

01/33

**Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice
ISRP**

**LA MALADIE D'ALZHEIMER ET
L'APRAXIE :**

Rééducation psychomotrice de l'apraxie d'habillement

**MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME
D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN**

Session : Juin 2001

Maître de mémoire : Thierry PAU

Présenté par : Agnès RIGAUT

Un grand merci,

A Thierry Pau, pour sa disponibilité et ses précieux conseils ;

A l'ensemble de l'équipe, pour m'avoir accueillie cette année ;

A Karine Logez, pour l'intérêt qu'elle a porté à mon travail ;

A mes parents, de m'avoir offert la possibilité de faire ces études ;

A François, pour son soutien tout au long de ces études.

RESUME

La maladie d'Alzheimer est une démence dégénérative qui touche de plus en plus de personnes. Elle se met en place progressivement par l'apparition de troubles cognitifs et non cognitifs. La fréquence et l'importance de ces troubles sont variables d'un sujet à l'autre ce qui nous fait dire que c'est une maladie hétérogène.

Parmi ces troubles, tous très invalidants, je me suis attachée à celui qui m'avait le plus touché : l'apraxie. L'apraxie est un trouble de l'activité gestuelle, consécutif à des lésions cérébrales. Il en existe plusieurs formes qui sont chacune évaluable à partir de tests.

Je me suis concentrée sur l'apraxie d'habillage en proposant une rééducation psychomotrice à trois personnes souffrant d'une démence de type Alzheimer peu avancée. C'est une prise en charge en groupe qui se déroule une fois par semaine.

Cette rééducation m'a fait réaliser toute la complexité de cette maladie et m'a fait soulever un certain nombre de questions.

MOTS CLEFS

- Maladie d'Alzheimer
- Apraxie
- Rééducation psychomotrice
- Ecoute
- Disponibilité
- Adaptation

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PARTIE THEORIQUE	3
PREAMBULE :	3
DU VIEILLISSEMENT NORMAL À LA MALADIE D'ALZHEIMER	3
DÉFINITIONS	3
QUELLES SONT LES POINTS COMMUNS OU LES DIVERGENCES ENTRE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LE VIEILLISSEMENT NORMAL ?	3
I-LA MALADIE D'ALZHEIMER	5
I-1 GENERALITES	5
<i>I-1-1 Définition</i>	5
<i>I-1-2 Epidémiologie</i>	5
<i>I-1-3 Les formes cliniques</i>	6
I-2 SEMIOLOGIE	7
<i>I-2-1 Amnésie</i>	7
<i>I-2-2 Apraxie</i>	9
<i>I-2-3 Agnosie</i>	9
<i>I-2-4 Aphasie</i>	10
<i>I-2-5 Désorientation spatio-temporelle</i>	11
<i>I-2-6 Troubles du comportement</i>	11
I-3 PHYSIOPATHOLOGIE ET ETIOLOGIE	12
<i>I-3-1 Physiopathologie</i>	12
<i>I-3-2 Etiologie</i>	13

I-4 TRAITEMENT	14
I-4-1 Médicamenteux	15
I-4-2 Prise en charge	16
I-5 EVALUATION ET DIAGNOSTIC	18
I-5-1 Evaluation clinique	18
I-5-2 Evaluation psychométrique.....	19
I-5-3 Examen neurologique.....	20
I-5-4 Diagnostic	20
II-L'APRAXIE	23
II-1 LES APRAXIES.....	23
II-1-1 Définition.....	23
II-1-2 Evolution de la définition à travers le temps.....	24
II-1-3 Sémiologie du geste et erreurs apraxiques.....	24
II-2 SEMIOLOGIE DES APRAXIES.....	25
II-2-1 Les apraxies gestuelles	25
II-2-2 Autres formes	27
II-3- EVALUATION	28
II-3-1 Evaluation de l'apraxie idéomotrice	29
II-3-2 Evaluation de l'apraxie idéatoire.....	29
II-3-3 Evaluation de l'apraxie d'habillement.....	29
II-4 L'APRAXIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER	30
II-4-1 Difficulté de mise en évidence	30
II-4-2 Evolution.....	30

PARTIE CLINIQUE.....	33
I - PRÉSENTATION DU CADRE	33
I-1 L'INSTITUTION	33
<i>I-1-1 Le lieu.....</i>	<i>33</i>
<i>I-1-2 Le personnel.....</i>	<i>35</i>
I- 2 DESCRIPTION D'UNE JOURNÉE	35
II - ETUDE DE CAS MME B.....	37
II-1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE	37
II-2 ANAMNÈSE	37
II-3 BILANS	38
<i>II-3-1 Bilan psychologique.....</i>	<i>38</i>
<i>II-3-2 Bilan psychomoteur</i>	<i>38</i>
<i>II-3-3 Conclusion du bilan psychomoteur.....</i>	<i>40</i>
II-4 PROJET THÉRAPEUTIQUE	41
II-5 PRISE EN CHARGE DE L' APRAXIE D'HABILLAGE.....	42
<i>II-5-1 Attitude de Mme B.....</i>	<i>42</i>
<i>II-5-2 Déroulement de la séance.....</i>	<i>42</i>
<i>II-5-3 Evolution.....</i>	<i>43</i>
<i>II-5-4 Conclusion</i>	<i>44</i>
III- ETUDE DE CAS DE MME S.....	45
III-1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE.....	45
III-2 ANAMNÈSE	45
III-3 AUTRES BILANS	46
<i>III-3-1 Bilan psychologique</i>	<i>46</i>
<i>III-3-2 Bilan psychomoteur.....</i>	<i>46</i>
<i>III-3-3 Conclusion de bilan du bilan psychomoteur</i>	<i>48</i>

III-4 PROJET THÉRAPEUTIQUE.....	49
III-5 PRISE EN CHARGE DE L' APRAXIE D' HABILLAGE.....	50
<i>III-5-1 Attitude de Mme S.</i>	50
<i>III-5-2 Déroulement des séances</i>	50
<i>III-5-3 Evolution.</i>	51
<i>III-5-3 Conclusion.</i>	52
IV- ETUDE DE CAS DE MME M	52
IV-1 ANAMNÈSE.....	52
IV-2 BILAN PSYCHOMOTEUR	53
<i>IV-2-1 Conclusions des items du bilan.</i>	53
<i>IV-2-2 Conclusion de bilan psychomoteur.</i>	54
IV-3 PROJET THÉRAPEUTIQUE.....	55
IV-4 PRISE EN CHARGE DE L' APRAXIE D' HABILLAGE	55
<i>IV-4-1 Attitude de Mme M.</i>	55
<i>IV-4-2 Déroulement d'une séance</i>	56
<i>IV-4-3 Evolution.</i>	56
<i>IV-4-4 Conclusion.</i>	57

PARTIE THEORICO-CLINIQUE	58
I- PEUT-ON PARLER D'APRAXIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ?	58
II- LE GROUPE : INTÉRÊTS ET DIFFICULTÉS	59
III- LIMITE D'UNE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE DE L'APRAXIE D'HABILLAGE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER.....	60
III-1 COMMENT S'Y PRENDRE POUR RÉÉDUCER UN MALADE QUI OUBLIE TOUT AU FUR ET À MESURE ?	61
<i>III-1-1 Mémoire et attention.....</i>	<i>61</i>
<i>III-1-2 Mémoire et répétition.....</i>	<i>62</i>
III-2 COMMENT UNE RÉÉDUCATION PSYCHOMOTRICE PEUT-ELLE PALLIER UN TROUBLE D'ORIGINE CÉRÉBRAL ?	63
IV- L 'APRAXIE : UN TROUBLE PARMIS DES TROUBLES.....	64
IV-1 L'APRAXIE ET LA DÉSORIENTATION SPATIO-TEMPORELLE	64
IV-2 L'APRAXIE ET L'ANOSOGNOSIE.....	64
IV-3 L'APRAXIE ET LEUR CARACTÈRE	64
V- LA PSYCHOMOTRICITE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER	65
VI- MON VÉCU LORS DU STAGE.....	66
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXE.....	73

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est une démence dégénérative qui affecte de plus en plus de personnes âgées. Sa fréquence ne cesse d'augmenter au sein de la population. C'est une maladie dont l'étiologie est peu connue toutefois sa sémiologie est bien décrite par de nombreux spécialistes.

J'ai découvert cette maladie lors d'un stage suivi cette année au sein de la formation de psychomotricien. Ce stage se déroule dans une structure psychogériatrique qui accueille des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

J'ai été très sensible à la perte d'autonomie qu'engendre la maladie d'Alzheimer. Nous sommes donc obligés de soigner les sujets atteints comme des nourrissons, ils sont nourris, changés, habillés sans considération de leur âge et de leur histoire. Ce décalage m'a émue et révoltée. Je me suis aperçue que cette perte d'autonomie était le résultat de la mise en œuvre d'un tableau clinique dont l'apraxie fait partie.

Ce trouble m'a particulièrement intéressé car il était, selon moi, le facteur prédominant de cette perte d'autonomie. L'apraxie peut être très dure à vivre au quotidien car elle peut toucher des gestes usuels comme l'habillage. L'apraxie d'habillage est une forme d'apraxie que j'ai pu rencontrer en assistant aux toilettes de résidentes du centre. J'ai été très impressionnée de voir qu'enfiler un collant n'était plus aussi simple pour elles et de constater les conséquences, très désagréables à vivre, qu'entraînent ces difficultés. J'ai donc eu envie de proposer une prise en charge psychomotrice pour essayer de rééduquer ce trouble.

La problématique au cœur de ce mémoire sera donc de comprendre l'apraxie d'habillage de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de mettre en place une rééducation adaptée. Nous verrons alors toute la complexité d'une telle prise en charge.

Dans une première partie théorique, je définirai les grands traits de la maladie d'Alzheimer en décrivant sa vaste sémiologie, son étiologie incertaine, ces traitements palliatifs et enfin son évaluation nécessaire pour poser le diagnostic le plus fin possible.

Dans une seconde partie, j'illustrerai cette théorie par une prise en charge en groupe de trois personnes atteintes d'apraxie d'habillage. Pour rapporter cette clinique, je différencierai ces trois études de cas et je m'attacherai à leur anamnèse, aux conclusions de différents bilans, au projet thérapeutique et à la prise en charge en elle-même.

Dans une troisième partie, je tenterai de répondre aux multiples questions que je me suis posées soit lors de l'élaboration de la théorie soit lors de la rééducation.

PARTIE THEORIQUE

PARTIE THEORIQUE

PREAMBULE : DU VIEILLISSEMENT NORMAL A LA MALADIE D'ALZHEIMER

Définitions

D'après le dictionnaire de psychologie (1998), le vieillissement est « l'effet normal de l'âge sur les différentes fonctions psychologiques et organiques tendant, quoique d'une manière inégale selon les sujets et les fonctions, à une baisse des performances et des capacités. » (p. 748). Il faut alors distinguer la sénescence qui est « le vieillissement normal des tissus de l'organisme » de la sénilité qui en est le terme final et qui est défini par « l'affaiblissement physique et surtout intellectuel produit par la vieillesse » (Petit Larousse en couleur, 1986, p. 844).

La notion de vieillesse est très subjective. Si pour certain cette tranche de vie commence à la retraite, pour d'autres, il faut attendre 80 ans pour être « vieux ». D'après les critères de l'organisation mondiale de la santé, le troisième âge débute à 65 ans. Cet âge est constamment reculé par les progrès de la médecine.

De plus, cette notion fait peur. La société dans laquelle nous vivons écarte les vieux car ils ne sont plus productifs et coûtent chers. Ils nous renvoient ce que nous serons tous : vieux. Heureusement, leur place dans la société change et nous commençons à nous intéresser à cette partie de la vie.

Quelles sont les points communs ou les divergences entre la maladie d'Alzheimer et le vieillissement normal ?

La maladie d'Alzheimer fait partie des vieillissements pathologiques mais il existe des ressemblances entre une démence de type Alzheimer et le vieillissement normal. En effet, nous retrouvons plusieurs éléments présents dans les deux types de vieillissements notamment :

- Les deux processus de physiopathologie de la maladie d'Alzheimer (la dégénérescence neurofibrillaire et les plaques séniles) sont aussi présents dans la sénescence.
- Une baisse du pouvoir d'attention et de certaines facultés intellectuelles ;
- Une altération de la mémoire ;
- Une détérioration spatio-temporelle ;
- Des troubles du comportement.

Ces similitudes pourraient nous faire penser que la maladie d'Alzheimer est une accélération d'un processus normal. Cependant, il existe tout de même des particularités propres à chacune de ces dégénérescences. Le vieillissement normal perturbe les fonctions sensorielles, le tonus, le système neuro-musculaire ; la maladie d'Alzheimer provoque des apraxies, des agnosies, une répartition différente des lésions cérébrales. En réalité, il nous est impossible de véritablement rapprocher ces deux processus mais ils n'en sont pas moins indissociables.

Dans la partie suivante, nous allons nous attacher aux spécificités de la maladie d'Alzheimer en décrivant sa sémiologie, sa physiopathologie, les méthodes pour poser un diagnostic, son étiologie et les différentes sortes de traitements.

I-LA MALADIE D'ALZHEIMER

I-1 GENERALITES

I-1-1 Définition

La maladie d'Alzheimer est une démence dégénérative. D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS, 1992), une démence est une «altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours : apparue depuis au moins six mois et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, praxie, gnose, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite ou modification de la personnalité ». (Eustache et Agniel, 1995, p. 19)

Elle se manifeste, tout d'abord, par des troubles de la mémoire, ce tableau clinique s'aggravant par l'adjonction de troubles attentionnels, de l'orientation spatio-temporelle, du langage, des praxies, des gnosies, du jugement et de troubles comportementaux tels qu'irritabilité, agressivité, les symptômes dépressifs... Tous ces troubles entraînent une perte d'autonomie partielle puis totale.

« Le décès survient comme conséquence d'un état grabataire en moyenne huit à douze ans après le début des troubles, mais avec de grandes variations allant de un à vingt ans » (Eustache et Agniel, 1995, p. 22).

I-1-2 Epidémiologie

Le sex-ratio est inégal avec 1.50 à 2 fois plus de femmes touchées par cette maladie.

« La maladie d'Alzheimer représente la première cause des démences (45%) et en particulier des démences dégénératives (75%). Elle apparaît, en moyenne, vers 60-70 ans avec des extrêmes allant de 45 ans à 80 ans et toucherait 3.5 % des personnes de plus de 65 ans » (Pasquier, 2000, p. 125).

En 1990, 250 000 personnes étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer et cette population risque de doubler d'ici 2035. Cette évolution confronterait les autorités à un grave problème de santé publique (Ferrey et Le Gouès, 2000, p. 131).

I-1-3 Les formes cliniques

Depuis 1960, l'idée de l'unicité de la maladie d'Alzheimer est admise. Ainsi, le terme de «maladie d'Alzheimer est couramment employée aujourd'hui pour désigner autant les formes séniles dont le début se situe après 65 ans, que les formes préséniles dont le début se situe avant 65 ans» (Déroutesné, 1995, p. 93). Cependant, certains auteurs emploient encore le terme de maladie d'Alzheimer pour les formes préséniles et utilisent le terme de démence sénile de type Alzheimer pour les formes les plus tardives. La démence de type Alzheimer regroupe les deux formes.

Par ailleurs, au sein même de la maladie, on retrouve deux formes : familiale et sporadique. D'après Touchon et Portet (2000), les formes familiales se caractérisent par l'apparition des premiers signes vers 50 ans et sont liées à des mutations génétiques sur les chromosomes 1, 14 ou 21. La forme sporadique, comme son nom l'indique, ne suit aucune loi ; c'est une forme hétérogène comprenant des patients d'âge différent pour lesquels l'évolution et la sémiologie ne sont pas identiques.

La maladie d'Alzheimer évolue en plusieurs phases :

- phase de début qui se résume à des troubles de la mémoire et à des «symptômes psychocomportementaux tels que l'apathie, le désintérêt et l'irritabilité» ; (Touchon et Portet, 2000, p. 35). Il existe également une baisse de l'activité spontanée (Uldry et Régli, 1992)
- phase d'état où les troubles de la mémoire sont plus prononcés et sont complétés par le syndrome aphaso-apraxo-agnosique ;
- phase terminale durant laquelle «la perte d'autonomie est complète et les troubles psychocomportementaux majeurs (agitation, hallucination, fugues...)» (ibidem, p. 47).

Après cette brève présentation des généralités de la maladie d'Alzheimer, approfondissons notre analyse en déterminant tout d'abord les signes (I-2 sémiologie, p. 7), la physiopathologie (I-3-1 p. 12) et enfin les causes (I-3-2 étiologie, p. 13).

