



HAL
open science

Praxies et autonomie dans la vie quotidienne de la personne âgée Alzheimer. De la figure de Rey à la mise en situation écologique

Marie David

► **To cite this version:**

Marie David. Praxies et autonomie dans la vie quotidienne de la personne âgée Alzheimer. De la figure de Rey à la mise en situation écologique. Psychologie. 2018. dumas-01835693

HAL Id: dumas-01835693

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01835693>

Submitted on 11 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Collège Science de la santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricité**

**Praxies et autonomie dans la vie quotidienne de la personne âgée
Alzheimer**

De la figure de Rey à la mise en situation écologique

Marie DAVID
Née le 23 avril 1992 à Tulle

Directeur de Mémoire: M GAËSTEL Yann

Juin 2018

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Michèle, Jeanine, Georges, Jacques, Pilar, Jean, Henri et Claudine pour leur participation à l'étude. Merci d'avoir accepté de m'ouvrir votre porte et de vous être prêtés à l'exercice.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire, M. GAËSTEL Yann, pour son aide, ses précieux conseils et le partage de son expertise qui m'ont permis d'étayer ma réflexion de future professionnelle.

Je remercie également Mme BOYER Maud, mon maître de stage pour son écoute bienveillante, ses nombreux encouragements et le partage de sa passion pour la gériatrie.

Je souhaite remercier toute l'équipe administrative de l'IFP de BORDEAUX pour leur investissement constant et continu au cours des trois années de formation.

Un grand merci à mes parents, à mon frère et à toute ma famille d'être toujours présent et de m'avoir soutenu tout au long de mon projet professionnel. Merci à ma mère pour ses relectures attentives et ses encouragements. Merci également à mes amis dont la présence et les mots savent si bien me rassurer.

Enfin, je remercie mes colocataires Camille, Delphine, Léa et Mélanie pour leur soutien et pour ces moments de partage, de rire et de bonne humeur qui ont rendu cette année, beaucoup plus douce.

Sommaire

Introduction:	2
PARTIE THÉORIQUE	5
I.Démences et Maladie d'Alzheimer:	5
1. Qu'est-ce qu'une démence?.....	5
2. La maladie d'Alzheimer:.....	8
II. L'autonomie et la maladie d'Alzheimer:	20
1. Définition de l'autonomie:	20
2. Analyse fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer.....	21
3. Les enjeux du maintien à domicile:	23
III. Les praxies et la maladie d'Alzheimer:	28
1. La motricité volontaire:	28
2. Les praxies:.....	30
3. L'apraxie:	35
PARTIE CLINIQUE	41
I. Présentation du protocole:	41
1. Participants/population d'étude:.....	41
2. Matériels et méthode:	43
II. Résultats et Interprétations :	53
1. Statistiques descriptives:.....	53
2. Étude du lien entre l'autonomie des participants à domicile et leurs performances en consultation mémoire:.....	57
III. Discussion:	61
Conclusion:	70
Bibliographie	72
Annexes	76
Table des matières	85

Introduction:

A l'heure actuelle, la population mondiale vieillit. En effet selon l'OMS: « Aujourd'hui pour la première fois dans l'histoire, la majorité des populations peut espérer vivre jusqu'à 60 ans et au-delà ». Le vieillissement des populations est le résultat, en Europe, d'une maîtrise de la fécondité et de l'augmentation de l'espérance de vie. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, de nouvelles maladies liées au vieillissement dont les maladies neurodégénératives sont apparues.

Les maladies neurodégénératives avec troubles cognitifs sont des maladies de plus en plus présentes dans notre société actuelle. La plus représentée est la maladie d'Alzheimer. Elle est devenue un enjeu de société majeur. Aucun traitement curatif n'existant à ce jour, la prise en soin réside dans l'accompagnement des malades et de leurs familles. C'est ce que montrent les différents plans Alzheimer.

Le plan Alzheimer de 2008- 2012 met en avant la place du psychomotricien dans la prise en charge de cette pathologie. Le psychomotricien agit sur 3 pans différents et complémentaires: la prévention, l'évaluation et l'aide au maintien des capacités et de l'autonomie. Dans les axes prévention et autonomie, le maintien à domicile sans risque et sans limitation fonctionnelle est, lui aussi, un enjeu majeur de société.

S'il n'est pas remis en cause par le risque vital pour la personne, le maintien à domicile peut, en effet, permettre aux malades de rester dans un environnement rassurant et stimulant. Il permet, également, une diminution du coût de la santé globale.

Pour accompagner au mieux ce maintien de l'autonomie au domicile il faut que le psychomotricien sache reconnaître les étiologies des troubles et connaître leurs conséquences sur l'environnement du patient et sur son entourage. Pour cela, il utilise son outil principal qu'est le bilan psychomoteur. C'est à partir de ces constats que j'ai élaboré ma réflexion pour ce mémoire.

Mon premier contact avec la population gériatrique s'est fait lors de mon stage de début de troisième année. Celui-ci s'est déroulé en Centre Mémoire. Durant ce stage, j'ai pu rencontrer des patients présentant différents types de démences, dans le cadre d'une évaluation diagnostique. En centre mémoire, les patients sont reçus pour des évaluations de leurs capacités cognitives, comportementales et psycho-affectives, en réponse à une plainte de leur part et/ou de leur entourage. Le but de ces évaluations est de poser un diagnostic en lien avec les difficultés que rencontre le patient ou qu'observe l'aidant. L'observation de ces bilans diagnostiques m'a fait me questionner sur la place que pourrait avoir le psychomotricien à cette étape notamment en complément d'évaluation par des visites à domicile. Mon questionnement s'est orienté en particulier sur l'évaluation des praxies. Les praxies font partie de notre sémiologie psychomotrice. Elles sont en centre mémoire évaluées par la figure de Rey et seulement occasionnellement de façon gestuelle avec ou sans mises en situation. Ainsi, il semble difficile d'approcher la réalité écologique des capacités praxiques par cette seule épreuve visuo-constructive de bilan.

On peut alors se demander: Est-ce que ce que l'on observe en cabinet reflète la situation à domicile? Plus précisément, le retentissement de la pathologie dans la vie quotidienne de la personne est-il mesuré par les outils utilisés en centre mémoire? Autrement dit, est ce que l'outil d'évaluation des praxies en centre mémoire rend compte des capacités gestuelles du patient à domicile? L'outil rend-t-il compte de l'autonomie à domicile?

Quelques semaines après, j'ai commencé mon stage en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et plus spécifiquement en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). J'ai pu rencontrer et observer les comportements et les capacités des résidents présentant des démences de types Alzheimer ou de types parkinsoniens. J'ai pu lire les comptes rendus des bilans des patients et j'ai observé un décalage entre l'évaluation neuropsychologique pour ce qui est des praxies et les capacités réelles des patients. Mais surtout j'ai constaté que cela ne nous renseignait pas vraiment sur ce que la personne est capable de réaliser ou non sur le plan fonctionnel.

Cela m'a permis de me conforter dans ma réflexion concernant la question de l'autonomie et du maintien à domicile dans la pathologie Alzheimer. Comment évaluer ces difficultés du point de vue psychomoteur, à savoir comment la pathologie entrave le sujet dans la réalisation des gestes nécessaires à l'autonomie dans sa vie quotidienne? Comment la maladie impacte le sujet dans sa dimension motrice et donc qu'en est-il des praxies visuo-motrices ?

Au final, l'objectif est d'évaluer le plus finement possible les aptitudes de la personne âgée Alzheimer en cabinet pour qu'elles soient le plus corrélées avec les aptitudes fonctionnelles de la vie quotidienne, dans le but de proposer la prise en soin ou l'aide la plus adaptée.

PARTIE THÉORIQUE

I. Démences et Maladie d'Alzheimer :

L'espérance de vie ne cessant de croître, elle confronte les professionnels de santé dont les psychomotriciens au développement de nouvelles symptomatologies en gériatrie. Avec ce vieillissement de la population, des maladies sont plus fréquentes telles que les maladies neurodégénératives avec troubles cognitifs ou autrement dit les démences.

1. Qu'est-ce qu'une démence ?

1.1 Définition :

Le terme « démence » vient du latin *dementia* signifiant privé d'esprit, d'intelligence (Larousse). Le concept de démence a longtemps été synonyme d'aliénation mentale et de folie. Cette vision a évolué mais est encore présente dans le langage courant ainsi que dans le code pénal avec l'idée d'irresponsabilité pénale où la personne déclarée comme démente ne sera pas responsable de ses actes.

Selon l'OMS, « La démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive, plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal ». Elle se définit donc par une atteinte de la mémoire, du raisonnement, des comportements ainsi que dans l'aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou « Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) IV », définit le syndrome démentiel par la présence d'au moins deux troubles cognitifs dont un trouble de la mémoire ainsi qu'un parmi l'aphasie, l'agnosie, l'apraxie et une perturbation des fonctions exécutives. Pour parler de démence, il faut également que ces troubles cognitifs aient des répercussions significatives sur le fonctionnement social ou professionnel du patient.

Suite à la révision de ce manuel, les critères de diagnostic du DSM V sont semblables à ceux présents dans le précédent à l'exception du critère d'altération mnésique qui n'est plus exigé. Dans ce DSM V, le terme de démence est remplacé par trouble neurocognitif majeur. Il s'agit d'un syndrome associant plusieurs troubles cognitifs, évolutifs, avec répercussions sur le quotidien. Le trouble neurocognitif majeur est à opposer au trouble cognitif mineur que l'on peut rapprocher du terme de Mild Cognitive Impairment (MCI).

Selon Petersen, il s'agit d'une : « plainte cognitive associée à une perte objective de la mémoire, sans pour autant qu'elle retentisse sur la vie quotidienne du sujet âgé ». Le MCI est donc un stade où le patient présente des symptômes mais ces derniers ne sont pas suffisamment exprimés pour poser le diagnostic de démence. Il s'agit donc d'une catégorie et non une maladie qu'on pourrait définir de manière spécifique.

Pour Petersen, « le diagnostic de MCI représenterait l'étape intermédiaire entre le vieillissement normal et la démence pour les personnes âgées destinées à développer une démence ». D'après une étude du même auteur, un taux de conversion sur cinq ans de 12 % s'observe vers une maladie d'Alzheimer dans une population diagnostiquée MCI contre 2% dans la population générale des plus de 65 ans. Pour des auteurs comme Petersen (1999), Langa et Fisher (2008), le MCI « serait associé [...] à une augmentation du risque de développer un syndrome démentiel ainsi qu'à un déclin cognitif plus rapide, par comparaison aux populations n'en présentant pas. Il représenterait ainsi une transition entre la normalité cognitive et les démences de type Alzheimer ».

Cependant, la notion de MCI est de nos jours fortement critiquée pour son « hétérogénéité tant sur le plan de son étiologie que de son expression clinique et de son évolution » (40 % des personnes présentant un MCI ne répondent plus aux critères l'année suivante) (Balota et al 2010). Nous aborderons maintenant la définition du trouble cognitif majeur, démence dont nous préciserons les caractéristiques.

1.2. Les différents types de démences :

La perte des fonctions cognitives est en relation avec la présence de lésions cérébrales. Dans les démences, ces lésions sont liées, la plupart du temps, à une accumulation de protéines anormales parfois des pathologies vasculaires également (Accident vasculaire cérébrale, microangiopathie...). D'autres étiologies que nous ne détaillons pas ici peuvent être retrouvées (syndrome infectieux, tumorales, inflammatoire...). La nature de la lésion et la localisation de l'atteinte neuronale déterminent le type de démence. (Bakchine, S et Habert, M-O, 2007).

Dans les démences corticales, ce sont les cellules autour du cortex cérébral qui sont touchées. Elles sont caractérisées par une atteinte instrumentale: mnésique, aphasique, apraxique et agnosique. La maladie d'Alzheimer et les démences Fronto-temporales, entre autres, sont des démences corticales.

Dans les démences sous-corticales, ce sont les cellules des noyaux gris centraux ou de la substance blanche profonde qui sont touchées. On observe un ralentissement cognitif ou bradyphrénie, des troubles de la personnalité ainsi qu'une perte de l'inhibition, de la flexibilité mentale et de l'attention soutenue. Pour exemple, nous pouvons citer la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington, le syndrome de Korsakoff, la paralysie supranucléaire progressive et la démence vasculaire.

Certains auteurs considèrent la démence vasculaire comme n'ayant pas d'étiologie spécifique. Ils estiment que tout le cerveau humain est concerné par les problèmes cardio-vasculaires qui apparaissent avec l'âge. Les problèmes vasculaires ne seraient alors que des facteurs qui participent à la fragilité du cerveau et qui accompagnent les autres pathologies (Barker WW et Al, 2002).

1.3. Les démences aujourd'hui ?

En 2017, on compte plus de 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde (source OMS). On dénombre près de 10 000 nouveaux cas par an au rang mondial. A ce titre, la démence est devenue une priorité de santé publique. Un plan mondial d'action de santé publique contre la démence a été mis en place en 2017. Il vise à « tendre vers un monde où l'on puisse prévenir la démence, où les personnes atteintes de démence et leurs aidants vivent bien, reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin pour réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité, de respect, d'autonomie et d'égalité » (Source OMS).

En 2010 en France, la prévalence de la démence était entre 800 000 personnes. Les perspectives, pour les vingt prochaines années, sont une progression globale avec une estimation de 1,5 à 2 millions de personnes démentes en France en 2030. (France Alzheimer)

Selon Ramaroson et al. (2003), on estime la maladie d'Alzheimer. Elle serait à l'origine de 60 à 70 % de cas de démences

2. La maladie d'Alzheimer :

Comme décrit précédemment, la maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative. Elle tient son nom du psychiatre et neurologue allemand Aloïs Alzheimer qui, en 1906, associa le déclin des fonctions cognitives d'une de ses patientes à la présence de lésions cérébrales sur son cerveau à l'autopsie. Son évolution se fait sur plusieurs années et impacte progressivement l'autonomie des malades. Son retentissement sur la vie quotidienne, la vie sociale des malades et sur l'entourage augmentent progressivement.

Selon l'INSERM, en France, en 2018, 900 000 personnes seront touchées par la maladie d'Alzheimer (France Alzheimer). Elle est la première cause de démence (OMS). La Maladie d'Alzheimer

est la principale cause de la dépendance du sujet âgé et par conséquent de l'institutionnalisation. Avec ces 225000 nouveaux cas par an, elle constitue donc un véritable enjeu de santé publique.

Devant sa forte prévalence, les gouvernements ont mis en place des actions pour répondre aux besoins de cette population. En France, cela se manifeste au travers des différents plans Alzheimer qui ont, entre autres, mis le psychomotricien au cœur de la prise en soin de ces malades.

La poursuite de la recherche est également importante dans l'amélioration de la qualité de vie des malades Alzheimer. Un dépistage précoce systématique n'est pas recommandé en l'absence de traitement curatif, mais une prise en soin précoce pourrait permettre de ralentir le déclin cognitif et de faciliter les aménagements pour rester autonome tout en permettant une meilleure compréhension de la situation par les aidants familiaux ou professionnels.

2.1. L'étiologie :

L'origine de la maladie est encore méconnue mais différentes recherches ont permis de montrer deux formes de maladie : une forme sporadique qui est la plus représentée et une forme génétique héréditaire.

La première est liée à des facteurs de risques divers : des facteurs environnementaux (le tabagisme, l'isolement social, ...); des facteurs cognitifs (faibles activités intellectuelles) et des facteurs physiologiques (obésité, diabète, hypertension et sédentarité). Son étiologie est multifactorielle. Ainsi la présence d'un gène ApoE (ApoE2, ApoE3 et ApoE4), qui perturbe la production d'une protéine nécessaire pour le transport des corps gras dont le cholestérol dans les cellules, est également un facteur de risque. La forme sporadique touche jusqu'à 98% des patients diagnostiqués Alzheimer. Son apparition est tardive en général après 65 ans.

La deuxième ne concerne que 2% des cas. Il s'agit d'une forme précoce, qui survient avant 65 ans. Cette forme rare est en lien avec des mutations génétiques. Les chercheurs ont mis en évidence 3 gènes différents responsables de ces formes héréditaires : La préséniline 1 (PSEN1) et 2 (PSEN2) ainsi que le gène précurseur de l'amyloïde (APP).

La maladie d'Alzheimer se manifeste au travers d'un double processus pathologique: d'une part la présence de plaques amyloïdes à l'extérieur des neurones et d'autres parts des dégénérescences neurofibrillaires à l'intérieur des neurones.

Le premier type de lésion correspond à la présence de plaques amyloïdes au niveau des dendrites et des axones neuronaux. La formation de ces plaques est due à l'accumulation du peptide $A\beta$. Cette protéine est produite à partir de son précurseur: la protéine APP qui grâce aux sécrétases (des enzymes) est découpée en plusieurs morceaux. Les sécrétases donnent donc à partir du précurseur APP plusieurs protéines de tailles différentes dont la version la plus longue, la protéine $A\beta$, est toxique. Effectivement, ce mécanisme est présent chez les personnes « saines » mais les protéines sont éliminées par l'organisme. Ce qui empêche donc la formation de plaques amyloïdes. Chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les fragments peptidiques les plus longs, donc la protéine $A\beta$, ne sont pas éliminés et s'accumulent sous forme de plaques. Ils s'accumulent sur les parties externes des neurones (les axones et les dendrites) et perturbent ainsi leurs fonctionnements.

