

Rééducation et démence

DR FLORENCE BEUCAMP, MPR
SERVICE DE SSR GÉRIATRIQUES
LES BATELIERS

La démence

- **Démence ↔ vieillissement**
- **Vieillissement cognitif :**
 - Apprentissage plus lent
 - Le double tâche est altéré
 - Traitement de l'information ralenti

La démence

- **Démence = pathologie**
 - Evolution progressive
 - Trouble de la mémoire associé à une autre atteinte cognitive
 - Retentissement dans la vie quotidienne et sociale
 - Pas de confusion
 - En dehors de dépression ou psychose, Absence d'atteinte du SNC

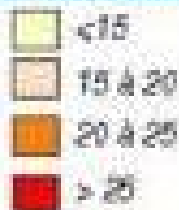
La démence, épidémiologie

- **En Europe :**
 - Prévalence après 65 ans à 6,4 %
 - Incidence entre 65 et 69 ans de 2/1000 personnes par an et 70/ 1000 après 90 ans
- **En France :**
 - 770 000 patients déments (2003) de plus de 75 ans
 - 2050 : 1 800 000 cas soit 2,4 fois plus de patients

Alzheimer

Taux de personnes de 65 ans ou plus atteintes de démence

sur 1 000 habitants



2004



Projection
2020



Source : rapport parlementaire jan. 2005

Démence, étiologies

- **Maladie d'Alzheimer**
- **Démence vasculaire**
- **Démence à corps de Lewys**
- **Les autres...**

Stade des démences

- **Dépend du MMS**
 - MMS $>20/30$: stade léger
 - $10 < \text{MMS} < 20$: modéré
 - MMS $< 10/30$: sévère
- **Evaluation de l'autonomie par l'ADL ou IADL**

Maladie d'Alzheimer

- **Troubles mnésiques :**
 - Mode de début le plus fréquent
 - Retentissement précoce
 - Mémoire épisodique
 - ! Difficultés d'apprentissage
- **Troubles d'orientation :**
 - Dans le temps puis l'espace
 - ! Mise en danger

Maladie d'alzheimer

- **Troubles du langage :**
 - Oral et écrit
 - ! Compréhension et communication altérées
- **Troubles fonctions exécutives et attentionnelles :**
 - Planification...
 - ! Double tâche altérée, prise de décision altérée, apprentissage altéré = Mise en danger, risque de chutes

Maladie d'alzheimer

- **Troubles praxiques :**
 - => Autonomie entravée, prise de risque
- **Troubles gnosiques :**
 - visuelle
 - ! Mauvaise reconnaissance des objets, difficulté dans la rééducation et troubles du comportement
- **Troubles du comportement :**
 - Entrave la prise en charge ++++
 - Chercher une cause

Démence à corps de Lewy

- **Syndrome démentiel :**
 - Fluctuation de l'attention et de la conscience
 - Hallucinations visuelles

=> Prise en charge en rééducation altérée
- **Syndrome extrapyramidal**

Démence vasculaire

- **Syndrome démentiel :**
 - Troubles mnésiques existant
 - ! Apprentissage possible car indiçage améliore la rééducation

Démences

- **Altération de l'ensemble des fonctions cognitives**
- **Perte ou diminution des capacités d'apprentissage**
 - Maintien de la mémoire procédurale
- **Altération du schéma de marche et risque de chutes**

Rééducation et démence

- **Peu de littérature :**
 - Intérêt ?
 - Méthodologie ?

Rééducation et démence

- **Rééducation gériatrique :**
 - Faire le bilan de l'ensemble des déficiences
 - Globalité du patient :
 - Approche gériatrique, connaître le bilan neuropsychologique, le MMS ne suffit pas
 - Approche MPR
- => Établir un projet de vie pour établir un programme de rééducation**

Rééducation démence

- **Quels objectifs ?**
 - Maintenir les acquis et l'autonomie du patient
 - => Connaître l'état initial du patient et suivre l'évolution
- **Adapter la prise en charge en fonction des facteurs limitant :**
 - Troubles de compréhension
 - Motivation du patient (apathie)
 - Troubles du comportement

Indications de la rééducation

éducation des symptômes liés à la démence :

- Orthophonie :
 - Troubles de déglutition, Troubles du langage
 - Stimulation cognitive
- Risque de chutes :
 - Troubles posturaux, troubles moteurs, marche, troubles comportementaux
 - Prévention : réadaptation de l'environnement, entretien marche et force musculaire
 - Ergothérapie, kinésithérapie, psychomotricité

Indications de la rééducation

- **Rééducation et perte d'autonomie par pathologie surajoutée :**
 - Pas de biblio
 - AVC, chutes, désadaptation posturale, atteinte neurologique, troubles statiques du rachis...
 - Connaître l'état fonctionnel antérieur
 - Pas de fatalité

Rééducation et démence, comment ?