I-2 SEMIOLOGIE

La maladie d'Alzheimer débute souvent par des troubles de la mémoire. Initialement, ils sont légers tels que l'oubli des clefs, fermer un robinet puis ils deviennent de plus en plus importants et s'accompagnent d'autres troubles. Un véritable ensemble de troubles s'installe et perturbe la vie quotidienne du malade aboutissant à une perte d'autonomie progressive, puis totale. En effet, en plus de l'amnésie, apparaissent des apraxies, des agnosies, une aphasia, une désorientation spatio-temporelle et des troubles du comportement. Ce tableau clinique ne s'installe pas de la même manière et pas avec la même rapidité pour tous. Elle est hétérogène dans ces modes d'expression.

I-2-1 Amnésie

Avant de définir les troubles de la mémoire, je vais faire un bref rappel sur les différents types de mémoire. D'après le Petit Larrousse (1980, p. 574), la mémoire est «l'activité biologique et psychique qui permet de retenir des expériences antérieurement vécues ».

Le système de mémorisation suit différentes phases :

- l'enregistrement et le codage : c'est-à-dire l'aptitude à acquérir des informations et des connaissances. Ils exigent la perception, la vigilance et l'attention.
- la fixation : c'est la consolidation de l'information enregistrée qui la fait passer de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme.
- le rappel : c'est la capacité à se remémorer les informations stockées dans la mémoire à long terme.

Ainsi, ces trois temps se mettent en œuvre pour toutes les formes de mémoire. En effet, il n'y a pas qu'un seul type de mémoire mais plusieurs.

Il y a tout d'abord trois types principaux :

- la mémoire à court terme : c'est le système de codage d'informations de capacité très limitée. Cette capacité est appelée l'empan et est équivalente à 7 éléments retenus. Cette mémorisation est de courte durée (de quelques secondes à quelques minutes). Elle est évaluée dans le Mini Mental State (MMS) par la restitution d'une liste de trois mots ou encore par compter à rebours de sept en sept à partir de cent. Ce dernier est connu sous le nom du paradigme de Brown Peterson.
- la mémoire à moyen terme : c'est une mémoire qui stocke des informations de quelques jours à quelques semaines.
- la mémoire à long terme : c'est le système de mémoire non limité ni dans la durée ni dans la capacité.

Déroutesné (1995) distingue deux types de mémoire au sein de la mémoire à long terme : la mémoire implicite et la mémoire déclarative.

La mémoire implicite est une mémoire inconsciente. C'est l'utilisation des acquis de façon quasi automatique. La mémoire déclarative est la mémoire des souvenirs. Cette mémoire est très perturbée chez les patients atteints d'une démence de type Alzheimer. Elle comporte deux composantes. D'une part, la mémoire épisodique, c'est-à-dire la mémoire liée au vécu du patient codé dans le temps et l'espace. D'autre part, la mémoire sémantique, c'est-à-dire la mémoire des règles, du langage, de la connaissance du monde. (Déroutesné, 1995)

Comme je l'ai précisé plus haut, les troubles de la mémoire sont les premiers signes à s'installer dans la maladie d'Alzheimer. Au départ, ces troubles sont légers et deviennent de plus en plus importants. La mémoire à court terme est assez vite perturbée ainsi que la mémoire à long terme. En effet, la mémoire déclarative tant pour la mémoire épisodique que pour la mémoire sémantique est atteinte. Cependant, la mémoire implicite est relativement conservée.

Ces déficits seraient dus à une déficience d'encodage plus que de stockage. La vitesse de l'oubli est normale. Ces troubles seraient en rapport avec l'atteinte de l'hippocampe et du cortex cérébral.

I-2-2 Apraxie

Un déficit de l'activité gestuelle sans atteinte motrice est fréquent chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les différentes formes d'apraxie et celles plus spécifiques à cette maladie seront étudiées dans ma deuxième partie théorique.

I-2-3 Agnosie

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer «n'identifient pas les objets et peuvent ne plus savoir les utiliser» (Khorsavi, 1999, p. 30). Ainsi, ils peuvent boire dans leurs chaussures, utiliser un couteau comme une fourchette...

Lesgnosies sont la reconnaissance d'un objet par un sens. Les agnosies sont «un trouble de la reconnaissance des objets, inexplicable par un déficit sensoriel et traduisant un déficit intellectuel spécialisé» (Delay, 2000, p. 7). Autrement dit, c'est l'incapacité à reconnaître un objet connu auparavant. Les agnosies peuvent être visuelles, tactiles ou auditives.

Les agnosies visuelles sont les plus fréquentes et correspondent à l'incapacité de reconnaître un objet par la vue tandis que par le toucher ou par un son caractéristique la reconnaissance de l'objet est immédiate. Elles résultent de lésions dans des aires associatives visuelles. L'agnosie visuelle est présente «dans 30% des cas» (Déruesné, 1995, p. 98). A un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, les patients peuvent avoir des difficultés à reconnaître les visages. C'est la prosopagnosie. Par contre, il n'y a ni d'agnosie auditive ni d'agnosie des couleurs.

Par ailleurs, la somatognosie est conservée. Néanmoins, «Ajuriaguerra établit un lien étroit entre un trouble de la somatognosie et une apraxie idéomotrice» (Déruesné, 1995, p. 98).

Enfin, il faut signaler la présence d'anosognosie. En effet, ils ne sont pas conscients de leurs troubles. C'est pourquoi, d'après Pasquier (2000), pour une évaluation la plus fine possible, il faut faire appel à l'entourage.

I-2-4 Aphasie

Les troubles du langage sont fréquents. Les malades d'Alzheimer ne sont plus capables d'utiliser les mots justes ou de comprendre le langage oral et écrit. L'aphasie est «un déficit du mécanisme intellectuel touchant la pensée symbolique» (Petit Larrousse de la médecine, 1993, p. 70).

Il y en existe deux formes principales :

- l'aphasie de Broca ;
- l'aphasie de Wernicke.

Dans le premier cas, le malade parle peu et a une mauvaise compréhension et une mauvaise articulation. Dans le second cas, le patient parle beaucoup mais il est incompréhensible. Cette aphasie est dite fluente.

D'après Dérouesné (1995), les troubles du langage sont fréquents et s'observent dans 40% des cas pour des démences légères et dans 100% des cas pour les démences sévères.

Ces troubles commencent par un manque de mots ou l'utilisation d'un mot de la même catégorie que le mot à prononcer, paraphasie sémantique (Exemple : laitière pour dire lait). Ensuite, l'expression orale se limite à des écholalies pour aller vers un mutisme total. Pour Mira Khorsavi, ces difficultés de langage sont très dures à accepter et rendent le patient nerveux et anxieux (1999). Dérouesné (1995) précise, que pour certains auteurs, parler d'aphasie dans la maladie d'Alzheimer est contestable. En effet, il existe des différences entre les lésions focales de l'aphasie et celles du cerveau d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Le langage oral est perturbé surtout au niveau sémantique et ce phénomène est très fréquemment associé à «une diminution des capacités de restitution et d'accès à l'information

sémantique » (Déroutesné, 1995, p. 97). Ceci est indépendant de la sévérité de la démence. Le langage écrit est souvent altéré le premier. De plus, ils peuvent lire à haute voix, mais leur compréhension est diminuée en fonction du stade de la maladie.

1-2-5 Désorientation spatio-temporelle

Ce sont les troubles qui apparaissent tôt dans la maladie. Les troubles peuvent porter sur l'orientation et l'organisation temporelle. Ils ne savent plus quel jour, quelle année nous sommes. De plus, l'orientation et l'organisation spatiales font défaut. Les confusions sur les notions spatiales sont fréquentes et ces personnes ne savent plus se repérer (par exemple, il ne retrouve plus leur chambre.)

1-2-6 Troubles du comportement

Associée à ces symptômes spécifiques, la maladie d'Alzheimer présente des troubles non cognitifs.

Dès la phase du début, les patients peuvent être apathiques et se désintéressent des activités antérieurement investies. Ils sont également anxieux, agressifs et/ou ont une tendance à s'isoler du monde extérieur. Enfin, ils peuvent présenter des «symptômes dépressifs en réaction à la perte des capacités intellectuelles » (Touchon, Portet, 2000, p. 39).

A la phase d'état, les troubles non cognitifs sont de plus en plus importants. On retrouve des troubles de l'humeur en particulier la dépression dans 30% des cas (Touchon portet, 2000, p. 43). L'anxiété persiste et peut se présenter comme des phobies, des troubles de paniques ou des troubles du comportement moteur tels que des agitations, des fugues et des comportements stéréotypés. A ces troubles, s'ajoutent des troubles sexuels sous la forme d'indifférence ou d'apragmatisme ainsi que des troubles alimentaires (le plus souvent l'anorexie avec perte de poids) et enfin des troubles sphinctériens. Le sommeil est également perturbé. Les malades ont des difficultés à avoir un cycle de sommeil régulier. Il y a une perturbation du rythme veille/sommeil et on voit des hypersomnolences diurnes et des insomnies. Enfin, on retrouve des troubles psychotiques qui «caractérisent les formes déjà évoluées ou sont prédictifs d'un déclin rapide » (Touchon Portet, 2000, p. 44).

La phase terminale de la maladie est caractérisée par des troubles cognitifs et non cognitifs majeurs.

Ces signes sont dus à des processus spécifiques qui aboutissent à la mort de neurones du cerveau. Ces processus touchent particulièrement certains neurones et les parties du cerveau sont atteints dans un ordre bien précis.

I-3 PHYSIOPATHOLOGIE ET ETIOLOGIE

« La cause qui déclenche le processus reste inconnu » (Touchon Portet, 2000, p. 25)
Une multitude de facteurs environnementaux et génétiques en seraient la cause. Cependant, le processus, résultat d'une dégénérescence physiologique menant à la mort des neurones, est connu et se résume en deux mécanismes, les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire, qui ont pour conséquence la mort des neurones.

I-3-1 Physiopathologie

Plaque sénile

La protéine bêta-amyloïde est produite en excès par l'amyloïde protéine précurseur (APP) et constitue une substance appelée amyloïde. L'amyloïde se dépose entre les cellules nerveuses du néocortex et forme les plaques séniles. « Ces plaques séniles provoquent la mort des neurones et la dégénérescence des prolongements nerveux » (Delacourte, 2000, p.120). Parallèlement à ce mécanisme, la dégénérescence neurofibrillaire se déroule. (cf. annexe,1)

La dégénérescence neurofibrillaire

Le responsable de la dégénérescence neurofibrillaire est la protéine tau, anormalement phosphorylée, qui forme des filaments. « Ces filaments s'accumulent dans les neurones en dégénérescence et dans leur prolongement » (Delacourte, 2000, p. 122).

La dégénérescence n'est pas propre à la maladie d'Alzheimer. En effet, « dans le vieillissement normal, elle peut se mettre en place dans l'hippocampe dès l'âge de cinquante ans et de façon systématique à soixante-quinze ans » (Delacourte, 2000, p. 123).

Types de neurones atteints et répartition des lésions cérébrales

Ces deux processus s'attaquent au départ et préférentiellement aux neurones cholinergiques. « Les marqueurs cholinergiques et en particulier l'enzyme de synthèse de l'acétylcholine sont diminués » (Touchon et Portet, 2000, p. 27). Ensuite, les neurones sérotoninergiques et noradrénergiques sont également atteints. Ces connaissances théoriques permettent de trouver des traitements plus adaptés. Des recherches sont en cours afin de pallier à la mort des neurones cholinergiques.

De plus, cette dégénérescence suit un « parcours » dans le cerveau. C'est-à-dire qu'elle s'attaque dans un ordre précis aux différentes régions du cerveau. La dégénérescence neurofibrillaire touche en premier l'hippocampe puis les hémisphères cérébraux et enfin le cortex temporal. Les plaques séniles touchent toutes les régions néocorticales et l'hippocampe. Au stade terminal, les aires cérébrales et de nombreux noyaux sous-corticaux sont atteints. (cf. annexe, 2)

La physiopathologie est relativement bien connue, malheureusement, il n'en est pas de même pour l'étiologie.

I-3-2 Etiologie

Hypothèse Génétique

Une hypothèse génétique de la maladie d'Alzheimer peut être avancée selon quatre arguments :

- la présence d'une transmission sur le mode autosomique dans certaines familles ;
- un tiers des patients ont une ascendance directe atteinte par la maladie ;
- quant un jumeau homozygote est atteint par cette maladie, l'autre a 40% à 50% de risque d'être lui-même touché ; ;
- et la forme familiale (anomalie du chromosome 21).

On a découvert récemment que «la présence de l'allèle E4 du gène codant pour l'apoprotéine » (Déroutesné, 1994, p. 26) pourrait favoriser la maladie car cette protéine entraînerait la déposition de la protéine amyloïde. En effet, cet allèle retirerait la protection contre la dégénérescence neurofibrillaire et rendrait les patients susceptibles d'avoir la maladie d'Alzheimer. Néanmoins, tous ces arguments sont encore très controversés et ces arguments ne suffisent pas pour considérer cette maladie comme une maladie héréditaire. (Déroutesné, 1994).

Hypothèse environnementale

Les facteurs environnementaux sont envisageables mais ils restent très flous. La recherche s'est intéressée à la répartition géographique, à l'analogie des lésions cérébrale entre Alzheimer et la trisomie 21, à une hypothèse toxique et nutritionnelle mais les résultats ne sont pas encore probants (Déroutesné, 1994).

Facteur psychogène

Les psychanalystes et les systémiciens abordent la maladie d'Alzheimer d'un point de vu psychosomatique. La démence pour Maisondieu (cité par Déroutesné, 1994) serait une pathologie de désespoir articulée avec une dépression familiale. Ce point de vu est très discuté car la maladie d'Alzheimer peut toucher les individus quelle que soit leur personnalité.

Voici donc les signes cliniques, résultats d'une dégénérescence physiologique dont les causes sont encore mal connues mais à défaut d'éradiquer la maladie, des traitements existent.

I-4 TRAITEMENT

Si aujourd'hui encore, la médecine ne sait pas guérir la maladie d'Alzheimer, elle sait la ralentir ou limiter l'évolution à l'aide de traitements médicamenteux ou non médicamenteux avec des prises en charge cognitives ou non. Ces réponses à la maladie doivent être spécifiques à chaque patient et être modifiées afin de suivre l'évolution.

I-4-1 Médicamenteux

Dans la sémiologie (II-2, p. 7), nous avons vu que la maladie d'Alzheimer se signalait par des troubles cognitifs mais aussi des troubles comportementaux. Ces deux désordres peuvent être traités par deux sortes de médicaments : les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et les psychotropes.

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase

Il existe trois types d'inhibiteurs :

- la tacrine (cognex®), est moins utilisée à cause des effets secondaires hépatiques ;
- le donepex (aricept®) et la rivastigmine (exelon®), ils sont prescrits pour des stades peu avancés et la posologie doit être mise en place progressivement afin d'éviter ces effets secondaires tels que vomissements, nausées, diarrhée...

Touchon et Portet (2000) citent certains tests tels que l'ADAS¹ cog. (Alzheimer's Disease Assessment Scale qui montre que ces médicaments stabilisent voir améliorent des compétences cognitives. Ils ont également une action sur les troubles non cognitifs en particulier sur l'apathie et le désintérêt.

Les psychotropes

Les psychotropes sont nécessaires pour lutter contre les troubles comportementaux, envahissants et lourds à supporter pour la famille. Des antiépileptiques et des neuroleptiques sont utilisés pour lutter contre l'agitation et l'agressivité et les anxiolytiques contre l'anxiété. Les neuroleptiques peuvent être utilisés mais de façon limitée car «ils accentuent les troubles cognitifs » (Touchon Portet, 2000, p. 119). Enfin, les antidépresseurs sont nécessaires pour soigner les symptômes dépressifs, et sous leur forme sédatif, pour les troubles du sommeil.

¹ C'est une échelle composée de 11 items qui évalue les fonctions cognitives. Cf. Touchon et Portet, 2000.

L'action préventive est considérée comme étant de plus en plus importante et des recherches ont mis en lumière que des patients ayant suivi des traitements à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou des œstrogènes sont moins touchés par la maladie d'Alzheimer. Cette constatation a dirigé des essais thérapeutiques et les travaux permettraient d'envisager que les œstrogènes auraient un rôle protecteur.

Par ailleurs, une vaccination contre la protéine bêta-amyloïde (responsable des plaques séniles) est en cours d'expérimentation sur les souris et les résultats sont prometteurs.

1-4-2 Prise en charge

Avant de définir ces prises en charge, il est important de signaler qu'une prise en charge en institution est incontournable. « Bien qu'une politique très active de maintien à domicile soit menée depuis dix ans » (Gely-Nargeot et al, 1998, p. 559). Cette institutionnalisation de la personne malade est très dure et angoissante pour le malade lui-même mais aussi pour la famille. Néanmoins, l'institution permet de proposer un environnement adapté en terme de sécurité, d'espace... mais aussi par le personnels exerçant dans l'institution (infirmier, médecin, aide soignante, psychologue...).

