

Université TOULOUSE

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Institut de Formation en Psychomotricité

**La place de la psychomotricité  
en Unité Cognitivo-Comportementale :  
Création d'un outil d'évaluation adapté**

**BOUR Marie-Ange**

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricienne**

- Juin 2011 -

## Remerciements

---

Un remerciement particulier à Sabrina GUITARD, mon maître de mémoire, pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci au Docteur VOISIN pour m'avoir permis de réaliser ce stage à l'Unité Cognitivo-Comportementale de Toulouse. Merci à l'ensemble du personnel médical et paramédical, et plus particulièrement à Joëlle et Thierry.

Je tiens également à remercier l'ensemble des patients de l'UCC de m'avoir permis de mettre à l'épreuve l'outil d'évaluation créé.

Merci à tous ceux et celles qui, par nos différentes conversations, m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Enfin, un remerciement particulier à Michel, pour son soutien durant ces trois années d'études, et tout particulièrement durant cette dernière année.

# Sommaire

---

Introduction .....	6
Partie théorique .....	7
<b>I. <u>La personne âgée démente</u></b> .....	<b>8</b>
<b>1. <u>Une population vieillissante</u></b> .....	<b>8</b>
<b>2. <u>Généralités sur la démence</u></b> .....	<b>8</b>
a) Une classification selon la localisation .....	8
b) La localisation des grandes fonctions cognitives et neuropsychologiques .....	10
c) Le diagnostic de démence .....	10
d) Les différents stades de la démence .....	12
<b>3. <u>La démence de type Alzheimer ou maladie d'Alzheimer</u></b> .....	<b>13</b>
a) Deux dénominations pour une même pathologie .....	13
b) Epidémiologie .....	14
c) Les facteurs génétiques .....	14
d) Les autres facteurs de risque et de prévention .....	15
e) Anatomopathologie de la maladie d'Alzheimer.....	15
f) Les signes cliniques .....	16
<b>4. <u>Les autres démences</u></b> .....	<b>18</b>
a) La démence à corps de Lewy .....	19
b) La démence vasculaire .....	20
c) Les démences fronto-temporales.....	21
d) La démence parkinsonienne.....	22
e) La paralysie progressive supranucléaire .....	22
f) La chorée de Huntington .....	23
g) Récapitulatif des démences .....	23
<b>II. <u>La personne âgée en Unité Cognitivo-Comportementale</u></b> .....	<b>24</b>
<b>1. <u>Le Plan Alzheimer</u></b> .....	<b>24</b>
<b>2. <u>Les Unités Cognitivo-Comportementales</u></b> .....	<b>25</b>

<b>3. <u>L'Unité Cognitivo-Comportementale de Toulouse</u></b> .....	<b>26</b>
<b>4. <u>Les symptômes psychocomportementaux</u></b> .....	<b>28</b>
<b>III. <u>La psychomotricité en Unité Cognitivo-Comportementale</u></b> .....	<b>32</b>
<b>1. <u>L'évaluation de la personne âgée en UCC</u></b> .....	<b>32</b>
<b>2. <u>Une population spécifique, des conditions d'évaluation spécifiques</u></b> .....	<b>34</b>
a) Les Groupes Iso-Ressources .....	<b>34</b>
b) Des conditions de passation spécifiques .....	<b>35</b>
<b>Partie pratique</b> .....	<b>37</b>
<b>I. <u>Les outils d'évaluation de la personne âgée</u></b> .....	<b>38</b>
<b>1. <u>L'équilibre et les coordinations générales</u></b> .....	<b>38</b>
<b>2. <u>Les praxies</u></b> .....	<b>40</b>
<b>3. <u>La motricité manuelle</u></b> .....	<b>42</b>
<b>4. <u>L'attention</u></b> .....	<b>42</b>
<b>5. <u>Les bilans</u></b> .....	<b>43</b>
<b>6. <u>Conclusion</u></b> .....	<b>43</b>
<b>II. <u>Création d'un outil d'évaluation adapté aux patients</u></b> <b>    <u>en Unité Cognitivo-Comportementale</u></b> .....	<b>44</b>
<b>1. <u>Pourquoi une évaluation spécifique ?</u></b> .....	<b>44</b>
<b>2. <u>Présentation de l'outil d'évaluation</u></b> .....	<b>45</b>

<b><u>3. Construction de l'outil</u></b> .....	<b>47</b>
a) Communication .....	47
b) Orientation spatiale .....	47
c) Orientation temporelle .....	48
d) Equilibre statique .....	48
e) Coordinations dynamiques .....	49
f) Motricité manuelle.....	50
g) Motricité fine des membres inférieurs .....	50
h) Praxies visuoconstructives .....	51
i) Praxies idéatoires .....	52
j) Mémoire procédurale .....	52
k) Praxies idéomotrices .....	53
l) Planification .....	53
m) Gnosies.....	54
n) Schéma corporel.....	54
o) Tonus.....	55
p) Sensorialité.....	55
<b>III. <u>Etudes de cas</u></b> .....	<b>56</b>
<b>1. <u>Etude de cas de Mme C</u></b> .....	<b>56</b>
<b>2. <u>Etude de cas de Mr P</u></b> .....	<b>63</b>
<b>Discussion</b> .....	<b>69</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>72</b>
<b>Bibliographie – Sitographie</b> .....	<b>73</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>75</b>
<b>Carnet d'évaluation</b> .....	<b>76</b>

## Introduction

---

Les démences, quelles soient de type Alzheimer ou apparentées, ont toujours fait partie des pathologies du vieillissement. Cependant, avec l'augmentation de l'espérance de vie, la prévalence des démences dans la population a elle aussi augmentée. La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui la principale cause de démence. Un plan d'envergure nationale a été mis en place pour répondre au besoin de diagnostic et de prise en charge des patients atteints d'une maladie d'Alzheimer.

Dans ce cadre, des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) ont été créées afin de prendre en charge des patients atteints d'une démence modérément sévère à sévère et présentant des troubles psychocomportementaux devenus trop envahissants. L'UCC est une structure transitoire qui a pour objectif la prise en charge des troubles du comportement afin de permettre le retour dans le lieu de vie initial. L'intérêt de la psychomotricité auprès des personnes âgées démentes a déjà été démontré. Mais quelle peut donc être la place de la psychomotricité dans ces structures, si spécifiques en termes de population et de durée d'hospitalisation ?

La place du psychomotricien envisagée en UCC repose sur l'évaluation. Il s'agirait de mettre à profit le temps d'hospitalisation pour réaliser un bilan psychomoteur du patient. Cependant, la spécificité de la population, en termes de troubles, nécessite une évaluation adaptée. Il est nécessaire de mettre en perspective les tests et bilans existants afin de déterminer dans quelle mesure ils sont applicables à la population présente en Unité Cognitivo-Comportementale.

La partie théorique fait le point sur les différentes démences et présente les Unités Cognitivo-Comportementales. La partie théorique expose les différents tests et bilans existants et détaille le contenu de l'outil d'évaluation créé.

# **PARTIE THEORIQUE**

# **I. La personne âgée démente**

## **1. Une population vieillissante**

L'espérance de vie augmente depuis de nombreuses années. En France, naître en 2010, c'est espérer vivre jusqu'à 84,8 ans pour une petite fille, et 78,1 ans pour un petit garçon, si tout se passe bien. De ce fait, la population va augmenter au fil des années. D'ici 2050, la population française va croître, jusqu'à atteindre environ 70 millions de personnes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (contre 65 millions à l'heure actuelle). Ainsi, en 2050, une personne sur trois sera âgée de 60 ans ou plus. La prévalence des maladies chroniques augmentera. Parmi ces maladies, les maladies dégénératives seront majoritaires. L'impact économique et social sera fort, d'où la nécessité de réponses curatives et surtout préventives. De ce fait, la Conférence Nationale de Santé a inscrit les pathologies de la personne âgée aux priorités nationales de Santé Publique.

Parmi ces pathologies, les démences occupent une place prépondérante.

## **2. Généralités sur les démences**

Les pathologies liées au vieillissement sont multiples. Elles peuvent être d'ordre cardiaque, respiratoire, digestif, sensoriel, musculaire ou encore neurologique. Les pathologies neurologiques regroupent des maladies dégénératives et souvent incurables. Parmi ces atteintes neurologiques, les démences occupent une grande place.

### **a) Une classification selon la localisation**

La découverte de nombreuses démences différentes a amené la nécessité de les classer. Chaque démente présente une localisation cérébrale spécifique. Il existe donc trois catégories de démente :

- les démences corticales : elles résultent d'une atrophie au niveau des cortex associatifs. Elles sont caractérisées par la présence de la triade aphasia – apraxie – agnosie, le tout associé à un trouble mnésique.
- les démences sous-corticales : elles résultent d'une atteinte des structures sous-corticales (substance blanche, ganglions de la base, thalamus et hypothalamus). Elles sont caractérisées par des changements de la personnalité et des troubles cognitifs. Contrairement aux démences corticales, on ne retrouve pas de triade aphasia – apraxie – agnosie. La démence sous-corticale se rapproche davantage à un syndrome frontal.
- les démences cortico sous-corticales : ce type de démence regroupe des lésions qui peuvent être corticales et sous-corticales. Le tableau clinique sera donc plus complet et comportera des signes aussi bien corticaux que sous-corticaux.

*Tableau récapitulatif des atteintes selon le type de démence*

<b>Fonctions cognitives</b>		<b>Démence corticale</b>	<b>Démence sous-corticale</b>
<b>Fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies)</b>		Atteintes	Préservées
<b>Mémoire de rappel</b>	<b>Libre</b>	Atteinte	Atteinte
	<b>Indicé</b>	Atteinte	Préservée
	<b>Par amorçage</b>	Atteinte	Préservée
<b>Mémoire de reconnaissance</b>		Atteinte	Préservée
<b>Mémoire procédurale</b>		Atteinte	Préservée
<b>Calcul</b>		Atteint	Parfois atteint
<b>Fonctions exécutives</b>		Atteintes proportionnellement aux autres déficits	Particulièrement atteintes
<b>Vitesse de raisonnement</b>		Préservée	Atteinte

## **b) La localisation des grandes fonctions cognitives et neuropsychologiques**

La localisation des atteintes prédit des symptômes spécifiques, liés aux zones cérébrales lésées. L'évaluation neuropsychologique permet une évaluation globale du fonctionnement cognitif et comportemental grâce à l'étude du fonctionnement des différents lobes :

- le lobe frontal : ce lobe contrôle le comportement et les grandes fonctions cognitives. Il entre donc en jeu dans le contrôle des affects, dans la régulation de la communication, dans le contrôle des ressources attentionnelles (initier, interrompre ou maintenir l'attention, gestion de l'attention divisée), dans la récupération volontaire d'informations en mémoire, ainsi que dans les fonctions exécutives (raisonnement, flexibilité mentale, inhibition, planification).
- le lobe pariétal : ce lobe gère l'ensemble des praxies ainsi que l'exploration spatiale.
- le lobe occipital : il contrôle les perceptions via deux systèmes. Le système ventral (occipito-temporal) gère la discrimination des objets et l'association avec sa fonction. Le système dorsal (occipito-pariétal) gère l'orientation spatiale, les mouvements et l'exploration de l'environnement.
- le lobe temporal : ce lobe contrôle le langage et la mémoire. Au niveau du langage, il gère les aspects quantitatifs (fluence,...) et qualitatifs (syntaxe, paraphasies,...). En ce qui concerne la mémoire, le lobe temporal régule l'encodage dans la mémoire à court terme (mémoire de travail) et dans la mémoire à long terme (mémoire épisodique, sémantique et procédurale).

## **c) Le diagnostic de démence**

La plainte mnésique est un symptôme particulièrement fréquent, que l'on retrouve chez 48% des plus de 65 ans. Cette plainte peut faire penser à de nombreuses pathologies, mais

n'est pas obligatoirement liée à un trouble mnésique ou à une maladie de la mémoire. Afin de bien différencier la plainte mnésique du trouble mnésique il est donc nécessaire de poser un diagnostic de démence.

Selon le DSM IV, les critères diagnostiques de la démence, ou syndrome démentiel, sont les suivants :

- Apparition de déficits cognitifs multiples comme une altération de la mémoire à court terme et une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie ou perturbation des fonctions exécutives.
- Ces déficits sont à l'origine d'une altération importante du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- La perturbation est la conséquence physiologique directe de l'une des affections médicales générales figurant sur la liste ci-dessous :
  - le virus de l'immunodéficience humaine
  - un traumatisme crânien
  - la maladie de Parkinson
  - la maladie de Huntington
  - la maladie de Pick
  - la maladie de Creutzfeldt-Jakob
  - une autre affection médicale générale
  - une cause non-spécifiée
- Les déficits ne surviennent pas de manière exclusive au cours de l'évolution d'une confusion mentale.

Le critère clé du diagnostic de la démence repose sur la présence de troubles cognitifs interférant significativement dans les activités quotidiennes. Pour évaluer cet impact, l'interrogatoire de la famille est primordial. Bien souvent, la famille perçoit les conséquences

au quotidien des troubles cognitifs avant le sujet lui-même. Les troubles sont discrets au départ, et s'accroissent avec l'avancée dans la maladie, jusqu'à être évidents.

#### **d) Les différents stades de la démence**

La démence est une pathologie neurodégénérative. De ce fait, son évolution est inéluctable. Bien que l'expression de la maladie présente une certaine variabilité inter-individuelle, son évolution reste prévisible. Trois stades de démence peuvent être décrits :

- Stade de démence légère : on peut observer un syndrome amnésique franc touchant principalement la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. Les activités quotidiennes, sociales et professionnelles sont altérées, mais le sujet reste capable de vivre de manière autonome et indépendante. Des troubles psychocomportementaux de type anxiété, dépression ou apathie peuvent apparaître car le sujet se rend compte de ses déficits.
- Stade de démence modérée : le trouble de la mémoire est plus global avec un oubli à mesure et une atteinte de la mémoire autobiographique. On retrouve un trouble des fonctions symboliques : troubles du langage (manque du mot, trouble de la compréhension, paraphasies), agnosie touchant les personnes puis les objets, anosognosie et apraxie (visuoconstructive, gestuelle et de l'habillage). Y sont associés un trouble des fonctions exécutives et des troubles psychocomportementaux. Le tout induit une diminution de l'autonomie, une aide partielle devient nécessaire.
- Stade de démence sévère : à ce stade, toutes les mémoires sont atteintes, aussi bien la mémoire à court terme que la mémoire à long terme. Les troubles moteurs entraînent une perte de la marche. Les difficultés d'alimentation, les troubles sphinctériens et la désorientation spatio-temporelle, associés aux déficits précédemment cités entraînent une perte totale d'autonomie. La présence d'une tierce personne à temps complet est obligatoire.

Il est souvent difficile de reconnaître la transition d'un stade à l'autre. Les symptômes peuvent s'étendre sur plus d'un stade et l'ordre d'apparition des symptômes reste très variable.

### **3. La démence de type Alzheimer ou maladie d'Alzheimer**

La démence de type Alzheimer regroupe la majorité des symptômes présents dans les autres démences. Nous traiterons donc la maladie d'Alzheimer à part.

#### **a) Deux dénominations pour une même pathologie**

Il existe deux termes pour décrire une même pathologie : la démence de type Alzheimer (DTA) et la maladie d'Alzheimer. Dans les deux cas les symptômes sont identiques. Cependant, dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, les troubles ont débuté avant 65 ans et après 65 ans pour la démence de type Alzheimer. Il s'agit donc d'une distinction dans l'âge d'apparition des premiers troubles. Pour certains auteurs, cette distinction n'est pas nécessaire, mais elle semble pourtant pertinente. En effet, les maladies d'Alzheimer apparaissant plus tôt semblent d'évolution plus rapide. Durant la présentation de cette pathologie, nous emploierons cependant une dénomination unique : la maladie d'Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer a été décrite pour la première fois en 1906 par le neuropathologiste allemand, Aloïs Alzheimer. Ce médecin rapporte les propos d'une femme de 51 ans :

*« Une baisse de la mémoire qui s'aggrava rapidement. La patiente ne se retrouvait plus dans la maison, déplaçait des objets de-ci de-là, les cachait. [...] Elle était totalement désorientée dans le temps et dans l'espace. [...] Par moment elle était complètement délirante, traînait ça et là des bouts de sa literie. [...] Manifestement elle ne comprenait pas certaines questions. Elle ne semblait pas connaître l'usage de certains objets. [...] Elle était devenue à la fin totalement apathique, couchée dans son lit, les jambes fléchies sous elle. »*

Cependant le monde médical ne s'intéressera pas réellement à cette publication, et s'intéressait davantage aux traumatismes de guerre. Face à la poussée démographique des personnes âgées au cours des années 1970, les chercheurs s'intéressent à nouveau au syndrome décrit par Aloïs Alzheimer. A la fin des années 1980 se créera une réelle réflexion sur l'accompagnement des malades.

