

Université Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Rangueil
Institut de formation en psychomotricité

*Que peut apporter la
psychomotricité aux
personnes âgées
dépendantes ?*

Illustration avec
deux études de cas

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Lucile Dain

Juin 2011

Ce mémoire a été supervisé par Sabrina GUITARD.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, en premier lieu, mes proches pour leur patience et pour avoir su me soutenir tout au long de cette année et de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie les résidents que j'ai pu rencontrer, ils m'ont énormément apporté dans ma pratique.

Je remercie ma Maître de Mémoire, Sabrina GUITARD pour avoir su me guider lorsque j'en avais besoin et pour son aide lors de l'élaboration de mon mémoire.

Je tiens à remercier tout particulièrement ma Maitre de Stage, Amélie REGNIER pour son écoute, son soutien et pour avoir su répondre à mes nombreuses questions.

Merci à l'ensemble de l'équipe soignante de l'EHPAD qui m'a accompagné tout au long du stage pour leur écoute et leurs conseils.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION 7

PARTIE THEORIQUE.....8

I- Généralités sur la dépendance..... 9

A- HISTORIQUE 9

B- DEFINITION 10

C- EVALUATION 11

1- Grille AGGIR 11

2- Le modèle PATHOS..... 14

3- L'échelle AVQ 15

D- FACTEURS DE RISQUES DE DEPENDANCE..... 16

1- Age..... 17

2- La démence de type Alzheimer..... 17

3- L'AVC..... 18

4- Maladie de Parkinson..... 18

5- Chutes..... 19

6- Dépression..... 20

7- Autres facteurs..... 20

E- CONSEQUENCES DE LA DEPENDANCE 21

1- Sur la personne âgée..... 21

2- Sur l'entourage..... 22

F- PREVENTION 23

II- Prise en charge de la dépendance..... 23

A- CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE 24

1- Maintien à domicile 24

2- Prise en charge institutionnelle 25

3- Prise en charge financière..... 25

B- PRISE EN CHARGE MEDICALE 27

C- PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE..... 27

1- L'aide-soignant..... 27

2- L'infirmier..... 28

3- Le diététicien 28

4- L'ergothérapeute 29

5- Le masseur-kinésithérapeute 29

6- L'orthophoniste..... 30

7- Le pédicure-podologue 30

8- <u>Le psychologue</u>	31
9- <u>Le psychomotricien</u>	31

PARTIE PRATIQUE.....	32
-----------------------------	-----------

I- Présentation de la démarche 33

II- Le profil un, la dépendance physique 34

A- QUELQUES APPORTS THEORIQUES 34

1- <u>Les coordinations dynamiques générales</u>	34
2- <u>La motricité fine</u>	35
3- <u>Les praxies</u>	35
4- <u>Le tonus</u>	36
5- <u>Les fonctions cognitives</u>	37

B- PRESENTATION DU CAS, MONSIEUR G. ROBERT 38

1- <u>Histoire de vie</u>	38
2- <u>Historique médical</u>	38
3- <u>Grille AGGIR</u>	38
4- <u>Bilan psychomoteur</u>	39
a- Difficultés rencontrées lors de son évaluation	39
b- Evaluation psychomotrice	39
5- <u>Axes de prise en charge</u>	41

C- DESCRIPTION DES PRISES EN CHARGE..... 41

1- <u>Cadre</u>	41
2- <u>Déroulement de la prise en charge</u>	42
3- <u>Exercices proposés</u>	42

D- BILAN APRES SUIVI EN PSYCHOMOTRICITE 44

1- <u>Bilan psychomoteur</u>	44
2- <u>Conclusion</u>	48

III- Le profil deux, la dépendance psychique 48

A- QUELQUES APPORTS THEORIQUES 48

1- <u>Les coordinations dynamiques générales</u>	48
2- <u>La motricité fine</u>	49
3- <u>Les praxies</u>	49
4- <u>Le tonus</u>	49
5- <u>La mémoire</u>	50
6- <u>L'attention</u>	50
7- <u>L'orientation spatio-temporelle</u>	50

B- PRESENTATION DU CAS, MADAME L. THERESE 51

1- <u>Histoire de vie</u>	51
2- <u>Historique médical</u>	51
3- <u>Grille AGGIR</u>	52
4- <u>Bilan psychomoteur</u>	52
5- <u>Axes de prise en charge</u>	55

C- DESCRIPTION DES PRISES EN CHARGE.....	55
1- <u>Cadre</u>	55
2- <u>Déroulement de la prise en charge</u>	55
3- <u>Exercices proposés</u>	56
D- BILAN APRES SUIVI EN PSYCHOMOTRICITE	58
1- <u>Bilan psychomoteur</u>	58
2- <u>Conclusion</u>	62
IV- <u>Le profil trois, la dépendance totale</u>	63
DISCUSSION.....64	
A- AU NIVEAU DE LA PRATIQUE.....	65
B- AU NIVEAU DE LA THEORIE	66
C- EVOLUTION DE MES ATTENTES	67
1- <u>Monsieur G.</u>	67
2- <u>Madame L.</u>	68
<u>CONCLUSION</u>	69
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	70
<u>ANNEXES</u>	72
<u>RESUME</u>	

INTRODUCTION

D'après des projections de population de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2060, il y aura deux fois plus de personnes âgées de 75 ans ou plus. En effet, en 2010, il y a 8,8% de la population totale qui a 75 ans et plus alors qu'en 2050, il y en aurait 15,6%.

De plus, l'allongement de l'espérance de vie et les progrès en médecine ont permis aux personnes âgées de vivre plus longtemps et dans de meilleures conditions, pour la plupart des personnes.

Mais une partie des personnes âgées va, à cause de diverses raisons, devenir dépendante. Depuis plusieurs années, cette population est en augmentation constante et elle soulève beaucoup de questions notamment sur le travail à faire auprès de ces personnes.

Je me suis interrogée sur la prise en charge psychomotrice que nous pouvons proposer aux personnes dépendantes, en Groupes Iso-Ressources 1 (GIR 1). En effet, j'ai choisi de m'intéresser à ces personnes car il me semble important de leur permettre de conserver le plus longtemps possible leurs compétences. Pour cela, je me suis demandée en quoi et surtout comment je pouvais les aider.

PARTIE

THEORIQUE

I- Généralités sur la dépendance :

A- HISTORIQUE :

Le concept de dépendance est apparu pour la première fois en 1973. Le docteur Delomier, médecin travaillant en hébergement de personnes âgées, donne la définition suivante de la personne dépendante : « *le vieillard dépendant a besoin de quelqu'un pour survivre car il ne peut pas, du fait de l'altération de ses fonctions vitales, accomplir les gestes nécessaires à sa vie* ».

Cette définition médicale est centrée uniquement sur les incapacités de la personne. Elle ne donne pas d'explication quant aux raisons qui amènent quelqu'un à être dépendant.

Trois ans plus tard, en 1976, Van Den Heuvel, sociologue, décrit trois causes de la dépendance :

- une incapacité pratique ou physique.
- une incapacité dans la relation personnelle et/ou sociale.
- un besoin physiologique d'être pris en charge.

De plus, il souligne que l'aide d'une tierce personne peut se faire sous trois formes : la surveillance, l'assistance (aider à faire) ou la suppléance (faire à la place de).

Pour le Journal Officiel de la République Française du 04-07-85 : « *la dépendance est la situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions* ».

Suite à cela, une première charte, visant à protéger les droits et les libertés des personnes âgées dépendantes, a été écrite. Elle sera réévaluée en 1997. En 2007, après la loi du 11 février 2005 qui considère que la dépendance est une sous catégorie du handicap, la charte est modifiée pour y inclure la notion de handicap (Voir Annexe 1).

Actuellement, les pays européens ont décidé de prendre en compte le risque de dépendance qui se caractérise par quatre éléments :

- La causalité : la dépendance est un risque lié à la maladie.
- La finalité : besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne.
- Le seuil : besoin significatif et régulier d'une tierce personne.
- La durée : nécessité d'une aide depuis un certain nombre de mois.

Ces différents éléments permettent de montrer l'évolution du concept de dépendance au niveau politique.

B- DEFINITION :

Actuellement, il y a une confusion entre la dépendance et la perte d'autonomie car l'évaluation de la dépendance porte sur la perte d'autonomie. Mais ce sont des notions différentes. De ce fait, il est important de définir les termes d'indépendance, dépendance et autonomie :

- Indépendance : capacité d'être autonome au niveau des idées, des sentiments, de la motricité et des habitudes de vie.
- Dépendance : transfert vers un tiers d'actes nécessaires pour assurer les tâches élémentaires de la vie courante.
- Autonomie : elle regroupe deux éléments :
 - *Autonomie psychique* : la capacité à se gouverner soi-même, de faire des choix dans sa vie.
 - *Autonomie fonctionnelle* : possibilité de faire les principaux actes de la vie courante sans aide et de s'adapter à son environnement.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la définition de la dépendance, ainsi que son retentissement, est issue de l'analyse fonctionnelle des maladies de WOOD :

- Dépendance : impossibilité partielle voire totale pour une personne d'effectuer les activités de la vie qu'elles soient physiques, psychologiques ou sociales et impossibilité de s'adapter à son environnement.
- Retentissement sur trois niveaux :
 - *Niveau biomédical* : la déficience. Elle correspond à une anomalie d'un organe, appareil ou système.
 - *Niveau fonctionnel* : l'incapacité. C'est une conséquence de la déficience. Elle s'observe lorsqu'il y a une diminution de la performance et/ou une altération de la fonction.
 - *Niveau comportement social* : le handicap. Il résulte de l'incapacité et c'est un désavantage.

Donc, l'OMS inclut la notion de handicap dans le retentissement de la dépendance.

Au niveau médical, l'autonomie est employée dans le sens *d'autonomie fonctionnelle*. Dans ce cas, la perte d'autonomie signifie que la personne est dépendante.

Maintenant que la notion de dépendance est plus explicite, il est important de voir les outils qui permettent de l'évaluer.

C-EVALUATION :

L'évaluation de la dépendance des personnes âgées doit être objective car la personne concernée ainsi que son entourage peuvent alors prendre conscience des difficultés.

De plus, cela permet de mettre en place des solutions comme les aides à domicile ou les aides financières. L'évaluation peut aussi aboutir sur une prise en charge pluridisciplinaire visant à maintenir ou améliorer les capacités de la personne.

Il existe différents outils qui permettent de réaliser cette évaluation de la dépendance, comme la grille AGGIR, le modèle Pathos ou l'échelle IADL.

1- Grille AGGIR :

La grille nationale Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) a été créée par des médecins de la Sécurité Sociale, de la Société Française de Gérontologie et des informaticiens.

Elle apprécie le degré de dépendance de la personne âgée au niveau mental, corporel, domestique et social. C'est l'outil de référence pour déterminer le montant des aides sociales comme l'Allocation Personnalisé d'Autonomie (APA). Une grille AGGIR est présentée en Annexe 2.

L'évaluation porte sur dix-sept variables :

- Dix sont discriminantes et sont utilisées pour le calcul du Groupe Iso-Ressources (GIR). Elles estiment la perte d'autonomie physique et psychique. Il s'agit de :
 - La *cohérence*.
 - L'*orientation*.
 - La *toilette* qui comprend le haut du corps et le bas du corps.
 - L'*habillement* qui comprend le haut, le milieu et le bas.
 - L'*alimentation* avec deux éléments : se servir et manger.
 - L'*élimination* : urinaire et fécale.
 - Les *transferts*.
 - Les *déplacements à l'intérieur*.
 - Les *déplacements à l'extérieur*.
 - La *communication à distance*.

- Sept sont illustratives et ne sont pas utilisées pour calculer le GIR. Elles permettent de se rendre compte des difficultés plus générales et elles concernent l'autonomie domestique et sociale. Il s'agit de :
 - *Gestion* : gérer ses affaires.
 - *Cuisine* : préparer ses repas et les conditionner pour être servis.
 - *Ménage* : effectuer l'ensemble des travaux ménagers.
 - *Transport* : prendre et/ou commander un moyen de transport.
 - *Achats* : acquisition directe ou par correspondance.
 - *Suivi du traitement* : se conformer à l'ordonnance du médecin.
 - *Activités de temps libre* : activités sportives, culturelles sociales, de loisir ou passe temps.

Chaque variable est cotée selon trois modalités :

- A : fait seul les actes quotidiens de façon, spontanée, totale, habituelle et correcte.
- B : fait partiellement les actes quotidiens : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.
- C : ne fait pas : ni spontanément, ni partiellement, ni habituellement, ni correctement.

Cet outil permet de quantifier l'aide dont la personne a besoin au quotidien et de déterminer son niveau de dépendance. Dans la grille AGGIR, les différents niveaux de dépendance sont représentés par les GIR.

De plus, le GIR détermine l'aide financière qui sera attribuée. En effet, si la personne fait partie des groupes 5 ou 6, elle ne bénéficiera pas de l'APA. Il existe six groupes iso-ressources :

- Le GIR 1 : il réunit les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées. Ces personnes nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 : comprend deux catégories de personnes :
 - Les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont l'état exige une prise en charge pour certaines activités de la vie quotidienne et qui ont des fonctions intellectuelles pas totalement altérées.
 - Les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- Le GIR 3 : il comporte les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin d'aide pour leur autonomie corporelle, plusieurs fois par jour.
- Le GIR 4 : il intègre deux catégories de personnes :
 - Les personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage.
 - Les personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- Le GIR 5 : il comprend des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle.
- Le GIR 6 : il réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie.

En dehors de la grille AGGIR, le modèle pathos est un bon outil pour connaître l'état de santé d'une personne. De plus, il permet également de rendre compte de l'état de santé globale des personnes vivant dans une structure.

2- Le modèle PATHOS :

Le modèle PATHOS est un outil élaboré par le Syndicat National de Gériatrie clinique et le service médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

A l'aide de l'observation de situations cliniques, il permet l'évaluation des soins médico-techniques nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des pathologies des personnes âgées, que ce soit en établissement ou à domicile.

De plus, il permet de donner une image, à un instant donné, de la population présente dans une structure afin de pouvoir comparer à d'autres services, structures ou populations.

Au niveau individuel, il décrit de manière synthétique l'état de santé d'une personne âgée. Ce qui apporte des informations supplémentaires et facilite la mise en place d'un plan d'aide et de soin personnalisé (Voir Annexe 3).

Le modèle PATHOS détermine non seulement l'état pathologique du patient mais aussi un profil de soin. Ce dernier représente l'ensemble des soins dont a besoin une personne ayant telle pathologie ainsi que son évolution particulière. Ces deux éléments permettent de savoir quelles ressources médicales et techniques seront mobilisées pour la personne concernée.

Schématiquement, on peut dire que le PATHOS comprend :

- Une base de 50 états pathologiques. Chaque état pathologique est associé à un seul profil de soin.
- 12 profils de soin :
 - *T1* : soins médicaux et techniques importants, le pronostic vital est en jeu au quotidien.
 - *T2* : soins médico-techniques de surveillance rapprochée et d'équilibration avec une infirmière en permanence.

- *P1* : prise en charge psychiatrique lourde d'un état de crise.
 - *P2* : prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique.
 - *R1* : rééducation fonctionnelle intensive, généralement individuelle.
 - *R2* : rééducation d'entretien, le plus souvent collective, ou rééducation discontinuée.
 - *CH* : soins locaux complexes et longs chez les opérés récents ou plaie importante.
 - *DG* : soins induits par une pathologie « froide » non diagnostiquée.
 - *M1* : soins palliatifs des « mourants lucides ».
 - *M2* : soins de confort des mourants « non lucides ».
 - *S1* : surveillance épisodique programmée des affections chroniques.
 - *S0* : aucun soin médical ou technique.
- 8 postes ressources : médecin gériatre, médecin psychiatre, soins infirmiers, rééducation (kinésithérapie, orthophonie...), psychothérapie ordonnancée, biologie, imagerie et pharmacie.

Ces éléments facilitent la prise en charge de la poly pathologie. De plus, l'échelle IADL permet de se rendre compte des capacités de la personne, sur plusieurs jours, dans les activités de la vie quotidienne.

3- L'échelle IADL :

L'échelle Instrumental Activities of Daily Living de Lawton (IADL) est axée sur le comportement de la personne et elle permet d'apprécier le degré d'autonomie de la personne. Elle se compose de deux parties :

- La première partie est issue de l'échelle de performance pour les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) de Katz et elle permet de rendre compte de l'autonomie physique du patient, il s'agit de l'échelle de soins personnels IADL (Voir Annexe 4).
- La seconde partie concerne les activités instrumentales qui mettent en jeu les fonctions cognitives, c'est l'IADL-E. (Voir Annexe 5).

La première partie comprend six items qui présentent chacun cinq choix différents. Tandis que la seconde partie comprend neuf items qui ont chacun quatre choix différents.

L'évaluation de la dépendance se fait selon un gradient de un à cinq pour l'IADL et un gradient de un à quatre pour l'IADL-E. En sachant qu'un score élevé signifie un niveau de dépendance important et un score bas indique que la personne est autonome.

Après avoir vu les différents éléments permettant l'évaluation de la dépendance des personnes âgées, il est nécessaire de comprendre les facteurs qui entrent en jeu et qui favorisent l'entrée dans la dépendance.

D-FACTEURS DE RISQUES :

Il existe de nombreux facteurs qui influent sur l'état de santé des personnes âgées car ce sont des personnes fragiles et à risque.

Un facteur de risque peut se définir comme un état physiologique (l'âge), un état pathologique (la démence type Alzheimer) ou encore une habitude de vie (le niveau d'activité physique) qui influe sur l'entrée et l'évolution de la dépendance.