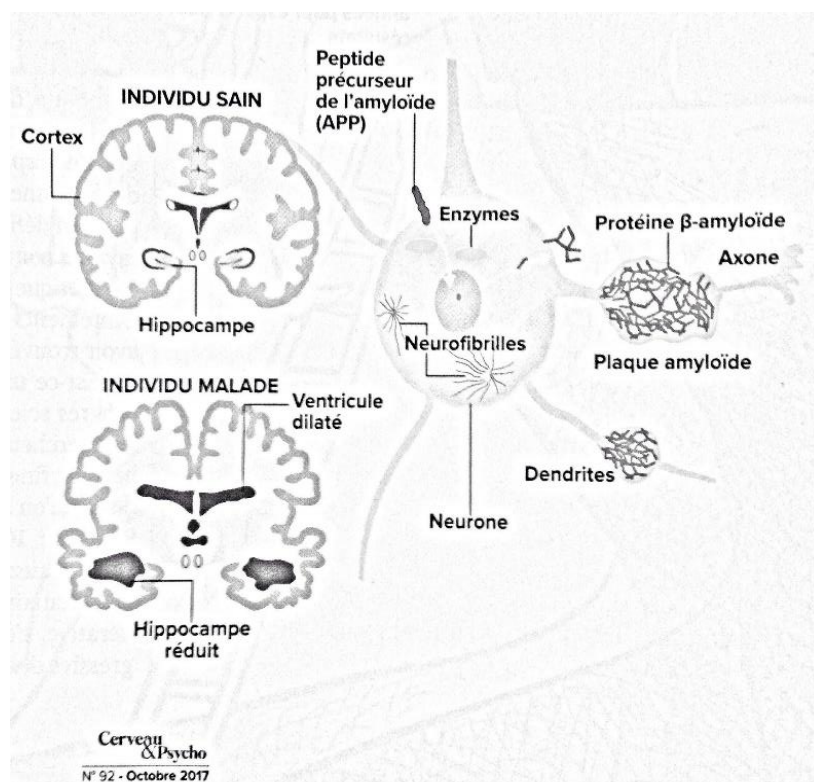


Schéma 1: La formation des plaques d'Amyloïde (Cerveau & Psycho, 2017)

Le deuxième type de lésion est ce que l'on appelle la dégénérescence neurofibrillaire. Les neurofibrilles sont des ensembles de filaments (les neurofilaments et les microtubules) qui permettent le soutien et la forme de la cellule ainsi que le transport des molécules dans le neurone comme, entre autres, les neurotransmetteurs. Les neurotransmetteurs sont ensuite libérés au niveau des synapses et permettent la communication entre les cellules neuronales. Dans la maladie, on voit apparaître au sein du neurone une protéine anormale, la protéine Tau modifiée. Dans le système physiologique, la protéine Tau a pour fonction d'organiser, de stabiliser et de réguler la dynamique des microtubules à l'intérieur des neurones. Chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, la protéine Tau a une conformation tridimensionnelle anormale (liée à sa phosphorylation) et sa fonction en est donc modifiée. Elle ne peut plus se fixer sur les microtubules et permettre leur formation. Elle entraîne ainsi la désorganisation et la destruction du système de transport des microtubules. Ceux-ci ne peuvent plus transporter les neurotransmetteurs et ainsi empêchent la communication d'un neurone à l'autre. Cette dégénérescence se propage de neurones voisins à neurones voisins.

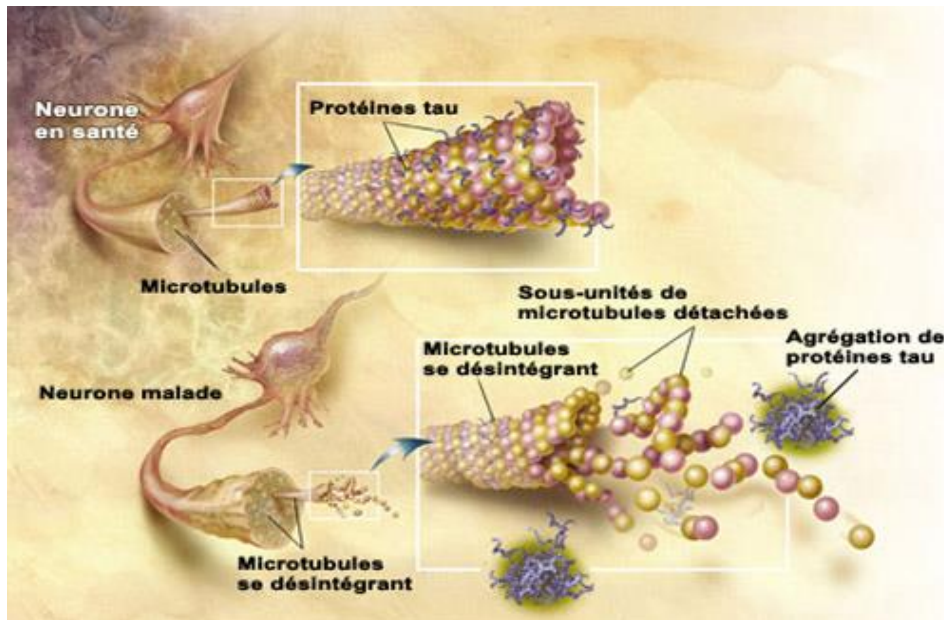


Schéma 2: Dégénérescence neurofibrillaire

C'est l'association de ces deux processus physiopathologiques qui provoque la mort des neurones. Ces deux phénomènes vont de pairs et sont systématiquement observés chez les patients. Il n'existe, cependant, pas de lien direct identifié entre ces deux mécanismes. Braak et Braak (1991 et 1997) ont montré que, contrairement aux plaques d'amyloïde, la dégénérescence neurofibrillaire se développe de façon séquentielle dans le cerveau. Il existe, donc, une hiérarchie lésionnelle.

Autrement dit, les lésions neuronales, induites par la protéine tau modifiée, suivent un ordre topographique et temporel. La topographie des dégénérescences neurofibrillaires est donc un indice précis du stade évolutif de l'affection. Ainsi, Braak et Braak ont distingué six stades, corrélés au fonctionnement cognitif.

Jusqu'à très récemment, seul un examen post-mortem pouvait certifier du diagnostic de la maladie d'Alzheimer. L'augmentation des connaissances physiologiques sur la maladie d'Alzheimer a permis depuis 2010 de pouvoir diagnostiquer précocement celle-ci grâce aux marqueurs biologiques (indice IATI). Leur recherche soit par ponction lombaire en recherchant dans le liquide céphalo-rachidien une augmentation de la présence de protéine Tau phosphorylée et une diminution de la protéine A β soit par l'observation des plaques d'amyloïdes par imagerie cérébrale, permet de conforter le diagnostic et l'évolution de la démence. Ils sont donc des marqueurs diagnostiques importants associés au niveau de fonctionnement cognitif et de l'autonomie. En effet, la maladie d'Alzheimer, entraînant la perte progressive et irréversible des fonctions cognitives, les patients subissent le déclin d'un grand nombre de leurs capacités et perdent peu à peu leur autonomie.

Aujourd'hui, dans les centres de diagnostic comme par exemple les Centres Mémoire, des examens paracliniques (une ponction lombaire ou l'imagerie cérébrale) sont réalisés pour corroborer un diagnostic. Cependant, la démarche diagnostique est avant tout clinique.

L'évaluation cognitive complète est effectuée par le neuropsychologue. Cette évaluation se fait au travers de l'observation des symptômes, de la rencontre avec l'autre et de l'écoute de la plainte du sujet et de l'entourage. Elle s'appuie sur les difficultés qu'exprime le patient, sur le point de vue des aidants et sur des outils objectifs. Elle aboutit à l'établissement d'un diagnostic et de proposition de prise en charge. Le but des centres mémoires est aussi de coordonner les soins mis en place autour de la personne âgée présentant une démence.

Le psychomotricien fait partie des professionnels intervenant dans la prise en soin des personnes âgées présentant une démence dont la maladie d'Alzheimer. Il est donc important pour le professionnel de santé qu'est le psychomotricien de bien connaître les différents symptômes pour savoir les repérer et bien les prendre en charge.

2.2. La sémiologie :

Comme nous l'avons vu précédemment, selon le DSM V, la maladie se caractérise par la présence de déficits cognitifs, de troubles psycho-comportementaux et par un retentissement dans l'autonomie des actes de la vie quotidienne :

❖ Les manifestations cognitives dans la maladie d'Alzheimer :

Elles touchent l'ensemble des fonctions cognitives mais de manière très hétérogène d'un sujet à l'autre.

Le **déficit mnésique** est l'atteinte cognitive la plus représentée dans cette pathologie. L'hippocampe, qui se situe dans le lobe temporal interne est le lieu stratégique de cette fonction cognitive. Cette structure, qui est nécessaire à la formation de nouveaux souvenirs, est touchée dans la maladie d'Alzheimer. La personne démente ne pourra donc plus encoder ou stocker de nouvelles informations et ainsi elle ne pourra plus créer de nouveaux souvenirs. La récupération des souvenirs est elle aussi touchée dans la maladie d'Alzheimer, l'hippocampe ayant également un rôle dans la mise en relation et le rappel des souvenirs.

L'atteinte mnésique fait apparaître un autre symptôme : la **désorientation spatio-temporelle**. Les personnes ont tendance à se perdre, même dans des endroits familiers et elles n'ont plus de repères dans le temps : elles peuvent vivre au présent des souvenirs très anciens.

Une autre des fonctions instrumentales touchées est le **langage**, tant sur son versant oral que sur son versant écrit. Les troubles du langage écrit sont plus précoces que les troubles du langage oral. On retrouve par exemple une dysorthographe. L'écriture se modifie (dysgraphie) avant de devenir parfois méconnaissable (agraphie).

Sur le versant oral, la personne présente des manques du mot avec ce type de formulation : « C'est un truc qui sert à ... ». Ce manque du mot peut être associé à des circonlocutions où le mot est remplacé par une expression le décrivant ou par des paraphrasies où le mot est remplacé ou transformé. L'évolution amène à un trouble majeur de la compréhension et de l'expression où apparaissent des néologismes, des persévérations et l'écholalie (répétition des derniers mots entendus). On parle alors d'aphasie totale, allant parfois jusqu'au mutisme.

L'atteinte des praxies (gestes dirigés vers un but) entraîne des difficultés dans la réalisation des gestes du quotidien. Ce domaine étant central dans ce mémoire, nous le détaillerons spécifiquement, ultérieurement, dans une partie consacrée. Leurs apparitions et leurs étendues au cours de l'évolution de la maladie sont variables d'un individu à l'autre. Cela commence généralement par une perte des gestes complexes comme l'écriture puis cela s'étend à des gestes simples comme mâcher un aliment.

Dans les signes cliniques, nous retrouvons une **agnosie**. Il s'agit d'un trouble de la reconnaissance en l'absence de trouble perceptif. Cette difficulté est essentiellement d'ordre visuel mais peut être liée aux autres sens. Il existe également une non reconnaissance des visages (prosopagnosie) et une perte de la connaissance des parties du corps (l'asomatognosie). Chez les personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer, nous observons souvent une non conscience de leurs troubles, de leur maladie : l'anosognosie.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'ensemble des fonctions cognitives sera touché: les différentes fonctions instrumentales que nous venons de développer mais également les **fonctions exécutives**. Ces fonctions recouvrent l'ensemble des processus cognitifs nécessaires à la réussite de tâches complexes. Elles permettent à l'individu d'avoir des comportements intentionnels et appropriés. Elles représentent donc l'autonomie cognitive et sociale. Les fonctions exécutives participent aux processus d'initiation, de planification, d'anticipation, d'agencement de séquences d'actions, à la flexibilité mentale, au contrôle et à l'interruption de comportements dans un but d'adaptation à l'environnement. Elles permettent au sujet de s'adapter aux situations de la vie quotidienne et donc d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne. Elles sont essentielles pour l'autonomie du patient.

On peut également retrouver des **troubles du jugement** qui se caractérisent par une difficulté, puis avec l'évolution de la maladie, par une incapacité à comprendre les situations abstraites.

❖ *Les manifestations psycho-comportementales:*

La maladie d'Alzheimer ne touche pas seulement la sphère cognitive du sujet, elle se manifeste tout au long de son évolution aussi au travers de troubles du comportement.

Selon l'HAS, il s'agit de comportements, d'attitudes ou d'expressions dérangeants, perturbateurs ou dangereux pour la personne ou pour autrui. Leurs manifestations sont variables. On retrouve des symptômes positifs : opposition, agitation, agressivité, des comportements moteurs aberrants, des désinhibitions, des idées délirantes, des hallucinations, des troubles du sommeil et des symptômes négatifs : dépression, apathie qui correspond à une baisse de motivation, à une perte d'intérêt vis-à-vis des activités de loisirs, des activités sociales et un repli sur soi.

Ils possèdent des caractéristiques communes : leurs apparitions créent une rupture avec le fonctionnement antérieur du sujet, leurs expressions sont fluctuantes et ils sont interdépendants, souvent associés.

Les troubles du comportement impactent considérablement la qualité de vie et d'adaptation des patients à leur environnement ainsi que la qualité de vie et l'état de santé physique et psychique des aidants. En effet, ils contribuent à la perte d'autonomie du patient et sont souvent à l'origine d'une institutionnalisation précoce. Les troubles du comportement entravent également les relations aux autres et au monde.

De nombreuses stratégies thérapeutiques, pharmacologiques et non pharmacologiques, ont été développées pour tenter de diminuer les conséquences de ces troubles chez le patient et ses proches.

2.3. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux :

En ce qui concerne les traitements médicamenteux, il n'y a, à l'heure actuelle, aucune piste de traitement curatif. Les médicaments prescrits aux patients atteints d'une démence de type Alzheimer ne vont avoir pour but que d'essayer de ralentir la dégénérescence des neurones fonctionnels.

Étant donné les effets souvent insatisfaisants des traitements médicamenteux, d'autres stratégies ont été mises en place. Ces stratégies sont des thérapies non médicamenteuses. En 2008, la Haute autorité de santé (HAS) recommande l'utilisation des approches non pharmacologiques. Elles font, aujourd'hui, partie intégrante de la prise en charge des patients. Le psychomotricien est un des spécialistes de ces thérapies.

Cette expertise du psychomotricien a été mise en avant par le plan Alzheimer 2008-2010. Ce plan a permis la création d'unités spécifiques au sein des établissements de soins gériatriques (EHPAD) comme les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcées (UHR). Il a permis le développement des soins à domicile avec la création des Équipes Spécialisés Alzheimer (ESA).

Ces équipes interviennent au domicile du patient, sur prescription médicale, après un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Elles sont constituées d'un ergothérapeute, des assistants de soin gériatriques (ASG) et d'un psychomotricien. Ces unités sont, souvent, intégrées à des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD): il y a donc dans l'équipe un infirmier coordinateur. Selon le cahier des charges, l'ESA opère durant 15 séances sur une durée d'environ 3 mois à raison d'une séance par semaine. La prise en charge se « veut courte, pragmatique pour réadapter, harmoniser ou mettre en place des soins (paramédicaux ou sociaux) visant un maintien à domicile, le meilleur possible» (D. Lowinski -Létinois, 2011).

Cette intervention s'effectue, pour la majeure partie des cas, dans un stade léger ou modéré de la maladie où l'objectif est la mise en place d'adaptations nécessaires pour un maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles.

L'objectif de cette équipe est « d'assurer, dès le diagnostic, l'éducation thérapeutique, un bilan d'adaptation du logement, la réhabilitation, la stimulation cognitive, et, le cas échéant, en cas de crise, la prise en charge des troubles du comportement ». (Plan Alzheimer, 2008). Ainsi, les décisions du plan Alzheimer valorisent la profession de psychomotricien tant dans la prise en soin des patients que dans le soutien de leurs aidants familiaux et professionnels en intégrant le psychomotricien dans ces différentes structures. Grâce à ces considérations, le psychomotricien est confirmé dans son action au domicile des patients.

Confirmant la reconnaissance de l'importance de soins psychomoteurs à domicile auprès des personnes âgées présentant une démence, un rapport de l'HAS décrit les actes de bilan et les prises en charge susceptibles d'être réalisés par les ergothérapeutes et les psychomotriciens au domicile d'un patient souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Quatre grandes catégories d'actes sont décrites dans ce contexte:

- la « réadaptation émotionnelle et relationnelle en situation de la vie quotidienne » (HAS, 2010) où le psychomotricien cherche à faciliter le relâchement tonique et ainsi à apaiser les émotions. Il favorise les interactions que ce soit par le canal verbal ou le canal non-verbal, dont il est le spécialiste, avec l'environnement humain. Il favorise également « **l'investissement affectif des activités de base et instrumentales de la vie quotidienne** » (HAS, 2010). Il cherche à diminuer les troubles du comportement et à apporter un vécu de bien-être.

- la « réadaptation émotionnelle dans la marche et prévention des risques de chute » (HAS, 2010) passent par le soutien et le maintien d'une régulation tonique adaptée, d'un contrôle postural opérant et d'une efficacité des schèmes moteurs. Le psychomotricien **agit au niveau des capacités praxiques** en facilitant leurs anticipations et leurs adaptations à l'environnement quotidien de la personne. Il intervient également sur « les signes psychiques et comportementaux du syndrome post-chute, de la peur de la chute ou de la marche. » (HAS, 2010).

- une « contribution à la prise en charge de l'inconfort et de la douleur » (HAS, 2010) s'articule autour de la diminution du vécu douloureux et la recherche de vécu du corps positif, de vécu de bien-être. La douleur peut entraîner une augmentation des troubles du comportement. Là encore, le psychomotricien cherche à faire diminuer ces troubles.

- la « contribution à l'intégration des outils substitutifs des déficiences et incapacités » (HAS, 2010). Le psychomotricien favorise l'investissement des patients pour **les outils substitutifs et ainsi contribue à la diminution des incapacités et donc au maintien de l'autonomie.**

Le rapport de l'HAS dresse, également les actes communs avec les ergothérapeutes: l'éducation thérapeutique, les conseils et l'information du patient et de leurs aidants ainsi qu'un travail de coordination et de communication avec l'ensemble des partenaires intervenant auprès des patients.

L'approche globale du patient par le psychomotricien permet de répondre à la complexité de la multiplicité des symptômes et des difficultés du patient présentant une démence de type Alzheimer. Le psychomotricien voit l'individu comme un être bio-psycho-social, c'est à dire un individu unique et singulier ayant une histoire qui lui est propre et interagissant avec son environnement. Dans la maladie d'Alzheimer, le rapport à soi, à son histoire va être mis en difficulté par l'atteinte mnésique, par la désorientation spatio-temporelle. Le rapport au monde environnant : social et matériel va lui aussi être mis à mal par la triade aphaso-apraxo-agnosique, par les troubles exécutifs ainsi que les troubles du comportement.

La qualité du psychomotricien sera alors d'apporter un éclairage sur le retentissement des différents troubles sur l'autonomie, le comportement et le vécu corporel du patient.

II. L'autonomie et la maladie d'Alzheimer :

1. Définition de l'autonomie :

Selon le dictionnaire Larousse, l'autonomie est «la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ».

On peut distinguer l'indépendance de l'autonomie. L'indépendance désigne la capacité physique et fonctionnelle à réaliser une activité.

L'autonomie, elle, se définit comme la capacité psychique, psychologique, et cognitive à pouvoir gérer une activité. Elle correspond, plus globalement, à la capacité à se gouverner soi-même. Elle nécessite donc une capacité de jugement, c'est à dire «la capacité de prévoir, de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté. » (Corpus de gériatrie, 2000).

