petit, il y aura un processus d'effacement des souvenirs, remontant l'histoire de la personne et les événements survenus tout au long de sa vie. (7)

Ces troubles de la mémoire rendent l'accompagnement et la rééducation difficiles car certains patients peuvent ne plus savoir comment marcher, où aller et pourquoi. Lorsque nous expliquons une consigne pour la réalisation d'un exercice, le sujet peut l'avoir oubliée à la fin de la phrase. Or, la kinésithérapie repose en partie sur la participation, la motivation du patient et parfois l'auto prise en

charge (réalisation d'exercices seuls pendant et en dehors de la séance). **Nous devons donc faire preuve de patience et de persévérance en répétant souvent les consignes, précises et pratiques, et en utilisant des démonstrations avec guidage manuel du mouvement. Par ailleurs, nous ne pouvons proposer un exercice composé de deux paramètres à contrôler. La rééducation doit rester simple et il est difficile de varier et d'augmenter les difficultés des exercices dans un souci de progression. Pour stimuler le système mnésique, ce qui est le rôle de toute l'équipe soignante, nous établissons un dialogue avec le patient et nous lui posons des questions, sans devenir oppressant, afin de lui faire évoquer ses souvenirs. (10)**

8.2. Les agnosies

Les troubles gnosiques sont liés à des anomalies de reconnaissance du corps et de l'espace extracorporel sans troubles sensitifs et sensoriels associés. La prosopagnosie qui est l'impossibilité de reconnaître les visages est très présente chez les malades Alzheimer et c'est aussi à cause de cette agnosie spécifique qu'ils ne reconnaissent pas les personnes et pas seulement à cause des problèmes de mémoire. Cette agnosie peut être une difficulté dans la prise en charge kinésithérapique dans la mesure où nous cherchons à établir une relation de confiance avec le patient qui a besoin d'être rassuré par la présence de personnes connues. Mais, le patient peut ne pas nous reconnaître d'une séance à une autre surtout si les séances sont assez espacées. L'anosognosie qui est la non conscience de la maladie est fréquemment retrouvée dans la M.A. . Elle est le fait d'une démence sévère et son intensité croît avec le degré de sévérité des troubles cognitifs. Néanmoins, l'anosognosie est rarement complète et peut varier selon les moments et même alterner avec une humeur dépressive. La plupart des patients sont conscients d'avoir des problèmes de mémoire mais en minimisent les conséquences. (6) (7)

Le kinésithérapeute doit faire preuve de patience, de compréhension et de pédagogie afin de proposer et non d'imposer la rééducation à une personne qui n'accepte pas d'aide et qui s'irrite lorsqu'on veut la mettre en garde ou l'aider. (10)

8.3. Les apraxies

L'apraxie est une désorganisation du mouvement volontaire ou perturbation du geste comme moyen d'action et de représentation en l'absence de déficit moteur ou sensitif. Elles réduisent de façon importante l'autonomie de la personne et nécessitent parfois l'aide d'une tierce personne. Ces troubles s'expriment généralement tardivement dans la M.A. et peuvent être rencontrés dans le vieillissement cérébral normal. L'importance de la détérioration de ces capacités est différente pour chaque personne, certaines sont rapidement en grande difficulté dans leur vie quotidienne alors que pour d'autre il reste toujours un minimum de compétences.

Lors de la prise en charge en kinésithérapie, il est important de proposer des exercices avec une difficulté adaptée pour éviter de placer le patient en situation d'échec, ce qui est très fortement anxiogène pour lui. (10)

8.4. L'aphasie

L'aphasie est l'ensemble des troubles du langage oral et/ou écrit dus à des lésions du cerveau. Il existe diverses atteintes de la compréhension et de l'expression. Les premiers troubles prennent la forme d'un manque du mot et ce sont les phrases compliquées ou un vocabulaire précis qui posent problème au malade. La compréhension orale est encore bonne ainsi que la lecture. Puis, les troubles vont progressivement s'aggraver : le manque du mot va s'accroître, les phrases simples et les mots basiques vont devenir difficilement compréhensibles. Ce tableau va progressivement évoluer vers une aphasie de Wernicke.(ANNEXE II) (7)

Lors de sa séance, le kinésithérapeute doit faire passer des informations, donne des consignes et explique des exercices, il va donc devoir s'adapter et s'efforcer de bien se faire comprendre par le patient. **Pour cela, nous devons tout d'abord capter l'attention du patient en se présentant, en l'appelant par son prénom et en établissant un contact visuel en se plaçant face à lui, ce qui favorise la communication. Il ne faut pas hésiter à répéter ou reformuler la consigne, ne pas crier, utiliser des mots et des phrases simples et délivrer un seul message à la fois. Dans**

certains cas, nous pouvons avoir recours au contexte, aux gestes et aux mimiques et aux aides à la communication. Quelque soit la situation, nous devons être patient et positif même lorsque nous ne comprenons pas la réponse. Il faut aussi accepter de remettre à plus tard un exercice ou une explication quand le sujet persévère dans ses erreurs. (1) (10)

8.5. La désorientation temporo-spatiale

Elle apparaît de façon précoce. Au début, la difficulté va se faire sentir dans les nouveaux endroits, des lieux extérieurs ou des situations un peu compliquées puis cela va concerner des lieux familiers voire sa propre maison. La personne se perd, ne retrouve plus sa chambre et va errer ce qui peut entraîner des « pseudo-fugues ». (6) (7)

Pour renforcer l'orientation dans le temps, nous pouvons proposer un agenda dans lequel la personne notera ses rendez-vous , installer une horloge, proposer à son entourage de faire la lecture quotidienne du journal pour se repérer dans l'époque , installer un tableau où seront inscrits les moments clefs de la journée, instaurer des activités qui rythment la journée et ne pas oublier de célébrer les anniversaires et les fêtes rituelles . Pour renforcer l'orientation dans l'espace, nous rangeons les accessoires de la même façon et au même endroit. (11)

8.6. Les modifications de la personnalité

Ce sont les manifestations d'une perturbation mais ont pour le malade une fonction adaptative. Le patient peut avoir des réactions dépressives et des manifestations psychotiques (idées délirantes, troubles de l'identification et hallucinations visuelles et auditives).

Ces manifestations peuvent perturber voire empêcher la rééducation mais il ne faut pas essayer de corriger ces confusions le patient étant convaincu de leur existence. Cela peut provoquer une angoisse, des pleurs ou un comportement violent. Il est conseillé d'établir le

dialogue avec le patient et de l'éloigner progressivement de sa confusion au fur et à mesure de la conversation.

8.7. Les modifications du comportement

Les difficultés cognitives que rencontre le patient sont source d'échec répétés et donc d'angoisse. Durant un bilan ou avant la réalisation d'un exercice, le patient se protège de l'anxiété par une déclaration d'incapacité qui a pour but de garder un certain contrôle de la situation en assurant au professionnel qu'il ne faut pas trop attendre de lui. Lorsque la consigne est donnée, la personne se rassure en disant que la tâche est dépourvue d'intérêt ou bien en mettant les échecs à venir sur le compte de déficits sensoriels. En cours d'exécution plusieurs conduites sont utilisées pour rendre la tâche moins angoissante : bâclage, approche fragmentaire, conduites ironique ou agressives. (6)

Les patients Alzheimer présentent également des comportements d'agitation. Ce sont des comportements verbaux, vocaux ou moteurs inadaptés. On distingue les comportements agressifs et non agressifs. (6) Les comportements agressifs sont le plus souvent verbaux (cris, injures) et parfois physiques (mordre, frapper, jeter les objets, cracher). Ils surviennent dans des situations de contrariété violente. Les comportements non agressifs quant à eux, comprennent la persévération qui est le fait de répéter ou de refaire les mêmes choses, les comportements industriels caractérisés par le besoin incoercible de faire quelque chose et les comportements dénués d'orientation où le patient passe sans arrêt d'une activité à une autre. Ils surviennent lors d'événements ou lors d'une difficulté à maîtriser une situation.

Nous devons rassurer le patient, garder notre calme et ne pas répondre par de la violence et ne pas hésiter à arrêter le patient lorsqu'il persévère dans ses erreurs.

8.8. Test de dépistage

En rééducation, nous pouvons être confronté à un patient présentant un ou plusieurs de ces symptômes car la méconnaissance de la pathologie constitue un frein au dépistage. En effet, la personne est parfois considérée comme dépressive et ayant des troubles de la mémoire et du comportement liés à l'âge. Nous avons à notre disposition un test de dépistage d'une M.A. potentielle qui n'a aucune valeur de diagnostic mais qui va permettre au soignant, si le test se révèle positif, d'orienter la personne vers un médecin qui va réaliser les examens nécessaires. (ANNEXE III)

9. EVOLUTION

L'évolution de la MA varie d'une personne à une autre et peut s'échelonner sur 3 à 20 ans (la durée moyenne de survie est de 8 à 12 ans). On peut décrire une série de phases qui servent de guide d'aggravation de la maladie. (2) (6)

9.1. Phase initiale

Au niveau des capacités mentales la personne a des oublis bénins, des difficultés à se concentrer et une attention limitée. Elle a également des difficultés à assimiler des nouvelles informations et à suivre les conversations. Elle présente des sautes d'humeur et des manifestations dépressives. La personne a un comportement alterné de passivité et d'agitation et on remarque un retrait des activités habituelles. Enfin, on observe des légers problèmes de coordination.