En plus de ces médicaments, certains troubles peuvent être atténués par des prises en charge spécifiques et adaptées comme la psychologie, la kinésithérapie et la psychomotricité...

La prise en charge en psychologie

Le psychologue tient plusieurs rôles auprès du patient. Tout d'abord, il évalue à l'aide de tests psychométriques les capacités cognitives du malade afin de lui proposer des activités (d'animation, atelier mémoire...) les plus adaptées. Ensuite, il anime des ateliers thérapeutiques pour les aider à travailler leur mémoire, le calcul, la concentration... Le psychologue va également être chargé d'évaluer les troubles de comportements (anxiété, symptômes dépressifs...) en établissant les causes et les conséquences des symptômes et mettre en place des actions ciblées avec l'équipe.

En plus de ces rôles vis à vis du malade, il est chargé de l'accueil et l'entretien avec les familles. Il va également soutenir et informer les familles. En effet, cette maladie étant très difficile à supporter pour l'entourage, le psychologue est là pour l'aider à franchir toutes les étapes. Il va les écouter, les déculpabiliser, les conseiller...

Prise en charge en kinésithérapie

Par l'immobilisme que peut entraîner la maladie et l'âge avancé des sujets, les malades ont beaucoup de problèmes articulaires, de fonte de muscles, d'hypertonie... La kinésithérapie peut effectuer « des actes de mobilisation et de rééducation individuelle spécialisée » (Gely, Nargeot et al, 1998, p. 564). Afin de soulager ce corps meurtri, le kinésithérapeute peut proposer des séances de massage, de gymnastique, de stimulation de la marche.

Prise en charge psychomotricité

Le psychomotricien a une réelle place auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer mais cette prise en charge n'est pas simple compte tenu des troubles de cette maladie. Son travail peut s'orienter soit vers une thérapie soit vers une rééducation.

Le psychomotricien peut avoir une action globale sur les patients à l'aide de technique telle que la relaxation qui peut avoir un effet sur d'éventuelles tensions ou d'hypertonie musculaire.

Il peut également proposer des prises en charge rééducatives sur les troubles cognitifs tels que l'apraxie, la désorientation spatiale... Enfin, il peut travailler avec le patient non pas dans une optique rééducative mais dans le but de maintenir leurs capacités. Le travail peut s'effectuer en séance individuelle ou en groupe ce qui peut favoriser l'intégration.

Il travaille à partir d'un bilan psychomoteur adapté qui évalue les difficultés et les aptitudes du malade et envisagera ou non une prise en charge la plus adaptée. Si le bilan n'est pas possible, le psychomotricien travaillera sur la base d'observation de l'activité spontanée.

En plus de ce rôle auprès des patients, le psychomotricien peut avoir un rôle de conseiller et de formateur auprès de l'équipe.

Ces prises en charge ne sont envisageables que s'il y a eu une évaluation et un diagnostic posé.

I-5 EVALUATION ET DIAGNOSTIC

De la plainte mnésique à la phase terminale, il est très important d'évaluer les compétences cognitives et non cognitives. D'une part, cette évaluation, complétée par un diagnostic différentiel, permet de reconnaître la maladie qui s'installe et de donner aux patients le traitement le plus adapté afin de ralentir l'évolution en favorisant de nouvelles connexions neuronales.

D'autre part, il est très important de suivre l'évolution de la maladie aussi bien pour les traitements que pour les prises en charge. C'est pourquoi, il faut continuer à évaluer les fonctions cognitives ou non cognitives. Pour ce faire, il existe différents examens tels que cliniques (I-5-1, p. 18), psychométriques (I-5-2, p. 19), neurologiques (I-5-3, p. 20).

I-5-1 Evaluation clinique

L'entretien avec le patient et son entourage permet d'analyser le motif de consultation, d'observer le patient et d'interroger le patient et sa famille. C'est un temps essentiel car « l'entretien avec le patient et son entourage permet de préciser la nature des troubles et leur mode évolutif » (Déroutesné, 1995, p104).

Le premier motif de consultation est souvent une plainte mnésique. La personne souffre d'oublis de plus en plus fréquents et inhabituels. Il est très important de comparer ses réponses avec celles de son entourage car le patient peut minimiser ses difficultés ou en avoir une conscience limitée. Cependant, parfois la première consultation se déroule quand la maladie est déjà avancée car le patient arrive à contourner ses difficultés et à le cacher à son

entourage. Si les troubles cognitifs sont souvent bien tolérés, la survenue des troubles comportementaux peut alors déclencher cette consultation (Touchon Portet, 2000).

Lors de cet entretien, il est intéressant de bien observer le patient afin de noter le niveau d'anxiété, d'angoisse et d'agitation qu'il peut ressentir. Il peut également voir si le patient sait et comprend pourquoi il est là. Ensuite, l'interrogatoire permet d'évaluer plus précisément les difficultés mais aussi s'informer sur sa vie et son passé. On peut noter là ses difficultés de compréhension et de langage.

1-5-2 Evaluation psychométrique

Pour Touchon et Portet (2000), les tests participent au diagnostic précoce et permettent d'évaluer les performances cognitives. Cette évaluation du niveau cognitif peut se faire de manière globale ou au contraire dans un domaine cognitif précis.

Le Mini Mental State, examen de Folstein, 1975

Le MMS permet d'évaluer les différents domaines cognitifs car il s'intéresse à l'orientation spatio-temporelle, aux apprentissages, à l'attention et le calcul, au rappel mnésique, au langage écrit et oral, et enfin aux praxies. Chaque réponse est notée et le total est sur 30. « Le seuil de démence est en général fixé à 23/24 » (Touchon et Portet, 2000, p. 56). Mais, il faut manier ces résultats avec précaution car en fonction du niveau socioculturel, les résultats peuvent varier. En effet, comme le précise Touchon et Portet (2000) un professeur d'université ayant un résultat de 26 peut être considéré comme dément et à l'inverse une personne qui n'a jamais été scolarisée peut aller très bien avec un résultat de 20 points. (cf. annexe, 3)

Autres tests

Il existe des tests plus spécifiques pour évaluer le langage, la mémoire, les praxies et les gnoses. En effet, des tests plus spécifiques comme le Brown Peterson permet d'évaluer la mémoire à court terme. Il consiste à présenter «un trigramme de sons, de consonnes ou de mots, en modalité auditive ou visuelle et que le sujet, interrogé, devra rapporter après un délai

variable de 0 à 30 secondes » (Eustache et Agniel, 1995, Solal, p. 170). La mémoire à long terme et plus particulièrement la mémoire du passé est évaluée par le test de Crovitz et Schiffman (1974). « Le sujet doit évoquer un souvenir personnel que lui inspire un mot qu'on lui présente » (Eustache et Agniel, 1995, Solal, p. 203).

I-5-3 Examen neurologique

« Ils ont pour but essentiel d'éliminer les affections non dégénératives susceptibles de retenir la fonction cérébrale » (Dérouté, 1995, p. 105).

Scanner

Il permet, d'une part, de mettre à l'écart une hydrocéphalie ou une tumeur qui seraient la cause des troubles et il permet, d'autre part, de repérer des éléments qui vont dans le sens d'un diagnostic positif (comme la dilatation ventriculaire sur deux examens successifs à un an d'intervalle).

Imagerie à résonance magnétique (IRM)

Plus performant que le scanner, il permet de mettre en évidence une atrophie de la région hippocampique par exemple.

Pour certains spécialistes, les conclusions du scanner sont peu fiables car la spécificité n'est pas encore montrée surtout pour les patients de plus de 70 ans.

Electroencéphalogramme

Cet examen apporte des éléments qui vont dans le sens d'un diagnostic positif.

I-5-4 Diagnostic

Comme précisé antérieurement, le diagnostic précoce est très utile pour pouvoir prendre en charge le plus tôt possible le patient et ainsi limiter l'évolution de sa maladie. Ce diagnostic se fait à l'aide d'une batterie de tests mais le diagnostic positif fiable «dépend de

l'expérience de l'examineur, des critères retenus pour poser le diagnostic et enfin des moyens mis en œuvre pour l'établir » (Dérouté, 1995, p. 106).

Aujourd'hui beaucoup de spécialistes utilisent les critères établis par le « National Institut of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, (NINCDS-ADRDA) » (Eustache Agniel 1995, p. 23). Le diagnostic suivant ces critères se révèle juste après l'autopsie dans 64% à 86 % des cas.

Il n'existe pas de critère pathognomonique pour un diagnostic positif. Pour Brouillet et Sysau, «le diagnostic de la démence de type Alzheimer est un diagnostic d'exclusion » (2000, p. 73). C'est-à-dire qu'il faut éliminer toutes autres pathologies afin de poser un diagnostic. L'examen post-mortem est le seul qui retire toutes incertitudes.

Diagnostic différentiel

Pour un diagnostic positif, il faut retirer les causes qui ne sont pas une démence tels que des causes psychoaffectives, les états confusionnels, le retard mental et les causes iatrogènes.

La maladie d'Alzheimer est une démence assez répandue et sa fréquence dans la population continue à augmenter. Nous ne connaissons pas encore aujourd'hui de traitements qui permettraient d'enrayer cette pathologie mais nous savons ralentir ses conséquences. En effet, la maladie d'Alzheimer provoque un ensemble de troubles cognitifs ou non cognitifs qui aboutissent tous les deux à une perte d'autonomie totale. Ce tableau clinique s'installe progressivement et est la conséquence d'un processus dégénératif qui atteint le cerveau. La sémiologie de la maladie est très hétérogène dans son mode d'expression ce qui rend le diagnostic difficile à poser. Il se fait à l'aide de tests et d'examens qui permettent également de cibler les prises en charge nécessaires. Malheureusement, la science ne connaît pas encore les causes de ce processus et l'étiologie n'est abordée qu'en terme d'hypothèses.

Le tableau clinique évoqué ci-dessus comporte un trouble appelé apraxie que nous étudierons dans cette deuxième partie théorique.

II-L'APRAXIE

Les troubles praxiques sont constitués par les dyspraxies et l'apraxie. Ces dernières sont «les synonymes d'habilité motrice et désignent le système de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention » (Carric, 2000, p. 134). Après avoir défini les apraxies et la sémiologie du geste, nous verrons les différents types d'apraxie et l'évaluation de certaines d'entre elles et enfin leurs particularités dans la maladie d'Alzheimer.

II-1 LES APRAXIES

II-1-1 Définition

Initialement, l'apraxie a été définie par Liepman comme étant «l'incapacité à reconnaître et à exprimer les gestes conventionnels acquis » (Brun, Pérénou et Blard, 1997, p. 27). Cette définition restreint l'apraxie aux activités apprises, c'est-à-dire aux gestes symboliques et à l'utilisation d'objet. Elle est, par la suite, élargie, par la définition donnée par Degerine : l'apraxie est, pour lui, «le déficit de l'activité gestuelle qui ne peut être expliqué par une atteinte motrice, sensitive ou une altération intellectuelle » (cité par BRUN et al, 1997, p. 27).

D'autres définitions complètent ces dernières en précisant que l'apraxie est «un trouble acquis de l'exécution intentionnelle d'un comportement moteur finalisé, consécutif à une lésion cérébrale localisée (Signoret et North cités par Le Gall et Aubin, 1994, p. 72).

En somme, l'apraxie est définie «comme étant une pathologie du geste, chez des sujets ne présentant pas de déficit sensori-moteur, pas de trouble de compréhension ni de détérioration mentale importante » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 72). Néanmoins, toutes les perturbations du geste ne relèvent pas toujours de l'apraxie. La maladresse, par exemple, ne fait partie des apraxies mais c'est une perturbation du geste.

II-1-2 Evolution de la définition à travers le temps

En 1908, Hugo-karl Liepman décrit les différentes formes d'apraxie et en distingue, à l'époque, trois : idéatoire¹, idéomotrice¹ et mélokinétique¹. Pour lui, il n'existe «qu'un seul mécanisme pour l'apraxie dont les différentes formes correspondent à des atteintes sélectives des différents niveaux psychologiques de l'acte volontaire » (cité par Le Gall et Aubin, 1994, p. 74).

Après lui, d'autres spécialistes se sont intéressés aux apraxies comme Kleist et Staus qui découvrent l'apraxie constructive en 1924 et Brain qui distingue l'apraxie d'habillage en 1941. En 1967, Hecaen modifie la classification des apraxies en distinguant les gestes s'exerçant en l'absence d'objet, de ceux manipulant des objets et enfin des gestes de construction. En 1979, Signoret et North «formulent un nouveau modèle de l'apraxie à partir d'une organisation gestuelle qui pense double » (le Gall et Aubin, 1994, p. 75).

II-1-3 Sémiologie du geste et erreurs apraxiques

Il existe différentes catégories de gestes :

- les gestes symboliques : sont les gestes conventionnels comme le «salut militaire », le «pied de nez »...
- les gestes expressifs : ce sont les gestes tels que «ça sent mauvais », «il est fou »...
- les gestes arbitraires : ces gestes n'ont pas de signification (l'opposition des doigts par exemple) ;
- les gestes de mime d'utilisation d'objets encore appelés pantomimes.
- les gestes d'utilisation effective d'objets réels : ils sont soit simples comme utiliser de ciseaux soit complexes comme allumer une bougie.

¹ Cf. définition p. 26

Il existe plusieurs erreurs observées lors de la réalisation d'un de ces gestes :

- l'omission, c'est-à-dire l'absence de mouvement, de réponse ou d'amorce non spécifique d'un mouvement ;
- le geste ébauché ou maladroit et inefficace ;
- la perplexité ;
- la persévération, la plus souvent partielle ;
- l'assimilation d'une partie du corps à l'objet : par exemple l'index tendu pour la brosse à dents ;
- la parapraxie : c'est-à-dire la substitution de geste, l'adjonction d'éléments moteurs inappropriés, la réalisation incomplète ;
- l'erreur dans la succession logique des actes élémentaires ;
- l'erreur dans l'utilisation d'un objet voir l'utilisation d'un objet pour un autre ;

Ces erreurs praxiques se retrouvent plus ou moins dans tous les différents types d'apraxie que nous allons décrire dans la partie suivante.

II-2 SEMIOLOGIE DES APRAXIES

La sémiologie des apraxies sera étudiée au cas par cas, en distinguant les apraxies gestuelles (II-2-1, p. 25) et les autres formes (II-2-2, p. 27).

II-2-1 Les apraxies gestuelles

Cette catégorie des apraxies se subdivise, elle aussi, en trois catégories.

L'apraxie motrice

« L'apraxie motrice s'exprime par un trouble de la dextérité du geste » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 79). Elle se caractérise par une incapacité à réaliser des gestes alternatifs, rapides ou en séries.

Elle affecte essentiellement les extrémités des membres supérieurs et est généralement unilatérale. Cette apraxie correspond pour certains à « l'apraxie mélokinétique

mais pour d'autres ce terme est réservé aux anomalies de l'organisation dynamique gestuelle décrite par Luria en 1978 » (Le Gall, 1998, p. 128).

Cette apraxie peut être due :

- « soit à une lésion corticale sylvienne et est alors accompagnée d'une aphasie globale » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 82) ;
- « soit à une lésion dans l'aire de Broca ou plus en avant dans le lobe frontal et est alors associée à une aphasie de Broca » (ibidem).

L'apraxie idéomotrice

« Elle se caractérise par une altération des gestes simples isolés ou de certains fragments d'une séquence gestuelle réalisée sur imitation ou sur ordre. » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 79).

Nous la retrouvons au niveau des membres (apraxie des membres) ou au niveau de la face (apraxie orale). Elle touche les gestes symboliques, expressifs, arbitraires ou encore les pantomimes à une intensité variable. Elle peut être unilatérale ou bilatérale.

L'apraxie bilatérale apparaît sous deux formes différentes :

- soit elle est dite supra-modale et correspond à une perturbation sur ordre ou sur imitation et est souvent associée à une aphasie.

- soit elle est spécifique à une modalité sensorielle.

Selon les différentes formes décrites plus haut, nous retrouvons des «lésions pariétales, des lésions plus antérieures ou encore des lésions sous corticales (Le Gall et Aubin, 1994, p. 82).

L'apraxie idéatoire

Elle correspond à une perturbation dans la manipulation d'objet. Parler d'apraxie idéatoire signifie que le sujet réalise des erreurs dans la succession des actes et dans l'utilisation de l'objet. Une simple maladresse ne suffit pas pour poser le diagnostic d'apraxie idéatoire. Pour certains auteurs, comme Morlès, elle est équivalente à «une agnosie d'utilisation ou à une amnésie sémantique » (Le Gall, 1998, p. 128).