## **b) Epidémiologie**

Actuellement, la maladie d'Alzheimer représente environ 60% des démences et toucherait 2 à 6% des sujets de 65 ans, 10% des sujets de 84 ans et 20% des plus de 80 ans. Au-delà, on peut observer un plateau. Cette maladie semble donc davantage liée à l'âge qu'au vieillissement cérébral.

## **c) Les facteurs génétiques**

Il existe deux formes de la maladie d'Alzheimer. La forme la plus fréquent est une forme sporadique, où aucun parent malade de même génération ou de génération antérieure n'est retrouvé. Mais de récentes études mettent en évidence des facteurs génétiques dans la maladie d'Alzheimer : avoir un parent proche atteint de la maladie d'Alzheimer triple le risque d'en développer une.

D'autre part, il existe une forme familiale de la maladie d'Alzheimer. Certains gènes subissent une mutation et développent les caractéristiques anormales qui causent la maladie d'Alzheimer. Si l'un des deux parents présente une forme familiale de la maladie d'Alzheimer, chacun de leur enfant aura un risque de 50% de développer cette maladie. Ce risque est de 75% si les deux parents ont une forme familiale de la maladie d'Alzheimer.

#### **d) Les autres facteurs de risque et de prévention**

Il existe certains facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer, clairement identifiés :

- le sexe féminin : l'incidence de la maladie d'Alzheimer est plus élevée chez les hommes avant 75 ans et chez les femmes après 75 ans. Après 85 ans, 25% des hommes présenteraient une maladie d'Alzheimer, contre 33% des femmes.
- Les antécédents familiaux de trisomie 21 : les femmes ayant eu un enfant trisomique, avant 38 ans, présentent plus de risques de développer une maladie d'Alzheimer.
- L'hypertension artérielle
- Le diabète
- La dépression tardive (après 60 ans) : si elle n'est pas traitée, le risque est multiplié par 2. Cependant, la question est encore de savoir si la dépression tardive est un facteur de risque ou plutôt un mode d'expression du début de la maladie d'Alzheimer.

Les récentes études (PAQUID, 2003) n'ont trouvé aucune corrélation avec le fait de fumer ou la présence d'aluminium dans l'eau du robinet.

Il existe de nombreux facteurs de risque, cependant la maladie d'Alzheimer n'est pas liée à un seul facteur, c'est une maladie multifactorielle.

#### **e) Anatomopathologie de la maladie d'Alzheimer**

Au niveau neurobiologique, la maladie d'Alzheimer se caractérise une atrophie corticale. Elle est provoquée par l'apparition :

- de plaques amyloïdes : également appelée plaques séniles, elles sont formées par le dépôt de substance amyloïde qui diffuse dans la substance grise corticale, sans localisation spécifique. Cependant, elles semblent généralement toucher le cortex occipital en premier.

- d'une dégénérescence neurofibrillaire : ce sont des filaments devenus pathologiques par l'apparition d'une protéine anormale. Ils affectent la plupart des grands neurones de la substance grise corticale. Contrairement au vieillissement cérébral normal, elles sont spécifiquement localisées dans le cortex associatif.

Ces deux lésions sont donc caractéristiques de la maladie d'Alzheimer, et provoquent une perte neuronale et synaptique. Cette perte est également visible dans le vieillissement cérébral normal, mais l'ampleur de la perte est spécifique à la maladie d'Alzheimer. Le cortex primaire (auditif, visuel, somesthésique et moteur) semble épargné.

#### **f) Les signes cliniques**

La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérante. Les symptômes s'aggravent donc au fil de la maladie.

- Les troubles de la mémoire : les troubles de la mémoire sont présents dès le début de la maladie et touchent la mémoire à court terme ainsi que la mémoire à long terme. En ce qui concerne la mémoire à court terme, la mémoire de travail est touchée précocement. On observe un rappel différé plus déficitaire que le rappel immédiat. Parallèlement, la mémoire à long terme est également atteinte. Les troubles touchent en premier la mémoire épisodique. Au début de la maladie, seuls les faits récents sont oubliés. Avec l'évolution de la maladie, les faits de plus en plus anciens sont touchés, jusqu'à atteindre les éléments autobiographiques. Au stade de démence légère, on peut retrouver une atteinte de la mémoire sémantique. Le sujet perd la connaissance des objets et présente un trouble de la reconnaissance. En ce qui concerne la mémoire procédurale, elle reste la mieux conservée. Cette mémoire préservée permettra au sujet de faire de nouvelles acquisitions, dans certaines conditions.
- Les troubles de fonctions symboliques : au début de la maladie, ces troubles restent assez discrets, mais s'aggraveront avec l'évolution de la maladie d'Alzheimer. A

partir du stade de démence modérée, on pourra réellement parler de troubles car ils auront un impact direct sur le quotidien et l'autonomie de la personne. On notera alors un trouble du langage avec un manque du mot (assez précoce), des paraphasies, un trouble de la compréhension et un trouble du langage écrit. Les troubles de la compréhension et du langage oral seront particulièrement invalidants en termes de communication avec l'entourage familial et médical. S'installera aussi progressivement une agnosie, perturbant la reconnaissance des personnes puis des objets. Cette agnosie s'ajoute aux troubles du langage et induit souvent une rupture de la communication avec la famille. Enfin, l'apraxie évolue de simples difficultés d'imitation de gestes jusqu'à l'incapacité à réaliser certains gestes du quotidien tels que s'habiller ou utiliser des couverts.

- Les troubles des fonctions exécutives : avec l'avancée dans la maladie, l'habileté cognitive à adapter le comportement au contexte se dégrade. En premier lieu, on observe un déficit attentionnel, principalement en termes d'attention divisée. Le sujet n'est plus en mesure de traiter plusieurs informations à la fois et toute stimulation supplémentaire est vécue comme parasite. L'attention soutenue est également rapidement atteinte. Le temps de concentration du sujet se réduira. Conjointement, l'analyse, le raisonnement, la planification se dégraderont. L'atteinte des fonctions exécutives signe généralement l'atteinte du lobe frontal. La capacité à entreprendre, planifier et réaliser une action déterminée sera altérée. Le sujet deviendra de moins en moins autonome dans la vie quotidienne, et une mise sous tutelle sera, dans la majorité des cas, envisagée.
  
- Les troubles moteurs : au cours de la maladie d'Alzheimer, la capacité à coordonner ses mouvements est altérée. Ce trouble de la coordination associé au vieillissement du système vestibulaire, à l'altération de la sensibilité proprioceptive et plantaire ainsi qu'aux modifications de la perception visuelle est à l'origine d'une altération des fonctions d'équilibration et de la qualité de la marche. Le risque de chute augmente.

Le sujet entre alors dans un cercle vicieux menant à la grabatisation. Cette grabatisation apparaît généralement en phase terminale de la maladie d'Alzheimer.

*Affaiblissement des afférences et des effecteurs → Troubles de la marche → Chutes à répétition → Grabatisation*

- L'anosognosie : au début de la maladie, les personnes semblent ne pas avoir conscience de leurs troubles. En réalité, très rapidement, les sujets prennent conscience de leurs troubles mnésiques et ces difficultés deviennent particulièrement anxiogènes. Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer essaient alors de cacher leurs difficultés à leur entourage. Cependant, avec l'évolution de la maladie, la conscience des troubles disparaît ou devient fluctuante. Le patient présente alors une anosognosie, qui rend difficile la prise en charge.
- Les troubles psychocomportementaux : les troubles de la pensée, de l'humeur ou encore de la perception font partie de l'évolution de la maladie d'Alzheimer. Nous les détaillerons plus tard.

La maladie d'Alzheimer est donc une maladie dégénérative qui atteint de nombreuses fonctions cognitives nécessaires à l'autonomie de la personne. La phase terminale de la maladie est caractérisée par un « désert cognitif », et le décès est généralement lié aux pathologies intercurrentes, souvent dues à la dénutrition et à l'alitement.

#### **4. Les autres démences**

Bien que la démence de type Alzheimer soit la plus fréquente, elle n'est pas la seule. En cas de démence, il est donc important de réaliser un diagnostic différentiel. Les démences existantes sont nombreuses. Globalement, elles peuvent être classées selon la localisation

cérébrale de leurs atteintes. On retrouve des démences corticales, sous-corticales et cortico-sous-corticales.

#### **a) La démence à corps de Lewy**

La démence à corps de Lewy est la seconde cause de démence, après la maladie d'Alzheimer. C'est une atteinte cortico-sous-corticale. Il s'agit de dépôts anormaux d'une protéine à l'intérieur des cellules nerveuses cérébrales. Ces dépôts sont appelés des corps de Lewy.

Au début de la maladie, les troubles de la mémoire ne sont pas au premier plan mais ils apparaissent au fur et à mesure de l'évolution de la maladie. Il s'agit alors de troubles de récupération de l'information. Les déficits sont plus marqués au niveau visuospatial et visuoconstructif et sont associés à un trouble des fonctions exécutives. Afin de poser un diagnostic de probabilité de démence à corps de Lewy, les symptômes doivent répondre à certains critères cliniques (Mc Keith, 1996) :

- présence obligatoire d'une détérioration intellectuelle progressive
- présence d'au moins deux des trois critères suivants :
  - variations marquées de la vigilance et de l'attention
  - hallucinations visuelles élaborées et récurrentes
  - syndrome parkinsonien spontané (en l'absence de prise de neuroleptiques)
- manifestations évocatrices : chutes à répétition, syncopes, hypersensibilité aux neuroleptiques, délires systématisés et élaborés, hallucinations non visuelles
- critères d'exclusion relatifs : signes cliniques ou neuroradiologiques d'accident vasculaire cérébral, mise en évidence d'une autre cause organique de démence

Le déclin cognitif doit interférer dans la vie sociale et professionnelle du sujet.

## b) La démence vasculaire

La démence vasculaire est caractérisée par la présence d'un syndrome démentiel secondaire à des lésions cérébrales d'origine vasculaires à type d'ischémie, d'anoxie ou d'hémorragie. Il existe trois types de lésions responsables de démence suite à un accident vasculaire cérébral (AVC) :

- Infarctus et hémorragies multiples : il s'agit de l'addition de déficits cognitifs engendrés par des lésions cérébrales successives. La variabilité des troubles est fonction de la localisation des lésions.
- Infarctus stratégique : il s'agit d'une lésion limitée, souvent de petit volume. Cette lésion touche une région cérébrale nécessaire au bon fonctionnement cognitif.
- Lésions ischémiques diffuses de la substance blanche : ce sont des lésions multifocales ou diffuses de petites artères cérébrales. Ces lésions entraînent un déficit cognitif à installation souvent progressive, associé à un retentissement sur la vie psychique et un déficit exécutif.

L'étiologie de la démence vasculaire est celle des l'AVC. Globalement, il s'agit d'une athérosclérose, d'une angiopathie ou encore d'une cardiopathie. Le diagnostic peut être posé en présence d'un syndrome démentiel et de lésion cérébrales vasculaires, avec démonstration d'un lien de causalité entre les deux éléments. L'aggravation de l'état cognitif du patient est brutale ou par paliers, mais elle doit se faire dans les trois mois suivants l'AVC. Le lien chronologique entre la lésion vasculaire et les troubles cognitifs reste le critère le plus efficace car l'antécédent d'AVC n'est pas un argument suffisant. En effet, seuls 50% des démences vasculaires sont pures. Mais la démence vasculaire reste une démence fréquente : dans 25% des cas une démence apparaît dans les trois mois suivants un accident vasculaire cérébral et les démences vasculaires sont la troisième cause de démence.

### c) Les démences fronto-temporales

Il s'agit de la quatrième cause de démence. Les démences fronto-temporales impliquent les lobes frontaux et temporaux, parfois de manière asymétrique. Elles sont à l'origine de trois variants :

- Le variant frontal : le patient consulte en général pour une suspicion de pathologie psychiatrique ou de démence atypique. La personne présente une désinhibition ou une apathie, une indifférence, des stéréotypies ou des conduites inadaptées, une indifférence affective aux propos de l'accompagnant, une négligence physique ou encore une modification des goûts vestimentaires. Il s'agit d'une présentation frontale, avec des troubles du comportement associés à un important syndrome dysexécutif. Le MMSE reste longtemps normal, il ne permet donc pas de poser de diagnostic de démence. Le variant frontal peut être causé par deux types de lésions différentes : une lésion du cortex orbito-frontal, induisant des troubles du comportement, ou une lésion du cortex dorso-latéral, provoquant le syndrome dysexécutif.
- La démence sémantique : il s'agit d'une détérioration progressive et sélective de la mémoire sémantique. Le sujet perd peu à peu les savoirs sur les objets, lieux et personnes. La reconnaissance de l'objet est possible, mais la dénomination et la verbalisation de la fonction des objets n'est plus possible. Cette détérioration s'associe à une incapacité à réaliser un appariement son-image. La désorganisation des connaissances sémantiques se présente sous la forme d'un manque du mot, un trouble de la compréhension, un déficit d'identification et une logorrhée, sans diminution de la fluidité verbale. En ce qui concerne la mémoire épisodique, la dégradation suit le gradient inverse de la maladie d'Alzheimer : l'acquisition des événements nouveaux est bonne, cependant, la restitution des événements anciens est altérée ; ce déficit n'étant pas dû à un déficit stratégique de récupération de l'information.

- L'aphasie primaire progressive fluente ou non-fluente : Elles sont caractérisées par une détérioration progressive du langage supérieure à deux ans, la préservation des activités quotidiennes et une relative conservation des capacités cognitives non-verbales. Plus spécifiquement, les critères diagnostiques majeurs des aphasies primaires progressives repose sur la présence d'un début insidieux et une progression lente, une expression orale spontanée non-fluente avec au moins une des caractéristiques suivantes : agrammatisme, paraphasies phonémiques, anomie. L'aphasie primaire progressive non-fluente fait partie des démences fronto-temporales, cependant l'aphasie primaire progressive fluente fait plus spécifiquement partie des atrophies lobaires. Cette dernière aphasie se distingue de l'aphasie non-fluente par la présence d'un trouble de la compréhension.

#### **d) La démence parkinsonienne**

C'est un syndrome sous-cortico-frontal sans atteinte des fonctions instrumentales. Elle est caractérisée par un trouble mnésique de type récupération d'informations associé à un syndrome dysexécutif sévère : incapacité à penser de façon abstraite, à planifier, organiser et initier une action dans le temps, ou encore contrôler et arrêter un comportement complexe. La bradyphrénie et les troubles cognitifs se majorent dans le temps. L'atteinte frontale peut entraîner une dépression et des hallucinations.

Une démence apparaîtrait dans 15 à 80% des cas de maladie de Parkinson. La variabilité de ce pourcentage est liée aux nombreux résultats différents selon les études. L'âge du patient et l'âge d'apparition de la maladie de Parkinson seraient des facteurs de risque de développer une démence associée (32% de risque de démence si la maladie de Parkinson apparaît après 70 ans).

#### **e) La paralysie progressive supranucléaire (PSP)**

C'est une affection rare qui concerne 4% des maladies de Parkinson. L'âge moyen d'apparition est de 62 ans. Le syndrome frontal est important, avec une diminution de la

fluence verbale, des comportements d'imitation et d'utilisation inadaptés, des persévérations, des difficultés de raisonnement et des troubles psychocomportementaux. Les troubles mnésiques concernent la récupération d'informations en mémoire. On n'observe aucun trouble des fonctions instrumentales.

#### **f) La chorée de Huntington**

C'est une maladie génétique associée à une dégénérescence du striatum (noyaux caudés et putamen). La Chorée de Huntington se caractérise par la présence de mouvements anormaux de type choréiques et d'une détérioration progressive des fonctions supérieures. Au niveau moteur, la maladie évolue vers un tableau akinéto-rigide. Au niveau des fonctions intellectuelles, l'altération se traduit par un trouble de la mémoire épisodique et procédurale, un trouble déficitaire de l'attention, une dysarthrie et des conduites agressives ou inadaptées.