Ainsi, une personne peut être à la fois dépendante sur le plan physique, en ayant par exemple besoin d'un appareillage pour se déplacer et être autonome en étant en capacité de gérer son quotidien et de prendre des décisions.

Cependant, les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés. En gériatrie, et plus particulièrement dans la maladie d'Alzheimer, la perte d'autonomie entraîne une dépendance.

Être dépendant correspond alors à « l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer, sans aide humaine, les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement » (Collège national des enseignements de gériatrie, 2010).

Cette perte d'autonomie et cette dépendance sont en lien avec les incapacités et les déficiences que présentent les patients Alzheimer.

2. Analyse fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer :

Dans les années 80, Philippe WOOD décrit la classification internationale des déficiences, des incapacités et du handicap (CIDIH). Le modèle de Wood naît du constat que la classification internationale des maladies (CIM) ne tient pas compte des retentissements des maladies dans le quotidien des patients.

La CIDIH prend donc en compte à la fois la maladie et ses conséquences dans la vie quotidienne des personnes malades. Elle est construite suivant trois grands axes: la déficience, l'incapacité et le désavantage. La déficience correspond à « toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. » (OMS, 1993). Elle équivaut, pour la maladie d'Alzheimer, à la dégénérescence neuronale. L'incapacité est « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » (OMS, 1993). Le désavantage est un « préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte-tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels. » (OMS, 1993). Le malade d'Alzheimer, par exemple, au vue de sa dégénérescence neuronale qui entraîne une apraxie, est en incapacité de conduire sa voiture ce qui le limite dans ses déplacements et peut l'isoler socialement (Cf. annexe 1).

Ce modèle prend donc en compte le retentissement sur la vie quotidienne de la personne. Dans la maladie d'Alzheimer, ce retentissement est important. Le patient, en perte d'autonomie, voit ses rapports à son environnement matériel et social ainsi que son rapport à lui changer considérablement. Effectivement, la maladie avançant, il perd en capacité et peut de moins en moins réaliser seul les gestes de sa vie quotidienne. Ceci le limite dans le rôle social qu'il a eu dans sa famille toute sa vie. Les interactions qu'il a eues avec son entourage changent : le patient doit accepter d'être dépendant de ses aidants qu'ils soient familiaux ou professionnelles. Ce réaménagement peut être dur à accepter et peut provoquer une baisse de l'estime de soi. La place du soignant, et spécifiquement du psychomotricien, est de montrer à la personne ses capacités restantes et d'aider à les maintenir.

En effet, aujourd'hui, on ne parle plus en termes de déficience, d'incapacité et de désavantage mais on met en avant le fonctionnement. On ne classe donc plus les maladies mais la santé, en lien toujours avec le retentissement sur la vie de la personne. C'est ce que met en avant l'OMS, en 2001 avec la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). (Cf. Annexe 2).

La CIF est construite en deux parties :

- une liée au fonctionnement : On y retrouve les trois mots de WOOD mais du point de vue du fonctionnement. Ainsi la déficience devient la fonction organique ; l'incapacité devient l'activité et à la place du désavantage la participation au sein de la société. Mais la fonction organique peut avoir une déficience, l'activité peut être limitée et la participation peut avoir une restriction.

- une liée au contexte dans lequel évolue la personne: Les facteurs personnels et environnementaux viennent influencer les activités et la participation. Les premiers sont l'évaluation que l'on a de nos ressources personnelles qui vont nous rendre apte à réaliser des actions. Ils incluent également les capacités intellectuelles et psychologiques. Les facteurs environnementaux désignent « l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie ». (Gérontologie et société, décembre 2001).

Par exemple, les fonctions exécutives touchées dans la maladie d'Alzheimer entraînent des limitations dans l'activité de « réaliser un repas » et des restrictions de participation dans les tâches familiales du quotidien. La personne ne peut alors pas planifier et organiser les actions nécessaires à la réalisation d'un repas. Néanmoins, elle peut avoir conservé les capacités motrices et pratiques pour, par exemple, couper et éplucher les légumes. Elle pourra alors, malgré ses difficultés, réaliser des activités et participer à la dynamique familiale. Les facteurs personnels (la motivation) et les facteurs environnementaux (ici le soutien des aidants) sont très importants pour maintenir les activités et les participations quotidiennes. On met donc en avant les capacités de la personne.

C'est l'un des rôles du psychomotricien en gériatrie. Il cherche à montrer à la personne ses capacités restantes ainsi que les actes de la vie quotidienne qu'elle peut réaliser. Ceci sera dans le but de valoriser la personne, d'éviter les pertes de l'estime de soi, l'anxiété liées à la perte des compétences psychomotrices et donc à la perte de l'autonomie. Cela permettra, de plus, de lutter contre de désinvestissement relationnel. Le psychomotricien ne fera pas que révéler les compétences restantes mais stimulera ces fonctions psychomotrices afin de les maintenir et de ralentir la progression de la dégradation. Il intervient pour « les troubles praxiques, les troubles de la marche et les phobies de la chute, les troubles spatio-temporaux, la compensation de déficits sensoriels, l'aboulie, les états tensionnels, les plaintes somatiques envahissantes et l'adaptation au handicap » (Franck PITTERI, 2010).

Il faut cependant garder en tête que chez les personnes âgées, les possibilités d'amélioration des déficiences et des incapacités sont modestes ou nulles dans les maladies neurodégénératives, dès lors, l'essentiel de l'effort porte sur la diminution du désavantage social, grâce à des aides appropriées, humaines, et financières ainsi que sur le maintien des capacités restantes.

Les enjeux, devant l'augmentation de l'espérance de vie et donc devant l'augmentation de la population gériatrique, sont d'avoir un vieillissement sans incapacité. On parle d'espérance de vie sans incapacité. Pour l'atteindre, l'objectif est de maintenir les personnes plus longtemps à leur domicile sans risque et sans perte d'autonomie.

3. Les enjeux du maintien à domicile :

3.1. Pourquoi le maintien à domicile?

Le maintien à domicile vient, premièrement, d'un désir de la personne à rester chez elle. Le domicile peut être vu comme une extension de l'identité de la personne. En effet, les personnes âgées associent, souvent leur maison à leurs souvenirs de vie: la maison où ils ont vu grandir leurs enfants, leurs petits-enfants, le lieu où ils ont réalisé leurs projets de vie. Il y a un lien affectif fort et l'idée de devoir quitter ce domicile peut alors être un événement douloureux.

Le domicile, en plus d'être un lieu de souvenir, est un lieu de vie où la personne a ses repères et ses routines. La maladie d'Alzheimer entraîne, avec l'atteinte mnésique, des désorientations spatio-temporelles. Celles-ci mettent la personne malade en difficulté pour s'adapter à son environnement. Le maintien des routines et des repères facilite la personne dans son quotidien. Il est utile pour plusieurs raisons. Il limite la charge émotionnelle liée aux désorientations spatio-temporelles en limitant l'anticipation. La maladie rend la personne incapable d'apprendre de nouvelles choses. Il y a donc une perte de flexibilité qui limite grandement l'adaptabilité de la personne âgée Alzheimer. Dans ce cas, les routines peuvent être nécessaires pour aider la personne à garder ses repères et pour qu'elles puissent continuer à effectuer des actes de la vie quotidienne. Il est quand même important, de noter que la routinisation peut être enfermante, lorsque la personne ne tolère plus aucune manifestation de changement.

Ainsi dans la majorité des cas, les personnes âgées, souhaitent rester vivre à leur domicile le plus longtemps possible. Continuer à vivre chez soi, à être acteur de sa vie influence ce choix. Effectivement, la personne âgée et son entourage familial voient souvent l'institution comme un lieu privatif «de liberté et d'intimité [...] et elle symbolise l'endroit pour mourir ». (R. Kagan, 2005).

De plus, l'institutionnalisation est très coûteuse à la fois pour les familles et pour la société. Le choix du domicile, pour les familles, peut donc être aussi déterminé par l'aspect financier. Le maintien à domicile et plus largement l'autonomie sont, pour l'état, un enjeu financier au vue du coût de l'entrée en institution. Cependant, à prestation égale, le maintien à domicile est très coûteux.

3.2 Les conséquences du maintien à domicile

Selon R. Kagan (2005), le maintien à domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie nécessite trois conditions: « une motivation sans faille et une maturité psychique suffisante de l'intéressé; une adhésion et une solidité du réseau familial proportionnelles à l'importance du handicap; une faisabilité financière quand la présence prolongée d'une tierce personne sur place est nécessaire ». La place des aidants et le financement sont donc deux facteurs essentiels du maintien à domicile de la personne âgée Alzheimer.

L'enjeu économique est très important, surtout pour les prises en charge des personnes âgées Alzheimer. C'est ce que nous avons vu précédemment, la politique de santé vise, au vue des aspects financiers importants, à une augmentation de l'espérance de vie sans handicap. L'impact de cette politique de santé est de favoriser le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles et avec la meilleure qualité de vie possible.

Ce maintien est donc largement encouragé au niveau sociétal, notamment dans le plan Alzheimer 2008-2012 dont l'objectif numéro 3 est de « permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile ». Comme nous l'avons vu, la concrétisation de ce soucis du maintien à domicile est la création d'Équipe Spécialisée Alzheimer (ESA).

Le soutien des aidants est l'une des premières conséquences du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Le plus souvent, l'entourage proche remplit le rôle d'aidant. On parle d'« aidants naturels » (Emanuel et al., 1999) ou d'« aidants familiaux ». L'impact de la prise en charge d'un proche malade est connu pour provoquer des effets positifs et négatifs. Les conséquences positives, chez certains aidants sont l'augmentation du sentiment de gratification personnelle ainsi qu'un rapprochement relationnel entre l'aidé et l'aidant.

3.3. Les limites du maintien à domicile :

D'un autre côté, la fonction d'aidant a des conséquences plus délétères comme l'épuisement physique et psychique, la dépression, l'isolement social... Toutes ces conséquences négatives sont regroupées sous le terme de fardeau. Cette notion illustre la charge à la fois physique et psychique qui est demandée aux aidants familiaux pour prendre soin de leurs proches malades. En 1999, Bocquet et Andrieu définissent la notion de Fardeau comme « l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants ». Cet impact sur l'aidant montre bien les limites du maintien à domicile.

Le maintien à domicile, favorable à bien des égards, permet le maintien d'une autonomie relative en respectant le choix de la personne âgée de rester à domicile, en maintenant ses repères et ainsi en favorisant le maintien de ses habitudes de vie.

Cependant, avec l'avancée de la maladie, le maintien à domicile montre ces limites. Le risque de chute, le risque d'amaigrissement lié à la perte mnésique, les causes iatrogènes avec le mésusage des traitements, les risques sur la gestion financière grandissent et mettent la personne en danger. Ces risques peuvent entraîner des hospitalisations à répétitions qui au final ne font qu'augmenter la perte d'autonomie.

Les risques touchent également les aidants familiaux, comme nous l'avons vu précédemment avec la notion de fardeau. Ces aidants familiaux ne peuvent, à un stade plus avancé de la maladie, subvenir à tous les besoins de la personne malade. L'intervention de professionnels de santé devient nécessaire face à la complexification des situations et face à l'épuisement des aidants familiaux.

C'est là que réside toute la complexité du maintien à domicile. Il faut arriver à trouver un équilibre entre le désir du patient de rester à domicile, la santé et la fatigabilité de l'aidant familial et les besoins réels du malade Alzheimer. Devant cette complexité, une partie de nos actions réside en une évaluation des besoins et des capacités de l'aidant ainsi qu'une écoute de l'aidant devient nécessaire.

3.4. L'évaluation de l'autonomie :

Cette évaluation fait partie des compétences du psychomotricien. Elle permet donc de mesurer la perte d'autonomie de la personne, de repérer les risques éventuels que rencontre la personne dans sa vie quotidienne et de proposer à la personne la prise en soin la plus adaptée. La perte d'autonomie au domicile, se mesure dans les actes de la vie quotidienne que le sujet est capable ou non de réaliser.

L'expression « acte de la vie quotidienne », appelé également « Activité de la Vie Quotidienne» (AVQ), est utilisée pour désigner les activités qu'une personne effectue chaque jour en réponse à ses besoins primaires. Les « activités instrumentales de la vie quotidienne » (AIVQ) sont relatives à la capacité de la personne à s'adapter à son environnement par rapport à des tâches adaptées comme faire des achats, cuisiner, faire le ménage, gérer son argent, gérer ses médicaments et utiliser un téléphone.

Nous dénombrons quatre AIVQ essentielles à l'autonomie de la personne : la capacité à utiliser les transports, la capacité à gérer seul son traitement médicamenteux, à gérer son argent et la capacité à pouvoir téléphoner. Les AVQ, elles, sont au nombre de six: les déplacements, l'hygiène, la continence, l'alimentation, les transferts et l'habillement.

La maladie d'Alzheimer, avec son impact sur le plan cognitif, le plan psycho-affectif et psychocomportemental, met la personne, plus ou moins, en difficulté face à ces activités de vie quotidienne. Il est donc lors de l'évaluation important de repérer les différentes composantes d'une activité de vie quotidienne. Une AVQ nécessite des capacités motrices (coordinations, équilibre, tonus), des capacités sensorielles (audition, vue, toucher, proprioception), des capacités cognitives (mnésique, orientation spatio-temporelle, attention, gnosie, praxie). Une bonne estime de soi est également importante pour permettre à la personne d'avoir envie réaliser ces actions.

Chez le sujet porteur de démence, les activités comme faire les courses, préparer le repas ou conduire une voiture (AIVQ) sont perturbées très tôt alors que les soucis d'autonomie des activités de base de la vie quotidienne (AVQ) comme la toilette, l'habillement ou prendre un repas apparaissent à des stades plus avancés du processus démentiel. Les perturbations des AVQ sont ainsi un signe de la grande avancée de la maladie et donc d'un besoin plus grand d'aide à domicile. Ces difficultés sont expliquées entre autres par des désordres praxiques associés aux troubles mnésiques, exécutifs, ou anxio-dépressifs (Ylief, 1993).

III. Les praxies et la maladie d'Alzheimer :

1. La motricité volontaire :

Dans la vie de tous les jours, toute personne effectue des mouvements dans des buts divers de façon presque continue. Ils répondent à des besoins vitaux, relationnels et communicationnels. Ils permettent ainsi à la personne de s'adapter à l'environnement dans lequel elle évolue.

C'est, par le mouvement et donc l'action, que l'individu développera ses compétences: instrumentales, intellectuelles et relationnelles.

Selon Isabelle Sage, Anne-Claire Galliano (2012), les mouvements ont « plusieurs fonctions :

- ils modifient la localisation de la totalité de l'individu dans son environnement (locomotion);
- ils favorisent une meilleure réception des informations qu'apporte le milieu (orientation du corps, de la tête, exploration à l'aide de la main...);
- ils conduisent à une action sur les éléments de l'environnement. »

Les mouvements du corps peuvent être dictés par deux types de motricité : la motricité réflexe, et celle qui nous intéresse ici, la motricité volontaire. La motricité volontaire concerne les mouvements dits intentionnels, c'est à dire des gestes déterminés vers un but. Les gestes volontaires sont appris au cours du développement, s'améliorent avec l'expérience et ne nécessitent pas obligatoirement de stimulation sensorielle pour être initiés.

Le geste « peut se définir comme un mouvement ou une série de mouvements déterminés par une certaine intentionnalité. Cet ensemble de mouvements à finalité consciente ou inconsciente, est interprétable par celui qui l'observe » (Carric, 1997).

Cette motricité volontaire n'est possible qu'en présence de prérequis indispensables à la réalisation du mouvement. D'après Nicole Sève-Ferrieu (1995), pour réaliser un geste volontaire, le sujet doit « posséder:

- des capacités motrices composées d'une régulation tonique opérante et d'un tonus postural adapté s'appuyant sur la voie pyramidale (pour le mouvement volontaire), extrapyramidale (pour la motricité automatique) et le système cérébelleux (pour la régulation de l'harmonie interne du mouvement);
- d'un traitement des messages sensoriels à la fois visuel (localisation, identification des objets), proprioceptif (situation du corps dans l'espace) et vestibulaire (équilibre);
- d'une programmation gestuelle;
- un but car le geste est analysé et réajusté spatialement en fonction de l'objectif. »

La programmation gestuelle s'articule autour de 3 étapes principales. La première est la **planification** ; elle permet l'élaboration d'une stratégie gestuelle en lien avec le but établi et les particularités environnementales de la situation. La deuxième est un **programme moteur** ; il détermine les différents paramètres du mouvement (la direction, l'amplitude, la vitesse, la force musculaire...) par rapport à l'environnement dans lequel se déroule l'action. La dernière est l'**exécution du geste** ; elle correspond à la réalisation du geste grâce au recrutement des muscles appropriés.

Ces trois étapes font appel à différentes structures corticales, notamment l'aire motrice primaire (Aire 4 de Brodmann), l'aire motrice supplémentaire et l'aire prémotrice (faisant toutes les deux parties de l'aire 6 de Brodmann) ainsi que le cortex préfrontal. La programmation gestuelle est également soumise à un contrôle rigoureux qui analyse les trois étapes ainsi que le résultat.

La motricité volontaire est donc le résultat d'un processus cortical complexe et dynamique. Elle fait avant tout appel à un désir de mouvement et à la volonté d'atteindre un but, via une activité motrice. Cette notion de finalité est primordialement pour la définir la gestuelle volontaire et donc les praxies.

« Les praxies ou actions ne sont pas des mouvements quelconques mais des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention ». (J. Piaget, 1960, p.118 dans Scialom, P., Giromini, P., et Albaret, J-M.).

2. Les praxies:

2.1 Définition:

Le terme « praxie » connaît de nombreuses définitions. Nous venons de voir celle de Jean Piaget. Elle se définit, plus communément, dans le dictionnaire Larousse, comme « l'ensemble des mouvements coordonnés en fonction d'un but ».

Plus spécifiquement, le lexique du psychomotricien décrit la praxie comme « un synonyme d'habileté motrice » qui « désigne des systèmes de mouvements coordonnés en fonction d'un résultat ou d'une intention. » (Carric, J-C, 2001, p.133)

Il existe un grand nombre de définition des praxies. Cependant, la notion d'intentionnalité et de finalité sont primordiales pour parler de praxies. Nous pouvons, donc, définir la praxie comme une gestualité intentionnelle, finalisée et volontaire.

2.1. Les apports historiques :

Les connaissances et les modèles sur les praxies sont surtout issus des travaux anatomocliniques sur les apraxies.