« L'apraxie idéatoire se retrouve dans les lésions dégénératives, des lésions hémisphériques et bi-hémisphériques et enfin de lésions de localisation temporo-pariétale gauche » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 82).

II-2-2 Autres formes

Sans exhaustivité, cette section présente brièvement les autres formes les plus fréquemment rencontrées.

L'apraxie constructive

« Elle apparaît lors de tâches telles que le dessin libre ou copié ou les constructions bi ou tri dimensionnelles » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 83). L'expression de l'apraxie change en fonction des régions cérébrales lésées. Ainsi, les performances s'améliorent par l'apprentissage pour une « lésion de l'hémisphère gauche. A l'inverse, les lésions localisés dans l'hémisphère droit ne peuvent être que peu compensées par l'apprentissage (Brun et al, 1997, p. 28).

L'apraxie d'habillage

Cette forme d'apraxie est la forme la plus rare. C'est la difficulté à s'habiller, à ordonner, à orienter, à enfiler et à ajuster ses vêtements. Elle est unilatérale ou bilatérale et cette dernière forme peut être associée à une apraxie idéatoire.

Cette apraxie est due à des « lésions pariéto-occipitales de l'hémisphère droit » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 84).

L'apraxie bucco-faciale

Cette apraxie se caractérise par une incapacité à réaliser des gestes volontaires mais les actes réflexes sont maintenus. Les sujets atteints par cette apraxie peuvent, par exemple, déglutir mais ne peuvent pas gonfler une joue sur commande. Elle atteint les deux côtés du visage et est associée le plus souvent à une apraxie idéomotrice.

Elle est la conséquence d'une lésion de l'opercule rolandique (Le Gall et Aubin, 1994, p. 84).

L'apraxie de la marche

Elle est décrite par Gerstmann et Schilder en 1926 et touche les membres inférieurs. Elle correspond à «une difficulté à effectuer des mouvements volontaires abstraits » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 84), c'est-à-dire faire un mouvement avec un objet imaginaire. Les sujets ne peuvent plus, par exemple, faire semblant d'enjamber un obstacle irréal.

Elle est due à des lésions frontales bilatérales. (Le Gall et Aubin, 1994, p. 84)

Les apraxies sélectives

Ce sont les apraxies spécifiques à un domaine. Hecaen, par exemple, associe l'agraphie et l'amusic à une apraxie sélective (cité par Le Gall et Aubin, 1994).

Le chapitre suivant s'intéressera à l'évaluation des principaux types d'apraxie (idéomotrice et idéatoire) que j'ai pu fréquemment rencontrer lors de mon stage ou celle qui m'a plus particulièrement intéressée (l'apraxie d'habillage). Une description de l'évaluation de tous les types d'apraxie ne m'a pas semblé intéressante pour ce mémoire.

II-3- EVALUATION

De manière générale, avant de procéder à l'évaluation des praxies, il faut examiner :

- la compréhension du langage orale et/ou écrit et s'assurer qu'elle est correcte pour comprendre la consigne.
- le schéma corporel.

Après ces examens préliminaires, nous pouvons procéder à l'évaluation de l'apraxie. Cette section retiendra les apraxies les plus fréquentes soit : l'apraxie idéomotrice, l'apraxie idéatoire et l'apraxie d'habillement.

II-3-1 Evaluation de l'apraxie idéomotrice

Pour Brun et al (1997), cette apraxie est étudiée selon les différents niveaux anatomiques (les membres supérieurs et inférieurs, le tronc et la tête). Ensuite, l'examineur cherche si les gestes sont unilatéraux ou bilatéraux et s'ils sont réflexifs ou non réflexifs (soit des gestes rapportés au corps, soit au contraire des gestes tournés vers l'extérieur).

Elles peuvent être mises en évidence par le test d'imitation de Bergès et Lézine ou encore par l'épreuve de Head (Albaret, 1995).

II-3-2 Evaluation de l'apraxie idéatoire

L'apraxie idéatoire s'évalue par l'examen d'utilisation d'objets réels, d'imitation et de pantomimes.

Ces trois examens se mesurent soit par la réussite ou l'échec des mouvements à réaliser soit par les erreurs énumérées plus haut (Cf. II-1-3, p. 25).

II-3-3 Evaluation de l'apraxie d'habillement

L'activité d'habillement est décomposée en quatre actes successifs :

- l'ordre consiste à choisir une pièce ;
- l'orientation à disposer correctement le vêtement ;
- l'enfilage à mettre le vêtement ;
- l'ajustement à terminer l'enfilage et attacher l'habit.

Lors des différentes phases du processus d'habillement, le sujet peut être confronté à plusieurs difficultés telles que des comportements déficitaires, parasites ou encore interactifs :

- les comportements déficitaires sont des erreurs dans la réalisation d'un des actes, des omissions d'un acte, des persévérations d'un acte, l'arrêt de l'action ou encore le déshabillage d'un vêtement déjà placé ;
- les comportements parasites sont l'éparpillement, la passivité et la dispersion.
- les comportements interactifs sont des comportements de demande d'information, d'aide, d'aveu d'incapacité ou d'opposition.

II-4 L'apraxie dans la maladie d'Alzheimer

Dans la démence de type Alzheimer, nous pouvons retrouver tous les types d'apraxies mais nous allons voir les particularités de l'apraxie dans la maladie d'Alzheimer.

II-4-1 Difficulté de mise en évidence

Les apraxies ne sont pas, comme pour les troubles de la mémoire, «une manifestation caractéristique d'une démence. » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 122)

De plus, ces troubles peuvent ne pas être repérés par l'entourage car ils ne sont pas évidents à dépister dans la vie quotidienne. Les personnes atteintes de démence de type Alzheimer peuvent mettre en place des conduites d'évitement pour ne pas montrer leurs difficultés notamment pour l'apraxie idéatoire. Elles peuvent, en effet, refuser une activité afin de ne pas se mettre en situation d'échec.

Enfin, les tests pour les repérer ne sont pas toujours proposés aux patients. Malheureusement, les tests spécifiques aux apraxies ne font pas partie des tests les plus fréquents ou alors ne concernent que l'apraxie idéatoire ou idéomotrice. Le MMS, test le plus couramment utilisé, ne permet pas, à lui seul, de les mettre en évidence.

II-4-2 Evolution

A partir des travaux d'Ajuriaguerra, (cité par Viader, Eustache, Chevalier, 2000) il apparaît que l'apraxie constructive est la première à se manifester dans le tableau clinique des

apaxies dans la maladie d'Alzheimer, puis, vient ensuite l'apaxie idéomotrice et enfin à l'apaxie idéatoire.

Des études plus récentes montrent une certaine hétérogénéité dans l'apparition des troubles praxiques chez les patients. Certains souffrent, dès la phase de début, d'apaxie, d'autres seulement à la phase d'état. Ou encore certains présentent une apaxie idéatoire sans avoir une apaxie idéomotrice.

De plus, cette hétérogénéité se retrouve dans la fréquence de l'apaxie dans les formes séniles et préséniles.

Enfin, comme nous l'avons précisé dans la première partie (Cf. partie théorique, I-2, p. 7), cette hétérogénéité n'est pas propre à l'apaxie et se retrouve également dans les autres troubles cognitifs de la maladie d'Alzheimer.

L'apraxie, un des troubles de la maladie d'Alzheimer, est le résultat de lésions cérébrales provoquées par le processus dégénératif de la démence de type Alzheimer. L'apraxie comporte plusieurs formes mais elles ne sont pas toutes présentes dans la maladie d'Alzheimer et l'ordre d'apparition reste aujourd'hui flou. Nous avons plusieurs outils d'évaluation qui permettent de repérer l'apraxie. Dans l'étude clinique qui suit, je me suis attachée à l'apraxie d'habillage en proposant à trois personnes une prise en charge psychomotrice. En effet, ce trouble m'a particulièrement touché car ses conséquences sont, pour moi, très dures à supporter. Avant de détailler cette rééducation, je préciserais le cadre où se déroulent ces prises en charge.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

J'ai effectué mon stage de troisième année dans une structure psychogériatrique située en banlieue parisienne. Cette structure accueille des personnes âgées atteintes de démences telles que la maladie d'Alzheimer ou la démence frontale.

Ce stage s'est déroulé de septembre 2000 à juin 2001 à raison d'un jour par semaine.

I - PRESENTATION DU CADRE

I-1 L'institution

Comme je l'ai précisé, cette institution accueille des personnes âgées atteintes de démences. Les troubles, que cette maladie engendre, nécessitent que le lieu soit aménagé pour respecter chaque individu. Cet aménagement ne se cantonne pas qu'au lieu, il faut également un personnel adéquat, un déroulement précis des événements de la journée. Nous allons voir les spécificités mises en place par cette institution pour répondre au mieux à la maladie.

I-1-1 Le lieu

Cette structure se présente sous la forme d'un grand bâtiment situé au milieu d'un jardin. L'accueil se fait à l'entrée par les deux secrétaires médicales. A cette entrée, se trouvent les bureaux indépendants des cadres de l'institution : celui de la directrice, du médecin coordinateur et de la psychologue. Cette partie de l'institution est fermée aux résidents par une porte vitrée qui s'ouvre à l'aide d'une clef. Nous verrons que beaucoup d'autres salles sont fermées à clef mais ceci ne doit pas être pris comme un enfermement gratuit. Au contraire, il permet aux résidents de se déplacer à leur guise dans les parties communes tout en éliminant un risque majeur qui est la fugue de ces derniers. Les parties communes sont assez vastes pour respecter ce besoin de déplacement.

Le centre du bâtiment est composé d'une grande salle appelée « l'agora » où a lieu l'animation et les repas. Cette salle est la salle principale de l'institution et est un véritable lieu de vie et de rencontre. De cette salle, partent les quatre salles suivantes :

- une salle à manger pour les repas des résidents les plus dépendants ;
- un petit salon, ouvert occasionnellement pour les visites des familles, l'animation ou encore en tant que salon de télévision ;
- un salon de coiffure et de pédicure, ouverts deux fois par semaine ;
- une infirmerie dont l'accès est fermée aux résidents qui disposent d'une pharmacie complète.

Les chambres des résidents sont individuelles ou partagées par deux pensionnaires. Elles sont disposées sur trois étages. Elles sont équipées d'un lit médicalisé ou non, d'une armoire, d'une commode et sont attenantes à une salle d'eau (douche et toilette). L'aménagement de ces chambres respecte leur âge et en quelque sorte leur vie privée. Malheureusement, à un stade avancé de la maladie, les résidents ne peuvent plus gérer leurs affaires personnelles et peuvent même les endommager. C'est pourquoi, les chambres ne s'ouvrent qu'avec une clef. Les résidents, dont la santé le permet, sont munis d'une clef afin qu'ils puissent y aller quand ils le souhaitent.

L'accès aux chambres est desservi par de longs couloirs où nous retrouvons souvent les résidents qui déambulent. Ces couloirs sont parfois le lieu de débordements allant jusqu'à des actes de violence entre deux résidents. J'ai déjà pu assister à une altercation entre deux résidents qui, suite aux troubles du comportement, en sont venus aux mains.

Dans une troisième partie, se trouvent le bureau de l'animatrice, le réfectoire pour le personnel et la salle de psychomotricité. La salle de psychomotricité est assez grande et elle est munie d'un espalier, d'une rampe et d'un lavabo. A côté, il y a un placard où se trouve tout le matériel nécessaire pour l'animation et la psychomotricité. Ce lieu se prête à des discussions entre les animatrices et le psychomotricien. Ils échangent leur point de vu sur les résidents ou des événements qui se sont déroulés pendant la journée.

I-1-2 Le personnel

- L'équipe est composée de trois cadres (la directrice, le médecin coordinateur, la psychologue) ;
- L'encadrement quotidien (toilette, repas...) des résidents est assuré par les aides soignantes et les auxiliaires de vie ;
- Des infirmières se chargent des soins médicaux ;
- Les activités de la journée sont prises en charge par deux animatrices. Les aides soignantes et les auxiliaires participent à l'animation après le goûter ;
- Le psychomotricien, présent à mi-temps dans l'institution, assure des prises en charge individuelles ou en groupe.
- Des intervenants extérieurs tels que médecins libéraux, kinésithérapeutes, podologues, coiffeuses participent aux soins donnés aux résidents ;
- Des cuisiniers et du personnel d'entretien sont présents pour assurer les repas et le nettoyage de l'institution ;

Dans cette institution organisée, l'emploi du temps est lui aussi calculé.

I- 2 Description d'une journée

Les résidents sont réveillés le matin pour prendre leur petit déjeuner vers 8h00.

Dans la mesure de leurs besoins ou de leurs capacités, les moins autonomes d'entre eux, sont aidés à faire leur toilette et s'habiller. Les personnes chargées de ce rôle les aident ensuite à descendre dans l'agora.

A 10h00, l'animation commence. Les activités sont diverses : jeux de tableau, lecture, chant, jeux de société...

A 12h00, il est l'heure de s'installer pour déjeuner. Les résidents ont une table attribuée en fonction de leur niveau d'autonomie et de leurs affinités. J'ai remarqué que les résidents, eux-mêmes, sont très attachés à cette attribution et qu'elle détermine souvent les petits groupes qui se forment plus tard dans la journée. En effet, malgré la présence de beaucoup de résidents, nous pouvons remarquer que les résidents restent toujours avec les mêmes personnes. Après le déjeuner, les résidents les moins autonomes sur le plan de la continence sont amenés aux toilettes.

A 14h30, l'animation commence.

A 16h00, un goûter est proposé au résident.

A 17h00, une nouvelle animation est mise en place.

A 18h00, les résidents dînent.

A 20h00, après les avoir accompagnés aux toilettes, ils sont accompagnés dans leur chambre afin d'y être couchés.

Nous pouvons constater que la journée est rythmée par les repas et les animations. Ces deux activités favorisent la socialisation et donnent des repères spatio-temporels aux résidents par leurs régularités. Ce dernier point est très important quand nous savons les troubles qui atteints les résidents.

Après cette présentation de la structure institutionnelle et de l'organisation d'une journée type, je vais décrire mes différentes prises en charge.

Pour chaque cas, nous étudierons l'anamnèse, les différents bilans, le projet thérapeutique et enfin la prise en charge.

II – ETUDE DE CAS MME B

II-1 Présentation générale

Mme B est née le 27 août 1912, elle donc âgée de 88 ans. Souffrant d'une démence de type Alzheimer, elle est entrée dans une structure psychogériatrique le 2.12.99.

II-2 Anamnèse

Mme B est issue d'une famille de 4 enfants :

- J., l'aînée décédée en 1993 d'une démence de type Alzheimer.
- S., handicapée
- Et R.

Son père est décédé pendant la guerre de 1914-1918, sa mère doit alors élever ses 4 enfants seule.

En 1930, Mme B est alors esthéticienne, se marie et a une fille deux ans plus tard. Peu de temps après, Mme B divorce. Elle confie alors la garde de sa fille à sa mère. Quand cette dernière tombe malade, la fille de Mme B, âgée de 16 ans est placée en pension jusqu'à ses 20 ans. Mme B ferme son salon d'esthétique au début de la seconde guerre mondiale et devient secrétaire de direction.

En 1952, elle épouse M. B, collègue de travail. Jusqu'au décès de son mari, Mme B est reconnue comme étant une femme dynamique, gaie mais égoïste. D'après sa fille, elle a toujours agi de façon à ce qu'on s'occupe d'elle. Après le décès de M. B, Mme B se révèle possessive, exclusive envers sa fille alors que celle-ci divorce de son mari alcoolique et s'occupe seule de sa fille. Mme B s'installe chez sa fille pendant 1 an puis rentre chez elle.

Suite à des fugues, à des troubles cognitifs et comportementaux, sa fille la place dans une structure psychogériatrique le 16.12.99 en hospitalisation temporaire puis définitive. L'apparition des troubles a été progressive et sans facteur déclenchant apparent.

Aujourd'hui, elle a certains troubles du comportement tels que l'incohérence des propos et désorientations. Mme B faisait sa toilette seule et s'habillait seule mais depuis la fin du mois de novembre 2000, Mme B s'est mise à perdre beaucoup d'autonomie. Pour les tâches de la vie quotidienne, Mme B a besoin d'une aide presque totale. Elle se déplace difficilement avec l'aide d'une canne (elle a 2 prothèses de hanches).

Mme B est une femme qui a une certaine allure et semble être très exigeante avec elle-même. Elle est très soignée et très attachée à son apparence physique. Par exemple, elle se trouve trop grosse (malgré qu'elle soit assez fine) et veut faire un régime. Heureusement, elle tient ces propos lors de sa toilette et les oublie lors du repas. Elle ne supporte plus son visage ridé et regrette sa jeunesse. Pour elle, être jeune est la meilleure qualité que l'on puisse avoir.