9.2. Phase intermédiaire

Les pertes de mémoire continuent: la personne oublie progressivement son passé et ne reconnaît plus sa famille et ses amis. Elle perd l'orientation dans le temps et dans l'espace. Au niveau de l'humeur et des émotions on peut constater des changements de personnalité, une confusion, de

la méfiance, de la colère, tristesse, dépression, une hostilité et une forte anxiété. La personne est agitée (elle fait les 100 pas, erre), elle est agressive, sans inhibition, se répète beaucoup et a des hallucinations. Les capacités physiques diminuent: elle a besoin d'aide pour les tâches quotidiennes (habillage, toilette), elle a des difficultés à dormir et une fluctuation de l'appétit.

9.3. Phase avancée

La personne perd la capacité de se souvenir et de fonctionner, elle a beaucoup de difficultés à parler. Elle perd complètement l'orientation dans le temps et dans l'espace et devient très confuse quant aux gens qui l'entourent. Progressivement, elle se replie sur elle-même et communique de façon non verbale (avec les yeux, pleurs, gémissements). Les capacités physiques sont très altérées : la personne devient immobile (alitée) et dort plus souvent et plus longtemps. Elle perd la maîtrise de sa vessie et de ses intestins, a des difficultés pour se nourrir et avaler d'où une perte de poids.. Elle devient incapable de se laver et de s'habiller.

9.4. Phase terminale

La perte de motricité conduit à un alitement permanent avec les différents troubles qu'il engendre : rétractions articulaires et musculaires, attitudes vicieuses, troubles cutanés et trophiques et troubles respiratoires. Ces différents troubles conduisent à un état de malnutrition et on assiste à un amaigrissement important avec altération des défenses immunitaires souvent à l'origine du décès.

10. PRISE EN CHARGE KINESITHERAPIQUE

10.1. Indications

Il existe deux situations de prise en charge en kinésithérapie : soit le patient est adressé en rééducation pour les conséquences de la M.A. et l'indication principale est la perte d'autonomie à la marche, aux transferts et dans les activités de la vie quotidienne ; soit le patient a besoin d'une rééducation traumatique, orthopédique, respiratoire ou cardiaque et présente également une M.A. et il faut prendre en compte la maladie et remettre en cause son programme et ses protocoles afin de mener à bien sa rééducation.

Le maître mot de la rééducation d'un patient atteint de cette pathologie est l'adaptation car il **n'existe pas une seule M.A. mais autant de tableaux différents que de personnes malades.**

10.2. Bilan

Il n'existe pas de bilan ou de test spécifique à la M.A., nous réalisons donc un bilan masso-kinésithérapique adapté aux différentes déficiences du patient. Les patients Alzheimer ayant le plus souvent plus de 65 ans et l'indication principale de la prise en charge étant la perte d'autonomie il convient d'approfondir le bilan fonctionnel c'est pourquoi j'ai réalisé des tests spécifiques utilisés en gériatrie tels que : le Get up and Go qui évalue les capacités fonctionnelles du patient dans le but de mesurer le risque de chute, le test de Tinetti qui évalue l'équilibre statique et dynamique et le Test Moteur Minimum (T.M.M.) qui évalue les capacités motrices. Tests en annexe (ANNEXE IV)

Il est également recommandé de faire un bilan des fonctions cognitives et, pour cela, il existe le Minimal Mental State Examination (M.M.S.E.) établi par le Groupe de Recherche et d'Evaluation Cognitive (G.R.E.C.O.). Cette évaluation ne permet pas de faire un diagnostic étiologique mais explore les opérations faisant partie de l'action de penser. Selon l'H.A.S., un score inférieur à 25 est considéré comme anormal pour un niveau d'étude inférieur au certificat d'étude primaire et un score inférieur à 27 pour un niveau d'étude supérieur. Test en annexe (ANNEXE IV)

10.3. Principes de rééducation

- **Ne pas mettre le patient en situation d'échec** : les exercices proposés ou la participation du patient à sa rééducation doivent mettre en jeu les capacités mentales et physiques qu'il possède encore.
- **Respecter le rythme du patient** : entre chaque exercice et même pendant, même lors d'un travail intellectuel, il faut respecter des temps de pause car la maladie nécessite 4 à 5 fois plus de temps pour faire la même chose.
- **Limiter le nombre de consignes que nous donnons à la fois.**
- **Adapter la formulation des consignes en les rendant précises et imagées sans être autoritaire. (8)**
- **Faire travailler la mémoire du patient** en partenariat avec toute l'équipe soignante mais sans le surstimuler ce qui peut le mettre en échec et ainsi augmenter son irritabilité et diminuer son estime de soi.
- **Evaluer durant la séance l'efficacité et l'adaptabilité de chaque exercice** et ne pas hésiter à le modifier ou l'arrêter s'il ne convient pas.
- **Faire participer et éduquer aux conseils d'hygiène de vie la famille.**

10.4. Exemple de prise en charge à la phase initiale de la maladie

M. Antoine S., dans la phase initiale de la M.A est âgé de 79 ans. Il est suivi en kinésithérapie à l'hôpital St Julien de Nancy depuis le 06/09/07 à raison de 4 séances par semaine pour difficultés à la marche et désorientation : le maintien à domicile devenait difficile. Le bilan se déroule bien, M. S. est coopérant et volontaire. Son épouse est présente ainsi que durant toutes les séances de rééducation.

10.4.1. B.D.K. (Bilan Diagnostic Kinésithérapique).(tab V)

Tableau V : B.D.K. de M. S.

<u>DEFICIENCES</u>	<p>Manque d'éducation aux transferts : ne se penche pas en avant pour se lever, ne se couche pas en monobloc et ne plie pas ses membres inférieurs pour se relever. T.M.M. en annexe (ANNEXE V).</p> <p>Troubles de l'équilibre debout. Tinetti en annexe. (ANNEXE V)</p> <p>Marche avec une canne simple à gauche pour s'équilibrer, sans la canne on observe un élargissement du polygone de sustentation. Marche à petits pas en trainant les pieds, pas de déroulement du pas ni de pas postérieur. Get up and Go en annexe (ANNEXE V). Ne monte pas plus d'un étage d'escaliers et les descend marche par marche car il a peur de tomber.</p> <p>Lenteur de coordination, manque d'initiatives, troubles de la mémoire à court terme, désorientation temporo-spatiale. (M.M.S à 14/30 en annexe.) (ANNEXE V) et troubles de l'attention : se déconcentre dès que d'autres personnes sont présentes, s'il y a du mouvement...</p>
<u>INCAPACITES</u>	<p>Aux transferts seul : sa femme se plaint de devoir beaucoup le soutenir.</p> <p>A la marche seul et en sécurité sur tous les terrains. A la montée et à la descente normale des escaliers sur plus de un étage. M.S. habite au 2^{ème} étage sans ascenseur.</p> <p>Aux activités de la vie quotidienne en autonomie : n'aide pas à l'habillage, se lave les dents sur consignes, se lave le visage à la toilette et à besoin d'une aide partielle pour couper lors des repas.</p>
<u>HANDICAPS</u>	<p>Social et familial : le retour à domicile est impossible pour le moment et son épouse est seule à la maison.</p>

10.4.2. Objectif de rééducation

Conserver l'autonomie, éducation aux transferts et à la montée/descente des escaliers pour envisager le retour à domicile.

10.4.3. Moyens

Education aux transferts à M. S. ainsi qu'à son épouse. M. S. ne se souvient pas des différentes étapes de ses transferts d'une séance à l'autre étant donné ses troubles de la mémoire. **Nous avons décidé de montrer à sa femme ces différentes étapes afin qu'elle puisse donner des consignes précises à son mari, le faire recommencer s'il se trompe et pour qu'elle évite de le porter. De plus, nous avons réalisé une feuille mémo avec les différentes étapes détaillées de chaque transfert qui pose problème. (ANNEXE VI)**

Travail de l'équilibre debout. Afin que M.S. ait plus d'équilibre lors de la marche et que le risque de chute soit moindre nous faisons travailler son équilibre debout : d'une part l'équilibre bipodal statique sur plan stable, puis instable (tapis d'épaisseur différentes, plateau de Freeman...), sans puis avec déstabilisations rythmées et en lui faisant attraper des objets dans toutes les directions. D'autre part il travaille également son équilibre unipodal statique devant l'escalier en se tenant avec deux mains, puis une seule.

