

07/54

INSTITUT SUPERIEUR DE REEDUCATION PSYCHOMOTRICE

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du diplôme d'Etat de Psychomotricité
Session Juin 2007

Maladie d'ALZHEIMER : La relation au corps.
Le schéma corporel, l'estime de soi et la relation chez la personne âgée atteinte
de la maladie d'ALZHEIMER.

Présenté par :
Melle BARTHEL Tiphaine

Maître de mémoire :
Mr CAJAL Manuel

***« Le dément est un riche d'esprit qui est devenu pauvre,
tandis que l'idiot a toujours été pauvre. »***
ESQUIROL 1840

***« L'estime de soi est quelque chose de très simple, c'est le respect
que vous avez et vous ressentez pour vous-même. »***
William J. McGRANE

Remerciements :

Un Grand Merci à Manuel CAJAL pour son soutien, son investissement et ses nombreuses relectures tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Mes sincères remerciements à Françoise TARIN pour son aide et son suivi au cours du stage en gériatrie ainsi que pour ses conseils avisés et sa disponibilité.

Je souhaite également dire merci aux résidents de la maison de retraite, pour tout ce qu'ils m'ont apportés et plus particulièrement à Madame L. qui s'est prêtée au jeu de la photo pour la couverture de ce mémoire avec des masques créés en psychomotricité.

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement mes proches, amis et famille, pour leur écoute, leurs encouragements et le temps consacré à la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE :

Introduction :	p.1
❖ <u>Partie théorique :</u>	p.3
I. La personne âgée :	p.4
1. Tout d'abord quelques définitions concernant la personnes âgées :	p.4
2. Place de la personne âgée dans notre société :	p.6
2.1 L'image dévalorisée du vieillissement :	p.6
2.2 La réalité du rejet de la personne âgée :	p.7
3. Difficultés psychomotrices liées à l'âge :	p.7
3.1 Difficultés touchant les sens :	p.8
3.1.1 La vue :	p.8
3.1.2 L'audition :	p.9
3.1.3 Le toucher :	p.9
3.1.4 L'olfaction et le goût :	p.10
3.1.5 La proprioception :	p.10
3.2 Les difficultés psychomotrices :	p.10
3.2.1 Le tonus :	p.10
3.2.2 Equilibre et marche :	p.11
3.2.3 Coordinations dynamiques générales :	p.12
3.2.4 Les apraxies :	p.12.
II. La maladie d'ALZHEIMER :	p.13
1. Découverte de la maladie :	p.13
2. Quelques chiffres :	p.14
3. Etiologie :	p.15
4. Diagnostic :	p.16

5. Evolution :.....	p.17
6. Nouvelles découvertes et recherches en cours :.....	p.18

III. Les troubles psychomoteurs liés à la maladie

d'ALZHEIMER :.....	p.19
1. Difficultés neurologiques / difficultés psychomotrices :...p.19	
2. Les différents troubles neurologiques :.....	p.19
2.1 Une aphasie :.....	p.19
2.2 Des apraxies :.....	p.20
2.3 Une agnosie :.....	p.21
2.4 Une altération de la mémoire :.....	p.22
3. Les différents troubles psychomoteurs qui résultent de la maladie :.....	p.22
3.1 L'espace :.....	p.23
3.2 Le temps :.....	p.23
3.3 Le tonus :.....	p.24
3.4 La motricité fine :.....	p.24
3.5 Les troubles du comportement :.....	p.25
4. Ceux qui sont peu parlés dans la littérature :.....	p.25
4.1 Le schéma corporel :.....	p.26
4.1.1 Définition du schéma corporel :.....	p.26
4.1.2 Les principaux troubles du schéma corporel :.....	p.27
4.1.3 Le schéma corporel chez la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER :.....	p.28
4.2 L'image du corps :.....	p.29
4.2.1 Définition de l'image du corps :.....	p.29
4.2.2 Les principaux troubles psychomoteurs touchant l'image du corps :.....	p.30
4.2.3 Image du corps chez la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER:.....	p.30
4.3 L'estime de soi :.....	p.31

4.3.1	Définition de l'estime de soi :.....	p.31
4.3.2	L'estime de soi chez le patient atteint de la maladie d'ALZHEIMER :.....	p.32

IV. La relation à l'autre chez le patient atteint de la maladie

d'ALZHEIMER :.....	p.32
--------------------	------

1. Qu'est-ce que la relation :.....	p.32
2. Entrer en relation :.....	p.33
3. Les points favorables à une bonne relation :.....	p.33
4. Les limites de cette relation :	p.34

❖ Partie clinique :.....

I. Présentation de l'établissement :.....	p.37
---	------

II. Place de la psychomotricité dans

l'établissement :.....	p.38
------------------------	------

1. Dans l'institution :.....	p.38
2. Le rôle de la psychomotricité en gériatrie :.....	p.39
3. Place du stagiaire psychomotricien dans l'établissement :.....	p.40

III. Présentations des cas cliniques :.....

1. Etude de cas 1 : Madame L. :.....	p.41
--------------------------------------	------

1.1 Anamnèse :.....	p.41
1.2 Présentation de la patiente :.....	p.41
1.3 Bilans psychomoteurs :.....	p.42
1.4 Conclusion :.....	p.44
1.5 Projet thérapeutique :.....	p.45
1.6 Evolution de la prise en charge individuelle :.....	p.45

2. Etude de cas 2 : Madame A. :.....	p.46
2.1 Anamnèse :.....	p.46
2.2 Présentation de la patiente :.....	p.47
2.3 Bilan psychomoteur :.....	p.47
2.4 Conclusion :	p.49
2.5 Projet thérapeutique :.....	p.50
2.6 Evolution de la prise en charge individuelle :.....	p.50
3. Etude de cas 3 : Madame R. :.....	p.53
3.1 Anamnèse :.....	p.53
3.2 Présentation de la patiente :.....	p.53
3.3 Bilan psychomoteur :.....	p.54
3.4 Conclusion :.....	p.57
3.5 Projet thérapeutique :.....	p.57
3.6 Evolution de la prise en charge :.....	p.58
4. Evolution de la prise en charge en groupe de Madame A. et de Madame L. :.....	p.59
4.1 Présentation du groupe :.....	p.59
4.2 Evolution de la prise en charge groupele :.....	p.61

❖ **Partie discussion** :..... p.64

Quel est le rôle de la psychomotricité en gériatrie et notamment avec les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ?

I. Le cadre :.....	p.65
1. Le rôle de maintien de l'unité de lieu :.....	p.65
2. Le rôle de maintien de l'unité de temps :.....	p.66

3. Le rôle de maintien des règles :.....p.67

II. Le rôle du psychomotricien sur les notions de schéma corporel, d'estime de soi et de relation chez les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER :.....p.68

1. A propos du schéma corporel :.....p.68

2. A propos de l'estime de soi :.....p.68

3. A propos de la relation :.....p.71

4. A propos des items psychomoteurs en général :.....p.72

III. La psychomotricité : un rôle d'accompagnateur :.....p.73

1. Rôle d'accompagnant de la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER :.....p. 74

2. Rôle d'accompagnement du tiers et de la famille :.....p.75

3. Rôle d'accompagnement de fin de vie :.....p. 76

Conclusion :.....p.78

Bibliographie :

Annexes :

INTRODUCTION

Au cours de ma troisième année, j'ai choisi d'effectuer mes stages auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'ALZHEIMER.

Ayant travaillé en tant qu'auxiliaire de vie comme emploi saisonnier, j'ai pu me rendre compte de l'utilité de la psychomotricité au sein de la gériatrie.

La personne âgée, souvent délaissée doit réapprendre à vivre en institution, et doit se faire de nouveaux repères. Mais comment pouvoir mettre en place de nouveaux repères alors que les anciens s'en vont ?... Quel est le rôle du psychomotricien en maison de retraite ? Et avec des personnes âgées atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ?

Cette interrogation me paraît primordiale si l'on souhaite s'investir en tant que psychomotricien dans le milieu gériatrique.

Mais dans un premier temps, au cours d'une partie théorique, je vais d'abord présenter la personne âgée, avec l'évolution et les changements qu'amène le temps, avec les troubles que l'on peut retrouver chez une population vieillissante... Puis j'insisterais sur la maladie d'ALZHEIMER et les différents troubles qu'elle peut amener, qu'ils soient neurologiques, psychiques et / ou psychomoteurs, j'insisterais plus particulièrement sur les troubles touchant le schéma corporel, l'estime de soi et la relation chez les personnes atteintes de cette maladie.

Dans la partie clinique, après avoir fait une brève présentation du lieu de stage et de la place de la psychomotricité, je vous présenterais trois personnes illustrant par des études cliniques ce qui me semble important dans les prises en charge en psychomotricité qu'elles soient individuelles ou groupales.

Puis pour finir, je vous présenterais l'aboutissement de ma réflexion sur la place de la psychomotricité avec des personnes atteintes ou suspectées d'être atteintes de la maladie

d'ALZHEIMER. Nous verrons donc sous forme de discussion et de questionnement le rôle du psychomotricien sur les trois principaux thèmes que j'ai choisi, ainsi que sur les items psychomoteurs en général et enfin le rôle d'accompagnement qui me semble indispensable lors de la prise en charge en psychomotricité.

Partie

Théorique :

I. La personne âgée :

La personne âgée peut être répartie en plusieurs catégories :

Selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé) le troisième âge correspond à toute personne de plus de 65 ans et ayant mis fin à ses activités sociales.

On parle même de quatrième âge lors de l'apparition de dépendance.

1. Tout d'abord quelques définitions concernant la personne âgée :

Le vieillessement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et le fonctionnement de l'organisme. Autrement dit, c'est l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort. (Le Petit LAROUSSE, 2005).

Il est inévitable mais est différent selon les personnes, il est régi par deux lois fondamentales, la loi de la génétique et la loi de l'environnement.

La vieillesse est un état, c'est la dernière période de vie, caractérisée par un ralentissement ou un affaiblissement des fonctions.

Vieillir, c'est avancer dans l'âge. C'est perdre sa force, sa vitalité, l'apparence de la jeunesse,

On parle de sénescence pour parler du processus physiologique normal du vieillissement et de sénilité pour parler de l'ensemble des aspects pathologiques et régressifs liés au troisième âge.

La démence, selon la CIM 10, la démence est un syndrome dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation des fonctions corticales supérieures. Il existe également des démences sous-corticales. La maladie d'ALZHEIMER est considérée comme une démence primaire. Le syndrome démentiel est caractérisé par : un trouble des capacités d'apprentissage, un trouble du langage, un trouble des gestes (des apraxies), et un trouble de la mémoire.

Il peut y avoir ou non une dépendance, c'est-à-dire l'impossibilité totale ou partielle pour une personne d'effectuer sans aides des activités de la vie courante et/ou de s'adapter à son environnement.

Selon une étude de Michel DUEE et de Cyril REBILLARD sur la dépendance des personnes âgées : projection en 2040, il y aurait actuellement plus de 800 000 personnes âgées dépendantes (795 000 en 1999) et ces derniers seront plus d' 1 200 000 en 2040.

La dépendance est liée à la perte d'autonomie.

L'autonomie est la capacité de se gouverner soi-même et suppose : une bonne capacité de jugement et la liberté de pouvoir choisir.

On parle de gériatrie pour évoquer une discipline médicale qui décrit le traitement médical approprié à la vieillesse et aux maladies liées au vieillissement.

La gérontologie est la science qui porte sur le processus du vieillissement dans tous ses aspects.

La géronto-psychiatrie est la prise en charge des maladies psychiatriques chez les sujets âgés.

On peut par ailleurs définir la différence entre rééducation et réadaptation : la rééducation sert à la récupération des capacités, alors que la réadaptation est le réaménagement de la vie du patient, trouver un équilibre entre ce que veut faire et ce que peut faire le patient.

L'espérance de vie est en perpétuelle évolution. L'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire sans maladie grave, sans maladie invalidante et sans risque de mortalité, était en 1990 de 64 ans pour une femme et de 60 ans pour un homme.

Mini Mental Score : le mini examen de l'état mental a été élaboré en 1975 comme un test simple et standardisé pour vérifier la performance des fonctions cognitives des sujets et d'éventuellement qualifier leur déficit. Il comprend 30 questions ou tâches explorant les possibles troubles de l'orientation dans le temps et l'espace, la mémoire, l'attention, le langage et l'exécution d'actes moteurs.

2. Place de la personne âgée dans notre société :

La place de la personne âgée dans notre société ne cesse d'évoluer.

Au début du XXème siècle, le sujet âgé, vivait et mourait sous le même toit que ses enfants et ses petits-enfants. Aujourd'hui 75 % des personnes meurent à l'hôpital et le plus souvent elles sont seules. Au fur et à mesure, la personne âgée a perdu sa place dans le milieu familial.

2.1 L'image dévalorisée du vieillissement :

- La personne âgée semble avoir une image dévalorisée à cause du coût qu'elle représente.

En effet, la personne du troisième âge ne travaille plus et représente « une charge matérielle, psychologique et affective » dans une société qui change. Les enfants restent plus longtemps à la charge des parents ce qui rend plus difficile la vie de famille qui semble s'être accélérée depuis quelques temps.

- Le jeunisme de la société actuelle.

L'image de la personne âgée semble avoir considérablement changée dans une société où la jeunesse et la beauté sont mises en avant.

« La vieillesse ne symbolise plus l'expérience et la sagesse mais la lenteur, la dégénérescence et la mort » (Les personnes âgées dans la société, 2001).

La société actuelle montre une peur immodérée de la dépendance et de la mort. Ce qui peut paraître tout à fait concevable car le vieillissement rapproche inéluctablement de la mort.

Alors que les progrès de la médecine semblent repousser toujours plus loin les effets du vieillissement.

Dans une société où l'apparence est essentielle, dans le travail, dans l'image que nous donnons dans la société, dans les médias...où il faut s'efforcer de rester jeune, la personne âgée se montre vieillissante, dépendante et non productive.

L'augmentation des opérations de la chirurgie esthétique montre cette peur de vieillir. En effet on enregistre plus de 100 000 opérations de chirurgie esthétique par an en France et 1 français sur 6 ayant entre 50 et 75 ans pense y avoir recours pour des raisons d'esthétisme.

Le fait de vouloir rester jeune et en bonne santé physique et psychique peut tout à fait nous paraître normal, mais la vieillesse ne doit pas pour autant apparaître comme une négligence de soi ou une fatalité du déclin de la personne.

2.2. La réalité du rejet des personnes âgées :

A la fin du XXème siècle, la vieillesse est considérée comme une maladie, d'où la médication à outrance et l'exclusion des personnes âgées.

L'âgisme est la ségrégation exercée à l'égard d'une personne du fait de son âge.

« Pendant inévitable du jeunisme, le rejet des personnes âgées constitue une réalité » (la personne âgée dans la société, 2001, conseil économique et social). Beaucoup de personnes sont jugées trop vieilles et sont exclues de la vie sociale en commençant par le monde du travail. Tout cela pour montrer par le biais de l'audiovisuel une population jeune, montrant « le désir de ne pas laisser le public vieillir, ce qui peut sembler paradoxal au sein d'une société qui, précisément, vieillit ». (ibidem)

La démence est elle aussi motif à l'exclusion sociale. Selon LAROQUE G., « les démences, atteintes à la lucidité, à la mémoire, à la faculté de choisir et décider, est une cause d'exclusion sociale » (in HIRSCH E., MOULIAS R., 2005, p.11), d'autant que nous avons peur de ce que nous ne connaissons pas ou mal...(ibidem, p.12)

3. Difficultés psychomotrice liées à l'âge :

Le corps et les perceptions se modifient avec l'âge, à cause, d'une part « de la détérioration de l'organe sensoriel », le vieillissement des tissus et d'autre part par « la dégradation de la

propagation de l'information et de la connexion aux voies centrales ». (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.15)

3.1 Difficultés touchant les sens :

Le vieillissement touche les différents sens :

3.1.1 La vue :

A partir de 40 ans il est reconnu que la perception des couleurs s'atténue à cause de la cataracte. La cataracte est due à une opacité totale ou partielle du cristallin avec l'âge notamment, avec une baisse progressive de la vue, un trouble de la vision des couleurs et une gêne face à la lumière vive. Cette dernière amène une diminution et une perturbation de la vue en la rendant plus opaque. Cette maladie atteint plus d'une personne sur cinq à partir de 65 ans, plus d'une sur trois à partir de 75 ans et près de deux sur trois après 85 ans. Face à cette affection due au développement d'opacités sur le cristallin, le seul traitement est chirurgical.

Le rapport à la lumière est également changé, (l'éblouissement est plus rapide), à cause d'un temps d'adaptation plus lent.

Le cristallin se durcissant, cela amène des problèmes de focalisation (c'est-à-dire des difficultés à faire converger en un point un faisceau lumineux, un flux de particules), mais aussi une perte de vitesse de la focalisation sur des objets différents mis à des endroits différents dans une pièce.

Ce fait pouvant être accompagné d'une presbytie. La presbytie est la diminution du pouvoir d'accommodation du cristallin, empêchant de voir les objets proches.

Il y a par ailleurs une diminution du champ visuel par « la limitation des mouvements des yeux vers le haut » (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.17) chez le sujet âgé.

3.1.2 L'audition :

La diminution de l'audition se manifeste par une moins bonne discrimination des sons.

(ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.17)

Il s'agit de la presbyacousie, forme la plus fréquente de surdité bilatérale progressive. C'est une baisse de l'audition lentement évolutive survenant chez les sujets âgés de plus de 50 ans qui se plaignent d'une gêne importante dans le bruit et d'un trouble de la compréhension dans les conversations. Des acouphènes, c'est-à-dire des bourdonnements d'oreille, y sont souvent associés.

La presbyacousie est la principale cause de surdité chez l'Homme. Elle entraîne une chute sélective dans la fréquence des aiguës, celles qui sont le plus utilisées dans la compréhension d'une conversation ce qui amène à long terme un isolement, une rupture relationnelle avec l'entourage, une vie sociale qui s'amenuise voire de l'agressivité chez le sujet sourd.

Plus de 36 % des personnes âgées de plus de 65 ans ont des troubles auditifs suffisants pour entraîner une gêne sociale.

Il s'ajoute à cela une difficulté à localiser les bruits dans l'espace, c'est la stéréoacousie.

Par ailleurs, la diminution des cellules ciliées responsables de la diminution de l'ouïe amène également des problèmes d'équilibre et d'adaptation de cet équilibre lors des changements de postures, plus particulièrement lors des mouvements rapides.

3.1.3 Le toucher :

Le toucher est fortement modifié, due à la diminution des contacts chez les personnes âgées, la modification de la peau, de son « élasticité et de son épaisseur » (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.18) joue un rôle très important dans la perception tactile. La peau semble donc plus sensible au toucher malgré la « diminution du nombre de récepteurs tactiles » (Ibidem) amenant une moins bonne distinction du toucher.

3.1.4 L'olfaction et le goût :

On observe, « une réduction de la sensibilité aux odeurs est rencontrée chez plus de la moitié des sujets qui ont entre 65 et 80 ans et chez plus de 75 % des sujets ayant plus de 80 ans » (Ibidem, p.19). Le goût est également atténué.

3.1.5 La proprioception :

La proprioception est bien moins connue car elle est « difficile à isoler expérimentalement dans le cadre de dysfonctionnements de la marche ou de l'équilibre liés à l'âge » (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.18). « La proprioception est la sensibilité qui se rapporte à la sensibilité du système nerveux, aux informations provenant des muscles, des articulations et des os. Elle permet d'avoir conscience de la position et des mouvements de chaque segment du corps et donne au système nerveux, de façon inconsciente les informations nécessaires à l'ajustement des contractions musculaires pour les mouvements et le maintien des postures et de l'équilibre » (LAROUSSE MEDICAL, 2003, p.839).