II-3 Bilans

II-3-1 Bilan psychologique

Le dernier bilan psychologique date du 26.06.00 et met en évidence que Mme B refuse la vieillesse et ses maux.

De plus, Mme B exprime nettement le conflit avec sa fille. Elle lui reproche de ne pas être démonstrative et de ne pas l'aimer, comme elle, l'aime. Mme B ressent une forte culpabilité par rapport à l'éducation de sa fille qu'elle n'a pas faite.

Elle projette sur sa fille ses propres sentiments. D'après la psychologue du centre, il serait souhaitable que Mme B et sa fille se disent leur sentiment mutuel.

II-3-2 Bilan psychomoteur

J'ai réalisé le bilan psychomoteur le 20.09.00.

Pendant le bilan, Mme B semble un peu intriguée et curieuse de comprendre les items. Elle est restée très concentrée et s'est appliquée tout au long de la passation. A la fin du bilan, Mme B me parle beaucoup de sa fille et au fil de la discussion beaucoup de confusions se font

sentir (mélange dans les dates, les événements...).

- Examen neuromoteur

Lors de l'examen du tonus de fond, Mme B présente beaucoup d'anticipations et des persévérations de mouvement. De plus, elle est incapable de se détendre, il n'y a aucun ballant. Elle présente des paratonies de fond et d'action. Elle a également des syncinésies axiales et à diffusions toniques. Mme B a refusé de s'allonger car elle ne se sentait pas capable. Je n'ai donc pas pu faire l'examen complet.

- L'équilibre

L'équilibre statique semble précaire. Elle a besoin de soutien et reste peu de temps en équilibre.

- La latéralité

N'ayant pas pu faire l'examen entier du tonus, je ne peux pas conclure sur d'éventuelles discordances. Néanmoins, l'examen de la latéralité d'utilisation et de la latéralité gestuelle spontanée montrent que Mm B utilise préférentiellement sa main droite.

- Coordinations dynamiques générales

Cet examen est assez limité compte tenu de l'âge et de l'état physique. Sa démarche est hachée, son buste contracté, il n'y a pas de ballant.

- Schéma corporel

Mme B n'a pas de trouble du schéma corporel.

- L'espace

Les notions spatiales sont connues dans l'ensemble mais l'organisation spatiale est plus difficile. A l'épreuve des pas comptés, elle fait des erreurs d'appréciations des distances mais sait s'adapter.

De plus, Mme B a quelques difficultés au test de Head. Ce dernier lui requiert beaucoup de concentration et Mme B n'effectue pas toujours la réversibilité.

- Le temps

Les notions temporelles sont connues et l'organisation est bonne. Le test de Mazo-Soubiran et celui de Mira Stamback montrent que Mme B est impulsive.

- Praxies

Mme B échoue dans la reproduction de figures géométriques, elle a une apraxie constructive. J'ai pu assister à sa toilette et je remarqué qu'elle avait aussi une apraxie d'habillage. Elle se trompe dans l'ordre et l'ajustement des vêtements. Elle ne présente ni d'apraxie idéomotrice ni d'apraxie idéatoire.

II-3-3 Conclusion du bilan psychomoteur

Le bilan montre que Mme B a un trouble de la régulation tonique (persévération, paratonies, syncinésies). Elle connaît les notions spatio-temporelles mais elle ne s'oriente pas dans l'espace.

Les coordinations dynamiques générales sont limitées par son état physique et son fond tonique élevé. Elle a un équilibre précaire.

Elle n'a pas de trouble du schéma corporel. Mme B a une apraxie constructive et une apraxie d'habillage.

II-4 Projet thérapeutique

Au regard des conclusions de bilan, je constate qu'il conviendrait à Mme B un travail sur :

- ▲ les troubles praxiques
- ▲ l'orientation dans l'espace
- ▲ le fond tonique
- ▲ l'équilibre

Les séances peuvent se faire en groupe ouvert afin de respecter la disponibilité de chacun et de favoriser la socialisation et dureront trois quarts d'heure.

Mme B souffrant d'une démence de type Alzheimer, il est important de favoriser au maximum son autonomie. C'est dans ce sens que s'inscrit le travail sur ses difficultés praxiques. L'apraxie d'habillage débutant, il serait intéressant d'accentuer notre travail sur cette rééducation par des exercices de décompositions du mouvement d'habillage. Toutefois, des exercices de pliage ou de reproduction de nœuds peuvent se faire au début de la prise en charge sur l'apraxie d'habillage. Ces exercices seront utiles, à la fois, pour le travail sur l'apraxie constructive mais aussi pour celui sur l'apraxie d'habillage.

De plus, nous pouvons proposer à Mme B un travail sur l'orientation dans l'espace. Cet atelier a pour but d'essayer de rectifier ses erreurs mais aussi de maintenir ses capacités. De plus, il peut se faire en amont ou en parallèle avec un travail sur les praxies.

D'après le bilan, il serait intéressant de travailler sur le fond tonique trop élevé. On pourrait proposer à Mme B des exercices de respiration, de relaxation de type Jacobson afin de permettre à Mme B d'abaisser ses tensions. Une relaxation de type Soubiran est envisageable pour lui permette un auto-entraînement. La verbalisation sera accentuée surtout pour les sensations de plaisir afin de montrer à Mme B que son corps est encore source de plaisir.

Compte tenu de son âge et de ses difficultés de marche, il est difficile d'envisager un travail très dynamique pour renforcer son équilibre. Cependant, on peut envisager un travail sur la prévention chute en lui proposant des exercices d'enjambement, de flexion-extension.

II-5 Prise en charge de l'apraxie d'habillage

II-5-1 Attitude de Mme B

Depuis le mois de novembre 2001, les capacités de Mme B ont beaucoup décliné. En effet, Mme B ne s'est pas remise d'un léger problème de santé. Elle a perdu complètement confiance en elle et souhaite mourir. Elle dit même avoir cherché un moyen mais n'en trouve pas. Lors d'une visite dans sa chambre, elle regarde par la fenêtre et me dit avec un certain cynisme « j'aurais pu sauter par la fenêtre mais je suis au rez-de-chaussée ! ».

Mme B a énormément besoin d'être rassurée. Elle sous-estime ses compétences et demande de l'aide surtout lors de ses déplacements. En réalité, elle peut très bien le faire toute seule mais elle semble avoir besoin de ces aides pour la rassurer mais aussi pour qu'on s'occupe plus d'elle.

II-5-2 Déroulement de la séance

Cet atelier sur l'apraxie d'habillage est mis en place depuis trois mois. Il se déroule en présence de deux autres résidentes tous les vendredis matins dans la salle de psychomotricité.

La séance est composée de plusieurs temps.

Tout à d'abord, je réexplique l'intérêt de cet atelier et je le situe dans le temps en leur remémorant les séances précédentes.

Ensuite, je leur propose des exercices de pliage ou de découpage.

Enfin, je les invite à habiller une poupée en décomposant les différents actes (ordre, orientation, enfilage, et ajustement). Plusieurs vêtements sont mis à leur disposition tels que

chaussette, collant, tee-shirt, chemise, pantalon, robe, veste, chapeau, culotte... Elles choisissent toutes les trois les vêtements et vont, chacune leur tour, déshabiller et habiller la poupée.

Lors de cette partie, je mets en place certaines conditions environnementales. C'est-à-dire que j'évite tout élément perturbateur tel que les vêtements non utilisés... En cas d'erreurs, j'attends d'abord une autocorrection puis je commence par une explication verbale, ensuite une ébauche du mouvement et enfin une aide manuelle en prenant ses mains. Dans ce cas, je verbalise toujours mon action afin qu'elle associe les informations auditives que je lui énonce aux informations visuelles qu'elle perçoit.

II-5-3 Evolution

Mme B vient facilement à l'atelier mais se plaint de la marche qu'il y a faire pour accéder à la salle de psychomotricité. Il faut, pour que Mme B reste concentrée, une salle chaude. En effet, sinon elle se plaint du froid et refuse de faire les exercices prétextant qu'elle est fatiguée. Depuis que je préchauffe la salle, elle reste attentive pendant la séance. Néanmoins, elle ne suit pas toujours lorsque ce sont les autres personnes qui habillent la poupée. A ces moments, elle essaye d'attirer notre attention en parlant d'elle. Ces moments là sont très importants dans la séance car elles échangent toutes les trois leurs expériences de mère et elles parlent entre elles de leur famille. Ceci leur permet de se remémorer les souvenirs et de créer des affinités plus fortes entre elles.

Mme B ne se souvient jamais de cet atelier et découvre la poupée toujours avec le même étonnement. La première fois, Mme B avait la même robe que la poupée, on décida alors d'appeler cette poupée par le même prénom que Mme B. Cela lui fit très plaisir et les autres séances elle se souvient vaguement de cet événement.

Lors des découpages ou des pliages, elle est très appliquée. Elle finit toujours la dernière mais ces exercices sont réalisés avec une certaine précision.

Mme B habille avec un certain amusement la poupée. Pour décrire cette partie de la séance, je vais la décomposer selon les quatre actes successifs de l'habillage :

- L'ordre : par oral, sans voir les vêtements, Mme B se trompe. Elle ne se souvient pas de la suite des vêtements à mettre. Néanmoins, lorsqu'elle passe à l'action elle le fait automatiquement. Cette difficulté peut renvoyer à des troubles aphasiques ou mnésiques.
- L'orientation : cet item n'est pas réalisé avec la même réussite à chaque fois. En fonction des vêtements, elle va orienter correctement. Par exemple, pour la robe elle a du mal et il n'y a pas d'autocorrection. Je vois à ce moment beaucoup de mouvements parasites. Le moyen de l'aider et de lui demander de se souvenir comment elle fait lorsqu'elle doit le faire pour elle. Après un temps de réflexion, elle trouve la bonne orientation.
- L'enfilage : cet acte est assez difficile et l'aide par oral ne suffit pas. Elle a besoin d'aide kinestésique. Les dernières séances, Mme B avait un peu moins de difficultés à ce niveau là.
- L'ajustement : Mme B a compris le mécanisme mais elle a quelques petites difficultés dans l'exécution. Il faut faire des gestes précis ce qui n'est pas évident pour elle.

II-5-4 Conclusion

Je remarque que dans l'ensemble Mme B a beaucoup moins de difficulté d'habillage sur la poupée que sur elle. Lors de sa toilette elle fait de nombreuses erreurs dans l'ordre et l'ajustement en plus de ses difficultés d'orientation et d'enfilage. Il me semble qui serait maintenant intéressant de travailler de cette manière avec elle. Mais, je pense que lors de sa toilette, elle accentue ces difficultés afin d'être encore plus soignée par l'aide soignante et également par la situation inconfortable dans laquelle elle se trouve.

Compte tenu de l'état de santé de Mme B, le projet thérapeutique doit évidemment évoluer. Il est aussi nécessaire de la stimuler au maximum pour éviter une chute de ses

facultés. Il est nécessaire de favoriser les contacts avec les autres pour éviter qu'elle se renferme sur elle. Il serait intéressant de maintenir l'activité en gardant à l'esprit les différents problèmes décrits plus haut et d'orienter la prise en charge en fonction des nouveaux objectifs, la revaloriser par rapport à ses capacités.

III- ETUDE DE CAS DE MME S

III-1 Présentation générale

Mme S est née le 14 janvier 1933, elle est âgée de 68 ans. Elle entre dans une structure psychogériatrique le 19.03.00 suite à des troubles de la mémoire. Elle présente une démence de type Alzheimer.

III-2 Anamnèse

Mme S est née en 1933 de parents «cressionniers ». Elle vivait avec ses parents et sa grand-mère. De 1940 à 1944, son père est prisonnier de guerre en Allemagne.

Elle se marie, en 1952, avec un de ses voisins duquel elle divorce en 1960. Son mariage fût un échec car son mari s'est révélé alcoolique et violent. Elle a eu avec lui 3 enfants. Suite à une liaison extra conjugale avec un ami marié, elle a eu une fille. Elle a aujourd'hui 7 petits enfants. Toute la famille s'entend bien et personne ne revoie l'ex mari de Mme S. Au début des années 80, Mme S travaille à la mutualité agricole où elle gravît progressivement les échelons. Elle termine sa carrière en occupant un poste à responsabilité.

Mme S est une femme charmante et dynamique. Très sociable, elle participe à toutes les activités. Ses troubles apparaissent en 1997 sans facteur déclenchant. Mme S a été placée dans cette structure suite à des troubles du comportement liés à une perte de mémoire.

III-3 Autres bilans

III-3-1 Bilan psychologique

Le dernier bilan psychologique a eu lieu le 01.05.2000.

Mme S est très coopérante, ravie de travailler sa mémoire. Elle apparaît légèrement désorientée dans l'espace et le temps. Ses propos sont cohérents, sa compréhension orale et écrite est bonne. Elle a des troubles de la mémoire à long terme et des troubles des fonctions supérieures (faculté d'analyse et de synthèse en baisse). Elle est devenue indifférente à la vie de ses enfants et de ses petits enfants. Elle est toujours proche d'eux mais ne semble plus concernée. Elle reste gaie et gentille mais devient de plus en plus «en dehors » du monde. Elle obtient 19 sur 30 au MMS. Il traduit une démence modérée.

III-3-2 Bilan psychomoteur

Le bilan a été effectué le 10.11.2000

Pendant le bilan, Mme S parle beaucoup de ses enfants mais sa concentration est maintenue lors des items. Elle ne cherche pas vraiment à comprendre ce qu'est un bilan psychomoteur. Elle est plus intéressée par les items en eux-mêmes. Il s'avère que Mme S est émotive et paraît inquiète face à l'échec.

▪ L'examen neuromoteur

Il révèle que Mme S a des participations, des persévérations d'attitude, des paratonies de fond et d'action et enfin des syncinésies à diffusion tonique et axiales. L'examen du ballant a été impossible à cause des troubles cités plus haut. Ces troubles sont dans une certaine mesure naturels chez la personne âgée. Néanmoins, chez Mme S, ils me paraissent trop importants et sont amplifiés par une anxiété face à l'échec.

- L'équilibre

L'équilibre statique semble précaire. En effet, elle ne reste pas plus de trois secondes en équilibre sur un pied. L'épreuve d'immobilité se déroule sans problème. Mme S n'a pas de réaction de prestance et elle n'a pas d'oscillation.

- Coordinations dynamiques générales

Au cours de la marche, les épaules sont abaissées, il n'y a pas de ballant, son pas est lourd. Elle est également très tendue lorsqu'elle saute à pieds joints.

Le saut sur un pied est impossible. Elle n'arrive pas à réaliser le mouvement sur commande orale. Ainsi, je lui montre mais ceci ne suffit pas, elle est dans l'incapacité de réaliser le geste. Ceci peut être une apraxie, mais c'est à vérifier par le dernier item du bilan.

- La latéralité

L'examen de la latéralité fonctionnelle et de la latéralité gestuelle spontanée montre que Mme S utilise préférentiellement sa main droite.

Je n'ai pas pu conclure sur la latéralité neurologique et sur d'éventuelles discordances car l'examen du ballant n'a pas pu être fait à cause de son fond tonique trop élevé. En outre, on peut penser que Mme S n'est pas bien latéralisée car on remarque de nombreuses confusions entre sa droite et sa gauche.

- Espace

Les notions spatiales sont connues mais l'orientation est confuse. Les confusions droite /gauche sont multiples et viennent perturber ses réponses. Mme S a échoué au test de Head car tous les items sont effectués en miroir. Oralement, elle donne la bonne réponse mais ne sait pas l'exécuter.

- Le temps

Les notions temporelles sont connues mais elle est désorientée dans le temps. Elle n'a pas réussi à me dire la date du jour et la saison.

Elle échoue également au test de Mira Stamback par son impulsivité. La reproduction rythmique par les symboles est incomprise. Elle reste tout de même très concentrée.

- Le schéma corporel

Mme S a une bonne connaissance de son corps.

- Les praxies

Mme S n'a pas d'apraxie idéatoire et idéomotrice. Mais elle présente une nette apraxie constructive (il n'y a pas de correction). J'ai eu l'occasion d'assister à sa toilette et je peux dire que Mme S a également une apraxie d'habillement. En effet, il y a une perturbation dans l'ordre, l'orientation, l'enfilage et dans l'ajustement des vêtements.

III-3-3 Conclusion de bilan du bilan psychomoteur

Le bilan montre des troubles de la régulation tonique (paratonie, persévérations ...) et une grande émotivité.

Son équilibre est précaire, les coordinations dynamiques sont réduites par son fond tonique trop élevé. On suppose un trouble de la latéralité.

