

Abords sensoriels de la personne âgée démente : place du kiné

SPÉCIALITÉS GÉRIATRIE

Avec l'âge et à cause de certaines pathologies neuro-dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer, la dégénérescence du corps de Lewi, la maladie de parkinson..., il apparaît une détérioration des fonctions cognitives avec un retentissement sur la vie quotidienne.

Lors d'une hospitalisation, d'un changement de service ou d'une institutionnalisation, il est très fréquent d'observer l'apparition ou la dégradation de troubles psycho-comportementaux chez la personne âgée démente. D'ailleurs 40 à 50% des patients présentent des troubles du comportement lors d'une hospitalisation en court séjour ou soins de suite et de réadaptation (SSR). La personne âgée présentant un syndrome démentiel ressent ce changement de repère spatial comme une agression. En réponse, elle adopte un comportement défensif plus ou moins marqué.

...la recherche
du schéma moteur
responsable de la
pathologie.

récurrente et quotidienne. C'est donc un repère important pour la personne âgée hospitalisée.

2. Cinq types de comportement sont observables

Afin de se positionner au mieux face à une personne qui exprime un trouble du comportement, il est essentiel de bien identifier le comportement observé.

1. Place du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute est un témoin et un acteur. Il contribue classiquement à l'évaluation et aux traitements des déficits et incapacités, à la prévention des chutes et des risques relatifs à ces comportements inadaptés. Les objectifs sont classiquement renforcement musculaire global, amélioration des capacités de marche et d'équilibre, adaptation des aides techniques, prévention des chutes.

Mais dans ce contexte de troubles du comportement en services hospitaliers, il contribue aussi et surtout au mieux-être du patient dément et de l'entourage (soignants, autres patients ou résidents) en mettant en place des outils qui permettront d'abaisser le stress du patient dément et ainsi limiter voire empêcher l'aggravation des troubles du comportement et leurs conséquences.

Le kiné est certainement le mieux placé pour redonner des repères spacio-temporels et ainsi minorer les troubles du comportement car il est souvent le seul soignant qui revient de manière



→ **L'agitation** : le patient déambule sans cesse, sans but, il réalise des gestes répétitifs (s'habille et se déshabille), cherche à partir, ouvre toutes les portes fermées, présente des troubles du sommeil (réveil nocturne, décalage des phases de sommeil, déambulation nocturne dans les autres chambres...). Cette agitation peut être passive ou agressive, verbale ou physique.

→ **L'agressivité** : c'est l'opposition exprimée. Elle peut être soit verbale, soit physique. L'échelle de Cohen Mansfield (score MCAI) permet d'évaluer objectivement l'agitation et l'agression.

→ **L'apathie** : le patient est refermé sur lui-même, sans aucune motivation pour rien.

→ **La dépression** : très fréquente, surtout dans un contexte de dégénérescence cognitive. Le patient est triste, se sous-estime, pleure, est anxieux et ressent de la culpabilité (d'être dans cet état, de « peser » sur la société ou ses enfants), idées morbides...

→ **La psychose** : le patient présente des hallucinations visuelles ou auditives, des troubles de l'identification.

3. Les causes environnementales aux troubles du comportement

Elles sont multifactorielles. En effet, un nouveau lieu (autre agencement, autre couleur de couloir, nouveau personnel...), la mise en chambre individuelle, la multiplicité des intervenants, le bruit ambiant des services, les actes invasifs, la similitude des blouses blanches, parfois l'indisponibilité des soignants, la douleur, les besoins vésico-sphinctériens non assouvis sont autant de facteurs qui génèrent du stress et de la confusion.

4. Rôle du kiné

Face à cet environnement perçu comme hostile et déstabilisant, il est primordial de comprendre et de chercher à diminuer les inquiétudes et le stress du patient afin de limiter les troubles du comportement et ses conséquences. Cela dans l'intérêt individuel (du patient), et collectif des autres patients hospitalisés (qui sont moins gênés par les déambulations intempestives ou les cris), des soignants (moins dérangés dans leur exercice) et de la société (coûts d'hospitalisations consécutives à des chutes, prescriptions médicamenteuses à visée sédatrice...).