3.2 Les difficultés psychomotrices :

Les dégradations normales dues à l'âge, selon ALBARET J-M. et AUBERT E.(2001) sont liées aux « limitations de la force, de l'endurance, de la vitesse, et de l'amplitude des mouvements » mais sont également liées à la « réduction des capacités de traitements de l'information » (op. Cit., p.19) touchant l'attention et la programmation des réponses.

3.2.1 Le tonus :

Avec l'âge, les cellules du cortex moteurs sont lésées ce qui amène une diminution d'activité de ces neurones. On observe alors des rétrocontrôles segmentaires amenant des déséquilibres toniques avec une modification du tonus de fond. (Cours de gériatrie de deuxième année à l'I.S.R.P, LEFIEVRE.)

Selon AJURIAGUERRA, les personnes âgées présentent une hypertonie légère d'opposition et une hypertonie plastique. Cette dernière est une rigidification musculaire alors qu'on

observe un déficit de la force musculaire. Ces phénomènes prédominent dans les membres supérieurs puis se diffusent jusqu'au cou.

Selon PITTERI, « vu leur fréquence élevée, chez le sujet de plus de 70 ans, l'hypertonie d'opposition, l'hypertonie plastique et les paratonies de fond peuvent être considérés comme quasi physiologiques. »

L'hypertonie d'opposition est perçue comme un trouble tonico-émotionnel et est mise en évidence lors des mobilisations passives.

On retrouvera alors, un corps rigide, des épaules en antéflexion, un dos avec une cyphose, une élévation du regard plus difficile, un équilibre statique fragilisé, un ballant des membres supérieurs réduit et une marche ralentie en raison d'une limitation de l'amplitude du mouvement.

3.2.2 Equilibre et marche :

La modification du tonus entraîne une difficulté d'équilibration et de déplacement lors de la marche entraînant peu à peu une perte d'autonomie.

Selon J-M. ALBARET et E. AUBERT (2001) on observe « un nombre croissant de chutes avec 45 % des 80-89 ans et 56 % au dessus de 90 ans dont 11 % nécessite une hospitalisation » et l'on estime « qu'entre 2,7 et 19 % des cas la chute est liée à l'instabilité posturale ». (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.23)

L'équilibre statique est de moins en moins performant lors de l'avancée dans l'âge. (Ibidem, p.24)

La marche, elle aussi subit de nombreux changements, elle est peu à peu plus lente, moins sûre et la réponse aux stimuli environnants se fait plus lente du fait d'une moins bonne exécution de la réponse motrice.

On constate donc : Une réduction de la vitesse de la marche, une diminution des trajets, une diminution de la hauteur des pas entraînant des « pas traînants » et par conséquent pouvant

entraîner des chutes, une augmentation des pas et des difficultés de trajectoires, une position prolongée sur les deux jambes, la diminution de la capacité d'accommoder la vitesse du pas. Par ailleurs tout le corps est concerné par ces modifications, en effet on observe alors, « une posture en légère flexion du tronc avec cyphose dorsale haute, bras collés au corps et regard fixé au sol près de pieds. » (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.28). Toutes ces modifications de l'équilibre statique, dynamique et de la marche peuvent donc être à l'origine de nombreuses chutes et d'appréhension du déplacement limitant ainsi la marche.

3.2.3 Coordinations dynamiques générales :

Les coordinations dynamiques générales sont elles aussi modifiées, toutes activités demandant rapidité et coordination / dissociation sont atteintes lors du vieillissement, elles sont « associées à la perte progressive de la masse musculaire et à la diminution de l'amplitude articulaire » (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.33). Pourtant, les coordinations ne sont pas toutes touchées par ces modifications, en effet les coordinations bimanuelles et la coordination oculo-manuelle (sauf lors des problèmes de vue) ne semblent pas autant atteintes.

3.2.4 Les apraxies :

Bien qu'elles soient le plus souvent associées à diverses pathologies comme des démences, l'on retrouve fréquemment des apraxies chez la personne âgée.

Les apraxies sont des incapacités à réaliser des gestes antérieurement acquis.

Il peut s'agir d'apraxie constructive, qui est l'altération de la capacité d'assembler des éléments dans les deux ou trois plans de l'espace ; d'apraxie idéomotrice, qui concerne les gestes simples et intransitifs qui n'impliquent pas la manipulation d'objets réels ; ou encore d'apraxie idéatoire, qui est l'incapacité à manipuler des objets nécessitant une séquence gestuelle dans leur utilisation.

Les apraxies sont souvent une des premières manifestations d'une détérioration intellectuelle. Les apraxies ont une place importante dans la symptomatologie des démences en association avec des troubles gnosiques, des troubles du langage et des troubles mnésiques.

II. La maladie d'Alzheimer :

1. Découverte de la maladie :

Découverte par Aloïs ALZHEIMER, en 1906, cette maladie a longtemps été niée.

Aloïs ALZHEIMER découvre cette maladie en 1906, en observant au microscope le cerveau « d'une femme de 51 ans qui avait présenté un délire de jalousie et une désintégration des fonctions intellectuelles » (G. LAMBERT, 2006, p.6).

En 1983, B. REISBERG définit la maladie d'ALZHEIMER comme « un syndrome clinique caractérisé par l'altération progressive et irréversible des fonctions cognitives, accompagné de modification neurohistologique particulière comprenant dégénérescences neurofibrillaires et plaques séniles, cette affection pouvant s'exprimer avant ou après 65 ans » (cité par MAGNIE M.N., THOMAS P., 1997, p.23).

La maladie d'ALZHEIMER est définie comme « un syndrome clinique caractérisé par une altération progressive des fonctions cognitives, accompagnée de modifications neurohistologiques (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.73).

Le DSM IV caractérise la maladie d'ALZHEIMER par une réduction des capacités intellectuelles dont l'élément central est l'existence de troubles de la mémoire auxquels doit être associée au moins une autre atteinte cognitive.

Il s'agit donc d'une maladie qui atteint le cerveau et qui provoque une dégénérescence de certaines cellules nerveuses. Le cerveau ne fonctionne plus aussi bien et a du mal à analyser les informations et à les utiliser (Association France ALZHEIMER).

Aloïs ALZHEIMER met en cause dans cette maladie l'importance de la plaque sénile et de la dégénérescence neurofibrillaire.

Les plaques séniles sont des dépôts de substance amyloïde situés dans le cortex cérébral, il s'agit donc de lésions sphériques, extracellulaires, formées d'un noyau de substance amyloïde et d'une couronne de neurites (prolongements nerveux dégénérés) associés à des cellules gliales.

La protéine amyloïde (ou substance amyloïde) résulte donc de la dégradation de la protéine APP, en abondance dans le liquide céphalo-rachidien. Le rôle du chromosome 21 commandant ce gène de l'APP est en train d'être étudié.

Ce sont ces plaques séniles qui entraînent la dégénérescence neurofibrillaire (identifié en 1985). La dégénérescence neurofibrillaire est une lésion intraneuronale constituée de neurofilaments anormaux. Grâce à l'analyse de ces lésions, on met en cause la protéine essentielle Tau qui serait alors hyperphosphorilée.

Les premières dégénérescences neurofibrillaires touchent la région de l'hippocampe, et donc la fonction de la mémoire, puis peu à peu s'étend à l'ensemble du cortex entraînant différents symptômes. (G. LAMBERT, 2006, p. 7).

On rencontre « une grande hétérogénéité de ces manifestations comportementales et cognitives », variables selon les patients (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.74).

2. Quelques chiffres :

La démence dégénérative de type ALZHEIMER représente environ 80 % des démences chez les personnes âgées (250 000 à 300 000 patients en France). La fréquence de la maladie d'ALZHEIMER augmente avec l'âge, on compte 3 % de personnes atteintes de cette maladie chez les personnes de 60 ans et 47% chez les personnes de plus de 75 ans (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.72).

On recensait en 2000 environ 20 % de personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER chez les plus de 60 ans, mais un chiffre de 35 % en 2050 est en prévision. Selon des études de EURODEM et PAQUID, il y aurait plus de 100 000 nouveaux cas par an en France, et il y aura approximativement 800 000 cas de démence en 2010 dont 500 000 atteint de la maladie d'ALZHEIMER. (DUEE M., REBILLARD C., 2001)

3. Etiologie :

Il existe plusieurs hypothèses concernant l'apparition de la maladie :

Une hypothèse neuropathologique, la plus courante, concernant les plaques séniles ;

Une hypothèse génétique, pour certaines formes précoces, où l'on retrouve une anomalie chromosomique (chromosomes 14 et 21) avec il semblerait une prédisposition génétique au déclenchement de la maladie mettant en cause des gènes déterministes. Mais la transmission génétique n'est pas confirmée ;

Une hypothèse vasculaire, qui montrerait un déficit circulatoire, chez environ 34% des personnes atteintes ont retrouvés des atteintes cérébro-vasculaires, « le traitement de l'hypertension aurait un effet protecteur » (G.LAMBERT, 2006, p.9) ;

Une hypothèse d'origine toxique, due à une trop forte quantité d'aluminium dans le cerveau qui pourrait entraîner la dégénérescence neurofibrillaire ;

Par ailleurs une hypothèse d'origine bactérienne due à la présence de la *Chlamydia Pneumoniae* est ainsi nommée ;

Et une hypothèse dégénérative qui prend l'âge comme principal facteur de risque de la maladie (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.76 et 77).

D'autres facteurs peuvent être pris en compte comme un risque lié au diabète ; au sexe, les femmes étant plus touchées que les hommes le risque est alors multiplié par 1.5 voir 2 ; au

niveau d'éducation, « un bas niveau serait associé à un plus grand risque » ; et aux traumatismes psychologiques et au stress (G.LAMBERT, 2006, p.9).

Par ailleurs, la solitude et le sentiment d'être esseulé et la dépression sont associés à une augmentation du risque clinique de démence de type ALZHEIMER. (VUAILLE B., Le quotidien du médecin, n°8100, 2007)

Mais toutes ces hypothèses restent à démontrer. D'ailleurs l'origine de cette maladie reste toujours inexpliquée et des recherches sont faites afin de limiter sa progression.

4. Diagnostic :

Il n'y a aucun test, ni examen simple et sûr pour diagnostiquer avec certitude la maladie d'ALZHEIMER. L'imagerie ne montre pas de signe pathognomonique (c'est-à-dire ne montre pas de symptôme spécifique à la maladie), l'atrophie est inconstante, aspécifique et tardive. Seul l'autopsie du patient peut confirmer cette maladie.

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion, il faut d'abord penser à exclure un syndrome dépressif, des lésions vasculaires, d'autres démences (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.77).

Mais il faut aussi penser à éliminer d'autres affections comme les troubles de la thyroïde, les maladies cardiaques, une réaction médicamenteuse, des lésions cérébrales dues à des problèmes d'alcoolisme, des troubles nutritionnels et d'autres maladies comme la maladie de CREUTZFELD-JACOB ou la maladie de PICK ... (Association France ALZHEIMER).

Mais il faut par ailleurs faire attention à certains signes essentiels dans la maladie d'ALZHEIMER comme la perte de mémoire qui se fait de façon exponentielle, des troubles du sommeil, de l'appétit, un déclin de la condition physique, des troubles psychiatriques (comme les illusions, les hallucinations, la dépression, l'anxiété, et les phobies), on constate le plus souvent des perturbations de la personnalité (agitation, violence, insultes...), tous ces

signes accentuant d'avantage la progression de la maladie (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.79).

Il faut donc principalement repérer l'atteinte mnésique hippocampique et l'atteinte du comportement affectif (apathie, pseudo-dépression).

5. Evolution :

Les premiers signes sont généralement des modifications comportementales imperceptibles.

La personne peut avoir des difficultés à :

- se souvenir des faits récents,
- s'adapter à de nouveaux lieux ou à de nouvelles situations,
- utiliser les mots correctement,
- apprendre de nouvelles choses,
- maîtriser ses émotions, faire des calculs ou s'occuper des finances.

Elle est souvent triste, démotivée et s'isole.

Ces modifications passent souvent inaperçues, d'où l'importance de la famille vivant au quotidien avec ces personnes. (Association France ALZHEIMER)

Le diagnostic est souvent fait en moyenne deux ans après les premiers signes significatifs, la communication se fait de plus en plus difficilement et la personne perd progressivement ses capacités d'autonomie (G.LAMBERT, 2006, p.19).

Les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER ne souffrent pas tous des mêmes symptômes, dans les mêmes délais, ni avec la même intensité. Cependant, la progression de la maladie est généralement caractérisée par trois grands stades : la phase de début, la phase d'état et la phase terminale.

La maladie d'ALZHEIMER est évolutive et a des périodes de stabilisation. La progression varie entre 1 an et 15 ans (D. BROUILLET, A. SYSSAU, 2005, p.78).

Pour D. BROUILLET et A. SYSSAU, la maladie est divisée en trois phases :

La phase 1, ou phase initiale, marquée par une défaillance de la mémoire, une diminution de l'attention, des troubles visuo-spaciaux modérés et une dysphasie moyenne. (La dysphasie est un trouble du langage consistant en une mauvaise coordination des mots en raison d'une lésion cérébrale)

La phase 2, est marquée par une perte importante de la mémoire, une dysphasie, une dyspraxie, une dysgnosie et une désorientation temporo spatiale.

Et la phase 3, où l'on retrouve une démence complète, avec un changement important de la personnalité et des troubles cognitif sérieux.

6. Nouvelles découvertes et recherche en cours :

Des progrès ont été réalisés dans la recherche contre la maladie d'ALZHEIMER. Le groupe de chercheurs de l'Institut de Chimie et de Biochimie de la Freie UniversitHt de Berlin affirme avoir trouver un moyen « d'empêcher la formation des substances (la peptide toxique Amyloid-Beta Ass42), qui détruisent les cellules nerveuses, impliquées dans cette maladie » (agevillage.fr, Alzheimer : la recherche avance).

De plus, des injections d'enzymes pour recouvrer la mémoire, sont en expérimentation, et ont pour le moment des résultats positifs sur les souris injectées.

Cette découverte est prometteuse, mais les chercheurs précisent « que les injections d'Uch-L1 n'ont encore prouvé leur efficacité que chez les souris, et qu'il faudra attendre un certain temps avant de voir cette thérapie transposée à l'homme ». Mais cela reste tout de même un espoir de recherche contre la maladie d'ALZHEIMER. (ORLY C., Futura-Science, le 25/08/2006)

III. Les troubles psychomoteurs liés à la maladie

d'ALZHEIMER :

1. Difficultés neurologiques/ difficultés psychomotrices :

On retrouve les signes neurologiques, myoclonies (contractions musculaires brutales et involontaires dues à la décharge pathologique d'un groupe de cellules nerveuses, (LAROUSSE MEDICAL, 2003), rigidité, troubles de la marche et parfois des crises d'épilepsie (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.46).

Alors que les déficits cognitifs ne sont pas dus à d'autres affections du système nerveux central, ni à des affections générales pouvant entraîner une démence (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.45).

2. Les différents troubles neurologiques :

Je parle dans ce paragraphe des troubles neurologiques entraînant des troubles psychomoteurs même si il est difficile de distinguer les conséquences sur la psychée et les troubles d'origine psychique lors de la maladie.

On retrouve chez le patient atteint de la maladie d'ALZHEIMER, de nombreux déficits cognitifs, altérant peu à peu le fonctionnement social. L'apparition de ces déficits cognitifs se fait progressivement et de manière continue.

On retrouve principalement :

2.1 Une aphasie :

L'aphasie est une détérioration progressive du langage. Les phrases deviennent incohérentes, la prononciation des mots est perturbée. La personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER n'arrive plus à se faire comprendre.

Il faut donc l'aider en essayant de décoder en se rattachant à un mot plus particulièrement, essayer de reformuler verbalement le désir du patient et ne surtout pas le forcer à parler si il sent qu'il n'y arrivera pas, cela pourrait entraîner un blocage plus important. Par ailleurs, il faut faire attention à ce qui est dit, la personne peut être « présente » à tout moment et peut tout comprendre même si l'on ne perçoit pas de réactions de sa part. (MIAS L. et collaborateur, 1994)

On retrouve 3 stades évolutifs de l'aphasie :

Tout d'abord l'aphasie anomique, il s'agit de la perte des mots, on retrouve des stéréotypies, un débit normal de la parole, quelques paraphasies sémantiques, mais la compréhension est dite normale, la lecture est préservée, on peut également retrouver une dysorthographe précoce.

Puis il s'agit d'une Aphasie trans-corticale sensorielle, le discours devient plus incohérent avec des paraphasies sémantiques fréquentes, on remarque une réduction du débit, une compréhension altérée et des difficultés d'écriture (problème d'agencement spatial), la lecture est plus ou moins préservée.

Puis par la suite on parle d'aphasie globale, il s'agit alors de la désintégration du langage oral et écrit, expression jargonnée, fragments automatisés (écholalies) et des répétitions de la même syllabe (palilalies), le débit est alors réduit, la compréhension est aléatoire et l'écriture est illisible.

2.2 Des apraxies :

Les apraxies sont des détériorations progressives des gestes, il s'agit en fait d'un trouble de l'organisation gestuelle qui est d'apparition variable selon les patients. Ces apraxies sont fréquentes pour certains auteurs dès le début de la maladie (Kempner par exemple) mais pour d'autres ces apraxies sont le résultat de l'évolution de la maladie. Par ailleurs, l'examen neurologique reste normal un certain temps après le déclenchement de la maladie. L'évolution

de la maladie entraîne tout d'abord les praxies constructives, on remarque ainsi un accolement au modèle lors des reproductions de dessins, et une diminution progressive des informations, avec une diminution des détails (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.48).

Puis, ce sont les praxies idéomotrices, il s'agit de la perte de la représentation motrice du geste, la personne ne sait plus réaliser le geste mais le reconnaît, et les apraxies idéatoires qui sont touchées. Les apraxies idéatoires sont la difficulté à réaliser des séquences gestuelles complexes, il s'agit de la perte de la conception du geste comme plier une lettre pour la mettre dans une enveloppe ou bien prendre une allumette et la frotter pour l'allumer. On constate des difficultés lors de l'imitation de gestes et la reproduction de gestes non significatifs met le patient davantage en échec. La reproduction de gestes complexes sera par la suite, en période plus avancé de la maladie, totalement impossible à exécuter.

Les apraxies d'habillage sont plus tardives et se font de manière progressive elles montrent alors une perturbation du schéma corporel.

La personne n'est donc plus capable en phase d'état, d'exécuter des gestes complexes et coordonnés.

La compréhension du geste peut également être altérée, le geste n'a plus de signification, il est alors important de relier les gestes et leurs significations pour le patient. (MIAS L. et collaborateurs, 1994)

La perte progressive de tous les automatismes va conduire le patient à la dépendance totale puis à l'alitement.

2.3 Une agnosie :

L'agnosie est la détérioration de la perceptions entraînant une perturbation des fonctions exécutives (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.47).

La personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER n'identifie plus les objets et oublie à quoi ils servent. (MIAS L. et collaborateurs, 1994)

la feuille, beaucoup plus de lever de crayon, et une pression du crayon mal adaptée chez la personne malade. (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.49)

3.5 Les troubles du comportement :

Peu à peu des troubles du comportement apparaissent montrant ainsi un comportement moteur aberrant, une déambulation, des rangements compulsifs. (ALBARET J-M., AUBERT E., 2001, p.50).

Les troubles du comportement sont évidemment très variés et dépendent du contexte et de la personnalité antérieure de la personne malade. Ils vont du repli, au mutisme total, en passant par de l'agitation et / ou de l'agressivité. (BERTHEL M., in Alzheimer : un autre regard, 2005, p.15)

On retrouve le plus souvent de l'agitation, de l'agressivité, des illusions des délires et des hallucinations, des comportements moteurs aberrants comme la déambulation.

On retrouve par ailleurs une apathie et des dépressions. On retrouve ainsi des troubles de l'humeur différenciés en deux pôles : Il peut y avoir un émoussement affectif, avec un défaut de réactivité aux stimulations émotionnelles, une réduction des expressions affectives, avec une perte de la recherche de plaisir, une indifférence et de l'apragmatisme ou bien, au contraire il peut y avoir une « incontinence » émotionnelle avec une labilité et un euphorisme injustifié.