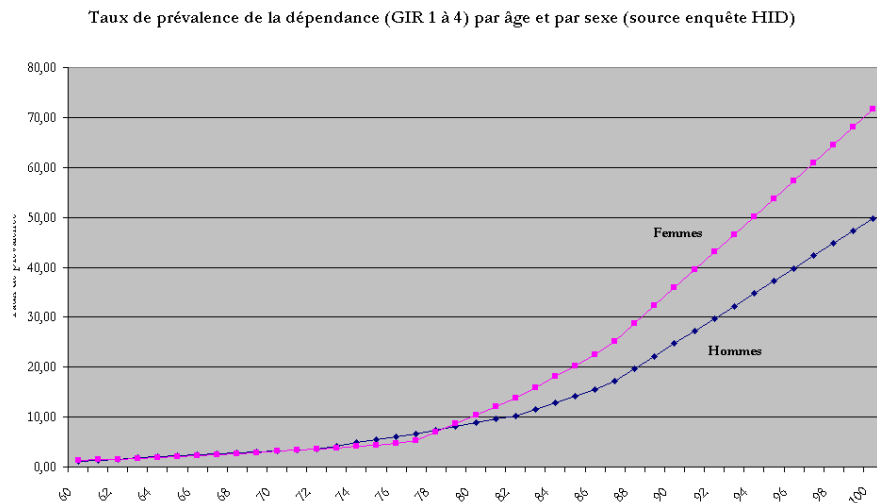
Parmi les facteurs de risques d'entrée ou d'aggravation de la dépendance, on retrouve :

- L'âge.
- Les démences notamment la démence de type Alzheimer.
- Les pathologies cardio-vasculaires comme les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC).
- Les maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson.
- Les chutes.
- La dépression.
- Les autres facteurs.

Donc, beaucoup de facteurs de risques sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit de la dépendance. Il est donc nécessaire d'en savoir plus sur ces facteurs de risques.

1- Age :

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) montre qu'après 80 ans et avec l'avancée en âge, le taux de prévalence de la dépendance augmente nettement. Cette observation est d'autant plus vraie chez les femmes car leur espérance de vie est plus importante.



2- La démence de type Alzheimer :

La démence de type Alzheimer est la première pathologie neuro-dégénérative. Elle se définit par l'association d'un syndrome démentiel d'évolution progressive avec des troubles mnésiques importants et des lésions cérébrales caractéristiques.

En effet, on retrouve, chez ces patients, des plaques amyloïdes dans leur cerveau qui n'ont pas de localisation précise. Son diagnostic est probabiliste sauf si on pratique une biopsie cérébrale. Cependant, il existe des critères permettant d'évoquer le diagnostic du vivant du patient comme ceux du DSM-IV (Voir Annexe 6).

A l'heure actuelle, c'est l'une des premières causes de dépendance lourde du sujet âgé. Le nombre de personnes atteintes de cette pathologie est estimé à 870000 dont 330000 sont atteints de démence sévère. La majorité est maintenue à domicile et aidée de leurs proches ce qui est source de difficulté financière et morale.

Cette pathologie représente un enjeu de santé très important comme le montre le plan Alzheimer.

3- L'AVC :

L'AVC se divise en deux catégories : l'AVC hémorragique, 20% des cas, et l'AVC ischémique, 80% des cas. C'est une urgence thérapeutique car lorsqu'on agit plus de 7 heures après, les dommages seront, le plus souvent, irréversibles.

Les symptômes d'alerte sont :

- la perte de la sensibilité, de la mobilité et de la force d'un bras, d'une jambe, de la moitié de la face ou de la moitié du corps.
- Difficulté soudaine à trouver ses mots ou à les exprimer, cela perturbe la phrase qui peut être incompréhensible ou les mots sont totalement transformés.
- Trouble soudain de l'équilibre et de la marche pouvant entraîner la chute.
- Perte soudaine de la vision d'un œil.

Ces symptômes peuvent rester malgré la stabilisation du patient. En effet, d'après l'Association France AVC, après un AVC, les 3/4 des survivants auront des séquelles et 1/3 d'entre eux seront dépendants à vie. De plus, 1/5 des patients décèdent dans le mois qui suit leur AVC.

L'AVC touche environ 150000 personnes en France, bien que tous les âges soient concernés, sa fréquence augmente avec l'âge. En effet, 75% des personnes ayant fait un AVC ont plus de 75 ans, c'est donc un facteur de risque important.

4- La maladie de Parkinson :

La maladie de Parkinson est une pathologie neurologique caractérisée par une dégénérescence des neurones situés dans les noyaux gris centraux. La disparition de ces neurones entraîne une diminution de la sécrétion dopaminergique qui a pour conséquence :

- Les tremblements de repos qui disparaissent lorsque la personne fait un mouvement.
- La rigidité musculaire.
- L'akinésie ou un ralentissement lors de l'initiation des mouvements qui peut conduire jusqu'à un freezing. Ce qui a une influence sur la marche, les praxies idéomotrices, les coordinations motrices et les communications non verbales.

Cette triade symptomatique peut être retrouvée dans d'autres pathologies, comme la maladie d'Alzheimer, il s'agit alors d'un syndrome Parkinsonien.

Les signes évoluent avec l'avancée dans la maladie comme le montre les cinq stades décrits par Hoehn et Yahr :

- Stade 1 : atteinte unilatérale, incapacité fonctionnelle négligeable.
- Stade 2 : atteinte bilatérale mais aucune évidence d'instabilité posturale.
- Stade 3 : atteinte bilatérale avec instabilité posturale et une incapacité fonctionnelle légère à modérée.
- Stade 4 : incapacité fonctionnelle sévère, le patient ne peut plus faire ses activités quotidiennes sans aide. Les déplacements sont possibles mais l'équilibre est perturbé ce qui entraîne des chutes fréquentes.
- Stade 5 : perte complète de l'autonomie, le patient est alité ou dans une chaise roulante.

Grâce à ces stades, on peut voir que la maladie de Parkinson, à un stade avancé, entraîne une dépendance.

Cette maladie touche environ 120000 personnes, il y a 8000 nouveaux cas chaque année. Elle touche généralement les hommes âgés de plus de 55 ans. C'est la deuxième cause d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires.

5- Les chutes :

La chute est un phénomène pathologique qui marque un mauvais état de santé. De plus, ses conséquences sont diverses.

Tout d'abord, lorsqu'un individu est tombé, il aura 20 fois plus de risques de chuter à nouveau ce qui n'est pas négligeable d'autant plus que les conséquences psychomotrices seront plus graves et plus fréquentes. En effet, si la personne n'est pas prise en charge, elle peut devenir dépendante voir grabataire.

Ensuite, dans 6 à 8 % des cas, la chute entraîne une fracture et nécessite donc des soins en urgence. De plus, la personne va être immobilisée pendant plusieurs semaines et il faut de la rééducation pour pouvoir retrouver une marche comme avant la chute.

Enfin, les chutes à répétition peuvent amener la personne vers un syndrome post chute ce qui va l'entraîner progressivement ou brutalement à moins marcher jusqu'à même ne plus se lever. La personne se renferme sur elle-même, elle reste au fauteuil et elle va devenir plus ou moins dépendante dans ses déplacements.

Tous les ans, environ 9000 personnes âgées décèdent d'une chute à leur domicile et 450000 sont amenées aux urgences. C'est un facteur de dépendance non négligeable car 40 % des personnes hospitalisées pour une chute seront ensuite transférées dans une institution. De plus, cela multiplie par quatre le risque de décès.

6- La dépression :

Le tableau typique de la dépression est une inhibition psychomotrice, une tristesse disproportionnée, une auto-dévalorisation et des plaintes somatiques. Mais le plus souvent, le tableau est plus discret avec des formes trompeuses, avec des plaintes mnésiques ou une inhibition psychomotrice isolée par exemple, ce qui rend le diagnostic plus difficile et retarde la prise en charge.

La dépression est fréquente chez la personne âgée, de 10 à 15 % à domicile et jusqu'à 30 % en institution. Elle est souvent mal diagnostiquée du fait de l'intrication avec plusieurs pathologies (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou les séquelles d'un AVC), des effets iatrogènes des médicaments (neuroleptiques, antihypertenseurs oraux) et aussi de l'avancée en âge : on considère que c'est normal.

Donc, cette pathologie est à surveiller car elle représente un enjeu important pour la survie de la personne. En effet, elle peut vouloir mettre fin à ses jours mais aussi être de moins en moins autonome.

7- Autres facteurs :

L'OMS a pu montrer que notre façon de vivre ainsi que la présence ou non de pathologies données pouvait influencer l'entrée en dépendance.

Il reste à évaluer la possibilité de prévenir la dépendance en agissant sur la déficience cognitive, la dépression et les variations d'indice de masse corporelle. Mais pour les autres, à part pour l'absence de consommation d'alcool, la possibilité de prévenir la dépendance a été démontrée avec un niveau de certitude plus ou moins important.

Comme le montre le tableau ci-dessous :

Evaluation du caractère prédictif de différents facteurs du risque dépendance

Facteur	Lien prédictif avec la dépendance	Possibilité de prévenir la dépendance en intervenant sur ce facteur
Déficiences cognitive	+++	0
Dépression	+++	0
Nombre de pathologies	+++	++
Variations de l'Indice de Masse Corporelle	++	0
Faibles limitations fonctionnelles	+++	++
Faible fréquence des contacts sociaux	+	+
Faible niveau d'activité physique	+++	+++
Absence de consommation d'alcool (comparée à une consommation modérée)	+	?
Tabac	+++	+
Déficiences visuelle	+++	+

Légende :

- 0 : la question n'a pas été étudiée.
- ? : pas d'évidence scientifique.
- +, ++, +++ : niveau de certitude.

Après les facteurs de risques conduisant à la dépendance, il est intéressant de connaître quelles sont les conséquences de la dépendance.

E- CONSEQUENCES DE LA DEPENDANCE :

Lorsqu'une personne devient dépendante cela influence son comportement, sa façon de vivre mais aussi celle de ses proches.

1- Sur la personne âgée :

Devenir ou être dépendant n'est pas sans conséquence car cela signifie que l'on a besoin de quelqu'un pour nous aider. De ce fait, certains éléments vont se modifier comme :

- La vie quotidienne. En effet, si la personne dépendante peut rester à domicile alors il faut une présence continue d'intervenants, de préférence des parents. Si ce sont des intervenants extérieurs, telle les aide-ménagères, la personne peut-être gênée et avoir du mal à les supporter.
- L'abandon du domicile. Il est assez fréquent qu'une personne dépendante quitte son domicile pour aller dans une institution. Généralement, des professionnels la préparent au changement.

Ils l'amènent progressivement à modifier son projet de vie afin qu'il concerne la perte de son domicile et la préparation à son nouveau logement. Cela peut être une source d'accentuation de la dépendance si la personne n'est pas préparée à ce changement.

- La vie affective. La dépendance entraîne des retours à des modes relationnels anciens voire infantiles. De ce fait et selon la personnalité de chacun, la dépendance à autrui peut être vécue très difficilement par certains, tandis que d'autres en tirent des « bénéfiques secondaires ».
- Les gestes de la vie quotidienne. Arrivée à un certain stade de dépendance, la personne n'arrive plus à faire les gestes de la vie quotidienne, elle a besoin de l'aide d'un tiers. Lorsqu'il s'agit des gestes intimes, la relation avec l'aidant peut osciller entre révolte et soumission.
- Le risque de maltraitance. Afin de prévenir ce risque, il faut discuter entre équipes pour éviter les comportements de rejet ou de projection envers une personne.

Au-delà de la personne dépendante, l'entourage est également touché par la situation.

2- Sur l'entourage :

Le regard de l'entourage va se modifier avec la dépendance car cette situation peut être très difficile à vivre pour les enfants. En effet, ils sont amenés à prendre le rôle des parents envers leurs propres parents ce qui peut faire remonter des conflits antérieurs et rendre les relations parents-enfants très compliquées.

Dans ce cas, les équipes soignantes et le médecin ont un rôle important. En effet, ils rappellent aux enfants qu'ils sont là pour aider leurs parents mais également pour les soutenir.

De plus, un problème se pose assez souvent : l'entourage est soit trop présent, soit pas assez. Dans les deux cas, la situation est difficile à gérer, pour les familles, pour le parent malade et pour les soignants. Il faut du temps pour que les personnes s'habituent à la situation et puissent la gérer. L'aide et le soutien des équipes est, dans ce cas, nécessaire.

La dépendance influence donc aussi bien la personne que son entourage. Maintenant, il serait intéressant de s'arrêter sur la prévention.

F- PREVENTION :

A l'heure actuelle, la prévention est le premier axe de proposition de la mission sénatoriale.

En effet, les sénateurs souhaitent accentuer la démarche de prévention de la perte d'autonomie en ayant une approche qui prend en compte le côté humain et financier, grâce à trois éléments.

Dans un premier temps, il faut identifier les personnes dites « fragiles », qui sont les plus à risques de devenir dépendantes.

Ensuite, il est nécessaire de former et sensibiliser les équipes soignantes, travaillant avec des personnes âgées, à la prévention de la perte d'autonomie.

Et, 3^{ème} élément, il faut maintenir l'APA pour les personnes en GIR 4 afin d'éviter une aggravation plus rapide de la perte d'autonomie et donc un basculement en GIR 1 à 3.

De plus, on cherche toujours à déterminer la manière la plus judicieuse de prévenir la dépendance. Le rapport d'information de l'assemblée nationale du 9 juin 2010 donne huit propositions permettant une prévention plus adaptée (Voir [Annexe 7](#)).

Après avoir vu comment la perte d'autonomie est évaluée, il est intéressant d'aborder sa prise en charge.

II- Prise en charge de la dépendance :

La question de la prise en charge regroupe différentes facettes. En effet, il y a, en premier lieu, la question du contexte de la prise en charge.

Il faut déterminer si la personne âgée peut rester à son domicile avec la présence de personnels extérieurs ou s'il y a besoin d'un placement en institution. Et, dans ce cas, il est intéressant de savoir comment la structure peut répondre à ses besoins. De plus, il est nécessaire de connaître l'aide attribuée ou non à une personne car cela conditionne sa prise en charge.

Ensuite, il faut savoir qu'une personne dépendante, comme beaucoup de personnes âgées, est sous traitements médicamenteux. Il est donc intéressant de savoir s'il y a des différences dans la prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes.

Pour terminer, cette population est entourée de personnels paramédicaux mais quelles sont les aides que chaque professionnel peut apporter à ces personnes ?

A- CONTEXTE DE LA PRISE EN CHARGE :

Depuis plusieurs années, la personne âgée dépendante est maintenue, le plus longtemps possible, à son domicile. En effet, en 2009, parmi toutes les personnes bénéficiaires de l'APA, il y en avait 62% qui vivaient à domicile.

1- Maintien à domicile :

Cette prise en charge à domicile permet de maintenir la personne dans un environnement familial et de l'aider au quotidien pour les activités qui lui posent problème, comme faire les courses. Cette facilitation permet de ralentir le processus de dépendance.

De plus, les personnes qui sont dépendantes vivent souvent seules, alors avoir de temps en temps des personnes qui viennent les voir, même si c'est pour accomplir des tâches particulières, leur permet de rester socialisées.

Cependant, bien que ce soit devenu une priorité, cette prise en charge se heurte à des difficultés. En effet, il y a beaucoup de personnels qui peuvent intervenir chez une même personne tout en venant de services différents ce qui rend la coordination des soins et de la prise en charge compliquée.

De plus, le manque de personnel ne facilite pas le maintien à domicile, d'autant plus que les aidants peuvent s'épuiser. La mise en place d'un moyen de répit est en réflexion mais il n'a pas encore été mis en place.

Donc, même s'il est préférable de laisser les aînés chez eux le plus possible, il faut parfois les placer dans une institution faute de moyens et d'intervenants car l'assistance à domicile est coûteuse et le placement en institution permet un suivi quotidien de la personne.

2- Prise en charge institutionnelle :

Avant, les maisons de retraite accueillait principalement des personnes relativement jeunes et autonomes qui souhaitaient y aller pour ne pas rester seules. Alors qu'actuellement, les personnes âgées préfèrent rester chez elles le plus longtemps possible. Ce qui a pour conséquence qu'à leur arrivée en maison de retraite, elles sont plus âgées et plus dépendantes, il faut donc adapter les institutions.

A l'heure actuelle, toutes les institutions ne sont pas équipées pour accueillir des personnes âgées dépendantes car cette prise en charge est coûteuse et elle nécessite une équipe pluridisciplinaire importante regroupant au moins un médecin, un infirmier, des aides-soignants, un kinésithérapeute, une psychologue, une pédicure, une psychomotricienne et un ergothérapeute. Il y a donc peu de structures qui peuvent accueillir ces personnes ce qui signifie qu'il y a un nombre limité de places. Par conséquent, l'accès aux soins est difficile pour cette population.

En 2005, les données de la DRESS montrent une augmentation moins importante des capacités d'accueil des personnes âgées que la progression de la population de plus de 75 ans ce qui signifie que certaines personnes n'ont pas pu accéder aux soins qui leur étaient nécessaires.

3- Prise en charge financière :

La prise en charge financière de la population âgée dépendante combine deux éléments.

Le premier élément est la solidarité familiale qui correspond à l'aide apportée par les proches. En effet, il existe une obligation alimentaire des enfants envers leurs parents lorsque ces derniers ne peuvent subvenir à leurs besoins, c'est aux enfants de les aider.

Le second élément est la solidarité collective. Depuis 2002, pour les personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile ou en institution, il existe l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Cette aide s'adresse aux personnes en perte d'autonomie et qui ont besoin d'un soutien. D'après le guide pratique de l'APA, fin 2009, l'APA concernait environ 1 million de personnes donc, elle répond à un besoin réel.