L'âge de début de la maladie est vers 30-40 ans, avec une évolution de la maladie sur 15 ans.

#### **g) Récapitulatif des démences**

Les démences peuvent donc être classées selon leurs atteintes : corticales, sous-corticales ou cortico-sous-corticales.

<b>DEMENCES CORTICALES</b>	<b>DEMENCES SOUS-CORTICALES</b>	<b>DEMENCES CORTICO-SOUS-CORTICALES</b>
Maladie d'Alzheimer	Démence parkinsonienne	Démence à corps de Lewy
Démences fronto-temporales	Paralysie progressive supranucléaire	Démences vasculaires
	Chorée de Huntington	

Cette liste n'est pas exhaustive, il existe d'autres types de démences, très rares que nous ne détaillerons donc pas.

## **II. La personne âgée en Unité Cognitivo-Comportementale**

Face à l'augmentation du nombre de personnes présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, un Plan Alzheimer a été mis en place afin de répondre à certaines problématiques.

### **1. Le Plan Alzheimer**

Le Plan Alzheimer a été lancé le 1<sup>er</sup> février 2008 par le Président de la République. Jusqu'en 2012, des moyens spécifiques seront alloués à la recherche, à la santé et à la solidarité :

- **Recherche** : les investissements alloués à la recherche visent à développer de nouvelles méthodes diagnostic, de nouvelles thérapeutiques (médicamenteuses et non médicamenteuses).
- **Santé** : le dispositif comprend un accompagnement du malade et de sa famille lors de l'annonce du diagnostic. Cet accompagnement se prolonge durant la vie de la personne malade. Le dispositif favorise le maintien à domicile de la personne en aidant à organiser les interventions à domicile des professionnels médicaux et paramédicaux. Parallèlement, différentes structures voient le jour (Unité Cognitivo-Comportementale) afin de répondre à une situation de crise, suite à une majoration des troubles du comportement par exemple, et permettre par la suite un retour à domicile. Des structures d'accueil de jour sont également créées afin de soulager les aidants dans la prise en charge quotidienne de leur parent malade. L'évolution des démences amenant inévitablement une situation de lourde dépendance, des structures d'accueil à

temps complet sont créées. Des mesures supplémentaires sont prises en faveur des personnes présentant une maladie d'Alzheimer précoce.

- Solidarité : le dispositif vise à créer un réseau local qui puisse diffuser une information de proximité sur la maladie. Le but est d'informer et de sensibiliser le grand public, mais aussi de mettre en œuvre une réelle réflexion éthique (respect de la personne malade, de ses droits et de sa représentation).

La réflexion menée par le Plan Alzheimer 2008-2012 s'étend aux pays de l'Union Européenne afin de mettre en commun les savoirs et les moyens afin de lutter plus efficacement contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

## **2. Les Unités Cognitivo-Comportementales**

La mesure n°17 du Plan Alzheimer prévoit la création d'unités spécialisées au sein des services de Soins de Suite et de Réadaptation, pour malades atteints d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Ces unités spécialement créées sont des Unités Cognitivo-Comportementales (UCC). Ces unités spécialisées accueillent des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, qu'ils soient âgés ou plus jeunes. Les patients proviennent du domicile, d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou du secteur d'hospitalisation.

L'hospitalisation se fait lorsque les troubles du comportement de la personne malade ne permettent plus son maintien à domicile ou en institution. Les causes de l'apparition des troubles du comportement sont multiples. D'une part, ces troubles font partie de la symptomatologie de la maladie d'Alzheimer et de la majorité des démences en général. D'autre part, l'expression des troubles du comportement peut être majorée par des facteurs environnementaux. Il peut aussi bien s'agir d'un lieu de vie devenu inadapté avec l'évolution

de la maladie, ou une fatigue des aidants. Les troubles du comportement sont également majorés par la survenue d'une maladie aiguë.

Les UCC sont donc un lieu de prise en charge adapté en terme d'architecture (petite structure de 10-12 lits, espace de déambulation,...) et en terme de personnel (personnel formé à la prise en charge de patients déments présentant des troubles du comportement).

Les rôles des UCC sont les suivants :

- Rôle de soins : prise en charge des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, en situation de crise présentant des troubles du comportement.
- Rôle d'expertise : des causes de la décompensation, de la pathologie neurologique sous-jacente et de la pathologie psychiatrique.
- Rôle de recherche : en termes de prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse.
- Rôle de transfert de connaissances : avec les personnels soignants du lieu de vie de la personne malade. Le but est d'accompagner les structures et les familles dans la gestion des situations de crise.

Les UCC accueillent les patients en moyenne pendant 5 semaines. L'hospitalisation a pour but de permettre le retour dans le lieu de vie initial, que ce soit le domicile ou une institution de type EHPAD.

### **3. L'Unité Cognitivo-Comportementale de Toulouse**

La première UCC a ouvert ses portes à Toulouse le 15 juin 2009. Elle a une capacité d'accueil de 12 lits. La prise en charge des patients est faite par une équipe pluridisciplinaire :

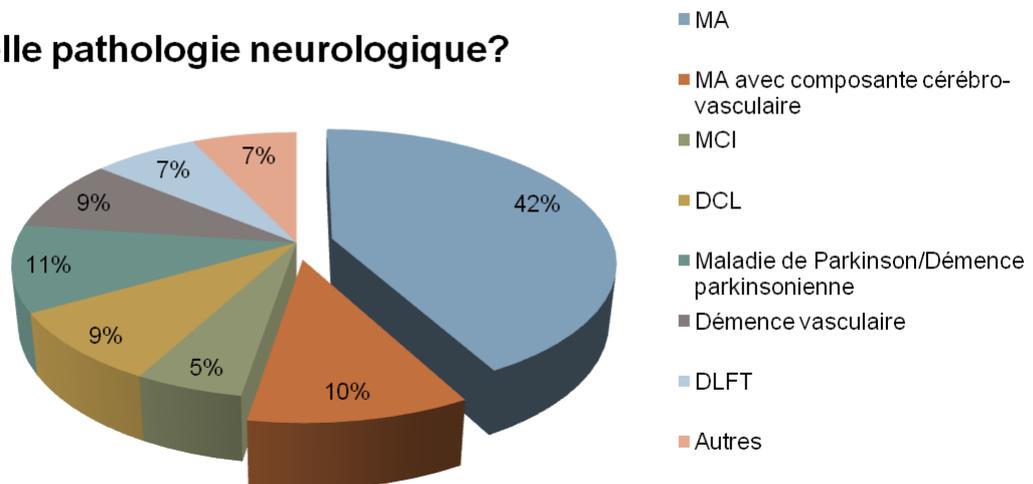
neuro-gériatre, psychiatre, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicienne, art-thérapeute.

En moyenne, les patients de l'UCC sont des femmes à 56%, la moyenne d'âge est de 77,7 ans, le MMSE moyen est de 16,2 et l'ADL à 3,3. Deux profils de patients sont accueillis :

- Les patients présentant des troubles du comportement nécessitant une prise en charge hospitalière longue : mobilité, agressivité, troubles du comportement productifs.
- Les patients présentant une pathologie démentielle avec des éléments comportementaux et une perte d'autonomie ne permettant pas une prise en charge en service de soins de suite et de réadaptation non-spécifique.

Les patients admis à l'UCC présentent en majorité (42%) une maladie d'Alzheimer.

### Quelle pathologie neurologique?



L'équipe met en place une prise en charge la plus adaptée possible, de préférence non-médicamenteuse : activités corporelles, luminothérapie, art-thérapie...

L'UCC est également équipée d'une chambre d'apaisement. Elle est utilisée sur prescription médicale, en cas de dangerosité immédiate d'un patient, d'agitation liée à un facteur environnemental (hyperstimulation de l'environnement), ou en cas de perturbation de la prise en charge des autres patients.

Les troubles du comportement sont le principal motif d'admission à l'unité cognitivo-comportementale. 92% des patients admis en présentent. Les troubles du comportement sont donc au cœur de toute prise en charge à l'UCC.

#### **4. Les symptômes psychocomportementaux**

Les symptômes psychocomportementaux sont des signes ou symptômes des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement. Ils sont observés avec une fréquence et une gravité élevée chez la personne âgée démente. Ils sont présents dans 50 à 90% des cas. Globalement, ils sont de type moteur et/ou psychiatrique.

- Troubles du comportement moteur : agitation, déambulation, agressivité, fugues, stéréotypies motrices. L'agitation peut être verbale, vocale (cris) ou motrice. On observe dans ce dernier cas une déambulation, une tasikinésie (incapacité à rester en place), ou encore un syndrome de Godot (la personne est adhésive, elle suit l'aidant partout). La déambulation s'accroît en fin de journée : quand la luminosité baisse, on peut observer une agitation chez la majorité des patients. C'est le « phénomène du coucher de soleil ».
- Troubles du comportement sexuel : le patient est désinhibé. S'y ajoute souvent certaines compulsions comme le fait de retirer ses vêtements en public.

- Troubles du comportement alimentaire : anorexie, hyperphagie, hyperoralité. L'anorexie peut être liée à certains délires d'empoisonnement.
  
- Trouble du rythme veille-sommeil : inversion nyctémérale.
  
- Délires et troubles de l'identification : croyances paranoïdes simples et non-systématisées. Ces croyances sont parfois associées à des troubles visuels entraînant de fausses reconnaissances. Les troubles de l'identification peuvent concerner la reconnaissance d'une tierce personne ou la reconnaissance de sa propre image dans le miroir. La personne regarde l'image renvoyée par le miroir sans se reconnaître. Certaines personnes présentant une démence peuvent avoir la conviction que les personnes apparaissant à la télévision sont réellement présentes dans la pièce, situation pouvant se révéler particulièrement anxiogène. Les propos délirants peuvent être de type persécutoire (les personnes pensent qu'on les vole, qu'on leur veut du mal...). Dans certains cas, les personnes parlent, au présent, d'une réalité passée. Le propos n'est pas délirant, car il relate une réalité (« je veux rentrer chez moi, ma fille va s'inquiéter »), mais c'est une réalité passée (la fille du patient est décédée depuis plusieurs années). Le patient nie la réalité d'une perte. Connaître l'histoire de vie des patients est donc importante pour comprendre certains propos délirants.
  
- Troubles de l'humeur : il peut s'agir d'une apathie, avec une diminution de l'initiation motrice et cognitive et un affaiblissement du ressenti affectif. Parallèlement, on peut observer une hyperémotivité des patients avec des réactions catastrophes à des situations anodines. L'anxiété et les manifestations dépressives sont au cœur même des symptômes psychocomportementaux dans la démence. La dépression est d'abord réactionnelle à la conscience de la perte cognitive, puis due au dysfonctionnement neurobiologique. L'anxiété, elle, n'est pas liée à l'état cognitif. Elle peut être liée à la dépression ou à des manifestations psychotiques anxiogènes. A cela s'ajoute une opposition très fréquente des patients, rendant la prise en charge difficile.

Les différents symptômes sont aussi nombreux qu'il y a de significations différentes. Les troubles du comportement sont à analyser en fonction du lieu de vie, des aidants et du stade de la maladie. Prenons l'exemple de la maladie d'Alzheimer :

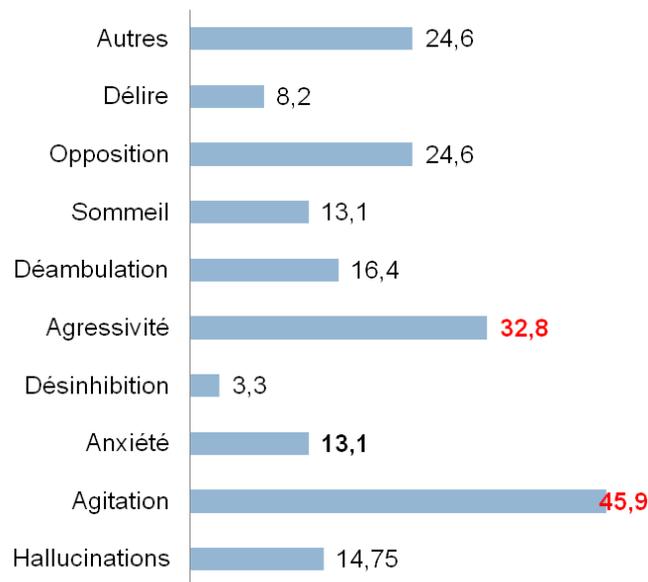
- Stade de démence légère : la personne a conscience de ses difficultés, ce qui provoque anxiété, irritabilité et tristesse.
- Stade de démence modérée : la personne présente des sautes d'humeur, une apathie, une méfiance (les idées délirantes et les hallucinations apparaissent), un trouble du sommeil et des comportements moteurs aberrants. L'ensemble de ces symptômes associé à la conscience des troubles provoque un repli de la personne, avec un sentiment d'incurie et un refus de soins et d'alimentation.
- Stade de démence sévère : de manière générale, l'affectivité et le comportement sont perturbés. La personne n'a plus conscience de ses troubles.

Les traitements médicamenteux des symptômes psychocomportementaux sont nombreux. Cependant leur administration accélère le déclin cognitif et la perte d'autonomie et modifie donc la qualité de vie du patient. Les psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, antiépileptiques) sont source de mortalité et d'iatrogénie, il est donc important de toujours mesurer le bénéfice-risque avant d'entamer tout traitement.

Chaque patient a une présentation bien différente. Comme on l'a vu, la symptomatologie diffère selon la localisation des lésions. L'environnement interfère lui aussi sur l'expression de certains symptômes. Parallèlement, la personnalité et l'histoire de vie du patient est un autre facteur de différence d'expression pour une même pathologie. Ce dernier facteur agit directement sur l'expression des troubles du comportement, symptôme majeur dans la plupart des démences. Il est donc important de recueillir autant que possible l'histoire de vie du patient auprès de sa famille ou de ses proches. Le thérapeute sera alors en mesure d'interpréter les troubles du comportement du patient et de savoir quelle était sa manière de réagir face à une situation stressante, avant la maladie.

Les symptômes psychocomportementaux font partie intégrante des démences et sont un motif premier d'admission en unité cognitivo-comportementale. En majorité, les patients présentent une agitation et de l'agressivité.

*Fréquence des troubles du comportement à l'UCC de Toulouse, en pourcentage*



L'agitation, l'agressivité et l'opposition sont les principaux troubles observables chez les patients en unité cognitivo-comportementale. Ces trois troubles sont particulièrement entravant dans la prise en charge. L'agressivité, en plus de l'opposition, entraîne un refus de soin. Parallèlement, face à l'ensemble des difficultés, le patient peut se mettre de plus en plus en rupture avec son environnement et refuser toute communication. L'approche du thérapeute doit être adaptée afin de créer une relation de confiance avec le patient. La connaissance du patient associée à une communication adéquate permet de prévenir les troubles du comportement.

### **III. La psychomotricité en Unité Cognitivo-Comportementale**

Le vieillissement normal provoque des changements physiologiques entraînant un déclin des capacités de la personne, c'est la fragilisation de la personne. La démence, associée aux pathologies intercurrentes, fait passer la personne d'un seuil de fragilité vers un seuil critique de dépendance. Le psychomotricien intervient afin de repousser le franchissement de ce seuil.

#### **1. L'évaluation de la personne âgée en UCC**

A l'unité cognitivo-comportementale de Toulouse, les patients séjournent en moyenne 32 jours. L'UCC est un lieu de vie transitoire. Il arrive fréquemment qu'une personne venant du domicile soit institutionnalisée à la sortie de l'UCC. Après une décompensation des troubles, la récupération des capacités de la personne est rarement totale. De plus, la durée du séjour de la personne n'est jamais définie à l'avance. La sortie est envisageable à partir du moment où les objectifs thérapeutiques sont atteints (c'est-à-dire le traitement des motifs de l'hospitalisation).

Toutes ces conditions rendent la mise en place d'un projet thérapeutique difficile. Bien que toute prise en charge visant à renforcer les capacités restantes des personnes démentes soit utile, le temps de présence du patient à l'UCC ne permet pas toujours au psychomotricien d'aller au bout de sa démarche. Il peut par contre être intéressant d'utiliser le temps de présence des patients à l'unité cognitivo-comportementale pour réaliser une évaluation complète des capacités psychomotrices restantes de la personne.

