

La rééducation post-chute d'un patient dément

Arnaud Breton

▶ **To cite this version:**

Arnaud Breton. La rééducation post-chute d'un patient dément. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01436122

HAL Id: dumas-01436122

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01436122

Submitted on 16 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO KINÉSITHÉRAPIE

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

La rééducation post-chute d'un patient dément

Breton Arnaud

En vue de l'obtention du diplôme d'état de masseur-kinésithérapeute

Année 2013-2016

Remerciements

À Ronan Lestideau, directeur du mémoire, pour son encadrement, son suivi et son aide tout au long de la réalisation de ce travail écrit.

À Nadège Lepage et Jean-Bernard Rousière, MKDE à Kerampir, pour le temps consacré à me guider, à me conseiller et à me former lors de mon stage. Mais également pour m'avoir appris la valeur de notre profession auprès des personnes âgées.

À ma famille et mes amis, pour leur soutien, leur aide, leur regard critique et leurs encouragements pour la rédaction de ce mémoire et ces trois années d'études, et tout particulièrement à ma mère pour son aide très précieuse.

À Delphine, pour m'avoir accompagné tout au long de cette rédaction.

Glossaire

MA : Maladie d'Alzheimer

RT : Reminiscence therapy

ASE : Apprentissage sans erreur

ROT : L'orientation dans la réalité

HAS : Haute autorité de santé

SDPM : Syndrome de désadaptation psychomotrice

DSM IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé

OMS : Organisation mondiale de la santé

AVQ : Activités de la vie quotidienne

MMSE ou MMS : Minimal Mental Score

SPCD : Symptômes psychologiques et comportementaux des démences

HIA : Hôpital d'instruction des armées

TUG : Timed up and go

TMM : Test moteur minimal

IADL : Echelle d'activités instrumentales de la vie courante

RAD : Retour à domicile

TDM6 : Test de marche de 6minutes

MCID : seuil clinique minimal significativement important

Table des matières

I. INTRODUCTION 1

II. DONNEES THEORIQUES SUR LA CHUTE ET LA DEMENCE 2

II.1 LA CHUTE 2
II.1.1 Définition 2
II.1.2 Classification 2
II.1.3 Chute et vieillissement 2
II.1.4 Syndrome post-chute et syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM) 3
II.1.5 Apprentissage et efficacité de la rééducation en gériatrie 3
II.2 LA DEMENCE 3
II.2.1 Définition et épidémiologie 3
II.2.2 Bilan 4
II.2.3 Le MMS ou MMSE 4
II.2.4 Les types de démences 4
II.2.5 Les symptômes psychologies et comportementaux des démences 5
II.2.6 La complexité de la mémoire 5

III. BILAN DE DEBUT DE PRISE EN CHARGE (26/03/15) 6

III.1 PRESENTATION DU PATIENT 6
III.2 EXAMEN MORPHO-STATIQUE 6
III.3 EXAMEN MORPHO-DYNAMIQUE 6
III.4 CARDIO-REPIRATOIRE 7
III.5 MOBILITE ARTICULAIRE DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE 7
III.6 BILAN SENSITIF 7
III.7 FONCTIONNEL 7
III.7.1 Timed Up and Go (TUG) 7
III.7.2 Test unipodal ou monopodal 7
III.7.3 Test Moteur Minimum (TMM) 8
III.7.4 Test d'anticipation posturale 8
III.7.5 Vitesse de marche 8
III.7.6 Double tâche 8
III.7.7 Test de 6 minutes (TDM6) 8
III.7.8 Bilan musculaire : force des membres inférieurs (Assis-debout 30secondes) 8
III.8 PEUR DE LA CHUTE 9
III.9 AUTONOMIE 9
III.10 CHAUSSAGE 9

IV. DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE 10

IV.1 DEFICIENCES 10
IV.2 INCAPACITES 10
IV.3 HANDICAP 10

V. OBJECTIFS ET PRINCIPES DE REEDUCATION 11

V.1 OBJECTIFS A COURT TERME 11
V.2 OBJECTIFS A MOYEN TERME 11

V.3 OBJECTIFS A LONG TERME 11
V.4 PRINCIPES LIES A LA GERIATRIE ET A LA CHUTE 11
V.5 PRINCIPES PERSONNALISES 11

VI. REEDUCATION 12

VI.1 CHANGER LE CHAUSSAGE. 12
VI.2 AMELIORER LA FORCE MUSCULAIRE DES MEMBRES INFERIEURS. 12
VI.3 AMELIORER LA QUALITE DES TRANSFERTS 12
VI.4 AMELIORER L'EQUILIBRE STATIQUE NOTAMMENT LES REACTIONS PARACHUTES ET LES ANTICIPATIONS POSTURALES. 13
VI.5 OBTENIR UNE MARCHE SECURISEE ET DIMINUER LE RISQUE DE CHUTE 14
VI.6 ESSAYER D'AUTOMATISER LA MARCHE ET D'AUTRES MOUVEMENTS FONCTIONNELS. 14
VI.7 AUGMENTER SON ENDURANCE POUR AUGMENTER SON PERIMETRE DE MARCHE 15
VI.8 DESCENDRE 3 ETAGES PAR LES ESCALIERS 15
VI.9 APPRENDRE A SE RELEVER DU SOL 16
VI.10 SENSIBILISER LES AIDANTS 16

VII. BILAN DE FIN DE PRISE EN CHARGE (16/04/15) 17

VII.1 MUSCULAIRE 17
VII.2 FONCTIONNEL 17
VII.3 PEUR DE LA CHUTE 17
VII.4 AUTONOMIE 18
VII.5 MMS 18
VII.6 TEST DE DUBOIS : EPREUVE DES 5 MOTS 18
VII.7 TEST DE L'HORLOGE 18
VII.8 SYNTHESE DU BILAN FINAL 18

VIII. ACTUALISATION DES CONNAISSANCES SUR LA REEDUCATION DE LA DEMENCE 19

VIII.1 LES MECANISMES D'APPRENTISSAGE D'UN PATIENT ATTEINT D'UN SYNDROME DEMENTIEL 19
VIII.2 L'ACTIVITE PHYSIQUE 19
VIII.3 L'APPRENTISSAGE SANS ERREUR (ASE) 20
VIII.4 REMINISCENCE THERAPY (RT) (INTERVENTION PSYCHOSOCIALE) 21
VIII.5 LA STIMULATION SENSORIELLE 22
VIII.6 REALITY ORIENTATION THERAPY (ROT) 22
VIII.7 INTERVENTION SUR LES AIDANTS ET L'INTERDISCIPLINARITE 23

IX. DISCUSSION 24

IX.1 ANALYSE DE LA SITUATION CLINIQUE AVEC LA LITTERATURE 24
IX.2 LIMITES 28
IX.2.1 Rééducation 28
IX.2.2 Recherche personnelle 28
IX.3 CONCLUSION DE LA DISCUSSION 28
IX.4 SYNTHESE DES DONNEES SOUS FORME DE PRINCIPES POUR ADAPTER LA REEDUCATION 29

X. CONCLUSION 30

I. Introduction

Dans les prochaines années, du fait du vieillissement de la population, il est clairement établi qu'en tant que professionnel de santé nous allons avoir inévitablement une grande partie de nos patients comme étant des personnes âgées. Dans ce contexte gériatrique, il n'est pas rare de rééduquer des personnes pour des troubles de l'équilibre et un travail de la marche généralement après une ou plusieurs chutes (une personne sur trois de plus de 65ans a déjà chuté et une sur deux de plus de 85ans (1)). La chute est la première cause de décès accidentels (1). Après un première chute, le risque de récidive est multiplié par 20 (2). De plus, les personnes âgées sont très touchées par les troubles cognitifs et notamment les troubles de la mémoire. Plus on vieillit plus la prévalence de la démence augmente (3). Il y aurait environ 850 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de démences apparentés aujourd'hui en France (4). La rééducation en gériatrie de patients chuteurs associant troubles cognitifs est donc un problème important de santé publique.

Lors de mon stage de fin de deuxième année, j'ai pris en charge Mr B âgé de 92ans pour une rééducation de la marche et de l'équilibre dans un contexte de chute et de démence. J'ai pu alors mettre en place ce que j'avais appris sur ce sujet sous la supervision des deux kinésithérapeutes du Service de Soins et Réadaptation de KERAMPIR en m'adaptant à leurs conseils et au patient lui-même. Je me suis alors retrouvé face à une difficulté importante : les troubles cognitifs du patient avec de grands troubles de la mémoire. Le fait qu'il ne se rappelle pas de moi le lendemain et qu'il ne se souvienne d'aucun exercice ainsi que de ses capacités avérées des jours précédents m'a amené à un questionnement sur l'efficacité de ma prise en charge et d'une possible adaptation à mettre en place. En effet, le simple fait de redevoir le convaincre chaque jour de venir en séance de rééducation car il en avait les capacités m'a poussé à me remettre en question dès les premiers jours.

Face à cette grande préoccupation à laquelle je n'avais jamais eu à faire face, et me sentant démuni, je me suis donc intéressé à la question suivante : « comment adapter la rééducation pour prévenir le risque de chute d'une personne âgée atteinte d'un syndrome démentiel ? »

L'objectif de ce travail est d'extraire de la littérature scientifique basée sur la preuve des principes transposables dans la rééducation kinésithérapique pour optimiser la rééducation et pallier aux difficultés de cette prise en charge.

Pour y répondre, il sera présenté dans un premier temps le contexte général du travail, avec d'une part la chute d'une personne âgée puis d'autre part la démence. Ensuite, une présentation détaillée de la situation d'appel sera exposée, avec le questionnement qui évoluera chronologiquement au fil de l'avancée du cas clinique. Puis, de par les résultats positifs de la rééducation fonctionnelle de Mr B, une actualisation des connaissances scientifiques sera faite dans le but de comprendre par quels mécanismes l'apprentissage d'un patient atteint de démence peut se faire, et d'autre part, par quelles techniques peut-on optimiser cet apprentissage. Enfin, la rééducation et les résultats obtenus avec Mr B seront discutés en regard des données scientifiques pour en extraire des principes tout en précisant les limites.

II. Données théoriques sur la chute et la démence

II.1 La chute

II.1.1 Définition

L'HAS définit la chute par *« le fait de se retrouver dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ »* d'une façon involontaire (5). La chute est la première cause de décès accidentelle (1,6). Les facteurs de risque de la chute sont récapitulés en annexe I.

II.1.2 Classification

Une classification des chuteurs selon la fréquence des chutes permet de distinguer trois catégories (7) :

- Le chuteur accidentel qui n'a pas forcément de troubles de l'équilibre, la rééducation se focalise donc sur les éventuelles conséquences traumatiques et sur les conseils à donner.
- Le chuteur occasionnel qui a déjà chuté une ou plusieurs fois (moins de deux fois dans l'année) et souvent sans raison, mais des troubles de l'équilibre sont présents. Sans rééducation la personne risque de diminuer ses activités quotidiennes, la chute est donc révélatrice d'une « fragilité ».
- Le chuteur à répétitions qui a chuté au moins deux fois dans l'année. Les mécanismes de fragilités sont installés et la réversibilité est plus compromise.

II.1.3 Chute et vieillissement

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques qui modifient de façon hétérogène la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il résulte des effets de facteurs génétiques et environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie qui doivent être différenciés des manifestations pathologiques (8). Le vieillissement altère donc l'ensemble des organes et systèmes intervenant dans le maintien de la posture, l'équilibre et le déplacement.

Cela engendre une désadaptation à l'effort, une modification des capacités fonctionnelles, notamment une perturbation de l'équilibre, ainsi que de légères modifications d'apprentissage (7).La diminution des capacités fonctionnelles induit une perturbation de l'adaptation de la personne à l'environnement dans des situations d'agression ce qui amène à la notion de vulnérabilité (8) (annexe II). La fragilité fait référence à une vulnérabilité, mais face à des perturbations externes mineures, signant un risque d'entrée dans la dépendance (les critères de fragilité sont présentés en annexe III). La prise en charge kinésithérapique a toute sa place ici car c'est un état réversible.

Les modifications physiologiques sur la marche sont nombreuses avec l'avancée en âge. Tout d'abord la vitesse de marche est ralentie. On observe une diminution de la hauteur et la longueur du pas, une augmentation du temps de double appui, un élargissement du polygone de sustentation, une diminution des mobilités articulaires notamment l'extension de hanche et la flexion plantaire, mais aussi une réduction du mouvement du ballant des bras. Cela augmente le risque de chute et peut être un signe précoce des syndromes démentiels (5,9). Les recommandations HAS sont mises en annexe IV.

II.1.4 Syndrome post-chute et syndrome de désadaptation psychomotrice (SDPM)

Le syndrome post-chute, décrit initialement par Murphy et Isaac en 1982 dans « the post fall syndrom » est la forme aigüe du SDPM, et s'accompagne toujours d'une réassurance à la marche, de séances courtes mais fréquentes, en étant progressif, en mettant en confiance la personne et en répétant les exercices (peu de variété). La forme chronique du SDPM est marquée par une résignation entrainant des troubles tels qu'apathie, démotivation et indifférence (10).

II.1.5 Apprentissage et efficacité de la rééducation en gériatrie

Les troubles perceptifs de l'information et la détérioration du fonctionnement de neuromodulateurs (acetylcholine et dopamine) contribueraient à altérer les capacités d'apprentissage. Néanmoins, il est maintenant clairement établit que la plasticité cérébrale à lieu à tout âge de la vie. Cela permet au cerveau de changer structurellement et fonctionnellement. Les neurones subsistants peuvent modifier leurs connexions synaptiques, il est ainsi possible de continuer à apprendre tout au long de la vie. Cela explique que par l'expérience il peut avoir un apprentissage durant toute la vie malgré la diminution de l'activité cognitive ou motrice. Cette plasticité peut être positive ou négative c'est-à-dire que l'on peut optimiser un processus neuronal mais aussi le dégrader notamment par non utilisation c'est à dire la diminution des interactions avec l'environnement (l'exclusion des nouveautés par exemple) (7).

L'efficacité de la rééducation en gériatrie est aujourd'hui prouvée par de nombreuses études. L'amélioration de la force musculaire et des capacités fonctionnelles est possible ainsi que du fonctionnement d'équilibration (7). La prévention de la perte de force musculaire a pu être mis en évidence également (11,12). Des résultats ont été montrés également pour l'endurance, la mobilité, ainsi que pour les activités posturales anticipées par Kubicki et al en 2012. Wolf et al en 2001 ont mis en évidence la réversibilité de l'altération par sous-utilisation des habiletés cognitives en particuliers lors de tâches de mémorisation.

Au vu de ces études il n'est donc pas trop optimiste d'avoir comme objectif de rééducation l'optimisation (et non le maintien) des capacités fonctionnelles de la personne âgée.

II.2 **La démence**

II.2.1 Définition et épidémiologie

Bien loin de son étymologie qui lui attribuait les termes de « fou, délirant et agité », la démence correspond, en terme médical, à un déclin cognitif global, c'est-à-dire à une détérioration des fonctions cognitives.

La démence est un syndrome, c'est donc un ensemble de symptômes. Plus précisément, elle se caractérise par une détérioration irréversible de la mémoire associée à d'autres troubles cognitifs variés, altérant le fonctionnement social ou professionnel, c'est-à-dire les activités de la vie quotidienne (13) avec préservation de la conscience (OMS).

La démence touche selon l'OMS 47,5 millions de personnes dans le monde avec 7,7 millions de nouveaux cas par an (2015). Selon l'European Journal of Epidmiology, en 2030, entre 1,5 et 2 millions de personnes seront atteintes de démence en France.

La démence est donc véritablement un problème de santé publique le fait est que l'espérance de vie et donc la démence augmente d'années en années et que la maladie d'Alzheimer a connu un net intérêt la dernière décennie.

II.2.2 Bilan

Le diagnostic d'un syndrome démentiel est réalisé par un médecin. Il est clinique et s'appuie sur des critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux (DSM IV-TR (13)). Il y a quatre critères majeurs qui sont :

- Apparition de multiples troubles cognitifs :
  - Altération progressive et acquise de la mémoire.
  - Associée à un autre trouble cognitif (phasique, praxique, gnosique, fonctions exécutives, orientation temporelle ou spatiale, attention, jugement ou raisonnement).
- Evolution des troubles depuis plus de 6 mois.
- Retentissements sur le fonctionnement social ou professionnel (dont les AVQ).
- Pas de lien avec une pathologie psychiatrique particulière.

Pour cela, le médecin réalise l'examen initial rigoureux avec l'interrogatoire du patient et de ses proches, des tests psychométriques (le MMSE est le plus utilisé mais il n'y a pas de consensus professionnel), un examen physique, puis, une évaluation neuropsychologique approfondie est réalisée, notamment si des doutes persistent ainsi que des examens complémentaires (biologiques, imagerie cérébrale, analyse du liquide céphalorachidien) (14).

II.2.3 Le MMS ou MMSE

C'est un test permettant une appréciation des troubles spatio-temporels, de la mémoire, du langage, des gnosies, du calcul et des fonctions exécutives. Pour interpréter le test on se réfère au score traduisant :

- Une démence sévère pour un score inférieur à 10/30.
- Une démence modérée pour un score entre 10 et 20.
- Une démence légère pour un score supérieur à 20.

Cependant, il n'y a pas de réel consensus sur les scores dans les études. Le contexte socio culturel est également à prendre en compte dans l'interprétation de ce test qui doit donc se faire par un expert. Le score indiqué ci-dessus correspond au score indiqué par la HAS (15).

II.2.4 Les types de démences

Le syndrome démentiel (ou démence) est donc la conséquence de pathologie et de traumatismes affectant le cerveau. La maladie d'Alzheimer est responsable d'environ 70% des démences (15,16). Il existe des démences dégénératives (qui sont les plus fréquentes), des démences vasculaires et des démences d'origine toxique ou infectieuse (drogue, maladie de Creutzfeld-Jacob). Il y a des démences dégénératives corticales (Maladie d'Alzheimer), sous corticales (paralysie supranucléaire progressive) ou frontotemporales(3,4). Il existe également des démences mixtes. Il existe de nombreux autres syndromes démentiels qui ne sont pas répertoriés dans ce travail. Cela montre bien la complexité d'établir une classification et un tableau clinique précis associé. « Le diagnostic de la même démence n'entraine pas le même tableau clinique » (7).

II.2.5 Les symptômes psychologies et comportementaux des démences

Ils peuvent être liés aux changements structuraux ou chimiques observés dans les syndromes démentiels Ils sont nombreux, on peut les regrouper sous 4 syndromes : l'hyperactivité (agitation, désinhibition, irritabilité, comportements moteurs aberrant, euphorie), la psychose (délire, hallucination, troubles du sommeil), l'affectif (dépression et anxiété) et l'apathie (4).

II.2.6 La complexité de la mémoire

« La mémoire permet l'acquisition d'informations, leur conservation et leur utilisation ultérieure sous forme de souvenirs, de savoirs, ou d'habiletés » (17).

Il y aurait 3 grands types de mémoires selon la durée de maintien de l'information : la mémoire sensorielle, la mémoire de travail (ou mémoire à court terme) et la mémoire à long terme. La mémoire est complexe et ne se résume pas seulement au modèle structural d'Endel Tulving définissant 5 systèmes de mémoire. Il existe d'autres modèles révélant la complexité de la compréhension de la mémoire. Je décide de traiter seulement quelques notions pour la compréhension du reste du travail.