4 Ceux qui sont peu parlé dans la littérature :

J'ai choisis d'aborder principalement ces items psychomoteurs, peu courant dans la littérature concernant la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER, et qui sont cependant indispensables lors des prises en charge de ces patients. Je vais donc essayer de développer ces items d'après différentes sources (articles, Internet, cours...).

J'ai choisis de parler du schéma corporel et de l'image du corps car ils sont souvent confondus et parce que l'on retrouve certains troubles touchant ces items psychomoteurs dans la maladie d'ALZHEIMER.

4.1 Le schéma corporel :

4.1.1 Définition du schéma corporel :

La notion de schéma corporel est née grâce aux recherches de neurologues, psychiatres et psychologues sur les perceptions du corps, l'intégration du corps comme modèle, comme forme de la personnalité. L'élaboration du schéma corporel se fait tout au long du développement, au fur et à mesure des intégrations sensori-motrices.

Le schéma corporel est une acquisition fondamentale en perpétuelle élaboration, qui donne la capacité de gérer les rapports entre son corps et l'environnement.

D'après AJURIAGUERRA, le schéma corporel est « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée, des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

D'après BERGES, « le schéma corporel peut apparaître soit sous la forme d'une armature qui serait une trame spatiale du corps et de ses différents éléments, soit comme une enveloppe de notre corps dont nous aurions connaissance en tant que telle, frontière avec le monde extérieur ».

Le schéma corporel se définit donc comme étant la représentation que chaque individu se fait de son corps, afin de lui permettre de se situer dans l'espace. L'acquisition du schéma corporel permet d'établir les frontières du corps et de mieux en situer les limites.

Pour LE BOULCH, « le schéma corporel peut être considéré comme une intuition d'ensemble ou une connaissance immédiate que nous avons de notre propre corps, à l'état statique ou en

mouvement dans ses différentes parties et surtout en rapport avec l'espace et ses objets environnants » (cours I.S.R.P.2, DEFIOLLES).

Selon DOLTO, « le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce (humaine), quelque soit le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit ».

En conclusion, le schéma corporel est une réalité de fait, il dépend de l'organe corps, de son intégrité ou de ses lésions, le vieillissement amenant par ailleurs d'incontestables lésions qu'elles soient physiques ou psychiques.

4.1.2 Les principaux troubles du schéma corporel :

Les troubles du Schéma corporel peuvent être appelés différemment selon les ouvrages. On parle ainsi de « destruction du schéma corporel », de « désintégration sensorimotrice », de « régression psychomotrice »... On relie souvent les troubles du schéma corporel avec l'association d'altérations motrices diverses et une hypertonie généralisée prédominant sur les muscles antigravitaires, amenant une allure oppositionnelle, le tout étant qualifié d'hypertonie d'opposition fréquemment retrouvée chez les patients atteints de la maladie d'ALZHEIMER et les personnes âgées en général.

Ces troubles ont pût amener à montrer qu'il pouvait s'agir « d'une rétrogenèse parcourant en sens inverse, les étapes d'intégration successives chez le jeune enfant ». Tout cela amène à concevoir une régression émotive-affective et une désintégration posturo-tonique. La personne âgée contrairement à l'enfant ne bénéficie plus du soutien maternel par le biais du dialogue tonique et ressent comme un vide relationnel. (GONZALES L., 2006)

Il existe différents troubles psychomoteurs liés au schéma corporel dont les principaux sont :

- L'asomatognosie, qui est l'altération de la représentation du corps.
- L'hémiasomatognosie, qui est le fait de ne pas reconnaître comme sien la moitié de son corps, c'est donc la non reconnaissance d'un membre ou d'un hémicorps étant le sien.

- L'autotopoagnosie, c'est la perte de la capacité de situer les différentes parties du corps sur soi et sur autrui.
- L'anosognosie, il s'agit de la méconnaissance de la perte de connaissance du corps.
- Les aschématies, il y a l'hyperschématic, lorsque les parties du corps occupent plus que leur place réelle, et l'hypaschématie qui est le fait de penser que certains membres de leur corps occupent moins de place qu'en réalité.
- La paraschématie, c'est le fait de croire qu'une partie de son corps est à une place différente de la réalité anatomique.
- Le syndrome de négligence, c'est l'abstraction d'une partie de son corps, le sujet ne la reconnaît pas comme la sienne. L'hémi-négligence, c'est la non reconnaissance, l'ignorance d'un hémicorps.
- Et la somatotopie ou hallucinose de complétude corporelle, qui est l'illusion du membre fantôme.

4.1.3 Le schéma corporel chez la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER :

Les modifications qui apparaissent avec l'âge (peau ridée, chute des cheveux et des dents, affaissement, affaiblissement musculaire...) amènent un corps qui se dégrade, qui perd son sens, qui se vide.

Ces limites deviennent floues et peut amener un repli sur soi de la personne qui ne perçoit plus que son corps comme un « objet vieillissant », plutôt qu'un corps comme enveloppe du moi en référence au moi Peau d'ANZIEU (GOUSSARD, cours de psychologie I.S.R.P.3, année 2006-2007)

La représentation des parties du corps est perturbée. La personne ne peut plus nommer les parties de son corps ni sur elle ni sur autrui. Elle ne se les représente plus et peut se vivre comme morcelée. La personne ne se reconnaît plus dans le miroir, elle vit ainsi son corps comme étranger à elle-même et ne s'identifie plus.

On peut alors retrouver différents troubles du schéma corporel, déjà nommé ci dessus, comme l'autotopoagnosie, la somatoagnosie, et l'anosognosie.

Par ailleurs un mauvais schéma corporel peut entraîner :

Un déficit de la structuration spatio-temporelle, souvent associé dans ce cas présent à une désorientation temporo-spatiale entraînant des difficultés d'adaptation, d'écriture de repères...

Une maladresse et incoordination, du côté de la motricité...

Une inhibition, un sentiment d'insécurité et un comportement agressif du côté relationnel en raison de difficultés de reconnaissances due à une mauvaise interaction avec autrui.

De plus, le corps peut être douloureux, peut être source de souffrance. La personne âgée se retrouve souvent dans le cas où le corps n'est plus synonyme de plaisir mais est vécu comme une source de douleurs et de mal-être. Le corps est alors mis de côté et est de moins en moins stimulé dans le mouvement et dans sa fonction relationnelle.

4.2 L'image du corps :

4.2.1 Définition de l'image du corps :

Selon DOLTO, « l'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles.

Elle est propre à chacun, liée au sujet, à son histoire et elle est éminemment inconsciente ».

L'image du corps se construit à force d'expériences agréables et/ou douloureuses, au travers du regard des autres, ou dans la rencontre du corps des autres. L'image du corps résulte d'informations neurologiques, d'une construction psychique auxquelles on peut ajouter l'investissement libidinal.

L'image du corps joue un rôle important dans la socialisation de l'individu tout au long de sa vie. Elle naît donc de l'expérience émotionnelle et à travers nos relations à autrui.

Pour SCHILDER, l'image du corps se décrit comme : « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. Pour lui, « l'image du corps est une entité psycho-neurologique indissociable,

intégrant dans une synthèse permanentes les gestes, les perceptions, les représentations, le souvenirs et les émotions ».

4.2.2 Les principaux troubles psychomoteurs touchant l'image du corps :

Il existe plusieurs troubles touchant l'image du corps comme :

- L'héautoscopie, il s'agit du compagnon imaginaire.
- La dysmorphesthésie, il s'agit de la mise en valeur d'une certaine difformité au niveau du corps.
- La dysmorphophobie, il s'agit de la mise en valeur d'une certaine déformation non basée sur la réalité.
- Et pour finir celle qui nous concerne le plus dans ce thème, la dépersonnalisation, c'est la non reconnaissance de la personne dans sa complétude et dans sa forme.

4.2.3 Image du Corps chez la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER :

Il s'agit principalement de la dépersonnalisation (voir si dessus la définition).

La personne âgée présente d'importants troubles narcissiques, c'est-à-dire une défaillance de l'amour qu'elle porte sur son corps, une défaillance de l'estime de soi.

« Les altérations neurologiques de la démence déterminent directement certains symptômes, mais il y a aussi les symptômes réactionnels ou secondaires qui n'appartiennent qu'au malade », la personne souffre de ces pertes (mémoire, mots,...), soit elle oublie ce qui la dérange, soit elle tombe dans un symptôme dépressif. (PENLAE-FLOCHLAY E., démence et consentement, in Alzheimer un autre regard, 2005, p.31)

Bien que le schéma corporel et l'image du corps soient deux notions distinguées, dans l'Image Inconsciente du Corps de DOLTO, ces deux notions restent étroitement liées « c'est grâce à notre image corporelle portée par et croisée à notre schéma corporel que nous pouvons entrer

en relation avec autrui » p.23, « c'est lui, le schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif, de l'image du corps » p.22.

4.3 L'estime de soi :

Il m'a paru important de définir l'image du corps avant de parler de l'estime de soi, ces termes étant étroitement reliés l'un à l'autre.

4.3.1 Définition de l'estime de soi :

Il s'agit de l'appréciation, de l'opinion que l'on porte sur soi, de sa propre considération. (Le Petit Larousse, 2005)

Ce qui peut ressembler pour certains auteurs au narcissisme, car pour FREUD, « le narcissisme survient aux premiers stades de la conscience et peut avoir un sens positif d'estime de soi » (Le Petit Larousse, 2005).

Pour M. LARIVEY, l'estime de soi est le résultat d'une auto-évaluation consciente ou non. L'estime de soi se manifestant par la fierté que nous avons d'être nous-même et repose sur l'évaluation continue de nos actions.

Pour R. POLETTI et B. DOBBS, « une personne qui a peu d'estime d'elle-même rencontre d'innombrables difficultés dans sa vie (...). Elle se sent inadéquate, coupable et peu sûre d'elle-même ». (1998, p.13)

Pour elles, « avoir une bonne estime de soi, c'est se percevoir compétent et digne de respect » p. 14, « sans une bonne estime de soi, il n'y a pas de vie de qualité » p. 19.

L'estime de soi n'empêche pas les difficultés, mais permet d'y faire face autrement.

L'estime de soi est une base solide pour une relation épanouie aux autres. En effet, une faible estime de soi, peut nous amener à nous laisser « maltraiter » par les autres, d'être traité avec peu de respect, entraînant ainsi une chute inévitable de l'estime de soi (voir annexe des cercles en annexe 1). Alors qu'une bonne estime de soi amène un refus du manque de respect,

cela nous faisant rechercher la compagnie de personnes pour qui nous avons de la considération, et qui en ont pour nous. (LARIVEY M., 2002).

Il faut donc apprendre à avoir recours au « lâcher prise des comportements négatifs » pour améliorer son estime de soi. (POLETTI R., DOBBS B., 1998, p. 77).

4.3.2 L'estime de soi chez le patient atteint de la maladie d'ALZHEIMER :

« La maladie d'ALZHEIMER confronte la personne qui en est atteinte. Elle affaiblit le contrôle qu'elle peut exercer sur elle-même et sur son existence et met en péril sa confiance en elle et son estime d'elle-même. » (GIRARD G. et ROSS N., Alzheimer's disease International Conférence, Istanbul, le 30 septembre 2005 ».

La prise de conscience des troubles envahissant peu à peu la vie intellectuelle, la vie relationnelle, va progressivement modifier l'image que la personne malade a d'elle et la façon dont elle se perçoit parmi les autres. Cette prise de conscience des défaillances va engendrer une perte progressive de l'estime de soi, ce qui amène certains malades à un repli total, avec une rupture avec le monde extérieur, afin d'échapper à l'insupportable et en quelque sorte en gardant la maîtrise de leur image d'eux.

Mais la baisse de l'estime de soi peut également amener un comportement agressif, c'est par ailleurs un mode d'expression de leur mal-être et de leurs angoisses, il s'agit d'une sorte de manifestation de vie dont font preuve ces patients. (France Alzheimer)

IV La relation à l'autre chez le patient atteint de la maladie d'ALZHEIMER :

1. Qu'est ce que la relation :

La relation est le lien existant entre les choses, les personnes, il s'agit d'un rapport à l'autre. (Le Petit Larousse 2005)

« Dans la maladie d'ALZHEIMER, la personne comprend toujours les signaux émis par le corps » (MIAS L., 1994). Même si la personne ne comprend plus les mots, elle sent la manière dont nous nous exprimons, les expressions du visage, les attitudes, les gestes et les intonations sont décodés et font de nous soit des amis soit des ennemis à fuir ou dont lesquels il faut se défendre.

2. Entrer en relation :

La chaleur humaine est le principe de base dans la thérapie. « L'affectivité siège dans la partie basse de notre cerveau, l'atteinte de cette région est la plus tardive au cours de l'évolution de la maladie d'ALZHEIMER ». Si vous enfermez la personne malade dans sa chambre en fermant la porte, c'est la porte des sens que vous fermez.

Peu à peu, l'expression perd de sa spontanéité, il y a un appauvrissement du vocabulaire, puis les personnes atteintes deviennent incapables d'amorcer une conversation et ne peuvent plus la soutenir. Tout le langage corporel prend ainsi sa place, d'où l'importance de la communication non verbale, représentant environ 80 % de la communication et pourtant si souvent mise au second plan, « le sens des mots est loin de représenter toute la communication » (LAMBERT G., 2006, p.43).

Pourtant, la communication avec le malade n'est pas rompue, il a alors besoin d'être rassuré, par des gestes tendres, un sourire ou encore un regard. (France Alzheimer)

3. Les points favorables à une bonne relation :

Le malade a de plus en plus de difficultés à exprimer ses idées à l'aide de mots et à comprendre ce qui lui est dit. « La communication nécessite patience et imagination »(France Alzheimer).

Il faut tout d'abord limiter le stress et les bruits parasites, la personne atteinte ayant des troubles de l'attention. Se présenter à chaque fois peut être nécessaire afin d'améliorer la confiance du patient. (Communiquer avec les personnes âgées, PERRON M., La clé des sens, chronique sociale, Lyon, 2005)

Parler d'un ton calme et clair, regarder la personne droit dans les yeux, accompagné de gestes nos paroles, choisir des termes simples et utiliser des phrases courtes avec un seul message à la fois, ne pas hésiter à reformuler les phrases et à répéter les informations importantes, et surtout prendre son temps, toutes ces petites attitudes aidant le patient à se mettre à l'aise, installant ainsi un cadre de confiance et de relation. (LAMBERT G., 2006, p.44-45)

Si la relation affective est bonne avec la personne, on peut arriver à corriger et / ou réapprendre les choses, même si cela demande beaucoup de temps.

De plus, il faut éviter la solitude, les contacts humains et le plaisir sont les meilleures stimulations de la mémoire. (DEFONTAINES B., Science et vie n° 1056, p.154)

4. Les limites de cette relation :

Les troubles du comportements et la perte de mémoire sont les principaux inconvénients à la relation.

Les explosions de colère sont fréquentes chez certains patients, le malade peut se mettre en colère pour des choses qui ne l'auraient pas dérangé par le passé. Ces explosions ne sont pas intentionnelles ou préméditées, mais sont bel et bien les effets de la maladie. Il faut alors rester calme, rassurant et essayer de le distraire de la situation ayant provoqué cette colère.

La méfiance du patient est elle aussi à prendre en compte, le patient n'arrive plus à comprendre ce qui se passe autour de lui. Il peut penser que l'on lui veut du mal, si il a perdu un objet ou autre, il peut vous rendre responsable du vol. Il est alors important de lui faire comprendre qu'il est écouté et de le rassurer en lui expliquant qu'il est en sécurité.

Pour finir, les états de délire et la déambulation sont eux aussi un frein à la relation et peuvent l'être à la prise en charge. La déambulation et les délires peuvent être une réponse à une source d'angoisse du patient qui peut devenir agressif si l'on essaye de le contenir quelques instants. (France Alzheimer)

Crier lorsque la personne fait des erreurs ne sert à rien, au contraire cela augmente l'agressivité, rend encore plus malheureuse la personne et risque d'avantage de l'enfoncer dans son repli et sa démence. (MIAS L., 1994)

Partie

Clinique :

I. Présentation de l'établissement :

L'établissement fut inauguré en 1975.

Les premières chambres furent livrées et ouvertes au printemps 1975. Les exigences en matière de confort et de sécurité étaient beaucoup moins importantes que maintenant.

Les chambres ne faisaient que 10 m² et n'étaient munies que d'un lavabo.

C'est pourquoi il y a une dizaine d'années une rénovation fut décidée. Le hall d'entrée fut réhabilité par des boiseries, la salle à manger agrandie et une verrière créée, les chambres furent considérablement réaménagées avec l'installation dans chacune d'elle d'une salle d'eau répondant aux dernières normes de sécurité et de confort.

Il est situé à 15 kilomètres de Paris dans un cadre de verdure. L'institution est implantée en centre ville et est proche de toutes commodités, commerces, marché... Cette maison de retraite est une résidence médicalisée agréée et assure un projet de vie, des soins, des animations et des sorties.

La résidence a une capacité de 64 résidents et accueille des personnes autonomes, semi valides, dépendantes et/ou désorientées.

Le maintien de l'autonomie est favorisé par des équipements adéquats, des espaces de circulation aménagés avec une signalétique appropriée.

L'équipe médicale et paramédicale est composée d'infirmières, d'un médecin coordinateur, de médecins traitants, d'aides médico-psychologiques, d'auxiliaires de vie, d'une psychomotricienne et d'un animateur spécialisé.

Ces professionnels ont pour mission d'aider les résidents dans tous les actes de la vie quotidienne, soins d'hygiène, aide aux déplacements, la prise de repas, la gestion des médicaments et des intervenants libéraux.

Les résidents peuvent personnaliser leur chambre en y installant des petits meubles de chez eux ou des objets personnels.

Des espaces conviviaux sont mis à leur disposition.

Les résidants doivent fournir différents documents lors d'une demande d'admission comme :

- Une fiche de renseignement
- Une fiche sur les traitements en cours
- Un compte rendu médical de sortie en cas d'hospitalisation récente
- Les antécédents médicaux signés par le médecin traitant
- Une photocopie de la carte d'identité
- Une photocopie de l'attestation vitale
- Une photocopie de l'attestation responsabilité civile
- Un chèque de 2 500 euros de caution (non encaissé)
- Et un versement de 152,45 euros de garantie pour les frais de débours lors de l'établissement de la première facture

De plus une fiche concernant la vie pratique est à remplir concernant la gestion du linge, du pédicure, de la coiffeuse, de la religion et des goûts préférentiels pour l'animation...

II. Place de la psychomotricité dans l'établissement :

1. Dans l'institution :

En raison du manque de place au sein de l'institution, il n'y a pour l'instant aucune salle réservée à la psychomotricité.

Les prises en charge individuelle se font soit dans la chambre des résidants, soit dans de petits salons mis à disposition des familles.

Les prises en charges en groupe se font dans une salle à manger, au premier étage. Lors de ces dernières, la psychomotricienne se préoccupe de chacun des patients, tenant compte de ses difficultés et l'aidant à trouver sa place au sein du groupe. Chacun des groupes, différents selon les jours de présence de la psychomotricienne, a des projets thérapeutiques à visées

analogues. En fonction des possibilités de chaque patient, la psychomotricienne est amenée à travailler sur l'entretien des capacités instrumentales, en utilisant des stimulations psychomotrices, comme la gymnastique douce, en travaillant l'écriture, la mémoire, et en utilisant des méthodes de toucher thérapeutique ayant pour but la détente du patient...

Chaque patient est évalué au moins deux fois par an, l'objectif étant de réaliser des bilans d'observations afin de réadapter et / ou d'améliorer au mieux le projet thérapeutique mis en place. L'évaluation psychomotrice se base également sur l'expression du bien-être du patient, ainsi que sur la communication verbale et non-verbale. Le principal but étant d'avantage le soin psychologique du champ relationnel qu'une rééducation fonctionnelle.