L'évaluation de la personne âgée doit être globale et se doit donc d'aborder différents domaines :

- la motricité manuelle
- les coordinations statiques et dynamiques : il s'agit de l'équilibre et de la marche

- les praxies : elles regroupent les praxies visuoconstructives, idéatoires et idéomotrices
- le tonus : concerne le tonus passif ainsi que le tonus actif
- les gnosies : il s'agit d'évaluer la connaissance des objets mais également la reconnaissance de sa maladie.
- l'orientation spatio-temporelle : concerne l'organisation et le repérage dans le temps et l'espace.
- la communication : permet d'évaluer le niveau de communication de la personne ainsi que son envie de communiquer.
- le schéma corporel : il s'agit de la connaissance de son corps propre et de la représentation que la personne en a.
- la sensorialité : concerne les organes sensoriels tels que la vue, l'ouïe et le toucher.

L'évaluation de l'ensemble de ces domaines permet d'avoir une représentation globale des déficits et capacités restantes du patient.

L'évaluation a un rôle central dans toute prise en charge car il permet d'orienter la prise en charge à venir. Il semble donc intéressant que chaque patient séjournant en UCC puisse rejoindre ou intégrer son nouveau lieu de vie avec une évaluation complète permettant de faire le point à un instant donné de ses capacités. Les conclusions de ce bilan pourront être utilisées par l'ensemble du personnel soignant afin de mieux connaître le patient et adapter son approche et sa prise en charge.

## **2. Une population spécifique, des conditions d'évaluation spécifiques**

La population accueillie à l'unité cognitivo-comportementale présente, en grande majorité, une démence à un stade modérément sévère. Les personnes ont souvent dépassé le seuil de dépendance dans la majorité des actes de la vie quotidienne (ADL moyen : 3,3/10).

### a) Les Groupes Iso-Ressources

Le niveau de perte d'autonomie est classé en GIR (Groupe Iso-Ressources). Chaque GIR est défini à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource), évaluant l'autonomie de la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne. Elle permet de différencier ce que la personne fait seule, de ce qu'elle peut ou veut faire seule.

Les Groupes Iso-Ressources vont de 1, dépendance totale, à 6 pour une autonomie totale. La majorité de la population de l'unité cognitivo-comportementale présente un GIR entre 1 et 3 :

- GIR 1 : il correspond aux personnes grabataires, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, sociale et locomotrice. La présence d'une tierce personne est obligatoire. Le groupe 1 regroupe également les personnes en fin de vie. Cependant, il arrive que le GIR 1 soit attribué à certaines personnes démentes ayant perdu toute autonomie exceptée la locomotion.
- GIR 2 : il regroupe deux catégories :
  - les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante.
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Les déplacements à l'intérieur sont possibles mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits seuls ou seulement partiellement.

- GIR 3 : ce sont des personnes ayant une autonomie intellectuelle préservée, les déplacements se font avec une aide. L'autonomie corporelle est partielle, la personne a besoin d'aide pour la toilette et l'habillement. La continence est partielle.
- GIR 4 : ce groupe comprend deux catégories :
  - les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever mais qui peuvent se déplacer seules en intérieur. L'aide pour la toilette et l'habillement reste nécessaire.
  - les personnes ne présentant pas de problème locomoteur mais qui nécessitent de l'aide pour la toilette et les repas.
- GIR 5 : ces personnes sont autonomes en termes de déplacement, de toilette et d'habillement. Elles peuvent avoir besoin d'une aide pour la préparation des repas et le ménage. Elles vivent généralement à domicile.
- GIR 6 : ces personnes sont totalement autonomes dans les actes de la vie quotidienne.

b) Des conditions de passation spécifiques

Avant d'envisager l'évaluation de la personne âgée, il est important de rappeler que le bilan vise à mettre en évidence les capacités restantes de la personne plus que ses incapacités. Mais pour cela, il faut créer des situations où la personne âgée sera en mesure d'exprimer ses capacités.

Cependant, la population de l'UCC se situe globalement dans les GIR 1 à 3. La majorité des patients présentent un déficit intellectuel, et donc un trouble de la compréhension. Ce trouble perturbe particulièrement la prise en charge et donc l'évaluation car la personne ne comprend pas les consignes et elle n'a souvent pas le niveau de communication nécessaire afin d'exprimer cette incompréhension. Tout en simplifiant notre communication, il faudra veiller à ne pas infantiliser la personne. Il est important de la respecter en tant que sujet adulte et de lui laisser le choix. La situation d'évaluation peut entraîner un repli et une opposition. Le

bilan ne pourra être réalisé qu'après une période de mise en confiance entre le patient et le psychomotricien.

Afin de faciliter la communication, l'examineur veillera à se placer en face du sujet et à sa hauteur. Les consignes doivent être articulées. Un certain temps de latence sera respecté avant de répéter la consigne car la vitesse de traitement des informations peut être altérée. Une seule idée à la fois sera émise, des phrases courtes et affirmatives seront utilisées, ne pas hésiter à utiliser des synonymes en cas d'incompréhension. Si la consigne implique l'utilisation d'un outil, montrer l'objet en question favorise la compréhension de la consigne.

Parallèlement, les troubles moteurs sont fréquents. Il n'est pas systématiquement possible de réaliser certaines évaluations, celles mettant en jeu la marche par exemple.

En plus de la démence, les patients présentent d'autres pathologies liées au vieillissement comme l'arthrose. Elle touche particulièrement les mains et limite les amplitudes articulaires. Mais toutes les articulations peuvent être touchées. L'évaluation doit tenir compte de ces limitations, mais aussi des douleurs du patient.

En vieillissant, la fatigabilité des personnes âgées est accrue. Toutefois, les personnes présentant une démence ont une fatigabilité encore supérieure. L'évaluation devra tenir compte de ce paramètre et le temps de passation adapté.

Pour conclure, l'évaluation d'une personne âgée présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée devra se faire dans des conditions permettant l'expression de ses capacités, dans un climat de confiance. Le psychomotricien doit s'adapter aux déficits ainsi qu'à la fatigabilité de la personne âgée.

Nous verrons dans la partie théorique qu'il existe un certain nombre d'outils d'évaluation ou d'observation, mais qu'ils ne sont pas toujours administrables.

# **PARTIE PRATIQUE**

Les personnes présentant une démence sont en continuel changement, aussi bien au niveau cognitif que physiologique. L'évaluation donne une représentation des capacités et des difficultés présentées par le patient, à un instant donné. Les résultats permettent de suivre l'évolution de la pathologie, mais servent également à mesurer les effets d'une prise en charge.

Pour ce faire, de nombreux outils d'évaluation ont été créés ou adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques de l'évaluation de la personne âgée.

## **I. Les outils d'évaluation de la personne âgée**

Les outils d'évaluation ou d'observation de la personne âgée couvrent l'ensemble des domaines pouvant être abordés en psychomotricité. Certains tests sont très spécifiques, et visent à évaluer une aptitude ou un risque, d'autres offrent une vision d'ensemble en permettant d'évaluer l'ensemble des capacités des personnes.

### **1. L'équilibre et les coordinations générales**

- Manœuvre de piétinement et de réflexe nucal : ce test permet d'évaluer l'équilibre statique. Sa passation nécessite une compréhension de la consigne de piétinement et de fermeture des yeux.

Cette dernière consigne est souvent la plus difficile à faire passer chez un patient dément, du fait de la possible incompréhension, mais aussi à cause d'une peur fréquente de marcher ou piétiner les yeux fermés (en lien avec la peur de chuter).

- Get Up and Go Test : c'est un test d'équilibre dynamique. Il évalue les transferts assis-debout, la qualité de la marche et des changements de direction. Le score final donne un risque de chute potentiel. La consigne comprend plusieurs étapes : se lever

de sa chaise, marcher sur une distance de trois mètres (jusqu'à un mur), faire demi-tour, revenir vers la chaise, en faire le tour complet (sans la toucher), et se rasseoir.

La consigne est donc particulièrement complexe et longue. Elle comprend des notions souvent incomprises à un certain stade de la démence (« faire demi-tour », « faire le tour complet »). Sa passation est donc difficilement réalisable pour la majorité des patients de l'Unité Cognitivo-Comportementale.

- Ten Meter Walk : il évalue les paramètres spatiaux-temporels de la marche en tenant compte de la vitesse de marche spontanée, de la longueur des pas et de la cadence du sujet. Le sujet doit parcourir une distance de dix mètres, en ligne droite sans obstacles. Le temps de parcours est mesuré et le nombre de pas réalisé est calculé.

La difficulté réside dans la distance à parcourir. Certains patients ont un périmètre de marche autonome inférieur à dix mètres. Dans certains cas le sujet est en mesure de parcourir cette distance à condition de faire une pause en cours, ce qui fausserait le test. Dans d'autres cas, le patient n'est simplement pas en mesure de marcher sur cette distance. Certains patients ayant conservé un bon périmètre de marche présentent des troubles cognitifs altérant la compréhension de la consigne. Il est aussi difficile pour eux de marcher sur dix mètres sans s'arrêter parce qu'ils ont été perturbé par un stimulus externe.

- Durée de maintien de la station unipodale : il mesure l'équilibre statique. Le sujet doit maintenir l'équilibre en station unipodale. La durée de maintien de l'équilibre est chronométrée. C'est un bon indice prédictif de chutes.

L'administration de ce test est rendue difficile par la peur de chuter. Une part importante des personnes âgées en institution a chuté, au moins une fois. Cette part est encore plus importante chez les patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée du fait de l'atteinte de l'équilibre statique et dynamique. De nombreuses personnes refusent donc de tenir une station unipodale sans autre maintien. Cette peur est souvent cachée. Les patients expriment plutôt une incapacité à réaliser l'épreuve (« Je ne sais pas faire ça » ou « Je n'ai jamais su tenir sur un pied »).

En cas de troubles de la compréhension, son administration reste possible par imitation. Le thérapeute se met en station unipodale et encourage le patient à faire comme lui. Un guidage physique est possible, en donnant l'impulsion pour que le patient lève la jambe.

- Epreuve de Tinetti : ce test mesure l'équilibre statique et dynamique. Il est intéressant pour une évaluation en UCC car la majorité de ses items peuvent être évalués par l'observation de la personne, en situation de la vie quotidienne (l'équilibre assis, l'équilibre après s'être levé d'une chaise, la marche). Autre avantage : les items de résistance à une poussée peuvent être adaptés quelque soit l'autonomie de marche du patient.
- Test d'extension fonctionnelle (TEF) : ce test est un indicateur du risque de chute. L'avantage est qu'il n'est pas corrélé à la peur de chuter. Cette peur n'interfère donc pas dans les résultats au test. Mais sa consigne reste peu abordable pour une personne présentant des troubles de la compréhension. Toutefois, des adaptations seraient possibles afin de faciliter la compréhension de la consigne « Tendez-votre bras en avant, le plus loin possible, sans déplacer vos pieds. »

## **2. Les praxies**

- La figure de Rey : cette épreuve évalue les praxies visuoconstructives. Il s'agit de la reproduction d'une forme complexe composée de plusieurs formes géométriques. Après cette première partie du test, il est demandé au sujet de reproduire le dessin de mémoire.

Dans la majorité des cas, cette seconde partie du test serait irréalisable en UCC, les capacités mnésiques n'étant plus suffisantes à ce stade de la démence. Administrer cette partie du test mettrait les sujets en grande difficulté. Parallèlement, la première partie du test, la reproduction, reste elle aussi difficilement administrable. Les

capacités visuoconstructives étant particulièrement atteintes avec l'avancée de la maladie, la forme est trop complexe à reproduire.

- Test de Bender : il évalue également les praxies visuoconstructives. Il s'agit de la reproduction d'une série de formes géométriques sous la forme de lignes et de petits ronds. Certaines formes, plus simples que la figure de Rey, sont adaptées aux personnes âgées démentes. Ce test est d'ailleurs utilisé pour distinguer les sujets sains des sujets Alzheimer, ainsi que pour suivre l'évolution de la maladie d'Alzheimer. La figure 7 ressemble par ailleurs à la figure du Mini Mental Score (MMS).
- Le Tinkertoy Test : il permet d'évaluer les praxies constructives et les fonctions exécutives. Son résultat distingue également les démences d'Alzheimer des démences vasculaires. Il est utilisé en cas de démence légère (MMS entre 20 et 25). Il ne s'applique donc pas à tous les patients d'UCC.
- Dessin du bonhomme de Goodenough-Harris : il s'agit d'évaluer la représentation corporelle. L'observation de l'agencement des membres, le maintien de la symétrie et le respect des proportions permettent d'évaluer la visuoconstruction. Ce test sera vu plus en détails dans la partie sur le schéma corporel.
- Epreuve des gestes de Bergès-Lézine : c'est une épreuve évaluant les praxies gestuelles. Le sujet doit reproduire, par imitation, des gestes abstraits, simples et complexes, avec les mains et/ou les bras.  
L'administration de ce test à une population de personnes âgées démentes est possible tant que la capacité d'imitation est présente. Par contre, les gestes complexes peuvent être difficiles à imiter, il ne sera donc pas toujours possible de les évaluer.
- Batterie d'évaluation des praxies de Peigneux et Van der Linden : c'est une batterie très complète d'évaluation des praxies idéomotrices et idéatoires sous la forme de huit épreuves.

Bien qu'elle soit très complète, cette batterie se trouve être longue à administrer à une personne âgée présentant une fatigabilité. Par contre, certains items peuvent être intéressants à utiliser, en dehors du test complet.

### **3. La motricité manuelle**

- Purdue Pegboard : ce test évalue la motricité manuelle en mesurant la dextérité digitale et la dextérité manuelle. L'utilisation de ce test est limitée en cas de difficultés de préhension. Ces difficultés peuvent être liées à de l'arthrose et diminuer l'amplitude articulaire, rendant les prises fines impossibles, ou très coûteuses.

### **4. L'attention**

- Test de Stroop : ce test mesure l'attention sélective. Sa passation nécessite la connaissance des couleurs et le sujet doit être lecteur. Cependant, ces connaissances peuvent être altérées en cas de démence, et donc rendre impossible la passation du test.
- Test des 2 Barrages : c'est un test d'attention soutenue. Il est décomposé en deux parties : une première partie où le sujet doit barrer un signe cible, et une seconde partie où le sujet doit barrer deux signes cible. De par sa longueur, c'est un test particulièrement coûteux en énergie.
- d2 : c'est également un test d'attention soutenue. Le but est de barrer des signes cibles représentés sous la forme d'un « d » muni de 2 traits.

Ces deux derniers tests sont coûteux en énergie. La vitesse de traitements des patients déments rend ces tests difficilement interprétables.

## 5. Les bilans

- L'Examen Géroto-Psychomoteur : à ce jour, il s'agit de l'évaluation psychomotrice la plus complète destinée à la personne âgée. L'évaluation s'axe autour de groupes d'items : les coordinations statiques, les coordinations dynamiques, la connaissance des parties du corps, la motricité fine des membres supérieurs et inférieurs, les praxies, les mobilisations articulaires des membres supérieurs et inférieurs, la mémoire de perception, la sphère spatiale, la mémoire verbale, la perception, la sphère temporelle, la vigilance, la communication.

Sa passation est adaptée à une population présentant des démences, cependant certains items restent difficiles à administrer, en termes de compréhension ou en termes d'exécution de la consigne.

- Le Mini Mental Score : c'est une batterie d'évaluation neurocognitive rapide. Elle aborde l'attention, l'orientation spatio-temporelle, le langage, la mémoire, le raisonnement. Le MMS est généralement utilisé en cas de suspicion de démence (MMS<25 en cas de démence). Il sert, entre-autres, à préciser les stades de démences. Le MMS est donc intéressant pour suivre l'évolution d'une démence, mais il reste incomplet pour un bilan psychomoteur.
- La SIB (Severe Impairment Battery) : il s'agit d'une évaluation neurocognitive adaptée aux démences sévères (MMS<10). Les questions sont simples et courtes. Cependant, certains domaines sont abordés de manière succincte.

## 6. Conclusion

Cette liste des tests adaptés à la personne âgée n'est pas exhaustive. Elle aborde seulement les principaux tests, les plus utilisés actuellement. Bien que l'ensemble de ces tests permettent de réaliser un bilan psychomoteur complet de la personne âgée, ils ne sont pas toujours

adaptés en cas de démence à un stade modérément sévère ou sévère. A ce stade de la démence, de nombreux patients présentent des troubles de la compréhension, voir une aphasie, et/ou des troubles moteurs, pouvant aller jusqu'à une perte de la marche. Les possibilités d'évaluation de ces patients sont alors restreintes.