Cependant, bien que son attribution ne soit pas soumise à des conditions de ressources, tout le monde ne peut pas bénéficier de l'APA. En effet, plusieurs conditions sont nécessaires :

- Attester d'une résidence stable et régulière en France. Pour les étrangers, être en séjour légal en France.
- Etre âgé de 60 ans ou plus.
- Avoir besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou être dans un état qui nécessite une surveillance régulière ce qui correspond aux GIR 1 à 4.
- Etre en perte d'autonomie en raison de son état physique ou mental.

De plus, son attribution est un long processus (Voir [Annexe 8](#)). Elle est révisée chaque année. L'APA est attribuée par le Conseil Général sur décision de son Président. Son financement est partagé entre la solidarité locale et nationale. En effet, elle est cofinancée par le département et l'Etat par l'intermédiaire de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

L'APA permet d'avoir plusieurs sortes de services comme les aide-ménagères, l'accueil temporaire ou l'adaptation du logement. Cependant, elle ne prend pas en charge la totalité des dépenses car le bénéficiaire doit payer un ticket modérateur sauf si ses revenus sont inférieurs à 695 euros.

Enfin, le montant attribué par l'APA est différent, pour un même GIR, si la personne vit en institution ou à domicile, comme le montre le tableau suivant :

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Montant mensuel moyen de l'APA à domicile	837 €	636 €	477 €	292 €
Montant mensuel moyen de l'APA en établissement	402 €		200 €	

Après avoir parlé du contexte de la prise en charge, il est indispensable de s'intéresser à ce qui peut être proposé aux personnes dépendantes d'un point de vue médical.

B- PRISE EN CHARGE MEDICALE :

Cette prise en charge est un réel défi pour les médecins car ils sont en difficulté avec cette population notamment lorsque la personne est toujours à domicile. En effet, les problèmes rencontrés résident dans le manque de coordination avec les autres intervenants, une absence d'aide mais aussi un manque de motivation au niveau familial ou une absence de proche.

Lorsque la personne est en institution, le suivi médical est plus régulier car le médecin est présent presque tous les jours. De plus, lorsqu'il n'est pas là, les infirmiers vont prendre le relai afin de suivre le régime et le traitement de chaque résident. Il y a donc moins de difficultés de coordination car les intervenants sont présents dans la même structure.

Par rapport à la dépendance, le rôle de la médecine est plus d'apporter du confort et de répondre aux troubles du comportement lorsqu'ils sont présents. Mais elle permet aussi de soulager les personnes grâce à la prescription de soins paramédicaux comme la psychomotricité ou l'ergothérapie.

C- PRISE EN CHARGE PARAMEDICALE :

Actuellement, beaucoup de professionnels s'affairent autour de la personne âgée dépendante pour essayer de répondre au mieux à leurs besoins que ce soit pour une prise en charge à domicile ou en institution.

Le problème actuel réside dans le manque de professionnel et le manque d'argent car certaines personnes, bien qu'elles aient besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, n'y auront pas accès faute de moyens. Les personnes dépendantes nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire avec notamment du personnel paramédical.

1- L'aide-soignant :

L'aide soignant dispense, en collaboration avec les infirmiers, des soins d'hygiène, de prévention et de maintien afin de préserver le bien-être et l'autonomie de la personne âgée dépendante. De plus, il peut observer la personne afin d'établir une communication adaptée. C'est un élément primordial lorsque la personne est dépendante et que son mode de communication est différent.

Il réalise les soins et utilise des techniques préventives de manutention afin de préserver le bien-être de la personne. Il l'accompagne également dans sa vie quotidienne, en fonction de son déficit et de ses besoins, en lui apportant son aide tout en veillant à entretenir ses possibilités. Il gère également l'environnement immédiat du patient en entretenant les matériels de soins, en utilisant les techniques spécifiques aux établissements sanitaires et médico-sociaux afin que l'environnement ne soit pas une source d'infections.

Enfin, il transmet ses observations afin d'obtenir une continuité des soins ce qui est un élément important dans la prise en charge de la personne dépendante.

2- L'infirmier :

L'infirmier agit sur prescription médicale. D'après le Code de la Santé, article R.4311-1, la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Il est soumis au respect des règles professionnelles et notamment le secret professionnel. Il travaille en collaboration avec les autres professionnels présents dans la structure.

Après des personnes dépendantes en institution, l'infirmier a un rôle très important car il est présent continuellement ce qui permet de veiller à la santé, au confort et au bien-être des personnes les plus atteintes. Lorsque les personnes sont à domicile, leur rôle est primordial car grâce à ses observations, il permet d'aider le patient et de faire appel au médecin si besoin.

3- Le diététicien :

Le diététicien est un professionnel diplômé qui assure une alimentation équilibrée en situation normale ou pathologique. En effet, un diététicien s'intéresse aux besoins thérapeutiques de son patient et il établit un plan alimentaire spécial pour répondre à ces besoins. Mais, il est peu présent dans les institutions, en effet, il intervient quelques heures par semaine.

Par contre, il est possible qu'un diététicien soit engagé dans une structure pour valider les repas et faire des interventions ponctuelles afin de faire comprendre ce qu'est la malnutrition et comment la prévenir.

Donc, le diététicien a un rôle important auprès des personnes âgées notamment dans la prévention car une personne dénutrie est fragilisée ce qui peut favoriser la dépendance. Il a un rôle auprès de cette population qui se trouve souvent en situation de dénutrition. Là, il peut intervenir en adaptant le régime alimentaire et en proposant des compléments alimentaires ce qui permet de limiter les carences et donc de prévenir la malnutrition. Enfin, il a un rôle de prévention et de conseil auprès des soignants.

4- L'ergothérapeute :

C'est un professionnel de santé qui agit sur prescription médicale. Il aide les patients ayant un handicap fonctionnel à s'y adapter et à reprendre les gestes de la vie quotidienne. Donc, il participe à la réadaptation et la rééducation d'une personne dépendante grâce à des activités manuelles et physiques qui sollicitent les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles. De plus, il participe à l'évaluation initiale du patient mais aussi aux évaluations de l'autonomie et des fonctions cognitives.

Pour les personnes âgées dépendantes, l'ergothérapeute va réadapter l'environnement aux personnes afin de stimuler au mieux leurs capacités tout en veillant à ce qu'il n'y ait pas de situations problématiques.

De plus, l'ergothérapeute va être là pour permettre au patient de s'adapter à son corps et donc ses nouvelles possibilités ainsi qu'à son environnement grâce à la rééducation et à la mise en place d'aide-techniques. Il veille également au bien-être physique avec la prévention des escarres.

L'ergothérapeute a un rôle très important pour prévenir les accidents et la dépendance. Il peut aussi intervenir quand la personne est dépendante.

5- Le masseur-kinésithérapeute :

Le kinésithérapeute travaille sur prescription médicale. C'est un professionnel de santé qui agit contre les douleurs et les dysfonctionnements d'origine musculaire et/ou squelettique à l'aide de massages, d'exercices de gymnastique et de rééducation fonctionnelle.

Pour les personnes âgées dépendantes, il permet de les aider à entretenir leur musculature pour qu'elles puissent se verticaliser voire marcher le plus longtemps possible.

De plus grâce à des mobilisations répétées, il limite les rétractions musculaires qui sont source de douleurs et de limitations articulaires rendant plus difficile les activités de la vie quotidienne.

Il peut, également, permettre, après un AVC par exemple, d'essayer de retrouver de la mobilité avec des manipulations plus ou moins actives. Enfin, il intervient auprès des personnes ayant des difficultés respiratoires ce qui est fréquent chez les personnes dépendantes.

6- L'orthophoniste :

L'orthophoniste intervient sur prescription médicale. Il prévient et prend en charge les troubles de la communication orale et écrite dans un but de prévention et de réadaptation. Il s'occupe aussi des troubles de la mémoire.

Auprès des personnes âgées dépendantes, l'orthophoniste peut intervenir lorsqu'il y a des troubles de l'articulation des mots, de la parole, de la voix, du langage mais aussi de la déglutition. En effet, après un AVC, la prise en charge orthophonique est indispensable si la personne souffre d'aphasie ou de paralysie faciale par exemple mais également lorsque la personne a des troubles de la déglutition.

Dans ce cas, l'orthophoniste peut donner des conseils aux familles et aux aidants pour limiter le nombre de fausses routes.

7- Le pédicure-podologue :

Le pédicure podologue travaille sans prescription médicale, il s'occupe des affections de la peau et des ongles du pied. De plus, sur prescription médicale, il peut intervenir, après une opération, pour faire des exercices de rééducation fonctionnelle.

Auprès des personnes dépendantes, il est présent dans les unités de soins à domicile mais aussi dans les institutions. Dans les deux cas, il peut intervenir, soit à la demande de l'établissement auquel il est rattaché, soit à la demande du patient. Il fabrique des semelles orthopédiques ou orthèses plantaires. Celles-ci sont destinées à compenser les malformations des pieds et à pallier les problèmes vasculaires dans les jambes ou les pathologies du genou et du dos. Ces semelles sont créées notamment quand la personne souffre de diabète ou d'arthrose par exemple.

8- Le psychologue :

En gériatrie, le psychologue qui est le plus souvent présent est le psychologue clinicien, il est là pour observer le comportement humain. De plus, il permet d'apporter des réponses et d'aider les familles, les résidents et même les soignants.

Pour ce qui est des personnes âgées dépendantes, elles ressentent beaucoup d'émotions positives ou négatives et elles ont besoin de les verbaliser, le psychologue est alors là pour les écouter. De plus, il permet de dédramatiser la situation de l'entrée en institution, l'aider à s'adapter à sa nouvelle vie et à faire le deuil de l'ancienne.

En outre, le psychologue établit un bilan des capacités psychiques de la personne et il met en place des activités sur la mémoire par exemple. Il aide la personne à se préparer lorsqu'elle est en fin de vie.

9- Le psychomotricien :

Le psychomotricien agit sur prescription médicale. Il s'attache à prévenir et à traiter les différents points qui aggravent les déficits liés à l'âge et/ou la maladie et qui conduisent à la perte d'autonomie. L'apport de la psychomotricité aux personnes dépendantes est l'objet du mémoire et sera donc traité ultérieurement.

PARTIE

PRATIQUE

I- Présentation de la démarche :

En 3^{ème} année, j'ai fait mon stage dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) où il y avait quatre lieux de vie différents :

- Le premier pour les personnes les plus autonomes.
- Le second pour les personnes âgées avec une démence sans troubles du comportement.
- Le troisième pour les personnes avec une démence et des troubles du comportement.
- Le dernier pour les personnes les plus dépendantes.

Cette séparation des différents lieux de vie m'a permis de voir différents stades d'atteinte. De plus, la question de la dépendance et de la prise en charge psychomotrice m'a interpellé car il est difficile de déterminer ce qui peut être proposé à cette population.

J'ai commencé à faire le bilan de deux personnes en GIR 1. En comparant leurs bilans, je me suis rendue compte qu'elles avaient deux profils différents. En effet, sur mes deux patients, l'une est plus dépendante psychiquement et l'autre physiquement.

Pour moi, il ressort trois profils de dépendance :

- Le profil un : une dépendance physique avec une perte d'autonomie fonctionnelle mais une conservation relative des fonctions intellectuelles. L'hémiplégie due à un AVC illustre bien cette dépendance.
- Le profil deux : une dépendance psychique avec une altération importante des fonctions intellectuelles mais avec des possibilités locomotrices, comme dans la démence de type Alzheimer.
- Le profil trois : une dépendance totale qui correspond à l'association des deux profils précédents. La personne est dépendante physiquement et psychiquement, ses fonctions locomotrices et intellectuelles sont altérées. Cela peut être le cas lorsque la personne a les deux pathologies précédemment citées.

En séparant en trois profils de dépendance et en illustrant par une pathologie particulière et par mes études de cas, il est possible de décrire les phénomènes observables à travers les différents domaines psychomoteurs.

Dans un premier temps, le profil de dépendance physique va être développé, puis ce sera la dépendance psychique. Pour terminer, j'aborderai la dépendance totale mais il n'y aura pas d'illustration avec une étude de cas.

II- Profil un, la dépendance physique :

Ce profil est, par exemple, observable chez des personnes âgées qui étaient en bonne santé et qui ont subi un AVC avec comme séquelle une hémiplégie. Cette pathologie va me permettre d'illustrer ce profil.

A- QUELQUES APPORTS THEORIQUES :

L'hémiplégie peut être classée différemment, selon le degré de gravité (superficielle ou profonde) ou selon le type de troubles toniques (flasque ou spastique). La Classification Internationale des Maladies 10 (CIM 10) classe l'hémiplégie selon deux critères : l'état tonique (flasque ou spastique) et présente sur l'hémisphère dominant ou non.

Ici, seules les hémiplégies dites profondes qui sont installées seront prises en considération. Ceci correspond à l'hémiplégie flasque et l'hémiplégie spastique. A noter que dans les hémiplégies profondes, il existe aussi l'hémiplégie avec une motricité réflexe très importante. Mais nous n'allons pas en tenir compte dans cette étude.

1- Les coordinations dynamiques générales :

Définition : Les coordinations dynamiques générales représentent l'association de plusieurs mouvements préalablement dissociés. Elles entrent en jeu lors de la locomotion et elles permettent un ajustement de l'ensemble des parties du corps. Il y a donc coordination des membres supérieurs seuls et des membres inférieurs seuls.

Observations dans ce profil : Selon le siège de la lésion, l'hémiplégie va être plus ou moins importante.

Dans le cas *d'hémiplégie flasque*, la personne va être très limitée au niveau de ces coordinations dynamiques. En effet, la personne pourra quelquefois se verticaliser mais elle sera dans l'incapacité de marcher même avec un appareillage. Elle n'a ni reflexes posturaux ni reflexes d'équilibration corrects ce qui ne permet pas la marche. De plus, elle ne pourra pas coordonner ses membres inférieurs et ses membres supérieurs.

Ceci suggère qu'elle aura aussi de grandes difficultés à ajuster les parties de son corps ensemble.

Pour *l'hémiplégie spastique*, la personne aura peut être la possibilité de marcher. Si le membre inférieur est bloqué dans un schéma en triple extension et avec un appareillage, cela peut permettre d'utiliser le pied comme appui. Par contre, ceci est possible uniquement si c'est l'hémisphère dominant qui est atteint et avec l'utilisation d'une canne tripodique. La spasticité place le membre supérieur dans une posture en triple flexion et le membre inférieur dans une posture en triple extension ce qui empêche toutes coordinations entre les membres.

Donc selon le type d'atteinte, la personne aura la possibilité de retrouver un peu d'autonomie locomotrice. Par contre les coordinations des membres seront dans les deux cas déficitaires.

2- La motricité fine :

Définition : La motricité fine permet de développer les mouvements fins afin d'obtenir un meilleur contrôle et une meilleure coordination des doigts. En effet, elle sollicite le contrôle de petits muscles et elle nécessite de la précision et de la dextérité.

Observations dans ce profil : La personne hémiplégique, qu'elle soit spastique ou flasque, peut conserver une partie de ses capacités du côté sain en compensant. En effet, la personne arrivera toujours à faire l'activité mais moins rapidement et moins précisément car la coordination bi-manuelle est impossible.

Donc, la motricité fine est relativement conservée du côté sain. De plus, la personne peut apprendre à faire autrement pour compenser le côté hémiplégique en utilisant des aides-techniques, il est possible d'améliorer ses capacités tout en sachant que la motricité fine ne sera pas récupérée au niveau du côté hémiplégique.

3- Les praxies :

Définition : Les praxies sont généralement définies par l'apraxie qui désigne des perturbations de l'activité gestuelle qu'il s'agisse de mouvements orientés vers un but ou de la manipulation d'objets réelle ou mimée qui ne s'explique ni par une atteinte motrice, ni une atteinte sensitive, ni une altération intellectuelle.

Il existe plusieurs praxies comme les praxies gestuelles qui regroupent les *praxies idéomotrices* qui correspondent à la réalisation de gestes significatifs ou non et les *praxies idéatoires* qui impliquent la manipulation, réelle ou mimée, d'objets. Il y aussi les *praxies visuoconstructives* qui désigne la capacité à assembler des éléments dans les deux ou trois plans de l'espace et les praxies de l'habillement.

Observations dans ce profil : Selon la lésion de l'AVC, les atteintes seront différentes.

En effet, s'il s'agit d'une *lésion de l'artère sylvienne gauche*, la personne peut avoir une apraxie constructive ainsi qu'une apraxie gestuelle. Tandis que si la *lésion est située à droite*, la personne pourra avoir une apraxie de l'habillement et aussi une apraxie constructive. Néanmoins, les apraxies ne sont pas toujours associées aux AVC. En effet, certaines personnes malgré leur lésion cérébrale n'auront pas d'atteinte praxique.

Par conséquent, ces personnes peuvent présenter des apraxies de catégories diverses.

4- Le tonus :

Définition : Le *tonus de fond* représente l'état de tension légère et permanente des muscles. Le *tonus d'action* correspond au degré de tension des muscles qui participent directement ou non à une activité motrice. Le *tonus postural* correspond au degré de tension des muscles antigravitaires. Il permet le maintien de la station assise et debout.

Observations dans ce profil : L'hémiplégie correspond à une atteinte centrale. Pendant les premières semaines suivant la lésion, l'hémiplégie va se manifester par une hypotonie dite flasque. Puis, cette atteinte va entraîner une hypertonie plus ou moins importante de l'hémicorps qui peut amener la personne à avoir des rétractions musculaires. Cependant, en fonction de l'hémiplégie, les effets sur le tonus vont être différents.