2. Le rôle de la psychomotricité en gériatrie :

L'approche corporelle tient compte de la globalité de la personne et se situe au carrefour du corporel, de la communication, du cognitif, du psychisme et du social.

En maison de retraite, la thérapie psychomotrice a pour but d'aider les personnes âgées en souffrance à se réconcilier avec leur corps.

Le thérapeute doit à la fois prendre en compte la douleur corporelle liée au vieillissement et à ses multiples maladies, mais aussi à la douleur psychique liée aux deuils successifs et aux bouleversements de l'estime de soi.

Le psychomotricien a donc un rôle préventif, avec le maintien et le renforcement des acquis, afin de ralentir si possible l'évolution. Le but étant de garder le plus possible d'autonomie, et de redonner à la personne âgée le goût de vivre.

Le psychomotricien a également un rôle curatif, dans la rééducation des troubles psychomoteurs, comme les troubles du schéma corporel, de l'image du corps, les repères spatio-temporels, l'équilibre, le maintien de la marche, la graphomotricité et les dérèglements tonico-émotionnels.

Puis pour finir, le psychomotricien a un rôle d'accompagnement de fin de vie. A l'aide du dialogue tonique, des sensations, de la communication verbale et non-verbale, il favorisera le bien-être, la détente, l'apaisement et le réconfort. Le patient n'est plus seul, la relation qui s'instaure avec le psychomotricien, son toucher contenant, l'aide à ressentir ses limites corporelles et son environnement sur un mode agréable. Tout ces éléments, amenant le patient à mettre de côté, le temps d'une séance, l'attente anxieuse de la mort. Le patient ressent alors ce corps parfois dépersonnalisé et douloureux, comme celui qui peut encore lui apporter plaisir et bien-être.

3. Place du stagiaire psychomotricien dans l'établissement :

Mon intégration au sein de l'équipe s'est faite naturellement. La psychomotricienne en poste m'a tout de suite accepté, et m'a donné une place particulière et singulière me considérant comme une future professionnelle. Elle a su se rendre disponible, attentive et a prit en compte mes considérations et mes idées, me permettant de les appliquer en les utilisant dans les prises en charge. Par ailleurs, elle m'a également soutenu lors des prises d'initiatives avec les patients tout en respectant mon rythme d'adaptation.

N'étant sur le lieu de stage qu'une fois par semaine, il m'a semblé adapté d'être tout d'abord dirigée puis soutenue dans mes entreprises, ce que la psychomotricienne a fait.

III Présentation de cas clinique :

1. Etude de cas 3 : Madame L :

1.1 Anamnèse :

Nous connaissons que peu de choses de la vie de Madame L.. Madame L. est née en 1921, elle est donc âgée de 86 ans.

Madame L. a subi plusieurs opérations, elle a été opérée de l'appendicite en 1932, opérée d'un glaucome en 1979 et a subi une intervention de prothèse de la hanche gauche en 2004.

Madame L. est mère de deux enfants, un garçon et une fille et est veuve depuis plusieurs années. Madame L. est entrée en maison de retraite médicalisée en région parisienne en janvier 2007.

1.2 Présentation de la patiente :

Une dégradation de type Alzheimer a été diagnostiquée dès 2002. Madame L. présente une légère D.T.S. (désorientation temporo-spaciale) et quelques difficultés à s'adapter à sa nouvelle vie en maison de retraite.

Madame L. est autonome pour les gestes quotidiens mais à besoin d'être stimulée.

Madame L. se montre sociable et aime discuter avec les autres résidants et l'équipe médicale, elle recherche par ailleurs les contacts et semble s'ennuyer par moments.

Elle semble avoir quelques difficultés visuelles et se plaint de sa vue. Madame L. utilise beaucoup l'humour pour entrer dans une discussion ou faire passer une remarque.

Madame L. parle ouvertement de ses peurs de devenir « fada » comme son fils le lui fait remarquer et est relativement consciente de ses « petits trous de mémoire ».

1.3 Bilans psychomoteurs :

Le bilan psychomoteur s'est déroulé en plusieurs fois, le M.M.S (Mini Mental Score) a été passé le 18 janvier 2007 et le bilan psychomoteur le 02 et le 12 février 2007. (Voir annexes 2-3-4-5-6)

Lors de la passation du M.M.S., Madame L. a obtenu un score de 11/30.

En *orientation* elle a obtenue 2/10 sur des questions de repérage dans le temps et lorsqu'on lui pose des questions sur l'endroit où nous sommes.

En apprentissage elle a obtenue 1/3.

En *attention*, le résultat est de 0/5. Lorsqu'on lui demande de compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois, Madame A. donne des réponses fausses, ce qui ne la dérange pas plus que cela.

Lors de l'épellation du mot MONDE à l'envers (épreuve non cotée) elle obtient un très bon résultat de 4/5 en épelant E.D.N...M.

Lors du *rappel* des trois mots (citron ballon clef) Madame L. est incapable de répéter ces mots, elle obtient donc 0/3 a cette épreuve.

Par ailleurs elle obtient 8/8 à l'épreuve du *langage*. Elle montre une bonne compréhension générale et une bonne adaptation aux consignes.

Elle ne réussit pas les épreuves de *praxies* où elle obtient 0/1.

On constate donc d'après les résultats au M.M.S. que Madame L. semble très désorientée dans le temps, elle montre donc une importante perte de mémoire immédiate et différée et une acalculie. Par ailleurs Madame L. ne montre aucune difficulté dans l'expression, le langage et la communication.

Lors du bilan psychomoteur, Madame L. a été surprenante, elle a obtenu un score de 113/127

Pour les *coordinations statiques*, Madame L. obtient 8/9, elle ne montre pas de difficulté particulière lors de l'équilibre statique sur les deux pieds, sur un seul avec appui. Seul l'équilibre sur la pointe d'un pied, à droite et à gauche et sans appui semble plus difficile.

Pour les *coordinations dynamiques*, Madame L. ne montre aucune difficulté que ce soit lors de la marche ou des différents exercices psychomoteurs, elle obtient donc 14/14.

Au niveau du *tonus*, on constate des difficultés au lâcher prise lors de la mobilisation passive, Madame L. montre de nombreuses anticipations et persévérations du mouvement, par ailleurs le relâchement se fait par saccades et Madame L. se plaint de ses chevilles et du bas des jambes. Il n'y a pas de difficulté lors des mobilisations actives. Le score est donc de 18/24.

Il n'y a pas de difficultés notables en *motricité fine*, où elle obtient 6/6, ni lors des exercices de praxies qu'elles soient idéatoires, idéomotrices ou constructives, le score est également de 6/6.

Le même constat est fait au niveau du *schéma corporel*, Madame L. sait localiser et nommer sur soi et sur autrui les différentes parties du corps et ne montre pas de problème lors de l'imitation de gestes même visuel alors que la vue semblait poser problème lors du M.M.S.. Le résultat est de 9/9.

La *mémoire de perception* lors de l'exécution des mouvements précédents sur démonstration ne montre aucune difficulté, elle obtient 6/6.

Les *perceptions* se font sans difficulté, elle sait reconnaître un air chanté, sait reproduire des frappes et reconnaître les différentes textures et formes des objets. Elle obtient 12.5/13.

Au niveau de la *sphère spatiale*, elle ne montre pas de difficulté (contrairement au M.M.S.) seul le lieu de la maison de retraite lui est impossible à retenir. Le score est de 11/12.

Au niveau de la *sphère temporelle*, elle obtient 4/6, Madame L. se trouve incapable de se situer dans le temps, elle ne peut donner la date ni ordonner des images décrivant une scène

de la vie quotidienne. Par contre elle connaît la succession des jours et des mois, sait lire l'heure (qu'elle voit très bien) et connaît sa date de naissance mais ne peut pas donner son âge (à cause du repérage dans le temps présent).

Lors des exercices de *mémoire verbale*, elle est capable de répéter immédiatement et en différé les trois mots (citron clef ballon) après renforcement de l'encodage, contrairement à la même épreuve lors du M.M.S., mais a des difficultés dans la description d'une journée. Il y a donc un score de 6.5/8.

Il n'y a aucune difficulté au niveau de la *vigilance*, 6/6.

La *communication* est bonne même si les expressions du visage sont pauvres ainsi que l'expression gestuelle. Le résultat est de 6/8.

Cela pourrait montrer par la suite des difficultés de relation.

1.4 Conclusion :

En conclusion de ce bilan psychomoteur, on remarque donc des apraxies, des troubles de la mémoire, de l'équilibre, du tonus et des difficultés à entrer en relation ce qui montre un résultat surprenant en comparaison du M.M.S.

Par ailleurs contrairement à la passation du M.M.S., Madame L. ne montre aucun problème de vue et aucun trouble graphico-spaciaux.

En conclusion globale, Madame L. est contente que l'on s'occupe d'elle, « cela l'occupe », mais ne recherche pas d'elle-même le contact. Elle se dévalorise au début pour ensuite prendre une attitude défensive. Elle est paradoxale dans certaines épreuves notamment lors de la mémorisation verbale (les trois mots à répéter sont impossible lors du M.M.S. et correct en immédiat et différé lors du bilan psychomoteur) et dans l'orientation spatiale (suivant les moments, les jours, elle est capable de se perdre dans les couloirs ou de se retrouver sans aucun problème).

Toutefois Madame L. semble vite s'impatienter et peut paraître agressive par moment.

Car en effet Madame L. répond fréquemment sur le ton humoristique ce qui peut évoquer un mode défensif, d'ailleurs, elle a très peur de « perdre la tête », « d'être bonne à enfermer » et se dévalorise à plusieurs reprises lors de la passation.

Il serait malgré tout intéressant d'avoir les résultats d'un bilan ophtalmologique afin de savoir ce qu'il en est réellement de ses capacités visuelles.

1.5 Projet thérapeutique :

Il serait intéressant d'intégrer Madame L. dans la prise en charge groupale du lundi après midi en motricité corporelle, pour ses difficultés motrices et mnésiques, avec d'autres patients atteints de la maladie d'Alzheimer, de plus elle serait valorisée par le fait qu'elle est fière de ses capacités en gymnastique, cela aurait pour objectif de lui permettre de conserver ses acquis et par ailleurs de l'intégrer au sein du groupe afin de faciliter son intégration au sein de la maison de retraite.

Par ailleurs, une prise en charge individuelle pourrait se faire le lundi matin afin de stimuler, par le biais de différents jeux de société, le raisonnement, la logique, la mémoire et l'aisance relationnelle.

Ces deux types de prises en charge auront par ailleurs comme objectifs la réassurance et la revalorisation de Madame L.

1.6 Evolution de la prise en charge individuelle :

La prise en charge individuelle du lundi matin commence tout d'abord par un temps de discussion et de parole sur l'humeur du jour, puis l'on essaie que Madame L. se resitue dans le temps en donnant la date du jour et l'endroit où nous sommes, ce qui lui est très difficile. Madame L. se trompe souvent de jour, de date et de mois mais arrive à se resituer avec aides (repères temporels liés aux fêtes du calendrier), mais l'année est toujours fautive, elle est par ailleurs étonnée, à chaque séance, d'être en 2007, sans pour autant me donner à chaque fois la même fautive année.

Lors de la prise en charge individuelle, Madame L. se montre très enthousiaste dans un premier temps, elle est contente que l'on « s'occupe d'elle », « ces petits exercices l'amuse », cependant, lors de la séance, elle se montre plus sur la défensive, a peur de se tromper et lorsque c'est le cas, elle ne montre pas réellement de déception.

Les « petits jeux » utilisés sont des jeux de société pour la plupart adaptés aux problèmes de vue : domino agrandi, jeu de la bataille avec des cartes plus grandes, mais l'on utilise également des jeux de domino et de cartes de taille normale. Dans le cas du jeu de domino, Madame L. montre plus de difficultés avec le jeu agrandi, elle a plus de difficultés à gérer l'espace de la table et se perd dans le positionnement des « plaques », tout un travail sur la place qu'utilise les plaques est alors mis en jeu ainsi que la comparaison de la place des plaques de taille normale.

Madame L. dit avoir beaucoup joué aux cartes avec son mari, mais semble perdue dès que l'on lui présente le jeu et dit « ne pas savoir jouer à ces jeux trop compliqués ».

Tout un travail de revalorisation est également mis en place lors de ces séances individuelles.

Nous insistons plus particulièrement sur le fait qu'elle réussisse d'elle même, sans stimulations de notre part et sur le fait qu'elle éprouve du plaisir dans le fait de jouer.

Madame L. a effectivement beaucoup de difficultés à montrer ce qu'elle ressent, on ressent parfois une indifférence au jeu et d'autre fois la sensation que cela lui plait surtout en fin de séance où Madame L. montre un léger mécontentement probablement du fait d'attendre jusqu'au repas du midi.

2. Etude de cas 2 : Madame A. :

2.1 Anamnèse :

Madame A. est née en 1929. Selon ses dires, elle a perdu son père à l'âge de 2 ans. Madame A. s'est mariée très jeune car elle était enceinte de son mari et après avoir vécu quelque temps

à TOULON, a suivi son mari muté à Paris, où ils résidèrent 3 ans pour finalement s'installer en région parisienne. Madame A. était assistante maternelle. Elle a eut deux enfants et à l'heure actuelle est grand-mère et arrière grand-mère.

Madame A. est veuve.

Madame A. est entrée le 26/10/2006 en maison de retraite, en région parisienne. Elle est entrée à la demande de ses enfants après avoir eut quelques difficultés à son domicile. (Pertes de mémoire, dons de ses affaires personnelles à des inconnus...)

2.2 Présentation de la patiente:

Madame A. est donc entrée il y à peu en maison de retraite et après une période de dénie, elle semble désormais accepté le fait d'être incapable de rester seule chez elle et accepte le fait qu'elle ai fait des « bêtises ».

Madame A. est suspectée d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Madame A. montre une allure élégante, elle dit aimer prendre soin d'elle et de son apparence, prend en compte ce que peuvent penser les autres résidants.

Madame A. a subit une opération de la vue et se plaint d'avoir perdu l'usage de son oeil gauche, les 3 paires de lunettes en sa possession ne lui semble d'aucune aide.

Madame A. était arrivé avec une canne qu'elle a abandonnée par la suite de son plein gré, elle n'a donc pas de difficulté dans la marche et se déplace de manière adaptée.

2.3 Bilan psychomoteur :

Le bilan psychomoteur s'est fait en plusieurs fois, le 16 et le 23 Octobre pour le bilan et le 9 Octobre pour le M.M.S. (mini mental score) (Voir annexes 7-8-9-10 et 11).

Madame A. s'est montrée très coopérante et attentionné.

Lors de l'épreuve de *somatognosie*, Madame A. ne montre aucune difficulté elle sait nommer sur elle et sur autrui les différentes parties corporelles. Mais lors du dessin du bonhomme (non

côté) Madame A. montre de grandes difficultés à tenir un crayon et se plaint de son arthrose et de sa vue. A l'heure actuelle nous ne savons rien de plus sur le plan ophtalmologique.

Lors de l'épreuve de *l'imitation de gestes*, Madame A. le fait en miroir spontanément et ne se place pas bien, la correction de ses mouvements ne se fait pas après remarques.

Elle semble également montrer des problèmes de repérage dans l'espace corporel et dans l'espace externe.

Au passage du bilan psychomoteur, on ne retrouve pas de difficulté en *coordinations statiques et dynamiques*, Madame A. a une bonne autonomie dans ses mouvements, ses gestes et une bonne aisance corporelle générale.

Son *tonus* est adapté lors de la mobilisation passive, Madame A. ne montre pas de raideur, sauf au niveau des mains, en raison de son arthrose, ni d'anticipation ou de conservation du mouvement.

Madame A. montre malgré ses douleurs une bonne *motricité fine* avec un pianotage adapté et une bonne *coordination visuo-motrice*.

Il n'y a pas de problème au niveau des *praxies*, qu'elles soient idéatoires, idéomotrices ou constructives.

D'un point de vue *spatial et temporel* les notions principales sont bien installées mais on retrouve quelques difficultés dans la lecture de l'heure et dans la succession lors des images à remettre en ordre... elle montre également des difficultés lors du test du voyage où elle semble oublier les différents points de repère.

Au niveau de la *vigilance*, Madame A. a de très bons résultats et montre une attention soutenue et une bonne compréhension d'ensemble.

La *communication verbale et non verbale* ne montre pas de difficultés et Madame A. montre même du plaisir à mimer des expressions faciales.

Lors du passage du M.M.S., Madame A. obtient une moyenne de 15/30.

Elle obtient un score de 4/10 en orientation, sur des questions de repérage dans le temps et lorsqu'on lui pose des questions sur l'endroit où nous sommes.

Il n'y a pas de problèmes dans la répétition de mots mais elle est incapable de les répéter quelque temps après.

Lorsqu'on lui demande de compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois, Madame A. donne des réponses fausses, ce qui ne la dérange pas plus que cela (elle obtient donc un score de 0/5).

Du point de vu du langage, elle obtient un résultat de 7/8 avec une bonne compréhension générale et une bonne adaptation aux consignes.

L'écriture semble très difficile et Madame se plaint de douleurs et de tremblements. L'écriture est peu lisible et présente de nombreuses fautes d'orthographe et de conjugaison.

2.4 Conclusion :

L'imitation de gestes se fait spontanément en miroir, en vérité cela lui demande plus de réflexion, avec quelques difficultés dans le positionnement et la reproduction de mouvements impliquant la réversibilité. En effet, Madame A. montre des difficultés lors de la reproduction des mouvements à faire de mémoire on remarque : un mauvais positionnement, une mauvaise orientation spatiale et des difficultés kinesthésiques.

Par ailleurs, elle montre de bons, voir de très bons résultats dans les autres items psychomoteurs (tonus, praxies, coordinations/dissociations, motricité fine, vigilance, communication...)

Madame A. montre donc principalement des difficultés mnésiques et spatiales. Mais elle fait preuve de beaucoup de volonté et souhaite travailler le plus possible afin de garder ses possibilités.

Elle appréhende énormément les prochaines visites chez son médecin et a peur de ne plus pouvoir retourner chez elle.

Il serait intéressant d'avoir les résultats d'un bilan ophtalmologique afin de savoir ce qu'il en est réellement de ses capacités visuelles.

2.5 Projet thérapeutique :

Il serait favorable pour Madame A. d'être intégrée dans le groupe de patients atteint d'Alzheimer du lundi où l'on travaille à l'aide de divers exercices de gymnastiques douce et de parcours psychomoteurs, la notion de schéma corporel et d'espace environnement et dans le groupe du jeudi pour l'atelier mémoire. Un travail d'écriture quotidien pourrait être mis en place afin de lui permettre de garder une trace écrite de ce qu'elle a fait de ses journées. Ce travail d'écriture lui permettra donc, de travailler en plus de la mémoire, le maintien du stylo, l'espace de la feuille et les notions des règles d'écriture.

Elle aime être avec les autres et se rendre utile, d'où l'importance de lui laisser le soin de s'occuper elle-même de sa chambre et lui proposer de mettre la table dans la structure afin de garantir son autonomie et son espace personnel.

Il serait bien de la faire travailler sur la structuration temporelle et spatiale car elle montre des difficultés dans ces domaines, confirmés lors des exercices graphomoteurs. (Écriture tombante, mise en page...)

2.6 Evolution de la prise en charge individuelle :

Lors de la prise en charge individuelle, qui se déroule le lundi matin, il s'agit principalement d'un travail d'écriture. Un cahier a été mis à disposition de Madame A., dès son arrivée à la maison de retraite, selon le désir de la patiente, qui consciente de ses troubles mnésiques souhaitait pouvoir se rappeler ce qui s'était passé au cours de la journée.