La mémoire procédurale est considérée comme implicite puisque le sujet la sollicite sans en avoir conscience s'exprimant par l'action. Elle permet l'apprentissage progressif (au fil de nombreux essais) des habiletés perceptivo-motrices et cognitives (faire du vélo et emplacement des lettres sur un clavier par exemple), de les stocker et les restituer sans faire référence aux expériences antérieures. C'est un fonctionnement automatique et rigide qui est indissociable de l'action. On l'appelle également la mémoire des automatismes.

La mémoire émotionnelle ou affective : un événement qui a une dimension émotionnelle est directement et plus ou moins durablement mémorisé, devenant parfois inoubliable.

Elle est à différencier des mémoires sensorielles (registre sensoriel) que nous partageons avec les animaux les plus primitifs qui sont des traces mnésiques (informations visuelle, auditive, olfactive, kinésthésiques etc..). Elles peuvent stocker de nombreuses informations pendant un temps très court. C'est l'étape intermédiaire entre la perception et la mémoire.

La mémoire épisodique est la mémoire des évènements personnellement vécus, situés dans un contexte spatial et temporel précis (le 11 septembre j'étais dans la voiture avec mes parents au parking du supermarché juste après la fin des cours), c'est la mémoire de tous les jours. Par exemple, elle permet de se rappeler de sa séance de kiné du matin ou de ce qu'on a mangé la vieille. Il y aurait un facteur émotionnel très important en lien avec la mémoire épisodique. On pourrait la résumer par « je me souviens ». Elle est considérée comme explicite au contraire de la mémoire procédurale. La phase critique de cette mémoire est la phase d'enregistrement de l'information en mémoire (consolidation). Elle dépend de la partie interne des lobes temporaux, en particulier des hippocampes et cortex adjacents. L'atteinte hippocampique provoque une amnésie antérograde conduisant à un oubli à mesure (j'ai fait quoi il y a 15minutes ? ce matin ? hier soir ? la semaine dernière ?) (17).

La création d'un souvenir se fait d'abord par l'encodage (acquisition et consolidation des informations), puis le stockage (création et enregistrement) et enfin la récupération (restitution et utilisation des informations stockées) (7).

III. Bilan de début de prise en charge (26/03/15)

La démence est associée à une diminution de la vitesse de marche et de la longueur du pas ainsi qu'à une augmentation de la variabilité de la longueur du pas ainsi que du temps de double appuis (5,9). Comme je l'ai exposé plus tôt, l'une des principales conséquences de ces troubles de la marche est l'apparition des chutes. La littérature le confirme, la démence est un facteur de risque de chute et cela pour tous les types de démence (2,5,7,18,19). C'est donc dans ce contexte de chute que j'ai été amené à prendre en charge Mr B. Cette prise en charge axée sur la chute a donc été ma situation d'appel à la problématique de la démence dans ce contexte.

J'ai choisi d'exposer les informations les plus pertinentes de mon bilan, il est donc centré sur l'essentiel, notamment sur le fonctionnel. Pour cela, je me suis inspiré de l'arbre décisionnel des recommandations de la HAS (1) reprit par Cohen (7) (annexe V). J'ai également pris en compte l'Evaluation Gériatrique Standardisée (annexe VI). Les fiches détaillées de chaque test sont également en annexe VII à XVIII. Il existe également des arbres décisionnels de dépistage du risque de chute réalisés par l'INPES et l'APS, ainsi que le score de risque du Cetaf.

III.1 Présentation du patient

Mr B. est un homme de 92 ans vivant seul en appartement à Brest sans aucune aide. Il est célibataire et sans enfant. C'est un ancien agent d'assurance et clerc de notaire. Il vit dans un appartement au 3ème étage avec escalier pour y accéder. Il vient de l'HIA où il a été hospitalisé pour une Grippe B fébrile avec Affaiblissement de l'Etat Général (AEG) et a chuté dans le service ce qui a engendré une plaie cornéenne gauche (suturée au bloc opératoire). A son entrée, Mr B est conscient, désorienté et amaigri (IMC à 19,61). Il a un MMSE à 16/30 (réalisé le 17 mars 2015 à l'HIA sans détails) révélant des troubles cognitifs (15,20) non étiquetés. Il a des troubles importants de la mémoire, durant la prise en charge, il ne se souvient pas de moi et se croit souvent chez lui. Il est très anxieux, semble dépressif et désemparé. Mr B est poly-médicamenté et non douloureux. Mr B. possède des lunettes qu'il met en permanence. Il a des difficultés pour voir un obstacle devant ses pieds lorsqu'il marche et également pour lire le tableau d'affichage de sa chambre. Une demande de protection juridique et sauvegarde de justice a été envoyée au procureur. Il n'est pas en capacité de donner des renseignements vis-à-vis de sa situation financière (retraite, établissement bancaire). Dans l'idéal Mr B. souhaiterait rentrer à domicile. Il n'est cependant pas opposé à un éventuel hébergement temporaire mais il ne souhaite pas trop s'attarder sur ce sujet car cela ne l'enchante pas vraiment.

III.2 Examen morpho-statique

Assis : L'équilibre est correct, les pieds par terre et les pieds dans le vide. Il n'y a pas de signe de rétropulsion.

Debout : J'observe une cyphose dorsale et une hyperlordose cervicale.

III.3 Examen morpho-dynamique

Le transfert de position décubitus à assis bord de table est réalisé sans aide mais seulement après avoir bien expliqué et bien rassuré le patient. Le transfert de la position assise à debout est réussi sans aide mais après plusieurs tentatives et après avoir rassuré le patient sur ses capacités. Pour le transfert debout-assis Mr B. dit qu'il ne sait plus comment faire, mais après une explication rapide il le réalise sans difficulté.

Lors de la marche, Mr B. attaque le pas par le talon mais ne le déroule pas totalement, sa longueur de pas et sa hauteur sont anormalement courtes et asymétriques, son polygone de sustentation est légèrement augmentée de par la position des membres inférieurs qui sont écartés et en rotation externe. Le balancement des bras est présent de temps en temps, le franchissement

d'obstacle est possible mais avec une aide technique sinon il y a un évitement si possible et une instabilité.

Mr B. marche sans aide mais se tient à tout ce qu'il voit, il est instable au début puis progressivement il prend de l'assurance. La marche en arrière est très instable et l'angoisse beaucoup.

Pour les escaliers, Mr B utilise une rampe pour monter et descendre les escaliers. Il ne présente aucune difficulté à monter mais cependant pour descendre il est instable et a peur. Il faut donc une aide pour la descente et bien lui rappeler de placer son pied en entier sur la marche (son problème de vision semble le gêner pour bien placer son pied).

III.4 **Cardio-repiratoire**

Mr B ne semble pas avoir de troubles ni au repos ni à l'effort ni à l'auscultation. Au repos, sa fréquence cardiaque est de 73 BPM et il a 97 de saturation d'O2 et après le test assis/debout présenté plus loin, sa fréquence cardiaque monte à 81BPM pour également 97satO2. Mr B ne présente pas de dyspnée et n'est pas épuisé par le test. Il ne présente donc pas de troubles marqués d'adaptation à l'effort.

III.5 **Mobilité articulaire de l'articulation tibio-tarsienne**

Mr B. présente une bonne mobilité articulaire de la cheville dans le plan sagittal. La mesure doit être systématique car l'amplitude de l'articulation tibio-tarsienne est déterminante sur la stratégie posturale (21). Je précise que Mr B n'a pas non plus de restriction de mobilité au niveau cervical.

III.6 **Bilan sensitif**

J'ai réalisé l'évaluation de la sensibilité superficielle du pied à l'aide du pique-touche qui n'a montré aucun déficit. L'évaluation de la sensibilité profonde réalisée les yeux fermés n'a montré aucun déficit non plus (test du miroir et de Perfetti).

III.7 **Fonctionnel**

Les normes des tests fonctionnels pour les patients déments sont les mêmes que pour les sujets non déments (7).

III.7.1 Timed Up and Go (TUG)

Ce test évalue l'équilibre dynamique et est intéressant dans le suivi de rééducation. Mr B. a réalisé 32 secondes pour ce test. Il a peur, n'a pas confiance et lorsqu'il se tourne, il se tient au mur et se repose contre lui. Pour réaliser son dernier demi-tour avant de s'asseoir, il essaye de se tenir à des choses qu'il pourrait trouver dans le vide.

Un score supérieur à 30 secondes révèle un niveau de dépendance élevé dans la vie quotidienne. A partir de 12,7seconde, une rééducation et une aide à la marche sont recommandées (7). Ce test est reproductible, il a une sensibilité et une spécificité de 87%, certaines publications donnent comme valeur normale un temps inférieur à 20 secondes, cependant il est retenu comme valeur seuil un temps inférieur à 14secondes (1).

III.7.2 Test unipodal ou monopodal

Le test unipodal provoque une forte instabilité des deux côtés et j'ai évité la chute en maintenant Mr B. Je considère qu'il réalise 0 seconde des deux côtés. D'après l'HAS (2012), un temps qui est inférieur à 5 secondes à ce test est un élément prédictif d'un risque très élevé de chute. La spécificité de ce test étant de 76% et la sensibilité de 37%. Il est cependant fréquent qu'une personne âgée ne tienne pas 5 secondes en unipodal.

III.7.3 Test Moteur Minimum (TMM)

Ce test mesure le niveau d'indépendance et permet de mettre en place des objectifs de rééducation pour des personnes âgées fragiles en évaluant les capacités motrices et posturales minimales, correspondant à une autonomie de chambre. Le score de Mr B est de 13/20 avec notamment une absence de réaction parachute des membres inférieurs, un équilibre statique anormal en position debout, une marche avec aide, un équilibre dynamique anormal, un demi-tour non harmonieux (aidé) et un déroulement du pas qui n'est pas complet.

III.7.4 Test d'anticipation posturale

Mr B. réalise un score de 6/9. Il est instable sur la pointe des pieds et lorsqu'il tente de se pencher en avant (respectivement 1 et 2 points). J'évite sa chute lors de la tentative de lever un pied (3 points). Plus le score est bas, meilleur est le résultat, le score normal est 0/9. Un score compris entre 4 et 6 révèle un risque de chutes.

III.7.5 Vitesse de marche

Le test de marche sur 10 m a été réalisé en 28 secondes ce qui correspond à une vitesse de marche de 0,36 m/s. Le seuil de fragilité est de 0,65 m/s et un patient chuteur est à environ 0,45m/s (7). Rossier et Wade en 2001 ont montré que pour une personne de 80 ans, le résultat devait être de 1m/s.

III.7.6 Double tâche

Le test de la double tâche a été réalisé dans un temps de 30 secondes sur 10 m également, Mr B devait faire un calcul mental en partant de 100 et en faisant des soustractions de 3 en 3 (double tâche cognitivo-motrice). Ce test est conseillé dans le cadre de l'évaluation par Sageat et al (22) . Il n'a réalisé qu'un seul arrêt de la marche et qu'un seul arrêt dans le calcul (je lui ai rappelé son calcul à faire). Il n'a pas eu de latérodéviation prononcée. Il n'y a pas de test clinique validé pour pouvoir comparer nos valeurs à une « norme ». Cependant, la possibilité de la double tâche, la vitesse de marche par rapport à la simple tâche, le nombre d'arrêts et la trajectoire sont déjà des indicateurs donnant des pistes d'interprétation pouvant être évalués au fil de la rééducation.

III.7.7 Test de 6 minutes (TDM6)

Mr B est capable de marcher 150 m en 6minutes (avec ma supervision rapprochée pour prévoir le risque de chute). Mr B a exprimé à 3 reprises qu'il était fatigué, j'aurais également décidé de stopper le test au bout de 6 minutes s'il n'y avait pas de temps réglementé, je considère donc que son périmètre de marche est également de 150 m. La valeur seuil se situe entre 300 et 325 m (7). Une étude française de 2009 montre que la norme des personnes entre 85 et 89 ans (les plus de 90 ans sont non testés) se situe entre 352 et 432 m (23). Il n'y a pas de consensus pour la valeur théorique de ce test, cependant une formule semble être utilisée le plus souvent. La distance théorique se calcule d'après la formule suivante :

$$Dth(m) = 7{,}57.taille(cm) - 5{,}02.âge - 1{,}76.poids - 309$$

avec comme limite inférieure de la normale Dth-153. Cela correspond pour Mr B. à une distance théorique de 410 m avec une limite inférieure de la normale de 257m

III.7.8 Bilan musculaire : force des membres inférieurs (Assis-debout 30secondes)

Mr B a réalisé deux tests différents d'assis-debout pendant 30 secondes. L'un avec accoudoirs et l'autre sans accoudoirs. Pour le premier Mr B a réalisé 6 répétitions et pour le second il n'en a réalisé que 4. La norme est de 11 à 17 pour une personne de 85 à 89 ans avec le droit d'utiliser les accoudoirs (je n'ai pas trouvé de valeur pour les plus de 90 ans) (9). Cependant, ce test est désormais plutôt utilisé de manière qualitative c'est-à-dire que l'on

compte le temps nécessaire à la réalisation de 5 répétitions assis-debout-assis. Et, c'est en le combinant à d'autres tests qu'on pourrait obtenir un indicateur de risque de chutes (24).

III.8 **Peur de la chute**

En observant Mr B., j'ai pu constater qu'il possède beaucoup d'hésitations lorsqu'il se déplace et veut absolument s'accrocher à quelque chose pour ne pas tomber.

Pour évaluer la peur de la chute j'ai utilisé le Short FES-I : Mr B. a un score de 18/28, sachant que plus le score est élevé, plus la peur de chuter au quotidien est élevée. Il voulait que je coche « très inquiet » partout pour gagner du temps.

III.9 **Autonomie**

Le test IADL (échelle d'activité instrumentale de la vie courante) a révélé une autonomie limitée de Mr B. avec un score de 2,5/6. Ce test se divise en 6 critères avec 0, ½ ou 1 point donné pour chaque item. Pour l'hygiène corporelle Mr B a besoin d'aide (1/2), pour l'habillage il faut également l'aider (1/2), pour aller aux toilettes je considère qu'il a 0 point car il ne sait pas où elles sont (désorientation spatiale) et il peut se retrouver aux toilettes mais se retrouve complétement perdu ou souillé. Pour la locomotion il n'est pas autonome car sans présence humaine il ne se déplace pas même en fauteuil roulant, cependant lorsqu'il est supervisé il peut se déplacer (1/2). Il est incontinent et porte une protection (0). Il peut manger seul si on lui apporte le plateau (1). Ceci étant dit, c'est son problème cognitif qui limite en grande partie son autonomie. En fait, il ne pense pas à faire les choses, on lui mâche le travail. C'est le fait de ne pas savoir quand il faut faire les choses sinon il pourrait en faire plus car il a des capacités motrices qu'il ne peut pas exploiter. Plus le score est bas, plus il révèle une perte d'autonomie.

III.10 **Chaussage**

Mr B ne possède pas de chaussons adaptés à la rééducation. Ils sont trop grands. Cela augmente le risque de chute.

IV. Diagnostic kinésithérapique

IV.1 Déficiences

Mr B. a une détérioration des capacités cognitives (MMSE 16/30) avec d'importants troubles de mémoire non étiquetés. Mr B. présente un score supérieur à 30 secondes au TUG, il ne parvient pas à réaliser la station unipodale sans aide, un TMM inférieur à 15/20, une instabilité évidente sur la pointe des pieds et quand il se penche en avant (test d'anticipation posturale) et une vitesse de marche inférieure à 0.65 m/s. Musculairement, Mr B. a un déficit car il ne réalise que 6 répétitions assis debout avec accoudoirs. Il présente une peur de la chute plutôt prononcée. Mr B., qui a déjà des lunettes, possède un trouble visuel dû en grande partie à sa plaie cornéo-sclérale à l'œil gauche affaiblissant sa vision à moyenne et longue distance.

IV.2 Incapacités

Au niveau de la marche Mr B. se déplace donc fébrilement en essayant de s'accrocher à tout ce qu'il peut voir d'autant plus lors des changements de direction. Cela traduit un risque de chute élevé révélé par l'association des tests fonctionnels (vitesse de marche, qualité de la marche, force des membres inférieurs, équilibre) et par l'accumulation de différents facteurs de risques (polymédication, troubles de la vision, démence, dépression, incontinence urinaire, chaussage inadapté). Avec une supervision, il ne peut pas se déplacer plus de 150 m. Il ne peut pas non plus prendre les escaliers en descendant. Il ne peut pas se déplacer seul surtout par la peur de la chute, puis par le manque d'équilibre mais aussi par désorientation et troubles mnésiques. Il semble donc bien avoir un syndrome post-chute.

IV.3 Handicap

Mr B. n'est pas en mesure d'effectuer un retour à domicile sans aides à domicile. . Il a une autonomie limitée (IADL à 2,5/6). En effet, il ne peut pas s'habiller, aller aux toilettes ou bien même se laver seul. Il ne peut donc pas sortir de chez lui en sécurité car il présente un périmètre de marche réduit, des risques de chutes élevés à la marche et également à la descente d'escaliers associé à une très forte appréhension pour ce dernier « exercice ». De par ses troubles cognitifs, il ne peut pas gérer notamment ses finances ni ses provisions. Il ne peut donc pas effectuer toutes les différentes activités de la vie quotidienne.

V. Objectifs et principes de rééducation

Les troubles cognitifs de Mr B. et plus précisément ses troubles de mémoire et d'orientation m'ont interloqué pour déterminer des objectifs réalistes et réalisables. J'ai décidé de ne pas rabaisser les objectifs.

V.1 Objectifs à court terme

- Changer le chaussage.
- Améliorer la force musculaire des membres inférieurs.
- Améliorer la qualité des transferts.
- Prouver au patient qu'il est capable de se lever seul et de se déplacer avec des aides techniques.

V.2 Objectifs à moyen terme

- Améliorer l'équilibre statique notamment les réactions parachutes et les anticipations posturales.
- Obtenir une marche sécurisée et diminuer le risque de chute.
  - Améliorer qualitativement la marche (hauteur et longueur du pas, polygone de sustentation, ballant des bras, déroulement du pas).
  - Améliorer les changements de direction.
  - Augmenter sa vitesse de marche.
- Essayer d'automatiser la marche et d'autres mouvements fonctionnels.
- Augmenter son endurance pour augmenter son périmètre de marche.
- Descendre 3 étages par les escaliers.
- Apprendre à se relever du sol.
- Sensibiliser les aidants.

V.3 Objectifs à long terme

- Obtenir une autonomie suffisante pour améliorer sa qualité de vie et la qualité des soins et permettre un RAD avec aides à domicile.
- Donner de la confiance en lui et de l'estime.
- Redonner de la confiance dans les déplacements, les transferts, l'équilibre et autres mouvements fonctionnels.

V.4 Principes liés à la gériatrie et à la chute

- Rééducation fonctionnelle.
- Adopter un rythme lent.
- Décomposer les exercices et les répéter.
- Donner des consignes simples et avoir un discours motivant.
- Sécuriser.
- S'adapter.
- Respecter la fatigabilité du patient en incorporant des pauses.
- Oser le ludique.
- Favoriser le contraste et les couleurs vives (le jaune notamment).