En effet, dans le cas d'une *hémiplégie flasque*, la personne aura une hypotonie massive mais elle ne présentera pas de spasticité. Alors que lorsqu'il s'agit d'une *hémiplégie spastique*, la personne aura une hypertonie musculaire très importante qui la placera dans une position de triple flexion.

Entre ces deux types, la personne peut présenter un tonus spastique ou flasque d'intensité moindre. En effet, il existe un éventail de possibilité entre les deux.

5- Fonctions cognitives :

Définition : Il s'agit de fonctions intellectuelles qui se divisent en quatre parties. La première partie regroupe les fonctions permettant la réception, le traitement, l'acquisition, la classification et l'intégration d'une information. La seconde regroupe la mémoire, le stockage et le rappel d'information. La troisième partie comprend la pensée qui permet d'organiser les informations. Et la dernière partie permet la communication et l'action.

Observations dans ce profil : Là, c'est le lieu de la lésion qui détermine les troubles cognitifs observables.

Si la *lésion de l'AVC est frontale*, la personne aura un syndrome frontal qui se caractérise par une altération des comportements, un trouble des fonctions exécutives. Si la lésion se situe sur le *lobe pariétal*, la personne conserve en partie ses facultés mentales mais elle aura des difficultés praxiques importantes avec un trouble du geste et un trouble de l'utilisation de l'hémicorps controlatéral à la lésion.

Si la lésion se situe au niveau du *lobe occipital*, la personne pourra avoir une agnosie aperceptive. Il s'agit d'un trouble de la synthèse des informations sensorielles en une perception structurée qui est observable par l'agnosie d'objet. De plus, elle peut présenter une agnosie associative. La personne n'a pas accès aux représentations mentales antérieures et aux images mentales qui donnent un sens à ce qu'elle voit. A ce moment, la personne ne peut plus appairer des images. En dernier lieu, la personne peut avoir une prosopagnosie, elle ne reconnaît plus les visages même ceux de personnes familières.

Si la lésion se situe au *niveau temporal*, la personne aura un trouble de la mémoire. Elle pourra aussi avoir un trouble du langage présent au niveau de l'expression, de la dénomination, de la répétition ou de la fluence.

Donc les personnes ayant ce profil peuvent présenter différents troubles cognitifs en fonction de la zone lésée par leur AVC.

Après avoir vu quelques données théoriques, l'étude de cas de Monsieur G. Robert va permettre d'illustrer un peu plus ce profil.

Cependant, Monsieur G. ne répond pas tout à fait aux critères précédents. Il est passé par une phase flasque au début. Maintenant, une spasticité s'installe. Néanmoins, elle est d'intensité moindre que celle décrite précédemment.

B- PRESENTATION DU CAS, MONSIEUR G. ROBERT :

1- Histoire de vie :

Monsieur G. Robert est né le 6 février 1924 à Paris. Il a une sœur née d'une précédente union de son père. Il s'est marié avec Jeanne avec qui il a eu une fille, Louise. Il était directeur des ressources humaines, ce travail l'a beaucoup stressé. Il est passionné par la médecine et la science.

Sa fille a eu deux enfants avec André. Sa petite fille vit au Gabon. Son petit-fils est décédé et depuis ce jour, sa fille est dépressive. Son gendre s'occupe beaucoup de la famille et aussi de lui. Il vivait chez lui avec sa femme jusqu'à son AVC du 18 novembre 2010 dans la nuit.

2- Historique médical :

Monsieur G. présente une hypertension artérielle et, depuis janvier 2010, un syndrome coronarien aigu non sténosant qui sont traités par des médicaments. Son AVC ischémique sylvien droit, survenu la nuit du 18 novembre 2010, a entraîné une hémiplégie gauche nécessitant son accueil à l'EHPAD.

3- Grille AGGIR :

L'évaluation de son autonomie a été réalisée le 13 janvier 2011 avec la présence de l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que du médecin. Il fait partie des GIR 1 car ses variables discriminantes ont été classées comme suit :

- ***Modalité B :*** l'alimentation : manger.
- ***Modalité C :*** la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, les transferts, la communication à distance, l'élimination fécale et urinaire, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et l'alimentation : se servir.

Donc Monsieur G peut manger seul mais il nécessite une surveillance. Il n'est pas autonome pour les autres activités quotidiennes évaluées.

4- Bilan psychomoteur :

a- Difficultés rencontrées lors de son évaluation :

Les tests psychomoteurs actuels, pour la plupart d'entre eux, ne sont pas adaptés à ce type de patient. En effet, ils mettent en jeu, comme pour le Tinetti et le Get Up and Go, l'équilibre statique et/ou dynamique qu'une personne hémiplegique va difficilement avoir.

Ce patient aurait donc été en échec sur beaucoup d'items dans ces tests. Par conséquent, son bilan psychomoteur s'est basé principalement sur de l'observation à différents moments de la journée.

b- Evaluation psychomotrice :

Son bilan psychomoteur a été réalisé début janvier 2011, Monsieur G. est alors âgé de 86 ans et 11 mois. Il fait partie du profil de la dépendance physique. L'évaluation permet de voir ses capacités restantes et ses déficits.

Coordinations statiques et dynamiques générales :

Avec l'aide du kinésithérapeute, il peut se verticaliser car il a le droit à l'appui du côté sain mais il n'a pas d'équilibre seul et il peine même à avoir un équilibre avec une aide.

Monsieur G. présente une hémiplegie gauche flasque qui ne permet pas une mobilité volontaire de l'hémicorps. Donc toutes les mobilisations sont faites avec aide. Les coordinations faciales sont possibles à droite, mais peu présentes à gauche.

Le kinésithérapeute fait remarquer qu'il y a un retour de la mobilité qui s'opère, il est donc important de le mobiliser régulièrement.

Motricité fine :

La motricité fine est conservée à droite mais pas à gauche néanmoins cela lui permet de manger seul avec uniquement une surveillance.

Praxies :

L'emploi des couverts est bon à droite. Lors de l'imitation de geste, les réponses du membre sain sont correctes. Cependant, on peut noter quelques erreurs d'orientation.

Capacités toniques et posturales:

Monsieur G. présente une hypotonie du tronc caractérisée par le fait que son buste penche vers la gauche.

De plus, lors de mobilisation passive des membres, il n'y a pas de résistance à gauche. A droite, il participe en anticipant le mouvement. Par contre, son tonus d'action, au niveau périphérique du côté sain, est bon.

Monsieur G. a des difficultés à maintenir son tronc et à le redresser. Il a des douleurs neurologiques, dues à son AVC, qui sont présentes presque toute la journée et notamment pendant les mobilisations. Cette peur de déclencher une douleur l'entrave également dans ses transferts. Il veut aider mais arrête dès qu'il a mal. Par conséquent, il nécessite une aide totale.

Ses transferts se font avec l'aide de deux soignants et d'un lève-personne. Monsieur G. peut maintenir la position assise mais seulement quelques instants car cela lui demande beaucoup d'efforts.

Fonctions cognitives :

Il présente une désorientation temporelle, notamment au niveau de la connaissance du jour et de l'année mais il reconnaît la saison. Il est désorienté dans l'espace car il ne reconnaît pas sa chambre.

Il a des difficultés au niveau des praxies visuo-constructives, il n'arrive pas à réaliser la figure du MMSE. Monsieur G. a des troubles mnésiques puisqu'il ne sait pas pourquoi il est ici et il est souvent confus le matin. Mais cela est probablement dû à son AVC et en partie à son âge. De plus, il ne mentionne jamais son bras paralysé.

Monsieur G. s'exprime sans difficultés et il peut tenir une conversation. De plus, il reconnaît son entourage qui vient fréquemment le voir, notamment sa femme. Il n'a pas de troubles du comportement et il apprécie le travail des soignants.

Il est très en demande pour améliorer ses capacités actuelles car il voit bien qu'il n'a « plus les mêmes réflexes », il est très volontaire pour travailler et avoir une meilleure autonomie.

Schéma corporel :

Le dessin du bonhomme est réalisé sans difficultés. On peut observer un désinvestissement du côté hémiplégique, avec un rajout de doigts, le tronc n'est pas fermé à gauche, le pied gauche est tourné vers l'arrière. Le visage est fait de profil, sans détails. La main droite n'est pas représentée.

Evaluation de la sensibilité globale :

Du côté hémiplégique, il ressent le toucher à partir de la racine des membres, mais plus on va vers les extrémités, moins la reconnaissance tactile est possible.

Les sensations sont diffuses et anarchiques dans les membres. Il peut avoir des ressentis douloureux, notamment lorsque l'on mobilise le membre supérieur gauche.

5- Axes de prise en charge :

D'après le bilan, il est important de mobiliser son membre supérieur car il semble récupérer. La prise en charge proposée est basée sur quatre axes de travail :

- Un travail de gestion de la douleur au travers la relaxation afin qu'il ne ressente pas uniquement des sensations douloureuses.
- Un travail de mobilisation activo/passive pour qu'il puisse récupérer au mieux son membre supérieur gauche.
- Un travail autour de l'investissement corporel et la détente car c'est une personne qui souffre énormément. Il est important de lui apporter un peu de bien-être.
- Un travail autour de la réadaptation des gestes de la vie quotidienne qui viendrait plus tard dans la prise en charge.

Ses différents axes m'ont permis de formuler une prise en charge qui est présentée dans la partie suivante.

C-DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE :

1- Cadre :

Monsieur G. est suivi une fois par semaine. Les séances se sont déroulées le plus souvent le mardi matin.

2- Déroulement des séances :

Lorsque j'arrive pour la prise en charge, au bout de quelques séances, Monsieur G. sait qui je suis et la raison de ma venue. Il est content et il a très envie de progresser.

Au départ, les séances se déroulent dans sa chambre puis en salle de réunion car sa femme est venue vivre avec lui à la maison de retraite, fin février. Elle reste dans la chambre la plupart du temps. C'est pour cette raison que le lieu de prise en charge a été modifié.

De plus, début février, sa fille a fait une tentative de suicide très grave. Bien que Monsieur G. n'en parlait pas, cela a affecté la prise en charge notamment parce qu'il était très anxieux.

Ce patient souffre de douleurs chroniques qui ont posé de nombreuses questions à l'équipe qui ne savait pas comment les prendre en charge ce qui a entraîné de nombreuses modifications de traitement. Cette situation a influencé la prise en charge.

En effet, elle n'a pas toujours pu être possible car Monsieur G. somnolait ou était trop douloureux.

3- Exercices proposés en séance :

Monsieur G. commence à récupérer un peu de mobilité au niveau du membre supérieur gauche. De plus, il est nécessaire de l'aider à gérer sa douleur et de travailler sur la détente.

Pour qu'il puisse récupérer au mieux la mobilité de son membre supérieur, j'ai commencé avec un seul exercice.

- Les mobilisations activo-passives : Cet exercice permet de travailler la mobilité du membre supérieur, en commençant par des mobilisations passives et en lui demandant d'essayer de faire bouger son pouce. Cependant, il a fallu arrêter cet exercice car Monsieur G. a eu un œdème au niveau de la main qui a été extrêmement douloureux. Rien que le toucher était une source de douleur. Ceci a stoppé net la récupération de Monsieur G.

Les axes de la gestion de la douleur et de la détente ont été regroupés au travers de quatre exercices.

- Respiration : Cet exercice se déroule quand Monsieur G. est dans son fauteuil. Il inspire et expire lentement et profondément afin de se relâcher progressivement. Ceci permet d'amorcer la détente.

- Passage d'un rondin à picots: Cet exercice a été présent au début de la prise en charge puis j'ai modifié l'objet utilisé. Là, Monsieur G. se passe un rondin à picot sur le côté hémiparétique, ce qui suggère qu'il n'a pas d'hémi-négligence. Cela permet aussi de travailler sur le ressenti et sur les sensations présentes dans les membres hémiparétiques. Je lui demande de verbaliser sur ce qu'il ressent.

- Passage du ballon : Cet exercice a pris le relais après celui du rondin. Cette fois, je passe le ballon, ceci pour que Monsieur G. puisse profiter au mieux de son moment de détente et qu'il ne se concentre que sur ses sensations. Monsieur G. apprécie ce moment et il arrive à se détendre. Il ferme les yeux et sa respiration devient plus lente. Il lui arrive de reprendre les exercices de respiration à ce moment.

- Mobilisations passives : Cet exercice comprend deux éléments. Le premier est qu'il permet de travailler la proprioception. Pendant que Monsieur G. ferme les yeux, je place son membre hémiparétique dans une position qu'il doit reproduire de l'autre côté. Le second élément concerne les rétractions musculaires, je mobilise son bras gauche afin de limiter ce processus.

Mais ceci n'a pu être possible que lors de quelques séances car il a été douloureux pendant une longue période, puis il y a eu une amélioration et ses douleurs sont revenues.

Pour la réadaptation des gestes de la vie quotidienne, je ne lui en ai pas parlé au début de la prise en charge car il pensait qu'il allait récupérer. Vers fin février, je lui ai montré un exercice de précision où il avait des cases à cocher, il devait faire cet exercice pendant que je n'étais pas là. Cependant, il a changé de chambre entre temps et les exercices se sont perdus. J'ai fait un deuxième essai mais lorsque je suis venue, il n'avait pas avancé et il ne s'en souvenait plus. Il semble donc qu'il ait des troubles mnésiques plus marqués qu'au début de la prise en charge.

Après avoir vu les exercices proposés en prise en charge, le bilan va permettre de savoir où il en est et pas seulement pour voir s'il y a eu des évolutions.

D-BILAN APRES LE SUIVI EN PSYCHOMOTRICITE :

Monsieur G. a été suivi pendant 5 mois à raison d'une séance par semaine.

1- Bilan psychomoteur :

Le bilan est basé sur de l'observation et certains items de l'EGP (Voir Annexe 9) que je n'avais pas pu faire passer précédemment. Il a été réalisé en deux fois, entre fin avril et début mai 2011.

Coordinations statiques et dynamiques générales :

Résultats de l'EGP :

Les items de coordinations statiques et dynamiques (1 à 4) sont déficitaires.

Observations :

Monsieur G. arrive à se verticaliser avec l'aide du kinésithérapeute et de l'espalier. Cependant, il n'a pas d'équilibre même avec une aide. Compte tenu qu'il ne peut pas tenir debout seul, il ne pourra pas plus marcher ni courir.

Donc Monsieur G. a un trouble des coordinations dynamiques et statiques. En effet, il ne peut plus marcher.

Motricité fine :

Résultats de l'EGP :

L'item de motricité fine des membres supérieurs (item 7) est réussi pour trois exercices sur les quatre. Il utilise sa main valide.

L'item de motricité fine des membres inférieurs (item 8) ne pose pas de difficultés pour le côté droit, valide. Mais le côté gauche, hémiplégique est déficitaire ce qui est prévisible.

Observations :

Monsieur G. n'arrive pas à déboutonner un vêtement. Cependant, il est capable de le boutonner à une main mais pas dans le temps imparti. Il réalise sans difficulté le pianotage et le dé-pianotage avec sa main valide.

Il en est de même pour l'opposition pouce/doigts et le ramassage d'une pièce de monnaie. Il réalise ces activités sans difficultés, en prenant le temps nécessaire. Les épreuves de motricité fine des membres inférieurs ont été réalisées sans difficultés. Il n'a donc pas de trouble de la motricité fine.

Praxies :

Résultats de l'EGP :

L'item des praxies (item 9) est réussi pour trois exercices sur quatre. L'un des exercices a été remplacé par la figure du MMSE qu'il a reproduit rapidement et facilement. Seul l'exercice un, utilisation conjointe couteau-fourchette, est déficitaire.

Observations :

L'exercice un est déficitaire car il met en jeu les coordinations bi-manuelles donc l'échec est normal. De plus, il peut faire des gestes significatifs, il n'a donc pas d'apraxie idéomotrice.

Comme il réalise sans difficultés le dessin du MMSE ainsi que la construction de la pyramide de l'EGP alors on peut supposer que Monsieur G. n'a pas de trouble visuo-constructif en 2D ou en 3D.

Capacités toniques et posturales:

Résultats de l'EGP :

La mobilisation passive des membres inférieurs et supérieurs (items 5 et 6) est déficitaire. La mobilisation active des membres supérieurs et inférieurs (items 5 et 6) est échouée pour le membre hémiplegique et réussie pour le membre sain.

Observations :

Monsieur G. a un tonus du tronc normal. Son tonus d'action est également normal. Par contre, il n'a pas récupéré de son AVC, il est toujours hémiplegique.

De plus, il commence à présenter une hypertonie spastique légère du côté hémiplegique (gauche). En effet, lors des mobilisations passives des membres, Monsieur G montre une résistance au niveau de toutes les articulations.

Par contre, lors des mobilisations passives à droite, il a des difficultés à se relâcher car il anticipe les mouvements que ce soit au niveau des membres inférieurs ou supérieurs. La mobilisation active sur consigne se déroule sans difficultés sur le côté sain.

Ses transferts se font en présence de deux soignants et d'un lève-malade. Monsieur G. peut maintenir la position assise s'il trouve un appui correct mais cela lui demande beaucoup d'efforts.

Fonctions cognitives et communication:

Résultats de l'EGP :

La vigilance (item 11) est bonne tout au long de la passation et l'exercice d'attraper le cube est réalisé sans difficulté. Pour la communication (item 17), le langage est cohérent et adapté et la compréhension est bonne. Par contre, l'aspect non verbal est déficitaire.

Pour la sphère spatiale (item 13), la localisation du lieu de vie et la division d'une feuille sont échouées. Les notions devant/derrière et les trajets sont réussis. Pour la sphère temporelle (item 16), les exercices de connaissance de la date du jour et de lecture de l'heure sont échoués. Par contre, la date de naissance est connue ainsi que les jours et les mois, même dans le désordre.