Madame A. s'est tout d'abord volontiers prêtée au jeu de l'écriture mais peu à peu a oublié de travailler son écriture, en faisant ces pages tous les jours. Elle est très fière à l'idée de nous

montrer ce qu'elle a écrit dans la semaine et s'attriste en ne retrouvant pas ses écrits qui n'ont pas été réellement transcrits (confusion entre l'imaginaire et / ou la réalité, car elle désire écrire et peut penser l'avoir fait dans sa tête). Il est constaté que seuls les écrits des journées du lundi, jours de sa prise en charge individuelle, figurent dans son carnet. Il s'agit donc désormais d'un travail d'écriture le lundi sur ce qu'il s'est passé le week-end et relatant surtout des visites de la famille. Madame A ne souhaite pas « oublier » que sa famille est venue la voir, et lui permet ainsi de ne pas appeler chez eux pour savoir si ils sont venus.

Cependant, au début des prises en charge, les écrits de Madame A. étaient illisibles, les lettres étaient déformées, se chevauchaient, une dysorthographe était très présente, la mise en page était anarchique, les lignes, selon les dires de Madame A. n'étaient pas perçues à cause de son problème de vue.

Après avoir observé des crispations au niveau des mains et par la suite une appréhension de cet atelier, des exercices de contraction-décontraction ont été mis en place sous forme d'échauffement des membres supérieurs et du cou, d'exercices de préhension du crayon et de détente des mains.

Après ces mouvements, Madame A. semble avoir beaucoup moins de difficulté et ses mains montrent moins de crispations lors des exercices d'écriture. Par ailleurs, une amélioration de l'écriture a pu être constatée. Progressivement, les lettres se sont mieux formées et sont plus lisibles.

L'espace de la feuille est réévaluée par Madame A. même si elle dit ne pas voir ces dernières ; (le bilan ophtalmologique n'étant toujours pas fait à ce jour, a-t-elle réellement des problèmes de vue ? Ou s'agit-il d'avoir peur de perdre de vue ses proches ? Elle parle de ses craintes de ne plus voir sa famille alors qu'en est-il réellement...), mais visiblement, l'écriture suit les lignes et il y a une meilleure appropriation de l'espace de la page. La dysorthographe est

toujours présente et fait partie de la pathologie. (Voir annexe 12 sur l'évolution de l'écriture entre octobre et mars)

Le travail n'est pas de réapprendre l'écriture mais de ralentir la perte de celle-ci due à l'évolution de la maladie.

La famille a mis à la disposition de Madame A. un calendrier personnalisé afin de l'aider à se repérer dans le temps. Madame A. est fière de monter qu'elle sait, le lundi matin, le jour que nous sommes, même si à cause de la maladie elle est perdue sans ce support écrit ; ce qui ne la perturbe pas plus que cela.

Par ailleurs, Madame A. s'est habituée à la maison de retraite. Elle comprend le fait qu'elle soit dans cet établissement et est consciente qu'il lui serait désormais impossible de vivre seule chez elle. Elle refusait au début de rester dans cette maison, et après une période de déni, a accepté le fait de rester dans cet établissement et de vendre son appartement. D'après ses propres mots « c'est ici ma deuxième maison ». Elle a aménagé sa chambre comme elle le souhaite et s'occupe de son entretien. Elle est tout à fait autonome dans son habillement et met un point d'honneur à être élégante.

Il n'y a toujours pas de difficulté au niveau du schéma corporel et de la somatognosie, le test ayant été refait le 23 mars 2007. (Voir annexe 13)

Au niveau de l'estime de soi, et de l'image du corps, Madame A. souhaite rester élégante à tout moment et aime prendre soin d'elle, elle aime se changer dans la journée lorsqu'il y a des intervenants.

Par ailleurs, le dessin du bonhomme de Madame A. (annexe 14) est difficile à réaliser, car Madame A. est évasive et difficile à évaluer.

Elle est assez critique envers elle mais aussi envers les autres qu'elle trouve peu « présentables ». Elle est relativement fière d'elle et n'a pas de problème d'estime de soi. Ses progrès en écriture favorisent cet état.

C'est un réel « boute-en-train » au sein de la maison de retraite. Il n'est pas rare que Madame A. soit sollicité pour les sorties d'achat des cadeaux d'anniversaire, elle aime donner son avis et montre une certaine prestance lors de ces sorties. Lors de ces dernières, Madame A. est assez différente et prend alors en charge les autres résidentes (au nombre de deux). Elle fait preuve de beaucoup d'aisance à l'extérieur.

Madame A. paraît être en quelque sorte « la patiente idéale », elle est participante et agréable, même si depuis peu, elle montre une certaine agressivité envers les autres résidents, ce qui sera abordé dans la prise en charge en groupe.

3. Etude de cas 3: Madame R :

3.1 Anamnèse :

Madame R. est née en 1914, elle a donc âgée de 92 ans. Les parents de Madame divorcèrent très tôt. Madame R. s'est mariée à l'âge de 20 ans, a eu deux filles et un fils de cette union et par la suite trois petits enfants. Madame R. a travaillé en tant que couturière pendant 11 ans et a quitté son travail pour élever ses enfants, son mari était représentant en commerce. Madame R. est veuve.

Madame R. est entrée en octobre 2006 en maison de retraite, en région parisienne. Elle est entrée à la demande de ses filles, une demande de curatelle a été faite.

3.2 Présentation de la patiente :

Madame R. vivait jusqu'alors seule dans son appartement et refusait toutes aides venant de l'extérieur. Elle préférerait vivre chez sa fille non loin de la maison de retraite, elle trouverait cela normal.

Madame R. souffre d'hypertension artérielle et d'une ostéoporose mais refuse toute prise médicamenteuse. Elle a également des problèmes de vue mais ne porte pas de lunettes.

Un syndrome démentiel évolutif a été diagnostiqué il y a 5 ans avec des troubles du comportement (avec délires et hallucinations) récemment accentués ces derniers mois rendant le maintien à domicile périlleux.

Madame R. a un caractère obstiné et un état d'agitation psychomotrice avec anxiété extrême diagnostiqué lors d'examens neurologiques. Elle souffre d'une D.T.S. (désorientation temporo spatiale) et à de gros troubles mnésiques de fixation. Il n'y a pas de déficit moteur, l'autonomie motrice est conservée, elle est autonome dans la marche, la toilette, l'habillement et l'alimentation.

Les examens de cardiologie et de pneumologie sont normaux.

3.3 Bilans psychomoteurs :

Les bilans se sont déroulés en plusieurs fois, le 20 novembre et le 04 décembre 2006 pour le bilan psychomoteur et le 06 novembre 2006 pour le Mini Mental Score. (Voir annexes 15-16-17-18 et 19)

Au passage du bilan psychomoteur, on ne retrouve pas de difficulté de *coordinations statiques*, elle obtient 9/9.

Madame R. adapte son équilibre à l'action demandée et montre une bonne souplesse dans ses mouvements globaux. Elle ne cherche pas d'appui pour réaliser les mouvements demandés, si elle ressent un déséquilibre, elle réajuste son tonus ou se rattrape à la personne qui l'accompagne.

En *coordinations dynamiques*, Madame R. obtient 14/14. Elle n'a pas de difficulté lors de la marche, et dit avoir aimé la gymnastique. Elle adapte spontanément sa posture pour, assise, lever ses 2 jambes en même temps.

Lors des épreuves du *tonus*, elle obtient un score de 22/24. Au début, Madame R. montre quelques difficultés à se relâcher et montre quelques anticipations et conservations du mouvement, puis elle s'adapte aux consignes et montre un bon lâcher prise.

En *motricité fine*, elle obtient 6/6.

Madame R. a une bonne motricité fine, un pianotage précis. Elle utilise nettement la main droite lors des différentes actions. Lors de la poussée du ballon avec le pied, elle choisit le pied droit et fait quelques petits pas pour assurer son appui. Elle fait son lacet seule en s'appliquant.

Pour les *praxies*, Madame R. ne montre pas de difficulté particulière qu'elles soient *constructives, idéatoires ou idéomotrices* (6/6).

Lors des épreuves du *schéma corporel*, elle obtient 8.5/9. Déclare « qu'elle se connaît bien tout de même ». Sait nommer et montrer les différentes parties sur soi et sur autrui et retrouve les parties manquantes sur le dessin du bonhomme, sauf l'œil, ceci est sûrement dû à son problème de vue.

En travaillant sur la *mémoire de perception* elle obtient un score de 5.5/6.

Elle reproduit les mouvements spontanément en miroir, on remarque quelques gênes dans la réalisation en vérité, cela lui demande une remémoration de la droite et de la gauche sur soi et sur autrui mais se corrige spontanément.

Dans la *sphère spatiale*, Madame R. montre des difficultés à se situer en tant que résidente de la maison de retraite. Pas de difficultés dans les notions de base, mais oublie l'ordre et les numéros lors du test du voyage. Pas de difficultés dans la structuration spatiale. (10/12)

Aucune difficulté pour la *mémoire verbale* où elle obtient 8/8.

Pour les *perceptions*, Madame R. obtient un score de 7/13.

Elle sait identifier sans aides les formes et les matières des objets, mais ne peut décrire les images et lire les différents textes, cela est sûrement dû à un problème de vue.

En ce qui concerne la *sphère temporelle*, elle obtient 3/6.

Elle montre beaucoup de difficultés à se situer dans le temps même si les bases comme la succession des mois et des jours est acquise. Elle sait qu'elle a 92 ans mais pense que sa mère en a 130 et qu'elle l'attend pour dîner.

Il n'y a pas de problème majeur au niveau de la vigilance et de la communication.

Madame R. montre une attention soutenue et une bonne compréhension des consignes, elle se fait comprendre qu'il s'agisse de la communication verbale ou non verbale, même si le langage n'est pas toujours cohérent.

Lors de la passation du M.M.S (mini mental score), Madame R. a obtenue un score de 17.5/30.

Madame R. peut épeler son nom et prénom, ainsi que donner sa date de naissance et son âge après réflexion, mais ne peut donner ni la date du jour ni la date d'entrée ainsi que son numéro de chambre.

Elle obtient un score de 3/10 en orientation, sur des questions de repérage dans le temps et lorsqu'on lui demande si elle sait où nous nous trouvons. De plus Madame R. montre un certain refus en se braquant à ne pas prononcer le nom de la ville. Elle connaît le nom de la ville où elle est, et les noms des villes des alentours, mais se refuse à les nommer car elle refuse d'être dans cette maison de retraite.

Lors de l'épreuve d'apprentissage, il n'y a aucun problème dans la répétition immédiate des trois mots (elle obtient 3/3) mais est incapable de se les rappeler quelques temps après (0/3).

Elle obtient un très bon score de 4/5 lorsqu'on lui demande de compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ce qui montre une bonne attention. D'ailleurs cela est confirmé lorsqu'on lui demande d'épeler le mots « monde » à l'envers (épreuve non cotée).

Madame R. obtient un score de 7.5/8 en langage, elle reconnaît bien les différents objets (montre, stylo), et répond bien aux différentes consignes, seul la répétition de la phrase « pas de mais, de si, ni de et » lui a posé problème.

Lors des praxies constructives, Madame R. échoue, et obtient 0/1 mais se plaint de ne pas voir...

Le M.M.S. montre donc principalement des difficultés de mémoire récente, de cohérence des faits et d'orientation dans le temps, le test du voyage montrant principalement des troubles de la mémoire.

3.4 Conclusion :

On ne remarque donc après passation des bilans, pas de difficulté particulière dans les items du tonus, de la coordination / dissociation, de la motricité fine, des praxies, du schéma corporel, au niveau de la communication et de la vigilance...

Seul la sphère temporelle montre des difficultés de repérage dans le temps et des notions de succession.

Il serait nécessaire de faire un bilan ophtalmologique afin de confirmer ses éventuels problèmes de vue lors des exercices de perceptions.

3.5 Projet thérapeutique :

La psychomotricité paraît essentielle dans le maintien des différents items psychomoteurs.

Il serait intéressant de faire un travail de détente par des touchers thérapeutiques à l'aide de petites balles en mousse afin de favoriser la prise de conscience des tensions et de leur relâchement.

Il est important que Madame R. se sente soutenue et rassurée, car elle semble perdue quand arrive le soir et qu'elle pense que sa mère s'inquiète en l'attendant.

Il faudrait donc essayer de l'aider à se resituer dans le temps. Il est envisagé de mettre en place une sorte de calendrier de ses activités journalières afin de l'aider à structurer le temps.

Madame B.A., 78 ans, entrée en Janvier 2005 et ayant la maladie d'Alzheimer.

Madame B.E., 71 ans, entrée en Octobre 2005, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Madame C.A., 84 ans, entrée en Juin 2005, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Madame C.H., 70 ans, entrée en Septembre 2006, atteinte d'une insuffisance respiratoire, de troubles du comportement et ayant eu un A.V.C. (accident vasculaire cérébrale) en 2004.

Et Madame R. C., 84 ans, entrée en Novembre 2006, atteinte de la maladie d'Alzheimer.

Lors de cet atelier en groupe, l'on essaye tout d'abord de travailler sur la date et sur les principaux événements de la journée.

Ensuite nous faisons un échauffement des différentes articulations.

Puis nous mettons en place des parcours psychomoteurs mettent en jeu, l'équilibre, la station debout sur un pied en essayant de marcher dans des cerceaux, de passer dedans en se baissant pour le ramasser et en le remontant le plus haut possible.

Nous travaillons également les lancés et les trajectoires ainsi que la perception des couleurs en lançant dans des cerceaux des différentes couleurs des petits sacs de même couleur que les cerceaux.

Le corps dans sa globalité est donc utilisé dans cet atelier, ainsi que l'équilibre, le jonglage avec des balles de différentes tailles pour les membres supérieurs et le fait de se baisser et de se relever (ce qui est de moins en moins naturel chez les personnes âgées).

Par ailleurs, ce groupe est un moyen de rencontre et de communication pour ces personnes qui se sentent souvent isolées et qui ne vont pas forcément d'elles mêmes vers les autres. De plus, ces moments d'échange se font volontiers dans la bonne humeur, elles rient entre elles sont redevenues des personnes communicantes et désireuses lors de ces séances.

Leur changement de personnalité est par ailleurs impressionnant, nous avons souvent en début de séance quelques râles et des personnes qu'il faut motiver afin qu'elles viennent au séance,

puis l'on retrouve par la suite des personnes « vivantes » qui aiment partager des petits moments entre elles et ce même la séance finie.

4.2 Evolution de la prise en charge groupale :

Depuis quatre mois, Madame L. s'est tout à fait intégrée au groupe du lundi après-midi, même si elle oublie que l'on vient la chercher pour faire des activités en groupe, elle est très contente de venir avec les autres. Elle est très participante lors de ces activités. De plus, elle parle désormais dans les couloirs avec les personnes (personnel et résidents) qu'elle peut croiser dans les couloirs. Elle ne reste donc plus assise dans sa chambre « en attendant que le temps passe », selon ses propres mots. Elle semble de plus en plus sûre d'elle et montre même une certaine compétitivité lors des jeux en groupe.

Je parle de jeu, plus que de thérapie, car certaines personnes ne sont pas conscientes d'être malade et disent ne pas avoir besoin d'être soigné. Par ailleurs, WINNICOTT D.W., parle lui aussi de la thérapie par le jeu ; je cite : « jouer conduit à établir des relations de groupe, le jeu peut être une forme de communication », il ajoute : « le jeu comme moyen de communication avec soi-même et avec les autres » (Jeu et réalité, 2005, p.90). Le jeu dans ce contexte de prise en charge, grâce au cadre mis en place par le psychomotricien, n'a rien de péjoratif ou d'infantilisant. Il est l'outil majeur de la psychomotricité. « C'est en jouant (...) que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière » (Ibidem, p.110). J'entend dans ce cas par le terme de « jeu » toute activité utilisée lors de la prise en charge groupale et même individuelle : il s'agit de jeu de visée, de jeu d'équilibre ou de jeu de reconnaissance sensorielle...

En effet, lors de ces prises en charges, il a été mis en place une activité de reconnaissance sensorielle, où chaque semaine l'on retravaillait un sens (ouïe, odorat, toucher, vue et goût).

Madame L. en a ressenti une certaine capacité le toucher pouvant ainsi remplacer par moment ses problèmes de vue. La reconnaissance fut certes parfois difficile, pour certaines, et notamment Madame A. qui ne retrouvait pas ses mots, mais fut très apprécié en général.

Donc Madame L. profite pleinement de ces séances de psychomotricité, elle est plus ouverte à la relation aux autres, elle semble plus sûre d'elle et prend plaisir à utiliser son corps lors des séances, elle est très active en gymnastique douce et fait de ce moment de prise en charge un moment de bonne humeur.

Pour Madame A., la prise en charge groupale se fait depuis plus longtemps que Madame L.. Depuis ces sept mois, Madame A. a tout d'abord fait de nombreux progrès psychomoteurs. Elle a définitivement abandonnée sa canne, et s'est améliorée au niveau de la marche et de l'équilibre. La visée semble toujours lui poser problèmes (en lien avec sa vue ?) mais l'on remarque moins de tremblements des mains lors des activités.

Elle est très active au cours des prises en charges et aime faire partager de nombreux souvenirs de sa vie de « Dame » avec les autres, ceci étant d'autant plus important lors de la reconnaissance sensorielle, où elle montre le besoin d'exprimer ses ressentis en rapport avec le sens utilisé.

Pourtant depuis un peu plus d'un mois, Madame A. montre une certaine agressivité et intolérance vis-à-vis des autres résidents de la maison de retraite. Cette agressivité reste (pour l'instant) verbale mais semble être en lien avec l'évolution de la maladie. Toutefois cette agressivité reste contenue lors des prise en charge de psychomotricité, ce qui n'est pas le cas lors des diverses sorties. Le but de la prise en charge étant devenu de contenir cette agressivité au maximum afin de continuer le maintien des acquis psychomoteurs. Reste à savoir si cette

agressivité est due à la maladie ou si il s'agit d'une trop forte surestime d'elle par rapport aux autres résidants.

En conclusion, la prise en charge groupale semble être adaptée au ralentissement des troubles psychomoteurs liés à la maladie, chez ces deux patientes.

Mais il faut attendre la suite de la prise en charge, pour savoir si cela est possible, si Madame L. continue à se sentir mieux avec elle-même et avec les autres, et de voir si l'agressivité de Madame A. risque de devenir un frein à la prise en charge groupale, ou si l'agressivité peut rester contenue lors de ces séances.

Discussion :

Tout au long de ma partie théorique et clinique, j'ai principalement mis en avant les troubles psychomoteurs en lien avec le vieillissement et la maladie d'ALZHEIMER, et en particulier sur les items concernant le schéma corporel, l'estime de soi et la relation. Comme nous l'avons vu, ces trois items sont étroitement liés et dépendent de la personne. Mais quel est le rôle du psychomotricien en maison de retraite et en particulier avec les patients atteints de la maladie d'ALZHEIMER ?

I. Le cadre :

Le psychomotricien a tout d'abord un rôle de lien entre les différents professionnels et un rôle dans le maintien du cadre thérapeutique. Un maintien de cadre pour les personnes âgées en général, qui est d'autant plus important chez les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER, qui perdent peu à peu leurs repères et finissent par ne plus comprendre le monde qui les entoure.

Le psychomotricien a donc un rôle de cadre et plus particulièrement un rôle sur l'unité de lieu et de temps.

1. Le rôle de maintien de l'unité de lieu :

Il est donc important que le cadre reste identique d'une séance à l'autre, surtout pour des personnes ayant des troubles de la sphère spatio-temporelle comme lors de la maladie d'ALZHEIMER.

La salle à manger, utilisée lors des séances en groupe et dans certaines prises en charges individuelles, est pour cela réinvestie chaque semaine, de la même manière. Les tables sont mises de côté, et les chaises et fauteuils sont placés en cercle. Tout un « rituel » est mis en place, on commence donc par se présenter, chacun son tour, cela est important de se présenter en tant que personne et non en tant que malade ou en tant que numéro de chambre puis on

essaie de se resituer dans le temps avec la date du jour, en s'aidant de tout ce qui peut nous renseigner, comme les saisons, le temps qu'il fait, les dates de fêtes du calendrier, des anniversaires... puis la séance peut alors commencer.