Jackson (1866) fut le premier à rapporter des observations sur le syndrome d'apraxie. Ces observations eurent pour intérêt de mettre en évidence l'une des premières caractéristiques fondamentales de l'apraxie : la dissociation automatico-volontaire. Il s'agit de l'incapacité d'une personne apraxique à réaliser des gestes volontairement alors qu'elle peut les effectuer correctement de manière automatique. Cette notion est importante à connaître pour le psychomotricien puisqu'elle peut être un appui lors de la prise en soin des patients apraxiques. Malgré la découverte de Jackson, c'est à Steinthal, dans ces travaux de 1871, que l'on doit le terme « apraxie ». (Jackson. (1866). Steinthal. (1871) dans F. Osiurak. (2016).)

Il faut, cependant, attendre la fin du XX ème siècle, pour définir l'apraxie comme un syndrome à part entière. On doit, cela, aux travaux de Liepmann qui en 1900, confirme l'indépendance fonctionnelle entre l'aphasie et l'apraxie et formule la première définition de l'apraxie: « un désordre des mouvements volontaires sans déficits sensorimoteurs élémentaires ou de compréhension ». (Liepmann. (1900). Dans F. Osiurak. (2016).)

Liepmann est, également, le premier à modéliser le syndrome apraxique. Il existerait, selon lui, trois types d'apraxies. Les apraxies idéatoires, les apraxies idéomotrices et les apraxies mélokinétiques. Les apraxies idéatoires correspondent à une atteinte dans la conception du geste. Le patient présentant une apraxie idéatoire « n'est plus en mesure de recréer l'idée de ce qu'il a à faire, si bien que ces mouvements ne peuvent être guidés correctement. » (F. Osiurak, 2016). Les apraxies idéomotrices sont perturbées dans l'organisation du geste. Selon F. Osiurak, « le patient sait ce qu'il a à faire (préservation des formules de mouvement), est également capable de le faire (mémoires motrices préservées), mais il est incapable de connecter les deux ». Il y a donc une rupture de communication entre la conception et la production du geste. Les apraxies mélokinétiques sont en lien avec une altération de la production du geste. Dans ce cas, le patient n'est plus en capacité de réaliser des gestes adéquats, bien qu'il possède les schèmes moteurs adéquats.

2.2. Les modélisations cognitivistes:

A partir des années 1980, de nombreux auteurs se sont intéressés à la question de l'apraxie, et donc des praxies, et ont tenté de modéliser les processus permettant la production de gestes.

La cognition est une notion qui fait référence à l'idée que le cerveau « réaliserait une succession d'étapes de traitements de l'information, interposés entre le stimulus (la vue d'un outil) et la réponse (l'exécution motrice correspondant à la manipulation à proprement parler de l'outil) » (F. Osiurak, 2016).

L'apport des modélisations cognitivistes « consiste à préciser la nature de ces étapes de traitements, afin de décortiquer les mécanismes sous-jacents à l'utilisation d'outils » (F. Osiurak, 2016).

Ce modèle ne se construit donc plus selon des modèles linéaires mais plutôt dans des systèmes à « routes multiples », dans lequel plusieurs « chemins » mènent à la même production gestuelle.

❖ **Le modèle cognitiviste de Roy et Square, 1985**

Ce modèle est en continuité avec les définitions des apraxies de Liepmann principalement les apraxies idéomotrices et idéatoires. Il postule l'existence de deux systèmes principaux qui coopèrent: le système conceptuel et le système de production. Le système conceptuel est un système de représentation abstraite de l'action: on est du côté du concept. Il est en relation avec trois types de savoirs: la connaissance des fonctions et des actions associées aux outils/objets (un tournevis sert à visser), la connaissance du programme d'action indépendamment de l'outil (le programme d'action est connu, je peux donc utiliser un autre objet pour visser) et la connaissance des différents mouvements nécessaires aux actions autrement dit la séquence motrice. Le système de production, lui, a à sa charge la production, la génération et le contrôle du mouvement. Il comporte deux niveaux de fonctionnement : un système de haut niveau renfermant les connaissances sensori-motrices de l'action et un système de bas niveau correspondant aux mécanismes de contrôle du mouvement. (Cf. Annexe 3).

Cette modélisation a permis de définir, sur le plan clinique, deux types d'apraxie : l'apraxie de conception et l'apraxie de production.

❖ **Le modèle de Rothi et Al, 1991 et Rothi, Ochipa et Heilman, 1997**

Ce modèle cherche à approfondir les connaissances sur les praxies dans le but de faciliter la compréhension des mécanismes pathologiques. Il se construit par analogie avec les modélisations sur le langage. Ce modèle rend compte des étapes du traitement de l'information gestuelle.

Les auteurs dénombrent 5 niveaux de traitement de l'information gestuelle ainsi que la présence d'une voie rapide: « traitement non lexical de l'action » (F. Osiurak, 2016).

Le premier niveau est le niveau perceptif. La réalisation du geste nécessite à ce niveau l'existence de trois voies d'entrée (consigne verbale, analyse visuelle d'un geste ou d'un objet).

Le second niveau est dit mnésique. Il s'agit d'un système de reconnaissance des afférences perceptives grâce à un lexique phonologique d'entrée pour les afférences auditives, et à un système de reconnaissance des objets ou un lexique gestuel d'entrée pour les afférences visuelles.

Le niveau suivant correspond au niveau représentationnel: il regroupe les « différentes connaissances sémantiques sur les actions et plus précisément, sur les fonctions associées usuellement avec les outils. » (F. Osiurak, 2016). Le système sémantique regroupe toutes les situations pratiques déjà rencontrées par l'individu; de sorte que face à une situation déjà expérimentée, le système n'a pas à reconstruire les différentes parties de l'acte à réaliser.

Il active les modules de sorties: soit par le lexique d'action de sortie (faire un geste) soit par le lexique verbal de sortie (dénommer une action). Ceci se fait au niveau que l'on nomme niveau de traitement.

Le dernier niveau correspond au niveau exécutif. A ce stade, les groupes musculaires vont être activés soit pour la production de langage (dénomination de l'action) ou de geste (réalisation de gestes). (Cf. Annexe 4)

Ce modèle présente l'existence d'une voie directe afin d'expliquer les gestes d'imitation directe. Cette voie non lexicale permet de « transformer directement les informations visuo-gestuelles en patrons d'innervations (en commande motrice) » (F. Osiurak, 2016). Cela explique, les possibilités d'imitations de gestes ou de répétitions de phrases sans en saisir le sens ou autrement dit la personne peut, en direct, imiter une gestuelle sans signification.

L'intérêt de ce modèle est de situer à quel niveau le patient rencontre un problème en permettant la détermination des voies fonctionnelles ou atteintes. Cela est très important pour dégager les meilleurs axes de travail en prise en soin : quelle voie est accessible pour le patient et donc quelle voie est à privilégier.

La découverte de ce système sémantique est aussi très importante en prise en charge psychomotrice : il met en avant l'importance des connaissances du corps et des repères visuo-spatiales dans l'élaboration des praxies.

❖ **Le modèle de Peigneux et Van Der Linden 2000**

Le modèle de Peigneux et Van Der Linden s'appuie sur les cinq niveaux décrits à l'issu des travaux précédents.

Tout d'abord, au premier niveau de traitement, l'information issue de l'environnement peut faire appel aux modalités sensorielles de la vue (objet ou geste) ou de l'audition (commande verbale).

Au second niveau de traitement, Peigneux et Van Der Linden reprennent la notion de lexique phonologique et lexique de gestes introduite par Rothi et al. Le lexique gestuel d'entrée, de même que celui de sortie, est un lieu de stockage des engrammes moteurs visuo-kinesthésiques (représentations gestuelles déjà rencontrées par l'individu), permettant la programmation des praxies.

Dans ce modèle, le système sémantique est également un lieu de stockage des connaissances conceptuelles sur les fonctions des objets et sur les actions (actions décontextualisées et séquences des actions).

Les lexiques phonologique et gestuel de sortie représentent le quatrième niveau de traitement. Il s'agit des lieux de stockage des unités de productions, qu'elles soient langagières pour le lexique phonologique de sortie, ou gestuelle (engrammes moteurs visuo-kinesthésiques) pour le lexique gestuel de sortie.

Enfin, le cinquième niveau de traitement comporte les schémas d'innervation, « qui définissent le programme et l'activation des groupes musculaires » (Peigneux, 2000) et les systèmes moteurs recrutés pour la réalisation gestuelle.

Ce modèle de Peigneux et Van der Linden, comme celui de Rothi et Al, permet la mise en évidence d'une voie directe qui est utilisée pour les tâches d'imitation de gestes sans signification. Cependant, contrairement au modèle de Rothi et Al, Peigneux et Van der Linder proposent de dissocier la voie directe selon deux composantes supplémentaires : les connaissances topographiques du corps et

les capacités d'analyse visuo-spatiale, nécessaires de façon isolée ou complémentaire dans les tâches d'imitation de configurations manuelles sans signification. (Cf. Annexe 5).

2.3 Les avancées actuelles:

Les modélisations cognitivistes présentées ci-dessus, bien qu'elles constituent une base solide encore utilisées de nos jours, sont actuellement critiquées.

La principale critique concerne le fonctionnement en routes multiples. Alors qu'un tel fonctionnement permet de rendre compte des manifestations apraxiques observées et des différentes atteintes pouvant en être l'origine, l'idée d'un parallélisme des « voies » ou « routes » est remise en question. En effet, selon les travaux récents, un fonctionnement orthogonal serait plutôt envisagé; il impliquerait que « chaque processus aurait une fonction dévolue qui ne pourrait pas être prise en charge par un autre processus » (Le Gall, D, Etcharry-Bouyx, F, Osiurak, F, 2012).

3. L'apraxie :

3.1 Définition :

Aujourd'hui encore, le terme « apraxie » ne connaît pas de définition précise et varie selon les auteurs.

L'apraxie est « un trouble de l'activité gestuelle intentionnelle chez un sujet dont les appareils d'exécution sont intacts (...) et possédant la pleine connaissance de l'acte à accomplir » (Hécate, 1967). Selon le DSM IV, elle correspond à une atteinte « de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices, des fonctions sensorielles et une compréhension des consignes intactes » (American Psychiatric, 2000).

En résumé, l'apraxie est un trouble acquis, suite à une lésion cérébrale (une maladie dégénérative par exemple), de la réalisation des gestes intentionnels. Cette symptomatologie est indépendante de déficits sensoriels ou moteurs, d'un retard mental ou d'autres troubles cognitifs (bien que souvent associée à une aphasie). Il s'agit bien d'un trouble acquis, puisque qu'il y a une perte de la capacité à réaliser des gestes qui avaient été appris et réalisés antérieurement.

L'apraxie fait partie de la sémiologie psychomotrice. Il s'agit donc d'un trouble psychomoteur qu'Albaret (2001) définit comme un trouble se manifestant « à la fois dans la façon dont le sujet est engagé dans l'action et dans la relation avec autrui. [...] Leurs étiologies sont plurifactorielles et transactionnelles, associant des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et/ou psychosociaux qui agissent à différents niveaux de complémentarités ». L'apraxie impacte la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne et ainsi limite sa relation et son interaction au monde. De plus, les modèles cognitivistes nous ont montré l'importance d'une connaissance de la topographie des parties du corps (la somatognosie) et de repères spatiaux dans la réalisation des praxies. Ces deux notions font partie des compétences du psychomotricien.

3.2 les différents types d'apraxies :

Le domaine de l'apraxie est très complexe et il existe de nombreuses dénominations variées pour parler de ce trouble. En effet, différentes formes cliniques d'apraxies, ont été décrites. On distingue deux grandes catégories : les apraxies gestuelles et les apraxies non-gestuelles. Parmi, ces dernières, on retrouve les apraxies bucco-faciales, les apraxies de la marche, les apraxies de l'habillage et les apraxies visuo-constructives.

Dans le cadre de ce mémoire, je me suis essentiellement intéressée à l'apraxie visuo-constructive et à l'apraxie gestuelle puisqu'elles apparaissaient précocement dans la maladie d'Alzheimer. Ainsi, je ne définirai précisément que ces deux formes d'apraxies ainsi que leurs modes d'évaluations.

3.2.1. Les apraxies gestuelles :

Les apraxies gestuelles sont, sur le plan clinique, différenciées en trois formes principales :

- Les apraxies **mélokinétiques** ou motrices correspondent à un « trouble de la dextérité » de la main ou des doigts (Le Gall et al., 1994). « Le malade est dans l'impossibilité de réaliser des mouvements rapides, alternatifs ou en série » (Le Gall et al., 1994). Les mouvements sont saccadés, hachés. Il y a une perte de la fluidité du geste.

- Les apraxies **idéomotrices** se caractérisent par une « altération des gestes simples isolés ou de certains fragments d'une séquence gestuelle réalisée sur imitation ou sur ordre » (Le Gall et al., 1994). Dans cette forme, l'intention du geste est opérante, c'est la mise en action qui n'est pas possible. L'apraxie idéomotrice serait à mettre en lien avec une problématique dans la production du geste (Modèle de Roy et Square). Cette forme répond au principe de dissociation automatico-volontaire, c'est à dire qu'elle se manifeste au cours du bilan alors que dans un contexte habituel, les mêmes gestes sont réalisés sans difficulté.

- Les apraxies **idéatoires** équivalent à « des difficultés lors de la manipulation des objets » (Le Gall et al., 1994). Ici, l'idée du geste est difficile à mettre en place. Elle correspondrait, donc, à une atteinte du versant conceptuel des actions (modèle de Roy et Square). Contrairement à l'apraxie idéomotrice, il n'y a pas de dissociation automatico-volontaire.

L'apraxie gestuelle faisant partie du tableau clinique rencontré par le psychomotricien à domicile, nous allons présenter, ici, quelques-uns des tests utilisés par le psychomotricien pour cette évaluation auprès de patients adultes.

Classiquement, l'évaluation des praxies gestuelles se centre essentiellement sur les troubles praxiques idéomoteurs et idéatoires. Celle-ci se base sur le modèle de Roy et Square (1985) qui met en évidence deux types de systèmes pour l'élaboration d'une praxie gestuelle: le système de conception, regroupant les connaissances sur les objets et sur les programmes d'action et le système de production, impliqué dans la production motrice de l'action.

L'évaluation des praxies gestuelles demande donc des épreuves où seront observés ces deux versants: conceptuel et productif. L'observation du versant conceptuel peut se faire en proposant au sujet d'identifier un geste (nommer une action mimée), exécuter une action concrète sur demande (on propose à la personne d'allumer une bougie avec une allumette) ou encore demander à la personne d'apparier deux objets ensemble parmi plusieurs (le marteau avec le clou).

Pour l'évaluation du versant productif, nous pouvons demander au patient d'effectuer des mimes d'action avec ou sans objet (dévisser le bouchon de la bouteille, boire un verre d'eau, etc.) ou encore de faire des gestes symboliques (demander le silence) ou encore des gestes sans significations (des mouvements digitaux qui s'apparentent au test de l'évaluation de la motricité gnosopraxique : EMG).

L'évaluation des praxies gestuelles, au même titre que celle des praxies visuo-spatiales, sont étudiées au travers du bilan psychomoteur. Il existe différents tests pour les évaluer, comme par exemple, le **Test Lillois des Apraxies** (TLA). Ce dernier propose une analyse quantitative et qualitative qui concerne la reconnaissance et la production de gestes faisant partie de différents domaines: les gestes non significatifs, les gestes symboliques, les pantomimes, la fonction des objets, les gestes d'utilisation d'objets réels, les actions complexes et le séquençage d'activité.

Dans l'**Examen Géro-psycomoteur** (EGP), une évaluation des praxies gestuelles est aussi présente au travers de deux items: « utilisation de couvert » où il est demandé à la personne comment elle doit utiliser ces objets pour manger et « Pantomime » où il est demandé au sujet de faire semblant de réaliser un geste (faire semblant de planter un clou avec un marteau).

Il existe également la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent et Al (2009). Ce test faisant parti de notre étude, il sera donc détaillé ultérieurement.

3.2.2 Les apraxies non gestuelles dont la visuo-constructive :

Les apraxies visuo-constructives, également appelées constructives ont été découvertes par Kleist (1992) et Strass (1924). Leurs définitions ont évolué depuis leur découverte. Aujourd'hui, elles se définissent comme des difficultés à assembler des éléments unitaires en un tout cohérent. Elles impliquent une difficulté à réaliser des actions complexes impliquant l'activité de construction et des capacités d'analyse spatiale. Le patient atteint d'une apraxie visuo-constructive est incapable de manipuler des objets dans l'espace.

Comme pour les praxies gestuelles, le psychomotricien possède des outils d'évaluation des praxies visuo-constructives. Ces tests évaluent l'aptitude à visualiser, comprendre et reproduire des relations spatiales en deux ou en trois dimensions. Ces épreuves visuo-spatiales sont constituées, en général, par des copies de figures simples ou complexes ou par des épreuves de construction, d'assemblage d'éléments. L'évaluation de la visuo-construction fait partie intégrante des bilans psychomoteurs.

Le **test de praxie constructive tridimensionnelle de Benton**, en fait partie. Il se compose de trois modèles en trois dimensions (3D) de complexité graduelle construits à l'aide de blocs. On présente au sujet les modèles en 3D, un à un, ainsi qu'un plateau comportant l'ensemble des pièces utiles aux trois constructions. Il doit alors choisir les pièces nécessaires à la reproduction du modèle puis le construire. Ce test est étalonné de 5 ans à l'âge adulte.

La **batterie d'évaluation cognitive** évalue également les praxies visuo-constructives dans un des subtests (reproduction d'un cube). Ce test permet une évaluation globale des personnes âgées.

Le **test de l'horloge** est aussi utilisé pour analyser les atteintes visuo-constructives. Il consiste à donner au sujet un crayon et une feuille de papier puis à demander de dessiner une horloge, c'est à dire tracer un cercle et disposer les chiffres. Ensuite, on demande de placer les aiguilles afin d'indiquer 11 heures 10.

Dans l'**EGP**, il existe un subtest « copie de figures géométriques » qui évalue les praxies visuo-constructives. Il est demandé, lors de cette épreuve, au sujet de recopier deux modèles de figures géométriques. Un autre subtest « construction de la pyramide » permet également cette évaluation. Ici, le sujet doit, après démonstration de l'examineur, reproduire une construction de pyramide. Ce test est standardisé et étalonné pour des sujets de plus de 60 ans.