V.5 Principes personnalisés

- Rassurer, et mettre en confiance le patient.
- Me re-présenter à chaque séance.
- Réorienter le patient (lieu, jour, heure).

VI. Rééducation

Ma rééducation rejoint donc fonctionnellement celle de la prévention de la chute. Le début de mon questionnement est arrivé à ce stade. De par la démence, pouvons-nous espérer une amélioration fonctionnelle et un apprentissage ?

Les exercices que je propose se composent toujours d'une démonstration, d'une explication concise, de consignes les plus claires et simples possibles et de correction si nécessaire. Je ne donne qu'une seule consigne par action, en décomposant donc les exercices demandant plusieurs actions. J'ai choisi de présenter les exercices par rapport à l'objectif auquel ils répondent principalement. Il est évident que certains exercices répondent à plusieurs objectifs, j'ai choisi de les présenter par rapport à celui que je considère le plus en lien.

VI.1 Changer le chaussage.

J'ai d'abord changé le chaussage de Mr B.. En fin de prise en charge, Mr B. arrive à enlever ses chaussures et les remettre mais les lacets sont cependant mal faits.

VI.2 Améliorer la force musculaire des membres inférieurs.

J'ai privilégié un exercice fonctionnel et ludique. Il se compose d'un transfert assis-debout, d'un transfert debout-assis et d'un jeu de basket. Il est réalisé entre les barres parallèles par sécurité mais également pour rassurer Mr B.

Je lui demande donc de se lever de la chaise et je lui donne une balle en lui demandant de la lancer dans le panier (un seau) situé à 1m50 devant lui pour marquer un point. Je décide de lui laisser 6 essais et de compter les points.

La première fois, il n'y arrive pas bien, il veut donc arrêter car il est en échec. Au fil des séances, il y arrive de mieux en mieux. Je décide donc de mettre des évolutions. J'éloigne le panier en le plaçant à 2 m pour augmenter la difficulté. Je lui donne ensuite comme évolution 6 balles différentes en taille, en texture et en densité. Il doit donc s'adapter et anticiper son lancer en fonction de la balle. Enfin, je place une mousse sous ses pieds pour perturber son équilibre.

Finalement, lors la dernière séance, l'exercice se compose d'un échauffement en restant debout où il inscrit 4 paniers sur 6 debout, puis il réalise l'exercice sans la mousse avec les 6 balles différentes avec un score de 4 sur 6 et pour finir je lui place une mousse sous les pieds pour un résultat identique en points.

Je dois vraiment décomposer les différentes actions car, par exemple, lorsque je lui donne la balle pendant qu'il est assis, il la lance en restant assis, alors que ma consigne est de se lever pour faire un panier. Même si je lui rappelle de se lever avant de lancer, il va le faire, mais la fois suivante, si je ne lui rappelle pas, il ne se lève pas.

VI.3 Améliorer la qualité des transferts

Les principaux transferts sont travaillés directement pour se rapprocher de la situation écologique. Les premiers transferts ont demandé beaucoup de remise en confiance : même si Mr B. a réalisé un transfert la vieille, il dit qu'il n'en est pas capable, il dit ne pas se rappeler comment réaliser le transfert.

Je me suis concentré sur les transferts assis-debout, debout-assis, assis-allongé et allongé-assis. J'ai réalisé ces transferts en salle de rééducation, mais aussi en chambre pour être encore plus en situation écologique. L'objectif étant de les faire seuls sans aide, même sans guidance verbale.

Mr B. a peu à peu pris confiance lors des transferts. Cependant, il arrive parfois qu'il y ait une certaine fluctuation : certains jours Mr B apparait beaucoup plus hésitant et fébrile. Cela

pourrait s'expliquer par le fait qu'en début de semaine Mr B. soit généralement moins bien de façon générale. Une deuxième raison me questionne : se pourrait-il que, suite aux chutes qu'il a effectuées dans le service, il se retrouve à faire un « retour à la case départ », et cela de façon inconsciente, puisqu'il ne se souvient pas de tomber, de déambuler ni de ses nuits ?

VI.4 **Améliorer l'équilibre statique notamment les réactions parachutes et les anticipations posturales.**

A partir d'une position statique debout, je réalise des déstabilisations intrinsèques puis extrinsèques, en diminuant progressivement le polygone de sustentation pour augmenter la difficulté. Je modifie également les entrées sensorielles pour perturber l'équilibre et diminuer la visuo-dépendance, fréquente avec le vieillissement (7).

Je demande à Mr B. de se mettre debout dans les barres parallèles pour la sécurité et la confiance. Je lui demande alors de venir prendre une balle en la plaçant dans une zone de mon choix devant lui pour créer plus ou moins de déséquilibre intrinsèque chez Mr B. et engendrer des flexions et inclinaisons de tronc. L'évolution de cet exercice est de faire passer de main en main la balle devant, derrière, en haut, en bas. Il me redemande souvent ce qu'il doit faire avec la balle. Il a besoin que je lui répète les consignes de façon claire et simple.

Lui demander de réceptionner une balle que je lui lance est trop difficile, il n'arrive pas à l'attraper (la première raison est surement d'ordre visuel, mais il y a très certainement d'autres mécanismes défaillants qui sont en jeu également).

Je me place ensuite face à lui et je réalise des déséquilibres extrinsèques anticipés en déstabilisant, après l'avoir prévenu, le haut de son corps de façon légère par des pressions douce et prolongées que je relâche, ce qui est moins offensant que des poussées brutales. Dans un premier temps, Mr B. parait fébrile lors de ces déséquilibres.

L'évolution des exercices consiste à fermer les yeux pour supprimer l'entrée visuelle. J'observe une augmentation des oscillations dans le plan frontal. Je lui propose également de faire l'exercice en tournant la tête de droite à gauche pour perturber l'entrée vestibulaire, ce qu'il réalise très bien. L'évolution se fait aussi en rapprochant les pieds l'un de l'autre, ce qui diminue le polygone de sustentation donc augmente la difficulté de tenir en équilibre. Ces exercices sont finalement réalisés sur une mousse pour augmenter la perturbation de son équilibre.

Un autre exercice fonctionnel et reproduisant une action de la vie quotidienne est de ramasser un objet au sol (un crayon) dans sa chambre, pour qu'il soit dans un environnement calme et qui ne lui provoque pas d'anxiété. Au début il veut s'accrocher partout pour réaliser le mouvement, puis avec une mise en confiance par la parole et ma position devant lui et légèrement sur le côté, il y parvient.

A la fin de rééducation, je demande à Mr B. de tenir en équilibre debout en fermant les yeux et je lui donne une par une 3 balles de différentes matières (à pics, en mousse, et lisse) et couleurs. Je lui demande de tourner la balle trois fois autour de lui et de me dire de quelle balle il s'agit. Il y arrive très bien. Pour complexifier la tâche cognitive, je lui demande de me dire la couleur de la balle et non pas la matière.

Le dernier point est le travail unipodal nécessaire pour la marche. Il doit tenir sur un pied devant l'espalier trois fois de chaque côté. D'abord en se tenant à l'espalier avec les deux mains, puis avec une seule main, puis la même progression mais avec les yeux fermés, majorant ainsi l'instabilité. A la fin des 3 semaines de rééducation, Mr B. arrive à tenir sur un pied en se maintenant avec une main sur un support, puis sans les mains.

VI.5 **Obtenir une marche sécurisée et diminuer le risque de chute**

Les séances commencent toujours par un échauffement de 5 à 10 minutes au total. Il se compose de marches variées dans les barres parallèles pour jouer sur les différentes composantes : en avant, en arrière, sur les côtés, en levant les genoux. Cette dernière variante permet de commencer le travail de la hauteur des pas. J'ai installé rapidement des cerceaux pour obtenir une longueur de pas suffisante et symétrique. Les premières séances, si Mr B. ne se tient pas aux barres parallèles lors de cette dernière variante, j'observe de gros déséquilibres. Lors des dernières séances, en voyant son équilibre dynamique s'améliorer, j'incorpore à l'échauffement la marche sur une ligne. Lors de l'échauffement je le laisse d'abord utiliser les mains puis au fur et à mesure je lui demande d'utiliser une seule main si cela se passe bien, puis aucune. Cette évolution est utilisée pour chaque exercice de marche dans la mesure du possible.

J'utilise ensuite le parcours de marche pour travailler les différentes composantes que j'ai objectivées : la hauteur et la longueur du pas, le polygone de sustentation, le ballant des bras et le déroulement du pas. Les exercices sont d'abord travaillés et validés un à un.

Pour la hauteur du pas, j'utilise principalement le franchissement d'obstacle plus ou moins haut. Pour la longueur de pas, je mets un indiçage au sol (cerceaux, poids) indiquant où Mr B. doit poser ses pieds. Pour la diminution du polygone de sustentation, je mets une ligne de plots de chaque côté du parcours pour l'empêcher d'écarter de trop les pieds. J'utilise également la marche sur une ligne imaginaire ou la marche sur une ligne de plots. Pour le déroulement du pas, j'utilise les consignes verbales comme guidance en lui rappelant de pousser sur la pointe des pieds. Lors des pauses je lui place également sous ses pieds un plateau en lui demandant de pousser sur sa pointe de pied puis sur ses talons pour simuler le déroulement du pas. Pour perturber l'entrée proprioceptive, je lui demande de marcher sur des très grandes mousses. Pour perturber l'entrée visuelle, je lui demande de marcher les yeux fermés. Pour perturber l'entrée vestibulaire, je lui demande de marcher en bougeant la tête de droite à gauche.

Pour la dissociation des ceintures et le ballant des bras j'ai choisis un exercice de marche où je me situe face à lui pour le rassurer : je lui donne un bâton dans chaque main que je prends moi aussi et je lui demande d'avancer. Les premières fois c'est moi qui impose le mouvement des bras, puis au fur et à mesure c'est lui qui prend le contrôle des bâtons. Je n'ai pas réussi à réaliser l'exercice de la marche à 4 pattes car Mr B. n'aime pas se mettre au sol.

Le premier parcours que je lui fais faire est difficile pour lui, il demande très vite des pauses. Il oublie rapidement ce qu'il faut faire à chaque passage et il ne voit pas bien les obstacles : au début il les fait tomber très souvent. Il est en difficulté lorsqu'il passe sur la mousse et sur la ligne de plots. Il marche autour de la ligne de plots et si je ne lui rappelle pas de passer le pas entre les obstacles, il ne le fait pas. Par la suite, je lui demande de réaliser deux allers-retours, le premier avec toutes les explications précédées d'une démonstration, et le deuxième sans explication avec des corrections lorsque cela est nécessaire. Il ne marche pas sur la ligne constituée de plots car il dit qu'il ne peut pas le faire, alors qu'il vient de le réaliser. Je lui dis qu'il peut le faire au contraire, et finalement, il y arrive.

VI.6 **Essayer d'automatiser la marche et d'autres mouvements fonctionnels.**

Lors du travail de la marche dans les barres parallèles, je demande par exemple à Mr B. de compter à partir de 100 en enlevant 3 à chaque fois. Au début, Mr B s'arrête quasiment à chaque calcul, je lui demande de continuer de marcher à chaque fois qu'il s'arrête. Cet exercice est réalisé également avec les noms de pays commençant par une lettre de l'alphabet que je décide. Cela a même permis lors d'une séance de se retrouver avec toute la salle de rééducation à « jouer » en même temps que Mr B., ce qui l'a beaucoup stimulé et beaucoup plu. Cet exercice est facilement déclinable (capitales, prénoms, légumes…) ce qui permet de modifier la difficulté. Je modifie le parcours pour augmenter la difficulté de l'exercice mais sur le versant

moteur, que je cherche particulièrement à améliorer, automatiser et donc pérenniser. Cet exercice peut être réalisé pour toutes activités motrices.

Le deuxième exercice consiste à marcher en avant entre les barres parallèles avec une main. Je me place face à lui à l'autre bout. Lorsque je lui montre la balle rouge il ne doit se tenir qu'avec la main gauche, et lorsque je lui montre la balle bleue c'est avec la main droite qu'il doit se tenir. Peu importe la couleur dans mes mains, je laisse le bras levé en essayant d'être le plus discret possible pour qu'il soit obligé d'être très attentif. Il se trompe au début, mais il finit par réussir l'exercice sur plusieurs allers-retours. Je complexifie la tâche motrice en lui demandant de lever les genoux lorsqu'il marche.

Je me suis rendu compte que le rouge le perturbait. En effet les barres parallèles sont de la même couleur donc il y a confusion dans son esprit. Je décide donc de refaire l'exercice la séance suivante en remplaçant la balle rouge par une balle jaune.

VI.7 **Augmenter son endurance pour augmenter son périmètre de marche**

Pour travailler l'endurance, nous avons progressivement augmenté les distances de marche. De plus, pour se rapprocher de situations écologiques nous sommes allés à l'extérieur sur des terrains variés. Cela lui a aussi permis de sortir d'une chambre qu'il veut rarement quitter.

Je commence donc par lui demander de réaliser deux fois 50 m en marchant, je l'accompagne en me positionnant à côté de lui pour le rassurer. Son polygone de sustentation est élargi, il marche de façon un peu instable en déviant sur la droite. Sa vitesse de marche augmente rapidement, il fait même attention aux changements de texture du sol en me le faisant remarquer. Je prends ensuite la décision de tester avec lui la marche en déambulateur car je veux majorer son autonomie, son endurance et sa sécurité en diminuant le risque de chute. Je le lui laisse à disposition dans sa chambre, une fois validé le chemin dans les couloirs jusqu'à sa chambre. Finalement, nous allons à l'extérieur de l'établissement à l'aide d'un déambulateur, que l'on abandonne pour aller sur des terrains variés sur la pelouse autour des arbres et des bancs.

De plus, lors de la dernière semaine, voyant sa confiance augmenter (envers moi et envers lui-même) et sa peur diminuer, j'ai décidé de faire réaliser à Mr B. un échauffement sur un vélo 5 minutes à résistance minimale pour commencer. Le fait de choisir cet exercice n'est pas anodin. En discutant de nos hobbies avec Mr B., j'ai appris durant les premières semaines qu'il adorait faire du vélo auparavant, il en faisait beaucoup lorsqu'il était plus jeune, même en appartement. J'ai donc pensé que cela serait une très grande stimulation et source de motivation pour lui. Cela a très bien fonctionné malgré la première descente du vélo compliquée, j'ai dû l'aider. L'évolution au fil de la semaine s'est déroulée comme ceci : 6 minutes à résistance minimale, 7 minutes dont une minute à résistance 2, 8 minutes dont une minute à résistance 2.

VI.8 **Descendre 3 étages par les escaliers**

L'exercice des escaliers répond à lui seul à un objectif précis du même nom. L'évolution de l'exercice est très classique et logique. Mr B. devait d'abord monter et descendre un étage, puis le faire plusieurs fois avec des pauses, puis monter deux étages, et ainsi de suite.

Cependant, si la montée des escaliers n'est en aucun cas un obstacle pour Mr B, la descente est très génératrice d'anxiété et d'hésitations. Je dois donc être encore plus vigilant à ma position pour, d'une part assurer sa sécurité, et d'autre part le mettre en confiance. Je me place donc une marche en dessous de lui lors de la descente en le regardant et l'accompagnant. Je le rassure et lui rappelle qu'il en est capable, je l'incite à bien positionner son pied en entier sur la marche et bien se tenir à la rampe.

Ce dernier point m'interpelle, du fait de ses troubles de la mémoire, je pense qu'il aurait été plus judicieux de bien vérifier qu'il possède une rampe de chaque côté de ses escaliers puisque l'objectif initial à long terme que nous avons établi est un retour à domicile.

VI.9 **Apprendre à se relever du sol**

Pour commencer, j'ai réalisé cet exercice dans sa chambre (calme, seul) en ayant amené un tapis de sol et une chaise, de la position 4 pattes à debout. Il faut vraiment le rassurer pour qu'il arrive à mettre un genou à terre avec mon aide. Il a également besoin d'aide pour le passage de la position chevalier servant à la position debout. La fois suivante, il n'arrive pas à le faire sans aide (échec), il me dit qu'il n'aime pas cet exercice. Durant son séjour, il refuse à plusieurs reprises de le refaire. Après des explications de ma part sur l'importance de cet exercice et les bénéfices qu'il peut en tirer, j'arrive à le convaincre de refaire des parties de séance sur le relevé du sol.

Pour la séance de groupe, j'aménage le plateau de rééducation avec des tapis de sol, des coussins tout autour, une chaise et un espalier à disposition pour créer un environnement le plus sécurisant possible. Le but étant tout d'abord de dédramatiser le sol, en amenant les patients au sol puis en leur faisant faire des jeux de passe avec les balles et en les faisant se déplacer au sol.

La première fois Mr B. refuse de venir, il se sent très bien dans sa chambre. Après plusieurs minutes de négociation, le voyant de si bonne humeur m'expliquer son refus, je n'insiste pas. La fois suivante, Mr B. accepte de venir ainsi que Mme L. et Mme T.. Dès que les trois patients se retrouvent assis sur des chaises devant l'atelier, je remarque l'effet positif que celui-ci peut avoir. En effet, Mme L., qui est très bavarde, raconte qu'elle veut faire l'exercice car elle était resté longtemps au sol, les deux autres écoutent attentivement et commencent à échanger ensemble. J'explique, je montre les différentes positions de l'exercice. Mme L. et Mme T. ne peuvent pas car elles ont trop mal au genou pour adopter ces positions. Mr B quant à lui, n'a pas du tout suivi et ne veut pas faire. Je remontre étape par étape mais cela ne change rien, Mr B. n'a pas l'air de réussir à suivre et il ne veut pas le faire. Mme T., avec qui j'avais réussi la première séance à réaliser des étapes du relevé du sol malgré des douleurs au genou ne veut absolument pas faire non plus. J'observe donc que les pathologies intercurrentes fréquentes engendrant des douleurs sont des limites ce qui est confirmé par la littérature (2).

Je propose ensuite un deuxième exercice à l'aide d'images (annexe XX) travaillant la planification des différentes étapes à réaliser pour se relever du sol. Je propose pour commencer 4 images. Je place la toute première image et la dernière image. Je lui demande donc de remettre dans l'ordre chronologique les deux dernières images qu'il lui reste : il se trompe. La fois suivante, il arrive à remettre les images dans l'ordre avec 4 images comme précédemment. Avec 5 images, cela devient bien plus compliqué : il se trompe presque à chaque fois. Je décide donc de simplifier l'exercice en lui plaçant 4 images sur 5 dans le bon ordre mais je lui demande de rajouter la dernière image qu'il reste pour compléter et garder un ordre chronologique. A titre de comparaison, j'ai réalisé cet exercice avec Mme L. qui a réussi à mettre les 4 images, puis les 5, dans l'ordre dès le premier essai.

VI.10 **Sensibiliser les aidants**

Je fais marcher Mr B. dans les couloirs pour montrer à tout le personnel qu'il en est capable avec de l'aide et de la stimulation. Certains ne le font pas marcher par peur. Au contraire, en tant que stagiaire en kiné, c'est à moi de leur dire qu'il faut le mettre en confiance en le stimulant. Je leur montre par la même occasion comment apporter une sécurité pour Mr B. La réunion de synthèse hebdomadaire est un lieu d'échanges très utile pour donner des consignes aux soignants également. Cependant, peut-être qu'avec plus de temps et de confiance en moi dans le service, j'aurais pu mettre en place une démonstration de quelques minutes devant tout le personnel.