Afin de réaliser un bilan psychomoteur le plus complet possible, il est donc nécessaire d'adapter les tests existants, voire de créer de nouveaux outils adaptés. Cette nécessité d'adaptation est d'autant plus vraie pour la population hospitalisée en unité cognitivo-comportementale.

## **II. Création d'un outil d'évaluation adapté aux patients en Unité Cognitivo-Comportementale**

### **1. Pourquoi une évaluation spécifique ?**

Les patients admis en Unité Cognitivo-Comportementale présentent pour la majorité d'entre eux une démence à un stade modérément sévère ou sévère. Le MMSE des patients est souvent inférieur à dix. Cela implique une atteinte des fonctions cognitives et motrices avancée. L'atteinte de la parole, de la compréhension, de l'exécution des gestes et de la marche sont les plus invalidantes dans la passation d'une évaluation.

Toute évaluation doit tenir compte de ces incapacités et donc être adaptée. Mais il ne s'agit pas de mettre de côté l'évaluation de certains domaines. Il s'agit plutôt de concevoir une évaluation qui prenne en compte les difficultés de chaque patient afin de lui permettre de dévoiler ses capacités restantes.

## **2. Présentation de l'outil d'évaluation**

L'outil d'évaluation créé a pour but de réaliser un bilan complet de la personne âgée présentant une démence à un stade modérément sévère ou sévère. La correspondance en termes de MMS est la suivante :

- démence modérément sévère : MMS de 19 à 10
- démence sévère : MMS < 10

En termes de GIR, les patients ayant ce type de démence présentent généralement un GIR inférieur à 4. La perte d'autonomie est conséquente et associée à un fort déclin cognitif et moteur.

L'évaluation proposée aborde 13 domaines :

- Communication
- Orientation spatiale
- Orientation temporelle
- Equilibre statique
- Coordinations dynamiques
- Motricité manuelle
- Motricité fine des membres inférieurs
- Praxies (visuoconstructive, idéatoire, idéomotrice et mémoire procédurale)
- Planification
- Gnosies
- Schéma corporel
- Tonus
- Sensorialité

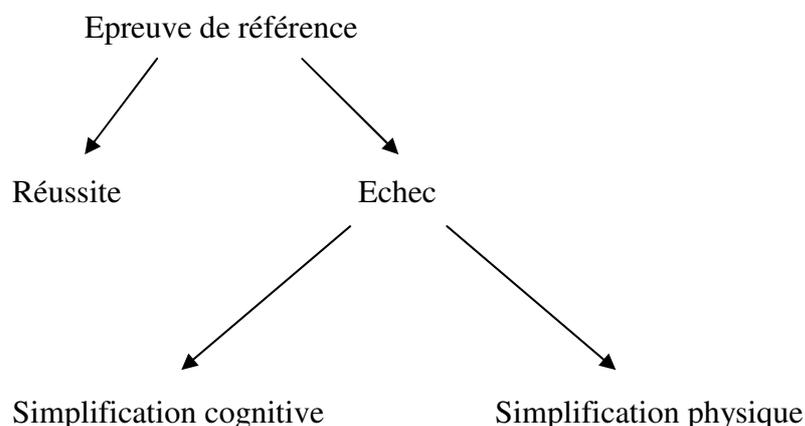
Les troubles du comportement ne sont pas évalués dans ce bilan car les unités cognitivo-comportementales utilisent déjà l'Inventaire Neuro Psychiatrique (NPI) qui est très complet.

Le temps de passation moyen est de 30 minutes.

Pour chaque domaine il est proposé une épreuve de référence, généralement issue d'un test connu tel que l'Examen Géronto-Psychomoteur. Si la passation de cette épreuve de référence s'avère impossible ou trop difficile pour le sujet, l'outil présenté propose deux simplifications possibles : d'une part une simplification cognitive, d'autre part une simplification physique.

La simplification cognitive pourra être appliquée en cas de troubles de la compréhension ou d'une mémoire de travail altérée. La simplification physique s'adresse à des sujets présentant des altérations physiques rendant impossible ou difficile la passation de certains tests. Il s'agit d'une perte de la marche par exemple, ou de limitations articulaires des mains ne permettant plus les activités fines.

#### *Principe d'utilisation des simplifications*



L'outil d'évaluation se présente sous la forme d'un carnet format A5 (*cf. annexe*)

### **3. Construction de l'outil**

Nous aborderons ici la présentation de chaque domaine de manière individuelle.

#### **a) Communication**

La première partie vise à évaluer le niveau de compréhension du sujet. Le résultat permet d'adapter la suite de l'évaluation.

L'épreuve de référence est issue de l'item n°2 de la SIB. Elle permet d'évaluer le niveau de compréhension dès le premier contact avec le sujet. De plus, elle est intéressante car elle permet différents encouragements comme «Levez-vous » ou « Venez avec moi ».

Si le patient est alité, on lui demande de nous donner la main. Dans ce cas précis, il est important de ne pas lui tendre la main afin de ne pas déclencher un mécanisme relevant plus de la mémoire procédurale que de la compréhension de la consigne.

La suite des items permet d'évaluer différents critères de la communication : la capacité à construire des phrases complètes, la réaction à l'appel de son nom, la sociabilité mais aussi un manque du mot (fréquent avec l'évolution d'une démence). En cas d'absence de communication verbale, il est important de rechercher d'autres modes de communication, qui peuvent passer inaperçus tels que les cris, les pleurs, le toucher ou le regard. Les cris ou les pleurs peuvent relever des troubles du comportement, mais ils peuvent également servir de communication. Le déceler peut aider à apaiser des cris.

#### **b) Orientation spatiale**

L'épreuve de référence est issue des items d'orientation spatiale du MMS. C'est l'épreuve la plus utilisée pour évaluer l'orientation spatiale. La simplification cognitive permet de proposer un indice verbal pour les questions de l'épreuve de référence. La bonne réponse sera donnée parmi deux choix.

Si les troubles de la compréhension sont trop importants pour répondre aux questions, il est proposé d'observer si le patient est capable de retrouver seul le chemin de sa chambre à la fin de la séance.

c) Orientation temporelle

Cette épreuve est construite sur le même principe que l'épreuve d'orientation spatiale. Le psychomotricien demande au patient quel jour nous sommes. Puis on demande au sujet si nous sommes le matin ou l'après-midi. Cette deuxième question est normalement plus facile que la question précédente. Si le patient présente une inversion nyctémérale, il est intéressant de remplacer la seconde question par la question suivante : « sommes-nous le jour ou la nuit ».

Pour simplifier cognitivement l'épreuve, le psychomotricien peut proposer un indiçage verbal pour la seconde question. Si nous sommes le matin, il est par exemple possible de demander au sujet s'il vient de prendre son petit-déjeuner.

d) Equilibre statique

L'épreuve de référence proposée est le Test d'Extension Fonctionnelle (TEF). Ce test présente une bonne validité concurrente mais il permet surtout de repérer et d'évaluer le risque de chute. Parallèlement, il n'est pas corrélé à la peur de chuter, il peut donc être facilement utilisé avec des sujets ayant déjà chuté (les chutes étant fréquentes chez les patients en déments).

La simplification cognitive propose de réaliser le TEF en plaçant un cerceau au sol, afin d'aider le sujet à ne pas déplacer ses pieds. L'utilisation du cerceau fait référence au matériel utilisé durant les ateliers de motricité. La compréhension de la consigne peut être facilitée par l'utilisation de mécanismes déjà plus ou moins intégrés via les prises en charge. Pour aider le patient à se pencher, le psychomotricien peut se placer en face du sujet et lui tendre un objet, type balle en mousse.

Si la compréhension de cette consigne n'est pas suffisante pour réaliser l'épreuve, il est intéressant d'observer au moins l'équilibre bipodal. On n'observe pas l'équilibre unipodal car de nombreux patients refusent de se tenir sur un pied, par peur de chuter.

La simplification physique s'adresse aux personnes en fauteuil roulant. Il semble important d'évaluer l'équilibre statique chez ces patients. A force d'être contenu dans leur fauteuil, les personnes peuvent progressivement perdre leurs mécanismes de rééquilibration. Il est alors important de réaliser une stimulation de ces mécanismes pour éviter que le sujet ne s'affaisse dans son fauteuil (latéralement principalement). L'épreuve consiste à exercer des poussées sternales, dans le dos et latérales (au niveau des épaules) afin de provoquer un déséquilibre. Le sujet doit être assis, avec le dos décollé du dossier.

#### e) Coordinations dynamiques

L'épreuve de référence est le Get Up and Go Test. Il est intéressant car il permet de donner une note qualitative et une note quantitative.

La simplification cognitive propose une évaluation de 8 critères de la marche : la hauteur du pas, la longueur, la largeur du polygone de sustentation, la symétrie des pas, la continuité des pas, le ballant des bras, les oscillations antéropostérieures et latérales. L'observation est libre. Pour cette épreuve, il peut être intéressant de proposer au patient, en dehors du bilan, de marcher un peu avec lui.

La simplification physique permet de différencier les patients capables de marcher, mais avec une aide physique ou matérielle, des patients grabataires. Il est tout de même proposé d'évaluer les coordinations des membres supérieurs. Pour ce faire, le psychomotricien lance une balle en cloche au patient, en l'avertissant préalablement. On notera si le patient est capable d'attraper la balle, ébauche le geste ou ne réagit pas. On mesure ainsi sa capacité à coordonner ses membres supérieurs mais aussi à anticiper et ajuster une action.

f) Motricité manuelle

L'épreuve de référence est l'épreuve n°1 de la « motricité fine des membres supérieurs » de l'EGP. C'est une épreuve de boutonnage-déboutonnage. Très écologique, elle évalue la dextérité digitale, le déliement digital mais aussi la coordination bi-manuelle.

La simplification cognitive est une épreuve de prise-lâcher d'un objet. Il s'agit de tendre un cube au patient et de lui demander de le prendre. Le fait de tendre l'objet en direction du patient favorise la compréhension de la consigne. Quand le sujet a pris le cube, on lui demande de le mettre dans une boîte (type boîte à chaussures). Si la compréhension de la consigne est difficile, on peut y associer une démonstration. Un deuxième essai est possible, le meilleur des deux sera coté. La cotation porte sur le type de prise et sur la qualité de la coordination.

La simplification physique s'adresse à des personnes présentant des limitations articulaires au niveau des mains associées ou non à des douleurs. Ce sont des patients pour qui l'épreuve de boutonnage-déboutonnage est inadaptée. L'épreuve consiste à enfiler trois grosses perles ou des boules (type boules de la Tour de Londres) sur une corde de 6mm minimum. Une corde de ce diamètre présente une certaine rigidité facilitant la manipulation. La cotation porte également sur le type de prise et sur la qualité de la coordination.

g) Motricité fine des membres inférieurs

Il semble intéressant d'évaluer la motricité fine des membres inférieurs afin de rassembler des informations complémentaires sur la qualité des déplacements. Mais ces épreuves sont particulièrement utiles dans le cas de personnes en fauteuil roulant. En effet, si la motricité fine des membres inférieurs est de bonne qualité, on pourra proposer au patient de déplacer son fauteuil en remontant les repose-pieds et en utilisant leurs pieds pour faire avancer leur fauteuil (en faisant du « pédalage »). Proposer ce type de déplacement aux personnes en fauteuil leur permet de garder plus longtemps une autonomie de déplacement, de mobiliser leurs membres inférieurs pour éviter une atrophie musculaire et de favoriser un meilleur maintien dans le fauteuil.

L'épreuve de référence est issue de l'Examen Géronto-Psychomoteur. Il s'agit de l'épreuve n°3 de la « motricité fine des membres inférieurs ». Le sujet est assis. Quatre cibles sont placées devant lui, au sol. Le sujet doit pointer les cibles du pied.

Pour la simplification cognitive, il est proposé au sujet, debout, de taper dans un ballon placé devant ses pieds. Cette action rappelle normalement des compétences connues. Si la compréhension de la consigne est encore difficile, l'examineur peut prendre le ballon, se placer face au sujet, et lui envoyer le ballon en tapant dedans. Prévenir le sujet qu'on va lui envoyer le ballon avant de frapper dedans. Ce procédé peut déclencher une frappe plus automatique, par réflexe. A n'utiliser que si le sujet ne comprend pas la consigne.

La simplification physique s'adresse aux patients en fauteuil. Trois cibles sont placées au sol devant le sujet. L'examineur demande au patient de pointer chaque cible. Répéter l'opération pour chaque pied.

#### h) Praxies visuoconstructives

L'épreuve de référence est le test de l'horloge. Ce test peut également servir à évaluer la planification, mais son intérêt initial reste l'évaluation de la visuoconstruction. Il est d'ailleurs généralement utilisé en complément du MMS pour l'évaluation cognitive des patients déments.

La simplification cognitive est une épreuve de reproduction d'un modèle en 2 dimensions issu de l'Examen Géronto-Psychomoteur. Afin de faciliter la réalisation, il peut être intéressant de favoriser l'imitation en dessinant soi-même la figure au lieu de donner un modèle déjà réalisé. Afin d'aider à la compréhension de la consigne, il est aussi possible de repasser sur le modèle et de répéter la consigne. La qualité du dessin n'est pas cotée. L'examineur évalue la présence des éléments et l'orientation du triangle. Les figures doivent être reconnaissables, mais n'ont pas besoin d'être précise en termes de qualité. Cependant, toute altération de la qualité ou précision des figures sera notée en observation.

La simplification physique s'adresse à des personnes pour qui la prise du stylo est difficile. Le principe repose sur celui du test de l'horloge. Le cadre de l'horloge est dessiné sur un tableau aimanté. Le sujet dispose des chiffres 1 à 20 en chiffres aimantés, plus deux

barres de longueur différentes. L'examineur demande au sujet de placer les chiffres sur l'horloge, puis d'utiliser les barres aimantées pour placer les aiguilles sur 5 heures moins le quart. La cotation porte sur la présence des tous les chiffres, leur ordre, le fait que le cadran soit divisé en quatre quadrants, le placement de chaque aiguille.

i) Praxies idéatoires

L'épreuve de référence est l'épreuve n°1 des « praxies » de l'EGP. Un couteau et une fourchette sont mis à disposition du sujet et l'examineur lui demande de montrer comment on s'en sert pour couper un aliment. Il ne faut pas utiliser les termes couteau et fourchette dans la consigne. L'utilisation des couverts doit être conjointe.

Pour la simplification cognitive, on place une tasse devant le sujet et l'examineur lui demande comment on se sert de cet objet. Encore une fois, il ne faut pas utiliser le terme tasse dans la consigne. Pour valider une utilisation correcte, le geste doit être complet, de la prise par la anse jusqu'au fait de porter la tasse à la bouche.

La simplification physique est la même que l'épreuve de référence à la différence que l'on donne des couverts adaptés au sujet, avec un manche épais afin d'en faciliter la prise.

j) Mémoire procédurale

L'épreuve de référence est presque la même que celle des praxies idéatoires. Il s'agit d'observer l'utilisation des couverts en situation écologique, durant la prise des repas. Cette épreuve est d'autant plus intéressante que le sujet a échoué l'épreuve de référence des praxies idéatoires. Dans ce cas précis, il est intéressant d'observer si l'utilisation des couverts est toujours possible en faisant appel à la mémoire procédurale.

La simplification cognitive et physique (si le patient est dépendant pour la prise des repas), l'examineur tend la main, en début ou fin de séance, pour saluer le patient. L'examineur observe si le patient tend spontanément la main, réalise une ébauche de salutation, ou ne réagit pas. La mémoire procédurale est la mémoire sauvegardée le plus longtemps. Son atteinte signerait donc une forte atteinte mnésique.

### k) Praxies idéomotrices

L'épreuve de référence repose sur l'épreuve des gestes symboliques de l'EGP (épreuve n°2 des « praxies »). Le patient doit réaliser des pantomimes sur commande verbale (saluer, gronder, se brosser les dents, planter un clou). Les épreuves de pantomimes font partie des épreuves largement utilisées pour évaluer les praxies.

La simplification cognitive s'adresse aux patients présentant des difficultés dans la compréhension des pantomimes à réaliser. Il est alors proposé de se baser sur l'imitation. Pour cela, cette épreuve utilise les dix premiers gestes simples du Bergès-Lézine. Les points sont accordés si la reproduction est exacte, qu'ils soient reproduits en miroir ou en réel. Le type de reproduction (miroir ou réel) et le changement de type de reproduction en cours d'épreuve seront notés dans les observations.