Bien évidemment, la figure de REY fait partie des outils que possède le psychomotricien pour évaluer les praxies visuo-constructives.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'apraxie est un des symptômes présents dans la maladie d'Alzheimer. Que ce soit, une atteinte dans la réalisation de gestes transitifs (correspondant à l'utilisation d'objet), des gestes intransitifs (permettent l'illustration d'idées ou de sentiments) ou encore des gestes sans significations (imitation), la personne est mise en difficulté dans sa vie quotidienne.

Les gestes de la vie quotidienne ou activités de vie quotidienne (AVQ) sont des marqueurs de l'autonomie à domicile de la personne âgée Alzheimer. Les praxies sous-tendent les gestes de la vie quotidienne. Une altération de celles-ci touche donc les mécanismes d'adaptation et de participation au monde et rend la personne dépendante. Il y a donc un lien entre autonomie et praxie. L'évaluation des praxies, lors d'un bilan, devrait donc refléter l'autonomie ou les pertes d'autonomie de la personne « évaluée ».

En centre mémoire, lors de l'évaluation de démence, les praxies sont évaluées par la figure de Rey. Cependant, la complexité de fonctionnement praxique nécessite une commande motrice opérante de la conception du geste à la production. Cette production, elle aussi, demande de bons repères spatio-temporaux, un bon équilibre, un bon ajustement postural et tonique, une motricité fine adaptée...

Il me semble que réduire une évaluation praxique à une reproduction de figure, ne révèle pas l'ensemble des capacités praxiques d'une personne présentant une maladie d'Alzheimer. Comme énoncé dans l'introduction, cette hypothèse a été confortée par le décalage que j'ai observé lors de mes lectures de bilans de patients, durant mon stage en EHPAD. Je m'interroge donc sur le lien entre les résultats à l'épreuve de la figure de REY et les capacités praxiques réelles de la personne âgée Alzheimer à domicile, et donc de son lien avec l'autonomie à domicile.

L'objectif final est de pouvoir lors de l'évaluation approcher au plus près les compétences praxiques de la personne âgée Alzheimer et ainsi de mesurer sa perte d'autonomie pour proposer, en tant que psychomotricien, la prise en soin la plus adaptée. Cela suppose, selon nos hypothèses, la nécessité d'évaluer les capacités praxiques au sens large.

PARTIE CLINIQUE

I. Présentation du protocole:

1. Participants/population d'étude:

Les participants, des personnes âgées de plus 75 ans, ont été recrutés au sein du Centre Mémoire de la Maison de santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle du mois de février au mois d'avril 2018. La sélection s'est portée sur les patients participant à l'« atelier mémoire » animé par le neuropsychologue du Centre Mémoire. Ils bénéficient, donc, d'activités sociales et cognitives dans ce groupe. Ils sont également, pour la plupart, indépendants dans leurs déplacements puisqu'ils viennent au centre seul. Au sein du groupe de l'« atelier mémoire », la sélection était systématique mais l'inclusion des patients nécessitait leur participation volontaire. Sur les 10 sujets qui se sont vus proposer l'étude, 8 d'entre eux ont accepté d'y participer. Pour les deux personnes qui n'ont pas pris part à l'étude, l'une ne participait plus à l'« atelier mémoire » et l'autre a été injoignable. L'objectif initial incluait également la sélection de 4 à 6 patients supplémentaires ayant une prise en soin par une ESA. Cependant, cette dernière n'a pas pu être mise en place pour des raisons de temps et d'organisation administrative de l'ESA en question.

Le lieu de domiciliation faisait également partie des critères d'inclusion: il était obligatoirement hors institution. Les patients vivaient, donc, tous à leur domicile au moment de l'étude.

Les patients inclus dans l'étude présentent une démence de type Alzheimer diagnostiquée et suivie par le Centre Mémoire de l'hôpital Bagatelle. Nous avons choisi d'exclure de l'étude, les personnes présentant une démence à corps de Lewy, une maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens. En effet, les difficultés praxiques pourraient être liées à l'atteinte motrice spécifique à ces pathologies. Nous avons également exclu les personnes victimes d'un accident vasculaire aigu et de démence vasculaire. Les personnes devaient être indemnes de trouble visuel et auditif majeur et porter une correction adaptée lors de l'évaluation. Leur intégrité visuelle et auditive ainsi que leur intégrité motrice étaient donc contrôlées.

Nous nous sommes aussi assurés que les patients étaient de langue française, qu'ils savaient lire, écrire et compter afin que ces paramètres ne gênent pas la passation de nos tests.

Nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques de chacun des 8 participants: âge, sexe, niveau d'étude ainsi que leur latéralité. Nous nous sommes également intéressés à l'accompagnement médico-social et rééducatif, que ce soit la présence ou non d'aide à domicile (aides ménagères, auxiliaires de vie, infirmières, etc.) ou bien la prise en charge rééducative et thérapeutique (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, psychothérapie...).

Les caractéristiques de l'ensemble des participants sont présentées dans le tableau 1 ci-après.

	Moyenne	Écart-type	Fréquence
Age	80,25	5	-
Sexe ratio (% féminin)	-	-	50%
Latéralité (% de droitiers)	-	-	100%
Niveau d'étude:			
Sans diplômes (%)	-	-	0%
Cycle court (%)	-	-	37,5%
Cycle supérieur	-	-	62,5%
Vivent seuls (%)	-	-	37,5%
Aide à domicile (%)	-	-	62,5%
Soins rééducatifs et thérapeutiques (%)	-	-	37,5%

Tableau 1: Caractéristiques de l'ensemble des participants

Ainsi, les participants ont une moyenne d'âge de 80,25 ans. Leur âge varie de 76 ans à 91 ans. L'étude se compose d'autant d'homme que de femme. Tous les sujets sont droitiers.

Le niveau scolaire des participants est hétérogène: 3 d'entre eux ont obtenu un certificat d'étude primaire (CEP), 4 ont effectué un cycle court (deux brevet d'études du premier cycle du second degré (BEPC) et un brevet professionnel, un certificat d'attitudes professionnelles) et un des participants a obtenu un baccalauréat (cycle supérieur).

La présence d'aidants familiaux au domicile a fait l'objet d'un relevé: 62,5% des patients vivent accompagnés: pour la majorité, ils vivent avec leurs conjoints (l'aidant principal) et pour une patiente, elle vit avec son fils. Pour les personnes vivant seules, l'aidant est l'un des enfants, qui est le plus proche, géographiquement parlant, du parent malade.

Soixante-deux et demi pourcent des participants reçoivent des aides à domicile. Ces aides correspondent à des aides ménagères ainsi que pour deux participants à des soins infirmiers. Trente-sept et demi pourcent des personnes évaluées bénéficient de soins rééducatifs et thérapeutiques. Ces prises en charge sont uniquement kinésithérapiques et orthophoniques.

2. Matériels et méthode:

2.1. Matériels:

Au préalable, tous les patients ont bénéficié d'une évaluation cognitive et comportementale complète et habituelle en Centre Mémoire (une évaluation des capacités cognitives globales avec le MMSe, une exploration de la mémoire, des praxies, du fonctionnement exécutif, du langage, etc.). Les Centres Mémoire sont des services au sein d'un établissement hospitalier qui permettent d'établir un diagnostic de démence ou de rassurer sur l'absence de troubles cognitifs. Ils assurent la mise en place des traitements et la coordination du soin. Ils sont composés d'un médecin (gériatre, neurologue ou psychiatre) et d'un neuropsychologue. Le médecin réalise un examen clinique complet et des tests cognitifs de base. Le neuropsychologue évalue, lui, en détail les fonctions cognitives du patient, les problématiques comportementales et psychoaffectives quand nécessaire.

Le cadre de cette étude nécessite l'utilisation de trois sources d'information.

Premièrement, nous avons choisi d'observer les praxies visuo-constructives par la passation de l'épreuve de la copie de la figure complexe de REY A.

Le **test de la figure complexe de Rey A** (cf. figure 1) est le test de visuo-construction le plus utilisé par les psychomotriciens. De plus, il est le test classiquement utilisé en Centre Mémoire pour l'évaluation des capacités praxiques. Il est donc naturellement au centre de cette étude.

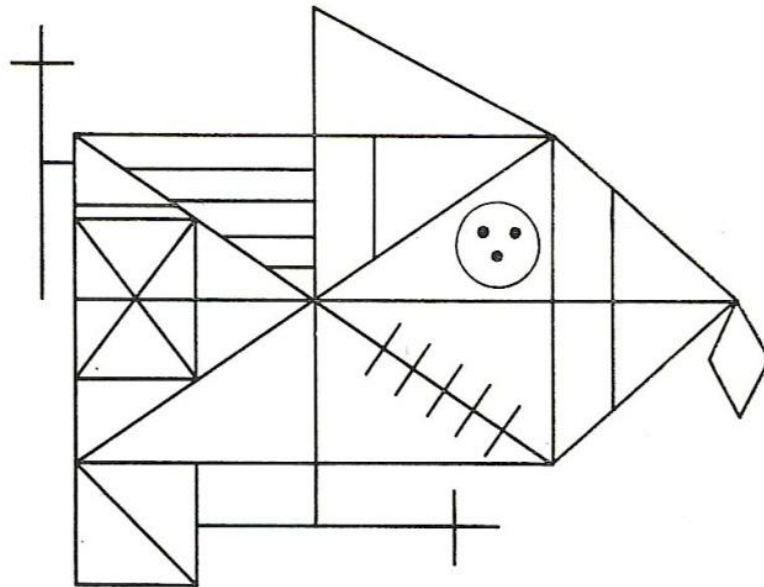


Figure 1 : Figure complexe de Rey A

Le test de la Figure complexe de Rey A a été créé par André Rey en 1941 (Rey, A., 1959.). Sa standardisation a été effectuée par Osterrieth en 1944 (Rey, A., 1959.). L'objectif général du test est de mesurer « une variété de processus cognitifs tels que la planification, les habiletés d'organisation, les stratégies de résolution de problèmes ainsi que les fonctions perceptuelles et motrices » (Waber, D-P., Holmes, J-M., 1985).

Ainsi, la figure complexe de Rey permet une évaluation fiable des fonctions cognitives, plus précisément des praxies visuo-constructives. Ce test consiste à copier une figure complexe bidimensionnelle, de 18 éléments graphiques, puis à la rappeler de mémoire après un délai variable selon la version utilisée. La copie permet d'évaluer les capacités visuo-spatiales, perceptives et motrices, l'organisation, la planification et les capacités visuo-constructives. Le rappel de mémoire, quant à lui, permet l'évaluation de la mémoire visuelle.

Le système de notation d'Osterrieth est le plus souvent utilisé et comprend deux critères. Il décompose d'abord la figure en 18 éléments. La présence, l'exactitude et le placement de chaque élément est noté entre 0 et 2. Ainsi la note maximale est de 36 points. Ensuite, on évalue le type de copie; il existe sept types de procédure:

- Type I: construction sur l'armature. Le sujet commence par le grand rectangle et ajoute les détails par rapport à celui-ci.
- Type II: détails englobés dans l'armature. Il commence par un détail attaché au grand rectangle ou par ce rectangle en englobant un détail.
- Type III: contour général. Il trace le contour de la figure sans différenciation des différentes formes.
- Type IV: juxtapositions de détails, fonctionne de proche en proche.
- Type V: détails sur fond confus, le graphisme est aléatoire.
- Type VI: réduction à un schème familier.
- Type VII: gribouillage.

Dans le cadre de ce travail, nous nous sommes uniquement intéressés au score à l'épreuve de la copie de la figure de Rey A, puisque nous cherchons à mettre en évidence les capacités praxiques visuo-constructives du patient présentant une démence de type Alzheimer.

Deuxièmement, nous nous sommes également intéressés à l'évaluation des praxies gestuelles. En effet, ces praxies sont essentielles aux gestes de la vie quotidienne. Il nous apparaît donc important de les évaluer.

Nous avons donc choisi la **batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation mémoire de Mahieux-Laurent et al** permettant de mettre en évidence les praxies gestuelles symboliques et les mimes d'actions (pantomimes) sur commande verbale ainsi que les gestes abstraits sur commande visuelle (imitation) (Mahieux-Laurent et al., 2009) (cf. annexe 6. P71). L'ensemble des résultats de cette batterie d'évaluation est sur un score de 23 points. Les praxies gestuelles symboliques demandent à la personne de réaliser des gestes avec symboles comme « faire un salut militaire ». Elles sont évaluées sur cinq points : un point est attribué par item et le geste est validé s'il est « globalement reconnaissable par un observateur extérieur » (Mahieux-Laurent et al., 2009). L'épreuve des mimes d'actions est notée sur dix points : les gestes sont considérés comme « bons » si le geste « est globalement reconnaissable par un observateur extérieur, les mains laissant la place pour l'objet imaginaire » (Mahieux-Laurent et al., 2009). Si le geste est bon, la personne obtient deux points à l'item, mais la personne assimile sa main à l'objet, elle obtiendra 1 point. La dernière épreuve, les gestes abstraits, demande aux participants de réaliser des gestes sans signification sur imitation. Cette partie est notée sur 8 points : 1 point est attribué par item si le geste est correctement reproduit et qu'il n'est pas réalisé en miroir. Nous avons choisi d'utiliser cette batterie car elle permet d'évaluer trois dimensions des capacités gestuelles séparément et de manière rapide.

En effet, la passation de cette batterie lors de la visite à domicile s'associe à une évaluation des praxies en situation écologique. Il faut, alors, prendre en compte la fatigabilité des personnes âgées dont les capacités attentionnelles sont diminuées par la maladie d'Alzheimer. La batterie Mahieux-Laurent, par sa rapidité de passation, respecte ces critères.

Troisièmement, nous avons élaboré une mise en situation écologique. Cette dernière s'est construite autour des activités de vie quotidienne que nous avons jugées nécessaires à l'autonomie de la personne âgée démente. Les situations de vie ont été choisies car elles mettent en jeu des capacités pratiques visuo-constructives et gestuelles de la personne.

Nous avons donc, dans l'élaboration des items de la mise en situation écologique, cherché à répondre à la question suivante: Quelles praxies impliquées dans les gestes de la vie quotidienne permettent le maintien à domicile de la personne?

Il est, d'abord, apparu que l'un des risques de la personne âgée au domicile était le risque de chute. La première évaluation que nous avons choisie de mettre en place est donc l'évaluation de la marche (qui est une praxie à part entière car elle n'est ni une praxie visuo-constructive ni une praxie gestuelle).

Ensuite, l'alimentation et l'hygiène sont également des composantes principales de l'autonomie de la personne âgée. En effet, le risque de dénutrition, de déshydratation, le risque d'affection lié à un manque d'hygiène sont, au même titre, que la chute des facteurs qui peuvent amener à une hospitalisation et à un renforcement de la dépendance de la personne. Être en capacité de se servir un verre d'eau, de couper ses aliments, de se brosser les dents sont donc des marqueurs de l'autonomie à domicile.

D'autres risques en lien avec des activités pratiques plus complexes comme signer un chèque ou gérer son pilulier sont aussi des marqueurs de l'autonomie puisque leurs altérations peuvent entraîner des maladies iatrogènes ou de mauvaises gestions financières. Pour cette dernière, bien qu'il n'y ait pas de risques vitales comme pour les mésusages médicamenteux, l'enjeu et les conséquences peuvent être dramatiques pour les personnes âgées. Il s'agit d'un abus, avec détournements de biens financiers, immobiliers qui concernent 20% des personnes âgées en général à domicile (C. Fantini-Hauwel, 2014).

Et enfin, la capacité à alerter, à trouver de l'aider au travers du téléphone est un marqueur important du maintien à domicile : les personnes âgées étant souvent isolées.

Les besoins de la personne à domicile sont donc en lien avec les AVQ et AIVQ, présentées plus tôt. Les items de cette mise en situation se sont donc appuyés sur ces activités à savoir : les déplacements dans le domicile sans risque de chute, l'alimentation, les transferts, l'hygiène, la capacité à gérer seul son traitement médicamenteux, à gérer son argent et la capacité à pouvoir téléphoner.

Ainsi la mise en situation à domicile comprenait dix épreuves. La première consistait à **peler un fruit**. La deuxième, le sujet devait **couper ce fruit en morceaux**. Lors de la troisième épreuve, le patient devait **se servir un verre d'eau**. Puis dans la quatrième épreuve, il fallait qu'il se **brosse les dents** (si la personne a un dentier, le nettoyage de celui-ci sera évalué). Le cinquième item correspondait à l'action de se **laver les mains**. La sixième épreuve mettait en évidence une praxie non gestuelle particulière la marche. Cette évaluation s'est faite avec un outil précis qu'est le **Get up and go**. L'épreuve suivante consistait à **remplir un chèque**. Le huitième item demandait au patient de **remplir un pilulier** selon sept consignes précises, les médicaments étaient matérialisés par des bonbons de couleurs rouges et bleus et la consigne était donnée sur ordre verbal (par exemple : « vous devez prendre un cachet rouge le vendredi matin »). Dans la neuvième étape, le sujet devait **fermer** une porte à clef puis la **rouvrir**. Enfin, la dernière épreuve consistait à **chercher** le numéro de téléphone de la maison de santé protestante Bordeaux- Bagatelle dans un annuaire et d'**appeler un numéro de téléphone** noté sur une feuille présentée au patient. (Cf. Annexe 8).

Ces dix épreuves de la mise en situation écologique étaient notées sur 42 points. Le premier item « **Peler un fruit** » était sur 4 points : 1 point pour le bon choix d'outil, 1 point pour une préhension efficace du fruit et de l'outil, 1 point pour la bonne réalisation du geste (coordination des membres supérieures) et 1 point si le but est atteint : « Fruit bien pelé ». Le deuxième item « **Couper un fruit** » était également sur 4 points avec la même déclinaison que précédemment. Le troisième item « **se servir un verre d'eau** » était noté sur 4 points : 1 point pour le choix adéquat de matériel, 1 point pour la préhension efficace du verre ou de la bouteille d'eau, 1 point pour la coordination de la gestuelle, 1 point pour l'arrêt de l'action lorsque le verre est plein. L'item suivant « **brossage de dent** » était sur 5 points : 1 point pour le choix adéquat d'outil, 1 point pour mouiller la brosse à dent, 1 point pour le dentifrice, 1 point pour la gestuelle du mouvement de brossage et 1 point pour le rinçage. Le cinquième item « **se laver les mains** » était sur 4 points : 1 point pour le savon, 1 point pour la gestuelle, 1 point pour le rinçage et 1 point pour l'essuyage. L'épreuve du **Get up and go** a, ici, été coté sur 4 points où 1 point était perdu par item échoué. L'épreuve « **remplir un chèque** » était noté sur 6 points : 1 point étant attribué à chaque partie à remplir du chèque (montant en lettres, montant en chiffres, l'ordre, la date, le lieu et la signature). **L'utilisation du pilulier** était notée sur 7 points : 5 points pour le bon choix de

compartiment pour les 5 « médicaments », 1 point pour la préhension du « médicament » et enfin 1 point pour l'ouverture de cases du pilulier. **L'ouverture et la fermeture de porte** se validaient par 2 points : 1 point pour la fermeture et 1 point pour l'ouverture. L'épreuve « **composer un numéro de téléphone** » se composait de 2 sous items : trouver le numéro dans l'annuaire sur 1 point et composer le numéro sur 1 point. Pour l'analyse des résultats, les scores de chaque épreuve ont été ramenés à un score sur 1 pour au final obtenir un score total sur 10.