Le rôle du kiné en service de gériatrie, à l'hôpital ou en EHPAD, prend une toute autre dimension. En effet, la rééducation « traditionnelle » d'entretien ou de renforcement de la musculature, d'amélioration des capacités de marche et d'équilibre est largement perturbée voire souvent compromise par les troubles cognitifs et comportementaux. Il n'est pas rare d'être confronté au refus des patients. Cela perturbe donc la séance du patient, mais également cela peut perturber celle des autres patients partageant l'espace commun (salle de rééducation, couloirs).



Plusieurs concepts existent et sont utilisés dans les EHPAD et lieu de vie des personnes âgées présentant ces troubles cognitifs. Le Snøezelen, l'humanité, le carpe diem...

Il est important de connaître ces grands concepts et leurs principes afin d'améliorer la qualité de prise en charge en services hospitaliers (pour les patients et le personnel).

5. Les concepts de prise en charge par la sensorialité

a. La méthode Snoezelen

Dans les années 70, deux hollandais Ad. Verhuel et J. Hulsegge développent la méthode Snøezelen. « Snøezelen » vient de la contraction de *Snuffelen* (renifler, sentir) et de *Dæzelen* (sommoler). L'approche Snøezelen est une démarche d'accompagnement, un état d'esprit, un positionnement d'écoute et d'observation, basé sur des propositions de stimulation et d'exploration sensorielles, privilégiant la notion de « prendre soin ». On propose des expériences adaptées autour des différentes modalités sensorielles, visuelles, sonores, tactiles. Le Snøezelen est réalisé dans un espace spécialement aménagé : éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce.

Le but est de recréer une ambiance agréable. Le respect de la personne et de ses rythmes, l'attention et l'empathie des soignants sont les bases de l'application de cette approche. Initialement proposée dans le cadre du handicap et polyhandicap, cette méthode tend à se développer désormais dans les secteurs de la gériatrie et psychiatrie. Et les résultats sont significatifs. En effet, ils indiquent une diminution sensible des comportements difficiles. Andreeva et al. 2011 ont mis en évidence

une réduction de l'agitation, de l'agressivité verbale et/ou physique et de l'anxiété pour ¾ des patients Alzheimer accompagnés pendant un mois.

b. La philosophie de l'humanité et concept Ginesté-Mariscotti

Le mot « humanitude » a été créé par Freddy Klopfenstein (Humanitude, essai, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980). En 1989, un gériatre français, Lucien Mias, l'introduit pour la première fois dans les soins. En 1995, Rosette Marescotti et Yves Ginesté décident d'écrire une nouvelle philosophie de soin qu'ils baptisent la « philosophie de soin de l'humanité ».

Les personnes atteintes de syndrome cognitivo-mnésique sont confrontées à des difficultés et à des pertes physiques et/ou intellectuelles, mais ressentent toujours du plaisir et du bien-être. Pour répondre à cette philosophie de soin, Yves Ginesté et Rosette Marescotti ont développé une méthodologie de soin, qui est mise en place dans tous les moments de la vie quotidienne comme la toilette, le repas, les animations. La formation concerne toutes les personnes qui sont au contact du patient : personnel administratif, médical, paramédical...

Les résultats mesurés par les études scientifiques sont éloquentes : pacification de 83% des soins habituellement difficiles (*Étude Iprim-Successfull Aging Database, Revue de Gériatrie, sup. juin 2008*), consommation des neuroleptiques divisée par 7 sur 4 ans à l'Hôpital privé gériatrique des Magnolias à Ballainvilliers (*Étude HPGM-Iprim, poster CIFGG, 2010*), amélioration du bien-être des résidents de plus de 200% et de celui des soignants de plus de 250%, diminution de 78% du score de la CMAI à la Résidence de l'Abbaye à Saint-Maur des Fossés (*Étude Iprim, poster CIFGG, 2010*).