Aucune simplification n'est nécessaire. Si la mobilité des mains est diminuée, les points seront accordés même si le geste manque de précision.

### l) Planification

L'épreuve de référence est la Tour de Londres. Ce test permet d'évaluer la capacité à planifier une séquence de mouvements avec des boules. L'étalonnage a été réalisé sur des patients Alzheimer. L'autre intérêt est que les épreuves sont de difficulté croissante. La difficulté réside plus dans la complexité des consignes.

Une épreuve de simplification cognitive est donc nécessaire. Cette épreuve consiste à remettre dans l'ordre une séquence de 2 images. Si l'épreuve est réussie, la même épreuve est réalisée avec 3 images.

Le test de la Tour de Londres demande de nombreuses manipulations des boules. Cette opération peut mettre en difficulté certains patients et donc diminuer leurs performances. La simplification physique se base sur la Tour de Londres. Cependant, le patient verbalise les mouvements qu'il souhaite réaliser et l'examineur les réalise pour lui. Comme le patient ne réalise pas les mouvements lui-même, le temps de réalisation est augmenté. Le temps n'est donc pas coté. Seule la réussite est cotée : un point est accordé par planche réussie.

m) Gnosies

L'épreuve de référence est une épreuve de dénomination d'objets et de connaissance de leur fonction. L'examineur montre quatre objets les uns après les autres (une brosse à dents, un peigne, un verre, une cuillère ou une fourchette) et demande au patient de nommer l'objet puis de donner sa fonction (à quoi il sert).

La simplification cognitive consiste à désigner les objets au lieu de devoir les nommer. Les quatre objets utilisés sont les mêmes que dans l'épreuve de référence. Ils sont alignés devant le patient et l'examineur demande où se trouve la brosse à dents (par exemple). En cas de troubles phasiques, la désignation est plus facile que la dénomination.

n) Schéma corporel

L'épreuve de référence est issue de l'EGP. Il s'agit de l'épreuve n°4 de la « connaissance et utilisation des parties du corps ». L'examineur montre des parties sur son corps et le patient doit les nommer. Les parties à nommer sont : un mollet, un bras, un genou, les cheveux, un pouce, la bouche ou les lèvres, un talon, le dos, les dents, un sourcil.

La simplification cognitive est basée sur les parties du corps aussi. La dénomination des termes se rapportant au corps pouvant être ardue (dû à un manque du mot fréquent en cas de démence), l'épreuve consiste à montrer sur son corps, des parties nommées par l'examineur. Ainsi, l'examineur nomme une partie du corps et le patient doit la montrer sur son propre corps. Les parties du corps choisies ne sont pas les mêmes que celles de l'épreuve de référence. En effet, en cas de troubles cognitifs avancés, la connaissance des parties du corps se limite. Les parties choisies sont des parties plus globales que dans l'épreuve de référence. On demande par exemple « la main » plutôt que « la paume ». Les parties choisies sont donc les suivantes : une jambe, un bras, les cheveux, une main, la bouche, un pied, le dos, les dents et un œil.

o) Tonus

L'évaluation du tonus chez la personne âgée démente semble importante. En effet, des troubles du tonus apparaissent chez la majorité de cette population, que ce soit du fait d'un trouble neurologique, ou d'une position vicieuse.

Le tonus passif et le tonus actif sont évalués, de préférence en position allongée afin d'éviter toute déambulation. Pour cela, l'examineur réalise des manipulations passives des membres supérieurs et inférieurs. Chaque membre est évalué à part car il est possible d'observer une hypertonie du membre supérieur droit, et un tonus normal du membre supérieur gauche. L'examineur recherche toute hypertonie, hypotonie, dystonie ou tonus en roue dentée.

Le tonus actif est évalué en position debout, ou assis, dos décollé du dossier pour une personne en fauteuil. L'examineur observe le tonus axial. Il s'agit d'observer si le patient présente une hypotonie axiale, une hypertonie ou un tonus adapté. En cas de trouble du tonus, l'examineur précise si le patient se tient en rétropulsion ou s'il a perdu la verticale. Ces deux derniers cas sont fréquents en cas de syndrome post-chute.

Pour finir, durant l'ensemble du bilan, l'examineur observe la présence de clonies, qu'elles soient de repos ou d'action et précise leur fréquence et leur localisation.

p) Sensorialité

Le bilan s'achève sur l'évaluation de la sensorialité. Elle est évaluée au niveau des pieds. La sensibilité podotactile est évaluée à l'aide d'une épingle à cheveux avec laquelle on stimule différentes zones de la plante du pied. L'examineur observe la réaction du patient, si elle est normale, disproportionnée ou absente. Avoir une bonne sensibilité plantaire est important pour que la marche soit sûre. Si la sensibilité est minorée, le patient ne sentira pas correctement les changements de sol et n'adaptera pas sa posture de marche, risquant alors de chuter.

L'évaluation est également basée sur la discrimination de textures au niveau de la plante des pieds. L'examineur passe du coton sur la plante du pied puis passe un objet qui gratte

(type côté grattant d'une éponge). L'examineur demande au patient si les sensations sont identiques. L'opération est répétée avec un objet froid et un objet chaud (poche froide et serviette humide chaude).

Sont également notés les troubles auditifs et le port d'appareillage auditif ou visuel.

### **III. Etudes de cas**

Les études de cas suivantes sont réalisées sur deux patients de l'unité cognitivo-comportementale. Le bilan a été réalisé à l'aide de l'outil d'évaluation décrit précédemment.

Mr P présente des troubles cognitifs débutant mais d'évolution rapide. Aucun diagnostic n'a encore été posé.

Mme C présente une démence de type Alzheimer à un stade avancé. Les troubles sont d'ordre moteur et cognitif.

#### **1. Etude de cas de Mme C**

##### **Anamnèse**

Mme C a 82 ans. Elle réside en maison de retraite depuis 2005. Elle a une fille et un fils. Elle est veuve depuis 30 ans. Avant la retraite, Mme C était couturière. Mme C est sous tutelle.

Le NPI actuel est de 21/80, contre 68/80 à son admission.

L'ADL est de 0,25/6, contre 0/6 à son admission.

##### **Motifs d'hospitalisation**

Mme C a été hospitalisée le 16/02/2011 à l'unité cognitivo-comportementale pour différents motifs :

- Démence de type Alzheimer à un stade sévère
- Hallucinations morbides depuis janvier 2011 (sénesthésiques et visuelles)

- Dymorphophobie
- Anxiété
- Anorexie, avec importante déshydratation

A l'admission, la patiente présentait une agressivité verbale à type d'insultes. Mme C se dit morte, qu'elle ne vit plus. Elle exprime un sentiment d'incurabilité. Ses hallucinations visuelles sont de type vision de personnes décédées (sans altération du sommeil). Ces hallucinations semblent peu anxiogènes mais sont associées à une agitation motrice.

Les idées délirantes morbides de Mme C sont des idées d'éviscération.

### **Antécédents**

- Démence de type Alzheimer à un stade sévère, GIR 1
- Syndrome anxio-dépressif
- Hémiplégie droite séquellaire en AVC
- Comitialité en 2000, traitée
- Fracture cheville droite en 2006

### **Traitements médicamenteux**

- Mémantine pour la DTA
- Antidépresseurs (mais résistance)
- Neuroleptiques (ZYPREXA, RISPERDAL)
- Benzodiazépine
- Hypnotiques

### **Examen neurologique**

Hémi-parésie droite totale avec un Babinski à droite. Absence de syndrome extrapyramidal. Etat spastique avec réflexes vifs et diffus.

Le scanner cérébral révèle une atrophie cortico sous-corticale diffuse, sans lésion d'allure vasculaire.

## **Bilan psychomoteur**

Mme C accepte facilement la situation de test. L'évaluation a été proposée quand les hallucinations et les idées délirantes étaient minorées, voire absentes. Auparavant, il était impossible de lui proposer toute activité. Mme C incluait le personnel soignant à ses délires et pensait qu'il la persécutait.

Mme C est grabataire. Elle est en fauteuil roulant confort et a perdu toute autonomie de déplacement. Elle n'est pas en mesure de déplacer son fauteuil elle-même.

Mme C est particulièrement préoccupée par son apparence physique, elle présente une dysmorphophobie, altérant la perception de son corps.

### **Compréhension : simplification physique : 1/2**

Mme C exécute la consigne après 2 répétitions. Elle montre sa main à l'examineur, mais ne la tend pas, la consigne semble partiellement comprise.

### **Communication : note totale : 5/5**

La communication est de bonne qualité, malgré quelques réponses inadaptées durant l'évaluation. Mme C réagit à l'appel de son nom mais il est nécessaire de l'appeler plusieurs fois. Mme C présente un manque du mot débutant quand il s'agit de dénommer des objets ou des parties du corps.

### **Orientation spatiale : simplification cognitive : 1/2**

Mme C n'est pas en mesure de dire la ville ni le lieu dans lequel elle se trouve, malgré l'indication verbale. La ville est retrouvée par défaut : deux choix lui étaient proposés (Toulouse ou Paris), elle pourra préciser qu'elle n'est sûrement pas à Paris, mais ne sait pas si elle se trouve à Toulouse. La désorientation spatiale est nette.

### **Orientation temporelle : épreuve de référence : 1/2**

Mme C n'est pas en mesure de dire quel jour nous sommes, cependant elle pourra dire que nous sommes le matin. Elle semble se repérer dans la journée, mais pas au-delà.

**Equilibre statique : simplification physique : non-administrable**

L'épreuve n'est pas administrable car Mme C n'est pas en mesure de se tenir assise, sans soutien dorsal.

**Coordinations dynamiques : simplification physique**

Autonomie de déplacement : 0/2. Mme C est grabataire. Elle est en fauteuil roulant confort, mais n'est pas en mesure de se déplacer seule.

Lancer de balle : 1/2. Mme C amorce un geste des deux mains afin de rattraper la balle. Cependant le mouvement est peu précis et lent, ne permettant pas de rattraper la balle.

**Motricité manuelle : simplification physique : 2/4**

Mme C saisit la corde dans la main droite et la boule dans la main gauche. Elle cherche une prise adéquate de la boule. Elle alterne la prise à pleine main et la prise tripodique. La coordination entre les deux mains est approximative, rendant difficile l'enfilage. Mme C n'ajuste pas la position de la boule par rapport à la corde. A cela s'ajoutent des tremblements fins d'action.

L'amplitude d'ouverture des deux mains est différente : la main gauche est difficile à fermer, la main droite est difficile à ouvrir.

**Motricité fine des membres inférieurs : simplification physique : 0/12**

Mme C n'est pas en mesure de déplacer ses membres inférieurs du fait de raideurs et d'une position en extension. La mobilisation active est très limitée.

**Praxies visuoconstructives : simplification physique : 3/5**

Les chiffres de 1 à 12 ont été placés sur le cadran de l'horloge, cependant ils sont placés en anti-horaire. A la première tentative, les chiffres de 2 à 6 sont placés dans un seul quadrant. Mme C remarque son erreur et modifie le placement des chiffres 5 et 6, plaçant le 6 au bon endroit. Mais le sens anti-horaire est conservé. Mme C ne semble pas être en mesure de corriger deux erreurs à la fois, par surcharge cognitive ou par persévération d'une méthode initiale. L'horloge est séparée en 4 quadrants approximativement exacts. La petite aiguille

n'est pas placée au bon endroit (sur le 4 à la place du 5), par contre la grande aiguille est placée au bon endroit.

L'orientation spatiale semble donc altérée et associée à un défaut de planification.

**Praxies idéatoires : simplification physique : 1/1**

Le couteau et la fourchette sont utilisés conjointement. La prise est adaptée.

**Mémoire procédurale : épreuve de référence : 2/2**

Mme C est autonome lors de la prise des repas. Son utilisation des couverts est adaptée.

**Praxies idéomotrices : simplification cognitive : 4/10**

Mme C semble de pas comprendre la consigne des gestes symboliques de l'EGP. « Faire semblant » ou « faire comme si » semble abstrait pour Mme C. La simplification cognitive lui est donc proposée. Les deux premiers gestes simples du Bergès-Lézine sont réalisés (en tenant compte des limitations articulaires au niveau des mains de Mme C). Le geste n°4 est réalisé en miroir. Le geste n°5 est approximatif. A partir de là, les gestes suivants sont impossibles du fait de persévérations sur le cinquième geste. Malgré le fait de lui demander à plusieurs reprises de bien vérifier sur l'examineur.

**Planification : Simplification cognitive**

Séquence de 2 images : 1/1. La séquence de 2 images est remise dans l'ordre adéquat, mais il aura été nécessaire de verbaliser ce que les images représentent. Mme C semble ne pas porter attention aux éléments importants de l'image, ceux donnant la chronologie de la séquence.

Séquence de 3 images : 0/1. Cette épreuve est échouée malgré le fait d'aider Mme C à observer les éléments marquants la chronologie de la séquence.

**Gnosies : épreuve de référence**

Dénomination d'objets : 4/4. La dénomination est possible, malgré un manque du mot ralentissant le temps de réponse.

Verbalisation de la fonction : 2/4. Mme C échoue sur la fonction de deux objets : la brosse à dent et la cuillère. La brosse à dent servirait à se brosser les cheveux, mais cette réponse a pût être interférée par la présence d'un peigne à proximité. La fourchette servirait à remuer la soupe. Sa fonction a été échangée avec celle de la cuillère. Malgré tout, les réponses correspondent à une utilisation dans des domaines adaptés : la brosse à dent dans la salle de bain, la fourchette dans la cuisine.

### **Schéma corporel : 5/9**

La connaissance du corps est approximative. Seuls le bras, les cheveux, la main, le pied et l'œil sont retrouvés. Les parties du corps retrouvées correspondent d'ailleurs aux zones qui préoccupent Mme C. L'aspect de ses mains, de ses cheveux qui retombent dans les yeux reviennent souvent dans la discussion.

### **Tonus**

Mme C étant globalement algique à la manipulation, le tonus passif aura été difficilement évaluable. On note tout de même une hypertonie des membres supérieurs et inférieurs. L'amplitude articulaire des membres inférieurs est particulièrement réduite. L'antéimpulsion des membres supérieurs est limitée, ainsi que l'extension.

Le tonus axial est en hypertonie, avec une tendance à la réimpulsion. Mme C n'est pas en mesure de se tenir assise sans dossier.

Des clonies d'action sont observables au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Ces clonies altèrent la qualité des mouvements fins des membres supérieurs.

### **Sensorialité**

Sensibilité podotactile : 2/2. Mme C est en mesure de préciser que « ça pique ».

Discrimination de textures : 2/2. La différence de textures est correctement perçue.

Cependant la sensibilité du pied droit est plus altérée qu'à gauche. L'audition est bonne. Mme C ne porte pas de lunettes. Elle est lectrice. On peut noter que Mme C se ferme l'œil gauche pour lire.

## Conclusion

Mme C présente une désorientation spatio-temporelle majorée par l'anxiété. Mme C est en fauteuil roulant confort, sans autonomie de déplacement. L'utilisation des membres inférieurs n'est pas envisageable pour le déplacement en fauteuil. Les limitations articulaires des membres supérieurs ne permettent pas non plus le déplacement du fauteuil. La motricité manuelle est altérée par des tremblements fins d'action. On observe également une altération de la visuoconstruction et des praxies idéomotrices. Il faut cependant mettre ces résultats en perspective avec les persévérations et la surcharge cognitive présentée par Mme C. Les gnosies et les praxies idéatoires semblent préservées, permettant un maintien de l'autonomie dans certaines activités de la vie quotidienne. Il peut être intéressant de solliciter la participation de Mme C durant la toilette. Augmenter sa participation, en profiter pour lui demander de verbaliser les étapes de la toilette ou de l'habillage lui permettent d'avoir une participation active. Cela lui permettrait de prendre confiance en elle et en ses capacités/ La planification est fortement altérée. Cependant l'indigage verbal permet d'améliorer les capacités de Mme C. La connaissance des parties de son corps est altérée, un travail de revalorisation de l'image corporelle pourrait être intéressant. L'altération du tonus axial ne permet pas de participation aux transferts, ce qui peut compliquer les soins.