L'évaluation de la marche et des transferts fait donc appel à un test spécifique qu'est le **Get up and go**. Ce test se déroule en 4 temps différents. Le premier temps, la personne est assise sur une chaise et doit se lever. Puis lors de la deuxième étape, elle doit marcher 3 mètres devant soi. La troisième étape correspond au demi-tour. Puis dans la dernière étape, la personne doit retourner s'asseoir. La personne ne présente pas de risques de chute si elle obtient un score de 0 à cette épreuve (Cf. Annexe 9).

Lors de cette épreuve, nous observons comment s'effectuent les transferts: si la personne est rejetée en arrière sur son fauteuil ce qui pourrait être un signe d'une peur de la chute, si elle se lève d'un seul élan, avec l'aide ou pas des accoudoirs, si elle contrôle son assise ou si elle se laisse tomber... Nous évaluons ensuite la marche: est-elle rectiligne? A-t-elle des méandres prononcés? Le demi-tour est-il bien réalisé? Ou nécessite-t-il plusieurs pas successifs ?

Ainsi se compose le matériel nécessaire au déroulement de cette étude. Nous allons maintenant présenter comment s'est déroulée cette étude.

2.2. Méthode:

Le protocole de cette étude s'est déroulé en deux temps. Les participants, sélectionnés au préalable, ont effectué deux types d'évaluation des praxies.

La première partie de l'évaluation des praxies s'est déroulée en consultation en Centre Mémoire. Elle consistait en la passation de la figure complexe de Rey A. Celle-ci, faite par le neuropsychologue, a permis d'éviter les biais lors de l'évaluation à domicile.

En effet, la connaissance des résultats de la figure de Rey, avant l'évaluation écologique, peut influencer la perception des capacités pratiques du patient lors de cette mise en situation. Pour éviter la contamination des résultats, j'ai effectué la visite à domicile en aveugle du résultat à ce premier test.

La deuxième partie de cette étude consiste en la rencontre des patients et à l'évaluation par la batterie d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent et Al et par la mise en situation à domicile

Le préalable à ces visites à domicile est la prise de contact avec les patients. Il fallait dans un premier temps leur proposer l'étude. J'ai pu, alors, assister à une séance de groupe de l'« atelier mémoire » et avec le neuropsychologue leur présenter la visite à domicile. Le recueil de leur accord a été faite par le neuropsychologue suite à cette présentation. En effet, l'alliance thérapeutique entre les patients et mon maître de mémoire était déjà construite et solide. J'ai pu alors dans un deuxième temps, les contacter pour prendre les rendez-vous des visites à domicile. La prise de rendez-vous nécessitait dans certain cas de contacter l'aidant familial lorsqu'il ne vit pas avec le patient. Ce premier contact s'est toujours bien déroulé. Les patients ou aidants étaient réceptifs à la proposition et pour certains dans la demande d'aide et d'écoute.

Une fois, le rendez-vous pris, la visite se faisait dans les jours suivant la prise de rendez-vous. L'accueil des participants et de leurs aidants a toujours été très bienveillant envers moi (par exemple soucieux que je trouve leurs habitations facilement, que je sois le mieux reçue possible chez eux, etc.). Ceci a grandement participé à l'élaboration dès la rencontre d'un lien de confiance.

Dans cette étude, la rencontre ainsi que la passation des épreuves et la mise en situation écologique sont réalisées sur une seule visite à domicile. Il faut donc, à la fois effectuer la passation des épreuves et, bien évidemment, prendre le temps d'être à l'écoute de la personne. Ceci dans le but que l'évaluation se passe pour le patient dans les meilleures conditions possibles et qu'il puisse montrer le meilleur de ses capacités.

La visite à domicile commençait par un temps de discussion et d'échange. Je prenais, ainsi, le temps de me présenter, d'expliquer ce que nous allions faire ensemble durant cet entretien et le but de cette visite. Ce moment de rencontre permettait aussi de faire un travail de recueil des informations que j'ai détaillé précédemment. Ce dernier permet une première approche de l'histoire du sujet nécessaire à la compréhension globale de la problématique du sujet. Sur 1h30 que durait la visite à domicile, ce moment d'échange permettait d'entrée en relation petit à petit avec le patient et ainsi de créer la confiance nécessaire au bon déroulé des épreuves.

La suite de l'entretien consistait dans un premier temps à la passation de la mise en situation à domicile puis la passation de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent et al. J'ai choisi de commencer l'évaluation par la mise en situation écologique puisqu'il s'agit pour les quatre premiers items de situations des actes de la vie quotidienne de bases (peler et couper une pomme, servir un verre d'eau et se brosser les dents). Ces items, où les participants étaient en réussite, a permis de les mettre plus en confiance sur la suite des épreuves.

La passation des items se passait dans un ordre préétabli que nous avons présenté dans la partie « matériel ». L'évaluation se terminait donc par la passation de la batterie d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent et Al. La présentation des différents items, des étapes attendues pour chaque exercice et la cotation correspondante à domicile sont fournis en annexes. (Cf. annexe 6. P71).

La fin de la visite se terminait par un temps de discussion où je revenais sur ce que j'avais observé et où je répondais aux questions du patient et de l'aidant.

Ainsi se définit, le cadre et l'organisation de cette étude. Il a été tout au long de cette expérimentation important d'explicitier le cadre aux patients afin qu'ils comprennent que la visite à domicile était ponctuelle et qu'elle s'inscrivait dans le cadre d'un début de recherche sur l'autonomie à domicile des personnes âgées Alzheimer en Gironde afin d'éviter un investissement trop grand après la rencontre.

Cette étude nous permet donc d'observer les variables ci-dessous:

- *Variable dépendante:* Score de capacité instrumentale en situation écologique à domicile, qui reflète en partie l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Ce score est calculé, à partir de la batterie de mise en situation à domicile. Un point est donné par item réussi, le score maximum est de 10.

- *Variables indépendantes:*

→ Les praxies gestuelles : Scores obtenus aux trois dimensions de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation mémoire de Mahieux-Laurent et Al. Nous avons analysé le score total qui est sur 23 points ainsi que les sous scores : les scores de l'item « praxies symboliques » sur 5 points, les scores de l'item « mimes d'actions » sur 10 points et les scores à l'item « gestes abstraits » sur 8 points.

→ Les praxies visuo-constructives : score obtenu à l'épreuve de copie de figure complexe de Rey A (score continue de 0 à 36 points).

II. Résultats et Interprétations :

1. Statistiques descriptives:

Dans un premier temps, nous avons réalisé des statistiques descriptives de l'ensemble des performances de notre échantillon.

	Moyenne	Écart-type
Score copie figure complexe de REY (/36)	25,38	5,86
Score Praxies symboliques (/5)	4,87	0,22
Score Mimes d'actions (/10)	9,12	0,66
Score Gestes Abstraits (/8)	6,5	1
Score global à la batterie Mahieux-Laurent (/23)	20,5	1,12
Score mise en situation à domicile (/10)	8,85	0,59

Tableau 2: Performances moyennes au centre mémoire et à domicile

Nous observons, dans le tableau 2, une grande variation des résultats au test de la figure de Rey A entre les individus. En effet, la moyenne est de 25,38 avec un écart-type de 5,86. (cf. Tableau 2). Les résultats, à ce test, oscillent entre 12,5 et 30 sur un score total de 36. Il y a donc, de grandes disparités entre les individus de ce groupe. Les possibilités praxiques, sur le plan visuo-constructif, des participants varient alors beaucoup d'un individu à l'autre.

En ce qui concerne la mise en situation à domicile, le score moyen est élevé. Il est de 8,85 sur un score total de 10. Ce score est élevé pour l'ensemble de l'effectif puisque l'écart-type est de 0,59 (Cf. tableau 2). La mise en situation est donc globalement réussie pour l'ensemble des participants. Il existe, dans l'ensemble, peu de difficultés praxiques dans la mise en situation écologique.

Les différences de résultats entre les deux tests s'observent sur le diagramme ci-dessous (diagramme 1). La dispersion des résultats de la figure de REY est bien apparente. En effet, nous voyons que le nuage de points rouges, qui correspond au résultat à la figure de Rey A, est plus étalé sur le graphique. Ceci nous confirme que les résultats des patients sont hétérogènes pour la figure de REY. Pour la mise en situation écologique, nous distinguons deux groupes de points : un groupe de deux patients qui possèdent un score haut (10 et 9,67 sur 10) et un groupe de quatre patients avec des scores homogènes autour de 8,5 sur 10. Le premier groupe présente donc, une autonomie dans les gestes de la vie quotidienne alors que le deuxième groupe présente des difficultés pour certains gestes dans ce domaine.

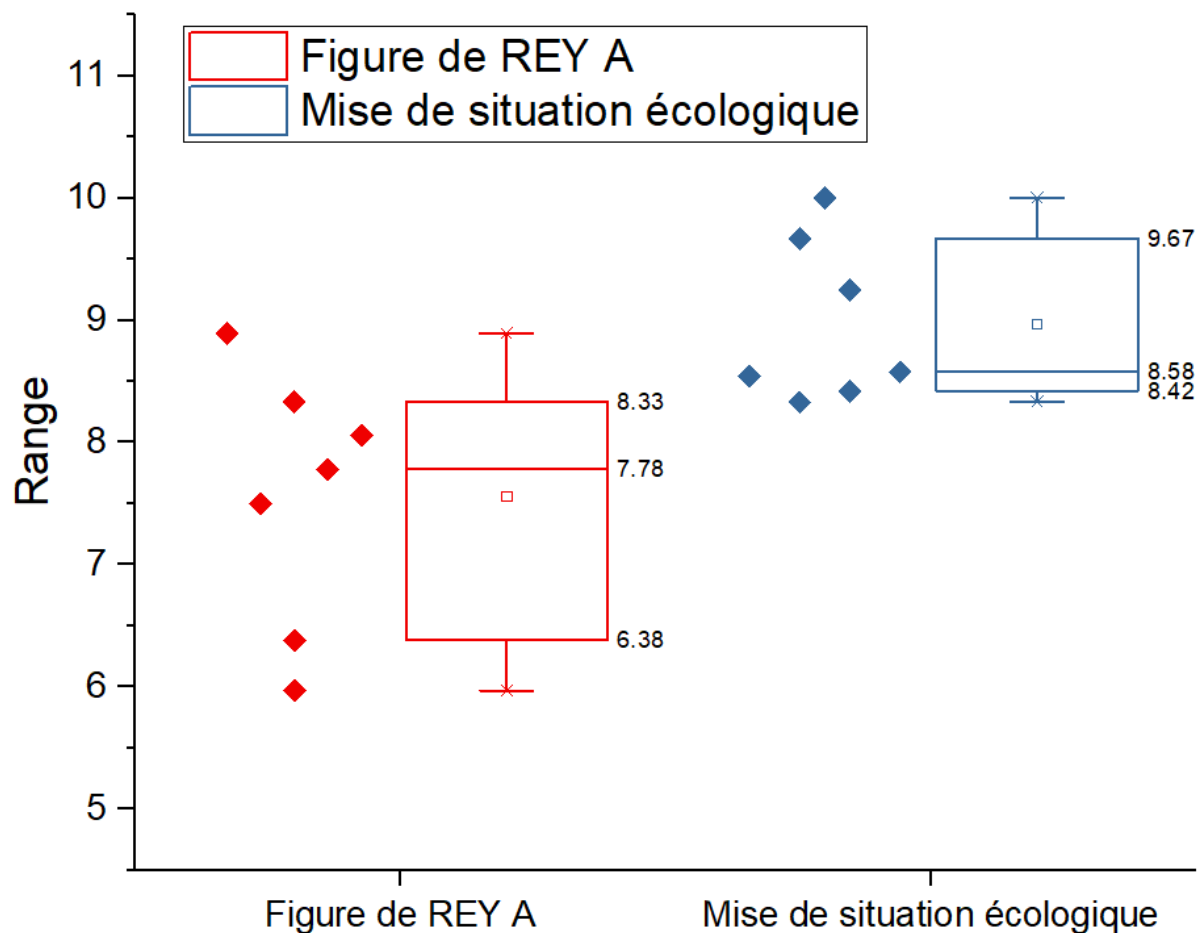


Diagramme 1 : Comparaison des résultats des participants aux deux évaluations

Nous pouvons observer dans le tableaux 3 présenté ci-après, que les deux premières dimensions de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent et Al ont été réussies par la grande majorité des participants (cf. tableau 3). En effet, 6 participants sur 8 ont obtenu un score normal. Ces deux premières dimensions permettent l'évaluation des praxies gestuelles symboliques et des mimes d'actions (pantomimes) sur commande verbale. Donc, pour ces deux dimensions, la majeure partie des participants présente des performances en accord avec leur tranche d'âge.

Praxies gestuelles symboliques Score normal > 4		Praxies gestuelles Mimes d'action Score normal > 8		Gestes abstraits Score normal > 6	
Réussite	Échec	Réussite	Échec	Réussite	Échec
87,5%	12,5%	75%	25%	50%	50%

Tableau 3 : Pourcentages de réussite et d'échec pour chaque dimension de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation mémoire de Mahieux-Laurent et Al.

En revanche, la proportion de réussite est nettement inférieure pour la dernière dimension où les participants devaient reproduire sur imitation des gestes abstraits (cf. tableau 3). La moitié des participants – 4 participants sur 8 – présentent des performances inférieures à celles attendues dans ce groupe d'âge.

De plus, lorsque l'on étudie plus dans le détail les résultats de la mise en situation à domicile (cf. tableau 4), nous pouvons constater que la totalité des participants sont autonomes pour l'alimentation et l'hygiène ainsi que pour la sécurité (ouverture et fermeture de porte). En effet, 100% des participants sont en réussite sur ces épreuves de la mise en situation à domicile.

	Réussite	Échec
Alimentation	100 %	0 %
Hygiène	100 %	0 %
Absence de risque de chute (Echelle globale)	37,5 %	62,5 %
- L'assise sur la chaise (par rapport à l'échec)	50%	50%
- Demi-tour (par rapport à l'échec)	0%	100%
Gestion Financière (Remplir un chèque)	37,5%	62,5 %
Gestion des traitements (Utilisation d'un pilulier)	87,5 %	12,5%
Sécurité (Ouverture et fermeture de porte)	100 %	0 %
Alerter		
- Trouver numéro téléphone	37,5 %	62,5%
- Composer un numéro de téléphone	100 %	0%

Tableau 4 : Résultats des mises en situation à domicile en termes de réussite et d'échec des participants

Les sujets de l'étude sont également autonomes pour l'item « **composer un numéro de téléphone** ». Ils sont donc en capacité d'alerter leur entourage ou autre si besoin. Cependant, pour l'item « **trouver un numéro de téléphone** », 62,5% des participants sont en échec sur cette épreuve. En effet, le repère dans l'annuaire est difficile (principalement pour l'ordre alphabétique) et coûteux en énergie pour les participants.

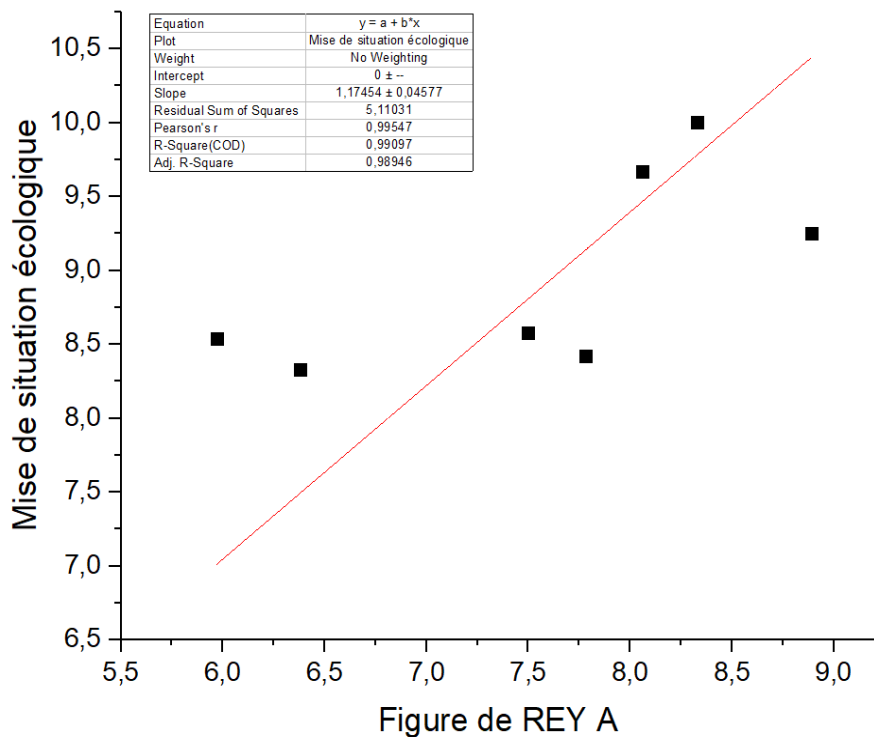
Ensuite, le risque de chute est important, 62,5% des participants échoués à l'épreuve du Gep up and go. Ce risque de chute est très présent dans l'item du demi-tour puisque 100% des personnes ayant échoués au Get up and go échouent à cet item. En effet, les sujets effectuent plusieurs pas successifs pour faire le mouvement jusqu'à faire un grand arc de cercle. Cela peut être le signe d'une difficulté de représentation spatiale. Les risques de chute sont aussi visibles lors des transferts, où l'assise sur la chaise est non maîtrisée : 50% des participants ayant échoués au Get up and go échouent à l'item « s'asseoir ».