Mme S est désorientée dans l'espace et le temps. Elle n'a pas de trouble du schéma corporel. Elle présente une apraxie constructive et d'habillement.

III-4 Projet thérapeutique

D'après les conclusions du bilan, je propose à Mme S une prise en charge sur :

- Les praxies
- L'orientation dans l'espace
- Son fond tonique.

Pour ce faire, je propose une prise en charge en groupe ouvert afin de favoriser les échanges entre résidents. Il faudra tenir compte de la disponibilité et de la fatigabilité de Mme S.

Tout d'abord, des exercices de reproduction de nœuds, de pliage et d'habillage seront proposés afin de maintenir et de stimuler ses capacités praxiques. Ces séances auront pour but de faciliter la vie quotidienne de Mme S. Elles se dérouleront avec deux autres résidentes.

Ensuite, une prise en charge sur l'orientation spatiale semble préconisée pour Mme S car les confusions droite/gauche sont multiples et l'orientation est défaillante. Il serait intéressant de monter cet atelier en parallèle avec l'atelier sur les praxies car ces troubles viennent perturber les mouvements de Mme S.

Enfin, une prise en charge en relaxation est envisageable afin d'abaisser son fond tonique. En effet, celui-ci étant assez élevé, nous pouvons lui proposer des exercices de relaxation de type Jacobson afin qu'elle prenne conscience de ses tensions et qu'elle puisse par la suite les contrôler et une relaxation de type Soubiran pour qu'elle puisse les reproduire seule. Cette relaxation aura pour but également de lui apprendre à maîtriser ses émotions.

III-5 Prise en charge de l'apraxie d'habillement

III-5-1 Attitude de Mme S

Mme S vient très facilement aux activités et anime les séances. Elle se vante assez de ses participations fréquentes aux ateliers.

Elle parle beaucoup avec les autres personnes du groupe. D'ailleurs, lorsque je m'occupe des autres personnes du groupe, elle ne s'y intéresse pas vraiment et préfère discuter avec les autres participants. Cependant, Mme S est toujours la première à se lever lorsque je propose un exercice.

Mme S participe volontiers à cet atelier et comprend bien l'intérêt de ces séances. D'ailleurs, après mes explications, elle le réexplique aux autres participantes qui ne comprennent pas toujours pourquoi nous sommes là. A ma grande surprise, elle se souvient une semaine sur l'autre de cet atelier bien qu'elle ne trouve pas forcément les mots pour le dire.

III-5-2 Déroulement des séances

Les séances se déroulent de la manière expliquée dans l'étude de cas de Mme B. Seulement, Mme S est plus déficitaire que Mme B et je suis alors obligée de modifier certains éléments. En effet, Mme S a beaucoup de mal dans l'orientation des vêtements. L'ordre n'est pas toujours correct mais elle peut s'autocorriger. C'est pourquoi, je l'accompagne verbalement pour l'ordre et manuellement pour l'orientation. Mon aide peut être considérée comme totale. Pour l'enfilage et l'ajustement, je l'aide de manière partielle et j'essaye d'estomper au fur et à mesure cette aide.

III-5-3 Evolution

Mme S est très sensible à l'échec et fait preuve d'une grande anxiété. C'est pourquoi je la rassure énormément quant à ses difficultés. Les deux participantes sont sensibles à cette émotion et j'ai remarqué qu'elles essayaient de l'aider et surtout dédramatisent la situation par l'humour.

Les découpages et les pliages ne sont pas soignés et sont réalisés avec une certaine impulsivité. Elle n'écoute pas entièrement la consigne pour se lancer tout de suite dans l'action. J'essaie de la canaliser sur l'activité en insistant plus sur la consigne. Par exemple, pour des découpages je trace des lignes plus épaisses pour qu'elle puisse mieux suivre les traits et je reste à côté d'elle afin de la guider dans son action. Pour les pliages elle a besoin de mon aide car ses difficultés spatiales viennent perturber son action. Depuis deux séances, je sens Mme S plus appliquée et soucieuse du résultat. Elle compare son travail avec celui des autres et elle me semble vouloir faire aussi bien que les autres. Cette interaction est un véritable moteur pour elle.

L'habillage de la poupée la fait beaucoup rire et elle se prête réellement au jeu. Elle commence toujours avec cette même impulsivité et s'énerve un peu lorsqu'elle n'y arrive pas.

Pour l'enfilage, ses compétences varient en fonction du vêtement. Par exemple, pour les collants elle se trompe entre deux mouvements celui de remonter le collant avec ses doigts pour toucher le bout du collant et celui de remonter le collant le long de sa jambe. Elle a également beaucoup de mouvements parasites. Elle ébauche certains gestes puis l'arrête et bouge la poupée. Cette nouvelle orientation de la poupée lui demande à chaque fois une adaptation. C'est pourquoi pour éviter des complications inutiles je lui demande de ne pas bouger la poupée.

L'ajustement est également très déficitaire. Elle attache deux boutons pas du même niveau ensembles.

Dans l'ensemble, il y a une auto correction mais elle ne parvient pas à réaliser le bon geste. Elle ne demande pas d'aide et peut rester longtemps à effectuer des gestes non productifs.

III-5-3 Conclusion

Je ne remarque pas chez Mme S de progrès sur ses capacités à habiller la poupée. Seulement, je note que Mme S change d'attitude par rapport à ses difficultés et commence à prendre son temps. Je pense qu'il serait intéressant de travailler avec elle l'habillage lors de sa toilette en parallèle avec ces séances et de travailler l'orientation dans l'espace. Mme S est très sensible à cette perte de l'autonomie et je pense que maintenir ses capacités est primordiale.

IV- ETUDE DE CAS DE MME M

Mme M, née le 26.03.1912, est entrée en dans une structure psychogériatrique le 1^{er} juillet 2000. Elle est alors âgée de 88 ans. Elle est atteinte d'une démence de type Alzheimer.

IV-1 Anamnèse

Mme M est agricultrice et s'occupe de l'entreprise familiale lorsque son père part à la guerre de 1939 à 1942.

Elle se marie en 1934 et a trois filles. A l'âge de 40 ans, son époux souffre d'arthrose et Mme M s'occupe de lui jusqu'à sa mort en 1988. Ses 3 filles sont mariées et elles ont une chacune des enfants et des petits enfants. Mme M a en tout 5 petits enfants et 9 arrières petits enfants.

Les troubles apparaissent progressivement en 1998. Elle est placée dans cette structure au début de manière provisoire puis définitive.

Mme M est décrite comme une femme ayant une forte personnalité, un peu autoritaire, indépendante. Elle n'a pas conscience d'être malade mais accepte de l'aide très facilement. C'est une personne qui ne parle pas beaucoup et qui est assez discrète.

Elle est aujourd'hui assez autonome. Elle marche et mange seule mais a besoin d'être aidée et d'être stimulée pour sa toilette et pour s'habiller. Mais, elle participe activement à ces deux tâches.

IV-2 Bilan psychomoteur

IV-2-1 Conclusions des items du bilan

J'ai effectué cet examen le 17 novembre 2000.

▪ Examen neuromoteur

Lors de cet item, Mme M a un tonus de fond élevé. Elle présente des paratonies de fond et d'action. Elle n'a pas de syncinésies. Du fait de son âge, je n'ai pas pu faire l'examen complet. En effet, il aurait fallu s'allonger par terre pour permettre l'évaluation de l'extensibilité des membres supérieurs. Or elle n'aurait pas pu se relever.

▪ Examen de la latéralité

Mme M semble utiliser préférentiellement sa main droite pour l'examen de la latéralité d'utilisation et de la latéralité gestuelle spontanée. Du fait de l'examen du tonus non complet, je ne peux pas conclure sur d'éventuelles discordances.

▪ Coordinations dynamiques générales

Mme M marche de façon autonome mais elle fait de tout petit pas, son buste est penché sur la droite. On ne voit pas de ballant des membres supérieurs et sa tête est penchée en avant.

- L'équilibre

Mme M n'a pas un équilibre très stable. En effet, lors de ses déplacements il faut qu'elle fasse des arrêts fréquents car la station debout n'est pas très sécurisante.

- L'espace

Mme M a une bonne connaissance des notions spatiales. Elle s'oriente bien dans l'espace et l'organisation est correcte. Seulement, elle ne sait pas s'adapter. Le test de Head est échoué car elle effectue toutes les réponses en miroir.

- Le temps

Les notions temporelles sont connues mais Mme M ne s'oriente pas dans le temps. Les tests de Mazo-Soubiran et Mira-Stamback sont réalisés avec une certaine impulsivité.

- Le schéma corporel

Mme M n'a pas de trouble du schéma corporel.

- Les praxies

Mme M n'a pas d'apraxie idéomotrice et idéatoire. Mais, elle a une apraxie constructive. Lors de sa toilette, je peux constater un début d'apraxie d'habillage.

IV-2-2 Conclusion de bilan psychomoteur

Le bilan révèle que Mme M a un fond tonique trop élevé. Son équilibre est précaire et vient perturber ses coordinations dynamiques générales. Elle n'a pas de trouble apparent de la latéralité. Elle n'est pas désorientée dans l'espace mais elle est désorientée dans le temps.

Elle n'a pas de trouble du schéma corporel. Elle présente une apraxie constructive et d'habillage.

IV-3 Projet thérapeutique

Il me semble qu'il serait intéressant pour Mme M de travailler :

- les troubles praxiques
- son équilibre
- l'orientation dans le temps

Ces séances se dérouleraient en groupe pour favoriser les rencontres entre les résidents et dureraient 45 minutes.

La prise en charge des troubles praxiques pourrait se dérouler par des exercices de pliage et de découpage puis des séances d'habillage d'une poupée.

La chute étant lourde de conséquences pour cet âge, un travail sur son équilibre serait favorable. Il pourrait se dérouler par des exercices d'enjambements, de conduites de balle...

L'orientation dans le temps lui faisant défaut, des séances de rééducation pourraient lui être proposé.

En ce qui me concerne, j'ai choisi de travailler sur l'apraxie d'habillage.

IV-4 Prise en charge de l'apraxie d'habillage

IV-4-1 Attitude de Mme M

Pendant les séances, Mme M est très discrète. Elle ne parle pas beaucoup et ne pose aucune question. Par contre, elle répond très aisément aux miennes ou à celles des autres

membres du groupe. Mme M vient très facilement participer au groupe mais elle n'est pas toujours d'accord pour habiller la poupée. Par exemple, lorsque je lui demande de le faire, elle sourit et me dit «non, non, je vous en pris allez-y, faites-le ! ». En insistant un peu, elle le fait sans aucun problème. Je pense qu'elle ne comprend pas bien l'intérêt de ce travail. N'ayant pas conscience de ses troubles, elle doit se demander pourquoi il faut maintenir ses capacités et surtout pourquoi il y aurait un risque qu'elles diminuent.

Néanmoins, Mme M est très attentive à ce que font les autres participantes et elle peut intervenir pour aider quelqu'un en difficulté.

IV-4-2 Déroulement d'une séance

La séance se déroule de la manière décrite dans l'étude de cas de Mme B. Mme M est la personne du groupe ayant le moins de difficultés qu'elle peut d'ailleurs corriger elle-même. C'est pourquoi je n'interviens que rarement lorsqu'elle habille la poupée et mon action consiste à une stimulation afin d'essayer qu'elle ne perde pas ses compétences en ce domaine.

IV-4-3 Evolution

Mme M découpe de manière imprécise mais arrive tout de même à découper la forme demandée. Les pliages sont assez difficiles de part ses difficultés d'orientation spatiale mais aussi parce que ses gestes sont imprécis et qu'elle plie de manière très grossière. Néanmoins, elle y parvient et elle est assez persévérante.

L'habillage de la poupée s'effectue sans gros problème. Toutefois, elle est incapable de dire l'ordre des vêtements à mettre sans les voir. En effet, lorsque je lui pose cette question elle ne répond rien et a l'air un peu stupéfait. Cette difficulté m'interpelle et je me demande si elle n'est pas plus de l'ordre de l'aphasie que de l'apraxie. Ne parlant pas beaucoup elle peut masquer un début d'aphasie qui se verrait lors de ces circonstances. De plus, lorsque je lui demande d'habiller la poupée et que les vêtements sont à sa disposition elle n'hésite pas dans son choix d'ordre et elle ne fait pas d'erreur.

L'orientation peut lui faire défaut mais elle sait très bien se reprendre toute seule.

L'enfilage ne lui pose aucun problème. L'ajustement est parfois un peu difficile et ceci ne lui plaît pas. Là, elle me tend la poupée pour que je lui fasse. Je refuse de le faire à sa place mais je l'aide oralement et cela suffit pour qu'elle y parvienne.

IV-4-4 Conclusion

Mme M n'a pas de problème majeur pour habiller la poupée. Elle est moins habile pour découper ou plier selon un modèle.

Le travail avec Mme M consistant plus à maintien des capacités qu'une rééducation ; je n'observe pas encore de progrès notable chez Mme M.

Cette rééducation m'a fait soulevé plusieurs questions auxquelles je vais essayer de répondre dans la partie suivante.

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

I- PEUT-ON PARLER D'APRAXIE DANS LA MALADIE D'ALZHEIMER ?

L'apraxie dans la maladie d'Alzheimer est reconnue par tous. Des auteurs, comme Ajuriaguerra, rapportent la présence d'apraxie dans la maladie d'Alzheimer. Sa présence fait également partie des critères de diagnostic du NINCDS-ADRDA (1984, cf. annexe). Certes, la fréquence de ce trouble est variable, mais cela peut être expliqué par les différents moyens d'évaluation utilisés ou encore par l'hétérogénéité de la maladie elle-même. En me documentant sur l'apraxie, j'ai remarqué qu'elle était définie comme une pathologie du geste lorsqu'il n'y a « ni troubles de compréhension, ni détérioration mentale » (cf. Partie théorique, II-1-1, p. 23). Or, comme je l'ai précisé dans ma partie théorique, l'aphasie amène les personnes touchées à avoir des troubles de la compréhension. Ce symptôme fait partie du tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. De plus, pour le Petit Larrousse (1980, p. 287), la détérioration mentale est la baisse de l'efficacité intellectuelle. Or l'efficacité intellectuelle est « le rendement de l'intelligence individuelle lorsqu'elle est soumise à des situations concrètes telles que les tests d'intelligence » (ibidem). On suppose que les patients atteints d'une démence de type Alzheimer, par leurs troubles cognitifs, auraient des résultats médiocres aux tests d'intelligence. Alors pourquoi parle-t-on d'apraxie dans la maladie d'Alzheimer ? Je n'ai pas trouvé de documentation expliquant ce paradoxe. Le Gall et Aubin (1994) le soulignent mais n'apportent pas de solution :

« L'apraxie d'habillage se caractérise donc par la présence de troubles aspécifiques alors que ceux-ci sont fréquents dans les états démentiels. » (p. 235) Les troubles aspécifiques sont « consécutifs aux perturbations de la programmation, aux troubles de la mémoire et des conduites attentionnelles, à l'anosognosie... » (p. 235). De plus, ils rajoutent que « l'activité d'habillage peut être perturbée par des déficits étrangers à l'organisation des actes comme des troubles de la compréhension orale (...), des déficiences sensorielles ... » (p. 235).

Cette question reste ouverte et pourrait faire l'objet de recherches supplémentaires.

II- LE GROUPE : INTERETS ET DIFFICULTES

Après avoir vu l'évolution de la prise en charge pour chacune des participantes de ce groupe de rééducation de l'apraxie d'habillage, il est nécessaire de parler de cette prise en charge de manière plus globale. En effet, même si je m'occupe des participantes chacune leur tour, j'ai pu remarquer que beaucoup d'interactions, entre elles, se sont mises en place et que le groupe remplissait plusieurs fonctions. Afin d'expliquer l'intérêt et les difficultés de ce groupe, je vais suivre un ordre chronologique.

Aux cours des premières séances, le groupe présentait davantage de difficultés qu'il ne remplissait sa fonction thérapeutique. En effet, du fait de personnalité et de difficultés différentes, les participantes ne s'entraidaient pas. Par exemple, la culpabilité de Mme B quant l'éducation de sa fille (cf., Partie clinique, II-3-1, p. 38) perturbait les premières séances. Le fait d'habiller une poupée ou les discussions entre elles au sujet de leurs enfants mettaient Mme B dans des situations très délicates. Elle se taisait à ces moments là où se justifiait par rapport à l'éducation de sa fille. Ces échanges venaient perturber l'activité de Mme B. C'est pourquoi, à ce moment là, j'ai hésité à arrêter le groupe et à les prendre une par une. Mais, lors d'une séance suivante, Mme B ne s'est pas justifiée et même au contraire a raconté son expérience de mère ce qui a beaucoup intéressé les deux autres participantes. A partir de ce jour là, ces moments sont devenus très bénéfiques pour toutes les trois et je pense que cet événement a créé un lien entre elles.