2. Le rôle de maintien de l'unité de temps :

Le rôle de la psychomotricité en maison de retraite est aussi un rôle de cadre dans le temps.

Autre que la date, le temps a une dimension différente en maison de retraite, c'est pourquoi j'ai choisis de ne pas décrire les séances les unes après les autres dans la partie clinique.

Le temps et le rapport au temps en maison de retraite et en général chez la personne âgée sont très différents du temps chez la personne « active ». Une journée peut passer très rapidement aux yeux d'une personne âgée même si elle le passe assise dans son fauteuil à regarder les autres.

Une séance en psychomotricité peut paraître longue à certaines personnes qui se disent occupées à d'autres activités, mais peut aussi paraître très courte pour d'autres.

Les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER lors de la phase d'état, n'ont plus les notions de bases de temps ni la notion de succession du temps, elles sont perdues dans un concept de temps qui les entoure mais qui ne veut plus rien dire pour elles.

Il est donc important de remettre un cadre temporel basé sur les actions quotidiennes en maison de retraite tout comme lors des séances. C'est pour cela que l'heure de début des séances est toujours la même, qu'il y a un rituel de bienvenue et que la fin de séance est marquée par le partage d'un goûter. Outre la psychomotricité, c'est toute la journée des patients qui est orchestrée, par des rituels du lever, de la toilette, par l'heure des repas et par les activités quotidiennes.

J'ai été impressionnée par le nombre de patients qui dans un premier temps ne voulaient pas venir, selon eux par manque de temps, puis après être venus qui regrettaient que cela ne dure pas assez longtemps (la séance du lundi durant à peu près deux heures trente).

Pour certaines personnes, la séance de psychomotricité n'est pas qu'un moment de « rééducation » mais un temps de rencontre, de dialogue et d'ouverture au monde. Il s'agit là de mots très forts, qui prennent toutes leurs valeurs en maison de retraite.

Cette notion de temps est réellement différente chez les personnes âgées, atteinte ou non de la maladie d'ALZHEIMER, une journée peut paraître plus longue ou plus courte selon les jours, les visites, les circonstances, les intervenants, et même selon les personnes. Il en est de même lors des prises en charge.

3. Le rôle de maintien des règles :

Il s'agit de respecter ou de faire respecter les règles qui sont appliquées dans toute institution, dans toute société. Il s'agit du respect de la personne et de ses affaires mais aussi des règles de vie en société. Même si la personne est malade ou démente, il est important de la considérer avant tout comme une personne en tant que telle, et c'est là le rôle de tout soignant. Mais il est également important de rappeler les règles de vie, car même si la personne ne comprend plus le monde qui l'entoure, elle vit en communauté et doit respecter certaines règles, afin que chacun trouve sa place dans cette mini-société. Le cadre thérapeutique sert alors de maintien des lois afin d'amener un maximum de confort aux patients lors des prises en charges, qu'elles soient individuelles ou groupales.

II. Le rôle du psychomotricien sur les notions de schéma corporel, d'estime de soi et de relation chez les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER :

1. A propos du schéma corporel :

Lors des études de cas de Madame L., Madame A. et Madame R. on se rend compte qu'il n'y a pas de troubles du schéma corporel. Malgré les troubles de la mémoire entraînant la perte des mots, ces patientes ne montrent aucune difficulté apparente à reconnaître les différentes parties de leur corps et la place qu'elles ont entre elles. Alors dans ces cas, n'est-il pas plus question d'une perte des mots plus qu'une perte de la représentation de ces parties ?

Pourtant en théorie, les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER, montrent par la suite des troubles de la somatognosie, et ont alors des difficultés à se représenter leur corps dans l'espace et perdent même peu à peu la capacité de nommer les différentes parties du corps.

En abordant le thème du schéma corporel une question m'est venue à l'esprit : Y'a-t-il un lien entre le schéma corporel et l'image du corps ?

D'après ces trois patientes, la réponse pourrait être non. Car même si ces patientes ne montrent pas (ou pas encore) de troubles du schéma corporel, elles ont des troubles plus ou moins importants au niveau de l'image du corps.

2. A propos de l'estime de soi :

Qu'en est-il de l'image du corps et plus particulièrement de l'estime de soi ? L'estime de soi est-il en lien avec la maladie d'ALZHEIMER ?

Pour Madame A., qui a des difficultés lors du dessin du bonhomme (voir annexe 14), et donc lors de la représentation de son corps en rapport au regard de l'autre, elle montre des difficultés à assumer les modifications corporelles liées à l'âge. Il semble qu'elle ai du mal à faire le deuil de son corps de jeune femme... En expliquant lors des dessins que c'est sa main qui refuse de dessiner, il est probable qu'inconsciemment, ce soit sa tête qui refuse de se dessiner en l'état actuel. De plus, le dessin du bonhomme reste incomplet, mais est-il dû à un trouble de l'image du corps ou à de la dyspraxie ? Car cette dernière s'accroît chez Madame A. probablement en raison de l'évolution de la maladie. L'estime de soi, est donc perturbée par l'avancée dans l'âge, mais est-ce vraiment en lien avec la maladie ? Est-ce par ce qu'elle est atteinte de la maladie d'ALZHEIMER que son estime de soi est touchée ? Honnêtement, je ne le crois pas, Madame A. est bien consciente de ses troubles de mémoire mais ne montre pas avoir conscience de la maladie. L'estime de soi peut alors être touchée par l'image que Madame A. a de son corps vieillissant plus que de celle de son corps malade. Donc pour Madame A. l'image du corps peut prendre ici toute sa place dans l'estime de soi.

Pour Madame L., est-ce que l'on peut dire que la diminution de l'estime de soi est liée à la maladie d'ALZHEIMER ? En réalité je ne sais pas. Cela dépend énormément de la personnalité propre de la patiente. Avait-elle une bonne estime de soi avant la maladie ? Et dans sa jeunesse ?...

On remarque lors de la passation des tests et lors des prises en charge, que Madame L., montre une certaine retenue, comme lors du test des grimaces inspiré du test de KWINT. Selon ses filles, Madame L., n'a jamais été très expressive. L'estime de soi n'est peut être alors pas plus concernée que cela par la maladie. Peut être que Madame L. avait déjà plus jeune un manque de confiance en elle et pourquoi pas une faille dans l'élaboration de son

estime d'elle. Mais peut être que cela s'est aussi aggravé après la maladie, elle a peur de « devenir fada », qu'elle image Madame L. a-t-elle réellement d'elle ?

Lors du dessin du bonhomme, Madame L. refuse tout d'abord puis finalement se prête au jeu tout en disant « qu'elle ne sait pas faire ». Le dessin reste par ailleurs inachevé (voir annexe 20), ce dessin montre tout de même une petitesse, des difficultés graphiques et un oubli ou un refus de continuer le dessin ce qui peut expliquer le manque des membres inférieurs. Il serait donc important par la suite de refaire faire un dessin du bonhomme à Madame L., pour pouvoir voir si il y a ou non une évolution dans le dessin en comparaison à l'estime de soi.

Ces dessins peuvent montrer une mauvaise relation au corps mais aussi une aggravation des apraxies gestuelles qui sont à prendre en compte dans l'évolution de la maladie. (LIOTARD D., 1991)

Enfin, Madame R., qui se sentait abandonnée par les siens, qui se sentait coincée par une équipe soignante, pour son bien l'empêchait de partir, qu'en était-il du sentiment d'estime ?

L'estime de soi chez Madame R., avait un lien avec le sentiment d'abandon, avec la dépression qui peu à peu se déclarait chez cette patiente. Mais qu'elle place avait alors la maladie d'ALZHEIMER ?

Madame R. n'était pas elle non plus, consciente de sa maladie. Elle était surtout obnubilée par l'abandon de sa famille, la recherche de sa mère qui s'inquiétait en l'attendant et par cette équipe médicale ayant un rôle de persécuteur qui l'empêchait de retrouver cette mère tant désirée.

L'estime de soi dans le cas présent est très difficile à juger, cependant, ce qui est acquis, c'est que la psychomotricité lui permettait de s'échapper de ses angoisses.

Pendant ces trois mois, où elle a accepté de venir en prise en charge, cela a été pour elle, une vraie bouffée (on pourrait même dire une vrai bouée) d'air pur.

Alors que pour Madame L., qui est plutôt en phase de début de la maladie, la psychomotricité lui permet de se sentir plus à l'aise dans la relation. Elle s'ouvre de plus en plus aux autres et la relation à l'autre devient alors possible ; ce qui est certainement en lien avec l'amélioration de l'estime de soi dont fait preuve Madame L. au cours du temps, depuis son arrivée en maison de retraite.

Elle s'extériorise de plus en plus ce qui peut également être dû à la maladie qui peut dans ce cas jouer un rôle d'inhibiteur au comportement antérieur.

Pour Madame R., la question du trouble psychiatrique, ouvertement posée au sein de l'institution était à prendre en compte. Mais nous ne savons pas si ce dernier était lié ou non à la maladie d'ALZHEIMER.

Quoiqu'il en soit, malgré sa dépression et ses angoisses d'abandon, Madame R., au sein de la prise en charge semblait redevenir elle-même : en relation avec les autres, elle riait, discutait, râlait lors de l'annonce des consignes. Elle était alors une tout autre personne, ou bien peut être qu'elle redevenait elle-même en présence des autres.

Mais Madame R., montre également par la suite, les limites de la prise en charge en psychomotricité. A cause de ses troubles du comportement et de ses angoisses, qui l'envahissaient, liés ou non à l'évolution de la maladie, elle est devenue peu à peu une personne renfermée, agressive qui se laissa « glisser » vers la mort.

4. A propos des items psychomoteurs en général :

Dans la maladie d'ALZHEIMER, il est difficile de différencier les troubles psychomoteurs résultant des troubles psychiques ou bien découlant des troubles neurologiques en lien avec l'évolution de la pathologie.

Au niveau du tonus, l'hypertonie peut être due aux troubles neurologiques, mais aussi aux anticipations des difficultés de la marche lors d'appréhension des chutes, ou à un vécu du corps douloureux... Quoiqu'il en soit, le psychomotricien a un rôle plus ou moins important face à ces troubles. Il a un rôle dans la prévention des chutes, dans le maintien de la marche et la réassurance tant que possible de celle-ci. Il a aussi un rôle dans la détente, le relâchement des tensions, et peut dans ce cas utiliser la relaxation et le toucher thérapeutique en utilisant ou non des huiles essentielles, des balles à picots ou différents types de toucher (par pressions, toucher contenant, effleurage,...).

Il en est de même pour les troubles de l'organisation temporo-spatiale. Les troubles temporels pouvant être dus à la perte de repères, de souvenirs ou de mémoire, du fait de la maladie, ils sont alors plus neurologiques que psychiques. Pourtant, le psychomotricien a là aussi toute sa place dans le maintien de ces repères en travaillant de manière régulière cette notion de temps. Il en est de même pour la notion spatiale, du moins à l'intérieur de l'établissement, en mettant en place des aides visuelles, tactiles... afin de faciliter le repérage dans l'espace.

Le psychomotricien essayant alors de réduire au maximum la désorientation temporo-spatiale. Par ailleurs le psychomotricien peut avoir un rôle dans le maintien de la reconnaissance sensorielle, de la mémoire, des acquis psychomoteurs à l'aide de divers ateliers.

Un travail relationnel est indispensable en maison de retraite et favorise les échanges, améliore l'estime de soi, diminue l'isolement et amène ainsi un ralentissement des pertes psychomotrices et favorise aussi la relation que la personne a avec elle-même.

III. La psychomotricité : un rôle d'accompagnateur :

Autres que le maintien ou le renforcement des divers items psychomoteurs, le psychomotricien a un rôle d'accompagnateur, que ce soit pour le patient ou pour la famille.

1. Rôle d'accompagnant de la personne atteinte de la maladie d'ALZHEIMER :

Le psychomotricien est amené à travailler tous les items psychomoteurs en maison de retraite, qu'il s'agisse du schéma corporel, de l'image du corps, de la latéralité, de la mémoire, du temps, de l'espace ... ou bien même de la relation aux autres par l'intermédiaire du corps.

Selon BALLOUARD, le corps est comme un lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, il fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action.

L'un des objectifs de la psychomotricité en gériatrie est bien l'accompagnement de la personne malade en communiquant au travers du corps. « La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre » p.7.

En utilisant le corps comme moyen d'expression chez les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER, l'on améliore leur capacité à communiquer, à être en relation, alors que les mots viennent à manquer. La relation est essentielle à l'existence de soi, pour SCHILDER, « le modèle postural de chaque être humain est en rapport avec celui des autres » la relation est donc indispensable à l'élaboration de soi et à sa garantie (BALLOUARD C., 2003, p. 69).

En maintenant la relation aux autres, on évite la solitude pathogène, fréquemment retrouvée chez les personnes âgées. Nous avons donc un rôle pour éviter au maximum cette solitude « refuge » de la personne âgée. DOLTO F., parle dans son ouvrage de la nécessité de la solitude dans certain cas notamment pour se reconstruire, mais elle décrit également la solitude pathogène : « cette solitude pathologique devenant pathogène, il faut à l'individu humain la fuir avant qu'elle ne lui soit devenue refuge dont l'issue vers le monde extérieur pourrait se refermer » (Parler de solitude, p.65).

Donc autre que d'essayer de maintenir les acquis fondamentaux de la psychomotricité, le psychomotricien à d'après moi, un rôle d'accompagnement de la personnes, dans ses doutes,

ses appréhension de l'évolution de la maladie et un rôle de soutien de la relation et donc de l'estime de soi que la personne a d'elle-même malgré son vieillissement pathologique ou non. Dans le film « Alzheimer, jusqu'au bout de la vie », une institution appelée Carpe Diem, montre la nécessité de s'adapter à la personne, à faire preuve d'empathie tout en la sollicitant et en la faisant participer activement à la vie de l'institution dans le but de lui montrer qu'elle est encore capable, dans le but de la revaloriser tout en mettant en place une relation de confiance. Cette relation commence par le respect du rythme et de la capacité de compréhension de chacun.

Pour PERSONNE M., il faut aider la personne malade à s'exprimer, car elle souffre authentiquement mais est incapable de trouver seule un mode de communication adéquat (Accompagner la maladie d'Alzheimer, p. 11). Il est nécessaire d'utiliser la relation dans un but de réassurance (Ibidem p.46) et afin d'éviter l'isolement de la personne en préservant un lien social, d'où l'avantage de la prise en charge groupale (Ibidem p.74).

2. Rôle d'accompagnement du tiers et de la famille :

Dans certain cas, le psychomotricien peut également avoir un rôle d'accompagnant de la famille .Il peut alors servir de lien entre la famille, le malade et le milieu institutionnel. Il a alors un rôle d'accompagnement dans cette période douloureuse de l'histoire de la famille. Il y a un travail à faire avec la famille sur le deuil de la personne avant la maladie. Parfois il faut pouvoir expliquer les troubles comportementaux à l'entourage et l'amener à mieux comprendre les gestes, les attitudes du malade. Il faut en quelque sorte aider la famille ou le tiers à être réaliste face à la maladie, il faut admettre que l'état du malade ne va pas s'améliorer, tout au contraire.

En l'absence de psychologue au sein de l'institution, il faut parfois faire face au questionnement de la famille, et le psychomotricien peut ainsi avoir un rôle de soutien, un rôle de rassurement. Il faut par ailleurs expliquer à la famille qu'elle a un rôle de mémoire pour le

patient, un rôle de soutien moral du malade, ce qui bien évidemment n'est pas toujours facile. On peut également aider les proches à exprimer leurs inquiétudes, leurs angoisses.

Tout un travail peut alors être mis en place avec la famille et le malade. Mais bien souvent, en institution, les personnes âgées malades ou non sont souvent seules. Les visites deviennent de plus en plus rares, et l'éloignement familial est souvent une des causes de cette solitude.

3. Rôle d'accompagnement de fin de vie :

Autre que ces deux accompagnements, le psychomotricien peut avoir un rôle dans l'accompagnement de fin de vie, il doit alors pouvoir et savoir gérer ce départ.

DOLTO F., parle dans son livre d'une « nouvelle naissance », on ne sait pas ce qu'il y a après mais l'on sait que c'est un « passage » obligatoire. Pour DOLTO F., « la mort n'existe pas dans notre inconscient » (p.11), pas plus que le temps, la mort reste donc intemporelle. (Parler de la mort, 1998) La mort reste une inconnue qui peut faire peur pour certains mais qui est attendue par d'autres. La croyance que la personne a peut amener différents ressentis à l'approche de cette dernière. Mais la mort reste une perte définitive de la relation aux autres. Le psychomotricien aura ici un rôle d'écoute, un rôle de soulagement des tensions, d'accompagnement tout simplement.

Il peut être là afin d'aider les personnes à « régler » les choses avant leur départ, de les aider par rapport aux craintes qu'ils peuvent avoir de laisser ceux qui restent.

Il est alors important d'amener une meilleure qualité de vie possible au patient, en le soulageant et en l'accompagnant jusqu'au bout de la vie.

Le psychomotricien prend alors toute sa place à l'aide du toucher, de la voix, du regard, de la parole, de la mobilisation, la respiration, l'attitude corporelle ou le silence, on utilise alors la base de la psychomotricité qui est le dialogue tonique.

Il faut bien entendu tenir compte des règles d'éthique, la notion de douleur, la relation soignant-soigné et les « turbulences psychiques » du patient et de leur famille.

Il faut aider le patient quant cela est possible à s'éteindre doucement, entouré des siens et d'une équipe qui lui est attachée, dans une atmosphère de confort et « d'affection ».

Cependant, il reste la question la plus difficile à mon sens, comment parler de la mort ?

KUBLER-ROSS E., nous dit dans son ouvrage : Vivre avec la mort et les mourants, de ne pas avoir peur d'en parler car elle est inévitable...

Mais le fait d'en parler nous rend-il plus facile l'arrivée de cette mort ?

Je pense que cela dépend avant tout de la personnalité et des croyances de chacun, mais cela amène à une autre discussion.

CONCLUSION :

Susciter une réflexion autour de la place de la psychomotricité en gériatrie et plus particulièrement avec des personnes démentes, a été l'objectif de ce mémoire de fin d'étude.

J'espère donc y être parvenue...

La psychomotricité, partant du versant moteur et corporel, d'accès plus aisé, se propose d'agir sur le psychisme afin de permettre à la personne une meilleure faculté d'adaptation et de bien être.

Afin de limiter la pléthore du sujet, je me suis intéressée plus particulièrement au schéma corporel, à l'estime de soi étant liée à l'image du corps et à la relation chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'ALZHEIMER.

La thérapie psychomotrice permettant de revaloriser ce corps « vieillissant » et de rétablir une relation par l'intermédiaire du plaisir.

Avec l'avancée dans l'âge, de plus en plus de personnes du « quatrième âge » vont apparaître dans notre société, amenant avec elles un grand nombre de pathologies liées à l'âge. La psychomotricité est un métier d'avenir ainsi qu'auprès des personnes âgées.

Ces trois années de formation m'ont laissé percevoir quelle pouvait être la place du psychomotricien en institution, au sein d'un travail d'équipe, que ce soit auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées.