Marche tout d'abord dans les couloirs ou dehors sur des routes planes puis progressivement sur des terrains différents : dans l'herbe, sur les graviers, avec des dénivelés...En fin de rééducation, nous avons proposé à M.S. des parcours de marche avec des obstacles à franchir. Durant ces séances nous lui avons fait travailler le déroulement du pas ainsi que le passage du pas, qu'il est capable de faire si on le lui rappelle.

Montée et descente des escaliers avec 2 kinésithérapeutes présents afin de le rassurer et l'encourager.

Travail de la coordination des membres supérieurs et stimulation de la mémoire par des jeux (Memory, jeux de construction,...) et de l'écriture. Durant ces exercices plus intellectuels, M.S. est très facilement déconcentré par les mouvements et allers et venues autour de lui et met beaucoup de temps à se reconcentrer. **Nous travaillons donc dans une salle calme où nous sommes seuls.**

10.4.4. Remarques

M. S. est très désorienté dans le temps.

→ **Afin de se repérer, nous avons élaboré un programme des séances de rééducation (ANNEXE VII), contrairement à une prise en charge habituelle où la séance se fait en fonction des besoins et attentes du patient au jour le jour.** M. S. peut ainsi consulter le programme avant la séance et se préparer aux activités du jour. **De plus, au début des séances je me présente puis au fur et à mesure des séances je lui demande mon prénom et qui je suis. De même, avant tout exercice, je lui demande la date du jour que sa femme a noté au tableau le matin à ma demande.** Sur ce tableau mémo, sont également inscrits les événements importants de la journée.

L'épouse de M. S. est présente à chaque séance : sans elle, M. S. est perdu, la cherche, demande souvent où elle se trouve et ne peut pas se concentrer. Lorsqu'elle est présente et que nous posons une question, M. S. se tourne vers elle pour qu'elle réponde à sa place.

→ **Nous avons décidé de faire participer Mme S. à certains exercices tels que les jeux et l'apprentissage des transferts. Par contre, durant d'autres exercices nous lui avons demandé de ne pas intervenir même lorsque son mari le lui demande** et, une fois par semaine la séance se déroule au sous-sol sur le plateau de rééducation sans Mme S. afin qu'elle puisse se détendre.

M. S. est dans la phase initiale de la M.A. et se rend compte de ses déficits et de la diminution de ses capacités physiques et mentales. Lors d'une séance, nous essayons le dessin, qui est l'une de ses passions mais, lorsqu'il se rend compte qu'il n'est plus capable de faire les mêmes choses

qu'avant, M. S. devient triste, se cache derrière des excuses permettant de cacher son anxiété : « Mes lunettes sont sales », « Il y a trop de luminosité »,..., puis il ne veut plus dessiner.

→ **Nous décidons de ne pas refaire l'exercice afin de ne pas le mettre en échec dans un domaine qui lui tient à cœur. De même, lors d'une séance, nous alternons un exercice difficile (mais toujours dans ses capacités) et un exercice qu'il va réaliser avec plaisir et facilement afin de remonter son estime de soi. Et, nous allons le féliciter sur ses réussites et progrès.**

A la fin de mon stage, le 26/10/07, M. S. est capable de monter deux étages d'escaliers normalement, réalise ses transferts correctement avec sollicitations et consignes précises. Le M.M.S est à 20, le test de Tinetti, le Get up and Go et le T.M.M présentent également des améliorations.

10.5. Exemple de prise en charge à la phase intermédiaire de la M.A.

10.5.1. Mme G. Charlotte

Mme Charlotte G., dans la phase intermédiaire de la M.A. est âgée de 87 ans. Elle a été suivie en kinésithérapie au C.P.N. du 20/09/07 au 8/10/07 à raison de 2 séances par semaine pour troubles du comportement : troubles caractériels et de l'humeur et idées suicidaires dus à une M.A.. Mme G. est partie en maison de retraite après 5 séances. Le bilan est réalisé sur plusieurs séances et est difficile en raison des différents troubles du comportement.

10.5.1.1. B.D.K. (tab VI)

Tableau VI : B.D.K. de Mme G.

<u>DEFICIENCES</u>	<p>Contractures et douleurs dorsolombaires diffuses. (échelle visuelle analogique non réalisable : Mme G. ne voit pas la corrélation entre les chiffres et l'intensité de sa douleur)</p> <p>Attitude en cyphose du rachis due à la douleur.</p> <p>Troubles de l'équilibre debout. Test de Tinetti en annexe. (ANNEXE VIII)</p> <p>Marche avec risque important de chute (Get up and Go en annexe (ANNEXE VIII)). Marche à petits pas et en chute avant. Pas de pas postérieur.</p> <p>Troubles de la mémoire à court terme et long terme avec amnésie rétrograde.</p> <p>Désorientation temporo-spatiale avec errance. M.M.S. en annexe. (ANNEXE VIII) Troubles importants du comportement : angoisse, opposition et agressivité verbale.</p>
<u>INCAPACITES</u>	<p>A la marche seule en sécurité.</p> <p>Aux activités de la vie quotidienne en autonomie : elle a besoin d'une aide à l'habillage, à la toilette mais prend ses repas seule.</p>
<u>HANDICAP</u>	<p>Social : retour à domicile impossible.</p>

10.5.1.2. Objectif de rééducation

Conserver les capacités physiques et éducation à la marche afin d'éviter les chutes.

10.5.1.3. Moyens

Massage décontractant de la région dorsolombaire et physiothérapie antalgique chaude. Lorsque nous essayons de la toucher pour réaliser le massage Mme Garnier s'énerve, crie qu'on lui fait du mal et se lève : elle ressent le toucher comme une agression et refuse le massage. Nous respectons son refus. Par contre, l'application de coussin gel chaud enroulé dans une serviette la décontracte, est ressenti comme très agréable et permet de la soulager.

Travail de l'équilibre debout pour limiter le risque de chute car Mme G. fait beaucoup de choses seule, notamment ses transferts. Mme G. n'accepte pas de coopérer aux exercices c'est pourquoi nous lui faisons travailler son équilibre en la déstabilisant sans la prévenir (en restant dans des conditions de sécurité : entre les barres parallèles et en étant prêt à la rattraper) d'abord lentement sur un plan stable puis de plus en plus rapidement.

Travail de la marche. Mme G. « erre » c'est à dire qu'elle déambule beaucoup ce qui traduit son sentiment d'insécurité, d'inquiétude et sa perte de repères. Nous lui faisons travailler sa longueur du pas et son équilibre à la marche sur des plans progressivement de plus en plus instables pour réduire le risque de chute lors de ses errances où elle est le plus souvent seule.

10.5.1.4. Remarques

Au début de sa prise en charge, lors des bilans, Mme G. ne supporte pas de répondre aux questions type interrogatoire ainsi que de faire différents mouvements analytiques. Elle refuse de participer.

→ **Nous réalisons donc les bilans au fur et à mesure des premières séances en incluant les questions de l'anamnèse et du M.M.S. dans la conversation car Mme G. aime parler de son passé. Pour les autres tests, nous lui demandons par exemple, de nous aides à ramasser un stylo, à ranger les coussins de la salle de rééducation en hauteur, de se retourner pour regarder quelque chose...**

Lors des pauses, Mme G. nous assaille de questions : pourquoi est-elle là, à quoi sert ce que nous lui faisons, et elle nous répète qu'elle ne veut rien faire à part retourner à sa chambre. Au bout d'un certain temps, Mme G. se lasse et ne veut plus rien faire, pleure et devient agressive.

→ **Nous décidons de faire des séances courtes : 15 à 20 minutes sans pauses mais en alternant exercices fatigants et exercices nécessitant moins d'énergie et de concentration.**

10.5.2. Mme B. Lucette

Mme Lucette B., dans la phase intermédiaire de la M.A. est âgée de 82 ans. Elle a été suivie en kinésithérapie au C.P.N. (Centre psychothérapique de Nancy) du 29/05/07 au 11/09/07 à raison de 3 séances par semaine pour une perte d'autonomie aux transferts et à la marche due à une M.A. à début tardif. Elle est coopérante bien qu'il y ait des troubles de la mémoire importants avec oublis à mesure qui compliquent l'anamnèse.

10.5.2.1. B.D.K (tab VII)

Tableau VII : B.D.K. de Mme B.