J'ai rencontré une autre difficulté avec Mme S. Comme je l'ai signalé dans le bilan psychomoteur et dans la prise en charge, Mme S est très anxieuse face à l'échec. Or, c'est Mme S qui a le plus de difficultés. Lors des premières séances, ces difficultés d'habillage mettaient une certaine tension dans la séance jusqu'au jour où Mme M a aidé Mme S. Elle lui tenait la poupée pour simplifier le travail d'habillage. Cette aide a rassuré Mme S qui s'est sentie soutenue par le groupe. Aujourd'hui, elle a encore quelques réactions de prestance lors de ses difficultés mais elles sont moindres qu'au départ. Néanmoins, je veille à ce que Mme

M soit toujours à côté de Mme S car l'interaction entre ces deux personnes est très bénéfique pour toutes les deux, en rassurant Mme S et en valorisant Mme M. D'ailleurs, après quelques semaines, la confiance de Mme S a cru de telle manière, qu'elle a commencé à aider à son tour Mme M alors que cela n'était pas nécessaire.

III- LIMITE D'UNE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE DE L'APRAXIE D'HABILLAGE CHEZ DES PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

J'ai choisi d'axer mon travail sur l'apraxie d'habillement car les conséquences de ce trouble m'ont beaucoup touchée. En effet, elles placent les personnes atteintes dans des situations très inconfortables. A un stade avancé de la maladie, les sujets sont réduits à l'état d'enfant malgré leur âge. D'ailleurs, la toilette est, parfois, pour certains, un moment de « crise ». Ils refusent de l'aide et peuvent rentrer dans un réel conflit avec la personne qui les soigne.

Pour autant, je me suis aperçue des difficultés d'une rééducation auprès de patients atteints d'une démence de type Alzheimer. Ayant des troubles de la mémoire à court terme, ils oublient au fur et à mesure. Par exemple, deux heures après une séance, je vais voir Mme B qui m'appelle et qui me dit : « Que faisons-nous aujourd'hui ? Je m'ennuie, depuis ce matin, je n'ai encore rien fait. » Avec prudence (pour ne pas la mettre en situation d'échec), je lui rappelle que nous nous sommes vues et elle me répond : « Ah, non, ce n'était pas aujourd'hui. D'ailleurs, je crois ne jamais avoir participé à cet atelier. » Alors que nous étions déjà à plus d'un mois de prise en charge.

De plus, la mémoire à long terme est, elle aussi, déficitaire. Alors, comment s'y prendre pour rééduquer un malade s'il oublie au fur et à mesure ? (III-1, p. 61)

Sachant que l'apraxie est le résultat de lésions cérébrales (Cf., partie théorique, II-2-2, p. 37), comment la rééducation psychomotrice peut-elle pallier ce type de déficience ? (III-2, p. 63).

III-1 Comment s'y prendre pour rééduquer un malade qui oublie tout au fur et à mesure ?

Sans traiter l'amnésie, il est possible de mettre en œuvre des moyens à même d'augmenter la mémorisation tels que stimuler l'attention (III-1-1, p. 61) et répéter l'information à saisir (III-1-2, p. 62).

III-1-1 Mémoire et attention

L'attention est la capacité à filtrer les informations nécessaires à l'action en cours. C'est-à-dire que nous recevons diverses informations telles que tactiles, auditives et visuelles mais elles ne sont pas toutes nécessaires à la situation dans laquelle nous nous trouvons. Il faut donc soit faire le tri (pour Broadent, cité par Brouillet et Syssau, 2000), soit «atténuer les informations inutiles qui parviennent au système cognitif» (Treisman, ibidem, p. 13).

Ces éléments théoriques permettent de mettre en place des conditions environnementales lors d'une séance de rééducation pour augmenter la saisie de l'information.

C'est pourquoi, je reçois les trois participantes dans la salle de psychomotricité qui est un peu à l'écart donc à l'abri du bruit.

La séance se déroule dans le calme afin d'éviter les éléments parasites. Si je respecte leur conversation sur d'autres sujets que l'habillement, ce qui fait également partie de la prise en charge, je leur demande néanmoins d'arrêter l'activité en cours et de reprendre une fois la discussion terminée.

De plus, afin d'augmenter leur attention et leur concentration, je leur demande de verbaliser leurs gestes.

Toutefois, il faut tenir compte de leur âge qui peut abaisser leur capacité de concentration. Donc, au cours de la séance, si je sens que les sujets sont fatigués, je leur demande d'arrêter et nous parlons d'autre chose afin de faire une petite pause. Ces pauses ne sont pas systématiques et dépendent de l'état de chacune.

Pour augmenter la saisie de l'information, nous pouvons aussi faire appel à la répétition.

III-1-2 Mémoire et répétition

La répétition peut augmenter la capacité d'apprentissage à condition que ce ne soit pas une «répétition automatique» mais une «répétition élaborée» (Craik et Watkin cité par Brouillet et Syssau, 2000, p. 18). C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de répéter l'information à enregistrer mais de l'organiser afin de mieux la retenir. Pour Brouillet et Syssau (2000), «l'information à apprendre doit être répétée dans une mémoire à court terme, dont les capacités sont limitées, avant d'être transférées dans une mémoire à long terme» (p. 18).

Lors des séances de rééducation de l'apraxie d'habillage, je peux leur demander de répéter avec moi une action. Ainsi, pour l'ordre, je ne leur fais pas juste répéter la liste des vêtements mais j'accompagne mes paroles d'un geste en disant : « Premièrement, on met une culotte, deuxièmement, on met une chemise... ». Elles répètent en même temps et comptent sur leurs doigts pour illustrer le premierement, le deuxièmement...

Cette forme de répétition se déroule au sein même de la séance mais l'idéal serait de proposer des séances tous les jours. Cependant, la disponibilité de chacun et la nécessité de rééduquer également les autres troubles ne permettent pas cette fréquence.

Enfin, il faudrait répéter certains des éléments de la prise en charge lors de leur toilette. Au lieu de les habiller, les aides soignantes devraient les laisser faire. Malheureusement, cela prend trop de temps et le personnel ne peut pas accorder autant de temps pour chaque résident (il n'a pas le temps matériel de le faire). Je suis persuadée que toute rééducation gagnerait en efficacité si toute l'équipe soignante avait le même projet thérapeutique. Mon propos n'est pas une critique de l'équipe soignante mais une constatation et un regret sur le fonctionnement de toutes institutions : le manque de temps.

III-2 Comment une rééducation psychomotrice peut-elle pallier un trouble d'origine cérébral ?

Nous avons vu précédemment toute la délicatesse d'un travail auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et une question supplémentaire vient à mon esprit : comment le thérapeute peut-il réussir à garder sa même motivation lorsqu'il sait à quoi il se heurte : une maladie dégénérative ? (Sachant qu'il est évident qu'une prise en charge ne peut continuer si le rééducateur a perdu confiance en ce qu'il fait).

Au départ de ma prise en charge, je me suis posée cette question. Est-ce que je peux rééduquer un trouble qui est dû à des lésions cérébrales ? Aujourd'hui, nous savons qu'il existe une « plasticité nerveuse post-lésionnelle et également l'existence d'une récupération fonctionnelle » (Le Gall et Aubin, 1994, p. 233). Cet élément théorique m'a confirmé le désir d'aider ces personnes car il a validé mon travail. C'est de là également que j'ai pu garder la même motivation. En effet, sachant qu'il est réellement possible de les aider, j'avais encore plus envie de travailler avec eux et même si les progrès ne sont pas évidents au début, j'ai confiance dans un travail à long terme. Je garde néanmoins à l'esprit que je n'arrêterai pas la progression de la maladie.

Enfin, une telle prise en charge nécessite une certaine adaptation aux différents troubles dues à une démence de type Alzheimer. Cette qualité est nécessaire pour toutes rééducations psychomotrices. Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'apraxie n'est pas le seul trouble qui touche les sujets et il est assez difficile de l'isoler des autres.

IV- L 'APRAXIE : UN TROUBLE PARMIS DES TROUBLES

IV-1 L'apraxie et la désorientation spatio-temporelle

Des troubles de l'organisation spatiale et temporelle viennent perturber le geste des patients. Ainsi, pour certains auteurs, «se développeraient successivement une apraxie constructive conjointement à la désorganisation de l'espace Euclidien, puis une apraxie idéomotrice associée à une altération de l'espace centré sur le corps propre » (Viader et al, 2000, p. 234). Mme S, par exemple, se trompe régulièrement dans l'orientation du vêtement à disposer sur la poupée. Lorsque je l'aide par orale, mes indications ne sont pas forcément comprises du fait de ses troubles spatiaux. De plus, étant également désorientée dans le temps, elle peut se tromper dans la séquence de gestes à réaliser. Par exemple, lors d'une séance, elle a essayé d'ajuster la robe tandis que cette dernière n'était pas encore enfilée. Ces erreurs ne sont peut être pas seulement dues à ces deux désorientations mais il est certain qu'elles viennent perturber l'action de Mme S.

IV-2 L'apraxie et l'anosognosie

En plus de ces troubles, nous pouvons se heurter à l'anosognosie dont les patients sont susceptibles de souffrir. En effet, ne se considérant pas comme malade, les participantes ne comprennent pas pourquoi il est nécessaire de les aider. Ainsi, Mme M refuse parfois de participer et ne comprend pourquoi il faut maintenir ses capacités car il n'y a aucun risque que ces dernières régressent. Dans ce cas là, il vaut mieux éviter d'insister car elle se braquerait et il faut essayer de passer notre demande sous un autre motif que de la rééducation.

IV-3 L'apraxie et leur caractère

Enfin, si le caractère de chacune peut être un moteur dans la rééducation, il peut être un frein. En effet, j'ai rencontré quelques difficultés d'opposition ou d'irritabilité. Par exemple, Mme B peut refuser de participer car elle se sent trop fatiguée et dit : « Non, ça va pour moi, faites-le et je regarde. » Pour pallier ce problème, je me suis aperçue qu'elle refusait

rarement deux fois de suite. Alors, je lui propose de déshabiller la poupée, elle refuse, je commence à le faire, avant d'avoir terminé je lui repropose et, enfin, elle accepte de le faire. Il faut tenir compte de ses facteurs et il ne faut pas s'arrêter au premier refus.

Nous pouvons voir comme tous les troubles sont liés et lors des différentes prises en charge nous devons tenir compte de cet élément. La psychomotricité a une réelle place auprès de ces patients à différents niveaux.

V- LA PSYCHOMOTRICITE ET LA MALADIE D'ALZHEIMER

La psychomotricité peut s'attacher à de nombreux troubles chez la personne atteinte d'une démence de type Alzheimer. Ainsi, nous pouvons prendre en charge des troubles spécifiques telles que des troubles de :

- l'orientation spatio-temporelle ;
- la mémoire ;
- l'agnosie ;
- l'apraxie.

A ces troubles, se rajoutent les troubles spécifiques à l'âge des patients que nous pouvons également prendre en compte :

- de l'équilibre ;
- du schéma corporel ;
- du tonus ;
- de l'image du corps ;
- de l'investissement du corps...

Le champ d'action est très varié et surtout très vaste. Il est difficile de travailler sur tous les troubles et c'est pourquoi, c'est à chaque professionnel d'évaluer les difficultés les plus envahissantes pour le patient mais aussi celle qui est la plus dure à supporter pour le

sujet. Nous ne pouvons pas faire une généralité des troubles à prendre en charge pour tel type de patient mais nous avons un ensemble de symptômes parmi lesquels nous devons choisir les troubles sur lesquels nous travaillerons. Ce choix est fait en fonction de sa personnalité, de son âge et par conséquent de son passé.

Je me suis attachée à une rééducation d'un trouble présent chez des patients atteints d'une démence de type Alzheimer modérée. Mais, il faut savoir que le travail du psychomotricien auprès de ce type de pathologie ne se borne pas qu'à la rééducation. En effet, pour un stade avancé de la maladie la rééducation est secondaire. Il s'agit de soulager un corps meurtri par la maladie et d'essayer de rompre l'isolement dans lequel les patients se sont enfermés. Nous pouvons alors proposer des séances de relaxation, de touché thérapeutique afin de faire renaître des sensations agréables.

VI- MON VECU LORS DU STAGE

Lors de ce stage, j'ai constaté une certaine complexité dans le travail auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer pour deux raisons principales.

Premièrement, l'hétérogénéité de la maladie qui affecte des sujets âgés fait que les patients ne sont pas proportionnellement touchés de la même manière. Ces différences font que parfois j'ai eu l'impression de rencontrer des personnes qui ne sont pas atteints de la même maladie. Il faut donc à chaque nouvelle prise en charge savoir reconnaître ses particularités et les respecter.

Deuxièmement, je me suis attachée à un trouble qui m'a touché mais je me suis aperçue qu'il était indissociable des autres symptômes consécutifs au désordre qu'engendre la maladie. Cette interaction complique la prise en charge et il m'est alors apparu nécessaire de rééduquer également les autres troubles. Seulement, cela demanderait plusieurs prises en charge par semaine et nous ne pouvons pas en imposer autant. Le manque de temps nous impose donc de faire des choix dans la proposition de prise en charge. Il est alors naturel de se

demander à quel stade de la maladie, il faut travailler : vaut-il mieux préserver les capacités d'un patient en phase de début ? Ou faut-il rééduquer les troubles de ceux qui sont en phase démentielle ? Je crois que ce choix se fait en fonction de la personnalité de chacun et qu'il n'y a pas de réponse type.

CONCLUSION

Ce mémoire met en évidence un travail effectué auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Il m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la maladie d'Alzheimer et plus particulièrement sur un des signes cliniques de la maladie d'Alzheimer, l'apraxie. J'ai découvert que malgré son importante fréquence dans la population, c'est une maladie encore mal connue. Nous savons les conséquences qu'elle engendre mais l'étiologie n'est pas encore trouvée. Les traitements spécifiques mis en place aujourd'hui ne peuvent pas guérir cette pathologie mais peuvent tout du moins ralentir son évolution.

L'apraxie fait partie des troubles de la maladie d'Alzheimer. C'est un trouble difficile à mettre en évidence mais qui peut être très invalidant pour les personnes touchées. Là encore, nous ne savons pas soigner ce trouble mais nous pouvons proposer des prises en charge dans le but de maintenir leur capacité notamment une prise en charge psychomotrice.

Dans ma partie clinique, j'ai rapporté une prise en charge en groupe de trois personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et présentant une apraxie d'habillage. J'ai choisi de rééduquer cette forme d'apraxie pour deux raisons majeures. D'une part, j'ai été très sensible aux conséquences de ce trouble. D'autre part, je pense que pour optimiser l'efficacité de notre travail, auprès de ce type de patient, il faut cerner la séance à un trouble (afin d'éviter les interférences entre plusieurs rééducations) et faire durer ces séances dans le temps.

Au terme des deux premières parties, je me suis posée un certain nombre de questions auxquelles j'apporte des éléments de réponses dans ma troisième partie. La confrontation entre la théorie de la maladie d'Alzheimer et celle de l'apraxie soulève un paradoxe que je n'ai pas su élucider. Je me suis également beaucoup interrogé quant à l'intérêt du groupe d'une rééducation psychomotrice auprès de la maladie d'Alzheimer.

Pour conclure, bien que j'aie choisi de monter un atelier de rééducation de l'apraxie d'habillage volontairement et avec enthousiasme, l'expérience a été plus difficile qu'imaginée. En effet, ce type de travail est complexe et nécessite une remise en question et de constantes interrogations afin de s'adapter à une population très hétérogène. Cette adaptation m'a beaucoup plu car cela donne à chaque fois une impression de renouveau.

Si je compte l'année prochaine continuer à travailler auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, cette expérience m'a éclairée quant à la façon de mener une future carrière de psychomotricienne. Je pense qu'il me sera nécessaire, après un certain nombre d'années, de varier de type de population afin de maintenir ces interrogations et les adaptations qui en découlent qui risquent de disparaître par l'habitude.