VII. Bilan de fin de prise en charge (16/04/15)

VII.1 **Musculaire**

Mr B. a réalisé 7 répétitions assis/debout avec accoudoirs et 6 sans accoudoirs. Sa force musculaire a donc augmenté. Elle n'est cependant pas dans la norme car toujours inférieure à 11 répétitions.

VII.2 **Fonctionnel**

TUG : Mr B. réalise 23 secondes. Un score entre 20 et 30 secondes montre une mobilité incertaine.

Test unipodal : Mr B. tient 3 secondes de chaque côté. Il y a donc une amélioration. Cependant, un score inférieur à 5secondes révèle un déficit d'équilibre.

TMM : 16/20. Il a un meilleur score de par les réactions parachutes et le déroulement du pas. Lorsque les résultats du TUG et du TMM sont respectivement inférieur à 30 secondes et supérieur à 15/20, l'HAS recommande le test de Tinetti.

Tinetti :19/28. Ce test est intéressant et utilisé plutôt pour des personnes qui conservent de bonnes capacités fonctionnelles avec une partie sur l'équilibre statique et l'autre sur l'équilibre dynamique. Un score inférieur à 26 montre une altération de l'équilibre (7). Un score inférieur à 20 représente un risque de chute très élevé (1). J'observe en particulier qu'il est instable lors des demi-tours, qu'il utilise ses bras pour se lever d'une chaise et s'y asseoir, que la longueur de ses pas est encore trop faible, que ses pas sont asymétriques et discontinus, qu'il a une déviation légère durant la marche et que son tronc est fléchi. En résumé il a un équilibre statique qui est plutôt correct mais son équilibre dynamique est toujours hésitant.

Test d'anticipation posturale : 1/9. Désormais Mr B. se penche en avant spontanément avant de monter sur la pointe des pieds, il recule le bassin automatiquement au moment de se pencher en avant mais il est toujours instable lors du déplacement latéral du bassin avant de soulever un pied. Un score inférieur ou égal à 4/9 serait interprété comme un de risque de chutes faible.

Vitesse de marche : Mr B. effectue maintenant 10 mètres en 18 secondes soit une vitesse de 0,56m/s. Il a donc amélioré sa vitesse de marche mais elle est toujours signe de fragilité car inférieure à 0,65m/s.

Double tâche : Mr B. réalise les 10 mètres en 33 secondes avec un arrêt de la marche. Sur ce test il ne semble pas y avoir d'amélioration : sa vitesse de marche a légèrement diminué mais il n'a pas eu d'arrêt dans le calcul. Je remarque tout de même que maintenant la différence de vitesse à la marche sur 10 m est devenue très grande entre le test classique et le test en double tâche.

TDM6 : Mr B. réalise maintenant 240 mètres. Il a augmenté sa performance de 90 mètres et il aurait pu continuer à marcher, donc son nouveau périmètre de marche est supérieur à cette valeur. D'après une étude portant sur des BPCO (25), le seuil clinique minimal significativement important (MCID) est 10% du TDM6 initial, soit 15 m pour Mr B. D'autres avaient précédemment décrit 35 m. L'amélioration est donc bien significative. Mr B. est cependant toujours en dessous du seuil de la normale calculée au bilan initial. Avec un déambulateur, il ne fait que 150m, le déambulateur le perturbe, notamment dans les manœuvres.

VII.3 **Peur de la chute**

Le score est de 15/28. Il a appréhension plus faible de la chute mais toujours présente.

VII.4 **Autonomie**

Mr B. a un score : 3/6. Il obtient un meilleur score car il se déplace mieux mais son autonomie n'a pas réellement changé. En effet, il déambule mais n'a pas d'autonomie de locomotion en tant que telle à cause de ses troubles cognitifs car il est toujours désorienté et son équilibre dynamique est toujours hésitant.

VII.5 **MMS**

J'ai réalisé moi-même un MMS lors de mon bilan final. Le score est similaire au précédent : 17/30. Cependant, j'ai pu constater plus précisément les items défaillants. Il obtient un score de 3/10 en orientation, 0/3 en rappel et 0/1 en praxies constructives. Il a fait une erreur de calcul, ses scores de langage et d'apprentissage sont au maximum. Le test résume bien ce que j'ai pu observer cliniquement chez Mr B. En effet, il est très désorienté et il a de gros troubles de mémoire.

VII.6 **Test de Dubois : épreuve des 5 mots**

Mr B. a un score global de 6/10. Un trouble de mémoire est mis en évidence dès lors que le score est inférieur à 10/10. Plus précisément, Mr B. a un score d'apprentissage de 3/5 et de mémoire de 3/5. Ce test a une spécificité de 87% et une sensibilité de 91% dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer dès lors que le score est inférieur à 10 (26).

VII.7 **Test de l'horloge**

Ce test explore plusieurs fonctions de la mémoire dont les praxies et l'orientation temporo-spatiale. Le patient a réalisé un score de 1/7 ce qui révèle une anomalie prononcée car un score normal est de 7/7. Si le score est inférieur à 7 cela peut signifier la présence de troubles cognitifs ou de la maladie d'Alzheimer.

VII.8 **Synthèse du bilan final**

On observe une amélioration globale de l'état général de Mr B., notamment au niveau musculaire, au niveau de la vitesse de marche et dans l'évaluation du risque de chute. Cependant, certains tests (Tinetti) révèlent toujours un risque de chute important. Il a un peu moins d'hésitations dans sa marche, mais lorsqu'il s'approche d'un mur ou d'une table il veut toujours s'agripper à ces derniers. Cela est cependant plus marqué lors des changements de direction que lors d'une marche en ligne droite.

Malgré des améliorations fonctionnelles, Mr B. a toujours des troubles de l'équilibre avec une mobilité incertaine, un risque de chute est toujours présent et il n'a toujours pas d'autonomie lié en grande partie à ses troubles cognitifs, notamment ceux de la mémoire.

Certains objectifs à court et moyen termes ont été tenus, contrairement à celui de se relever du sol et d'obtenir une marche sécurisée. L'objectif à long terme de RAD avec aides est difficilement envisageable. Effectivement, l'autonomie de Mr B. est insuffisante. Le simple accès à son logement est problématique en étant seul, même si la montée de trois étages devrait être possible, la descente est trop risquée. Finalement, un projet d'institutionnalisation est décidé et validé par l'équipe médicale avec une protection juridique. Mr B. a obtenu rapidement une place à l'HT Antoine Salaun.

Les améliorations fonctionnelles ont fait apparaitre le phénomène de déambulation chez Mr B. C'est problématique car il s'expose bien plus au risque de chute, ce qui est d'ailleurs arrivé deux fois. De plus, il n'utilise pas son déambulateur laissé à sa disposition.

VIII. Actualisation des connaissances sur la rééducation de la démence

J'ai donc eu une réponse à mon questionnement : l'amélioration des capacités fonctionnelles a bien eu lieu. Cependant parler d'apprentissage serait peut-être trop rapide. Je me suis alors demandé par quels mécanismes un patient privé de mémoire arrive à augmenter ses capacités fonctionnelles Et surtout, comment peut-on stimuler davantage cela. Sur quoi la rééducation doit elle se focaliser ? Cela est-il différent d'un patient non dément ? Quelles sont donc les techniques adaptées à cette rééducation ? Cela rejoint la conclusion de Strubel *« l'atteinte cognitive, même sévère d'un patient, ne doit pas empêcher la rééducation, à condition d'en adapter les objectifs et les méthodes »* (27).

VIII.1 Les mécanismes d'apprentissage d'un patient atteint d'un syndrome démentiel

Il est difficile de dissocier l'apprentissage de la mémoire car ils sont très liés. Apprendre est le fait d'acquérir de nouvelles informations modifiant les connaissances ou le comportement d'une personne. C'est la mémoire qui détient ces informations. Les troubles de la mémoire influencent donc négativement la capacité d'apprentissage et donc les activités de la vie quotidienne. La mémoire s'organise autour de différents systèmes de rétention d'information. Certains domaines de la mémoire restent longtemps préservés. Les troubles se font de manière rétrograde en commençant par la mémoire épisodique. La démence se caractérise donc au niveau mnésique principalement par la perte de la mémoire épisodique, de la mémorisation d'évènements récents, et la perte de la reconnaissance des visages (28). Par ailleurs ce trouble de l'apprentissage épisodique n'inclut pas la mémoire procédurale surtout jusqu'aux stades modérés de la démence (29). La capacité d'apprentissage se base donc sur la mémoire procédural. C'est la mémoire la plus archaïque et qui dure le plus longtemps dans la démence (3,6,30) en comparaison de la mémoire sémantique et épisodique. Elle comporte les habiletés motrices, perceptuelles et cognitives liée à l'acquisition du mouvement. C'est en les répétant, que ces habiletés « sur-apprises » deviennent automatiques. En se basant sur la mémoire procédurale on peut générer des changements du comportement et fonctionnels chez les déments. L'apprentissage est donc possible pour un patient dément (29,31).

VIII.2 L'activité physique

La démence touche principalement les PA. Les preuves d'efficacités de la rééducation en gériatrie ne sont plus à démontrer comme on l'a vu dans la partie théorique. Se basant sur les déficits, le MK utilise notamment l'activité physique pour agir dessus. En ce qui concerne la sarcopénie majorant le risque de chute et l'endurance pouvant être traités par l'activité physique, le patient dément peut aussi bénéficier de ces effets.

Parmi les différentes interventions non pharmacologiques sur la démence, l'activité physique montre des preuves. Les modalités d'exercices sont cependant différentes selon les études, et un consensus sur ce point-là semble difficile à obtenir (12,32,33). En ce qui concerne le maintien des capacités de transferts, une étude précise que la marche à elle seule n'est pas suffisante. Pour des résultats à long terme, il faut que ces exercices soient simples, peu variés et répéter, le tout avec plaisir. Il faut donc s'adapter à ce que le patient aime. Le bénéfice de la rééducation motrice du sujet dément sur l'indépendance fonctionnelle est reconnu (9,34) *« et que les gains obtenus constituent un enjeu important en termes de santé publique et des coûts financiers associés à la démence »* (9).

L'activité physique freine également le déclin cognitif. La prise en charge se focalise sur le maintien d'une activité physique, et aussi, sur les pathologies s'intercalant dans ce contexte et nécessitant de la kinésithérapie (7).

Cependant, la méta analyse de Cabrera et al (35) n'a pas montré de preuve de l'efficacité des activités physiques sur la qualité de vie et la qualité des soins. Il y a des effets positifs mais non significatifs. Néanmoins, les auteurs ajoutent que des programmes combinés améliorent la mobilité fonctionnelle en comparaison avec une activité unique (36). Cela tiendrait plutôt du caractère essentiel de l'interaction sociale au cours de l'activité de la marche.

« Il n'y a aucun consensus sur le programme de rééducation motrice de référence pour sujets déments avec troubles de la marche et de l'équilibre » (9).

VIII.3 **L'apprentissage sans erreur (ASE)**

L'ASE s'inscrit dans le courant de la réhabilitation cognitive (4) qui débute par une évaluation précise des facultés cognitives restantes des patients, qui serviront de base à un travail de renforcement cognitif ciblant les capacités disponibles pour aider les patients à développer des stratégies de compensation dans la vie quotidienne. Le principe de l'ASE est de ne laisser aucune possibilité d'erreur au patient lors de la rééducation pour que la mémoire implicite récupère les bonnes informations dès le départ pour ensuite les reproduire à chaque fois face à la situation travaillée. Ce que l'on cherche à éviter est l'apprentissage implicite des mauvais gestes.

Plusieurs techniques sont combinées selon les auteurs (31) :

- Pas de choix : le participant est encouragé à ne pas deviner pour éviter les erreurs. Soit la réponse correcte est immédiatement offerte, après quoi le patient est invité à le répéter, ou la réponse correcte est prévue en cas d'hésitation ou de l'incertitude.
- Par étape (séquençage) : la tâche est maitrisé étape par étape.
- L'imitation : le thérapeute montre au participant comment chaque étape doit être exécutée. Le participant est d'abord invité à répéter et maîtriser chaque étape, avant d'être invité à exécuter toute tâche sans assistance, indépendamment, et sans erreurs.
- Consignes verbales : des instructions verbales (explicites) sont données sur ce qu'il faut faire dans chacune des étapes de la tâche ou ce qui doit être répétée.
- Consignes visuelles : L'utilisation de repères visuels ou d'une guidance de la tâche, (liste avec des pictogrammes, un plan d'action écrit, ou des autocollants de couleur pour indiquer un objet ou un endroit spécifique).
- La méthode d'estompage : le but est d'avoir une bonne réponse tout en diminuant progressivement les indices, la finalité étant de conserver une réponse correcte sans indice.
- La récupération espacée : On diminue la fréquence d'exposition à la situation tout en vérifiant et validant la réponse. Le thérapeute fournit la réponse correcte lorsque le participant hésite ou indique ne pas connaître la réponse correcte. L'intervalle de rappel est ensuite réduit jusqu'à ce que le participant soit capable de reproduire la réponse désirée, après quoi l'intervalle augmente à nouveau.

Les résultats de Werd et al (31), regroupant 26 études sur cette méthode, confirment la possibilité de ré apprentissage de compétences significatives de la vie quotidienne ou de connaissances pertinentes des patients déments. Ces gains sont souvent maintenus sur une longue période. Cependant les auteurs précisent que de futures études devront s'appliquer à fournir des descriptions claires et détaillées des procédures d'apprentissage employées, leur intensité, leur durée, leur lieu, l'étiologie de la démence, les facteurs pouvant influencer les effets d'apprentissage. Aucune étude n'a évalué les changements au-delà de la tâche entrainée. Cette méthode semble plus efficace dans les tâches implicites et pour les démences légères et modérées probablement dû à la meilleure préservation des capacités cognitives globales (pas seulement mnésiques).

La récupération espacée (SR), d'abord décrit par Launder et Bjork en 1978, a été adopté comme méthode cognitive pour l'association des noms avec des visages ou des noms avec des objets dans la MA. Les patients sont formés pour rappeler l'information sur des intervalles progressivement de plus en plus longs avec le temps. Compte tenu de la déficience grave de la mémoire épisodique dans la MA, les interventions axées sur l'apprentissage des informations pratiques, tels que des objets ménagers courants ou les noms des aidants naturels représentent un défi important pour la réadaptation grâce à son utilité écologique (37).

Il y a de plus en plus de preuves suggérant que la récupération espacée est une aide pour la mémoire des patients en renforçant l'apprentissage associatif. Elle permettrait de donner des avantages en pratique, en maintenant la mémoire des noms et des visages de personnes précises rencontrées quotidiennement (le MK par exemple) ainsi que des mots communs (37).

La rééducation impliquant l'activité physique et la mémoire procédurale tout en incluant les principes de l'apprentissage sans erreur semble essentielle à l'optimisation d'une rééducation d'un patient atteint d'un syndrome démentiel. Cependant, ce type de pathologie engendre de nombreux troubles que l'on appelle les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SPCD). Ces symptômes perturbent la relation soignant soigné, notamment la communication. Il existe de nombreuses techniques mises en place pour entrer en communication avec le patient sans esquiver les différents troubles du comportement. Cela permet ensuite de mettre en application la rééducation. Elles développent chacune des stratégies variées concernant la communication avec le patient et la prise en charge (7). Une présentation non exhaustive de plusieurs techniques est exposée ci-après. Elles font notamment appellent à la mémoire émotionnelle également longtemps conservée.

VIII.4 **Reminiscence therapy (RT) (intervention psychosociale)**

Il s'agit de l'évocation de souvenirs anciens avec le patient, les principaux objectifs sont d'améliorer l'estime de soi et de stimuler les relations sociales et la communication.

L'évocation de souvenirs anciens (RT) développé à partir de la théorie d'Erikson de développement psychosocial, est basée sur la loi de Ribot, qui montre que la mémoire récente est plus susceptible d'être perdue que celle plus éloignée. La RT a été largement utilisée dans les soins infirmiers et les foyers pour la gestion de la démence (en particulier la MA) depuis les années 1980. Elle peut être réalisée en sessions individuelles ou de groupe et peut être divisée en deux types : l'un guidé par un rappel libre d'un individu et l'autre en utilisant une procédure d'examen de la vie. Le premier implique généralement des réunions de groupe au moins une fois par semaine, dans laquelle les patients sont encouragés à parler de leurs expériences passées, leurs activités et des événements divers. Le deuxième permet aux patients d'être actifs dans la recherche de souvenirs autobiographiques et de reconstruire l'histoire de leur vie. Cette évaluation de leur vie implique généralement la construction d'un « lifebook » avec des matériaux personnels (par exemple des photographies, de la musique, des images, etc.) qui peuvent servir d'aide-mémoire prothétique. Trois études très récentes ont adopté des programmes très différents de RT (37).

La réminiscence s'est montrée efficace mais davantage de données sont nécessaires pour valider les résultats (variation de programmes par exemple). En effet, il y a 2 études contrôlées randomisés qui comportent des discussions sur les activités passées, les évènements et les expériences avec une autre personne ou un groupe. Les résultats sont controversés, une étude montre des résultats dans la plupart des variables y compris la cognition et la dépression, alors que l'autre, conduite par Ito et al en 2007, conclut sur aucune amélioration mais inclut uniquement les démences vasculaires, et elle comporte également la méthode d'orientation dans la réalité (ROT) (37).

Plus généralement, une revue de littérature (Brodaty 2012) avance que les interventions psychosociales ont les meilleurs preuves sur l'amélioration de la qualité de vie mais Cabrera et al en 2015 ne trouvent pas de preuves aussi évidentes. Des recherches plus approfondies notamment sur le maintien dans le temps de ces interventions seraient nécessaires. Ces études s'intéressent essentiellement aux conséquences sur les SPCD. Elles ont montré que ces programmes pouvaient augmenter la qualité de vie et de soins. Et, pour la RT, les auteurs trouvent nécessaire d'utiliser une intervention structurée et bien conçue (35).

VIII.5 **La stimulation sensorielle**

La musicothérapie (MT) est une discipline récente basée sur la preuve que l'utilisation du son offre de multiples avantages, tels que la socialisation, la communication, la coordination et l'expression. Cette stratégie alternative permet la récupération des souvenirs en évoquant les événements autobiographiques avec un sens de la dignité et la conscience de soi. Elle stimule les compétences de communication qui sont souvent déficiente lors de la démence conduisant les gens à l'isolement en raison de leur incapacité progressive de parler. Les séances de musique se composent généralement par l'écoute de chansons de styles différents de manière passive ou participative. La MT a été adoptée avec succès pour réduire les SPCD chez les personnes atteintes de la MA, en particulier l'anxiété et la dépression (37).

La MT semble être une intervention prometteuse en agissant principalement sur la dépression et l'anxiété grâce à son effet relaxant intrinsèque mais stimule aussi la mémoire et aide les patients à s'exprimer verbalement, ce qui améliore donc de manière significative leurs capacités de communication et l'autonomie de la vie quotidienne(37).

Il existe quelques techniques sensorielles comme la luminothérapie, qui aurait les meilleurs résultats sur le comportement pour les démences sévères (35), le toucher thérapeutique et plus globalement la stimulation multi-sensorielle.