Enfin ce stage et les différentes prises en charge que j'ai pu mener avec les personnes atteintes de la maladie d'ALZHEIMER m'ont permis d'affirmer mon choix quant à mon orientation professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages :

- ALBARET J-M., AUBERT E., sous la direction de BEDOURET E., CHAUMONT V., COLLETTE F., GORGY O., ISINGRINI M., JUILLERAT A-C., LEROUX F., MARQUIE J-C., MODANGE L., ROUS DE FENEYROLS A., SALLAGOÏTY I., TESSIER N. et VAN DER LINDEN M., Vieillesse et psychomotricité, SOLAL, Marseille, 2001, p.253.
- BALLOUARD C., Le travail du psychomotricien, DUNOD, Paris, 2003, p. 152.
- BROUILLET D., SYSSAU A., 1997, La maladie d'Alzheimer : mémoire et vieillissement, Que sais-je ?, PUF, Paris, 2005, p.126.
- DOLTO F., L'image inconsciente du corps, SEUIL, Paris, Septembre 1992, p. 371.
- DOLTO F., Parler de la mort, MERCURE DE FRANCE, France, 1998, p.56.
- DOLTO F., Parler de la solitude, MERCURE DE FRANCE, France, 2005, p. 111.
- HIRSCH E. et MOULIAS R., sous la direction de BARBOUX C., BERTHEL M., BRAILLON J., DEBRU A., DEFALT B., DEROUESNE C., FOJCIK I., FRANCOIS-WACHTER D., KOSKAS A., LABRO F., LACOMBLEZ L., LAROQUE G., LE NOUVEL B., LYSY N., OLLIVET C., PENLAË-FLOCHLAY E., LE SOMMER-PERE M. Alzheimer : un autre regard, Proches et soignants témoignent, VUIBERT, Paris, 2005, p.110.

- KUBLER-ROSS E., Vivre avec la mort et les mourants, Editions du Tricorne-Editions du rocher, 1997, Genève, p.209.
- LAMBERT G., La maladie d'Alzheimer, Milan, 2006, Toulouse, p.57.
- LIOTARD D., Dessin et psychomotricité chez la personne âgée, collection psychothérapies corporelles, MASSON, Paris, 1990, p.93.
- PERRON M., Communiquer avec des personnes âgées, La « clé des sens », 4^e édition CHRONIQUE SOCIALE, 2005, Lyon, p.154.
- POLETTI R. et DOBBS B., L'estime de soi : un bien essentiel, JOUVENCE éditions, 1998, Saint Julien-en-Genevois, p.93.
- WINNICOTT D.W., Jeu et réalité, L'espace potentiel, GALLIMARD, 2005, Mesnil-sur-l'Estrée, p. 268.

Articles :

- DEFONTAINES B., « Les contacts humains et le plaisir, c'est le meilleur moyen de stimuler sa mémoire », Science et vie, n° 1056, 2005, p.154.
- ORLY C., Alzheimer : des injections d'enzymes pour recouvrer la mémoire ?, Futura-Sciences, le 25 août 2006, 15h02.
- ROSS N., GIRARD R., « *Alzheimer's Disease International Conference* », Istanbul, le 30 septembre 2005.

- VUAILLE B., le 7 février 2007, « La solitude augmente le risque de démence », Le quotidien du médecin, n°8100, p.6.

Articles Internet :

- DUEE M., REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », Santé et protection sociale, édition 2006.
- GONZALES L., 2006, « Pourquoi un projet palliatif pour les personnes âgées démentes ».
- MIAS L. et collaborateurs, 1994, « Suggestions pour aider à vivre au quotidien, la Maladie d'Alzheimer et la Démence Sénile de Type Alzheimer », in Bilan d'activité annuel.

Emission de télévision :

- Alzheimer, jusqu'au bout de la vie, Réalisation SERFATY L., Jeudi 21 septembre 2006, 23h00, France 2

Site Internet :

- www.geriatrie.psychomot.free.fr
- www.conseil-économiqueet social.fr, « La personne âgée dans la société » de BONNET M., mai 2001.
- www.personnes-âgées.gouv.fr
- Le monde.fr
- âge village.fr

Cours :

- LEFIEVRE, cours de gériatrie, deuxième année I.S.R.P.
- DEFIOLLES, cours de deuxième année, I.S.R.P.
- GOUSSARD, cours de psychologie, troisième année, I.S.R.P.

Dépliants :

- La maladie d'Alzheimer, Association France Alzheimer et troubles apparentés.
- La maladie d'Alzheimer à la maison, Association France Alzheimer et troubles apparentés.

Dictionnaire :

- LAROUSSE MEDICAL, 2003.
- LE PETIT LAROUSSE, 2005.

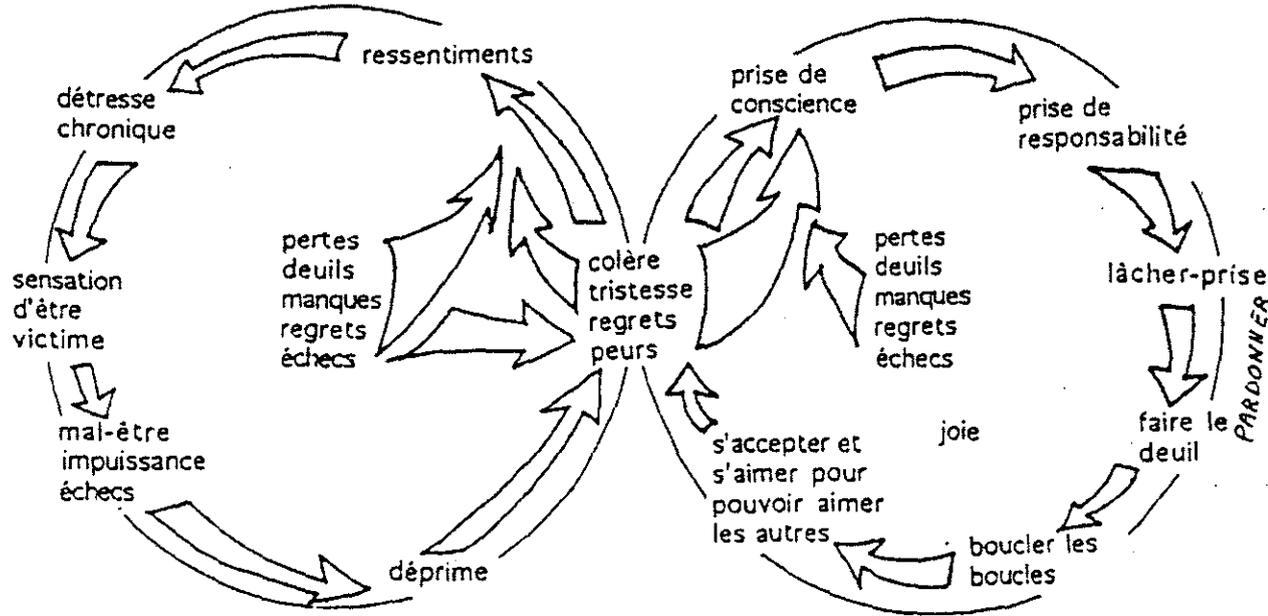
ANNEXES:

Les Cercles de l'estime de soi.

Un cercle vicieux

ou

Un cercle positif



Annexe 1



Nom : Madame L.

Prénom :

Examineur : Psychomotricienne

Âge : 86 ans

Date : 18/01/07

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. ORIENTATION

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 1 - En quelle année sommes-nous ? 0/1
- 2 - En quelle saison ? 0/1
- 3 - En quel mois ? 0/1
- 4 - Quel jour du mois ? 0/1
- 5 - Quel jour de la semaine ? 0/1

« Je vais vous poser maintenant des questions sur l'endroit où nous nous trouvons. »

- 6 - Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? 1/1
- 7 - Dans quelle ville se trouve-t-il ? 1/1
- 8 - Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 0/1
- 9 - Dans quelle province ou région est situé ce département ? 0/1
- 10 - À quel étage sommes-nous ? 0/1

Sous-score : 2 / 10

2. APPRENTISSAGE

« Je vais vous donner trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure ».

- 11 - Cigare ou Citron ou Fauteuil 0/1
- 12 - Fleur ou Clé ou Tulipe 0/1
- 13 - Porte ou Ballon ou Canard 0/1

Répéter les 3 mots

1, avec encodage.

Sous-score : 1/3

3. ATTENTION

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »

- 14 - (100 - 7 = 93) 0/1
- 15 - (93 - 7 = 86) 0/1
- 16 - (86 - 7 = 79) 0/1
- 17 - (79 - 7 = 72) 0/1
- 18 - (72 - 7 = 65) 0/1

Sous-score : 0/5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

« Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? »

Réponse : EDNOM 415

EDNOM

Ce chiffre NE DOIT PAS figurer dans le score global.

4. RAPPEL

« Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

19 - Cigare	ou	Citron	ou	Fauteuil	0/1
20 - Fleur	ou	Clé	ou	Tulipe	0/1
21 - Porte	ou	Ballon	ou	Canard	0/1

Sous-score : 0/3

5. LANGAGE

22 - Montrer un crayon :
« Quel est le nom de cet objet ? » 1/1

23 - Montrer votre montre :
« Quel est le nom de cet objet ? » 1/1

24 - « Écoutez bien et répétez après moi : Pas de mais, de si, ni de et » 1/1

25 - Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
« Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire.
Prenez cette feuille de papier avec votre main droite. » 1/1

26 - « Pliez-la en deux » 1/1

27 - « Et jetez-la par terre » 1/1

28 - Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :
« FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
« Faites ce qui est écrit. » 1/1

29 - Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » 1/1

Sous-score : 8/8

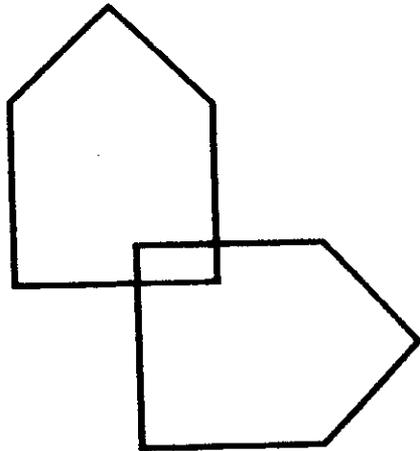
6. PRAXIES CONSTRUCTIVES

30 - Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
« Voulez-vous recopier ce dessin ? » 0/1

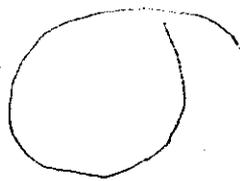
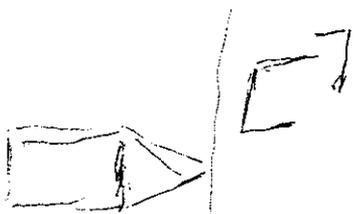
Sous-score : 0/1

SCORE TOTAL 11/30

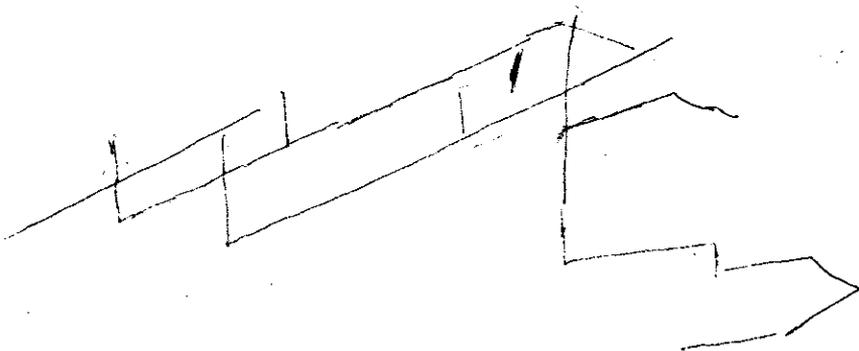
Annexe 4, MMS, Madame L, (suite).



demande supplémentaire
de dessins: 1 carré
1 cercle
1 triangle



dessins à recopier



Madame L. le 12/02/07
- bilan psychomoteur

1. COORDINATION STATIQUE : 8/9

		Niveau supérieur	
0 - 3	Equilibre statique		
0 - 2	Equilibre avec appui (canne)	0 - 1	Un pied-pointe de pied sans appui
0 - 1	Equilibre avec deux appuis (déambulateur)	0 - 1	Un pied-pointe de pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec une personne	0 - 1	Un pied sans appui
0 - 0.5	Equilibre avec appui sur plan fixe	0 - 1	Un pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec deux personnes	0 - 1	Pointe des pieds sans appui
0	Aucun équilibre, aucun transfert	0 - 1	Pointe des pieds avec appui

2. COORDINATION DYNAMIQUE 14/14

		Niveau inférieur	
0 - 4	Marche seul		
0 - 3	Marche avec une canne	0 - 1	Relever les genoux à la poitrine plusieurs fois
0 - 1	Marche avec un déambulateur	0 - 1	Relever les genoux à la poitrine une fois
0 - 2	Marche aidé d'une personne	0 - 1	Relever un genou
0 - 0.5	Marche entre les barres (kiné)	0 - 1	Tendre les deux jambes plusieurs fois
0 - 0.5	Marche aidé de deux personnes	0 - 1	Tendre les deux jambes en même temps
0	Fauteuil roulant, poignée, électrique	0 - 1	Tendre une seule jambe à la fois
		Niveau supérieur sur 4 ou 8 mètres	
0 - 1	Marche	0 - 1	Capacité à se relever
0 - 1	Marche accélérée		
0 - 1	Marche la plus rapide possible		

3. TONUS 18/24

Mobilisation passive : Poignet D - G Active : Poignet D - G

Coude D - G	Active poignet D - G
Epaule D - G	Coude D - G
Chevilles D - G	Epaule D - G
Genoux D - G	Chevilles D - G
Hanches D - G	Genoux D - G
	Hanches D - G

Mobilisation passive : anticipation, persévération, conservation du mouvement.
bonne sur mesure par saccade...

4. MOTRICITE FINE 6/6

0 - 0.5 (1)	Déboutonner - boutonner	0 - 1	Placer les pieds sur les traces
0 - 0.5 (1)	Pianotage, opposition pouce doigt	0 - 1	Placer les pieds dans les chaussures
0 - 1 (1)	Ramasser une pièce de monnaie	0 - 1	Pousser du / des pieds un ballon
(D) (G)	Main utilisée préférentiellement	(D) (G)	Pied le plus mobile

5. PRAXIES 6/6

0 - 1 (1)	Idéatoires : Couteau / Fourchette	0 - 1	Crayon (écrire nom, prénom, date)
0 - 1 (1)	Idéomotrices : Saluer, gronder quelqu'un	0 - 1	Brosser les dents, clouer je suis fille de mémisia
0 - 1 (1)	Constructive : trois figures dessinées	0 - 1	Pyramide de six cubes verres

6. SCHEMA CORPOREL 9/9

0 - 0.5 (1)	Localisation des principales parties du corps sur soi	0 - 1	Identification des parties manquantes dit secret à Dou à G - voit T Bieu
0 - 0.5 (1)	Dénomination sur autrui	4/4	Imitation des 4 mouvements (réalité / miroir)
0 - 0.5 (1)	Identification de la différence entre les bonhommes	0 - 1	Reprise de la position

7. MEMOIRE DE PERCEPTION 6/6
Exécution des mouvements précédents sur démonstration + mouvements complexes

en parlant enfant sa petite fille avec 1 cousin.

8. SPHERE SPATIALE

11/12

0-1	Dans quel lieu, établissement sommes nous ? chez <i>Chanel</i>	0-0.5-1	Entre / A côté
0-0.5	Praxies constructives	0-0.5-1	Plus grand que / Plus petit que
0-0.5	Devant / Derrière	0-0.5-1	Diviser un trait en 2 parties identiques, puis en 3 parties
0-0.5	Dedans / Dehors	0-1	Montrer le trajet 1-2, puis 3-2-1
0-0.5	Haut / Bas	0-1	Notion de Droite et Gauche
0-0.5	Droite / Gauche	0-1	Capacité d'orientation

9. MEMOIRE VERBALE

6.5/8

3/3	Répéter immédiatement citron / clef / ballon	0-1-1/2	Décrire le déroulement d'une journée
2/3	Répéter citron / clef / ballon après renforcement de l'encodage	0-1	Reconnaissance sur proposition de la journée

10. PERCEPTIONS

12.5/13

0-1	Identifier un air chanté	Oui - Non	Port de lunettes
4	4 frappes	0-1-1/2	Décrire des images
3	Hylognosie : identifier la matière d'un objet	0-1	Lecture texte (petits ou gros caractères)
3	Stereognosie : identifier la forme d'un autre objet		

11. SPHERE TEMPORELLE

4/6

0-1	Ordonner 4 images dans le temps	0-1	Date du jour
0-2	Ordonner les mois et les jours	0-1	Date de naissance
0-1	Lecture de l'heure		

12. VIGILANCE

6/6

0-1	Attraper un objet à 5	0-1	Retrouver la couleur de chaque carton
0-1	Attraper un objet à 10	0-1	Exécution générale des consignes sans sollicitation importante
0-1	Retrouver la forme de chaque carton	0-1	Qualité de l'attention (diffuse ou soutenue)

13. COMMUNICATION

6/8

Non verbale		Verbal	
0-2	Expression du visage	0-2	Langage cohérent et adapté
0-2	Expression gestuelle	0-2	Bonne compréhension

a peu de perdre la tête

SCORES

Coordination statique	8/9	Sphère spatiale	11/12
Coordination dynamique	14/14	Mémoire verbal	6.5/8
Tonus	18/24	Perceptions	12.5/13
Motricité fine	6/6	Sphère temporelle	4/6
Praxie	6/6	Vigilance	6/6
Schéma corporel	9/9	Communication	6/8
Mémoire de perception	6/6	TOTAL	113/127



Nom : Madame A.

Prénom :

Examineur : Psychomotricienne

Âge : 77 ans

Date : 16 et 23 / 10 / 06

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. ORIENTATION

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 1 - En quelle année sommes-nous ? 0/1
- 2 - En quelle saison ? 1/1
- 3 - En quel mois ? 0/1
- 4 - Quel jour du mois ? 0/1
- 5 - Quel jour de la semaine ? *indiqué, parlé et écrit le même* 1/1

« Je vais vous poser maintenant des questions sur l'endroit où nous nous trouvons. »

- 6 - Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? 0/1
- 7 - Dans quelle ville se trouve t-il ? 0/1
- 8 - Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 1/1
- 9 - Dans quelle province ou région est situé ce département ? 0/1
- 10 - À quel étage sommes-nous ? 1/1

Sous-score : 4/10

2. APPRENTISSAGE

« Je vais vous donner trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure ».

- 11 - ~~Cigare~~ ou Citron ou Fautouil 1/1
- 12 - ~~Fleur~~ ou Clé ou Tulipe 1/1
- 13 - ~~Borte~~ ou Ballon ou Canard 1/1

Répéter les 3 mots

Sous-score : 3/3

3. ATTENTION

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »

- 14 - (100 - 7 = 93) 10-7 0/1
- 15 - (93 - 7 = 86) 0/1
- 16 - (86 - 7 = 79) 0/1
- 17 - (79 - 7 = 72) 0/1
- 18 - (72 - 7 = 65) 0/1

112 + 17 = 109 = faux

« un docteur doit m'en poser des questions et j'ai peur de ne pas retourner chez moi »

Sous-score : 0/5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

« Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? »

Réponse : EDNOM 4/5

Ce chiffre NE DOIT PAS figurer dans le score global.

OK à l'endroit avec effort car
ne compte de lettre et s'en rend
compte, à l'envers avec effort

4. RAPPEL

« Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

19 - Cigare ou Citron ou Fauteuil 0/1
20 - Fleur ou Clé ou Tulipe 0/1
21 - Porte ou Ballon ou Canard 0/1

Sous-score : 0/3

5. LANGAGE

22 - Montrer un crayon :
« Quel est le nom de cet objet ? » - bic 1/1

23 - Montrer votre montre :
« Quel est le nom de cet objet ? » - bracelet 0/1

24 - « Écoutez bien et répétez après moi : Pas de mais, de si, ni de et » 1/1

25 - Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
« Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire.
Prenez cette feuille de papier avec votre main droite. » 1/1

26 - « Pliez-la en deux » 1/1

27 - « Et jetez-la par terre » 1/1

28 - Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :
« FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
« Faites ce qui est écrit. » 1/1

29 - Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » 1/1

Traduction : je vais admirer.