BIBLIOGRAPHIE

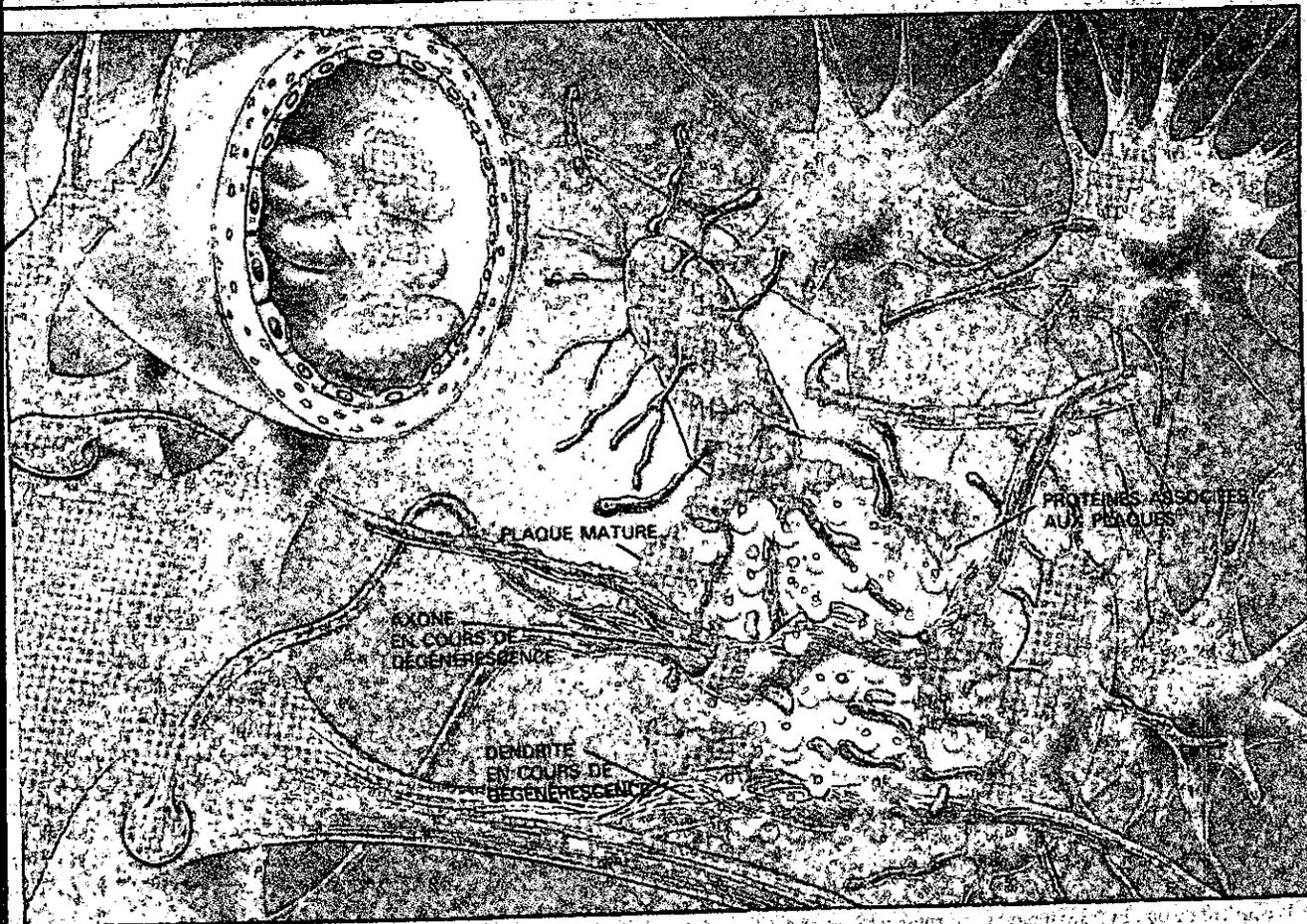
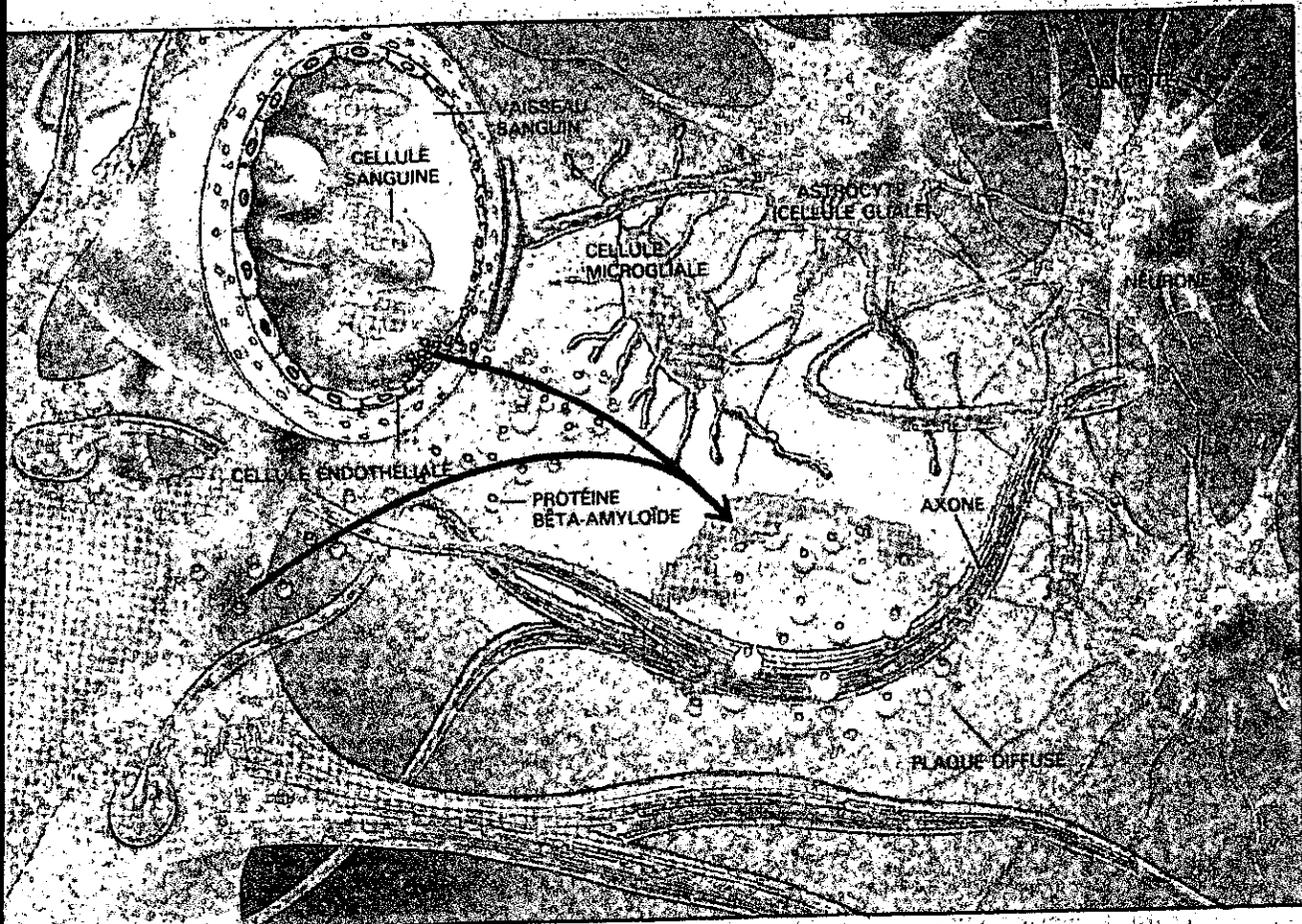
- Albaret, J-M. (1995). Evaluation psychomotrice des dyspraxies de développement. *Evolution psychomotrice*, vol.7, 28, 3-13.
- Brouillet, D. et Syssau, A. (2000, deuxième édition). *La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement*. Paris : PUF.
- Brun, V. Perenou, D. et Blard, J-M. (1997). *Les apraxies*. Paris : MASSON.
- Carric, J.C. (1999). *Le lexique du psychomotricien*. Paris : EDITION VERNAZOBRES-GREGO.
- Delacourte, A. (2000). Une clinique bien spécifiée. *Science et vie*. Hors série, 212, 120-124.
- Derouesné, C. (1994). L'étiologie de la maladie d'Alzheimer demeure inconnue. In C. Derouesné. *Suivi de l'article d'Aloïs Alzheimer*. (p. 25-33). Bordeaux : L'ESPRIT DU TEMPS.
- Déroutesné, C. (1995). Etude clinique. In J-L. Signoret (Eds), *Maladie d'Alzheimer et autre démence* (p. 93-115). Paris : FLAMMARION.
- Doron, R. et Parot, F. (1998). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : PRESSE UNIVERSITAIRE.

- Eustache, F. et Agniel, A. (1995). *Neuropsychologie clinique des démences : évaluations et prises en charge*. Marseille : SOLAL.
- Ferrey, G. et Le Gouès, G. (2000). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris : MASSON.
- Gely-Nargeot, M-C. Ritchie, K et Touchon, J. (1998). *Actualités sur la maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés*. Paris : SOLAL.
- Khosravi, M. (1999, deuxième édition). *La vie quotidienne du malade d'Alzheimer*. Paris : DOIN EDITEUR.
- Le Gall, D. et Aubin, G. (1994). *L'apraxie*. Paris : MASSON.
- Le Gall, D. (1998). L'apraxie : approches cliniques, théoriques et rééducatives. *Evolutions psychomotrices*, 10, 41, 127-135.
- Pasquier, F. (2000). Une clinique bien spécifiée. *Science et vie*. Hors série, 212, 125-129.
- *Petit Larousse en couleurs*. (1986). Paris : LIBRAIRIE LAROUSSE.
- *Petit Larousse de la médecine*. (1993, deuxième édition). Paris : LIBRAIRIE LAROUSSE.
- Touchon, J. et Portet, F. (2000). *Guide pratique de la maladie d'Alzheimer*. Paris : MMI EDITION-MASSON.
- Uldry, P-A. et Regli, F. (1992). *Neurologie du sujet âgé*. Paris : MASSON.

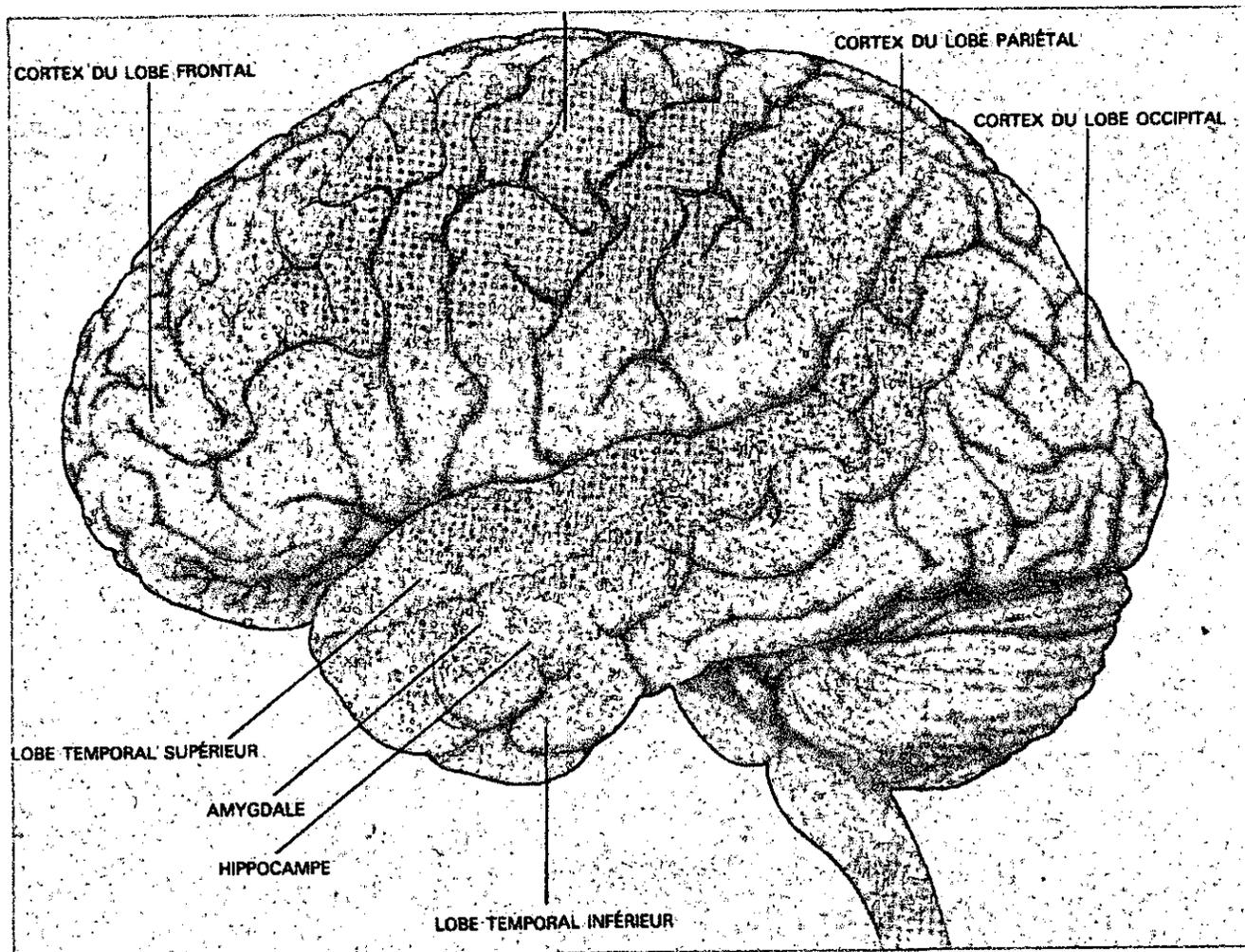
- Viader, f. Eustache, f. et Le Chevalier, B. (2000). Les apraxies. In *Espace, geste, action : neuropsychologie des agnosies spatiales et des apraxies*. (224-249). Bruxelles : DE BOECK UNIVERSITE.

ANNEXES

ANNEXE 1: PLAQUE SÉNILE



ANNEXE 2: REPARTITION DES LESIONS CEREBRALES



ANNEXE 3: MINI MENTAL STATE

162 Psychopathologie

Tableau 5-2. - Mini Mental State (M.M.S.) (d'après Folstein).

Réponse exacte = 1, réponse fautive ou pas de réponse = 0

1. Orientation

- Quelle est la date d'aujourd'hui ?
- En quelle année sommes-nous ?
- En quel mois sommes-nous ?
- Quel jour sommes-nous ?
- Savez-vous aussi en quelle saison nous sommes ?
- Pouvez-vous également me dire le nom de cet hôpital ?
- A quel étage sommes-nous ?
- Dans quelle ville ou localité nous trouvons-nous ?
- Dans quelle province sommes-nous ?
- Dans quel département sommes-nous ?

2. Mémoire immédiate

Dites au sujet que vous voulez tester sa mémoire. Puis dites clairement et lentement : « ballon », « drapeau », « arbre », (environ 1 seconde pour chaque mot). Ceci fait, demandez au sujet de répéter ces mots. La première répétition détermine son score (0-3), mais continuez à lui dire les 3 mots jusqu'à ce qu'il (elle) puisse les répéter ; arrêtez après 5 essais. S'il (elle) n'est pas capable de retenir les 3 mots, la mémoire ne peut être correctement testée.

« Ballon » « Drapeau » « Arbre »

3. Attention et calcul

Demandez au sujet de commencer à 100 et de compter à rebours en soustrayant 7 à chaque fois. Arrêtez après 5 soustractions (93, 86, 79, 72, 65).

« 93 » « 86 » « 79 » « 72 » « 65 »

Si le sujet ne veut ou ne peut pas faire le test du compte à rebours, demandez-lui d'épeler le mot « grand » à l'envers. Le résultat est le nombre de lettres dites dans le bon ordre.

« D » « N » « A » « R » « G »

4. Mémoire

Priez le sujet de se rappeler les 3 mots que vous lui aviez auparavant demandé de retenir.

« Ballon » « Drapeau » « Arbre »

5. Langage

a) Désignation

Montrez au sujet une montre-bracelet et demandez-lui ce que c'est. Même chose avec un crayon.

« Montre » « Crayon »

b) Répétition

Demandez au sujet de répéter « Il n'y pas de si ni de mais ».

c) Commande en 3 étapes

Donnez au sujet une feuille de papier blanc et dites : « Prenez le papier dans la main droite, pliez-le en deux et posez-le par terre. »

Prends le papier dans la main droite

Plie le papier en deux

Pose le papier par terre

d) Lecture

Montrez au sujet un carton blanc sur lequel est imprimé « Fermez les yeux ». Demandez-lui de lire la phrase et de faire ce qui est écrit. Ne cochez la case que s'il (elle) ferme vraiment les yeux.

e) Écriture

Donnez au sujet une feuille de papier blanc et demandez-lui d'écrire une phrase ; celle-ci doit être écrite spontanément et doit comporter un sujet et un verbe et être sensée. Grammaire et ponctuation sont sans importance.

f) Copie

Montrez une figure géométrique constituée de deux pentagones qui se coupent et priez le sujet de le recopier. Les angles doivent être représentés correctement et les figures doivent se couper.