Des auteurs rejoignent ces méthodes par différents principes comme l'approche par le toucher, garder un contact visuel et avoir des paroles rassurantes afin de stimuler la mémoire émotionnelle qui est, comme la mémoire procédurale, longtemps conservée (7,28). C'est tout l'intérêt de la stimulation multi-sensorielle puisqu'un patient dément est toujours capable de vivre des expériences sensorielles.

Plus généralement, il y a une réduction significative des SPCD après la thérapie sensorielle comme l'ont également constatés Ayalon et al (2006) dans leur revue systématique, bien que les auteurs ont conclu que la plupart des études ne disposent pas de bases de données probantes solides (35).

VIII.6 **Reality Orientation Therapy (ROT)**

L'orientation dans la réalité ROT est l'une des interventions psychosociales (certains auteurs l'incluent dans les interventions cognitives cependant) les plus populaires dans la gestion de la démence. Elle a été conçue pour les personnes ayant un état confusionnel. La ROT est basée sur la stimulation neurosensorielle et son principal objectif est de réorienter temporellement et spatialement les patients. La ROT peut aider les patients à augmenter leurs capacités cognitives résiduelles et à maintenir leur interaction sociale. Elle peut se faire de deux façons complémentaires : une ROT informelle qui se passe tout le temps dans lequel le personnel de soins transmet des informations de base en continu aux patients au sujet (il se présente, leur dit où ils sont et quelle heure il est), et une classe ROT formelle, dans laquelle les patients se réunissent tous les jours dans une salle de classe pendant 30-40 minutes où ils effectuent des tâches spécifiques, telles que la répétition de l'information spatiale et temporelle et la discussion des événements ou des épisodes de leurs histoires sociales personnelles actuelles avec du matériel de soutien, comme un tableau blanc ou un journal. Trois études utilisant des séances ROT informelles et formelles (ou juste l'une des deux) dans les unités hospitalières et

au domicile du patient par un soignant formé, ont principalement rapporté des effets bénéfiques sur la cognition de patient atteint de MA à des stades légers et modérés, et sur l'amélioration de l'efficacité du traitement pharmacologique classique (37).

Les études les plus récentes sur l'orientation dans la réalité et la stimulation cognitive pour les patients atteints de la MA corroborent les conclusions antérieures sur les bénéfices dans la cognition et le comportement des personnes atteintes de démence et semblent renforcer l'effet d'un traitement pharmacologique (37).

VIII.7 **Intervention sur les aidants et l'interdisciplinarité**

Les interventions auprès des aidants ont pour but de fournir les connaissances nécessaires concernant la démence aux familles et aux soignants, ainsi que des stratégies précises, comme résoudre des problèmes, des méthodes de communication et des démarches de simplification afin de gérer les défis des soins journaliers, de même que l'adaptation des réactions émotionnelles des soignants mais également la gestion du stress.

Les interventions ont révélé des effets positifs sur les résidents et les soignent en termes de connaissances, de satisfaction, de stress, d'utilisation de contention et d'organisation générale de la structure. Cabrera et al. ont différencié deux type de formations ci-dessous.

D'une part, les séances de prise en charge psychosociale visant à augmenter la motivation et le transfert des connaissances dans la pratique ont permis une plus grande bienveillance des soignants mais aussi de diminuer l'utilisation de moyens de contention, mais les résultats non pas perduré 6 mois plus tard. Une autre étude (Davison et al 2007) a montré une efficacité accrue des soignants mais cependant aucun effet sur l'épuisement de l'équipe.

D'autre part, les interventions axées sur l'émotion pour les soignants. Par des cours centrés sur l'expérience du résident, l'histoire de sa vie, l'attention à l'influence du passé sur le présent, la reconnaissance de l'expérience du patient, Finnema et al (2005) ont montré une amélioration du maintien d'un équilibre émotionnel et de l'image de soi pour les patients déments, et un stress plus faible pour les soignants. Cependant, cela ne semble pas être approuvé dans la prise en charge de démences sévères (35).

D'après Spector et al en 2013 (38), compte tenu de l'efficacité limitée des traitements médicaux, la formation du personnel de soins visant à comprendre et à gérer les SPCD est essentielle pour la sécurité et la qualité de vie des personnes atteintes de démence, cela rejoint les propos de Banerjee et al en 2009. Dans l'ensemble, il y a des preuves que les interventions de formation du personnel peuvent avoir un impact sur les SPCD : sur les 20 études retenues par les auteurs, douze études ont abouti à des réductions significatives des symptômes, quatre études ont révélé des tendances positives et quatre études n'ont révélé aucun impact sur les symptômes. Aucun lien n'a été trouvé entre l'orientation théorique des programmes de formation et leur efficacité. Les programmes de formation qui ont une base théorique solide et d'une intensité suffisante peuvent être plus bénéfiques. Cette formation a également un impact sur la manière dont se comporte le personnel envers les résidents. Les auteurs ont retrouvé de nombreuses faiblesses méthodologiques et de nombreuses études n'ont pas respecté les lignes directrices recommandées pour être des essais contrôlés randomisés.

Selon les recommandations du Sommet Invitational Ware en 2012, le fait de veiller à ce que les personnes atteintes de la MA et les soignants soient impliqués dans leurs soins et dans le la prise de décision commune, est maintenant reconnu comme étant un élément essentiel dans le développement d'un système de soins de santé de haute qualité (37).

IX. Discussion

IX.1 Analyse de la situation clinique avec la littérature

Je n'avais jamais pris en charge un patient atteint de ce syndrome auparavant. J'ai donc mis du temps à m'adapter à ces différents symptômes et je me suis beaucoup remis en question par rapport à l'efficacité de mes techniques.

Pour commencer, le fait de ne pas avoir obtenu le détail du test MMS ni de bilan neuropsychologique est un point faible pour la mise en place d'une rééducation compensatrice s'inspirant de la réhabilitation cognitive, puisque celle-ci se base sur un bilan précis des capacités préservées. J'ai réalisé, seulement à la fin de la prise en charge, un bilan MMS avec l'apport du test de Dubois et de l'horloge qui ont pu indiquer des déficits de l'orientation spatiotemporelle et de la mémoire.

De plus le fait que Mr B. ne se souvienne pas de moi ou des séances précédentes, c'est-à-dire des événements récents corrobore avec la loi de Ribot qui estime que la mémoire récente est plus susceptible d'être perdue que celle à long terme. D'où la technique de l'évocation de souvenirs anciens permettant de stimuler et de redonner au patient une base de communication. Cela m'a permis d'adapter la rééducation de Mr B. en lui proposant de faire du vélo en début de séance ce qui lui a beaucoup plu et lui a donné du sens à la rééducation. De plus, cela stimule également la mémoire émotionnelle conservée chez les patients déments. Cela pourrait être en lien avec le fait que Mr B. semblait se rappeler qu'il a fait du vélo la dernière semaine. Les patients atteints de démence sont très sensibles aux émotions.

Cette mémoire émotionnelle est la base des stimulations sensorielles dans lesquelles on retrouve la technique de la musicothérapie. Ces techniques visent à diminuer les SPCD dans le but d'optimiser les effets de la rééducation. Parler de la musique qu'aime Mr B a permis d'avoir une ambiance agréable et détendu autour d'un sujet qu'il maitrisait. De plus, la musique de la salle de rééducation était un sujet de conversation avec Mr B. et semblait le rendre de bonne humeur. Cependant Cooke et al 2011 n'ont montré aucun résultat de la musicothérapie sur la diminution de l'anxiété au long terme mais leurs mesures ne se sont pas faites sur l'instant présent ce qui diffère donc de mon expérience. Les espaces Snoezlen s'inscrivent dans cette approche sensorielle sur la mémoire émotionnelle et affective. Le but est de créer un environnement générant le plaisir et la détente par l'intermédiaire de sollicitations sensorielles douces et diversifiées, où tous les sens pourront être sollicités (7). Cette notion de douceur a été utilisée, notamment lors des exercices de poussées extrinsèques pour travailler l'équilibre statique. Effectivement, le patient ne se rappelant pas forcement de nos intentions, étant désorienté et se focalisant sur les sensations, il pourrait mal réagir à des perturbations externes désagréables. En se focalisant sur les cinq sens, il est possible de contourner les voies classiques de communication qui sont altérées chez le patient dément (7). Cependant, le matériel est cher et les résultats ne sont pas retrouvés sur le long terme pour le moment (39).

Mr B. se retrouvait très souvent désorienté lorsqu'on venait le voir dans sa chambre. Malgré une réorientation verbale, il se retrouvait rapidement à ne pas savoir où il était, quelle heure il était, ce qu'il faisait dans la chambre ou dans le couloir, ou bien il se croyait chez lui. Le fait de le réorienter verbalement fait partie de la technique d'orientation dans la réalité. Cependant, les résultats observés avec Mr B. sont efficaces seulement à très court terme. Les tableaux et les calendriers, sont des aides externes utilisées dans la ROT. Malgré la date inscrite sur le tableau quotidiennement, Mr B. n'avait pas l'idée d'aller regarder ce dernier. Le MK a toute sa place ici, et peut profiter d'une séance en chambre pour automatiser l'action d'aller voir le tableau pour savoir quel jour nous sommes tout en réalisant un transfert puis un exercice de marche. Ceci implique donc de travailler les gestes de la vie quotidienne en s'adaptant aux

capacités du patient (mémoire implicite et marche) pour pallier les déficits (désorientation et troubles de l'équilibre).

L'abandon précoce face à toute difficulté rencontrée n'est pas propre à Mr B. mais bien une caractéristique de la démence. Cela peut être évité par l'ASE. En effet, le fait de faire en sorte que le patient réussisse les exercices du premier coup est une étape primordiale dans l'apprentissage d'un patient dément selon l'ASE. Ce dernier point que je n'ai pas incorporé dans ma prise en charge a valu la mise en échec de Mr B. Il ne voulait donc plus réaliser les exercices. De plus, cela engendré un risque d'apprentissage implicite d'une mauvaise habitude. D'ailleurs, ne serait-ce pas cette mémoire implicite renforcée par la mémoire émotionnelle qui serait en cause de la peur du sol ?

Les troubles cognitifs ne doivent pas exclure le travail du relever du sol où l'amélioration est possible pour les déments (2). Il présente des limites telles que les anomalies de planification, l'anxiété, les douleurs. C'est un exercice faisant partie intégrante de la prévention de la chute. J'ai été confronté à de grandes difficultés dans la réalisation de cet exercice. L'apprentissage par imitation utilisé dans l'ASE, limitant les problèmes de communication, de compréhension et de consolidation, a été mis en place durant toute la rééducation, peut être facilitée par l'utilisation d'images représentant les différentes positions constituant les étapes du relever du sol (indiçage visuel). *« L'impossibilité de se relever du sol n'est pas seulement limitée par l'incapacité physique, même si elle y contribue, mais surtout par un défaut de planification de l'action »* (2). J'ai réalisé dans un second temps ce type d'exercice avec l'aide d'images à remettre dans l'ordre mais cela n'a pas donné de résultat satisfaisant, ni d'aide au relevé du sol. Cependant, il est probable que Mr B. n'ait pas eu l'occasion de pratiquer assez souvent cet exercice pour pouvoir en tirer des bénéfices, et qu'il a probablement des troubles de planification et de praxies constructives rejoignant empiriquement le test MMS réalisé sans aucune expertise. D'où l'utilité d'ajouter des repères spatio-temporaux, et des routines (même heures, même endroits) et des repères visuels (des mains dessinées sur l'endroit où poser la sienne). Il est recommandé d'utiliser un vocabulaire simple comme « faites comme moi ».

Le fait de faire l'exercice en groupe permet l'interaction et l'émulation des résidents entre eux et une participation verbale des personnes réticentes (2). Ce dernier point m'a été confirmé lors de la séance en groupe où les patients ont échangé entre eux sur leur capacité à se relever du sol. Confirmé également lors d'un exercice dans les barres parallèles de Mr B. qui s'est vu enjoué des compliments que lui faisait une patiente sur sa marche. Il a ensuite pu verbaliser ses difficultés en voyant qu'il n'est pas le seul dans cette situation de troubles de l'équilibre. Cet exercice, notamment en groupe, est même recommandé en plus du travail d'équilibre et de marche par Decker et al (40). Devant l'anxiété et les refus de Mr B., l'exercice aurait pu être travaillé sur un plan « Bobath » pour éviter la peur du sol. C'est une adaptation de l'environnement.

L'environnement des séances de groupe pour le relever du sol avait été modifié pour être le plus accueillant possible et le plus confortable. Cependant, le seul endroit où Mr B. a accepté de descendre au sol était sa chambre, rejoignant l'idée de l'importance d'un environnement calme, sans distraction et familier. L'importance de l'environnement familier (photos et objets personnels par exemple), de routine, peut expliquer le fait que Mr B. ne voulait pas sortir de sa chambre, seul endroit intime et familier, malgré le temps restreint de prise en charge à Kerampir qu'il avait, car il n'en sortait jamais à part pour sa séance de rééducation au plateau technique. Nehen et al (41) rejoignent l'idée de l'importance d'un environnement stable et familier mais que cependant les études portant sur ce domaine manquent de rigueurs.

Cela a donné lieu à de nombreuses négociations, où j'ai dû m'armer de patience mais aussi de ruse pour réussir à emmener Mr B. en séance de rééducation. Les premières

négociations ont été très perturbantes pour moi, je n'avais aucun argument instinctif, comme l'utilisation d'objectifs concrets tel qu'aller lire le journal dans les couloirs. Cependant lorsque cela ne marchait pas, quelques exercices étaient proposés en chambre.

La majeure partie de la rééducation de Mr B. sur le plateau technique s'est déroulée entre les barres parallèles. Un environnement sécurisant et simple est important pour les patients déments, les barres parallèles répondent à ces deux critères.

Le fait que Mr B. semblait bien mieux en fin de semaine qu'en début de semaine suivante soulève la problématique de la continuité des soins en dehors des séances et notamment lors des weekends où ce ne sont pas moins de 72h qui passent sans qu'il y ait une séance de kinésithérapie. Cela rejoint principalement deux points que j'ai trouvés lors de mes recherches : l'importance d'une routine, d'un maintien d'une stimulation quotidienne et donc de répétitions, et d'un soutien social sont des éléments mis à défaut lors des weekends. Mais ceci peut être limité par la formation des aidants et donc l'interdisciplinarité. Le MK peut tenir un rôle de transmission à cet égard. En effet, dans la mesure du possible vis-à-vis de contraintes professionnelles des autres soignants de l'équipe interdisciplinaire, le MK peut expliquer, montrer et recommander de faire diverses tâches de la vie quotidienne avec le patient (comme l'emmener toujours s'asseoir dans son fauteuil à 9h30 pour lire son journal ou écouter son émission préférée). Il peut argumenter en mentionnant toute l'importance sur la mémoire implicite que cela a vis-à-vis de la démence et des avantages que pourront en tirer les soignants dans le confort des soins notamment sur leur stress comme l'ont constaté Finnema et al (2005), mais aussi dans la réduction des SPCD. J'ai très peu exploité cette intervention, ne mesurant pas sur le moment l'enjeu que cela avait. Certaines études ont utilisé l'interdisciplinarité, malgré des résultats statistiquement non significatifs, Ballantonio et al (2008) ont mis en avant qu'une intervention multidisciplinaire engendrait un taux d'hospitalisation, d'admission ainsi que de décès inférieur à une intervention plus classique (35).

Le fait que, grâce aux améliorations obtenues en rééducation, il se soit mis à déambuler, a posé quelques problèmes. J'ai constaté plusieurs fois que Mr B. avait de nouvelles paires de chaussons dans sa chambre, qui, après vérification, appartenaient à des patients du service et qu'il avait subtilisés inconsciemment pendant ses déambulations nocturnes dans les chambres voisines. Padilla (39) conclut qu'un environnement visuellement complexe donnant l'illusion d'obstacles découragerait les patients d'errer dans des endroits dangereux, mais cependant ne réduirait pas l'envie de déambuler. Néanmoins, cela me semble difficilement réalisable. Une adaptation de l'environnement simple à faire pour limiter le risque de chute traumatique serait de mettre un matelas au sol à côté du lit et de descendre le lit le plus bas possible.

Ses promenades nocturnes sans déambulateur m'ont questionné sur l'utilité d'une aide technique. En effet, la perte de mémoire pose un problème lors de l'apprentissage de l'aide technique à la marche. L'aide technique peut devenir un réel obstacle pour la personne ayant des troubles cognitifs plutôt qu'une aide (7). Faut-il alors donner une aide technique ? Il est difficile de répondre à cette question. Avec plus de temps de rééducation avec le déambulateur, il aurait été très intéressant de constater si Mr B. aurait utilisé implicitement cette aide technique et si elle lui aurait été défavorable en tant qu'obstacle encombrant. Mais avec le recul, le fait est qu'il n'ait jamais utilisé cette aide technique et qu'il arrive à se déplacer sans (sous supervision), me laisse croire que je n'ai pas fait le bon choix d'incorporer cet appareil dans la rééducation, surtout dans un service qui n'est pas un long séjour. D'autant plus, que cela induisait un encombrement et que dans le meilleur des cas cela n'aurait pas forcement réduit le risque de chute.

D'après la littérature, le mécanisme de l'apprentissage d'un patient dément se base sur la mémoire procédurale longtemps conservée. En cela, il paraît donc cohérent que Mr B. ait obtenu des bénéfices fonctionnels de par la rééducation proposée basée sur la mémoire implicite

et la prévention de la chute. La prévention de la chute est reconnue comme potentiellement efficace pour les patients déments également (32). Christofoletti et al 2008 ont comparé deux programmes de rééducation, l'un interdisciplinaire (kinésithérapie, ergothérapie, éducation physique), l'autre avec uniquement de la kinésithérapie, à un groupe sans stimulation motrice. Les deux interventions motrices ont amené à une amélioration sur les capacités fonctionnelles des patients mais cependant aucune amélioration cognitive (35).

Durant l'exercice de la marche Mr B a travaillé la double tâche dans le but d'automatiser la tâche motrice. L'efficacité de cet exercice chez les déments a été retrouvé dans la littérature (42). Cet exercice rejoint involontairement le principe d'interaction sociale lors de la marche qui semble essentielle au vu de la littérature. Cela s'est d'autant plus vu lorsque les autres patients présents se sont mis à « jouer » avec Mr B., il est devenu joyeux et expressif se prenant au jeu tout en réalisant son exercice.

Le fait de devoir décomposer les différentes tâches en sous-tâches lors de l'exercice du basket rejoint la technique de séquençage de l'action que l'on peut retrouver dans la méthode d'apprentissage sans erreur (31). Cela a été utilisé par nécessité, ce qui montre bien l'importance de cette méthode. Ce séquençage a aussi été retrouvé lors des parcours de marche où les consignes simplifiées ont dû être données une par une au vu de l'oubli prématuré de certaines d'entre elles. La simplification du vocabulaire et donc des consignes est retrouvée dans la littérature (28). Puis, le fait de donner de moins en moins de consignes rejoint la méthode d'estompage. Cependant, dans un délai aussi court de rééducation ce moyen n'a pas été approfondi. Pour cette même raison, le principe de récupération espacée n'a pas été retrouvé dans la rééducation de Mr B.