c. L'approche Carpe Diem

En janvier 1996, au Canada, la Société Alzheimer de la Mauricie (SAM) ouvre une première maison destinée aux personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer. En 1999, elle coorganise le 1^{er} forum québécois sur la maladie d'Alzheimer. Depuis sa création, la SAM ne cesse de se développer à travers le monde (France, Suisse, Belgique, Antilles...). L'expression latine « Carpe Diem », signifie « Saisir le jour » ou « Mettre à profit le jour présent ». Cette philosophie s'inspire de la psychologie humaniste existentielle de Carl Rogers : malgré des atteintes cognitives, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer demeure en relation affective intense avec son entourage. La Maison Carpe Diem vise à offrir aux personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer et à leur famille une solution alternative à l'institution, mais également à la conception traditionnelle de l'accompagnement et des services.

Ainsi, la personne est considérée avant sa maladie, les accompagnements ne sont pas orientés sur les déficits, mais sur les ressources et les capacités des gens. Le comportement de la personne a du sens, qu'il faut nous efforcer de comprendre. C'est aux soignants et intervenants de trouver le moyen d'accéder à l'univers de la personne atteinte. La structure et les services doivent s'adapter à la personne et non l'inverse. Cette approche concerne toute l'équipe (soignante, administrative, médico-sociale).



© Kim Schneider - Fotolia.com

6. L'adaptation kiné

Les troubles cognitifs et comportementaux peuvent entraîner des difficultés (voire impossibilités) d'exécution des consignes verbales demandées. Le kiné doit alors prendre le temps de poser les choses lors des séances mais également dans le service. Il est d'autant plus légitime à faire cela que le kiné est le seul soignant à être vu de manière quotidienne et récurrente par le patient.

Tout d'abord, il est essentiel de créer une habitude, en donnant un contexte spacio-temporel. Cela permettra de rassurer la personne, qu'elle se sente en confiance. Pour cela, il faut réaliser la séance toujours au même moment de la journée et verbaliser ce moment afin de donner un repère temporel : après la toilette, avant le goûter...

Il est tout aussi important que la séance se déroule toujours au même endroit, avec si possible les mêmes personnes si on travaille en groupe ou en collectif (en salle kiné). Il est bien entendu que ce cadre spacio-temporel pourra être assoupli au fil des séances.

Ensuite, il est très important de créer une ambiance sereine, sécuritaire, agréable. Privilégier les éclairages indirects mais intenses. La chromothérapie peut être utilisée : les couleurs froides (bleu) pour calmer, sédativer, les couleurs vives rouge-orange-jaune pour dynamiser. Limiter les stimuli auditifs (éteindre la télévision ou le poste de radio).

Il est primordial de se présenter clairement à la personne. Même si ce n'est pas la première fois qu'on la voit. Se mettre à sa hauteur, la regarder dans les yeux, avec un sourire, lui parler de manière audible et posée, lui serrer la main sont des abords multi-sensoriels rassurants pour la personne.

Au cours de la séance, il est parfois impossible d'obtenir la réalisation de consignes verbales. Là encore passer par un abord sensoriel permet d'obtenir des résultats. Par le toucher, on rentre en contact avec le patient. Une poignée de main, une caresse, un massage, une mobilisation passive sont autant de gestes qui peuvent aider à la réalisation d'exercices demandés. Mais aussi tout simplement pour féliciter, rassurer, calmer la personne. La voix est également une porte d'entrée. En effet, parler d'un ton calme et posé, à vitesse lente, et à volume suffisamment haut pour être bien entendu et compris mais pas trop fort pour ne pas aggraver la personne.

Il est important d'utiliser le même vocabulaire pour décrire les consignes et les exercices. Penser à faire des phrases courtes et simples en ne donnant qu'une information à la fois. Car trop d'informations peuvent perturber la personne démentie et ainsi modifier son comportement. Si malgré tout la personne ne réalise pas la consigne demandée, on peut changer la manière de la demander. Ne plus passer par un mode verbal mais par un mode imitatif par exemple, ou bien intégrer le geste demandé dans un exercice plus fonctionnel que purement analytique. Par exemple, pour travailler le verrouillage du quadriceps, on peut demander classiquement de lever le pied ou tendre le genou.