Les exercices 1a et 2 de la mémoire verbale (item 14) sont corrects. Pour l'exercice 3, seuls deux mots sur trois sont retrouvés. Pour la perception (item 15), les trois exercices proposés sont réussis.

Observations :

Monsieur G. présente une désorientation temporelle importante, en effet, il pense être en 1981 et il ne reconnaît plus la saison. De plus, il commence à avoir des difficultés à lire l'heure sur une horloge. Par contre, il sait me dire les jours et les mois même dans le désordre.

Au niveau de l'orientation spatiale, il a les notions de devant/derrière ainsi que haut/bas et il réussit facilement les exercices d'orientation spatiale. Il peut m'indiquer la ville dans laquelle il se trouve. Par contre, il pense être en maison de repos. Il est donc un peu désorienté dans l'espace.

Au niveau de la mémoire, la répétition immédiate est réussie, il décrit sa journée avec beaucoup de détails et sans difficultés. Lors de la répétition différée, il ne retrouve que deux mots. Il semble donc qu'il ait un trouble léger de mémorisation.

Monsieur G. parle peu mais il s'exprime clairement. Son langage ne présente pas de difficultés particulières. Par contre, son visage est peu expressif et il a très peu d'expressions gestuelles.

Il n'a pas de troubles psycho-comportementaux. Sa vigilance est constante durant la passation, il n'est pas nécessaire de lui rappeler les consignes.

Schéma corporel :

Résultats de l'EGP :

Les exercices 3 et 4 de la connaissance et de l'utilisation des parties du corps (item 10) sont réussis. L'exercice 5 n'a pas été réalisé car il n'aurait pas pu reproduire le modèle avec son hémiplégié.

Observations :

Monsieur G. reconnaît les différentes parties du corps sur lui et sur autrui sans difficultés. En effet, il peut nommer et montrer les parties du corps que ce soit sur lui ou sur les autres.

Evaluation de la sensibilité globale :

Observations :

Du côté hémiplégique, il est extrêmement douloureux au toucher notamment à l'extrémité du membre supérieur et un peu moins au niveau de la racine. Il ne ressent pas de douleurs au niveau des membres inférieurs. La reconnaissance tactile est normale.

2- Conclusions du bilan :

Monsieur G. est très volontaire quelque soit l'activité proposée. Les difficultés visuo-constructives présentes lors du premier bilan se sont améliorées d'elle-même. Il est toujours douloureux mais maintenant, il arrive à se détendre et à ressentir des sensations agréables lors des séances de relaxation.

La spasticité commence à se voir même s'il n'a pas de posture en triple flexion, il sera donc nécessaire de le prendre en charge pour éviter les rétractions musculaires.

L'observation à différents moments de la journée permet de voir qu'il est capable de faire les gestes de la vie quotidienne impliquant le haut du corps si on lui passe les objets dont il a besoin ou s'ils sont adaptés. Il faudrait donc veiller à entretenir ses capacités.

III- Profil deux, la dépendance psychique :

Ce profil est observable chez les personnes âgées atteintes de la démence de type Alzheimer par exemple. C'est à travers cette pathologie que je vais décrire le profil de dépendance psychique.

A- QUELQUES APPORTS THEORIQUES :

1- Les coordinations dynamiques générales :

Observations dans ce profil : La personne peut, « seule » ou avec l'aide d'un soignant, se déplacer. En effet, une personne atteinte d'une démence de type Alzheimer conserve sa capacité à marcher pendant longtemps. Cependant, elle ne sait pas où elle doit aller car elle déambule.

La coordination des membres inférieurs et supérieurs est généralement conservée. Mais, il est possible de voir une posture figée dans la marche. Lors de l'atteinte au stade terminal, la personne sera alitée.

Donc, la personne conserve, longtemps, de bonnes capacités de coordinations dynamiques. Mais ces possibilités diminuent avec l'avancée dans la maladie.

2- La motricité fine :

Observations dans ce profil : La personne va avoir progressivement des difficultés dans la motricité fine, celle-ci intervient dans les gestes de la vie quotidienne. Avec l'avancée dans la maladie, la personne aura besoin d'aide pour plus d'activités de la vie quotidienne car elle ne saura plus comment faire ce qui entraîne une sous-utilisation de la motricité fine. Et par conséquent, les performances dans ce domaine diminuent.

La personne aura donc un trouble de la motricité fine avec une altération de la précision et de la dextérité digitale.

3- Les praxies :

Observations dans ce profil : Chez les personnes démentes, les premières praxies touchées sont les *visuo-constructives*. En effet, lorsqu'elles doivent recopier un modèle, elles vont chercher à accoler leur production au modèle, cet élément se retrouve dans la démence de type Alzheimer uniquement.

Ensuite, ce sont les *praxies idéomotrices* avec la reproduction de gestes avec significations puis sans significations qui sont déficitaires. De plus, le niveau d'atteinte des gestes significatifs est en corrélation avec la sévérité de la maladie.

Après, ce sont les *praxies idéatoires* qui sont touchées. Enfin, quand la maladie est assez avancée, il y aura une apraxie d'habillage avec la superposition de vêtements notamment.

Ces personnes auront, en fonction de la sévérité de la pathologie, une apraxie visuo-constructive, une apraxie idéomotrice, une apraxie idéatoire et une apraxie d'habillage. Cela aura un retentissement sur leur autonomie qui ne sera visible qu'à un stade avancé.

4- Le tonus :

Observations dans ce profil : Il ne ressort pas de troubles toniques dans la démence de type Alzheimer. Cependant, les personnes atteintes de cette pathologie peuvent être très anxieuses car elles se rendent compte de leur trouble ce qui peut se noter, au niveau tonique, par des rigidités musculaires.

A moins qu'il n'y ait une pathologie surajoutée, ces personnes n'auront pas d'hypertonie ou d'hypotonie pathologique.

5- Mémoire :

Observations dans ce profil : La mémoire qui est le plus rapidement touchée est la *mémoire épisodique*, elle concerne dans un premier temps les faits récents puis petit à petit les faits sont plus lointains. Par contre la *mémoire sémantique* est conservée relativement longtemps comme la *mémoire procédurale*, ce qui permet de faire de nouveaux apprentissages. La difficulté chez ces personnes sera dans le stockage des informations.

Donc, ces personnes présentent un trouble de la mémoire très important et très précoce mais qui permet néanmoins de continuer les apprentissages.

6- L'attention :

Observations dans ce profil : Les tests de barrage montrent que les résultats des personnes atteintes de cette pathologie sont moindres par rapport aux personnes âgées saines ce qui signifie que leurs capacités attentionnelles sont diminuées. De plus, avec l'avancée dans la maladie, le nombre d'erreurs augmente.

Ces personnes auront des troubles attentionnels qui s'accroîtront petit à petit.

7- L'orientation spatio-temporelle :

Observations dans ce profil : La personne connaît le lexique approprié mais il existe une désorientation spatio-temporelle. En effet, la personne ne sait plus où elle est, ni où elle doit aller même si elle est dans un endroit familier. De plus, elle ne peut pas donner la saison dans laquelle on se trouve, ni même la date du jour.

Cette dépendance psychique donne lieu à un trouble de l'orientation spatio-temporelle important qui empêche la personne de se repérer dans son lieu de vie et de reconnaître le moment de la journée.

Après avoir vu quelques données théoriques, l'étude de cas de Madame L. Thérèse va illustrer un peu plus ce profil.

En sachant que Madame L. présente une démence de type Alzheimer associée à une dépression, donc le tableau est un peu différent.

B- PRESENTATION DU CAS, MADAME L. THERESE :

1- Histoire de vie :

Madame L. Thérèse est née le 23 juin 1920 à Paris. Son père est décédé lorsqu'elle avait 11 mois. Elle a un frère, Martin, de 11 ans son aîné. En raison de difficultés matérielles, elle a eu une enfance difficile et elle a commencé à travailler à 13 ans.

Elle travaille en tant que secrétaire de direction et se lie d'amitié avec la sœur de son futur époux, Georges, de 11 ans de plus. En avril 1944, elle a eu peur de perdre son bébé mais sa fille, Jeanne, naît en septembre. Elle lui donnera un petit-fils en mai 1971. Son époux décède le 26 janvier 2002.

En 2004, le maintien à son domicile n'est plus possible, elle est alors placée dans une maison de retraite sur Paris puis elle sera transférée dans un EHPAD de Toulouse pour se rapprocher de sa famille.

2- Historique médical :

Madame L. présente une hypertension artérielle et une dépression qui sont traitées par des médicaments. Elle a deux prothèses de hanches bilatérales et elle souffre d'arthrose généralisée qui lui cause des douleurs au niveau des épaules, des mains et des hanches.

De plus, elle a fait deux AVC à droite, l'un en 1998 et l'autre en 2002 qui lui ont laissé comme séquelles une hémiparésie droite et une perte d'utilisation de la main droite mais pas de troubles du langage.

En 2004, elle est adressée en consultation mémoire où l'on décèle une démence de type Alzheimer avec des troubles de la mémoire immédiate sans désorientation notable, son MMS est à 17/30.

3- Grille AGGIR :

L'évaluation de Madame L s'est déroulée le 11 mars 2010 avec la présence de l'ensemble de l'équipe soignante ainsi que du médecin. Elle a été classée parmi les GIR 1 car ses variables discriminantes ont été répertoriées comme suit :

- Modalité B : l'élimination urinaire et l'alimentation : manger.
- Modalité C : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, les transferts, la communication à distance, l'élimination fécale, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et l'alimentation : se servir.

Donc Madame L n'est pas autonome pour la plupart des activités quotidiennes et elle nécessite une surveillance lors de l'alimentation et l'élimination urinaire.

4- Bilan psychomoteur :

Son bilan psychomoteur s'est déroulé sur plusieurs séances car elle est très fatigable. Il a été réalisé en décembre 2010 grâce à un test qui permet l'évaluation psychomotrice du sujet âgé chuteur (Voir Annexe 10). Ce test reprend des items du Tinetti et du Get Up and Go. Madame L. est âgée de 90 ans et six mois lors du bilan. Elle présente un profil de dépendance psychique.

Coordinations statiques et dynamiques générales :

Madame L. marche avec un déambulateur mais son périmètre de marche est réduit à moins de 10 mètres et il faut la présence d'un soignant car elle est très fatigable. De plus, sa posture dans la marche est figée et elle regarde ses pieds. Son demi-tour se fait lentement avec un piétinement des pieds.

La marche à reculons est problématique. Elle perd l'équilibre car elle ne lève pas assez les pieds et elle s'angoisse de ne pas voir où elle va. Cela montre aussi une tendance à être en rétro pulsion. La marche les yeux fermés n'a pas pu être évaluée, la situation est trop anxiogène pour elle. Elle n'arrivait pas à garder les yeux fermés.

Pour le lancer et la réception de balles, je lui ai fait faire assise car la situation de travail debout est problématique. Elle a des difficultés à rattraper et à lancer la balle, cela est dû à sa main droite qui reste fermée et à son manque d'anticipation posturale.

Elle peut changer de niveau sans trop de difficulté mais cela nécessite qu'elle prenne appui.

Motricité fine :

Elle a un problème de motricité fine car sa main droite ne s'ouvre quasiment pas. Sa main gauche lui permet d'attraper des objets mais avec difficultés car elle devait être droitrière. Elle n'utilise pas sa main droite spontanément alors que celle-ci est valide.

Praxies :

La Sib permet de montrer des difficultés en visuo-construction cependant celles-ci peuvent être dues à sa tenue du stylo qui n'est pas adaptée.

Au Bergès-Lèzine, elle a obtenu 12/20 aux gestes simples et 1/16 aux gestes complexes. Les principales erreurs sont dues à une mauvaise orientation et à sa main droite, qu'elle utilise peu. Sa main droite la pénalise beaucoup pour les gestes complexes. De plus, il faut lui répéter plusieurs fois la consigne.

L'emploi des couverts est correct. Elle mange seule et elle utilise uniquement la main gauche.

Capacités toniques et posturales :

Madame L. a tendance à être hypertonique, elle n'arrive pas à se relâcher spontanément. Sa main droite reste le plus souvent fermée, ce qui est une séquelle de son dernier AVC. Bien qu'elle ait la possibilité d'ouvrir sa main droite, elle a perdu l'automatisme et elle utilise toujours sa main gauche.

Madame L. peut tenir debout à pieds joints les yeux ouverts sans appui mais c'est très anxiogène pour elle et elle oscille beaucoup. Elle monte avec beaucoup de difficulté sur la pointe des pieds même avec appui, elle ne tient qu'une ou deux secondes. Elle n'a pas d'appui unipodal même avec l'aide d'un appui ce qui se retrouve dans sa marche, car elle piétine.

Au vu de son équilibre précaire et de son niveau d'anxiété, je ne lui ai pas fait les poussées mais il est probable qu'elle ne résiste à celles-ci. Ceci montre que ses appuis ne sont pas solidement ancrés au sol et qu'elle a des difficultés à ajuster son centre de gravité dans son polygone de sustentation. De plus, elle n'a pas d'adaptation posturale debout. L'apprentissage du relevé du sol n'a pas pu être effectué car le fait de se mettre au sol était trop difficile pour elle.

Lorsqu'elle est debout, elle tourne la tête à 45° mais le tronc ne suit pas le mouvement, il reste figé ce qui est insuffisant pour voir la chaise. Son équilibre ne lui permet pas de ramasser un objet au sol ni d'enjamber un obstacle sans risquer de chuter.

Les transferts se font avec l'aide d'un soignant. Par contre, elle peut se retourner dans le lit, passer de la position couchée à assise seule. Pour passer du lit au fauteuil, il est préférable qu'il y ait un soignant car elle a des difficultés à se lever. En effet, elle a tendance à tirer sur le déambulateur et elle ne se penche pas toujours suffisamment.

Lorsqu'elle s'assoit, il faut que le fauteuil soit à sa hauteur, là, elle prend son temps et utilise son déambulateur comme appui. Sinon elle a tendance à se laisser tomber.

Schéma corporel :

Le dessin du bonhomme n'a pas pu être réalisé car elle devait le faire avec sa main gauche ce qui était trop difficile pour elle. Elle a su me nommer la tête, le cou, les épaules.

Elle peut montrer les parties de son corps sans difficultés. Par contre, sur autrui, elle fait des confusions droite/gauche mais la plupart du temps elle se reprend spontanément.

Fonctions cognitives et communication :

Madame L. est très anxieuse et dépressive, elle pleure beaucoup. Cependant, elle arrive à se changer les idées lorsqu'elle participe à des activités.

Son MMS n'a pas pu être réalisé car elle a des troubles importants au niveau de l'attention, de la mémoire et de l'orientation spatio-temporelle.

Ce qui se retrouve dans la SIB avec des difficultés au niveau de la mémoire, notamment le rappel différé mais aussi de l'attention et du langage.

Elle connaît sa date de naissance et, approximativement, la ville où elle réside mais elle ne connaît pas la date ni la saison et elle ne peut pas dire où se trouve sa chambre.

Madame L. s'exprime bien mais elle peut être gênée par ses sanglots qui sont assez fréquents. Elle peut tenir une conversation brève. Elle reconnaît son entourage. Elle a des troubles psycho-comportementaux qui surviennent plus ou moins souvent, comme des pleurs, de l'agitation ainsi qu'un comportement d'opposition.

5- Axes de prise en charge :

Au vu de son bilan, la prise en charge sera axée autour de quatre axes :

- Un travail autour de la marche et du relevé du fauteuil pour qu'elle puisse marcher un peu plus mais surtout qu'elle puisse se lever seule du fauteuil.
- Une rééducation de la motricité manuelle notamment à droite afin qu'elle puisse réutiliser sa main dans la vie quotidienne et aussi qu'elle utilise mieux son déambulateur.
- Un travail autour de la revalorisation de soi à travers différents exercices car c'est en partie ce qui l'empêche de marcher, elle ne se sent pas capable.
- Un travail autour de l'investissement corporel et la détente car Madame L est très tonique et elle apprécie le toucher.

Ses différents axes m'ont permis de formuler une prise en charge qui est présente dans la partie suivante.

C-DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE :

1- Cadre :

Madame L. est prise en charge quatre fois dans la semaine. Ce sont des séances courtes d'une durée de 20 minutes qui ont eu lieu tous les mardis et mercredis, le matin et l'après-midi. Le cadre étant posé, il va être intéressant de s'arrêter sur le déroulement des séances ainsi que les exercices qui ont été proposés.

2- Déroulement des séances :

Lorsque j'arrive pour la prise en charge, il est nécessaire de rappeler à Madame L. qui je suis et la raison pour laquelle je viens. La plupart du temps, elle vient car elle apprécie ce moment.

Cependant, les prises en charges n'ont pas toujours pu être faites pour deux raisons principalement. La première raison est que Madame L. a quelques fois refusé de venir car elle voulait faire sa sieste ou elle n'avait pas le moral. A ce moment, il m'est arrivée de rester un peu avec elle pour discuter et voir si au fil de la discussion, elle accepterait de venir, ce qui a fonctionné une ou deux fois. La seconde raison est qu'il y a beaucoup d'animations organisées dans la maison de retraite et Madame L. aime y participer.

N'ayant pas de salle de psychomotricité et compte tenu de sa pathologie, j'ai essayé, dans la mesure du possible, d'aller toujours dans la même salle. Mais certaines prises en charge se sont déroulées dans des lieux différents car la salle était occupée ou Madame L. était trop loin de la salle. Ceci ne lui a pas permis de prendre des repères spatiaux, ce qui aurait été important pour elle.