La méthode Montessori est très intéressante puisqu'elle rejoint sur de nombreux points la démarche de ce travail de rassembler différentes techniques. Elle peut être résumée par : « Aide-moi à faire seul ». Initialement cette méthode s'appuie sur les capacités sensorielles, physiques et intellectuelles de l'enfant pour permettre le développement de ses potentiels, en respectant les particularités du rythme individuel de chacun et dont l'objectif est l'éveil du lien aux autres. Par l'intermédiaire des découvertes en neurosciences, cette méthode permet aujourd'hui d'être transposée en gériatrie. Effectivement, des études ont été faites sur des groupes de neurones longtemps préservés chez les personnes atteintes de la MA, et il a été montré que le cerveau émotionnel ainsi que la mémoire procédurale fonctionnent contrairement au cerveau rationnel et à la mémoire déclarative tous deux altérés. Tout cela permet donc de repenser l'environnement pour qu'il les soutienne dans leur autonomie et leurs comportements. En contournant les déficits et en s'appuyant sur les capacités préservées, les personnes atteintes d'un syndrome démentiel peuvent réapprendre des gestes du quotidien (7). Cependant, les études semblent être encore insuffisantes pour pouvoir tirer des conclusions sur l'efficacité de cette méthode (39).

Ma démarche rejoint donc la conclusion de Nehen et al (41) qui estiment que les interventions visant l'environnement externe, l'activité physique, cognitif et psychosocial sont efficaces. Et, outre les approches centrées sur le patient, la preuve de l'efficacité des interventions centrées sur les soignants a été fournie. Il est, pour eux, nécessaire de développer des concepts d'intégration qui réunissent des stratégies physiques, cognitives et psychosociales. Finalement, les interventions thérapeutiques sont probablement plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux besoins pratiques des patients, ainsi que pour les besoins des soignants.

Dans une société où la technologie tient maintenant une place centrale, quel pourrait être l'apport de la nouvelle technologie dans cette réflexion adaptative qui se concentre sur les capacités restantes de la personne ? Et quelles en seraient les limites dans cette approche centrée sur l'humanitude et le lien social ? Ne risquerons nous pas de perdre toute l'essence même de la rééducation et des bénéfices obtenus ?

IX.2 **Limites**

IX.2.1 Rééducation

Je n'ai pas proposé de routine rigoureuse en termes d'heures de séances. J'ai mis du temps à comprendre les besoins de Mr B. Cela, rajouté à la courte période de ma rééducation (3 semaines), limite l'efficacité de la prise en charge.

En voulant gérer la totalité des paramètres dans un temps court, je pense avoir proposé trop de variétés dans les exercices, donc pas assez de répétitions de certaines tâches spécifiques.

J'aurais dû être plus rigoureux au niveau de l'indiçage et de la technique d'estompage même si c'est un principe que j'ai mis en place dans les parcours de marche avec par exemple des cerceaux en diminuant progressivement la guidance.

IX.2.2 Recherche personnelle

Une définition universelle du «stade précoce» avec une application cohérente à travers le monde des critères spécifiés reste insaisissable. Plusieurs définitions ont existé au fil du temps, y compris la démence douteuse, possible démence naissante, isolée, perte de mémoire à court terme, la démence amnésique, et le trouble neurocognitif doux (43).

La méta analyse de Cammisuli et al (37) inclut seulement la démence Alzheimer.

Les auteurs ne semblent pas toujours utiliser les mêmes familles de classification de techniques dans leurs études (la ROT est parfois classé en psychosocial et d'autres fois en stimulation cognitive).

La méta analyse de Cabrera (35) ne prend pas en compte les techniques de stimulation cognitives.

Il y a une importante variabilité des troubles cognitifs au sein des démences et même des sous types de démence. Par exemple, les démences sous corticales semblent engendrer moins de capacités d'apprentissage de procédures cognitives (4).

IX.3 **Conclusion de la discussion**

Il n'y a pas suffisamment de preuves pour déterminer quelles interventions non-pharmacologiques devraient être incluses parmi les recommandations de meilleures pratiques. Cela revient donc à dire qu'il n'y a pas de preuve de la supériorité d'une technique par rapport à une autre, d'autant plus qu'il y a peu d'études qui ont comparé directement deux techniques différentes (35,37).

J'ai repris plusieurs principes de ces interventions « instinctivement » mais par conséquence sans suffisamment de rigueur et d'investissement.

Les différents auteurs admettent cependant qu'il y a des interventions non-pharmacologiques qui sont efficaces par rapport à la gestion des symptômes de démence (SPCD), et améliorent la qualité de vie et de soins. Les interventions doivent adapter les activités aux besoins des déments.

De plus, les interventions non pharmacologiques sont des techniques de prévention tertiaire qui ne sont pas exclusives, mais complémentaires (37). Les thérapies combinées peuvent être significativement plus efficaces que les thérapies seules (pharmacologique ou non) (43). Leurs efficacités sur la qualité de vie, de soin, et sur le plan fonctionnel sont remarquées dans l'ensemble des études.

Sur le plan cognitif, il semblerait que la rééducation cognitive axée sur la compensation (aides mémoires, stratégies adaptatives) est prometteuse pour aborder l'impact des changements cognitifs dans la vie des personnes âgées dans les premiers stades de démence (43,44). Il y aurait une amélioration cognitive globale grâce à la stimulation cognitive, mais cela n'est pas cliniquement significatif (45).

La plupart des auteurs (35,37,41,43–45) soulignent le manque d'études rigoureuses notamment en termes de taille d'échantillons, de protocole. Il y a peu de suivi à long terme, peu d'aveugles, la comorbidité est mal définie, les traitements pharmacologiques ne pas toujours précisés, certaines études visent une cible spécifique alors qu'il peut avoir des effets multiples sur la personne dans son ensemble (SPCD par exemple). L'hétérogénéité des évaluations empêche une comparaison claire même au sein de chaque sous-catégorie d'intervention. Cela a pour conséquence un manque de reproductibilité. Ce qui explique le nombre de résultats controversés mais finalement difficilement comparables. Ils appellent à de nouvelles études sur les différents sujets pour pouvoir avoir un niveau de preuve accru. Il y a également peu d'études sur les personnes au stade avancé de démence.

. Néanmoins, Cabrera et al tiennent à souligner qu'il convient de garder à l'esprit que le manque de preuves de l'efficacité n'est pas la preuve d'un manque d'efficacité (35).

IX.4 **Synthèse des données sous forme de principes pour adapter la rééducation**

- Former une routine
    - Répétition des tâches simples
    - Tâches concrètes axées sur les gestes de la vie quotidienne nécessaires au patient
    - Environnement stable et familier
- Adaptation de l'environnement : stable, simple, équipé d'indiçage, sécurisant, apaisant, familier.
- Se concentrer sur les habiletés
- Formation des aidants, interdisciplinarité, continuité des soins
- Donner du sens pour le patient
- Ne pas permettre les erreurs
- Utiliser l'imitation
- Stimuler les sens, les émotions
- Individualiser la rééducation, s'ajuster aux ressources du patient
- Indices et consignes courts et clairs dans l'orientation
- Utiliser des stratégies de compensation (aide-mémoire, calendrier etc…)
- Associer les techniques

X. Conclusion

Dans un contexte de vieillissement de la population et de ses conséquences physiologiques sur les fonctions d'une personne, il est fort probable que la prise en charge d'un patient chuteur fasse partie du quotidien d'un kinésithérapeute. La rééducation gériatrique, très fonctionnelle, a fait ses preuves, les études montrent ses effets bénéfiques sur une population de plus en plus nombreuse.

La démence, reflétant des troubles cognitifs et notamment des troubles de la mémoire ne doit pas être un critère d'exclusion à cette rééducation. Au contraire, un patient dément peut profiter des mêmes bénéfices d'une rééducation fonctionnelle sur le plan de l'endurance et de la force musculaire. Mr B a en effet réalisé de nombreux progrès fonctionnels en diminuant son risque de chute malgré une autonomie malheureusement toujours altérée. Cependant, même si l'apprentissage d'un patient dément est aujourd'hui reconnu par la littérature malgré les détériorations irréversibles, il est important d'adapter la rééducation pour en optimiser les effets.

C'est en se nourrissant de la littérature interdisciplinaire, notamment de la neuropsychologie, de la psychologie sociale, mais aussi de la kinésithérapie, qu'on peut comprendre et maximiser cet apprentissage particulier des patients déments. Le but de ce travail était d'en extraire des principes applicables à la prise en charge kinésithérapique centrée sur les déficits fonctionnels. Il est donc essentiel de se baser sur les capacités restantes et sur des stratégies de compensation. La rééducation est axée sur la mémoire procédurale qui est longtemps préservée mais également sur la mémoire émotionnelle et sur les sens qui permettent de renforcer l'implication du patient dans la rééducation et d'installer une confiance mutuelle soignant-soigné. Pour cela, le masseur-kinésithérapeute choisira des actions très concrètes, simples, sans erreur et nécessaires à la vie quotidienne de chaque personne, qu'il renforcera par la répétition incluse dans une routine (horaires, lieux etc…). Mr B a effectivement augmenté ses performances dans des tâches qu'il a exercées durant la rééducation. Toutes les techniques exposées comme la musicothérapie, la récupération espacée, l'orientation dans la réalité, l'évocation de souvenirs anciens ont également pour but de rendre le patient impliqué et le soulager de ces troubles irréversibles et donc retrouver une autonomie minimale favorable au patient et aux aidants. L'intervention auprès des aidants a ici une place primordiale pour assurer la continuité de la rééducation dans les conditions les plus favorables. L'intervention sur l'environnement dans un but de simplification, de guidance, d'orientation, de repérage, est aussi importante. Il est donc important de combiner les différentes techniques dans le but de répondre au mieux aux capacités du patient. Finalement, une rééducation sur une courte durée est une limite préliminaire à l'obtention d'automatismes dans la vie quotidienne.

Au vu du nombre de revues systématiques et méta-analyses très récentes, on peut voir l'impact de ce syndrome sur la rééducation et les nombreuses questions qu'il soulève. La complexité de l'hétérogénéité des troubles cognitifs et donc des démences, se retrouve dans l'hétérogénéité des techniques et des protocoles proposés dans les études. Les preuves en sont difficilement récupérables. Les conclusions sont unanimes, il est maintenant primordial de faire de nouvelles études contrôlées randomisées et rigoureuses pour pouvoir instaurer une pratique basée sur la preuve.

Les nouvelles technologies peuvent-elles contribuer à améliorer la qualité de rééducation et de vie des patients déments ainsi que leur autonomie sans autant être un obstacle supplémentaire et déshumaniser l' « alliance thérapeutique »?

Bibliographie

1. HAS. Référentiel concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention. 2012.

2. Mourey F, Brika M. Le relever du sol chez des patients présentant une démence de type Alzheimer. Kinésithérapie Sci. 2014;(554):53-6.

3. Cotilleau I. Démence du sujet âgé et rééducation. 2004;449:15-21.

4. Dubois B. Démences. Doin; 2015. 556 p. (Traité de neurologie).

5. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Recommandations : Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009.

6. BART O, Dufour M, LE MESTREALLAN A. « l'homme debout » : se relever du sol. 2009.

7. Cohen J, Mourey F. Rééducation en gériatrie. Paris : éd. Lavoisier : Médecine Sciences Publications; 2014. 227 p. (Professions santé : kinésithérapie).

8. Collège national des enseignants de gériatrie. 2014. (Les référentiels des collèges).

9. Mourey F, Manckoundia P. Les démences : quels troubles de la marche ? Quelles perspectives en rééducation ? Datarevues17790123000985-8680 [Internet]. 22 janv 2009 [cité 3 sept 2015];9(85-86).

10. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2014;12(1):94-100.

11. Peterson MD, Rhea MR, Sen A, Gordon PM. Resistance exercise for muscular strength in older adults: A meta-analysis. Ageing Res Rev. juill 2010;9(3):226-37.

12. Arnold P, Bautmans I. The influence of strength training on muscle activation in elderly persons: A systematic review and meta-analysis. Exp Gerontol. oct 2014;58:58-68.

13. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. Elsevier Masson. 2005. 1065 p.

14. Puisieux F. Gériatrie. Médecine Sciences Publications - Lavoisier; 2012. 696 p. (Le livre de l'interne).

15. HAS. Recommandations de bonne pratique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. 2011.

16. Neuropsychologie et santé. Paris : Dunod; 2014. 488 p. (Montel S. Psycho Sup. Psychologie clinique).

17. Collège des enseignants de neurologie. 4e édition. Elsevier-Masson; 2016. 561 p. (Les référentiels des collèges).

18. Maeker E, Bombois S, Pardessus V, Tiberghien F, Dipompeo C, Thevenon A, et al. [Cognitive disorders and falls: experience of the Lille multidisciplinary falls service]. Rev Neurol (Paris). avr 2005;161(4):419-26.

19. D. Strubel. Démence et chutes. Ann Réadapt Méd Phys. 2001;(44):4-12.

20. Hugonot L, others. Le Mini-Mental State Examination (MM SE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. 1999;

21. HAS. Recommandations : Masso-kinésithérapie dans la conservation des capacités motrices de la personne âgée fragile à domicile. 2005.

22. Sageat M, Kammoun B, Lacroix J, Daviet JC, Mandigout S. Impact de différentes situations de double tâche sur la qualité de marche de personnes atteintes de démence. Ann Phys Rehabil Med. mai 2014;57:e174.

23. FFEPMM. Etablissement des valeurs de références françaises pour la batterie de tests « condition physique des séniors » et relations avec le niveau d'activité physique. 2009.

24. Tiedemann A, Shimada H, Sherrington C, Murray S, Lord S. The comparative ability of eight functional mobility tests for predicting falls in community-dwelling older people. Age Ageing. 20 févr 2008;37(4):430-5.

25. Puhan MA, Mador MJ, Held U, Goldstein R, Guyatt GH, Schunemann HJ. Interpretation of treatment changes in 6-minute walk distance in patients with COPD. Eur Respir J. 1 sept 2008;32(3):637-43.

26. Vellas B, Michel B, Dubois B. « Les 5 mots », épreuve simple et sensible pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer. Presse Med. 2002;31:1696-9.

27. Strubel D, Jacquot JM, Martin-Hunyadi C. Démence et chutes. /data/revues/01686054/v0044i01/0000057x/. 2001;44(1):4-12.

28. THOMAS P, LATHIÈRE P, PASSAT N, PEIX R. Bien communiquer avec un malade dément. Rev Francoph Gériatrie Gérontologie. 2008;15(148):381-8.

29. Gitlin L, Vause Earland T. Dementia (Improving quality of life in individuals with dementia : the role of nonpharmacologic approaches in rehabilitation). Int Encycl Rehabil. 2010;

30. Cocquisart L, Smagghue N, Lerayer P. Principes de la rééducation locomotrice des patients âgés qui présentent une altération des fonctions cognitives. Kinésithérapie Sci. 2001;35-7.

31. Kessels R, de Werd, Boelen, Olde Rikkert M. Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. Clin Interv Aging. sept 2013;1177.

32. Burton E, Cavalheri V, Adams R, Oakley Browne C, Bovery-Spencer P, Fenton A, et al. Effectiveness of exercise programs to reduce falls in older people with dementia living in the community: a systematic review and meta-analysis. Clin Interv Aging. févr 2015;421.

33. Chan WC, Fai Yeung JW, Man Wong CS, Wa Lam LC, Chung KF, Hay Luk JK, et al. Efficacy of Physical Exercise in Preventing Falls in Older Adults With Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. février 2015;16(2):149-54.

34. Manckoundia P, Mourey F, Pfitzenmeyer P. Marche et démences. Ann Réadapt Médecine Phys. nov 2008;51(8):692-700.

35. Cabrera E, Sutcliffe C, Verbeek H, Saks K, Soto-Martin M, Meyer G, et al. Non-pharmacological interventions as a best practice strategy in people with dementia living in nursing homes. A systematic review. Eur Geriatr Med. avr 2015;6(2):134-50.

36. Tappen RM, Roach KE, Applegate EB, Stowell P. Effect of a Combined Walking and Conversation Intervention on Functional Mobility of Nursing Home Residents With Alzheimer Disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2000;14(4):196-201.

37. Cammisuli DM, Danti S, Bosinelli F, Cipriani G. Non-pharmacological interventions for people with Alzheimer's Disease: A critical review of the scientific literature from the last ten years. Eur Geriatr Med. févr 2016;7(1):57-64.

38. Spector A, Orrell M, Goyder J. A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. Ageing Res Rev. janv 2013;12(1):354-64.

39. Padilla R. Effectiveness of Environment-Based Interventions for People With Alzheimer's Disease and Related Dementias. Am J Occup Ther. 1 sept 2011;65(5):514-22.

40. Decker L de, Annweiler C, Yvain F, Leroux P, Lermite P, Berrut G, et al. Troubles de la marche et de l'équilibre de la personne âgée de 65 ans et plus ayant une démence légère à modérée : quelle prise en charge en pratique courante ? Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2011;9(3):269-76.

41. Nehen H-G, Hermann DM. Supporting dementia patients and their caregivers in daily life challenges: review of physical, cognitive and psychosocial intervention studies. Eur J Neurol. févr 2015;22(2):246-e20.

42. MOUREY F. Marche et double tâche [Internet]. 2013. p. 83-84.

43. Rodakowski J, Saghafi E, Butters MA, Skidmore ER. Non-pharmacological interventions for adults with mild cognitive impairment and early stage dementia: An updated scoping review. Mol Aspects Med. juin 2015;43-44:38-53.

44. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B, others. Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer's or vascular type: a review. Alzheimers Res Ther. 2013;5(4):35.

45. Gould R, Liu K, Smith M, Howard R. Do Cognitive Interventions improve general cognition in Dementia?-a Meta-analysis and Meta-regression. 2015;

Sommaire des annexes

Annexe I : Facteurs de risque de chute.

Annexe II : Vulnérabilité.

Annexe III : Critères de fragilité.

Annexe IV : Recommandations HAS 2009 de la prise en charge des chutes.

Annexe V : Arbre décisionnel de l'HAS reprit par Cohen.

Annexe VI : Evaluation Gériatrique Standardisée.

Annexe VII : Timed Up and Go (initial et final).

Annexe VIII : Test Moteur Minimum (initial).

Annexe IX : Test d'anticipation posturale (initial).

Annexe X : Test Short FES-I (initial et final).

Annexe XI : Test IADL (initial).

Annexe XII : Test Moteur Minimum (final)

Annexe XIII : Test de Tinetti.

Annexe XIV : Test d'anticipation posturale (final).

Annexe XV : Test IADL (final).

Annexe XVI : Test MMS.

Annexe XVII : Test des 5 mots de Dubois.

Annexe XVIII : Test de l'horloge.

Annexe XIX : Fiche de signalement des événements indésirables

Annexe XX : Images du relevé du sol

Annexe I : Facteurs de risque de chute

Recommandations HAS 2005 : prévention des chutes accidentelles chez la PA

2/ Rechercher les facteurs de risque (grade C)

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
- Âge : plus de 80 ans - Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes - Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité - Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré - Réduction de l'acuité visuelle - Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes	- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition - Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté

Annexe II : Vulnérabilité

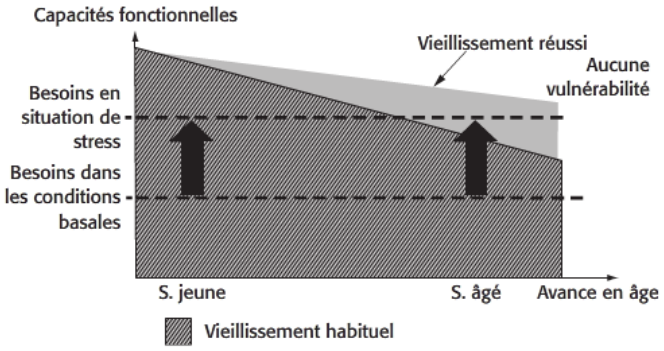


Fig. 1.4. Vieillissement réussi et vulnérabilité.
Le vieillissement réussi est caractérisé par une faible diminution des capacités fonctionnelles et par l'absence de vulnérabilité. Les problématiques de santé des sujets âgés, ayant un vieillissement réussi, sont proches de celles des adultes d'âge moyen.