Toutefois, Mme C peut être rassurée par la parole, la présence. Il est important de bien lui expliquer toutes les actions que l'on va faire. La prise des repas peut encore se faire de manière autonome, malgré une fatigabilité. Il peut être intéressant d'intervenir à certains moments du repas, pour l'aider à finir certains plats. Cela évite qu'elle abandonne, par fatigue. L'adaptation des couverts est nécessaire. Mme C semble rapidement faire preuve de surcharge cognitive. Il faudra veiller à ne pas donner trop d'informations à la fois et séquencer les consignes.

Mme C présente une compréhension satisfaisante. La relaxation (de type Training Autogen de Schultz) pourrait être bénéfique à Mme C. Reprendre le contrôle sur son corps aiderait à la revalorisation de Mme C. Parallèlement, la relaxation permettrait d'atténuer les hypertopies. Une diminution de l'hypertonie du tronc aiderait à la participation aux transferts

et un tonus des membres supérieurs plus adapté améliorerait la qualité et la quantité de la participation de Mme C à la toilette et au repas.

Afin d'éviter que la raideur de mains ne s'accroisse, un travail de motricité manuelle pourrait être mis en place. Il devra être adapté aux capacités et aux douleurs de Mme C.

La prise en charge de Mme C pourrait donc porter sur la relaxation, la participation aux soins, la planification (travail durant la toilette) et la motricité manuelle.

## **2. Etude de cas de Mr P**

### **Anamnèse**

Mr P est âgé de 71 ans. C'est un ancien agent immobilier. Ses proches le décrivent comme perfectionniste, anxieux, plutôt associable et pudique. Il aime la danse et la nature. Il est divorcé de la mère de son fils. Avant son hospitalisation, il vivait au domicile avec sa compagne. Sa compagne a eu un cancer du colon en 2008, et Mr P a été très présent à ses côtés. Durant le bilan, il me dira qu'il a un cancer, dans le dos, et qu'il est chanceux d'avoir sa compagne à ses côtés, qu'elle le soutient beaucoup. Après vérification dans son dossier, Mr P ne présente aucun cancer. Il semblerait que le souvenir du cancer de sa compagne soit présent, mais altéré.

Depuis 3 mois, Mr P porte des accusations de vol envers sa compagne. La relation est devenue extrêmement tendue. Mr P présente une altération de la mémoire immédiate et une désorientation spatio-temporelle. Face à la perte de la reconnaissance de sa compagne, cette dernière a demandé une hospitalisation en urgence de Mr P. La compagne de Mr P est épuisée.

L'ADL est de 5,25/6, contre 6/6 quinze jours plus tôt. L'autonomie de Mr P semble se dégrader.

Le NPI à l'entrée était de 52/80.

Il n'est retrouvé aucun syndrome pyramidal, extrapyramidal ou cérébelleux.

L'ensemble des symptômes étant récents, les troubles cognitifs sont encore en cours d'exploration. Le MMS n'a pas été administré.

## **Motifs d'hospitalisation**

Mr P est admis à l'UCC suite à son passage aux urgences. Il est admis pour idées délirantes à type de vol, agressivité verbale et dépression.

## **Traitements**

Il a été prescrit à Mr P un antidépresseur (Citalopram), un anxiolytique (Xanax) et 2 neuroleptiques (Haldol et Risperdal).

## **Bilan psychomoteur**

Mr P accepte la situation de test après de nombreuses explications. Il semble craindre une situation d'évaluation. Après plusieurs réassurances, Mr P accepte. Il aura besoin de nouvelles réassurances durant l'évaluation afin de poursuivre et de réaliser l'évaluation jusqu'à son terme.

### **Compréhension : épreuve de référence : 1/1**

Le patient comprend la question mais montre quelques réticences. Cependant il comprend l'ensemble de la consigne.

### **Communication : note totale : 5/5**

Mr P communique facilement. Il cherche à communiquer avec autrui, malgré qu'il soit décrit par ses proches comme plutôt associable. Le patient réagit à l'appel de son nom. Cependant, dans certaines situations il faut l'appeler plusieurs fois de suite pour attirer son attention. Mais cela semble davantage lié à une labilité de l'attention.

Malgré des phrases complètes et correctement construites, Mr P présente un léger manque du mot.

### **Orientation spatiale : épreuve de référence : 1/2**

Le patient peut répondre spontanément qu'il est à Toulouse. Cependant il ne saura pas préciser qu'il se trouve à l'hôpital. Voyant qu'il semble juste ne pas retrouver le mot, un indigage lui est proposé. Il pourra alors dire, difficilement, qu'il se trouve à l'hôpital.

L'orientation spatiale semble tout de même légèrement altérée : Mr P se rappelle du numéro de sa chambre mais il est incapable de la retrouver seul.

**Orientation temporelle : épreuve de référence : 0/2**

Le patient n'est pas en mesure de donner le jour. Il dira que nous sommes le matin, alors que nous sommes au milieu de l'après-midi. Lui demander s'il a déjà pris le repas de midi ne lui permet pas de rectifier sa réponse. On peut donc observer une désorientation temporelle marquée.

**Equilibre statique : Test d'Extension Fonctionnelle, simplification cognitive : -1,25DS (note pondérée avec la taille)**

Mr P présente une extension fonctionnelle altérée. Le résultat montre un risque de chute. L'évolution de la qualité de la marche et de l'équilibre seront donc à surveiller dans le temps.

**Coordinations dynamiques : simplification cognitive : 7/8**

Mr P ne présente pas d'anomalies de la marche. Tous les critères de la marche sont adaptés, seule la hauteur du pas est diminuée.

**Motricité manuelle : épreuve de référence : 2/2**

L'épreuve de boutonnage-déboutonnage est réalisée avec succès. La coordination bi-manuelle est bonne, l'épreuve peut être réalisée sans la vision. Le geste est précis, sans tremblements d'action. Le déliement digital est bon.

**Motricité fine des membres inférieurs : simplification cognitive : 2/2**

Mr P est incapable de réaliser l'épreuve de référence. Il semble ne pas cerner la consigne, malgré une démonstration. A l'épreuve de « taper dans un ballon », Mr P réalisera facilement l'épreuve. Il semble davantage frapper dans le ballon par réflexe que par compréhension de la consigne. Cependant le coup de pied est efficace, la frappe justement dosée.

**Praxies visuoconstructive : simplification cognitive : 2/3**

Mr P refuse de réaliser le test de l'horloge. Il réalise la simplification cognitive (reproduction d'un modèle en 2D) après de nombreux encouragements. Cependant il réalise l'épreuve avec empressement, il dit ne pas vouloir s'appliquer. Les éléments sont présents mais l'orientation du triangle est fautive. Du fait du manque d'application dans la réalisation de l'épreuve, il semble difficile d'interpréter les résultats.

**Praxies idéatoires : simplification cognitive : 1/2**

Mr P saisit la tasse à l'anse mais ne la porte pas à la bouche. Le geste reste incomplet.

**Praxies idéomotrices : simplification physique : 3/10**

Les gestes simples n° 2, 3 et 4 du Bergès-Lézine sont réalisés correctement, avec un contrôle visuel efficace. La suite des gestes sont réalisés de manière très approximative. Mr P présente des persévérations à partir du 7<sup>ème</sup> geste, ce qui rend la réalisation des gestes suivants impossibles. Malgré un indiçage verbal, Mr P n'est pas en mesure de modifier la position de ses bras et persévère sur une position antérieure.

**Planification : simplification cognitive : 1/1**

Mr P est capable de remettre dans l'ordre une séquence de 3 images, mais il n'est pas en mesure d'expliquer ses choix.

**Gnosies : épreuve de référence : 2/4 en dénomination ; 3/4 pour la fonction**

La brosse à dent et la fourchette n'ont pas été reconnues. Par contre, la fonction de la fourchette peut être nommée, mais pas la fonction de la brosse à dents. Les savoirs commencent à être altérés.

**Schéma corporel : simplification cognitive : 3/9**

La connaissance des parties du corps est fortement altérée. De nombreuses parties sont inversées comme la main désignée au niveau du genou, l'œil au niveau des oreilles...

## **Tonus**

Le tonus passif est globalement adapté. On note une légère hypertonie des membres supérieurs. Mais cela semble davantage lié à une certaine pudeur de Mr P. Le tonus axial est adapté et aucune clonie n'est observée.

## **Sensorialité : podotactile : 2/2 ; toucher : 2/2**

Mr P présente une bonne sensibilité plantaire. La discrimination est bonne. Mr P est capable de verbaliser les différentes sensations (« ça pique, chaud, froid, doux, ça gratte »).

Mr P n'a pas d'appareil auditif. L'audition semble bonne, mais Mr P demande tout de même à plusieurs reprises qu'on lui répète la question. Il serait intéressant de réaliser un bilan ORL afin de déterminer s'il s'agit davantage d'un problème auditif ou de compréhension.

La vision est bonne, Mr P ne porte pas de lunettes. La lecture est possible, mais reste difficile. Son activité professionnelle précédente (agent immobilier) laisse penser que la lecture a été efficace. La lecture semble donc se détériorer.

## **Conclusion**

Mr P présente donc des troubles du langage et de la compréhension, une labilité de l'attention, une désorientation spatio-temporelle, des troubles praxiques et du schéma corporel. L'ensemble de ces troubles semblent être d'évolution rapide. Cependant, les coordinations dynamiques restent épargnées. Il semble important de continuer à solliciter les capacités motrices de Mr P. Un intérêt particulier sera porté aux troubles de la compréhension naissants. La communication devra être adaptée. Le temps de la toilette pourra être utilisé pour travailler la connaissance des parties du corps ainsi que la planification des étapes de la toilette et de l'habillement. Ces deux axes pourront être repris en prise en charge individuelle.

La participation de Mr P à des ateliers de motricité (ou ateliers corporels), permettrait d'observer la qualité de son équilibre dans différentes situations. Cela permettrait également de stimuler les capacités d'équilibration.

Un travail de repérage spatial à l'arrivée dans la structure permettrait d'atténuer l'anxiété de Mr P. Il ne comprend pas où il est, ce qui provoque des envies de fugue. Le repérage temporel, avec un planning donnant le déroulement de la journée serait également intéressant.

Une prise en charge des praxies semble être justifiée. Il est important que Mr P puisse être autonome le plus long possible.

Les conclusions des médecins quant aux troubles cognitifs seront importantes pour mieux cerner les troubles de Mr P.

Au vue de la rapidité d'évolution des troubles, il semble important de stimuler les domaines en déficit, mais aussi les capacités restantes afin de favoriser un maintien de l'autonomie.

# **DISCUSSION**

Les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) accueillent des patients présentant une démence d'Alzheimer ou maladie apparentée à un stade modérément sévère ou sévère. A ce niveau d'avancée de la maladie, la prise en charge du patient doit tenir compte de l'ensemble de ses difficultés. Cependant, la prise en charge est également régie par une durée d'hospitalisation abrégée. En moyenne, un patient séjourne en UCC 32 jours. Cette durée de séjour limite les possibilités d'établir un projet thérapeutique, en termes de rééducation.

Sachant que l'UCC représente souvent une étape transitoire entre le domicile et l'institution (suite à une décompensation des troubles par exemple), il est intéressant d'utiliser le temps d'hospitalisation pour réaliser un bilan psychomoteur complet du patient. Toutefois, les patients présentent des stades avancés de démence et les tests existants sont parfois insuffisamment adaptés à cette population. Les limites à l'administration de certains tests peuvent être d'ordre cognitif ou physique (troubles moteurs, limitations articulaires). Pour la population présente en UCC, la création d'un outil adapté peut donc être utile. Afin d'être administrable à la majorité des patients, l'outil reprend certains tests ou subtests, et les complète par des simplifications cognitives et physiques.

Malgré cela, des questions peuvent se poser :

Quelles sont les limites de l'évaluation de la personne âgée présentant une démence à un stade sévère ? En effet, à quel moment l'apport des résultats de l'évaluation est-il inférieur à la fatigue et au stress occasionné par la situation d'évaluation ? L'évaluation a pour objectif de mettre en évidence les capacités restantes des personnes âgées. Malheureusement, avec l'avancée de la démence, ces capacités s'altèrent au fur et à mesure. Il semble donc important d'ajuster l'évaluation à ce qui peut encore être évaluée.

Cet outil reste un outil d'évaluation, ce n'est pas un test. Effectivement, malgré la mise en place d'un système de notation, la validité et la fidélité de cet outil n'ont pas été vérifiées. Aucun étalonnage n'a été réalisé. Cet outil pourrait être une première étape vers un test adapté aux démences modérément sévères à sévères.

Les troubles du comportement ne faussent-ils pas les résultats de l'évaluation ? Les patients admis en UCC présentent des troubles psychocomportementaux envahissants : agressivité verbale et physique, opposition, idées délirantes et hallucinations... Il est évident que la présence de ces troubles au moment de l'évaluation fausserait les résultats. L'opposition ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des capacités restantes d'un patient. Il est important de respecter une période d'adaptation du patient à son nouveau lieu de vie, mais aussi une période d'adaptation médicamenteuse. L'évaluation ne peut se faire qu'une fois les troubles du comportement diminués, voir effacés. Malgré tout les traitements médicamenteux et non-médicamenteux, les troubles psychocomportementaux de certains patients persistent. Le refus de l'évaluation par le patient doit alors être pris en compte. Se pose le problème éthique suivant : jusqu'à quel point accepter le refus de soin d'une personne ?

Et après l'Unité Cognitivo-Comportementale ? L'UCC n'étant pas un lieu de vie définitif, les résultats du bilan psychomoteur ne permettent pas une prise en charge psychomotrice à l'UCC sur le long terme. Quel est le but d'une évaluation si les conclusions ne sont pas communiquées ? Le bilan ainsi que les conclusions doivent faire partie intégrante du dossier-patient. Ce dossier suit le patient dans son futur lieu de vie. Il semble nécessaire d'établir un document à destination du personnel de ce lieu de vie (EHPAD par exemple), qu'un psychomotricien y soit présent ou non. Le document sera adapté à son destinataire. Si aucun psychomotricien n'est présent sur la structure, il peut être intéressant de faire part des capacités restantes du patient à l'équipe de soins. Ainsi, ils pourront adapter leur prise en charge afin de solliciter ces capacités restantes et favoriser un maintien ou un retour de l'autonomie du patient.

Cet outil d'évaluation n'est donc pas un test. Il s'adresse principalement à des patients présentant une démence à un stade modérément sévère ou sévère. Il vise à mettre en évidence des capacités restantes ou en régression. Le but est de mettre en place une prise en charge, en UCC ou sur le lieu de vie futur, qui favorise le maintien de ces capacités et donc de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne.

## Conclusion

---

La prise en charge de la démence fait partie des axes du Plan Alzheimer 2008-2012. C'est dans ce cadre qu'ont été créées les Unités Cognitivo-Comportementales (UCC) avec pour objectif l'accueil des patients présentant une démence. L'hospitalisation se fait dans le cadre de troubles du comportement devenus trop envahissants pour le patient, mais aussi pour sa prise en charge. Parallèlement, la psychomotricité fait partie intégrante du Plan Alzheimer.

Le psychomotricien possède une compétence particulière en matière d'évaluation et d'adaptation d'outils d'évaluation. C'est dans ce sens qu'a été créé cet outil d'évaluation. La population présente en UCC nécessite une évaluation adaptée au niveau cognitif et/ou physique. L'outil créé a pour objectif de proposer une épreuve de référence pour chaque domaine psychomoteur, est d'y associer une simplification cognitive et une simplification physique. Chaque patient est unique, chaque tableau clinique est donc lui aussi unique. Le but de l'outil proposé est de faciliter l'évaluation en procurant un outil complet, répondant aux différences individuelles de chaque patient présentant une démence.

L'axe de travail du psychomotricien en UCC développé dans cet écrit est l'évaluation. Néanmoins, l'intervention du psychomotricien en Unité Cognitivo-Comportementale ne se limite pas cela. Les compétences des psychomotriciens sont larges. Ainsi l'intervention du psychomotricien en matière de troubles psychocomportementaux semble tout autant préconisée.