3- Exercices proposés en séance :

Madame L. présente des difficultés de motricité manuelle, un périmètre de marche réduit, une difficulté à se lever du fauteuil et un tonus important au niveau des membres.

Pour la motricité manuelle, je lui ai proposé trois exercices qui ont été repris tout au long de la prise en charge afin de pouvoir observer une évolution.

- La balle antistress : Madame L. doit fermer et ouvrir alternativement sa main. Cet exercice permet de muscler progressivement sa main droite. Je lui demande de commencer par la main droite avec comme but qu'elle retrouve l'automatisme de l'utiliser. Après, elle travaille avec la main gauche. A ce moment, je lui demande si elle ressent une différence entre les deux mains pour qu'elle fasse plus attention à ses sensations. Au fur et à mesure de l'avancée dans la prise en charge, les exercices se sont un peu compliqués. En effet, après, elle doit le faire avec les deux mains d'abord alternativement puis simultanément.

- Les jetons : Madame L. doit attraper les jetons et les déposer dans une boîte un à un. Cet exercice permet de mettre en opposition son pouce avec son index puisqu'elle doit attraper le jeton. De plus, cela fait aussi travailler la précision du geste et les coordinations oculo-manuelles car je déplace la boîte au bout de deux jetons.

- Le pianotage : Madame L. va, après une démonstration, faire du « piano » sur la table. Cet exercice permet de travailler le déliement, la dextérité digitale ainsi que la distinction de doigts. Après, elle réalisera l'exercice sans démonstration. Au début, elle le fait une main après l'autre, puis les deux mains alternativement. En dernier lieu, elle l'effectue les deux mains en même temps.

Le travail autour de la marche s'est combiné à celui concernant le relevé du fauteuil. Je lui ai proposé deux exercices dont le premier qui permet d'amorcer le second.

- Le relevé du fauteuil : Madame L. devait réussir à se lever seule du fauteuil. Pour cela, j'ai procédé avec un chainage arrière, je lui avance son déambulateur et je l'aide à se pencher au début. Puis petit à petit, j'enlève l'aide que je lui apporte et je lui fais faire plusieurs fois en verbalisant chaque étape.

- Parcours de marche : La longueur et la difficulté du parcours sont adaptées en fonction de l'état physique et psychique de Madame L. Cet exercice permet d'entretenir et de stimuler son équilibre ainsi que sa marche. Il permet aussi de la revaloriser en lui montrant le trajet déjà accompli.

Pour l'investissement corporel et la détente, je lui ai proposé deux exercices pour l'amener à se relâcher.

- Le ballon : Cet exercice se déroule en fin de séance, je l'utilise en renforcement positif car c'est un moment qu'elle apprécie énormément. Le but est d'arriver à ce que Madame L. se relâche pendant que je lui passe le ballon tout en essayant de faire attention à ses sensations. Madame apprécie le toucher et elle peut me dire qu'elle se détend et que c'est agréable.

- Les mobilisations passives : Cet exercice se déroule après le passage du ballon. Madame L. garde la consigne de se relâcher et continue ainsi de se détendre. Cette mobilisation permet d'apprécier son niveau de relâchement.

Lors de ses deux exercices, il était fréquent que Madame L. ferme les yeux et qu'elle s'endorme.

La revalorisation a été présente tout au long des différents exercices, il n'y a pas eu d'exercices spécifiques. En effet, lorsqu'elle réussit un exercice, je la félicite et je lui demande ce qu'elle en pense afin qu'elle prenne confiance en elle et qu'elle croit plus en ses capacités.

Après avoir vu les exercices proposés en prise en charge, le bilan va permettre de voir l'évolution de Madame L.

D-BILAN APRES SUIVI EN PSYCHOMOTRICITE :

Madame L. a été suivie pendant 6 mois à raison de quatre séances de 20 minutes par semaine.

1- Bilan psychomoteur :

Le bilan fait après la prise en charge montre s'il y a eu des évolutions. Il est basé sur le même test que pour le précédent avec en plus, certains items de l'EGP que je n'avais pas pu faire passer avant.

Coordinations statiques et dynamiques générales :

Résultats de l'EGP :

Madame L. tient debout en équilibre sans appui (item 1) et avec appui sur la pointe des deux pieds (item 2). Par contre, elle ne tient pas même avec appui sur un pied ou sur la pointe d'un pied (item 2). Elle marche avec l'aide d'un déambulateur (item 3) mais elle ne peut pas marcher en accéléré ni courir (item 4).

Observations :

Son périmètre de marche est réduit, moins de 10 mètres, ce qui diminue son autonomie puisqu'elle ne peut pas aller aux toilettes seule.

Avec son déambulateur et la présence d'un soignant, elle peut marcher mais elle est très fatigable et elle est perdue dans la structure. Sa posture dans la marche est figée. Cependant, elle ne regarde plus ses pieds mais devant elle.

Madame L. peut tenir debout à pieds joints les yeux ouverts sans appui, elle oscille moins que lors du premier bilan. De plus, elle monte sur la pointe des pieds avec l'aide d'un appui sans difficulté.

Elle ne peut pas marcher les yeux fermés ni à reculons, ce sont des situations trop anxiogènes pour elle. Pour le lancer et le rattraper de balles, la situation est toujours problématique mais elle arrive quelque fois à attraper la balle en utilisant uniquement sa main gauche ce qui montre qu'elle peut anticiper au niveau postural.

Le changement de niveau ne pose pas de problème mais il faut qu'elle prenne appui. L'apprentissage du relevé du sol n'a pas pu être réalisé, néanmoins, elle est capable de se retourner du dos au côté. Madame L. n'arrive pas à tenir sur un pied même avec un appui ce qui se retrouve encore dans sa marche, elle piétine. Elle perd confiance dans son équilibre et elle le verbalise en disant « je ne me sens pas droite ».

Motricité fine :

Résultats de l'EGP :

Elle n'arrive pas à boutonner, ni à déboutonner. L'opposition pouce/doigts est compliquée, elle n'y arrive pas pour tous les doigts. Le pianotage est réussi mais pas le dé-pianotage. Le ramassage d'une pièce de monnaie ne pose pas de difficulté.

Elle peut placer ses pieds sur les traces et frapper dans le ballon. Pour le pointage de traces, 3 traces sur les 4 sont bien pointées.

Observations :

Ses problèmes de préhension et de coordination sont toujours présents. Cependant, elle peut tenir son déambulateur en mettant son pouce en opposition avec ses autres doigts. Elle utilise plus sa main droite dans les activités mais pas dans le quotidien.

Sa main droite est moins souvent fermée ce qui lui permet de tenir son déambulateur sans douleur car elle arrive à mettre le pouce plus facilement en opposition.

Praxies :

Résultats de l'EGP :

L'utilisation conjointe couteau-fourchette (item 9) est déficitaire. Les praxies idéomotrices sont correctes. L'écriture de son nom, son prénom et la date de naissance est impossible à cause de sa main droite. La reproduction de la pyramide est erronée.

Observations :

Test du berges-lèzine, elle obtient 11/20 aux gestes simples (12/20 précédemment) et 4/16 aux gestes complexes (1/16 au bilan précédent). Comme elle a réussi plus d'imitations complexes et que celles-ci tiennent compte du déliement et de la dextérité digitale alors Madame L. semble avoir plus de dextérité et de déliement digital. Les erreurs d'orientation sont moins fréquentes et elle utilise plus sa main droite.

L'utilisation conjointe est déficitaire car elle n'arrive pas encore à utiliser sa main droite correctement. Elle ne présente pas d'apraxie idéomotrice. Par contre, elle a une apraxie visuo-constructive.

Capacités toniques et posturales :

Résultats de l'EGP :

La mobilisation passive du membre supérieur gauche (item 5) est possible. Par contre, à droite (item5), elle anticipe le mouvement. La mobilisation passive des membres inférieurs (item 6) est déficitaire. La mobilisation active des membres supérieurs et inférieurs (items 5 et 6) est réussie.

Observations :

Madame L. gère mieux son tonus au niveau des membres supérieurs, en effet, elle est moins tonique et elle peut relâcher ses bras volontairement. Lors de mobilisation passive, elle peut relâcher son bras gauche et elle y arrive à droite pendant quelques secondes.

Pour les membres inférieurs, elle accompagne le mouvement des deux côtés, elle a des difficultés à se relâcher. Elle peut mobiliser volontairement ses membres sur consigne.

Son équilibre lui permet de ramasser un objet à 30 cm du sol mais ne lui permet pas d'enjamber un obstacle. Lorsqu'elle est debout, elle peut se retourner en piétinant.

Cependant, elle peut résister aux poussées latérales mais pas à celles d'avant et d'arrière. Ceci montre qu'elle arrive à ancrer ses appuis au sol.

Néanmoins, elle a toujours des difficultés à ajuster son centre de gravité dans son polygone de sustentation. Cet exercice montre qu'elle a des réactions d'adaptations posturales debout qu'elle n'avait pas lors du précédent bilan.

Les transferts se font avec un soignant mais elle arrive à se lever seule du fauteuil en s'appuyant sur les accoudoirs et en se penchant. Elle prend le temps de se placer correctement, de se pencher et de prendre appui avant de s'asseoir sauf lorsqu'elle est vraiment fatiguée, là elle se laisse tomber.

Schéma corporel :

Résultats de l'EGP :

Elle peut montrer et dénommer les parties du corps (item 10). Par contre, l'imitation de mouvement et de position (item 10) est déficitaire.

Observations :

Elle n'a pas pu réaliser le dessin du bonhomme à cause de sa main droite qui n'est pas fonctionnelle. Mais elle a réussi sans difficulté les questions concernant la reconnaissance des parties du corps sur soi et sur autrui présentes dans l'item 10 de l'EGP.

Elle connaît sa droite et sa gauche mais la réversibilité est problématique, la plupart du temps, elle se trompe et elle ne se corrige pas spontanément.

Fonctions cognitives et communication :

Résultats de l'EGP :

L'exécution générale des consignes et le maintien de l'attention (item 11) sont déficitaires, il est nécessaire de lui rappeler la consigne. Par contre, l'exercice d'attraper le cube est réalisé sans difficulté.

Pour la communication (item 17), le langage est cohérent et adapté et la compréhension est bonne. L'aspect non verbal est également bon, son visage est expressif et son expression gestuelle est adaptée.

Pour la sphère spatiale (item 13), la localisation du lieu de vie et la division d'une feuille sont en partie échouées. Les notions devant/derrière et les trajets sont réussis.

Pour la sphère temporelle (item 16), les exercices de connaissance de la date du jour, de lecture de l'heure et les questions dans le désordre sont échoués. Par contre, la date de naissance est connue ainsi que les jours et les mois.

La répétition immédiate des 3 mots est correcte. Le déroulement d'une journée et le rappel libre indicé ou non sont échoués. La reconnaissance sur proposition est bonne. Pour la perception (item 15), les trois exercices proposés sont réussis.

Observations :

Madame L. a une humeur fluctuante. Cet état est en lien avec sa pathologie. De plus, elle est très anxieuse, son MMSE n'a pas été réalisé à cause de troubles attentionnels, de mémorisation et d'orientation spatio-temporelle majeurs. Elle connaît sa date de naissance mais elle ne sait pas me nommer la ville.

Il faut toujours faire attention à ses résultats car sa dépression et son anxiété influencent ceux-ci.

Madame L. ne présente pas de déficit de communication, en effet ses gestes et son langage sont cohérents et adaptés à la situation. Par contre, elle a tendance à se plaindre. Elle a des difficultés dans la compréhension des consignes, il faut lui répéter plusieurs fois. Son visage est très expressif, il permet de voir lorsque son angoisse est importante.

2- Conclusions du bilan :

D'après les résultats du bilan, Madame L. peut se relever du fauteuil seule. De plus, bien son relâchement tonique est toujours difficile, notamment à droite, elle arrive à le faire volontairement au niveau des bras.

Madame L. a aussi une meilleure dextérité et un meilleur déliement digital ce qui lui permet de tenir son déambulateur de manière appropriée et sans douleur. Elle commence à utiliser spontanément sa main droite, il serait nécessaire de continuer la prise en charge pour qu'elle puisse retrouver l'usage de sa main dans les activités quotidiennes.

De plus, sa capacité à marcher seule est altérée, il est donc important de continuer et de la stimuler pour qu'elle puisse marcher le plus longtemps possible.

Après avoir vu ce profil de dépendance psychique, je vais présenter brièvement le profil de dépendance totale.

IV- Le profil de dépendance totale :

Ce profil peut être noté chez les personnes qui présentent une démence de type Alzheimer associée à une hémiparésie ou chez les personnes qui étaient appelées auparavant les personnes grabataires.

Ce profil peut être, par exemple, une association des deux portraits de dépendance décrits précédemment. Dans ce cas, il n'est pas nécessaire de revenir sur chaque domaine psychomoteur car les troubles observés seront une combinaison des deux précédents.

De plus, je n'ai pas d'étude de cas à présenter pour ce profil car je n'ai pas eu le temps d'assister aux prises en charge, la personne étant décédée peu de temps après mon arrivée dans la structure.

DISCUSSION

A- AU NIVEAU DE LA PRATIQUE :

Il n'y a pas de test adapté à cette population. Ce qui m'a posé beaucoup de difficultés car je ne savais pas comment j'allais pouvoir faire mes bilans. J'ai tout d'abord pensé qu'il fallait une base d'observation, j'ai alors commencé à y réfléchir. Cependant, je ne pouvais pas en faire une complète car je n'aurais pas eu assez de temps et ce n'était pas le sujet du mémoire. J'ai donc fait une grille très succincte qui reprend les grands domaines psychomoteurs. Cela m'a permis de voir quelles compétences étaient très déficitaires ou pas. A partir de là, j'ai essayé de compléter le bilan avec de petits items pris dans des tests différents mais il ne s'agit pas d'un bilan standard. Pour mes bilans après le suivi en psychomotricité, cela a été plus simple car j'avais l'EGP. En effet, il peut être utilisé avec cette population. Si je devais recommencer, j'essaierai de rendre le bilan plus objectif avec moins d'observations cliniques.

Dans la structure où j'étais, il n'y avait pas de salle de psychomotricité ce qui est dommage. En effet, aller dans la même salle, autre que la chambre, à chaque prise en charge, permet de donner un repère spatial et de structurer un peu plus l'environnement. Quelques fois, cette situation m'a posé des problèmes. Je me suis retrouvée, faute de salle disponible, à faire la prise en charge dans le salon avec le personnel et les résidents autour. Donc, les conditions de prises en charge n'étaient pas toujours adaptées.

Enfin, un élément peut être problématique en travaillant auprès de cette population, ce sont les troubles psycho-comportementaux. Mes deux patients n'en avaient presque pas. Mais lors de mon stage, j'ai été amenée à rencontrer des personnes avec des troubles plus ou moins importants. A ce moment, j'ai pu me rendre compte de la difficulté que cela représente au quotidien.

En effet, ces troubles peuvent mettre en échec les soignants, les prises en charges mais aussi les évaluations. La communication peut, aussi, être très compliquée. Il faut donc toujours prendre en compte ces troubles lors de l'évaluation d'une personne ou lors d'une prise en charge. De plus, il est nécessaire de comprendre la raison de leur apparition pour pouvoir limiter leur présence et ainsi avancer avec la personne.

Enfin, ce mémoire permet de voir qu'il est possible de proposer une prise en charge plus ou moins rééducative même quand les personnes sont très dépendantes. Il est nécessaire, pour cette population, de déterminer où sont les déficits et quels sont les éléments qui posent le plus de difficultés au quotidien. Ceci afin de permettre d'élaborer une prise en charge au plus près du besoin de la personne. Dans certaines situations, cela signifie une prise en charge active avec de la marche et dans d'autres cas, il s'agira d'une prise en charge pour apporter du bien-être.

Ce mémoire ne m'a pas uniquement interrogé sur le côté pratique de la prise en charge mais aussi sur le plan théorique.

B- AU NIVEAU DE LA THEORIE :

Ce mémoire m'a posé de nombreuses questions. En effet, en commençant la rédaction, je me suis rendue compte que la dépendance est un sujet extrêmement vaste qui est très difficile à définir. D'autant plus qu'il n'y a toujours pas de consensus autour de cette notion. De plus, comme il n'y a pas de définition générale, cela implique que chaque professionnel a sa vision de la dépendance et sa manière de la prendre en charge. Cette situation peut être problématique car si les visions sont différentes alors les objectifs peuvent diverger. Quand certains professionnels vont veiller à entretenir au maximum les possibilités de chacun, d'autres vont essayer de leur apporter du bien-être sans forcément les stimuler. Ces visions ne sont pas incompatibles mais il est important que les professionnels discutent auparavant de leur prise en charge pour garder une cohérence auprès de la personne et de la famille. La prise en charge des personnes dépendantes est donc difficile et nécessite une cohésion de l'équipe pluridisciplinaire.

De plus, les personnes dépendantes vont être, dans les années à venir, de plus en plus nombreuses. Il est donc important de se questionner sur cette population afin d'apporter le plus de réponses possibles aux familles. Dans cette optique, ce mémoire m'a permis de me rendre compte de la difficulté actuelle à prendre en charge ces personnes.

D'un point de vue psychomoteur, il y a très peu d'écrits qui en parlent actuellement. D'ailleurs, j'ai été en grande difficulté pour définir les troubles qui sont observables chez les personnes dépendantes ceci pour deux raisons.

La première c'est que ce sont des personnes poly pathologiques ce qui signifie que les troubles présents vont être variés et fonction des pathologies présentes. La seconde raison découle de la première. J'ai séparé en trois types de profils pour pouvoir définir plus en détails la dépendance. Cependant, je ne pouvais étudier qu'un exemple par profil. Ceci ne permet pas d'avoir une juste représentation des troubles psychomoteurs présents dans la dépendance. J'aurais aimé développer pour chaque pathologie mais cela n'a pas été possible.