<u>DEFICIENCES</u>	<p>Déficit du tonus postural assise et debout.</p> <p>Marche à petits pas avec hésitation, elle a besoin de deux aides. Petit périmètre de marche : 15m. Mme B. est très fatigable.</p> <p>Réalise ses transferts avec 2 aides et avec beaucoup de sollicitations et de consignes : manque d'initiatives.</p> <p>Pertes de mémoire importantes à court et à long terme avec oublis à mesure.</p> <p>Désorientation temporo-spatiale importante.</p> <p>Troubles de l'humeur : pleurs répétés dus à l'angoisse de sa désorientation. Pas</p>
---------------------------	--

	de contact avec les autres patients : repli sur elle-même, hallucinations visuelles : croit voir sa fille en un membre du personnel.
<u>INCAPACITES</u>	A la marche seule et sur de longues distances et aux transferts seule. Aux activités de la vie quotidiennes en autonomie : n'aide pas à la toilette ni à l'habillage. Mange seule avec une aide pour couper.
<u>HANDICAP</u>	Social : retour à domicile impossible.

10.5.2.2. Objectif de rééducation

Eviter la perte d'autonomie et conserver un maximum de capacités physiques afin d'aller en maison de retraite.

10.5.2.3. Moyens

Travail actif de redressement du tronc pour qu'elle puisse plus aider lors de ses transferts :
Tout d'abord assise, nous lui demandons de décoller son dos du dossier de la chaise et de se redresser. Plus tard dans la rééducation nous lui avons proposé de faire la même chose en échangeant un ballon avec nous afin de travailler la coordination de ses membres supérieurs. Puis nous l'avons fait échanger le ballon avec d'autres patients pour qu'elle se socialise. Ensuite, debout, devant un espalier placé devant une glace nous demandons à Mme B. de se redresser, de se regarder. Nous avons essayé de travailler avec les auto-grandissements mais Mme B. n'arrive pas à réaliser en même temps toutes les consignes de cet exercice (placer sa tête en double menton, se redresser, se grandir et souffler) et les oublie au fur et à mesure. Nous avons adapté l'exercice en posant simplement une main sur sa tête et nous lui demandons de se grandir pour repousser notre main.

Travail des transferts. Lors de ces exercices, Mme B. ne sait plus ce qu'il faut faire et reste bloquée dans la position de départ ou dans une position intermédiaire. **Nous fractionnons le transfert en plusieurs ordres précis que nous formulons au fur et à mesure. Exemple de assis à debout : « Reculer vos jambes sous la chaise », « Mettez les mains sur les accoudoirs », « Penchez vous bien en avant », « Poussez sur vos jambes et vos bras : levez-vous ».**

Travail de la marche afin qu'elle ait moins d'appréhension et qu'elle automatise un schéma de marche pour ensuite marcher sous surveillance puis seule avec une aide de marche (déambulateur avec roulettes : stable et plus facilement manœuvrable, diminue la dépense énergétique et lutte contre la rétopulsion) (9) et non plus avec 2 aides humaines. Lorsqu'elle marche entre les barres parallèles, Mme B. oublie d'avancer ses bras sur les barres ; fréquemment, elle s'arrête au milieu des barres et se demande ce qu'elle doit faire. **Nous ne la laissons pas sans surveillance, nous la rassurons et lui répétons les consignes lorsqu'elle semble perdue. Quand elle « oublie ses bras » nous lui demandons tout d'abord si elle n'est pas gênée par quelque chose, puis si elle ne trouve pas nous lui rappelons d'avancer ses bras avant d'avancer ses pieds.**

Travail actif global des membres inférieurs sur cycloergomètre afin d'entretenir la force de ses membres inférieurs et d'augmenter son endurance à l'effort.

10.5.2.4. Remarques

Lorsque nous la laissons seule durant les pauses entre les exercices, Mme B. angoisse et se met à pleurer.

→ **Nous lui parlons fréquemment et nous restons dans son champ de vision. Pour la relaxer et la détendre nous avons essayé le massage car le toucher la calme et la rassure.**

Parfois, Mme B. croit reconnaître sa fille en moi ce qui perturbe le déroulement de l'exercice car elle ne comprend pas pourquoi nous ne sommes pas à la maison et pourquoi je lui donne des exercices.

→ Nous lui parlons de sa fille, sans la contrarier pour qu'elle ne se mette pas à pleurer, puis nous l'éloignons de son idée en lui proposant une activité de substitution comme le lancer de ballon qui travaille sa coordination et qui l'amuse.

A la fin de la rééducation, Mme B. marche dans la salle avec un déambulateur avec roues sous surveillance ou bien avec une aide, mais a toujours besoin de nombreuses consignes pour les transferts et les activités de la vie quotidienne. Elle est partie en maison de retraite.

10.6. Exemple de prise en charge à la phase avancée de la M.A.

M. Henri S., dans la phase avancée de la M.A, est âgé de 67 ans. Il était hospitalisé à l'hôpital Saint Julien pour une pneumopathie d'inhalation et il est ensuite entré au C.P.N. pour des troubles majeurs du comportement : agressivité et agitation dus à une M.A. Il a été suivi en kinésithérapie du 30/08/07 au 17/09/07 à raison de 4 séances par semaine pour stimulation aux transferts et à la marche. M. S. se présente figé sur son fauteuil roulant, en chute avant. Il ne parle pas et ne répond pas aux questions : l'interrogatoire est impossible compte tenu de la sédation thérapeutique.

10.6.1. B.D.K (tab VIII)

Tableau VIII: B.D.K. de M. S.

DEFICIENCES	<p>Contractures musculaires diffuses au niveau cervical et des membres inférieurs.</p> <p>Mobilisation passive difficile compte tenu des contractures mais sans limitations articulaires.</p>
--------------------	--

	<p>Marche entre les barres parallèles avec 2 aides et de très nombreuses sollicitations et consignes. Un schéma de marche est conservé avec un bon passage du pas et un déroulement du pas. Cependant il faut beaucoup le soutenir car il y a un manque de force des membres inférieurs.</p> <p>Transferts avec 2 aides, il n'aide que très peu: tient sa tête.</p> <p>Troubles de la compréhension et de la parole: discours peu compréhensible avec des persévérations. S'exprime beaucoup par des gestes et par le regard. Troubles importants du comportement: agitation, agressivité et violence.</p>
<u>INCAPACITES</u>	<p>A la marche et aux transferts seul.</p> <p>Aux activités de la vie quotidienne en autonomie: toilette et habillage avec 2 aides, repas seul en régime haché avec des couverts et une assiette ergonomique.</p>
<u>HANDICAP</u>	<p>Social: le retour à domicile est impossible.</p>

10.6.2. Objectif de rééducation

Eviter la grabatisation.

10.6.3. Moyens

Travail actif global afin de renforcer les membres inférieurs sur cycloergomètre

Marche entre les barres parallèles et dans la salle avec 2 aides pour conserver le schéma de marche. Il est difficile de motiver M. S. pour se lever de son fauteuil roulant: il s'agrippe aux accoudoirs, puis aux barres et refuse de les lâcher. **Nous lui donnons un objectif, un but de réaliser la distance de**

marche: nous lui montrons une balle puis nous la lançons à l'endroit d'arrivée. Il se lève et nous l'aidons à marcher pour aller récupérer la balle.

Travail des transferts afin qu'il apporte une aide.

Le massage décontractant est impossible: dès qu'on le touche pour faire un massage M. S. s'agite s'énerve et devient agressif. La physiothérapie antalgique par application de poche de gel chaud n'est pas possible non plus car M. S. l'enlève, l'agrippe et ne veut plus la lâcher.

10.6.4. Remarques

Durant les pauses, M. S. n'arrête pas d'enlever ses chaussures et ses chaussettes même lorsque nous les lui remettons en lui expliquant qu'il en a besoin pour marcher. Si nous lui demandons de les remettre il n'écoute pas et s'énerve, se montre agressif si nous insistons.

→ Nous détournons son attention de ses chaussures et chaussettes grâce à d'autres objets qui vont l'occuper pendant le temps de la pause: ballon, formes en mousse, magazines...

Parfois, lorsque l'exercice que nous proposons à M. S. le contrarie et que nous insistons, il se montre agressif et violent jusqu'à nous donner des coups de pieds.

→ Nous évitons de lui donner des « ordres » qu'il peut prendre comme une agression. Par exemple: au lieu de « Levez-vous et marchez jusqu'à la chaise, nous allons vous aidez. » nous préférons « M. S. voulez-vous vous levez avec notre aide, nous allons marchez jusqu'à la chaise. ». Ensuite, s'il ne veut pas faire l'exercice après de nombreuses sollicitations nous respectons son choix et lui proposons autre chose voire nous le laissons se reposer ; l'agressivité est son seul moyen de nous signifier son refus puisque nous ne comprenons pas ses gestes. Enfin, s'il fait preuve de violence, nous nous mettons hors de sa portée et nous essayons de l'apaiser en lui parlant et en restant dans son champ de vision car ses réactions traduisent une sensation de menace et de danger là ou il n'y en a pas.