- **Savoir communiquer :**
 - Contact visuel, bienveillance
 - Environnement d'entretien
 - Prendre le temps
 - Mots simples, précis, phrases faciles
 - Accepter de revenir

Rééducation et démence, comment ?

- **Pas de consensus**
- **Eviter la mise en échec, séances courtes et répétées**
- **Prise en charge pluridisciplinaire**
- **Consignes simples**
- **Savoir revenir, accepter que ce n'est pas toujours le moment = adaptation +++**

Rééducation et démence, comment ?

- **Environnement :**
 - Calme : trouble attentionnel
 - Salle de rééducation ou en chambre
 - A domicile : ESAD
- **Travail fonctionnel pour donner du sens :**
 - Mémoire procédurale préservée
 - Imitation, mise en situation
 - Adapter les aides techniques
- **Réadaptation :**
 - Adaptation de l'environnement
 - Prévention : Installation au fauteuil...

Rééducation et démence, comment ?

- **Rééducation adaptée aux capacités cognitives, à un moment et à leur évolution**
- **Maladie d'alzheimer :**
 - Encodage non amélioré par l'indiçage
 - Rééducation fonctionnelle
- **Démence vasculaire :**
 - Mémoire améliorée par l'indiçage
 - Apprentissage possible
- **Démence à corps de Lewys :**
 - Syndrome extrapyramidal
 - Fluctuation

Cas cliniques

- **MR C. 83 ans, vit à domicile, ancien médecin généraliste.**
- **ADL à domicile = 6/6**
- **Antécédents : HTA, Troubles du rythme, I Rénale Chronique, Goutte, troubles cognitifs non explorés**
- **SSR pour réautonomisation après AEG sur infection urinaire**

MC, 83 ans

- **Entrée :**
 - MMS = 24/30, troubles mnésiques progressifs
 - Absence de déficit sensitivo moteur
 - Gonalgie sur goutte
 - ADL 2/6

- **Bilan neuropsychologique :**
 - Troubles légers praxiques, désorientation modérée temporelle, déficit modéré de la mémoire épisodique sans amélioration par l'indiçage, troubles exécutifs
 - ! Maladie d'alzheimer contexte dépression

- **rééducation quotidienne :**
 - Kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie
 - Objectifs : verticalisation, transfert puis marche
 - Travail fonctionnel
- **Sortie après 3 mois :**
 - Timed up : 18 secondes avec rollator 3 roues
 - Poursuite kinésithérapie à domicile

M D.

- **Vit en EHPAD**
- **Démence mixte, MMS = 18/30**
- **Antécédents : troubles du rythme, néo prostate opéré**
- **HDJ SSR pour rééducation à la marche et lutte contre la camptocormie**
- **ADL =2,5/6**
- **Marche qu'avec le kinésithérapeute**
- **Objectif du patient : amélioration de la marche**

- **Entrée :**

- Interrogatoire non fiable, troubles mnésiques, troubles exécutifs, troubles praxiques
- Camptocormie, port d'un corset
- Absence de déficit moteur, troubles sensitifs profonds

- **Marche rollator 4 roues, instable,**
- **Rééducation :**
 - Prise en charge pluridisciplinaire :
 - Kinésithérapie, psychomotricité, APA
 - Motivation ++++
 - Répétition des exercices, intégration possible

conclusion

- **Rééducation :**
 - Possible et efficace,
 - Objectifs adaptés au projet du patient
- **Ne pas se limiter au MMS :**
 - Bilan initial
- **Troubles comportements :**
 - Contention à éviter
- **Absence de bibliographie, absence de consensus :**
 - Prise en charge pluridisciplinaire
- **Prévention du déclin des fonctions cognitives et motrices :**
 - Pratique activités physiques adaptées (marche ou sport)