Sous-score : 7/8

6. PRAXIES CONSTRUCTIVES

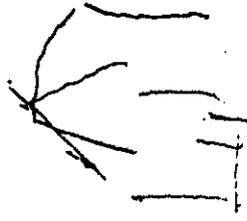
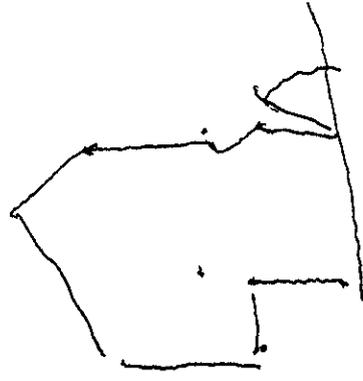
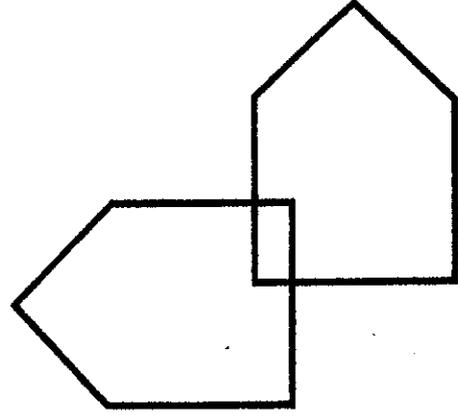
30 - Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
« Voulez-vous recopier ce dessin ? » 1/1
(problème de vue ?)

Sous-score : 1/1

11 je me rends compte que
je vais rester ici »

SCORE TOTAL 15/30

Mme G, MMS, Madame A, (suite)



Je vous aime

Annexes 10 - bilan psychomoteur de Madame A.

1. COORDINATION STATIQUE :

9/9

0 - 3	Equilibre statique		Niveau supérieur
0 - 2	Equilibre avec appui (canne)	0 - 1	Un pied-pointe de pied sans appui
0 - 1	Equilibre avec deux appuis (déambulateur)	0 - 1	Un pied-pointe de pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec une personne	0 - 1	Un pied sans appui
0 - 0.5	Equilibre avec appui sur plan fixe	0 - 1	Un pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec deux personnes	0 - 1	Pointe des pieds sans appui
0	Aucun équilibre, aucun transfert	0 - 1	Pointe des pieds avec appui

2. COORDINATION DYNAMIQUE

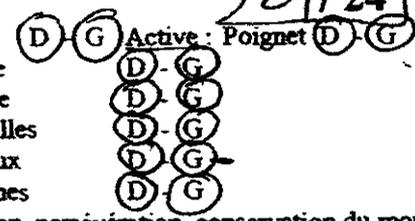
14/14

0 - 4	Marche seul		Niveau inférieur
0 - 3	Marche avec une canne	0 - 1	Relever les genoux à la poitrine plusieurs fois
0 - 1	Marche avec un déambulateur	0 - 1	Relever les genoux à la poitrine une fois
0 - 2	Marche aidé d'une personne	0 - 1	Relever un genou
0 - 0.5	Marche entre les barres (kiné)	0 - 1	Tendre les deux jambes plusieurs fois
0 - 0.5	Marche aidé de deux personnes	0 - 1	Tendre les deux jambes en même temps
0	Fauteuil roulant, poignée, électrique	0 - 1	Tendre une seule jambe à la fois
	Niveau supérieur sur 4 ou 8 mètres		
0 - 1	Marche	0 - 1	Capacité à se relever
0 - 1	Marche accélérée		
0 - 1	Marche la plus rapide possible		

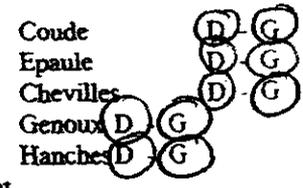
3. TONUS

24/24

Mobilisation passive : Poignet



Mobilisation active : Poignet



Mobilisation passive : anticipation, persévération, conservation du mouvement.

4. MOTRICITE FINE

5 1/2 / 6

NS difficile

0 - 0.5	1	Déboutonner - boutonner	0 - 1	Placer les pieds sur les traces
0 - 0.5	1	Pianotage, opposition pouce doigt	0 - 1	Placer les pieds dans les chaussures
0 - 1	1	Ramasser une pièce de monnaie	0 - 1	Pousser du / des pieds un ballon
D - G		Main utilisée préférentiellement	D - G	Pied le plus mobile

5. PRAXIES

5 1/2 / 6

0 - 1	1	Idéatoires : Couteau / Fourchette	0 - 1	Crayon (écrire nom, prénom, date)
0 - 1	1	Idéomotrices : Saluer, gronder quelqu'un	0 - 1	Brosser les dents, clouer
0 - 1	1	Constructive : trois figures dessinées	0 - 1	Pyramide de six cubes

Membre n° 1 ne tient pas le ligne

6. SCHEMA CORPOREL

5/9

0 - 0.5	1	Localisation des principales parties du corps sur soi	0 - 1	Identification des parties manquantes
0 - 0.5	1	Dénomination sur autrui	1/4	Imitation des 4 mouvements (réalité : miroir)
0 - 0.5	1	Identification de la différence entre les bonhommes	0 - 1	Reprise de la position

voit qu'il y a un pb d'équilibre ds tout - recommence ok pyramide

sans modèle

fait en miroir spontané

7. MEMOIRE DE PERCEPTION

2/6

Exécution des mouvements précédents sur démonstration + mouvements complexes

regarde que le côté droit pb de repérage ds l'espace et ds l'espace externe -

10/12

8. SPHERE SPATIALE			
0 - 1	Dans quel lieu, établissement sommes nous ?	0 - 0.5 - 1	Entre / A côté
0 - 0.5	Praxies constructives	0 - 0.5 - 1	Plus grand que / Plus petit que
0 - 0.5	Devant / Derrière	0 - 0.5 - 1	Diviser un trait en 2 parties identiques, puis en 3 parties <i>ps de langage.</i>
0 - 0.5	Dedans / Dehors	0 - 1	Montrer le trajet 1 - 2, puis 3 - 2 - 1
0 - 0.5	Haut / Bas	0 - 1	Notion de Droite et Gauche
0 - 0.5	Droite / Gauche	0 - 1	Capacité d'orientation

5/8

9. MEMOIRE VERBALE			
3/3	Répéter immédiatement citron / clef / ballon	0 - 1	Décrire le déroulement d'une journée
0/3	Répéter citron / clef / ballon après renforcement de l'encodage	0 - 1	Reconnaissance sur proposition de la journée

12/13

10. PERCEPTIONS			
0 - 1	Identifier un air chanté	Oui Non	Port de lunettes
0 - 4	4 frappes	0 - 1 - 2 - 3 - 4	Décrire des images
0 - 3	Hylognosie : identifier la matière d'un objet	0 - 1	Lecture texte (petits ou gros caractères)
0 - 3	Stérognosie : identifier la forma d'un autre objet	0 - 1	

5/6

11. SPHERE TEMPORELLE			
0 - 1	Ordonner 4 images dans le temps	0 - 1	Date du jour <i>avec abécédaire</i>
0 - 2	Ordonner les mois et les jours	0 - 1	Date de naissance
0 - 1	Lecture de l'heure <i>ne lit plus les minutes.</i>	0 - 1	

5/6

12. VIGILANCE			
0 - 1	Attraper un objet à 5	0 - 1	Retrouver la couleur de chaque carton
0 - 1	Attraper un objet à 10	0 - 1/2	Exécution générale des consignes sans sollicitation importante
0 - 1	Retrouver la forme de chaque carton	0 - 1	Qualité de l'attention (diffuse ou soutenue)

7/8

13. COMMUNICATION			
Non verbale		Verbal	
0 - 2	Expression du visage	0 - 2	Langage cohérent et adapté
0 - 2	Expression gestuelle	0 - 2 - 1	Bonne compréhension

SCORES

Coordination statique	9/9	Sphère spatiale	10/12
Coordination dynamique	14/14	Mémoire verbal	5/8
Tonus	24/24	Perceptions	12/13
Motricité fine	5/6	Sphère temporelle	5/6
Praxie	5/6	Vigilance	5/6
Schéma corporel	5/9	Communication	7/8
Mémoire de perception	9/6	TOTAL	105/127

Titre :

Evolution de l'écriture de Madame A.

Samedi 21 octobre

Lundi 12 Mars 2007

que je fais dans la journée

le soir
le matin
le midi

le soir
le matin
le midi

très bien mes chers
je me suis
très bien

Amesce 12

bonjour

nous nous sommes
bien amusés en écoutant
la fanfare

avec les deux adorables
personnes que j'aime
de tout cœur

Traduction : Samedi nous nous sommes
bien amusés en écoutant la fanfare avec
les deux adorables personnes que j'aime de
tout cœur

Tests sur la Somatognose et sur le Schéma Corporel de

Madame A., le 23/04/07

Test de somatognose : (entourer)

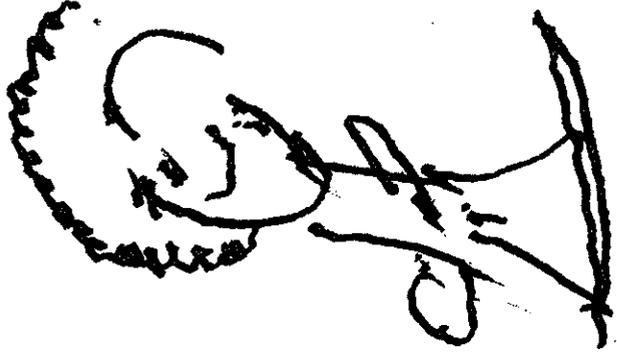
Parties du corps :	Montrer sur soi	Montrer sur autrui	Nommer sur soi	Nommer sur autrui
Cheveux	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Mains	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Pieds	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Bouche	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Oreille	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Yeux	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Nez	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Dos	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Ventre	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Genou	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Dents	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Talons	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Front	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Cou	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Joue	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Menton	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Pouces	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Ongles	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Lèvres	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Epaules	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
Cils	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1

TOTAL : 24/84

en ⊕ - Sourcils
 - coudes
 - chevilles

Amesce 14

Dessin du bonhomme de Madame A. , fait le 23/04/07





Nom : Madame R.

TARIN F.

Prénom :

Examineur : BARTHELEMY Phaine

Âge : 92 ans

Date : 06/11/2006

17,5/30

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

1. ORIENTATION

« Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? »

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

- 1 - En quelle année sommes-nous ? 1/1
- 2 - En quelle saison ? 1/1
- 3 - En quel mois ? 1/1
- 4 - Quel jour du mois ? 0/1
- 5 - Quel jour de la semaine ? 0/1

« Je vais vous poser maintenant des questions sur l'endroit où nous nous trouvons. »

- 6 - Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ? (école) 0/1
- 7 - Dans quelle ville se trouve-t-il ? Refus de prononcer le nom de la ville 0/1
- 8 - Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 0/1
- 9 - Dans quelle province ou région est situé ce département ? 0/1
- 10 - À quel étage sommes-nous ? 0/1

Sous-score : 3/10

2. APPRENTISSAGE

« Je vais vous donner trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure ».

- 11 - Cigare ou Citron ou Fauteuil 1/1
- 12 - Fleur ou Clé ou Tulipe 1/1
- 13 - Porte ou Ballon ou Canard 1/1

Répéter les 3 mots

Sous-score : 3/3

3. ATTENTION

« Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ? »

- 14 - (100 - 7 = 93) 1/1
- 15 - (93 - 7 = 86) 0/1
- 16 - (86 - 7 = 79) 1/1
- 17 - (79 - 7 = 72) 1/1
- 18 - (72 - 7 = 65) 1/1

Sous-score : 4/5

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

« Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ? »

Réponse : EDNOM

5/5

Ce chiffre NE DOIT PAS figurer dans le score global.

4. RAPPEL

« Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ? »

19 - Cigare ou Citron ou Fauteuil 0/1
20 - Fleur ou Clé ou Tulipe 0/1
21 - Porte ou Ballon ou Canard 0/1

Sous-score : 0/3

5. LANGAGE

22 - Montrer un crayon :
« Quel est le nom de cet objet ? » 1/1

23 - Montrer votre montre :
« Quel est le nom de cet objet ? » 1/1

24 - « Écoutez bien et répétez après moi : Pas de mais, de si, ni de et » 0/1

25 - Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
« Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire.
Prenez cette feuille de papier avec votre main droite. » 1/1

26 - « Pliez-la en deux » 1/1

27 - « Et jetez-la par terre » 1/1

28 - Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères :
« FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
« Faites ce qui est écrit. » 0,5/1
N'arrive pas à lire

29 - Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :
« Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » 1/1

Sous-score : 7,5/8

6. PRAXIES CONSTRUCTIVES

30 - Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :
« Voulez-vous recopier ce dessin ? » 0/1

(Dit ne pas voir)

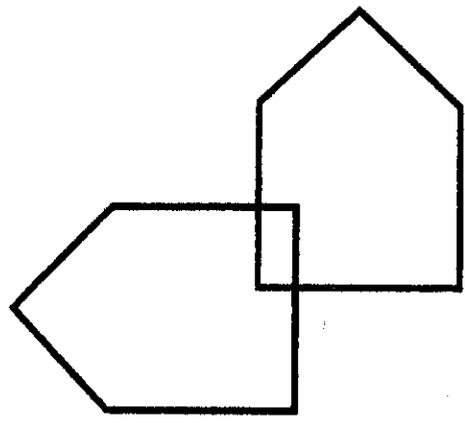
Sous-score : 0/1

est consciente de sa perte de mémoire
Problème de vue ?

SCORE TOTAL 17,5/30

N'accepte pas d'être ici, veut retourner
chez elle au Rabitén chez sa fille.

Annesse 17, NMS de Madame R (suite)



Madame K.

le 20/11/06

et le 04/12/06

Annexe 18 : bilan psychomoteur

1. COORDINATION STATIQUE :

9/9

0 (3)	Equilibre statique		Niveau supérieur
0 (2)	Equilibre avec appui (canne)	0 (1)	Un pied-pointe de pied sans appui
0 (2)	Equilibre avec deux appuis (déambulateur)	0 (1)	Un pied-pointe de pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec une personne	0 (1)	Un pied sans appui
0 - 0.5	Equilibre avec appui sur plan fixe	0 (1)	Un pied avec appui
0 - 0.5	Equilibre avec deux personnes	0 (1)	Pointe des pieds sans appui
0	Aucun équilibre, aucun transfert	0 (1)	Pointe des pieds avec appui

2. COORDINATION DYNAMIQUE

14/14

0 (4)	Marche seul		Niveau inférieur
0 - 3	Marche avec une canne	0 (1)	Relever les genoux à la poitrine plusieurs fois
0 - 1	Marche avec un déambulateur	0 (2)	Relever les genoux à la poitrine une fois
0 - 2	Marche aidé d'une personne	0 (1)	Relever un genou
0 - 0.5	Marche entre les barres (kiné)	0 (1)	Tendre les deux jambes plusieurs fois
0 - 0.5	Marche aidé de deux personnes	0 (1)	Tendre les deux jambes en même temps
0	Fauteuil roulant, poignée, électrique	0 (1)	Tendre une seule jambe à la fois
Niveau supérieur sur 4 ou 8 mètres			
0 (1)	Marche	0 (1)	Capacité à se relever
0 (1)	Marche accélérée		
0 (1)	Marche la plus rapide possible		

aimait la gymnastique

3. TONUS

22/24

Mobilisation passive : Poignet

(D) (G) Active : Poignet (D) (G)

Coude (D) (G)
Epaule D - G
Chevilles (D) (G)
Genoux (D) (G)
Hanches (D) (G)

Coude (D) (G)
Epaule (D) (G)
Chevilles (D) (G)
Genoux (D) (G)
Hanches (D) (G)

Mobilisation passive : anticipation, persévération, conservation du mouvement.

au début quelques anticipations puis se faire à suivre les consignes.

4. MOTRICITE FINE

6/6

0 - 0.5 (1)	Déboutonner - boutonner	0 (1)	Placer les pieds sur les traces
0 - 0.5 (1)	Pianotage, opposition pouce doigt	0 (1)	Placer les pieds dans les chaussures
0 (1)	Ramasser une pièce de monnaie	0 (1)	Pousser du / des pieds un ballon
(D) (G)	Main utilisée préférentiellement	(D) (G)	Pied le plus mobile

fait son pied statique

5. PRAXIES

6/6

0 (1)	Idéatoires : Couteau / Fourchette	0 (1)	Crayon (écrire nom, prénom, date)
0 (1)	Idéomotrices : Saluer, gronder quelqu'un	0 (1)	Brosser les dents, clouer
0 (1)	Constructive : trois figures dessinées	0 (1)	Pyramide de six cubes

6. SCHEMA CORPOREL

8,5/9

0 - 0.5 (1)	Localisation des principales parties du corps sur soi	0 (1)	Identification des parties manquantes
0 - 0.5 (1)	Dénomination sur autrui	4/4	Imitation des 4 mouvements (réalité / miroir) <i>mirail spontanément</i>
0 - 0.5 (1)	Identification de la différence entre les bonhommes	0 (1)	Reprise de la position

Ne voit pas l'œil - Problèmes de vue

7. MEMOIRE DE PERCEPTION

5,5/6

Exécution des mouvements précédents sur démonstration + mouvements complexes

8. SPHERE SPATIALE

10/12

0 - 1	Dans quel lieu, établissement sommes nous? <i>un bureau / mairie</i>	0 - 0.5 (1)	Entre / A côté
0 - 0.5 (1)	Praxies constructives	0 - 0.5 (1)	Plus grand que / Plus petit que
0 - 0.5 (1)	Devant / Derrière	0 - 0.5 (1)	Diviser un trait en 2 parties identiques, puis en 3 parties
0 - 0.5 (1)	Dedans / Dehors	0 - 1 (1/2)	Montrer le trajet 1 - 2, puis 3 - 2 - 1
0 - 0.5 (1)	Haut / Bas	0 - 1 (1)	Notion de Droite et Gauche
0 - 0.5 (1)	Droite / Gauche	0 - 1 (1/2)	Capacité d'orientation

9. MEMOIRE VERBALE

8/8

3/3	Répéter immédiatement citron / clef / ballon	0 - 1 (1)	Décrire le déroulement d'une journée
3/3	Répéter citron / clef / ballon après renforcement de l'encodage	0 - 1 (1)	Reconnaissance sur proposition de la journée

10. PERCEPTIONS

7/13

0 - 1	Identifier un air chanté	Oui - Non	Port de lunettes
1/4	4 frappes	0 - 1	Décrire des images
2/3	Hylognosie : identifier la matière d'un objet <i>les boutons / la laine</i>	0 - 1	Lecture texte (petits ou gros caractères)
3/3	Stéroggnosie : identifier la forma d'un autre objet		

11. SPHERE TEMPORELLE

3/6

0 - 1	Ordonner 4 images dans le temps	0 - 1	Date du jour
0 - 2	Ordonner les mois et les jours	0 - 1	Date de naissance
0 - 1	Lecture de l'heure		

12. VIGILANCE

6/6

0 - 1	Attraper un objet à 5	0 - 1	Retrouver la couleur de chaque carton
0 - 1	Attraper un objet à 10	0 - 1	Exécution générale des consignes sans sollicitation importante
0 - 1	Retrouver la forme de chaque carton	0 - 1	Qualité de l'attention (diffuse ou soutenue)

13. COMMUNICATION

7/8

Non verbale		Verbale	
0 - 2	Expression du visage	0 - 2	Langage cohérent et adapté
0 - 2	Expression gestuelle	0 - 2	Bonne compréhension

SCORES

Coordination statique	9/9	Sphère spatiale	10/12
Coordination dynamique	14/14	Mémoire verbale	8/8
Tonus	22/24	Perceptions	7/13
Motricité fine	6/6	Sphère temporelle	3/6
Praxie	6/6	Vigilance	6/6
Schéma corporel	8,5/9	Communication	7/8
Mémoire de perception	5,5/6	TOTAL	71/127

= 112

Annexe 20, Dessin du barbonne de Madame L.
fait le 23/04/07