M. S. est retourné à l'hôpital Saint Julien en étant capable d'aider lors de ses transferts et de marcher avec 2 aides.

11. CONCLUSION

La M.A. est une affection aux conséquences graves et multiples qui touche l'Homme dans ce qu'il a de plus complexe: le cerveau. Etroitement liée au vieillissement et à l'espérance de vie cette maladie devrait continuer à progresser dans les prochaines années ce qui va augmenter le nombre de prises en charge en kinésithérapie aussi bien à l'hôpital, en centre de rééducation, en maison de retraite ou en cabinet libéral car n'oublions pas qu'elle peut toucher des sujets jeunes. Et, bien qu'il y ait des points communs dans cette prise en charge, **les techniques de rééducation et la façon de les proposer sont définies et orientées par les réactions et les réponses (verbales ou comportementales) de nos patients.** Il n'existe donc pas de programme ou d'objectifs de rééducation spécifique de la maladie.

Ce travail permet de mieux connaître et comprendre les déficiences et incapacités entraînées et de pouvoir les déceler. Avant la prise en charge d'un patient Alzheimer il faut observer ses déficiences, ses incapacités, ses réactions, les tester et ensuite proposer une rééducation adaptée puis la modifier en fonction de son efficacité, des possibilités, de l'acceptation et du comportement du patient face à nous. Ce travail m'a également permis, lors de mon stage, de comparer les attitudes des patients face à moi à mes recherches et connaissances sur la maladie; et il me permettra, lors de mes prises en charge ultérieures, d'éviter certaines erreurs de comportement face au malade par incompréhension ou méconnaissance car il n'existe que peu d'observations et d'expériences de la kinésithérapie de la M.A.

BIBLIOGRAPHIE

1. **AUBENAU B., FRANCOIS H., HERIDEL N.** – Quand la tête défaille, comment garder les jambes. – L'aide soignante, 2004, n°53, p. 28-31.

2. **AUPETIT H.** – La maladie d'Alzheimer au quotidien. – Paris : Odile Jacob, 1991. – 191 p. – Collection Santé.

3. **DAURIAC P.** - Alzheimer, vaincre la peur et la solitude. – Revue de l'infirmière, 2004, n°97, p. 21-24.

4. **HABRIAS M., HOVASSE-PRESLY** – Vieux et fous à la fois. Précis de géro-psycho-geriatrie à l'usage du soignant. – Rueuil Malmaison : Novartis 2000. – 122 p.

5. **HEIN C.** -3^{ème} partie : Réadaptation gériatrique. – Kinésithérapie les annales, 2005, n°38-39., p.36.

6. **HERISSON C., TOUCHON J., ENJALBERT M.** – Maladie d'Alzheimer et médecine de réadaptation. – Paris : Masson, 1996. – 234p. – Rencontres en rééducation n°11.

7. **MAHIEUX F.** – De l'importance d'un diagnostic précoce. – Revue de l'infirmière, n°97, p.18-20.

8. **MUNSCH-ROUX K., MUNSCH F., MOUREY F.** – Réadaptation gériatrique et maladie d'Alzheimer : retrouver le sens de la marche. – Kinésithérapie les annales, 2005, n°38-39., p.31-35.

9. **SALVIGNOL J.P., CORNELOUP H., PRADALIE P.-** Réadaptation gériatrique et chutes. – Kinésithérapie les annales, 2005, n°38-39., p.30-31.

10. **SELMES J., DEROUESNE C.** – La Maladie D'Alzheimer au jour le jour. – Paris : John Libbery Eurotext, 2004. – 342 p. – Guides pratiques de l'aidant, maladie d'Alzheimer.

Pour en savoir plus :

- www.alois.fr

- www.francealzheimer.com

ANNEXES

ANNEXE I : Critères de diagnostic NINCDS-ADRDA

<u>Critères NINCDS-ADRDA</u>
Critères de MA probable : atteinte de la mémoire et d'au moins un autre secteur cognitif (aphasie, apraxie, agnosie). Détérioration progressive. Absence de trouble de conscience et d'autres pathologies potentiellement causales. Début après 50 ans.
Arguments additionnels importants : perturbation des activités de la vie quotidienne ou troubles du comportement. Histoire familiale de démence. Ponction lombaire et électro encéphalogramme normaux (ou anomalies non spécifiques) et atrophie au scanner.
Sont considérées comme des atypies mineures : paliers dans le cours de la maladie. Présence précoce de dépression, hallucinations, idées délirantes, amaigrissement, incontinence, bouffées d'angoisse ou d'agitation, troubles sexuels, insomnie. Présence tardive de myoclonies, épilepsie, hypertonie, troubles de la statique.
Sont considérées comme des atypies rendant le diagnostic douteux : un début brutal. Des signes neurologiques précoces comme un déficit moteur, sensitif ou du champ visuel. Des crises d'épilepsie ou de la statique de survenue précoce.
Critères de MA possible : Syndrome atypique par son mode de début, d'évolution, sa présentation clinique, mais en l'absence d'autre cause de démence. Présence d'une maladie associée, cérébrale ou générale, qui pourrait entraîner une démence mais, dans le cas particulier, n'est pas considérée comme causale.

Annexe II : Aphasie de Wernicke

C'est une aphasie sensorielle, c'est à dire qu'il y a des troubles massifs de la compréhension mais le sujet n'en a pas conscience (anosognosie). Le discours est fluent, parfois même logorrhéique. Le manque du mot est sévère et le patient parle dans un jargon qui n'a aucun sens. Il y a des transformations phonologiques (« Tabrouet » pour « Tabouret »), morphologiques (« Château » pour « Chameau »), verbales (« Pommes » pour « Maison »), sémantiques (« Chaise » pour « Fauteuil ») ainsi que des néologismes (« Sidour » pour « Voiture »). Les modalités écrites sont également très atteintes. (6)

Annexe III : Test de dépistage

Déficiência mentale profonde faisant suspecter une maladie d'Alzheimer

Rubrique : observation par le professionnel/personne à risque

Note préliminaire : ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

BILAN D'UTILISATION COURANTE :

International « validé » (3)	International, largement accepté (2)	National (1)	Local (0)
--	--	------------------------	---------------------

Niveau du bilan : 1

POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation SCORE = 2	Facilité de lecture SCORE = 3	Sensibilité aux très petits écarts SCORE = 2	Fiabilité vérifiée SCORE = 2	Reproductible inter intra SCORE = 2
Scores appliqués : 3 = excellent 2 = bon 1 = acceptable 0 = questionnable				

Présentation:

Méthode simple de dépistage d'une maladie d'Alzheimer potentielle (signaler le fait au médecin traitant), assorties de conseils pour les 3 stades de la maladie : ce que l'on peut faire pour aider le patient et conseiller la famille.

Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Les personnes (souvent âgées) devenues dépendantes, chez qui on suspecte une dégradation progressive des fonctions supérieures.

Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Sujets jeunes, traumatisés crâniens.

Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Résident en institution depuis plusieurs mois.

Evolution du score :

Pas de chiffres, mais des observations qui permettent de brosser un tableau du risque.

Stade 1 : dépistage

Un de vos patients :

- N'utilise plus le téléphone de sa propre initiative ;
- A des difficultés pour rechercher un numéro de téléphone d'un enfant ou d'un proche parent ;
- Ne sait plus comment composer un numéro de téléphone ;
- Ne veut plus conduire sa voiture seul ; ne prend plus seul les transports en commun ;
- Ne peut plus gérer seul la prise de médicaments (doses, horaires...) ;
- Ne sait plus remplir un chèque ;

Déficiência mentale profonde faisant suspecter une maladie d'Alzheimer

Ne sait plus régler une facture ;
A besoin d'aide pour gérer son budget.

Stade 2 : déficiences peu marquées.

Accroissements du nombre d'oublis, qui perturbent la capacité à conserver son emploi et la capacité à accomplir des tâches domestiques.	S'assurer que le diagnostic est correct, de nombreuses situations peuvent avoir une influence sur la mémoire.
Oubli des noms de choses simples comme le beurre ou le pain.	Ne pas corriger les désordres de la confusion ou les fautes de mémoire.
Epreuve de la difficulté à reconnaître ce que signifient les chiffres.	Créer une « zone d'orientation » simplifiée au domicile, où se replacent toujours les items essentiels, par exemple les clés, les lunettes, une horloge et un calendrier.
Perd toute initiative, et ne s'intéresse plus à ses distractions favorites.	Encourager le patient à rester en contact avec ses amis, à écouter de la musique et à faire de l'exercice. Accompagner le patient en voiture afin de vérifier ses capacités de jugement au volant.
Perte de jugement qui mène, par exemple, à sortir dans la rue en robe de chambre.	Planifier l'avenir, décider à quel moment les responsabilités financières doivent être mises sous tutelle ; considérer des options de traitement ; désigner une personne chargée de prendre les décisions. Enregistrer le patient avec les services sociaux capables de récupérer le patient qui s'est perdu.

Stade 3 : déficience modérée.