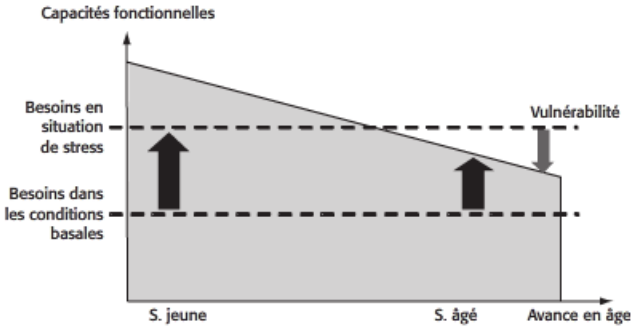


Fig. 1.1. Vieillissement et vulnérabilité.
La diminution des capacités fonctionnelles survenant au cours du vieillissement limite les réponses de l'organisme dans les situations de stress qui nécessitent la mise en jeu des capacités fonctionnelles de réserve.

Annexe III : Les critères de fragilité

La personne âgée fragile se définit par trois critères cliniques ou plus. Les critères selon Fried sont :

- la perte de poids.
- la fatigue subjective.
- le faible niveau d'activité physique.
- la diminution de la vitesse de marche (inférieur à 0,65m/s).
- la diminution de la force de préhension

5 Quelles sont les interventions permettant de prévenir la récidive des chutes et leurs complications chez une personne âgée faisant des chutes répétées ?

R17. **Il est recommandé de proposer une évaluation multifactorielle, première étape de toute démarche visant à prendre en charge une personne âgée qui fait des chutes répétées. Cette évaluation doit reposer sur l'utilisation de tests validés et standardisés.**

R18. **Il est recommandé de proposer à toute personne faisant des chutes répétées, quel que soit son lieu de vie, une intervention associant plusieurs axes de prise en charge qui sont (grade C) :**

- la révision si possible de la prescription des médicaments, si la personne prend un médicament associé au risque de chute et/ou si la personne est polymédicamentée ;
- la correction ou le traitement des facteurs prédisposants ou précipitants modifiables (incluant les facteurs environnementaux de risque de chute) ;
- le port des chaussures à talons larges et bas (2 à 3 cm), à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut ;
- la pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique ;
- un apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 gramme par jour ;
- l'utilisation d'une aide technique à la marche adaptée au trouble locomoteur identifié ;
- la correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI.

R19. **En cas d'ostéoporose avérée, il est recommandé de débuter un traitement anti-ostéoporotique[2].**

R20. **L'éducation de la personne âgée faisant des chutes répétées et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge.**

R21. **Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un intérêt des protecteurs de hanche pour la prévention des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, en raison, principalement, d'une mauvaise acceptabilité du dispositif et d'une mauvaise observance sur le long terme[3].**

R22. **Lors d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie** incluant :

- un travail de l'équilibre postural statique et dynamique ;
- un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs (grade C).

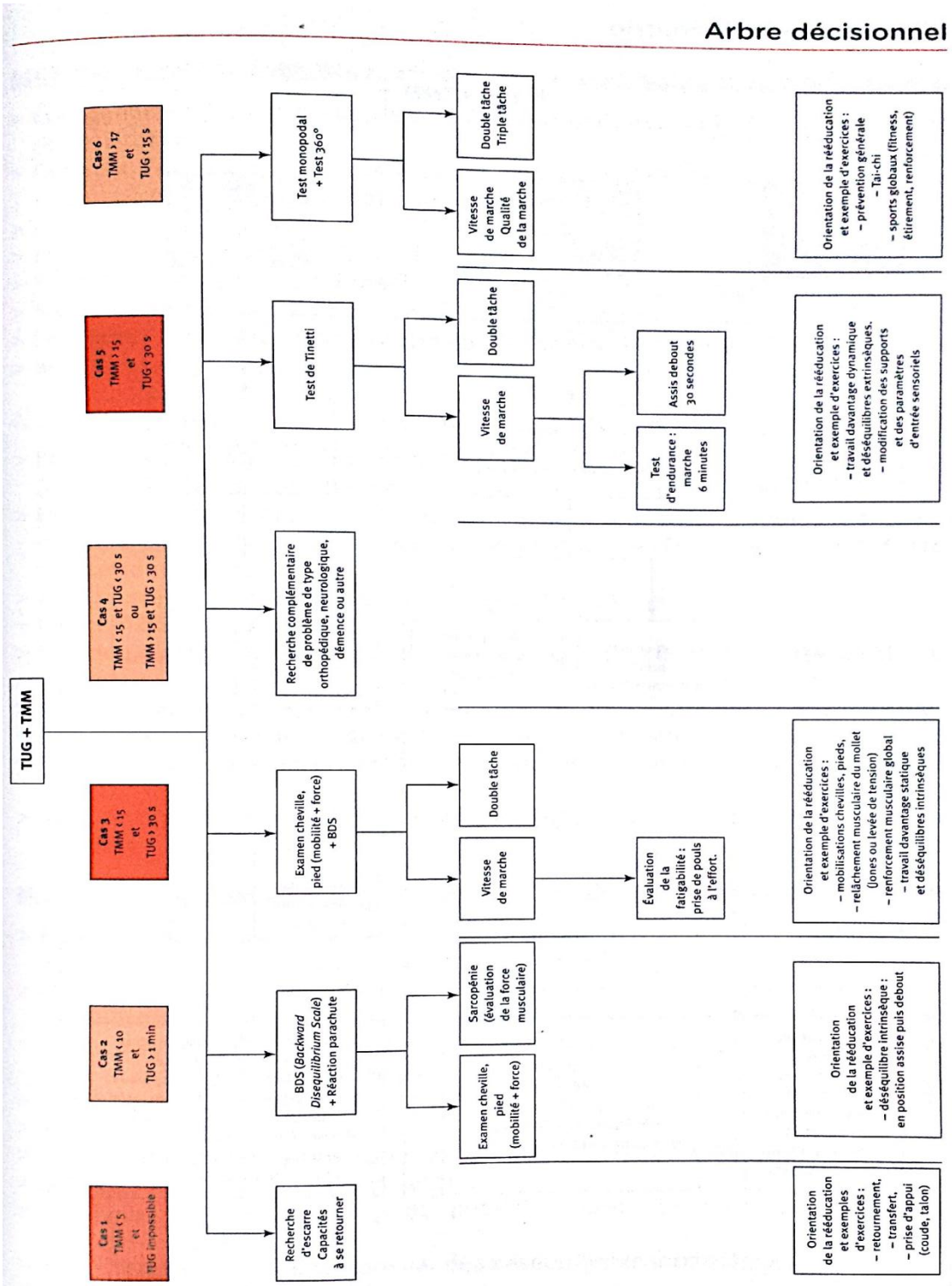
D'autres techniques, incluant la stimulation des afférences sensorielles ou l'apprentissage du relevé du sol, peuvent être aussi proposées.

Ces interventions peuvent impliquer d'autres professionnels de la rééducation, tels que les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

Ces pratiques doivent être régulières avec des exercices d'intensité faible à modérée (grade C).

R23. **Il est recommandé de poursuivre des exercices en autorééducation, entre et après les séances, encadrés par un professionnel, afin de prolonger les acquis de la rééducation dans la vie quotidienne (grade C).**

Annexe V : Arbre décisionnel de l'HAS reprit par Cohen



UGECAM Résidence de Kérampir	Domaine d'application Evaluation gériatrique standardisée	Rédacteurs ML GAGNON H ASSAEL A PAUGAM
Date de création : juin 2012	OPC. E.05.60.01	Destinataires SSR

EVALUATION GERIATRIQUE STANDARDISEE

Etiquette patient :

Date :
Chambre :

1. Pathologies

- Motif d'entrée :
- Antécédents :

2. Traitements

3. Marche et équilibre

- Antécédents de chute :
- Recherche d'instabilité posturale :
- Test unipodal :
- Test « up and go » :

4. Fonctions cognitives

- MMS :
- Test de l'horloge :
- Test des 5 mots de Dubois :

5. Thymie

6. Etat nutritionnel

- MNA :
- Albumine :
- Indice de Masse Corporelle :

UGECAM Résidence de Kérampir	Domaine d'application Evaluation gériatrique standardisée	Rédacteurs ML GAGNON H ASSAEL A PAUGAM
Date de création : juin 2012	OPC. E.05.60.01	Destinataires SSR

7. Fonctions sensorielles

- Audition :
- Vue :
- Appareillage :

8. Continence

- Urinaire :
- Fécale :
- Appareillage :

9. Autonomie

- Echelle d'activité instrumentale de la vie courante (IADL):

10. Evaluation sociale

- Situation actuelle :
- Entourage :
- Projet :
- Démarches en cours :

Annexe VII : Timed Up and Go (initial et final)

Annexe 2. Timed get up and go test

Ce test est particulièrement utilisé chez les sujets âgés fragiles pour le suivi de la rééducation.

Modalités :

- chaussage habituel ;
- éventuelle aide à la marche ;
- il est demandé au patient de se lever d'un fauteuil, de marcher sur une distance de 3 m de faire demi-tour et de revenir s'asseoir ;
- le test est chronométré.

Une valeur > 30 secondes signe un niveau de dépendance élevé.

Une valeur seuil de normalité à 12 secondes peut être utilisée pour la prescription de la rééducation et d'une aide technique à la marche.

D'après : Gérontologie pour le praticien. Paris: Masson; 2003 (104)

30/03/15 : 32 sec (peur, s'agrippe)
16/04/15 : 23 sec

Annexe VIII : Test Moteur Minimum (initial).

EVALUATION DES RISQUES DE CHUTES

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Examinateur : MK stagiaire
Date : 30/03/15

TEST MOTEUR MINIMUM

DECUBITUS

- Se tourne sur le côté : ..... (1)
- S'assied au bord de la table d'examen : ..... (1)

POSITION ASSISE

- Equilibre assis normal (absence de rétropulsion) : ..... (1)
- Incline le tronc en avant : ..... (1)
- Se lève de la table d'examen : ..... (1)

POSITION DEBOUT

- Possible : ..... (1)
- Sans aide humaine ou matérielle : ..... (1)
- Station bipodale yeux fermés : ..... (1)
- Station unipodale avec appui : ..... (1)
- Equilibre statique normal (absence de rétropulsion) : ..... (0) +/- Parkinsonien
- Réactions d'adaptation posturale : ..... (1)
- Réactions parachute :
  - Membres supérieurs avant : ..... (1)
  - Membres inférieurs avant : ..... (0)
  - Membres inférieurs arrière : ..... (0)

MARCHE

- Possible : ..... (1)
- Sans aide humaine ou matérielle : ..... (0)
- Déroulement du pied au sol : ..... (0)
- Absence de flexum du genou : ..... (1)
- Equilibre dynamique normal (absence de rétropulsion) : ..... (0)
- Demi-tour harmonieux : ..... (0)

TOTAL = 13,5 **/20**

- N'a pas chuté (au cours des 6 mois précédents) : ..... (0)
- Peut se relever du sol : ..... (0)

N.B. : *comment remplir le questionnaire ?*
oui = 1 ; non = 0

Page 1

Annexe IX : Test d'anticipation posturale (initial).

Annexe 5. Tests d'Anticipation Posturale

Capacité à anticiper les déséquilibres en position debout

Test 1. Monter sur la pointe des pieds

Anticipation attendue : se pencher en avant

Normal	Essaye, mais instable	Se rejette violemment en arrière, risque de chute	Chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

Test 2. Soulever un pied

Anticipation attendue : déplacer le bassin latéralement

Normal	Essaye, mais instable	Dépasse l'équilibre et risque la chute	Chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

Test 3. Se pencher en avant

Anticipation attendue : recul du bassin

Normal	Amorce le recul mais gêné par la douleur du dos	Tente de se pencher en avant mais instable	Mouvement soudain, chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

SOURCE : www.afrek.com

Annexe X : Test Short FES-I (initial et final).

30/03/15

Short FES-I en version française

	Pas du tout inquiet 1	Un peu inquiet 2	Assez inquiet 3	Très inquiet 4
Vous habiller et vous déshabiller	1 ☒	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Prendre une douche ou un bain	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	1 ☐	2 ☐	3 ☒	4 ☐
Monter ou descendre les escaliers	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
Descendre ou monter une pente	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre une association)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
	~~1 ☐~~	~~2 ☐~~	~~3 ☐~~	~~4 ☐~~

13/28

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité, répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude si vous réalisiez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

Kempen, *Age Aging* 2008
version française du Pr Chantal Piot-Ziegler

17/04/15

Short FES-I en version française

	Pas du tout inquiet 1	Un peu inquiet 2	Assez inquiet 3	Très inquiet 4
Vous habiller et vous déshabiller	1 ☒	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Prendre une douche ou un bain	1 ☐	2 ☐	3 ☒	4 ☐
Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Monter ou descendre les escaliers	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
Descendre ou monter une pente	1 ☐	2 ☐	3 ☒	4 ☐
Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre une association)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
	~~1 ☐~~	~~2 ☐~~	~~3 ☐~~	~~4 ☐~~

15/28

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité, répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude si vous réalisiez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

Kempen, *Age Aging* 2008
version française du Pr Chantal Piot-Ziegler

Annexe XI : Test IADL (initial).

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM Soigner, protéger, transmettre la santé sans préjugés KERAMPIR - BOHARS	Domaine d'application Evaluation gériatrique	Rédacteurs Me GAGNON Me ASSAEL Me PAUGAM Me MINGANT
Date de création : juin 2012	Code d'identification OPC.E.05.60.05	

ECHELLE D'ACTIVITE INSTRUMENTALE DE LA VIE COURANTE

Etiquette patient :
Date : 26/03/15

Date :

1. HYGIENE CORPORELLE
. Autonomie : 1
. Aide : 1/2
. Dépendant(e) : 0

2. HABILLAGE
. Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage : 1
. Autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser : 1/2
. Dépendant(e) : 0
aide partielle

3. ALLER AUX TOILETTES
. Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite : 1
. Besoin d'être accompagné(e) ou besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller : 1/2
. Ne peut aller aux toilettes seul(e) : 0 (protection, sonne ...)

4. LOCOMOTION
. Autonomie : 1
. Besoin d'aide : 1/2
. Grabataire : 0

5. CONTINENCE
. Continent(e) : 1
. Incontinence occasionnelle : 1/2
. Incontinent(e) : 0

6. REPAS
. Mange seul(e) : 1
. Besoin d'aide pour couper la viande ou peler les fruits : 1/2
. Dépendant(e) : 0

TOTAL : 2,5 /6

Annexe XII : Test Moteur Minimum (final)

EVALUATION DES RISQUES DE CHUTES

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Examinateur : MK stagiaire
Date : 17/04/15

TEST MOTEUR MINIMUM

DECUBITUS

- Se tourne sur le côté : ..... (1)
- S'assied au bord de la table d'examen : ..... (1)

POSITION ASSISE

- Equilibre assis normal (absence de rétropulsion) : ..... (1)
- Incline le tronc en avant : ..... (1)
- Se lève de la table d'examen : ..... (1)

POSITION DEBOUT

- Possible : ..... (1)
- Sans aide humaine ou matérielle : ..... (1)
- Station bipodale yeux fermés : ..... (1)
- Station unipodale avec appui : ..... (1)
- Equilibre statique normal (absence de rétropulsion) : ..... (1)
- Réactions d'adaptation posturale : ..... (1)
- Réactions parachute :
  - Membres supérieurs avant : ..... (1)
  - Membres inférieurs avant : ..... (1)
  - Membres inférieurs arrière : ..... (1)

MARCHE

- Possible : ..... (1)
- Sans aide humaine ou matérielle : ..... (1)
- Déroulement du pied au sol : ..... (1)
- Absence de flexum du genou : ..... (1)
- Equilibre dynamique normal (absence de rétropulsion) : ..... (0)
- Demi-tour harmonieux : ..... (0)

TOTAL = 18 **/20**

- N'a pas chuté (au cours des 6 mois précédents) : ..... (0)
- Peut se relever du sol : ..... (0)

N.B. : *comment remplir le questionnaire ?*
oui = 1 ; non = 0

Page 1

Annexe XIII : Test de Tinetti.

L'ÉQUILIBRE	Évaluation de Tinetti de l'équilibre et de la démarche		
1. **Équilibre en position assise**	• S'incline ou glisse sur la chaise • Stable, sûr	→ 0 → 1	1
2. **Lever**	• Incapable sans aide • Capable mais utilise les bras pour s'aider • Capable sans utiliser les bras	→ 0 → 1 → 2	1
3. **Essaie de se relever**	• Incapable sans aide • Capable mais nécessite plus d'une tentative • Capable de se lever après une seule tentative	→ 0 → 1 → 2	2
4. **Équilibre en position debout** (5 premières mn)	• Instable (titube, bouge les pieds, présente un balancement accentué du tronc) • Stable mais doit utiliser un déambulateur ou une canne ou saisir d'autres objets en guise de support • Stable en l'absence d'un déambulateue d'une canne ou d'un autre support	→ 0 → 1 → 2	2
5. **Équilibre en position debout**	• Instable • Stable avec un polygone de sustentation large (distance entre la partie interne des talons > 10 cm) ou utilise une canne, un déambulateur, ou un autre support • Polygone de sustentation étroit sans support	→ 0 → 1 → 2	2
6. **Au cours d'une poussée** (sujet en position debout avec les pieds rapprochés autant que possible : pousser 3 fois légèrement le sternum du patient)	• Commence à tomber • Chancelle, s'agrippe, mais maintient son équilibre • Stable	→ 0 → 1 → 2	1
7. **Les yeux fermés** (même position que en 6)	• Instable • Stable	→ 0 → 1	1
8. **Rotation 380°**	• Pas discontinus • Pas continus • Instable (s'agrippe, chancelle) • Stable	→ 0 → 1 → 0 → 1	1
9. **S'asseoir**	• Hésitant (se trompe sur la distance, tombe dans la chaise) • Utilise les bras ou le mouvement est brusque • Stable, mouvement régulier	→ 0 → 1 → 2	1
LA MARCHE		**Score de l'équilibre / 16**	13
10. **Initiation à la marche** (immédiatement après l'ordre de marcher)	• S'incline ou glisse sur la chaise • Stable, sûr	→ 0 → 1	1
11. **Longueur et hauteur du pas** - Balancement du pied droit	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui gauche • Le pas dépasse le pied d'appui gauche • Le pied droit ne quitte pas complètement le plancher • Le pied droit quitte complètement le plancher	→ 0 → 1 → 0 → 1	0 1
- Balancement du pied gauche	• Le pas ne dépasse pas le pied d'appui droit • Le pas dépasse le pied d'appui droit • Le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher • Le pied gauche quitte complètement le plancher	→ 0 → 1 → 0 → 1	0 1
12. **Symétrie des pas**	• Inégalité entre la longueur des pas du pied droit et gauche • égalité des pas du pied droit, et gauche	→ 0 → 1	0
13. **Continuité des pas**	• Arrêt ou discontinuité des pas • Continuité des pas	→ 0 → 1	0
14. **Trajectoire** (estimée par rapport à un carreau de 30 cm observer le mouvement des pieds sur environ 3 m de trajet)	• Déviation marquée • Déviation légère ou modérée ou utilise un déambulateur • Marche droit sans aide	→ 0 → 1 → 2	1
15. **Tronc**	• Balancement marqué ou utilisation d'un déambulateur • Sans balancement mais avec flexion des genoux ou du dos • Sans balancement, sans flexion, sans utilisation des bras et	→ 0 → 1 → 2	1
16. **Attitude pendant la marche**	• Talons séparés • Talons presque se touchant pendant la marche	→ 0 → 1	1
Plus le score est bas, plus le trouble est sévère Un score total < 26 indique habituellement un problème ; et si < 19, risque de chutes augmenté de 5 fois		**Score de la marche / 12** **Score total (équilibre + marche) / 28**	6 19

Annexe XIV : Test d'anticipation posturale (final).