## Bibliographie – Sitographie

---

- Albaret, J-M. Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille : Solal
- Capian, L. (2010). *Démence et Psychomotricité : Rôle du psychomotricien et validation pathologique de l'Examen Géronto-Psychomoteur*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité
- Défontaines, B. (2004). *Les démences : classification, clinique, physiopathologie et traitements*. Paris : Editions Med-Line
- Helfer, F. (2009). *Psychomotricité et personnes âgées : évaluation par l'EGP et prise en charge*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité
- Juhel, J-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée : réfléchir, agir et mieux vivre*. Québec : Les Presses de l'Université Laval
- Larribau, A-M. (1991). *Ebauche d'un test pour adultes étalonné sur une population âgée de 58 à 65 ans*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité
- Laurent, C. (2008). *Le vieillissement cognitif et moteur normal : étude préliminaire sur un nouvel outil d'évaluation, l'Examen Géronto-Psychomoteur*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité
- Lucas, M. (2007). *Influences de la Démence de Type Alzheimer sur la prise en charge psychomotrice : application d'un protocole de rééducation de l'équilibre à des patients atteints d'une DTA*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité

Pager, R. (2010). *Maladie d'Alzheimer : comment communiquer avec le malade ?* Paris : Editions Frison-Roche

Pasturel, J-F. (1999). *La dépendance des personnes âgées*. Marseille : Solal

Pitteri, F. (2008). Psychomotricité et personnes âgées. In Catherine Potel (Ed.), *Psychomotricité: entre théorie et pratique* (pp. 289-312). Paris : Editions In Press

Vaille, C. Matura, M-C. (2009). *Validité d'un test d'attention sélective chez la personne âgée atteinte de démence : validation pathologique du test de Stroop*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité

Vallet, J. Cortadellas, J. (2009). *Attention soutenue chez la personne âgée atteinte de démence: validité pathologique de l'adaptation du Test des 2 barrages de Zazzo*. Toulouse : Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de psychomotricité

Cours sur les pathologies de la personne âgée, Elodie MARTIN.

Cours de nosographie, Dr Sophie PEIFFER.

[www.alzheimer.ca](http://www.alzheimer.ca)

[www.alzheimer-adna.com](http://www.alzheimer-adna.com)

<http://anae-revue.over-blog.com>

[www.cofemer.fr/UserFiles/PersAgePsychomot.pdf](http://www.cofemer.fr/UserFiles/PersAgePsychomot.pdf)

[www.francealzheimer.org](http://www.francealzheimer.org)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.plan-alzheimer.gouv.fr](http://www.plan-alzheimer.gouv.fr)

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

# **ANNEXES**

Nom du patient :  
Prénom du patient :  
Date d'évaluation :

**EVALUATION PSYCHOMOTRICE**

**DE LA**

**PERSONNE AGEE DEMENTE**

Carnet réalisé par BOUR Marie-Ange

## Informations générales

---

Date du bilan :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date d'admission :

Motif d'admission :

GIR :

MMS :

NPI :

Antécédents :

---

---

---

---

---

---

---

---

Prises médicamenteuses :

---

---

---

---

---

---

## Communication 1/2

---

### Compréhension

**Epreuve de référence :** « Je voudrais vous poser quelques questions. Voulez-vous me suivre dans mon bureau ? »

**Note :** /1

*Cotation : 1= le patient se lève ou déplace son fauteuil ; 0= absence de compréhension*

---

→ **Simplification physique :** si le patient est alité :  
« Pouvez-vous me donner votre main ? »

**Note :** /2

*Cotation : 2= donne la main ; 1= ébauche de geste ; 0= échec*

---

**Observations :**

---

## Communication 2/2

---

### A évaluer à la fin de la passation

Communication : /2  
*Cotation : 2= phrases complètes ; 1= seulement quelques mots ;  
0= mutisme*

Cohérence : /1  
*Cotation : 1= discours cohérent ; 0= discours incohérent*

Sociabilité : /1  
*Cotation : 1= envie de communiquer, 0= comportement de fuite*

Réaction à l'appel de son nom : /1  
*Cotation : 1= réaction ; 0= absence de réaction*

**Note totale** : /5  
*= note communication + note cohérence + note sociabilité*

manque du mot

Autres modes de communication :  regard  cris, pleurs  toucher

---

**Observations** :

## Orientation spatiale

---

### Epreuve de référence :

« Où êtes-vous ? » (hôpital, maison de retraite...)

« Dans quelle ville sommes-nous ? »

**Note:** /2

*Cotation : 1 point par réponse exacte*

---

### → Simplification cognitive :

Poser les mêmes questions, mais proposer la bonne réponse parmi 2 choix (indication verbal).

**Note :** /2

### Ou

Observer si la personne est capable de retrouver seule le chemin de sa chambre ou du salon, à la fin de la séance.

**Note :** /1

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

---

### Observations :

## Orientation temporelle

---

### Epreuve de référence :

« Quel jour sommes-nous ? »

« Sommes-nous le matin ou l'après-midi ? » **ou** « Sommes-nous le jour ou la nuit ? »

**Note :** /2

*Cotation : 1 point par réponse exacte*

---

### → Simplification cognitive :

Proposer un indiçage verbal pour la question : « Sommes-nous le matin ou l'après-midi ? »  
ou pour « Sommes-nous le jour ou la nuit ? »

**Note :** /1

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

---

**Observations :**

## Equilibre statique

---

**Epreuve de référence :** Test d'extension fonctionnelle

**Note finale :** *DS*

---

→ **Simplification cognitive :**

Mettre un cerceau au sol afin que la personne ne déplace pas ses pieds. Afin de faciliter le fait de tendre le bras : se mettre en face de la personne et lui tendre un objet.

**Note finale :** *DS*

**Ou**

**Equilibre bipodal :** */2*

*Cotation : 2= stable ; 1= chancelant ; 0= impossible sans aide*

→ **Simplification physique :**

Le sujet est assis sur une chaise, dos décollé du dossier. Exercer des poussées :

Sternale : */2*

Dos : */2*

Latérale droite : */2*

Latérale gauche: */2*

**Note totale :** */8*

*Cotation : 2= équilibre maintenu, bon réflexe de rééquilibration*

*1= déséquilibre mais tentative de rééquilibration*

*0= déséquilibre sans tentative de rééquilibration*

---

**Observations :**

## Coordinations dynamiques

---

**Epreuve de référence :** Get up and Go Test

**Note qualitative :** /5

**Note quantitative :** DS

---

→ **Simplification cognitive :**

*Observation libre de la marche :*

Critères	Note	Observations
Hauteur du pas		
Longueur du pas		
Largueur des pas (polygone de sustentation)		
Symétrie du pas		
Continuité des pas		
Ballant des bras		
Oscillations antéropostérieures		
Oscillations latérales		
<b>Score total</b>	<b>/8</b>	

*Cotation : 1= adapté ; 0= inadapté*

*Observations : préciser s'il s'agit d'une exagération (E) ou d'une diminution (D)*

→ **Simplification physique :**

Autonomie de déplacement : /1

*Cotation : 1= avec une aide physique ou matérielle ; 0= grabataire*

Le sujet est assis, lui lancer en cloche une balle en mousse.

2 essais.

Note : /2

*Cotation : 2= attrape la balle ; 1= ébauche de mouvement, tentative pour rattraper la balle ; 0= absence de réaction.*

**Note totale :** /3

*= note autonomie de déplacement + note rattrapage de balle*

---

**Observations :**

## Motricité manuelle

---

**Epreuve de référence :** Epreuve de boutonnage-déboutonnage de l'EGP (épreuve n°1 « motricité fine des membres supérieurs »).

**Note :** /2

---

### → Simplification cognitive :

Tendre un cube au sujet, lui demander de le prendre et de le mettre dans une boîte (type boîte à chaussures). Séquencer la consigne : donner d'abord la consigne « Prenez ce cube ». Quand le sujet a pris le cube, lui demander de le mettre dans la boîte (y associé une démonstration). 2 essais.

Note « prise » : /2

*Cotation : 2= pince pouce-index ou prise tripodique ;  
1= prise à pleine main ; 0= prise à 2 mains*

Note « coordination » : /2

*Cotation : 2= bonne coordination ; 1= coordination approximative ;  
0= échec*

**Note totale :** /4

= note « prise » + note « coordination »

### → Simplification physique :

Enfiler 3 grosses perles sur un fil de grand diamètre.

Note « prise » : /2

*Cotation : 2= pince pouce-index ; 1= prise à pleine main ;  
0= prise aberrante*

Note « coordination » : /2

*Cotation : 2= bonne coordination ; 1= coordination approximative ;  
0= échec*

**Note totale :** /4

= note « prise » + note « coordination »

---

**Observations :**

## Motricité fine des membres inférieurs

---

**Epreuve de référence :** épreuve n°3 de la « motricité fine des membres inférieurs » de l'EGP

**Note :** /2

---

**→ Simplification cognitive :**

Placer un ballon devant le sujet et lui demander de taper dans le ballon. Possibilité d'envoyer le ballon vers le sujet pour qu'il frappe dedans.

**Note :** /2 ; pied utilisé :  droit  gauche

*Cotation : 2= coup de pied efficace ; 1= ébauche de geste ; 0= échec*

**→ Simplification physique :**

Si le patient est en fauteuil :

Placer 3 cibles au sol, devant le sujet. Lui demander de placer le pied sur chaque cible, l'une après l'autre. Répéter l'opération avec chaque pied.

Note pied droite : /6 ; Note pied gauche : /6

*Cotation : 2 points pour chaque pied bien placé ; 1 point en cas de placement approximatif*

**Note totale :** /12

*= note pied droite + note pied gauche*

---

**Observations :**

## Praxies 1/5 (Visuoconstruction)

---

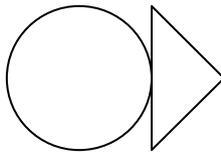
**Epreuve de référence :** Test de l'horloge

**Note :** /7

---

→ **Simplification cognitive :**

Epreuve de reproduction d'un modèle en 2D :



**Note :** /3

*Cotation : 1 point par élément présent ; 1 point si l'orientation du triangle est correcte.*

→ **Simplification physique :** Si la personne n'est pas en mesure de tenir un stylo.

Dessiner une horloge sur un tableau aimanté. Mettre à disposition du sujet des chiffres aimantés (de 1 à 20). Lui demander de placer les chiffres dans l'horloge. Puis lui donner 2 barres aimantées de longueur différentes et demander au sujet de placer les barres sur 5 heures moins le quart.

**Note :** /5

*Cotation : 1 point si :*

- *présence de tous les chiffres*
- *tous les chiffres sont dans l'ordre adéquat*
- *l'horloge est divisée en 4 quadrants*
- *la petite aiguille désigne le 5*
- *la grande aiguille désigne le 9*

---

**Observations :**

## Praxies 3/5 (idéatoires)

---

**Epreuve de référence :** épreuve n°1 « utilisation conjointe du couteau et de la fourchette » de l'EGP.

**Note :** /1

---

→ **Simplification cognitive :**

Donner une tasse au sujet et lui demander « Montrez moi comment on s'en sert. »

**Note :** /2

*Cotation : 2=utilisation correcte ; 1= utilisation approximative ;  
0= utilisation aberrante*

→ **Simplification physique :**

Idem épreuve de référence mais avec des couverts adaptés (manche épais,...)

**Note :** /1

---

**Observations :**

## Praxies 4/5 (Mémoire procédurale)

---

**Epreuve de référence** : observation libre en situation écologique, durant le repas. Utilisation des couverts.

**Note:** /2

*Cotation : 2= utilisation adéquate ; 1= utilisation aberrante ou stimulation nécessaire ; 0= incapacité à utiliser le couvert*

---

**→ Simplification cognitive et physique :**

Tendre la main au sujet pour le saluer.

**Note :** /2

*Cotation : 2= le sujet tend la main ; 1= esquisse de salutation ; 0= absence de réponse*

---

**Observations :**

## Praxies 5/5 (idéomotrices)

---

**Epreuve de référence :** Epreuve des gestes symboliques de l'EGP (épreuve n°2 des « praxies »).

**Note :** /4

---

→ **Simplification cognitive :**

Epreuve des gestes simples des mains du Bergès Lézine.

**Note :** /10

*Cotation : 1 point par geste correctement reproduit*

---

**Observations :**

## Planification

---

**Epreuve de référence :** Tour de Londres

**Note :** *DS*

---

**→ Simplification cognitive :**

Remettre dans l'ordre une séquence de 2 images.

**Note :** */1*

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

**Si réussite de la séquence de 2 images :**

Remettre dans l'ordre une séquence de 3 images.

**Note :** */1*

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

**→ Simplification physique :**

Tour de Londres : le sujet nomme les déplacements et le psychomotricien aide physiquement à les réaliser

**Note :** */36*

*Cotation : 3= réussite au 1<sup>er</sup> essai ; 2= réussite au 2<sup>ème</sup> essai ; 1= réussite au 3<sup>ème</sup> essai*

---

**Observations :**

## Gnosies

---

**Epreuve de référence** : Reconnaissance d'objets et connaissance de sa fonction.  
Montrer les objets les uns après les autres en demandant comment se nomme cet objet, puis à quoi il sert.

	Dénomination	Fonction
Brosse à dent		
Peigne (ou brosse)		
Verre		
Cuillère (ou fourchette)		
<b>Score total</b>	<b>/4</b>	<b>/4</b>

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

---

**→ Simplification cognitive :**

Mettre les 4 objets devant le sujet et lui demander où se trouve l'objet.

	Désignation
Brosse à dent	
Peigne (ou brosse)	
Verre	
Cuillère (ou fourchette)	
<b>Score total</b>	<b>/4</b>

*Cotation : 1= réussite ; 0= échec*

---

**Observations :**

---

## Schéma corporel

---

**Epreuve de référence** : épreuve n°4 « connaissance des parties du corps » de l'EGP.

**Note** : /10

*Cotation : 1 point par réponse exacte*

---

→ **Simplification cognitive** :

Désigner les parties du corps nommées par le psychomotricien :

une jambe, un bras, les cheveux, une main, la bouche, un pied, le dos, les dents et un œil.

**Note** : /9

*Cotation : 1 point par réponse exacte*

---

**Observations** :

## Tonus

---

Passif : Manipulations passives des membres.

		Hypertonie	En roue dentée	Dystonies	Adapté	Hypotonie
Membre supérieur	Epaule					
	Coude					
	Poignet					
Membre inférieur	Hanche					
	Genou					
	Cheville					

Actif : Observation en position debout ou assis, dos décollé du dossier

Tonus axial :  hypotone  adéquat  hypertone

perte de la verticale  en rétropulsion

clonies ; localisation et fréquence : \_\_\_\_\_

---

---

**Observations :**

## Sensorialité

---

Podotactile : Toucher différentes zones de la plante du pied avec un objet un peu pointu (type épingle à cheveux).

**Note :** /2

*Cotation : 2= réaction adéquate ; 1= réaction disproportionnée ou minorée ; 0= absence de réaction, de sensation*

Toucher : Discrimination de 2 textures au niveau de la plante des pieds.

**Doux-rugueux :** /1

**Chaud-froid :** /1

*Cotation : 1= réussite (est capable de dire que les 2 sensations sont différentes) ; 0= échec*

Audition :  appareillé  surdité  bonne

Vision :  appareillé  non-voyant  bonne  lecteur

---

**Observations :**

Ce mémoire a été supervisé par :

**Sabrina GUITARD**

## **Résumé :**

Les démences font partie des principales pathologies neurodégénératives. Leurs symptomatologies sont variées et sont fonction des localisations des atteintes cérébrales. Des structures nouvellement créées, les unités cognitivo-comportementales (UCC), accueillent des patients déments présentant des troubles psychocomportementaux sévères. La population des UCC présentent principalement des démences à un stade modérément sévère à sévère.

Les outils d'évaluation de la personne âgée démente sont nombreux mais certains restent difficilement administrables en cas de démence modérément sévère ou sévère. L'outil d'évaluation créé propose l'évaluation de 13 domaines psychomoteurs à l'aide d'une épreuve de référence, associée à une simplification cognitive et une simplification physique.

**Mots-clés :** démence ; personne âgée ; unité cognitivo-comportementale ; évaluation psychomotrice

---

## **Summary:**

Dementias are part of the main neurological disorder pathologies. Their symptomatologies are varied and function of the cerebral damages localization. From newly created institutions, cognitive-behavioral unity (CBU), cater for demented patients showing severe behavioural disorders. CBU's population shows mainly dementias with a moderate to severe stage.

There are several evaluation tools for elderly person with dementia but some of them cannot be given to persons with moderate or severe dementia. The designed evaluation tool proposes 13 psychomotor evaluation fields, which have one reference test, associated to one cognitive simplification and one physical simplification.

**Key words :** dementia; elderly person; cognitive-behavioral unity; psychomotor evaluation