Incapacité à reconnaître les membre de la famille et les amis.	Etiqueter les tiroirs, les portes de placard et écrire les noms sous des photos de la famille, des amis, des animaux domestiques. Ne pas modifier l'environnement familial.
Se déplace sans but, et se perd.	S'assurer que les couloirs, les toilettes, la salle de bains sont éclairés la nuit. Installer des barres d'appui et un plancher non glissant dans la baignoire ou la douche. Faire des marques très lisibles sur les robinets d'eau chaude et froide. Cacher les clés de voiture.
Confusion de plus en plus marquée, manifestations d'anxiété, changements de	Installer des verrous à l'extérieur des portes, ou bien munir les portes d'alarmes qui

Déficiência mentale profonde faisant suspecter une maladie d'Alzheimer

personnalité.	sonnent quand on les ouvre.
Oubli total des nécessités de la vie courante, comme se brosser les dents et s'habiller.	Sortir à l'avance les vêtements, et les poser ou les présenter séparément. Se brosser les dents en même temps que le patient pour montrer comment il faut procéder.
Délusions, sujet a tendance à vivre dans un monde imaginaire.	Demander à la famille de se renseigner sur un hébergement possibles.
Insomnie.	Se méfier des effets indésirables de médicaments qui induisent le sommeil. Lorsqu'ils sont prescrits, lire la notice du médicament pour comprendre les éventuelles perturbations.

Stade 4 : déficience sévère.

Symptômes

Action des professionnels de santé:

Perte totale de la mémoire et incapacité à retenir de nouvelles informations. Ne reconnaît plus sa famille.	Parler et interagir souvent avec les patients dans les institutions spécialisées.
Incapable de comprendre les mots ou de les utiliser, mais réagit encore à la musique, au contact des mains et au contact visuel.	Tenter de communiquer de plusieurs manières différentes, par des échanges de photographies, ou en faisant écouter de la musique.
Difficulté à manger - mâcher et déglutir	Réduire au maximum les prises de sang et autre procédures douloureuses.
Incapable de se vêtir, de prendre un bain, une douche, de faire sa toilette. Incontinence vésicale et anale.	Lorsque se présentent des problèmes graves : pneumonie ou fracture du col du fémur, elles ne doivent pas être traitées avec autant de vigueur que s'il s'agissait d'une personne en bonne santé.
Grabataire.	

La démence – définie comme un déclin progressif ou permanent de la fonction intellectuelle – peut se manifester en réponse à d'autres conditions que la maladie d'Alzheimer : dépression, surdosage de médicaments, déshydratation, anémie, syphilis, infections virales et carence en vitamines. Dans ces cas, traiter peut permettre la réversion des symptômes, il est donc important d'aider au diagnostic correcte de la cause d'une détérioration mentale.

Les tests psychologiques sont limités car les patients qui exhibent des signes de démence refusent souvent de communiquer. Le clinicien, qui se trouve en première ligne, n'a pas à sa disposition la RMN du cerveau. Un premier abord, très simple, peut être utile.

Gorman CH. The three stages of Alzheimer's
Time, July 24, 2000 :46-54

Déficiência mentale profonde faisant suspecter une maladie d'Alzheimer

QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE.

Stade 4 : Questionnaire.

A. Orientation : mémoire et concentration

Instructions pour l'observateur : marquer 1 point par erreur. Multiplier chaque erreur par sa pondération. Additionnez pour un score total.

Questions	Nombre maximum d'erreurs possibles	Nombre d'erreurs		Score obtenu
1. En quelle année sommes nous ?	1		X 4 =	
2. En quel mois sommes-nous ?	1		X 3 =	
Répétez après moi cette phrase à mémoriser : Jean Dupont, 42 rue de Seine, Paris <i>(utiliser le nom et l'adresse du patient)</i>				
3. Environ quelle heure est-il ? (erreur acceptable = 1 heure)	1		X 3 =	
4. Comptez à l'envers de 20 à 1	2		X 2 =	
5. Nommez les mois dans l'ordre inverse	2		X 2 =	
6. Répétez la phrase à mémoriser	5		X 2 =	

Les variations de score total vont de 0 points (aucune erreur), à 20 (toutes les réponses sont fausses). Un score **supérieur à 10** signale d'ordinaire une démence.

B. Activités de la Vie Quotidienne et indépendance sociale.

Explication : ce test indique dans quelle mesure la personne est devenue fonctionnellement dépendante des autres. Plus le score est élevé, plus grande est la dépendance.

Comment donner un score : choisissez la réponse qui décrit le mieux la situation actuelle et attribuez les valeurs numériques suivantes :

- 3 points – dépendance totale
- 2 points – besoin d'aide
- 1 point – agit seul (ou pourrait agir seul) mais avec de grandes difficultés
- 0 points – agit seul sans difficultés.

Activités

1. Rédiger des chèques, payer des factures, tenue du carnet de chèques	
2. Assembler les papiers pour les impôts, les charges	
3. Acheter seul(e) les vêtements, les nécessités, l'épicerie	
4. Jouer à un jeu (physique, mental), travailler à un hobby	
5. Faire chauffer de l'eau, faire un café, éteindre la cuisinière	
6. Préparer un repas équilibré	
7. Se tenir au courant de l'actualité	
8. Faire attention, discuter le contenu de la télévision, de livres et revues	
9. Se souvenir des rendez-vous, des anniversaires, des médicaments	

Déficiences mentales profondes faisant suspecter une maladie d'Alzheimer

10. Voyager en dehors de son quartier, prendre train, autobus, conduire

Score total possible : 30 points (totalement dépendant).
Un score **supérieur à 9** indique d'habitude une démence.

Signaler au médecin traitant la personne dont les scores indiquent le risque fort d'une démence .

Test de la mémoire : The Gerontological Society of America 1982
Test des activités autonomes : The American Psychiatric Association 1983

ANNEXE IV : Bilans de M. Antoine S.

M. S Antoine le 22/10/9

Test moteur minimum (autonomie physique)

Test Moteur Minimum

Directives de notation : OUI = 1 NON = 0

DECUBITUS

	Oui	Non	Score
Peut se tourner sur le côté	X		1
Peut se lever du lit ou de la table d'examen	X		1

POSITION ASSISE

	Oui	Non	Score
Absence de rétropulsion du tronc	.	X	0
Peut incliner le tronc en avant	X		1
Peut se lever du fauteuil	X		1

POSITION DEBOUT

	Oui	Non	Score
Possible	X		1
Sans aide humaine ou matérielle	X		1
Station bipodale Yeux Fermés		X	0
Station unipodale avec appui		X	0
Absence de rétroprojection du centre de gravité	X		1
Réactions d'adaptation posturales	X		1
Réactions parachute	♦	♦	♦
Membres supérieurs en avant		X	0
Membres inférieurs en avant		X	0
Membres inférieurs en arrière		X	0

MARCHE

	Oui	Non	Score
Possible	X		1
Sans aide humaine ou matérielle	X		1
Déroulement du pied au sol		X	0
Absence de flexum du genou		X	0
Absence de rétroprojection du centre de gravité	X		1
Demi-tour harmonieux		X	0

Total s/20 : 11

A chuté (au cours des 6 mois précédents)

1 fois et plus

Peut se relever du sol

oui

Auteurs : Tavernier-Vidal et Mourey.

S. Antoine 25/10/07

Épreuve de Tinetti

1-Evaluation de l'équilibre statique

Directives pour le score :

1 = équilibre stable

2 = instabilité partiellement compensée

3 = instabilité prononcée, équilibre jamais atteint

	Normal 1	Adapté 2	Anormal 3
Equilibre assis droit sur une chaise	X		
Se relever d'une chaise (si possible sans aide des bras)		X	
Equilibre immédiatement après s'être relevé		X	
Equilibre debout yeux ouverts	X		
Equilibre debout yeux fermés		X	
Equilibre après un tour complet de 360°		X	
Résistance à trois poussées sternales		X	
Equilibre après rotation de la tête	X		
Equilibre en station unipodale + de 5 secondes			X
Equilibre avec extension de la colonne cervicale	X		
Equilibre avec extension de la colonne cervicale et extension des membres supérieurs (attraper un objet qui serait au plafond)		X	
Equilibre en ramassant un objet à terre		X	
Equilibre en s'asseyant		X	

2-Evaluation de l'équilibre dynamique lors de la marche

	Normal	Anormal
Equilibre au début de la marche	X	
Hauteur du pas		X
Longueur du pas		X
Symétrie du pas	X	
Continuité ou régularité de la marche	X	
Déviation du trajet		X
Stabilité du tronc	X	
Largeur du pas (écart : talons)		X
Demi-tour pendant la marche		X

NOM S. Antoine
PRENOM

22/09
22/10

GET UP AND GO TEST

POPULATION: personnes âgées ou neurologiques

MATERIEL : fauteuil droit avec accoudoirs et un chronomètre.

OBJET : recherche à évaluer les capacités motrices du patient dans le but de mesurer son risque de chute et sa capacité à assumer son autonomie.