Annexe 5. Tests d'Anticipation Posturale

Capacité à anticiper les déséquilibres en position debout

Test 1. Monter sur la pointe des pieds

Anticipation attendue : se pencher en avant

Normal	Essaye, mais instable	Se rejette violemment en arrière, risque de chute	Chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

Test 2. Soulever un pied

Anticipation attendue : déplacer le bassin latéralement

Normal	Essaye, mais instable	Dépasse l'équilibre et risque la chute	Chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

Test 3. Se pencher en avant

Anticipation attendue : recul du bassin

Normal	Amorce le recul mais gêné par la douleur du dos	Tente de se pencher en avant mais instable	Mouvement soudain, chute évitée par l'observateur
0	1	2	3

SOURCE :

Annexe XV : Test IADL (final)

GROUPE UGECAM Bretagne Pays de la Loire — Soigner, rééduquer, reinsérer la santé sans préjugés — KERAMPIR - BOHARS	Domaine d'application Evaluation gériatrique	Rédacteurs Me GAGNON Me ASSAEL Me PAUGAM Me MINGANT
Date de création : juin 2012	Code d'identification OPC.E.05.60.05	

ECHELLE D'ACTIVITE INSTRUMENTALE DE LA VIE COURANTE

Etiquette patient :
Date : 16/04/15 Date :

1. HYGIENE CORPORELLE
. Autonomie : 1
(Aide : 1/2)
. Dépendant(e) : 0

2. HABILLAGE
. Autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage : 1
(Autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais besoin d'aide pour se chausser : 1/2)
. Dépendant(e) : 0

3. ALLER AUX TOILETTES
. Autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller ensuite : 1
. Besoin d'être accompagné(e) ou besoin d'aide pour se déshabiller ou se rhabiller : 1/2
(Ne peut aller aux toilettes seul(e) : 0) (retrouvé plusieurs fois aux toilettes, souillé, désorientée)

4. LOCOMOTION
. Autonomie : (1) se déplace seul mais désorienté, chutes ...
. Besoin d'aide : 1/2
. Grabataire : 0

5. CONTINENCE
. Continent(e) : 1
. Incontinence occasionnelle : 1/2
(Incontinent(e) : 0)

6. REPAS
(Mange seul(e) : 1)
. Besoin d'aide pour couper la viande ou peler les fruits : 1/2
. Dépendant(e) : 0

TOTAL : 3 / 6

Annexe XVI : Test MMS.

Feuille d'évaluation du MMSE (version consensuelle GRECO)*

CACHET DU MEDECIN

Date. 17/04/15 Nom..... Prénom.....

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.

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.

Temporelle

1 En quelle année sommes nous ? 0 — Coter 0 ou 1
2 . En quelle saison ? 0
3 En quel mois ? 0
4 Quel jour du mois ? 1 "milieu du mois"
5 . Quel jour de la semaine ? 0

Sous total 1 /5

Spatiale

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

6 Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? 0 — Coter 0 ou 1
7 . Dans quelle ville se trouve-t-il ? 0 "Sait"
8 Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 1
9 Dans quelle province ou région est situé ce département ? 1
10 A quel étage sommes-nous ici ? 0 (il se croit chez lui)

Sous total 2/5

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.

11 Cigare 1
12 Fleur 1
11 Porte 1
Répétez les 3 mots

Sous total 3/3

ATTENTION ET CALCUL

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

14 100 - 7 = 93 1
15 93 - 7 = 86 1
16 86 - 7 = 79 1
17 79 - 7 = 72 0 (il croyait : -6)
18 72 - 7 = 65 0

Sous total 3/5

Pour tous les sujets même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points demander, "voulez-vous épeler le mot "monde" à l'envers ?" : ednom

Ce chiffre ne doit pas figurer dans le score global 0

RAPPEL

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

19 Cigare 0
20 Fleur 0
21 Porte 0
Répétez les 3 mots

Sous total 0/3

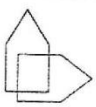
LANGAGE

22 Montrer un crayon. "Quel est le nom de cet objet ?" 1
23 Montrer votre montre. "Quel est le nom de cet objet ?" 1
24 Ecoutez bien et répétez après moi: "pas de mais, ni de si, ni de et." 1
25 Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet, en lui disant: "écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :"
prenez cette feuille de papier avec la main droite" 1
26 "pliez la en 2" 1
27 "et jetez la par terre" 1
28 Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères "fermez les yeux" et lui dire. "faites ce qui est écrit." 1
29 Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant
"voulez vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière ?" 1

Sous total 8/8

PRAXIES CONTRUCTIVES

30 Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander
"voulez vous recopier ce dessin ?" 0



Sous total 0/1

SCORE TOTAL (0 à 30) : 17 /30

* 1975, 1998 Mini mental LLC used by permission

3

UGECAM
KERAMPIR - BOHARS

Domaine d'application : Evaluation gériatrique

Rédacteurs : A Paugam, H Assael, B Mingard, ML Gagnon, Destinataire

Date de création : 20/09/2012

Code d'identification : GPG E 05 60 06

TEST DE DUBOIS - EPREUVE DES 5 MOTS
CONSIGNES

Dire au sujet : « *je vais vous faire passer un test de mémoire* »

MONTRER LA LISTE

1. Faire lire la liste au patient :
« Lisez cette liste de mots à voix haute et essayez de les retenir. je vous les redemanderai tout à l'heure »

2. Interroger le patient :
« Pouvez vous me dire tout en regardant la liste. quel est le nom de la boisson. l'ustensile de cuisine. le véhicule. le bâtiment. l'insecte ? »

Musée
Limonade
Sauterelle
Passoire
Camion

RETOURNER LA LISTE

3. Interroger à nouveau le patient :
« Pouvez-vous me redonner les mots que vous venez de lire »

4. Pour les mots non rappelés (et seulement pour ceux-ci) demander :
« Quel était le nom de ..... ? »
(En fournissant l'indice correspondant)

5. Compter le nombre de bonnes réponses = score d'APPRENTISSAGE

Si score = 5	Si Score < 5
L'enregistrement a été effectif ➔ passer à l'étape 6	**REMONTRER LA LISTE** et indiquer du doigt les mots non rappelés Puis **RETOURNER LA LISTE** et redemander au patient les mots non rappelés en réponse à leurs indices

6. Poursuivre / Faire d'autres tests
Il s'agit d'occuper le patient quelques minutes avant de demander la rappel différé.
En profiter pour faire passer le **test de l'horloge**

7. Interroger à nouveau le patient :
« Pouvez-vous me redonner les 5 mots »
Pour les mots non rappelés demander :
« Quel était le nom de ..... ? »
(En fournissant l'indice correspondant)
8. Compter le nombre de réponses = score de MEMOIRE

UGECAM
KERAMPIR - BOHARS

Domaine d'application : Evaluation gériatrique

Rédacteurs : A Paugam, H Assael, B Mingard, ML Gagnon, Destinataire

Date de création : 20/09/2012

Code d'identification : GPG E 05 60 06

APPRENTISSAGE (Rappel immédiat)	MEMOIRE (Rappel différé)
Boisson : **Limonade** Ustensile de cuisine : **Passoire** Véhicule : **Camion** Bâtiment : **Musée** Insecte : **Sauterelle**	
Score 3 / 5 (0/5 sans indice)	Score 3 / 5 (0/5 sans indice)
Score Global 6 / 10 (somme des 2 scores)	

9/ Interprétation des résultats :

C'est le total : score d'apprentissage+score de mémoire qui doit être égal à 10.
Il existe un trouble de la mémoire dès qu'un mot a été oublié.

Si le **rappel libre est diminué mais les indices sont efficaces**, on se trouve devant un patient ayant un trouble **sans syndrome mnésique**. Ce trouble peut être due aux médicaments, à une dépression, au vieillissement normal ou à une démence sous corticale ou frontale.
Si le **rappel libre est diminué et que les indices sont peu efficaces** cela signifie que l'information n'a pas été stockée et que l'on se trouve face à un patient atteint de la maladie d'**Alzheimer**.

UGECAM KERAMPIR - BOHARS	Domaine d'application Evaluation gériatrique Test de l'horloge	Rédacteurs : ML Gagnon H Assaël A Paugam B Mingant
Date de création : 22/06/2012	Code d'identification : OPC.E.05.60.04	Destinataire :

TEST DE L'HORLOGE

1/ Objectifs :

Le test de l'horloge explore différentes fonctions de la mémoire parmi lesquelles les praxies et l'orientation temporo-spatiale.
Il s'effectue en 4 ou 5 minutes environ.

2/ Mise en Œuvre

On présente au patient un cercle avec un point central en lui précisant qu'il représente le cadran d'une montre ou d'une horloge.

On lui demande de positionner les chiffres correspondant aux heures.

On lui demande ensuite de représenter une heure précise : 10 heures 20 sans préciser qu'il faut dessiner des aiguilles.

3/Interprétations des résultats :

Compter un point pour chaque item exact

-Les chiffres de 1 à 12 sont présents 0 (a voulut mettre un 13 à la place du 1 → aide)
-Les chiffres sont placés dans le bon ordre 1
-Les chiffres sont bien positionnés 0 (il s'en rend compte : "pas positionné vraiment en cercle")
-Les deux aiguilles sont dessinées 0
-L'aiguille indiquant l'heure est bien positionnée 0
-L'aiguille indiquant les minutes est bien positionnée 0
-Les tailles différentes des deux aiguilles sont respectées et exactes 0

Le score normal est de 7 sur 7 → 1 / 7

Un point perdu reflète une anomalie qui nécessite un bilan plus complet.

Le test présente une bonne sensibilité de détection de démence mais n'est pas spécifique de la maladie d'Alzheimer.

PS : Mr B arrive à lire sa montre.

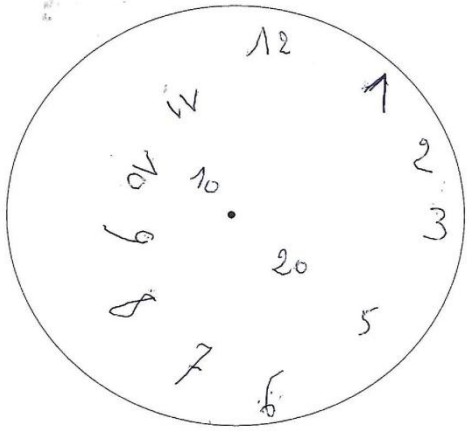
1

UGECAM KERAMPIR - BOHARS	Domaine d'application Evaluation gériatrique Test de l'horloge	Rédacteurs : ML Gagnon H Assaël A Paugam B Mingant
Date de création : 22/06/2012	Code d'identification : OPC.E.05.60.04	Destinataire :

Etiquette patient :

Date : 17/04/15.

Numéro de chambre :



Annexe XVIII : Test de l'horloge.

Annexe XIX : Fiche de signalement des événements indésirables

GROUPE BRETAGNE PAYS DE LA LOIRE UGECAM Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés **Résidence Kérampir**	Domaine d'application ***MANAGEMENT ET QUALITE***	Rédacteurs *Marie Hélène LE FUR* Christine PETTON
Date de création : *21/09/2001* Date de révision : *23/03/2012*	Code d'identification *MAQ.E.04.04.UGE* *Version n°03*	Destinataires *Tous les services*

FICHE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Destiné au RAQ

N° PROCEDURE :
GRAVITE : 1.2.3.4.5

Date : 10/04/2015 **Unité :** SSR

Fonction du déclarant : Stagiaire kiné + kiné

Que s'est-il passé ?: Chutes régulières de Mr Bec la nuit après levé du lit. Patient avec des troubles cognitifs et de l'équilibre

Qu'avez-vous fait pour corriger immédiatement l'anomalie ?

Prévenue IDE et médecin.
Proposition: prévoir un lit gériatrique pour éviter qu'il se lève de son lit ou qu'il chute

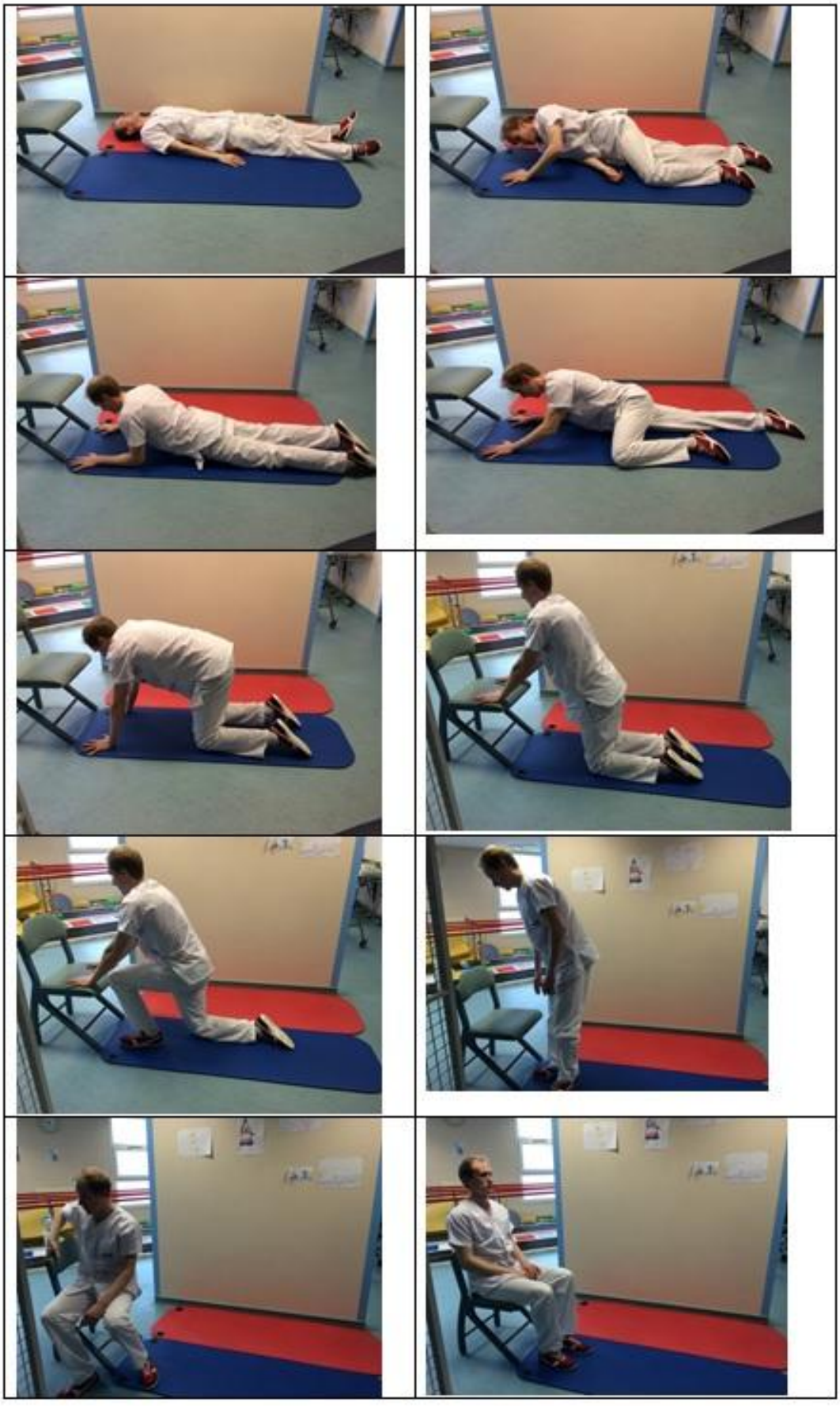
Réponse CODIR

☐ **A transmettre au CREX**

Vous devez remettre cette fiche au Cadre de Santé qui la transmettra au Référent Qualité pour analyse.
Merci de votre coopération.

1/1

Annexe XX : Images du relevé du sol



BRETON ARNAUD

La rééducation post-chute d'un patient dément

Abstract :

Dementia and fall are two common phenomena in the physiotherapy care due to increasing life expectancy and therefore aging of the population. Memory problems and orientation of Mr B during his post-fall rehabilitation participated in the development of following question. How to adapt the therapy to prevent the risk of falling from a dementia patient? Comparing the literature with the support of Mr B who has reduced his risk of falling, principles emerged. Rehabilitation is based on the longest preserved capabilities: procedural memory and emotional memory. The combination of non-pharmacological interventions allows to customize rehabilitation to optimize learning. The approach centered on the person and compensation strategies should not exclude interdisciplinarity that allows the maintenance of progress in an environment that is also a tool available to the physiotherapist. Despite the complexity and heterogeneity of this syndrome, future methodologically rigorous studies are required to develop practical recommendations based on the evidence.

Résumé :

La démence et la chute sont deux phénomènes courants dans la prise en charge kinésithérapique du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et donc du vieillissement de la population. Les troubles de mémoire et de l'orientation de Mr B lors de sa prise en charge post-chute ont participé à l'élaboration d'un questionnement. Comment adapter la rééducation pour prévenir le risque de chute d'un patient dément ? En comparant la littérature avec la prise en charge de Mr B qui a vu son risque de chute diminuer, des principes en sont ressortis. La rééducation se base sur les capacités les plus longtemps préservées qui sont la mémoire procédurale et la mémoire émotionnelle. La combinaison des interventions non pharmacologiques permet de personnaliser la rééducation pour optimiser l'apprentissage. L'approche centrée sur la personne et sur des stratégies de compensation ne doit pas exclure l'interdisciplinarité qui permet le maintien des progrès dans un environnement qui est également un outil à disposition du masseur-kinésithérapeute. Malgré la complexité et l'hétérogénéité de ce syndrome, de futures études méthodologiquement rigoureuses devront permettre d'élaborer des recommandations de pratique basées sur la preuve.

KEY WORDS : Dementia, fall, procedural memory, non-pharmacological interventions, implicit learning

MOTS CLES : Démence, chute, mémoire procédurale, interventions non-pharmacologiques, apprentissage implicite

INSTITUT DE FORMATION MASSEURS KINESITHERAPEUTES :

22 avenue Camille Desmoulins

29238 BREST CEDEX 3

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année 2013-2016