Si la personne n'exécute pas de mouvement, on peut se placer face à elle et lui demander de faire comme nous. Et si rien ne se passe, on peut simplement travailler la montée et descente d'escalier ou de step. Et si après plusieurs tentatives, rien ne fonctionne, ne pas hésiter à changer complètement d'exercice quitte à y revenir la prochaine fois.



© JPC-PROD - Fotolia.com

PHENIX NANO Portable

La rééducation périnéale en toute simplicité

VIVALTIS Parc Euréka - 200 rue de Thor - 34000 Montpellier - Tél. : 04 67 27 48 89 - Fax : 04 67 27 15 49 - contact@vivaltis.com - SARL au capital de 312 000 € Siret 423819465 00034 APE 2660Z
N° Intracommunautaire FR61423819465 - PHOTOS NON CONTRACTUELLES



Liaison sans fil

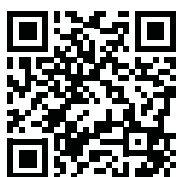
- espace libéré
- précision et stabilité du biofeedback sans équivalent



Assistant thérapeutique
à partir des signes cliniques

- simplicité et efficacité

Stimulation et Biofeedback sans fil



Plus d'infos

Contactez-nous

☎ 04 67 27 15 42

www.vivaltis.com



Le travail ou la mise en place de la personne dans un groupe est une autre piste. En effet, dans cet environnement nouveau, recréer du lien et des échanges avec les autres patients hospitalisés permet de replacer le patient dans un environnement social. Pour cela, trouver un lieu au groupe, créer une ambiance avec un fond sonore ou des activités communes est indispensable.

7. Discussion

L'abord sensoriel de la personne âgée démente semble évident. En effet, malgré la détérioration cognitive et un comportement de moins en moins adapté, la personne âgée n'en reste pas moins une personne en capacité de ressentir des émotions positives comme négatives. Ces ressentis sont la porte d'entrée de la relation soignant-soigné.

La réticence à l'application de ces conseils (respect du rythme de la personne, environnement calme et rythmé...) dans les services tels que les SSR, courts séjours s'explique par la nécessité de reconcevoir complètement l'offre de soins actuelle, en modifiant radicalement les priorités de soins et l'état d'esprit de quelques soignants. En effet, en services hospitaliers type SSR gériatrique ou courts séjours, le personnel n'est souvent pas formé ni informé de ce type d'approche thérapeutique.

Néanmoins les bénéfices seraient considérables et



toucheraient toute la chaîne du soin : le personnel soignant et la société. Ils toucheraient aussi tous les domaines : le bien-être des patients et des soignants, mais également l'aspect économique, par diminution de la consommation

médicamenteuse, des hospitalisations secondaires à des chutes induites. C'est finalement un moyen intéressant pour répondre aux contraintes économiques et aux besoins de rentabilité en respectant les principes d'éthique de la santé.

Conclusion

Ce qui est complexe dans la prise en charge des personnes âgées qui présentent des troubles cognitifs et comportementaux est que c'est à nous de nous adapter en permanence. Et souvent cette adaptation est en contradiction avec les objectifs thérapeutiques que l'on se fixe à court terme. Cette rééducation implique donc de revoir en permanence ses attentes et ses objectifs. Et c'est en cela que cette rééducation est passionnante. Elle nous remet sans cesse en question dans nos pratiques et elle nous demande une adaptabilité de tous les instants.

Bibliographie

- **LINE BERBIGIER ESCHAUZIER** | Snøezelen, la maladie d'Alzheimer et la communication dynamique non directive, Éditions Brochet, février 2012
- **YVES GINESTE ET JÉRÔME PELLISSIER** | Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux, Éditions Armand Colin, mars 2007
- **RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES DE L'ANESM** | L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009
- **EHPAD LES CINQ SENS** | Prise en charge alternatives aux neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer, journée ARS mobiquat, novembre 2012
- **ANAES** | Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, mai 2003

Références web

- <http://www.soignantenehpad.fr/pages/outils/echelle-d-agitation-de-cohen-mansfield.html>
- alzheimercarpediem.com/l'approche-carpe-diem
- Agitation dans les démences www.msss.gouv.qc.ca