Pour moi, il manque un élément important au mémoire, c'est un exemple de prise en charge d'une personne avec un profil de dépendance totale. Mais, lors de mon stage, je n'ai pas eu de personnes qui correspondaient à ce profil, je n'ai donc pas pu illustrer celui-ci avec une étude de cas.

C-EVOLUTION DE MES ATTENTES :

1- Monsieur G. :

Au début de la prise en charge, je pensais que Monsieur G. pouvait récupérer du côté hémiplégique. Mais deux semaines après, il a eu un œdème très douloureux et important au niveau de la main. La rééducation n'était plus possible ce qui m'a obligé à revoir mes objectifs. En effet, j'ai dû réadapter la prise en charge avec des objectifs moins importants. Cela n'a pas été facile car Monsieur G. voulait continuer la rééducation malgré les douleurs, il voulait progresser.

Cette prise en charge m'a posé énormément de questions notamment à cause de ses douleurs. Il ne savait pas comment les décrire, ni les situer. Dans la même situation, elles n'étaient pas toujours présentes.

Ceci m'a amené à me demander si elles n'étaient pas psychosomatiques. Mais personne n'a su me répondre car ces douleurs leur posaient autant de questions qu'à moi. D'ailleurs, aucun traitement n'a encore réellement fonctionné.

Lors de la réévaluation, je ne m'attendais pas à des progrès au niveau physique. Cependant, j'ai pu observer que Monsieur G. pouvait réaliser quelques gestes de la vie quotidienne, comme se raser le visage, presque seul. Il faut quand même être là pour l'aider et lui passer les objets nécessaires. Mais c'est un progrès par rapport au moment de son arrivée où il ne pouvait pas le faire.

Par contre, lors du 2^{ème} bilan, je ne m'attendais pas à ce qu'il ait décliné au niveau cognitif avec, notamment, des troubles mnésiques.

2- Madame L. :

Au début de la prise en charge, j'espérais qu'avec de la rééducation, Madame L. pourrait marcher un peu plus loin ou plus longtemps. Mais je me suis heurtée à ses angoisses et surtout son manque de confiance en elle. En effet, il était nécessaire de toujours la renforcer car elle demandait systématiquement si c'était bien. De plus, avec Madame L., les prises en charges pouvaient se dérouler sans difficultés ou avec beaucoup de plaintes. Quelques fois, il était très difficile de lui faire la prise en charge prévue. Il était nécessaire d'adapter les séances en fonction de l'humeur du jour. De plus, cela empêchait de voir son évolution.

Lors de la réévaluation, j'ai pu constater que Madame L. avait progressé au niveau des coordinations dynamiques, de la dextérité et du déliement digitale. Par contre, je n'ai pas constaté de régression ce qui est plutôt positif pour elle. Au niveau cognitif, les troubles mnésiques sont très importants mais c'était prévisible. Il semble qu'elle ait plutôt bien évolué tout au long de cette prise en charge.

CONCLUSION GENERALE

J'ai réalisé ce mémoire pour deux raisons principales. La première est de pouvoir commencer à apporter des réponses aux familles mais aussi à moi-même pour savoir ce que je peux proposer à ces personnes. La seconde est au moins aussi importante que la première. En effet, il est indispensable que d'autres professionnels s'interrogent sur cette population pour faire avancer la prise en charge de ces personnes.

Les personnes âgées dépendantes nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. Ceci implique que chaque professionnel doit savoir quoi faire avec cette population mais ce n'est pas le cas actuellement. Il faut donc que tout le monde se questionne sur cette prise en charge afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes.

Au niveau personnel, toutes les questions qui ont entouré le mémoire ont été très instructives. Elles m'ont permis d'élaborer deux projets thérapeutiques en tenant compte des caractéristiques de mes patients. Mais aussi, j'ai pu réorienter les projets lorsque c'était nécessaire. Mon questionnement m'a aussi amené à adapter les séances si besoin. De plus, grâce à mes deux études de cas, j'ai pu observer l'importance du travail en équipe pluridisciplinaire.

En réalisant ce mémoire, je me suis rendue compte des difficultés rencontrées face à ces personnes mais aussi des possibilités de travail. En effet, selon chaque personne, la prise en charge va évoluer. Elle peut être rééducative ou apporter du bien être. Mes principaux objectifs ont été d'essayer d'améliorer leur qualité de vie et de les stimuler. La finalité recherchée est d'augmenter ou de conserver au maximum leur autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires :

- HELFER F. (2009). *Psychomotricité et personnes âgées : évaluation par l'EGP et prise en charge*. Mémoire en vue du diplôme d'Etat de Psychomotricité, Université Paul Sabatier, Toulouse.
- MASSAC C. (1990). *Psychomotricité et prévention des troubles liés au vieillissement*. Mémoire en vue du diplôme d'Etat de Psychomotricité, Université Paul Sabatier, Toulouse.

Ouvrages :

- ALBARET J-M. & AUBERT, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille : Solal.
- DUCOUDRAY J-M., LEROUX R., PREVOST P. & VETEL J-M. (2001). *Le modèle « PATHOS », guide d'utilisation*.
- DUJARDIN K. & LEMAIRE P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- DUQUENOY SPYCHALA K. (2002). *Comprendre et accompagner les malades âgés atteints d'Alzheimer*. Collection Pratiques Gériatriques. Erès.
- FERREY G. & LE GOUES G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé, 6^{ème} édition*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- GIL R. (2010). *Neuropsychologie, 5^{ème} édition*. Collection Abrégés de Médecine. Masson.
- MAZAUX J-M., LION J. & BARAT M. (1995). *Rééducation des hémipariés vasculaires de l'adulte*. Masson.
- PERSONNE M. & VERCAUTEREN R. (2009). *Accompagner les personnes âgées fragiles : Formes et sens de l'accompagnement*. Collection Pratiques Gériatriques. Erès.
- ROSSO-DEBORD V. *Rapport d'information de l'assemblée nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*.
- TAVERNIER-VIDAL B., MOUREY F. & PETER B. (1999). *Réadaptation de perte d'autonomie physique chez le sujet âgé : La régression psychomotrice, 2^{ème} édition*. Collection Précis pratiques de rééducation. Frison-Roche.

Articles :

- LOPEZ ROBILLARD S. *De la retraite à la dépendance*.
- LEEMAN B & SCHNIDER A. (2009). Douleurs suite à un accident vasculaire cérébral. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*. N°6/09 p235-239.

Sites :

- <http://www.alzheimer.ca/french/index.php>
- http://www.fng.fr/html/droit_liberte/charte_integral.htm# avec la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante.
- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/maladie_dalzheimer_-_synthese_-_diagnostic.pdf
- www.capretraite.fr
- <http://www.attaquocerebrale.org/AVC>

Cours :

- MARTIN E. *Le Vieillissement Pathologique*. Cours de psychomotricité de 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse.
- PEIFFER S. *Approche médicale du vieillissement et de ses pathologies*. Cours de nosologie de 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse.
- PEIFFER S. *La maladie d'Alzheimer*. Cours de nosologie de 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Psychomotricité de Toulouse.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Annexe 2 : Grille AGGIR.

Annexe 3 : Fiche Individuelle du modèle PATHOS

Annexe 4 : Echelle de soins personnels, 1^{ère} partie de l'IADL.

Annexe 5 : Echelle des activités instrumentales de la vie quotidienne, 2^{ème} partie de l'échelle IADL.

Annexe 6 : Critères de diagnostic de la maladie d'Alzheimer du DSM IV-TR.

Annexe 7 : Extraits du rapport d'information de l'Assemblée nationale et les huit propositions pour prévenir la dépendance.

Annexe 8 : Le processus d'obtention de l'APA étape par étape.

Annexe 9 : Evaluation Géro-nto-Psychomotrice (EGP).

Annexe 10 : Evaluation psychomotrice du sujet âgé chuteur.

ANNEXE 1

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

- **ARTICLE I - CHOIX DE VIE** : Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.
- **ARTICLE II - CADRE DE VIE** : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.
- **ARTICLE III - VIE SOCIALE ET CULTURELLE** : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.
- **ARTICLE IV - PRESENCE ET RÔLE DES PROCHES** : Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.
- **ARTICLE V - PATRIMOINE ET REVENUS** : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- **ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ** : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.
- **ARTICLE VII - LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE** : Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.
- **ARTICLE VIII – PRESERVATION DE L'AUTONOMIE** : La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.
- **ARTICLE IX - ACCÈS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS** : Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.
- **ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS** : Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.
- **ARTICLE XI – RESPECT DE LA FIN DE VIE** : Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- **ARTICLE XII - LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR** : La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.
- **ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNERABLE** : Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.
- **ARTICLE XIV – L'INFORMATION** : L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Version révisée 2007

ANNEXE 2

Nom et prénom
M. Sec. Soc.
Adresse
Né(e) le
Âge

Date de l'évaluation

Fiche récapitulative AGGIR

Activités réalisées par la personne seule	Pour chaque item, cocher les cases quand les conditions ne sont pas remplies (Réponse NON)				S = Spontanément H = Habituellement T = Totalement C = Code	Code	final	Activités corporelles, mentales, domestiques et sociales.
	S	T	C	H				
1. Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codage intermédiaire
2. Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour chaque item cochez les cases quand les conditions ne sont pas remplies (réponse NON).
3. Toilette								
								Puis codez secondairement par A, B ou C selon le nombre d'adverbes cochés dans les quatre cases S à H. ▪ Si aucun adverbe n'est coché codez A . (fait spontanément, totalement, correctement et habituellement) ▪ Si tous les adverbes sont cochés codez C (ne fait pas) ▪ Si une partie des adverbes seulement est cochée codez B .
4. Élimination								Codefinal si sous-variables
5. Habillage								<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cohérence : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Orientation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, CB, BC, CA, AC = C ; - AB, BA, BB = B ▪ Toilette : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC = C ; - Autres = B ▪ Habillage : <ul style="list-style-type: none"> - AAA = A ; - CCC = C ; - Autres = B. ▪ Alimentation : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB = C ; - Autres = B ▪ Élimination : <ul style="list-style-type: none"> - AA = A ; - CC, BC, CB, AC, CA = C ; - Autres = B
6. Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Alimentation								
8. Suivi du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ménage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Alerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Activités du temps libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Achats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Gestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Orientation								
17. Cohérence								
								Groupe iso-ressources Défini par le système informatique <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Pathologies infectieuses		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22	Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
23	Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
24	Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections dermatologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25	Escarres								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26	Autres lésions cutanées								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Affections ostéo-articulaires		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27	Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections gastro-entérologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32	Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections endocriniennes		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
37	Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
38	Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Affections uro-néphrologiques		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39	Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
40	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Incontinence					<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres domaines		T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42	Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Syndrome inflammatoire, fièvre inexplicquée								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Etat grabataire					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48	Etat terminal									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
49	Autres pathologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En clair												
50	Aucune pathologie pertinente à retenir												<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4

Échelle de soins personnels IADL 1^o partie	
Nom	Prénom
Sexe	Âge
Date	Examineur
Code	
A - Continence	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Va aux toilettes tout seul et n'est pas incontinent. 2. A besoin d'être aidé pour demeurer propre, d'être souvent sollicité à veiller à son hygiène, ou a de rares accidents (une fois par semaine maximum). 3. Se souille pendant son sommeil, plus d'une fois par semaine. 4. Se souille alors qu'il est éveillé et plus d'une fois par semaine. 5. Aucun contrôle sphinctérien, anal ou vésical. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
B - Alimentation	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mange sans assistance. 2. Mange avec une légère assistance pendant les repas et avec une préparation particulière de la nourriture et/ou a besoin d'aide pour s'essuyer après les repas. 3. Est souvent négligé et a souvent besoin d'assistance pour se nourrir. 4. A besoin d'une assistance importante à tous les repas. 5. Ne parvient pas du tout à se nourrir et s'oppose aux tentatives des autres pour le nourrir. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
C - Habillement	
<ol style="list-style-type: none"> 1. S'habille, se déshabille, choisir ses vêtements dans sa garderobe. 2. S'habille et se déshabille avec une assistance légère. 3. A besoin d'une assistance modérée pour s'habiller ou choisir ses vêtements. 4. A besoin d'une assistance importante pour s'habiller, mais coopère aux efforts des autres pour 5. Est complètement incapable de s'habiller et s'oppose aux efforts des autres pour l'aider. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
D - Soins personnels (apparence nette et soignée, mains, visage, vêtements, etc.)	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Toujours habillé proprement et bien soigné sans assistance. 2. Se soigne convenablement avec une assistance légère et occasionnelle, par exemple pour se raser. 3. A besoin d'une assistance modérée et régulière ou d'une surveillance pour ses soins personnels. 4. A besoin qu'on s'occupe totalement de ses soins personnels mais peut se maintenir propre après cela. 5. Réduit à néant tous les efforts des autres pour lui conserver une borne hygiène personnelle. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
E - Mobilité	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Va se promener dans des parcs ou en ville. 2. Se déplace à l'intérieur de sa résidence ou autour du pâté de maison. 3. Se déplace avec l'aide : <ol style="list-style-type: none"> a) d'une canne, b) d'une béquille, c) d'une chaise roulante : <ol style="list-style-type: none"> y sort et y rentre sans aide, a besoin d'aide pour y rentrer et en sortir. 4. S'assied sans assistance sur une chaise ou une chaise roulante, mais ne peut se lever et en sortir sans aide. 5. Grabataire plus de la moitié du temps. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
F - Toilette	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se lave tout seul sans aide (bain, douche, gant de toilette). 2. Se lave tout seul si on l'aide à entrer ou à sortir de la baignoire. 3. Ne se lave que le visage et les mains, mais ne peut se baigner. 4. Ne se lave pas seul, mais coopère quand on le lave. 5. Ne se lave pas tout seul et résiste aux efforts déployés pour le maintenir propre. 	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

ANNEXE 5

Les activités instrumentales de la vie quotidienne - IADL-E - 2° partie

Consigne

Cette échelle doit être remplie par un membre du personnel, médico-social en utilisant une ou plusieurs des sources d'information suivantes : le malade, sa famille, ses amis.

Donner la réponse "ne s'applique pas" lorsque le patient n'a eu que rarement, ou jamais, l'occasion d'effectuer l'activité dont il s'agit. (par exemple, un patient homme peut n'avoir jamais fait la lessive). Lorsque vous n'avez pas d'informations ou des informations peu sûres, notez "ne peut pas être coté".

I - Utiliser le téléphone 1 - Se sert du téléphone de sa propre initiative. Recherche des numéros et les compose, etc. <input type="checkbox"/> 2 - Compose seulement quelques numéros de téléphone bien connus. 3 - Peut répondre au téléphone, mais ne peut pas appeler. 4 - Ne se sert pas du tout du téléphone. * Ne peut pas être coté, n'a pas l'occasion de se servir du téléphone.	VI - Utiliser les transports 1 - Voyage tout seul en utilisant les transports publics, le taxi, ou bien en conduisant sa propre voiture. <input type="checkbox"/> 2 - Utilise les transports publics à condition d'être accompagné. 3 - Ses déplacements sont limités au taxi ou à la voiture, avec l'assistance d'un tiers. 4 - Ne se déplace pas du tout à l'extérieur. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de voyager.
II - Faire des courses 1 - Peut faire toutes les courses nécessaires de façon autonome. <input type="checkbox"/> 2 - N'est indépendant que pour certaines courses. 3 - A besoin d'être accompagné pour faire ses courses. 4 - Est complètement incapable de faire des courses. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	VII - Prendre des médicaments 1 - Prend ses médicaments tout seul, à l'heure voulue et à la dose prescrite. <input type="checkbox"/> 2 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments, mais a des oublis occasionnels. 3 - Est capable de prendre tout seul ses médicaments s'ils sont préparés à l'avance. 4 - Est incapable de prendre ses médicaments. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, aucun médicament prescrit ou autorisé, n'a aucune responsabilité concernant son traitement.
III - Préparer des repas 1 - Peut à la fois organiser, préparer et servir des repas de façon autonome. <input type="checkbox"/> 2 - Peut préparer des repas appropriés si les ingrédients lui sont fournis. 3 - Peut réchauffer et servir des repas précutés ou préparer des repas, mais ne peut pas suivre le régime qui lui convient. 4 - A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	VIII - Gérer ses finances 1 - Gère ses finances de manière indépendante (tient son budget, libelle des chèques, paye son loyer et ses factures, va à la banque). Perçoit et contrôle ses revenus. <input type="checkbox"/> 2 - Gère ses finances de manière indépendante, mais oublie parfois de payer son loyer ou une facture, ou met son compte bancaire à découvert. 3 - Parvient à effectuer des achats journaliers, mais a besoin d'aide pour s'occuper de son compte en banque ou pour des achats importants. Ne peut pas rédiger des chèques ou suivre en détail l'état de ses dépenses. 4 - Est incapable de s'occuper d'argent. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de manier de l'argent.
IV - Faire le ménage 1 - Fait le ménage seul ou avec une assistance occasionnelle (par exemple, pour les gros travaux ménagers). <input type="checkbox"/> 2 - Exécute des tâches quotidiennes légères, comme faire la vaisselle, faire son lit. 3 - A besoin d'aide pour tous les travaux d'entretien de la maison. 4 - Ne participe à aucune tâche ménagère. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	IX - Bricoler et entretenir la maison 1 - Peut réaliser tout seul la plupart des travaux et bricolage (réparer la tuyauterie, réparer un robinet qui fuit, entretenir la chaudière et les radiateurs, réparer les gouttières...). <input type="checkbox"/> 2 - A besoin d'une aide ou de directives pour réaliser quelques réparations domestiques. 3 - Peut uniquement réaliser des travaux de bricolage élémentaires, ou des travaux tels que suspendre un cadre ou tondre la pelouse. 4 - Est incapable de bricoler ou d'entretenir sa maison. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas, n'a pas l'occasion de bricoler.
V - Faire la lessive 1 - Fait sa propre lessive. <input type="checkbox"/> 2 - Peut faire le petit linge, mais a besoin d'une aide pour le linge plus important tel que draps ou serviettes. 3 - Nettoie et rince le petit linge, chaussettes, etc. 4 - La lessive doit être faite par des tiers. * Ne peut pas être coté, ne s'applique pas.	