EVALUATION :

étapes	description	Observations	Test1	Test 2
Etape 1	Le sujet est assis sur un fauteuil droit avec accoudoirs situé à 3m d'un mur.			
Etape 2	se lever, de prendre son équilibre	<input type="checkbox"/> Se penche en avant normalement <input type="checkbox"/> Se lève d'un seul élan <input type="checkbox"/> Obligé d'utiliser les accoudoirs <input type="checkbox"/> Besoin de plusieurs essais Se jette en arrière au lieu de se pencher en avant	0 0 -2 -1 -4	0 0 -2 -1 -4
Etape 3	marcher droit vers le mur	<input type="checkbox"/> Marche droit <input type="checkbox"/> Fait des méandres	0 -1	0 -1
Etape 4	faire demi-tour rapidement sans toucher le mur	<input type="checkbox"/> Pivote sur place <input type="checkbox"/> Fait plusieurs pas successifs	0 -3	0 -3
Etape 5	retourner vers le fauteuil et d'en faire le tour puis de s'asseoir	<input type="checkbox"/> Descend avec un contrôle des genoux <input type="checkbox"/> Se laisse tomber pesamment dès que la flexion atteint 30°	0 -4	0 -4
Score total			-10	-9
Temps			35'	28'

Analyse des résultats

Score de - 8 : risque imminent de chute

Score de - 6 : risque de chute important

Score de - 3 : seuil de normalité pour une personne de plus de 70 ans

Score de 0 accompli dans la limite de 20 secondes est parfait

Score de 0 avec un temps supérieur à 30 secondes correspond à un risque de chute significatif à l'extérieur

ADAPTATIONS

Catégorie de vitesse

date	temps	De 7 à 20s	De 20 à 35s	De 35 à 40s	De 40 à 55s	+ de 55s
22/09	scores	0	1	2	3	4
22/10	scores	0	1	2	3	4

Type d'aide technique

date	Type d'aide technique	nen	1 canne	2 cannes	déambulateur
22/09	score	0	1	2	3
22/10	score	0	1	2	3

NOM S. PRENOM Arthème DATE 24/09/07
 AGE NIVEAU D'ETUDES Primaires Secondaires Supérieurs

MINI MENTAL STATE

10 secondes pour chaque réponse. 1 point par réponse exacte (n'accepter qu'une réponse)

1 ORIENTATION

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

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 :

- 1 • En quelle année sommes-nous ?
- 2 • En quelle saison ?
- 3 • En quel mois ?
- 4 • Quel jour du mois ?
- 5 • Quel jour de la semaine ?

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

- 6 • Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- 7 • Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- 8 • Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?
- 9 • Dans quelle province ou région est située ce département ?
- 10 • A quel étage sommes-nous ici ?

2 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.

- 11 • Cigare
- 12 • Fleur
- 13 • Porte

Répéter les 3 mots

3 ATTENTION ET CALCUL

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

- 14 • 93
- 15 • 86
- 16 • 79
- 17 • 72
- 18 • 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander "Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers" : E D N O M

4 RAPPEL

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

- 19 • Cigare
- 20 • Fleur
- 21 • Porte

5 LANGUAGE

22 • Montrez un crayon.
 Quel est le nom de cet objet ?

23 • Montrez votre main droite
 Quel est le nom de cet objet ?

24 • Ecoutez bien et répétez après moi "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET"

25 • Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
 "Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire"
 Prenez cette feuille de papier avec la main droite.

26 • pliez-la en deux

27 • et jetez-la par terre "...."

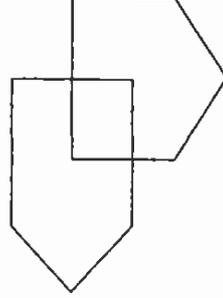
28 • Tendre au sujet la feuille de papier de façon à ce qu'il lise.
 "FERMER LES YEUX" et dire au sujet "faites ce que est écrit"

29 • Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 "Voulez-vous écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"

6 PRAXIES CONSTRUCTIVES

30 • Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander
 "Voulez-vous recopier ce dessin"

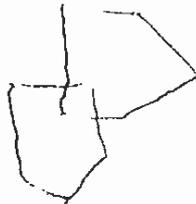
SCORE TOTAL (0 à 30)



30 •

28 • **FERMER LES YEUX**

S. Antoine : MMS du 24/09/07



Je t'en envoie un
bon anniversaire

NOM S. _____ PRENOM Antoine DATE 22/10/07
 AGE NIVEAU D'ETUDES Primaires Secondaires Supérieures

MINI MENTAL STATE

10 secondes pour chaque réponse, 1 point par réponse exacte (n'accepter qu'une réponse)

1 ORIENTATION

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.

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 :

- 1• En quelle année sommes-nous ?
- 2• En quelle saison ?
- 3• En quel mois ?
- 4• Quel jour du mois ?
- 5• Quel jour de la semaine ?

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

- 6• Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- 7• Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- 8• Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?
- 9• Dans quelle province ou région est située ce département ?
- 10• A quel étage sommes-nous ici ?

2 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.

- 11• Cigare
 - 12• Fleur
 - 13• Porte
- Répéter les 3 mots.

3 ATTENTION ET CALCUL

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

- 14• 93
- 15• 86
- 16• 79
- 17• 72
- 18• 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
 "Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers" ; E D N O M

4 RAPPEL

Pouvez-vous me dire sur quel jour ont eu lieu les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- 19• Cigare
- 20• Fleur
- 21• Porte

5 LANGAGE

22• Montrer un crayon.

Quel est le nom de l'objet ?

23• Montrer votre main.

Quel est le nom de l'objet ?

24• Ecoutez bien et répondez après moi : "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET"...

25• Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
 "Ecoutez bien et écoutez ce que je vais vous dire :
 prenez cette feuille de papier avec la main droite.

26• Pilez-la en deux.

27• et jetez-la par terre.

28• Tendez au sujet la feuille de papier de façon à ce qu'il lise :
 "FERMER LES YEUX" ; puis au sujet : "fermez ce qui est écrit".

29• Tendez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 "Voulez-vous écrire, si possible, ce que vous voulez mais une phrase entière :....."

6 PRAXIES CONSTRUCTIVES

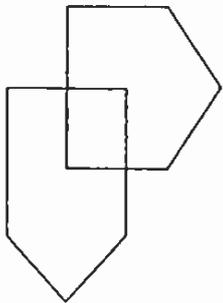
30• Tendez au sujet une feuille de papier et lui demandez :

"Voulez-vous recevoir un dessin"

- 31• Cigare
- 32• Fleur
- 33• Porte

SCORE TOTAL (0 à 30)

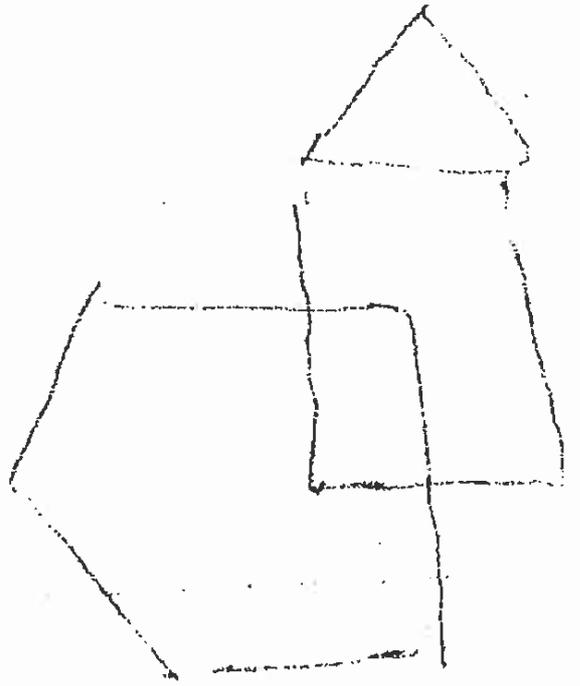
20



30

28. FERMER LES YEUX

does your α function all conduct



Annexe V : Feuille Mémo pour les transferts de M. Antoine S.

Couché à assis :

- Se tourner vers le côté du lit où l'on va s'asseoir.
- Plier les genoux.
- Placer les membres inférieurs en dehors du lit et placer le membre supérieur controlatéral près de la nuque.
- Relever le tronc en se poussant avec le membre supérieur.

Assis à debout :

- S'asseoir bien au bord du lit.
- Baisser le lit jusqu'à ce que les pieds touchent le sol.
- Placer ses membres supérieurs de part et d'autre des genoux.
- Se pencher en avant.
- Se lever en poussant sur les pieds et sur les bras.

Debout à assis :

- Se reculer jusqu'à ce que les genoux touchent le bord du lit ou du fauteuil.
- Attraper les accoudoirs.
- S'asseoir en ne se laissant pas tomber.