Pour ce qui est de la gestion des traitements, la plupart des participants ont été en réussite sur l'épreuve du pilulier. Ils semblent, donc, autonome pour la préparation de leurs traitements médicamenteux.

L'épreuve « remplir un chèque » est réussie par seulement 37,5 % des participants. Lors de la passation, la plupart des participants est en difficulté à la fois pour connaître les données à remplir ainsi que les situer sur le bon emplacement.

2. Étude du lien entre l'autonomie des participants à domicile et leurs performances en consultation mémoire :

Par la suite, nous avons cherché à voir si les résultats obtenus par les participants en Centre Mémoire reflètent en partie leur autonomie à domicile. Autrement dit, si les résultats à la figure de REY mesurent des capacités pratiques nécessaires à l'autonomie à domicile. Nous avons, dans un premier temps, observé une tendance grâce à une modélisation: une droite de régression linéaire (Cf. graphique2).



Graphique 2: Modélisation d'un lien entre les résultats des patients à la figure de Rey A et les résultats à la mise en situation écologique.

Ce graphique se construit de la manière suivante. En abscisse, nous retrouvons les résultats de la figure de REY des 8 participants évalués en Centre Mémoire. Ces résultats ont été ramenés sur 10 points pour une meilleure lisibilité. En ordonnée, nous lisons les résultats des participants à la mise en situation à domicile. La droite est une droite de régression linéaire.

Elle postule que les valeurs de Y permettent de prévoir les valeurs de X. Ici, Y correspond aux scores à la mise en situation à domicile et X à ceux à la figure de REY. Ceci est un modèle de prévision; il ne montre pas si les deux tests comparent la même chose mais s'il existe un lien entre les deux.

Sur le graphique, nous voyons que trois points suivent la tendance de la droite. Mais, il met surtout en évidence deux groupes de patients: un groupe, à gauche, où les patients ont des scores bas aux deux tests et un groupe en haut à droite où les scores sont hauts pour les deux tests. Autrement dit, lorsque les scores sont bas à la figure de Rey, ils sont également bas pour la mise en situation écologique.

Il y aurait alors une évolution parallèle entre les deux tests, ainsi lorsqu'un patient aurait un score bas à la figure de REY, son autonomie au quotidien serait elle aussi diminuée. Ce graphique montre une corrélation globale entre les scores obtenus au deux tests, une évolution parallèle : réussite globale au deux versus échecs global aux deux.

Pour montrer cette corrélation entre les deux tests est significative, il faut utiliser un test statistique. Ici, nous avons utilisé le test du Tau de Kendall (cf. Tableau 5).

		Copie REY	Praxies gestuelles symboliques	Mimes d'actions	Gestes abstraits
Situation à domicile	Tau de Kendall	0,14	- 0,36	-0,39	0,62
	P value	0,77	0,32	0,25	0,06

Tableau 5 : Résultat du test statistique du Tau de Kendall

Le test du Kendall permet de montrer l'existence d'une corrélation positive (si le résultat est proche de 1) et négative (si le résultat est proche de -1). La force de la corrélation est d'autant plus grande que le score s'approche de 1 en valeur absolue. Les résultats nous montrent une corrélation positive assez importante entre les performances des sujets lors de la mise en situation à domicile et le score obtenu aux praxies gestuelles abstraites de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent, avec un Tau à 0.62.

Le Pvalue, est un coefficient qui permet de mesurer la significativité mathématique des résultats. Il faut que le Pvalue soit inférieur à 0,05 pour valider scientifiquement un résultat. Ici nous sommes proches sans l'atteindre.

Les performances des sujets lors de la mise en situation à domicile sont très peu associées aux performances observées à la figure de REY. Il en est de même entre les résultats des patients à la mise en situation à domicile et les résultats obtenus aux praxies gestuelles symboliques et aux mimes d'actions.

De plus, ces derniers résultats ne sont pas significatifs. Cette non-corrélation entre la figure de REY et la mise en situation à domicile valide notre hypothèse. Ces deux tests ne semblent donc pas évaluer la même chose. Cela semble logique puisque la figure de Rey met en avant les difficultés pratiques dans le domaine visuo-constructif et que l'autonomie nécessite à la fois les praxies gestuelles et non gestuelles dont les praxies visuo-constructives. Cependant, ce résultat doit être considéré avec prudence compte tenu de, l'effectif de participants qui est petit. Il serait intéressant de réaliser cette évaluation sur un plus grand effectif pour appuyer ce résultat et le valider scientifiquement.

III. Discussion:

Par le biais de cette étude, nous souhaitons réfléchir à un moyen efficace d'appréhender l'autonomie à domicile des patients reçus en Centre Mémoire afin de leur proposer une prise en soin adaptée à leurs difficultés et d'améliorer leurs qualités de vie ainsi que celle de leurs aidants.

L'objectif de ce mémoire était donc d'enquêter sur l'autonomie à domicile (test de mise en situation écologique) et d'en étudier le lien avec les tests utilisés en Centre Mémoire ainsi que la place du psychomotricien dans cette évaluation et prise en soin de l'autonomie à domicile.

Nos résultats nous ont montré que la figure de REY et la mise en situation à domicile ne sont pas corrélées. Ce qui signifie qu'elles n'évaluent pas la même chose. Il n'est pas surprenant en effet, qu'un test impliquant des compétences visuo-constructives n'évalue pas exactement l'ensemble des compétences engagées dans l'autonomie au quotidien.

Il semble que les praxies visuo-constructives explorées au travers de la figure de Rey présentent une forte variabilité, résultats très différents entre les sujets et peut être sujets à des variations en fonction des habitudes antérieures (expertise dans le dessin par exemple) et d'un entraînement qui pourrait se poursuivre. La préservation du geste graphomoteur pourrait reposer sur des automatismes procéduraux pour certaines personnes, et certains patients conservent des compétences de copie de figure grâce à cette dimension purement procédurale. A l'opposé, d'autres personnes seront en difficulté par l'aspect de programmation visuo-spatiale et de correspondance topologique entre les éléments de la figure.

L'analyse en droite de régression nous permet quand même de vérifier que généralement la perte des compétences dans ces deux situations (copie de Rey A et mise en situation à domicile) est globale. Plus qu'un lien entre ces deux évaluations, ceci traduit la perte globale progressive de l'ensemble des fonctions cognitives.

Ainsi, même si l'échec à la figure de Rey n'entraîne pas l'échec dans les tâches écologiques proposées, elle peut être vue comme un marqueur global de niveau de détérioration et donc annonciatrice d'une diminution des compétences visuo-constructives au domicile. Lorsque nous analysons en détail nos résultats à la mise en situation à écologique, nous remarquons que les patients sont en plus grande difficulté sur l'épreuve « remplir un chèque » et sur l'item « effectuer un demi-tour » (dans le test du get up and go), deux épreuves qui demandent aux sujets d'avoir des compétences visuo-spatiales, peut être plus proche des compétences visuo-constructives impliquées dans la figure de REY A.

En 1960, Julian De Ajuriaguerra, dans la recherche « A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences », met en avant que les praxies visuo-constructives sont celles qui sont touchées en premier dans la maladie d'Alzheimer. Les praxies gestuelles idéatoires et idéomotrices sont atteintes à un stade plus avancé de la maladie. Ceci se retrouve dans ce que nous avons pu observer au travers de la réussite des patients à la batterie brève d'évaluation de Mahieux-Laurent et al alors que la copie de la figure de Rey était déficitaire. L'atteinte des praxies visuo-constructives marque le début, selon lui, de l'involution psychomotrice. Cette dernière correspond à la dégradation progressive des compétences psychomotrices dans la maladie d'Alzheimer. Elle peut être mise en lien avec les stades du développement psychomoteur de l'enfant décrit, par Wallon. Il les définit, chronologiquement, selon 3 grands stades : impulsif-émotif, sensori-moteur et projectif (M. Da Silva Loureiro, 2009).

J'ai pu observer chez les participants de l'étude que les capacités qu'ils ont acquises en dernier dans leur développement psychomoteur, sont celles qui dysfonctionnent en premier dans la maladie. Nous pouvons donc observer un inversement de ces stades de développement dans la maladie d'Alzheimer où le stade projectif est touché en premier. Cette involution psychomotrice débute par une dégénérescence des capacités praxiques et plus précisément des capacités visuo-constructives.

La figure de Rey étant annonciatrice d'une diminution des capacités visuo-constructives, comme énoncé plus haut, elle permettrait de mettre en avant le début de l'involution psychomotrice. Compte tenu de la perte d'autonomie qui pourrait en résulter, mais de ses limites également, il serait alors intéressant que le psychomotricien intervienne sur prescription, à la fois en complément d'évaluation en élargissant les outils d'évaluation des praxies et en proposant une approche préventive voir rééducative à domicile.

En ce qui concerne la place de l'évaluation en cabinet et l'intérêt des mises en situation à domicile, il semble que la première soit éloignée de la réalité de l'autonomie dans les AVQ et la seconde trop bien réussie par tous. Nous pouvons nous demander si la mise en situation à domicile n'était pas trop facile. Il est très courant d'observer des personnes compétentes chez elle dans leur routine, avec leurs objets qu'elles utilisent de façon procédurale, alors qu'elles seront en difficulté dans des situations faisant entre en jeu de la nouveauté. Des mises en situation plus complexes seraient peut-être à rechercher pour s'approcher de l'autonomie des patients, dans des activités plus globales, ou l'apathie, les difficultés exécutives s'exprimeraient et s'approcheraient plus des difficultés réellement vécues dans l'engagement des gestes nécessaires à l'autonomie dans la vie quotidienne. Nos mises en situation ont été largement réussies, peut-être parce qu'elles étaient proposées comme des gestes unitaires isolés. Lorsque des gestes abstraits, nouveaux et non significatifs sont demandés, les difficultés apparaissent plus rapidement et c'est ce que l'on observe avec la tendance entre l'association résultats de la mise en situation écologique/ gestes abstraits de la batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles de Mahieux-Laurent.

L'ajout de ces évaluations pourrait justifier l'expertise psychomotrice, si elle permet au final une évaluation proche des compétences en termes d'autonomie et des risques potentiels liés au déficit praxique. Elle pourrait également justifier des prises en soin dont l'évaluation serait nécessaire quant à leur action sur le maintien en sécurité à domicile, la diminution de risque des chutes voir le prolongement de la vie en autonomie à domicile.

Le psychomotricien, en tant que spécialiste du développement, s'attacherait à observer les manifestations de l'involution psychomotrice décrite par Julian De Ajuriaguerra et à en ralentir la progression. Cette prévention s'articulerait à domicile autour d'un travail de stimulations des compétences visuo-constructives et praxiques gestuelles afin de maintenir les capacités du patient le plus longtemps possible. Il faut, néanmoins, que ce travail soit en lien avec les habitudes de vie de la personne et qu'il aille dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie de la personne.

En effet, en gériatrie, le travail du psychomotricien n'est pas « le développement et le déploiement des possibilités et des capacités, mais le confort et la conservation au maximum des potentiels et du plaisir de vivre dans un corps investi » (C. Potel, 2012). En effet, l'objectif n'est pas de maintenir à tout prix les compétences de la personne âgée qui risquent de disparaître au fur et à mesure surtout dans le cas de démences, mais de chercher à préserver l'autonomie et ainsi la qualité de vie de la personne. En prévention à domicile, le psychomotricien proposera alors à la personne malade des stratégies d'adaptation dans son environnement et des activités ludiques permettant un maintien de ses capacités.

Une évaluation pratique de la figure de Rey ou échelle plus large telle que celle de Mahieux-laurent ne traduit cependant pas l'impact de la démence sur la vie quotidienne du sujet et sur son autonomie. Ces mesures ne nous renseignent pas sur les capacités d'adaptation de la personne, sur les phénomènes de routinisation, sur le ressenti du patient envers ses difficultés et sur les manifestations de ses difficultés au quotidien. Pour cela, il faut bien entendu réfléchir en évaluation globale, en amont de l'intervention de prévention interrogeant les habitudes de vies, les compétences préservées, les habitudes arrêtées.

Le psychomotricien, dans toutes ses pratiques, que ce soit en cabinet, en institution ou à domicile, que ce soit avec des personnes âgées ou avec des enfants, utilise un outil spécifique : le bilan psychomoteur. Celui-ci est placé en tête du décret de compétence du psychomotricien, de 1988, comme un acte professionnel prescrit par le médecin. Il permet l'élaboration du projet thérapeutique. Ce projet sera individualisé. Chaque individu étant unique, il présente une organisation psychocorporelle qui lui est propre. Lorsque cette intégration psychocorporelle est atteinte, comme ici dans le cas de la maladie

d'Alzheimer, il est important de connaître où et comment se manifeste cette atteinte : si des situations particulières augmentent les manifestations pathologiques ou si d'autres les apaisent. Ceci est déterminé au cours du bilan.

Ce dernier est constitué de plusieurs temps. Le premier est un temps de rencontre et de recueil d'informations : c'est une étape essentielle. Il sert au recueil de données, permet ainsi d'en apprendre plus sur le parcours de soin du patient, de connaître les prises en charge éventuelles auxquelles il a déjà accès, de se renseigner sur ses habitudes de vie et sur son histoire de vie, autant d'éléments nécessaires à la compréhension de la situation de la personne âgée démente. Comme dit précédemment, cette rencontre permet également l'instauration d'une relation de confiance qui conditionne ensuite la passation des épreuves du bilan. En effet, même si le domicile est un lieu connu et investi par la personne, il n'est pas toujours évidemment d'accepter la venue d'aide au domicile.

De même que, la situation de visite à domicile est particulière, entrer dans le domicile de patients lorsqu'on ne les connaît pas peut être délicat. En tant que stagiaire, j'ai trouvé que le domicile change la dynamique de la rencontre. Lorsque l'on reçoit un patient pour un bilan que ce soit en cabinet libéral ou en établissements de soin, la personne doit s'adapter au cadre physique qu'on lui impose. Il se trouve dans un environnement qu'il ne maîtrise pas et qu'il peut être source d'anxiété. C'est alors à nous par notre cadre psychique : contenant et pare-existant d'aider le patient à se sentir en confiance et en sécurité dans l'environnement qu'on lui propose. Dans ce cadre-là, nous sommes, nous à l'inverse dans un lieu que nous maîtrisons complètement.

La visite à domicile modifie cette dynamique. Nous nous retrouvons en quelques sortes à la place du patient dans un environnement que nous ne connaissons pas. La personne, elle, est dans l'un des espaces qu'elle maîtrise le mieux : son domicile. Il faut alors que nous nous adaptions à ce nouveau lieu que nous découvrons en même temps que la personne. Cette configuration change la rencontre avec l'autre. C'est le patient qui nous invite à rentrer, qui nous indique où nous installer. On n'est plus dans une maîtrise « totale » de l'environnement. Elle invite à une rencontre moins « organisée » qu'en cabinet où la personne guide le début de cette rencontre. Ceci permet d'être plus

rapidement dans la relation avec le patient. Malgré cette rencontre moins protocolaire : le praticien d'un côté du bureau et le patient de l'autre, il faut toujours que notre cadre de travail soit présent, d'autant plus pour cette étude, qui nécessite une passation des épreuves identiques d'un patient à l'autre. Je trouvais, dans les premières rencontres, difficile d'instaurer le même cadre de ma pratique que j'avais pu créer en séance de stage en EHPAD.

Cependant, ces visites à domicile m'ont montré que le cadre ne s'appuyait pas essentiellement sur le lieu. Le cadre, c'est notre identité de psychomotricien que nous amenons avec nous et ceux quelques soit le lieu de rencontre. Je pense donc que la relation spécifique qu'à le psychomotricien avec ses patients fait qu'il amène avec lui le cadre de la psychomotricité où qu'il soit. Ainsi lors des visites à domicile que j'ai effectué, le patient m'indiquait où m'installer, cela me semblait important pour ne pas envahir son espace personnel et par la suite, j'investissais le lieu proposé par mon cadre thérapeutique.

L'une des caractéristiques de la profession correspond donc à la relation thérapeutique que le psychomotricien tisse avec son patient. Elle permet, dans le contexte d'un bilan, d'une part que l'évaluation se passe dans les meilleures conditions possibles et d'autre part d'assurer la collaboration et l'investissement du patient dans les futurs soins.

L'évaluation, lors du bilan psychomoteur cible les compétences psychomotrices: le schéma corporel, le tonus, les coordinations motrices générales, la motricité fine, les repères spatio-temporaux, la latéralité... Lors de l'évaluation que j'ai réalisée à domicile, je me suis attachée à observer les praxies qui sous-tendent les gestes de la vie quotidienne. Or, mon observation ne s'est pas limitée à la finalité du geste et à son organisation mais également à toute la dimension psychomotrice qui permet l'élaboration d'un geste vers un but. J'ai pu alors observer les postures, les coordinations, les régulations toniques nécessaire à la gestualité, les repères spatiaux ainsi que la graphomotricité pour l'épreuve du chèque. Ces modalités sont nécessaires aux praxies et donc à l'autonomie. Elles peuvent ainsi limiter le patient dans sa réalisation du geste volontaire et dirigé qu'est la praxie.

Prenons l'exemple de Monsieur P rencontré à domicile. Lors de l'épluchage de la pomme, il présente une hypertonie des membres supérieurs. Celle-ci limite l'amplitude et la précision de son geste. L'épluchage du fruit est réussi, cependant il a été très coûteux en énergie pour Monsieur P. Ainsi l'évaluation a permis de mettre en évidence une fatigabilité dans les gestes de la vie quotidienne liée à une hypertonie.

L'évaluation par une mise en situation écologique par le psychomotricien permet donc d'appréhender l'ensemble des modalités permettant les gestes de la vie quotidienne et permettant donc l'autonomie au domicile. Elle permet également de visualiser certaines compétences visibles en contexte.

Lors des mises en situation à domicile, la totalité des participants a réussi les épreuves en lien avec l'alimentation et l'hygiène. Dans la cotation de cette épreuve (cf. annexe 10), des points étaient attribués aux choix des bons outils pour l'action demandée. Tous les participants ont su sélectionner les outils adéquats mais également s'orientaient dans leur maison pour trouver ces mêmes outils. Là où l'orientation spatiale fait défaut dans les tests standardisés, elle n'apparaît pas en situation à domicile. Il y a donc un impact du domicile sur l'autonomie des personnes âgées présentant une démence de type Alzheimer. Les habitudes de vie, les routines, la connaissance de l'environnement favorisent le maintien des compétences. Lors de l'évaluation en mise en situation écologique, nous pouvons mettre en évidence la boucle automatico-volontaire de Jackson (1980). Ainsi les patients peuvent avoir un trouble de l'usage volontaire d'une fonction, tout en laissant intacte sa manifestation automatique. Une personne ayant une dissociation automatico-volontaire peut alors avoir une certaine autonomie au quotidien. L'évaluation par mise en situation écologique permet donc de montrer les capacités en contexte de la personne et c'est ce qui est important dans le maintien à domicile. Elle montre également les capacités d'adaptation des patients à leurs difficultés.