Score Global



ANNEXE 6

- A- Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :
- 1- Une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises antérieurement) ;
 - 2- Une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :
 - a- Aphasie (perturbation du langage).
 - b- Apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré les fonctions motrices intactes).
 - c- Agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes).
 - d- Perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite).
- B- Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au fonctionnement antérieur.
- C- L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu.
- D- Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :
- 1- A d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (par exemple : maladie de Huntington, maladie de Parkinson).
 - 2- A des affections générales pouvant entraîner une démence (par exemple : une hypothyroïdie, une hypercalcémie).
 - 3- A des infections induites par des substances.
- E- Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un syndrome confusionnel.
- F- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (par exemple : la dépression).

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

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

Préciser le sous-type :

- A début précoce : si le début se situe à 65 ans ou avant.
- A début tardif : si le début se situe après 65 ans.

ANNEXE 7

Proposition n° 1 : Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.

Proposition n° 2 : Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.

Proposition n° 3 : Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.

Proposition n° 4 : Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.

Proposition n° 5 :

– Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.

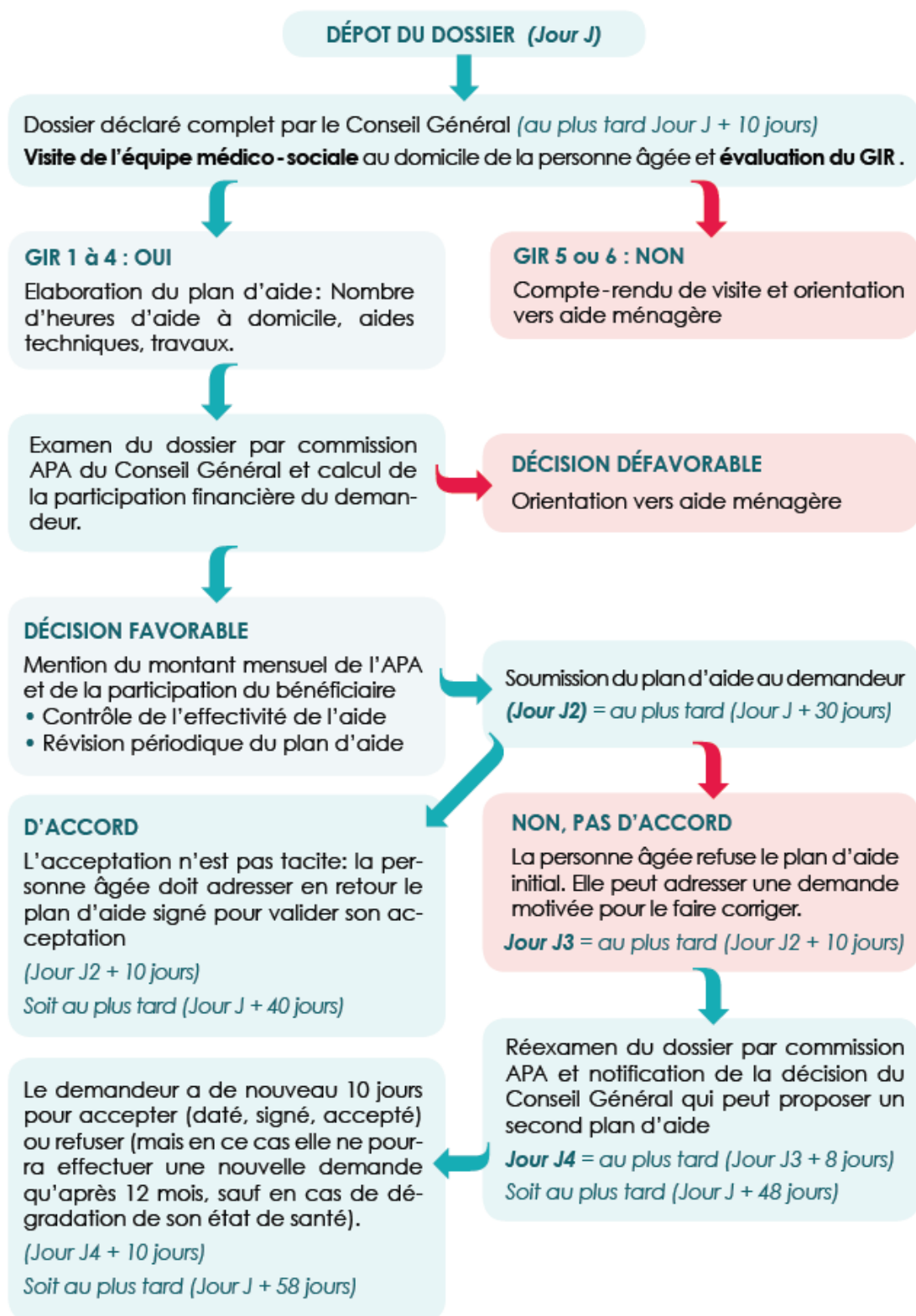
– Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.

Proposition n° 6 : Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Proposition n° 7 : Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.

Proposition n° 8 : Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

L'APA, ÉTAPE PAR ÉTAPE



ANNEXE 9

EVALUATION PAR L'EGP	Cotation
1/ COORDINATION STATIQUE	
Equilibre sans appui	6
Equilibre avec un appui	5
Equilibre avec deux appuis	4
Equilibre avec une personne	3
Appui sur plan fixe	2
Equilibre avec deux personnes	1
Aucun équilibre et aucun transfert seul	0
2/ COORDINATION STATIQUE	
Pointes des deux pieds sans appui	2
Pointes des deux pieds avec appui	1
Echec pointes des deux pieds	0
Se tenir sur un pied sans appui	2
Se tenir sur un pied avec appui	1
Echec sur un pied	0
Se tenir sur la pointe d'un pied sans appui	2
Se tenir sur la pointe d'un pied avec appui	1
Echec sur la pointe d'un pied	0
3/ COORDINATION DYNAMIQUE	
Marche seule	6
Marche avec une canne	5
Marche avec un déambulateur	4
Marche aidée d'une personne	3
Marche avec un support continu	2
Marche aidée de deux personnes	1
Echec	0
4/ COORDINATION DYNAMIQUE	
Marche accélérée 10 m	3
Marche accélérée 5 m	1,5
Echec	0
Course sur 10 m	3
Course sur 5 m	1,5
Echec	0
5/ MOBILISATION ARTICULAIRE DES MEMBRES SUPERIEURS	
1/ Mobilisation passive	
- poignet droit	0,5
- coude droit	0,5
- épaule droite	0,5
- poignet gauche	0,5
- coude gauche	0,5
- épaule gauche	0,5
2/ Mobilisation active	
- poignet droit	0,5
- coude droit	0,5
- épaule droite	0,5
- poignet gauche	0,5
- coude gauche	0,5
- épaule gauche	0,5
6/ MOBILISATION ARTICULAIRE DES MEMBRES INFERIEURS	
1/ Mobilisation passive	
- cheville droite	0,5
- genou droit	0,5
- hanche droite	0,5
- cheville gauche	0,5
- genou gauche	0,5
- hanche gauche	0,5

2/ Mobilisation active	
- cheville droite	0,5
- genou droit	0,5
- hanche droite	0,5
- cheville gauche	0,5
- genou gauche	0,5
- hanche gauche	0,5
7/ MOTRICITE FINE DES MEMBRES SUPERIEURS	
1/ boutonner	1
déboutonner	1
2/ pianotage	1
dépianotage	1
3/ opposition pouce / doigts	1
4/ ramasser une pièce de monnaie	1
8/ MOTRICITE FINE DES MEMBRES INFERIEURS	
1/ placer les pieds sur les traces	1 par pied
2/ frappe	1 par pied
3/ pointage 4 traces	2
pointage 1 - 2 ou 3 traces	1
9/ PRAXIES	
1/ utilisation conjointe couteau / fourchette	1
2/ saluer	0,5
gronder	0,5
se brosser les dents	0,5
clouer	0,5
3/ nom, prénom et date de naissance	1
4/ copie de figures	0,5 par figure
5/ construction correcte	1
10/ CONNAISSANCE ET UTILISATION DES PARTIES DU CORPS	
1/ identification de la différence	1
si aide verbale	0,5
2/ identification de 5 à 7 parties manquantes	0,5
identification de 8 à 10 parties manquantes	1
3/ montrer 5 à 7 parties du corps	0,5
montrer 8 à 10 parties du corps	1
4/ dénomination de 5 à 7 parties du corps	0,5
dénomination de 8 à 10 parties du corps	1
5/ imitation de 1 à 3 mouvements	0,5
imitation des 4 mouvements	1
reprise de la position de 1 à 3 mouvements	0,5
reprise de la position des 4 mouvements	1
11/ VIGILANCE	
1/ exécution générale des consignes sans sollicitation importante	1
maintien de l'attention	1
2/ attraper le cube à 5	1
attraper le cube à 10	1
3/ au moins 2 réponses correctes pour couleur	0,5
4 réponses correctes pour couleur	1
au moins 2 réponses correctes forme	0,5
4 réponses correctes pour forme	1
12/ MÉMOIRE DE PERCEPTION	
1/ couleur	0,5 par couleur
2a/ rappel libre non indicé	1 par mouvement
2b/ rappel indicé	0,5 par mouvement
2c/ reconnaissance sur démonstration	0,5 par mouvement
pas de reconnaissance	0

13/ SPHERE SPATIALE	
1/ localisation complète	0,5 par information
réponse parmi choix	0,5
2/ notions devant/derrière	0,5
notions haut/bas	0,5
3/ division	0,5 par division
4/ pour les 3 premiers trajets	0,5
pour le quatrième trajet	0,5
5/ orientation droite-gauche	0,5 par question
6/ orientation	1
14/ MEMOIRE VERBALE	
1a/ répétition immédiate des 3 mots	2
répétition immédiate de 2 mots	1
répétition immédiate d'un mot	0,5
répétition immédiate d'aucun mot	0
1b/ répétition après renforcement de l'encodage de 3 mots	1
répétition après renforcement de l'encodage de 2 mots	0,5
répétition après renforcement de l'encodage d'un mot ou aucun	0
2/ déroulement d'une journée	1
3a/ rappel libre non indicé	1 par mot
3b/ rappel libre indicé des 3 mots	2
rappel libre indicé de 2 mots	1
rappel libre indicé d'un mot	0,5
rappel libre indicé d'aucun mot	0
3c/ reconnaissance sur proposition des 3 mots	1
reconnaissance sur proposition de 2 mots	0,5
reconnaissance sur proposition d'un mot ou d'aucun	0
15/ PERCEPTION	
1/ fredonner l'air	1
2/ reproduction de 2 ou 3 frappes	0,5
reproduction des 4 frappes	1
3/ hylognosie	1
stéréognosie	1
4/ description des 3 images	1
description de 2 images	0,5
description d'une image ou aucune	0
5/ lecture du texte	1
16/ SPHERE TEMPORELLE	
1/ date de naissance	1
date du jour	0,5 par information
2/ lecture de l'heure (montre - horloge)	1
3/ ordonner les mois et les jours	0,5
questions dans le désordre	0,5
4/ ordonner quatre images dans le temps	1
17/ COMMUNICATION	
aspect verbal - langage cohérent et adapté	2
aspect verbal - bonne compréhension	2
aspect non verbal - visage expressif	1
aspect non verbal - expression gestuelle présente et adaptée	1

ANNEXE 10

EVALUATION PSYCHOMOTRICE DU SUJET AGE		
ITEMS	CONTENU DE L'ITEM	COTATIONS
1	<i>Assis, se laisse glisser en avant</i>	0
	Ne peut plus se lever seul du fauteuil, pieds en avant	0
	Se lève dos droit en s'accrochant - déséquilibre arrière	0
	Repousse les accoudoirs pour se lever du fauteuil sans se pencher	1
	Se lève en se penchant en avant, les pieds reculés	2
	Se lève sans appui, les pieds reculés	6
2	<i>S'assied en se laissant tomber</i>	0
	Se penche en s'asseyant et prend appui	3
3	<i>Ne tient pas debout 10 secondes sans appui</i>	0
	Tient debout sans appui 10 secondes, yeux ouverts	1
	Tient debout sans appui 10 secondes, yeux fermés	2
4	<i>Aucune résistance à la poussée Yeux Ouverts</i>	0
	Résistance à la poussée Y-O: AVT, DRT, GCH, ARR	4
5	<i>Debout, sans appui, ne peut se retourner pour regarder sa chaise</i>	0
	Debout, se retourne avec déplacements des pieds	1
	Retournement debout en dissociant tête/tronc sans déplacements des pieds	3
	Retournement possible vers la droite et gauche (entourer les possibilités)	D - G
6	Plie ses genoux pour s'accroupir à demi et se redresse avec appui	1
	Plie ses genoux pour s'accroupir à demi et se redresse sans appui	3
7	Monte sur la pointe des pieds avec appui	1
	Monte sur la pointe des pieds sans appui	4
8	Tient 5 secondes sur un pied avec appui	1
9	<i>Ne peut plus se pencher pour ramasser un objet</i>	0
	Ramasse un objet à 30 cm du sol	1
	Ramasse un objet à 10 cm du sol	2
	Ramasse un stylo au sol	4
10	Ne marche plus	0
	<i>Recherche des appuis fixes pour se déplacer</i>	1
	Marche au rolator	1
	Marche avec une canne simple/tripode	2
	Marche sans aide technique	5
11	<i>Déséquilibre postérieur dans la marche</i>	0
12	Diminution du temps d'appui uni-podal (piétinement)	0
13	Posture figée dans la marche, membres enraidis	0
	Bonne coordination des quatre membres dans la marche	3
14	Perd l'équilibre dans le demi tour	0
	<i>En tournant visse les pieds au sol en s'appuyant sur les talons</i>	0
	Dans le demi-tour piétine	1
	Dans le demi-tour marche	3
15	<i>Perd l'équilibre en reculant</i>	0
	Marche à reculons avec appui	1
	Marche à reculons sans appui	3
16	Ne peut pas marcher les yeux fermés sur 3 mètres	0
	Marche les yeux fermés sur 3 mètres	3
17	<i>Suppression du périmètre de marche</i>	0
	Périmètre de marche moins de 10 mètres	2
	Périmètre de marche entre 10 et 50 mètres	3
	Périmètre de marche de plus de 50 mètres	5
	Sort de chez lui	7
18	Apprentissage du relevé impossible ou refusé	0
	<i>Pas de retournement de plat dos à la position de côté</i>	0
	Retournement de plat dos au côté possible	3
	Passage de la position de côté à quatre pattes	6
	Passage de quatre pattes à genou avec une chaise	4
	Passage de genou à debout avec une chaise	3
19	Ne peut lancer un ballon à 3 mètres debout sans appui	0
	Debout sans appui lance un ballon à plus de 3 mètres	2
20	Ne peut réceptionner un ballon à 3 mètres debout sans appui	0
	Debout sans appui réceptionne un ballon à plus de 3 mètres	1
21	Ne peut pas enjamber un obstacle de 10 cm avec appui	0
	Ne peut pas enjamber 10 cm sans appui	0
	Enjambe un obstacle de 10 cm avec appui	2
	Enjambe un obstacle de 10 cm sans appui	5
22	<i>Aucun relâchement volontaire possible</i>	0
	Relâchement volontaire des bras lors d'une mobilisation	1
	Relâchement volontaire des jambes lors d'une mobilisation	3
	Peut inspirer par le nez et souffler par la bouche	2
23	<i>Pas de réaction d'adaptation posturale debout</i>	0
	Réaction d'adaptation posturale debout	4

Que peut apporter la psychomotricité aux personnes âgées dépendantes ? Illustration avec deux études de cas

Résumé :

Actuellement, le débat autour de la dépendance est très présent. En effet, beaucoup de professionnels de la santé mais aussi des politiciens s'interrogent sur le devenir de cette population. Ce questionnement porte aussi sur la prise en charge, quelle soit financière, institutionnelle, médicale ou paramédicale. A travers deux études de cas, ce mémoire présente le travail qui peut être réalisé lorsqu'on est psychomotricienne au sein d'un EHPAD qui accueille des personnes très dépendantes. De plus, nous verrons quelles sont les conséquences de la dépendance au niveau de la prise en charge psychomotrice. Mais aussi quelle place avons-nous en tant que psychomotricienne auprès de cette population ?

Mots-clés :

Dépendance, personnes âgées, prise en charge psychomotrice, troubles psychomoteurs, profil de dépendance, approche pluridisciplinaire.

Summary:

At present, the debate around the dependence is very present. Indeed, many healthcare professionals but also politicians wonder about the future of this population. This questioning also concerns the care, which is financial, institutional, medical or paramedical. Through two case studies, this report presents the work which can be realized when we are a psychomotor therapist within an EHPAD which welcomes very dependent persons. Furthermore, we shall see what are the consequences of the dependence at the level of the psychomotor care. But also which place square we have as psychomotor therapist with this population?

Key words:

Dependence, old persons, taken care psychomotor, psychomotor disorders, profile of dependence, multidisciplinary approach.