Assis à couché :

- Vérifier d'être assis à la bonne hauteur.
- Se coucher sur le côté et monter les membres inférieurs sur le plan du lit (avec aide).
- Se tourner sur le dos.

Rehaussement :

- Plier les genoux, pieds à plat sur le plan du lit.
- Attraper la potence avec une main, l'autre reste à côté des fesses.
- Lever la tête, tirer la potence et pousser avec les jambes et la main libre.

ANNEXE VI : Programme de rééducation de M. S.

PROGRAMME DES SEANCES DE KINESITHERAPIE

Avec Marianne, élève kinésithérapeute. Octobre 2007

LUNDI APRES-MIDI

Travail des transferts en chambre.

Travail de l'équilibre assis.

MARDI APRES-MIDI

Séance en salle kiné, au sous-sol.

Travail de l'équilibre debout.

Travail de la coordination.

MERCREDI

Pas de séance.

JEUDI APRES-MIDI

Travail de la marche dedans et/ou dehors.

Parcours de marche.

Montée et descente des escaliers.

VENDREDI APRES-MIDI

Travail de la coordination et stimulation par dessin, écriture et jeux.

ANNEXE VII : Bilans de Mme Charlotte G.

à l'adresse de :

Épreuve de Tinetti

1-Evaluation de l'équilibre statique

Directives pour le score :

1 = équilibre stable

2 = instabilité partiellement compensée

3 = instabilité prononcée, équilibre jamais atteint

	Normal 1	Adapté 2	Anormal 3
Equilibre assis droit sur une chaise	x		
Se relever d'une chaise (si possible sans aide des bras)	x		
Equilibre immédiatement après s'être relevé		x	
Equilibre debout yeux ouverts	x		
Equilibre debout yeux fermés	x		
Equilibre après un tour complet de 360°			x
Résistance à trois poussées sternales		x	
Equilibre après rotation de la tête	x		
Equilibre en station unipodale + de 5 secondes	x		
Equilibre avec extension de la colonne cervicale			x
Equilibre avec extension de la colonne cervicale et extension des membres supérieurs (attraper un objet qui serait au plafond)			x
Equilibre en ramassant un objet à terre			x
Equilibre en s'asseyant			x

2-Evaluation de l'équilibre dynamique lors de la marche

	Normal	Anormal
Equilibre au début de la marche		x
Hauteur du pas		x
Longueur du pas		x
Symétrie du pas		x
Continuité ou régularité de la marche		x
Déviations du trajet		x
Stabilité du tronc		x
Largeur du pas (écarts ' talons)		x
Deml-tour pendant la marche		x

Test moteur minimum (autonomie physique)

Test Moteur Minimum

Directives de notation : OUI = 1 NON = 0

DECUBITUS

	Oui	Non	Score
Peut se tourner sur le côté	X		1
Peut se lever du lit ou de la table d'examen	X		1

POSITION ASSISE

	Oui	Non	Score
Absence de rétropulsion du tronc	X		1
Peut incliner le tronc en avant	X		1
Peut se lever du fauteuil	X		1

POSITION DEBOUT

	Oui	Non	Score
Possible	X		1
Sans aide humaine ou matérielle	X		1
Station bipodale Yeux Fermés	X		1
Station unipodale avec appui	X		1
Absence de rétroprojection du centre de gravité	X		1
Réactions d'adaptation posturales	X		1
Réactions parachute	♦	♦	♦
Membres supérieurs en avant	X		1
Membres inférieurs en avant		X	0
Membres inférieurs en arrière		X	0

MARCHE

	Oui	Non	Score
Possible	X		1
Sans aide humaine ou matérielle	X		1
Déroulement du pied au sol	X		1
Absence de flexum du genou		X	0
Absence de rétroprojection du centre de gravité	X		1
Demi-tour harmonieux		X	0

Total s/20 : 10

A chuté (au cours des 6 mois précédents) 1 fois et plus X

Peut se relever du sol oui 0

Auteurs : Tavernier-Vidal et Mourey.

NOM :
 PRENOM :

GET UP AND GO TEST

POPULATION: personnes âgées ou neurologiques

MATERIEL : fauteuil droit avec accoudoirs et un chronomètre.

OBJET : «chercher à évaluer les capacités motrices du patient dans le but de mesurer son risque de chute et sa capacité à assumer son autonomie.

EVALUATION :

étapes	description	Observations	Test1	Test 2
Etape 1	Le sujet est assis sur un fauteuil droit avec accoudoirs situé à 3m d'un mur			
Etape 2	se lever, de prendre son équilibre	<input type="checkbox"/> Se penche en avant normalement <input type="checkbox"/> Se lève d'un seul élan <input type="checkbox"/> Obligé d'utiliser les accoudoirs <input type="checkbox"/> Besoin de plusieurs essais <input type="checkbox"/> Se jette en arrière au lieu de se pencher en avant	0 0 -2 -1 -4	0 0 -2 -1 -4
Etape 3	marcher droit vers le mur	<input type="checkbox"/> Marche droit <input type="checkbox"/> Fait des méandres	0 -1	0 -1
Etape 4	faire demi-tour rapidement sans toucher le mur	<input type="checkbox"/> Pivote sur place <input type="checkbox"/> Fait plusieurs pas successifs	0 -3	0 -3
Etape 5	retourner vers le fauteuil et d'en faire le tour puis de s'asseoir	<input type="checkbox"/> Descend avec un contrôle des genoux <input type="checkbox"/> Se laisse tomber pesamment dès que la flexion atteint 30°	0 -4	0 -4
Score total			-7	
Temps			22s	

Analyse des résultats

Score de - 8 : risque imminent de chute

Score de - 6 : risque de chute important

Score de - 3 : seuil de normalité pour une personne de plus de 70 ans

Score de 0 accompli dans la limite de 20 secondes est parfait

Score de 0 avec un temps supérieur à 30 secondes correspond à un risque de chute significatif à l'extérieur

ADAPTATIONS

Catégorie de vitesse

date	temps	De 7 à 20s	De 20 à 35s	De 35 à 40s	De 40 à 55s	+ de 55s
	scores	0	1	2	3	4
	scores	0	1	2	3	4

Type d'aide technique

date	Type d'aide technique	rien	1 canne	2 cannes	déambulateur
	score	0	1	2	3
	score	0	1	2	3

NOM G. PRENOM Charlotte DATE 12/07
 AGE NIVEAU D'ETUDES Primaires Secondaires Supérieures

MINI MENTAL STATE

10 secondes pour chaque réponse. 1 point par réponse exacte (n'accepter qu'une réponse)

1 ORIENTATION

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

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 :

- 1• En quelle année sommes-nous ?
- 2• En quelle saison ?
- 3• En quel mois ?
- 4• Quel jour du mois ?
- 5• Quel jour de la semaine ?

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

- 6• Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
- 7• Dans quelle ville se trouve-t-il ?
- 8• Quel est le nom du département dans lequel est situé cette ville ?
- 9• Dans quelle province ou région est située ce département ?
- 10• A quel étage sommes-nous ici ?

2 APPRENTISSAGE

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

- 11• Cigare
- 12• Fleur
- 13• Porte

Répéter les 3 mots.

3 ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compléter à partir de 100 en reliant 7 à chaque fois ?

- 14• 93
- 15• 86
- 16• 79
- 17• 72
- 18• 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :
 "Voulez-vous épeler le mot MONDE et l'envoyer" ; E D N O M

4 RAPPEL

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

- 19• Cigare
- 20• Fleur
- 21• Porte

5 LANGUAGE

22• Montrez un crayon
 Quel est le nom de l'objet ?

23• Montrez votre main.
 Quel est le nom de l'objet ?

24• Ecoutez bien et répétez après moi : "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET"

25• Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
 "Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :
 prenez cette feuille de papier avec la main droite,
 pliez-la en deux

26• et jetez-la par terre

27• Tendez au sujet la feuille de papier de façon à ce qu'il lise :
 "FERMER LES YEUX"

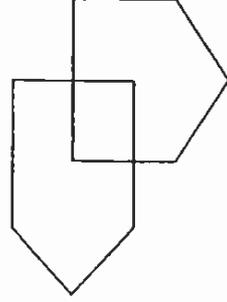
28• Tendez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 "Voulez-vous écrire la phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"

29• Tendez au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
 "Voulez-vous écrire la phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière"

6 PRAXIES CONSTRUCTIVES

30• Tendez au sujet une feuille de papier et lui demandez :
 "Voulez-vous recopier le dessin"

SCORE TOTAL (0 à 30)

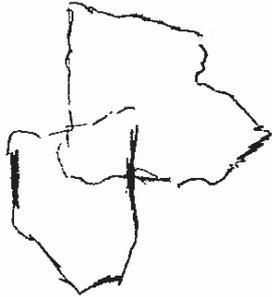


30•

28•

FERMER LES YEUX

G. Charlotte: M.M.S et dessins.



St. Germain -
Oufouid -
Blanc -
Lunette -