Ainsi Madame M vit seule à son domicile et gère seule son traitement médicamenteux à l'aide d'un pilulier journalier. Lors de notre rencontre, je l'interroge sur son organisation. Elle m'explique qu'elle remplit tous les jours son pilulier mais qu'elle a un autre traitement se présentant en sachets. Elle ne pouvait l'inclure dans son pilulier pour des raisons de taille de l'emballage. Cependant, elle oubliait de prendre ce traitement. Consciente de cet oubli, elle décide de ranger ce traitement dans un tiroir qu'elle ouvre tous les soirs. Madame M a su se servir d'une de ces routines pour pallier à une de ses difficultés.

De même, Monsieur R a disposé sur une table dans sa salle de bain les outils nécessaires à sa toilette quotidienne (brosse à dents, dentifrice, rasoir, peigne, savon et gants). Ainsi, Monsieur R peut effectuer sa toilette avec les outils adéquats et de manière automatique. Son organisation rituelle permet la facilitation du geste pratique.

En intervenant à domicile, le psychomotricien ciblera lors d'une évaluation les capacités restantes ainsi que les difficultés que rencontre la personne. Cette évaluation, comme nous l'avons réalisé, sera en lien avec l'environnement et les habitudes de vie quotidienne, toujours dans un souci d'approcher au plus près l'autonomie de la personne. Comme nous l'avons vu cependant, même des mises en situation écologiques semblent ne pas refléter les difficultés cognitives des patients. Les outils devront donc progresser, être affinés afin de constituer un véritable bilan des capacités pratiques en situation réelle à domicile.

L'évaluation psychomotrice à domicile met l'accent lors de l'entretien précédant l'évaluation sur les habitudes de vie et ainsi sur les activités quotidiennes importantes et signifiantes pour la personne. Tous ces éléments recueillis au cours du bilan permettent l'élaboration d'un projet de soin adapté et spécifique au sujet. Ainsi le psychomotricien peut également après l'évaluation participer aux réunions pluridisciplinaires du Centre Mémoire et ainsi participer à l'élaboration du projet d'accompagnement du patient. Par sa vision globale de la situation à domicile, il peut être un atout nécessaire à la construction de la coordination des soins autour de la personne malade en prenant en compte la valorisation des capacités de la personne, ses besoins et les besoins de son entourage.

Lors de mes visites à domicile, j'ai eu souvent l'occasion de rencontrer des aidants familiaux. La plupart du temps, ils montraient le besoin de parler, de verbaliser ce qu'ils vivaient au quotidien et de trouver une oreille attentive à leurs besoins. Ils manifestaient à la fois verbalement et corporellement une grande fatigue, des incompréhensions vis à vis de leur parent malade et beaucoup de questionnements pour l'avenir. Cela m'a également montré l'importance que pouvait avoir la psychomotricité pour les aidants. En effet, en prévention de l'épuisement des aidants, le psychomotricien peut proposer de l'information, des mesures de promotion de la santé voir de l'éducation thérapeutique avec la formation requise et dans le cadre adapté.

L'entourage du patient ayant une place essentielle dans le maintien à domicile, le psychomotricien à domicile effectue un travail de guidance où il s'attache à montrer aux aidants que leur proche malade a encore des capacités, qu'il peut encore aider à certaines activités de la vie quotidienne. Il arrive souvent que les aidants, dans un souci de bienveillance et de soutien de leurs parents fassent beaucoup d'actes à la place de la personne âgée. Cependant, il faut expliquer que malgré leur bonne intention, ils augmentent la dépendance de la personne malade et augmentent ainsi leur « fardeau » quotidien. Il faut donc faire avec la personne et non pas faire à sa place. C'est en continuant à effectuer certains gestes que la personne maintient ses capacités à les effectuer, et donc maintient une certaine autonomie.

Le psychomotricien travaille donc lors de ces entretiens à améliorer les compétences de l'entourage, à développer le savoir-faire et le savoir être de ce dernier. Avec ses qualités relationnelles d'écoute et d'empathie, il accompagne l'aidant dans son rôle et permet ainsi de diminuer le fardeau et l'anxiété liés à l'accompagnement des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il favorise ainsi le bien être du patient et de son aidant. Cela permet également le maintien au domicile dans les meilleures conditions possibles.

Conclusion:

Mon questionnement, au début de ce mémoire, reposait sur la place du psychomotricien dans l'évaluation de l'autonomie à domicile de la personne âgée présentant une maladie d'Alzheimer. Plus spécifiquement, l'évaluation des praxies qui sous-tendent les gestes de la vie quotidienne nécessaire au maintien à domicile, étaient-elles correctement approchées par les tests standards brefs proposés lors des démarches diagnostic d'un Centre Mémoire.

Cette étude, une évaluation des praxies en Centre Mémoire et en mise en situation écologique à domicile a permis d'éclairer et d'entamer une démarche de réflexion face à la question suivante: Comment évaluer le plus finement possible les aptitudes de la personne âgée Alzheimer en Centre Mémoire pour qu'elles soient le plus corrélées avec les aptitudes fonctionnelles de la vie quotidienne, dans le but de proposer la prise en soin ou l'aide la mieux adaptée?

Nos résultats ont montré que l'outil principal d'évaluation des praxies en Centre Mémoire: la Figure complexe de REY A n'est pas associée à notre mise en situation écologique permettant l'évaluation de l'autonomie à domicile. Cependant, la figure de Rey est un outil de diagnostic d'apraxie visuo-constructive, trouble praxique habituel dans la pathologie, qui arrive en même temps qu'un déclin cognitif global. En soi, l'outil n'est pas spécifique des pertes d'autonomie dans les AVQ mais y est sensible. Tout comme la figure de REY, l'évaluation des praxies gestuelles par la batterie Mahieux – Laurent ne rend pas compte directement des capacités et des difficultés fonctionnelles rencontrées au quotidien pour la personne malade.

C'est donc face à ce besoin d'évaluation plus spécifique que le psychomotricien pourrait intervenir. Des mises en situations à faire évoluer à domicile, et des outils mieux choisis pourraient souligner les compétences psychomotrices préservées, garantissant des activités de vie quotidienne autonomes, celles qui mettent la personne en difficultés et qui nécessitent la présence d'un aidant pour être réalisées. Cette évaluation par une mise en situation écologique, donnerait ainsi une vision globale de l'autonomie au domicile des personnes âgées Alzheimer.

Elle permettra, au psychomotricien et à l'équipe pluridisciplinaire du Centre Mémoire d'élaborer une prise en charge adaptée et spécifique aux besoins réelles de la personne. Celle-ci aura pour but de permettre le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, c'est à dire en assurant la qualité de vie des patients mais également celle de leurs aidants.

Dans ce cadre, le psychomotricien aurait un rôle préventif en évaluant à domicile dès que l'atteinte des praxies visuo-constructives est repérée. Il assurerait également, avec l'équipe du Centre Mémoire la coordination des soins autour de la personne.

Au-delà de l'évaluation, le psychomotricien pourrait proposer une rééducation des activités de vie quotidienne. Une technique a été mise au point par Ylieff en 2004, pour lutter contre les praxies de l'habillage. Il propose une stratégie rééducative basée sur une approche écologique pour les activités quotidiennes que sont la toilette et l'habillage. Sa méthode repose sur une évaluation précise des difficultés du patient comme des compétences préservées et sur l'analyse des facteurs internes et environnementaux en cause. A partir de cette évaluation, il a développé une méthode rééducative écologique basée sur des techniques de facilitation¹ et d'estompage d'aide².

¹ . La technique se met en place de la façon suivante: « le soignant privilégie les séquences réalisées en autonomie et les valorise; si une intervention est nécessaire, elle est d'abord verbale puis passe à l'ébauche du geste avant de recourir à l'aide manuelle. Lorsqu'il n'y a plus besoin que d'incitations ponctuelles, on réduit les valorisations et la présence du soignant » (D. Innocent Mutel et E. Martin, 2015).

² La technique d'estompage se pratique de la façon suivante : « Le soignant délivre d'emblée une aide totale pour les premiers actes puis une aide partielle pour la séquence suivante en invitant le patient à terminer » (D. Innocent Mutel et E. Martin, 2015).

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. (De), Muller, M., & Tissot, R. (1960). A propos de quelques problèmes posés par l'apraxie dans les démences. *L'encéphale*, 5, 375-401

Américan Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – texte révisé (Quatrième révision)*. Masson.

Américan Psychiatric Association (2015). *DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Cinquième révision)*. Elsevier-Masson.

Balota, D-A., Tse, C-S., Hutchinson, K-A., Spieler, D-H., Duchek, J-M et Morris, J-C. (2010). Predicting conversion to the dementia of the Alzheimer's type on a healthy control sample : The power of errors in stroop color naming . *Psychology and Aging*, 25, 208-218. In Fantini-Hauwel, C. Gély-Nargeot, M, Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante* (p. 86-100; 141-152). Dunod.

Bakchine, S et Habert, M-O « Classification des démences : aspects nosologiques », *Médecine Nucléaire* 2007;31:278-293

Barker WW, et al “Relative frequencies of Alzheimer disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia, and hippo-campal sclerosis in the state of Florida brain bank”, *Alzheimer DisAss Disord* 2002 ; 16 : 203-12.

Bocquet, H., & Andrieu, S. (1999). Le « burden », un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. *Gérontol. Soc.*, 89, 155-166.

Braak, H., Braak, E. (1991). Neuropathological stageing of Alzheimer-related changes. *Acta Neuropathol* 82,239–259.

Carric, J.C (1997). *Education et rééducation psychomotrice*. Paris : Vernazobres-Grego. In Scialom,P., Giromoni, F., Albaret,J-M. (2014). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De boeck solal.

Carric, J.C (2001). *Lexique du psychomotricien*. Paris : Vernazobres-Grego. In Scialom,P., Giromoni, F., Albaret,J-M. (2014). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De boeck solal.

Chapireau, F. (2001). La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Fond national de gérontologie*. 4 vol. 24/ n°99. (p.37 – 56). *Gérontologie et société*. <http://doi.org/10.3917/gr.099.0037>

Collège national des enseignants de gériatrie. (2010). Item 64 : Autonomie et dépendance chez le sujet âgé. In *Vieillessement* (2^e édition) (p. 199-215). Paris : Masson

Corpus de Gériatrie. (2000). *Autonomie et dépendance*. (Chapitre 8).

Da Silva Loureiro, M-B. (2009). Evaluation psychomotrice chez les personnes âgées à la lumière de Wallon. In *Evolutions psychomotrices*, vol 21, n°84, dossier Eclairage psychomoteur en gérontologie.

Dollet, M. (2015). Les apraxies gestuelles, évaluation et perspectives de rééducation auprès de 3 patients cérébro-lésés suite à un AVC ischémique sylvien gauche. *Mémoire de psychomotricité*, Université de Toulouse.

Duyckaerts, C. Colle, M.A. Delatour,B. Hauw, J-J. (1999). *Maladie d'Alzheimer : les lésions et leurs progressions*. Laboratoire de neuropathologie, Hopital de la Salpêtrière, Paris

Emanuel, E-J., Fairclough, D.L., Stutslman, J., Alpert, H., Baldwin, D. & Emanuel, L.L. (1999). Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally patients. *N. Engl. J. Med.*, 341, 956-963.
<http://doi.org/10.1056/nejm199909233411306>

Fantini-Hauwel, C. Gély-Nargeot, M, Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante* (p. 86-100; 141-152). Dunod.

France Alzheimer. Site internet: <https://www.francealzheimer.org/>

Fratiglioni et al, « Incidence of dementia and major subtypes in Europe », *Neurology*, 2000;54(11):S10-S15).

Haute Autorité de Santé. (2009). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateur*.

Haute Autorité de Santé. (2010). *Actes d'ergothérapie et de psychomotricité susceptibles d'être réalisés pour la réadaptation à domicile des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée*.

Jackson. (1980). Dans Osiurak, F. *Apraxie et troubles d'utilisation d'outils*. (2016). Collection Que sais- je ? Edition Puf (1^{er} édition).

Kagan, Y. (2005). Perte d'autonomie : bilan, prise en charge. *EDM-Médecine*, 2, 475-487.
<http://doi.org/10.1016/j.emcmed.2005.07.004>

Katz, S., Dowth, T.D., Cash, H-R. (1970). Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist.*, 10 : 20- 30

Lawton, P., & Brody E.M. (1969). Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-86.

Le Gall,D., Aubin, G., Dupont, R., & Forgeau, M. (1994). Les formes cliniques des apraxies. In D. Le Gall & G. Aubin (Eds.), *l'apraxie* (p. 104-116). Marseille : Solal.

Le Gall,D. Etcharry-Bouyx,F. Osiurak,F. (2012). Les apraxies : Synthèse et nouvelles perspectives. *Revue de neuropsychologie* (volume 4) (p. 174-185).

Lowinski-Létinois, D. (2011) Les équipes mobiles Alzheimer quand le soin s'envisage en lien. *Entretiens de psychomotricité. Les entretiens de Bichat 2012* (p. 33-38)

Mahieux-Laurent, F., Fabre, C., Galbrun, E., Dubrulle, A., Moroni, C, & groupe de réflexion sur les praxies du CMRR Ile de France Sud. (2009). Validation d'une batterie brève d'évaluation des praxies gestuelles pour consultation Mémoire. Evaluation chez 419 témoins, 127 patients atteints de troubles cognitifs légers et 320 patients atteints d'une démence. *Revue neuropsychologique*, 165, 560-567.
<http://doi.org/10.1016/j.neurol.2008.11.016>

Martinet, L., (2014). *Au domicile de la démence : comprendre pour accompagner*. Mémoire de psychomotricité, Université de bordeaux.

OMS. Site internet : <http://www.who.int/fr/>

Osiurak, F. (2016). *Apraxie et troubles d'utilisation de l'outils*. Collection Que sais- je ? Edition Puf (1^{er} édition).

Piaget, J. (1960). Les praxies chez l'enfant. *Revue Neurologique*, 118, 111- 139 in Scialom, P.,

Giromini, F., et Albaret, J.M. (2011). Manuel d'enseignement de psychomotricité. Marseille : Solal

Peigneux, P. (2000). L'apraxie gestuelle : une approche cognitive, neuropsychologique et par imagerie cérébrale (Thèse de doctorat). Université de Liège (Belgique).

Petersen, R-C. (1999). Normal aging, mild cognitive impairment, and early Alzheimer's disease. *The neurologist*, vol 1, (p. 326 – 344). In Fantini-Hauwel, C. Gély-Nargeot, M, Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante* (p. 86-100; 141-152). Dunod.

Plan Alzheimer. (2008-2012). Site internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/>

Mesure 6 : renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention de personnels spécialisés.

Mesure 20 : Un plan de développement de métiers et de compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer.

Mesure 22 : Développement de recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer et amélioration de l'évaluation des thérapies non médicamenteuses.

Potel, C. (2012). *Etre psychomotricien. Chapitre la gériatrie, les fins de vie (P206-207)*. Editions Eres (2^{ème} édition)

Potel, C., Pitteri, F. (2010). *Psychomotricité : Entre théorie et pratique. Chapitre psychomotricité et personnes âgées* (p. 289-310). Editions In Press (3^e édition actualisé).

Poupon, L. (octobre 2017). Alzheimer, enfin l'espoir d'un traitement. In *Cerveau & Psycho* – n°92.

Ramaroson et al., « Prévalence de la démence et de la maladie D'alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid, *Rev Neurol*, 2003 ; 159(4):405-11

Rey, A. (1956). Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes. Paris. ECPA.

Rey, A. (1941). L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique. *Archives de psychologie*, 28, 215-285 in Tremblay, M-P., St-Hilaire, A., Hudon, C., Macoir, J. Réseau Québécois de recherche sur le vieillissement.

Sage, I., Galliano, A-C. (2012). In Scialom, P., Giromoni, F., Albaret, J-M. (2014). *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. De boeck solal.

Sève-Ferrieu, N. (1995). *Neuropsychologie corporelle, visuelle et gestuelle. Du trouble à la rééducation*. Paris : Masson.

Waber, D- P., & Holmes, J- M. (1985). Assessing children's copy productions of the Rey-Osterrieth Complex Figure. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 7(3), 264-280. <http://doi.org/10.1080/01688638508401> in Tremblay, M-P., St-Hilaire, A., Hudon, C., Macoir, J. Réseau Québécois de recherche sur le vieillissement.

Wood, P. (1989). Classification internationale des déficiences, incapacités et handicap. In Fougereyrollas, P. *L'évolution conceptuelle internationale dans le champs du handicap : enjeux socio-politiques et contributions québécoises*.

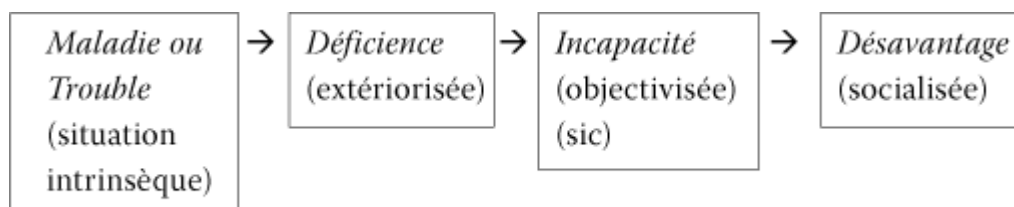
<https://journals.openedition.org/pistes/3663?lang=en#tocto1n3>

Ylieff, M. (1993). Evaluation et réadaptation des troubles de l'habillage dans les états démentiels. In D. Le Gall & G. Aubin (Eds.), *l'apraxie*. Marseille : Solal. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3. Clinique et thérapeutiques*. De boeck.

Ylieff, M. (2004). Evaluation et traitement des conduites déficitaires (soins personnels) chez les sujets déments. In D. Le Gall & G. Aubin (Eds.), *l'apraxie*. Marseille : Solal. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. 3. Clinique et thérapeutiques*. De boeck.

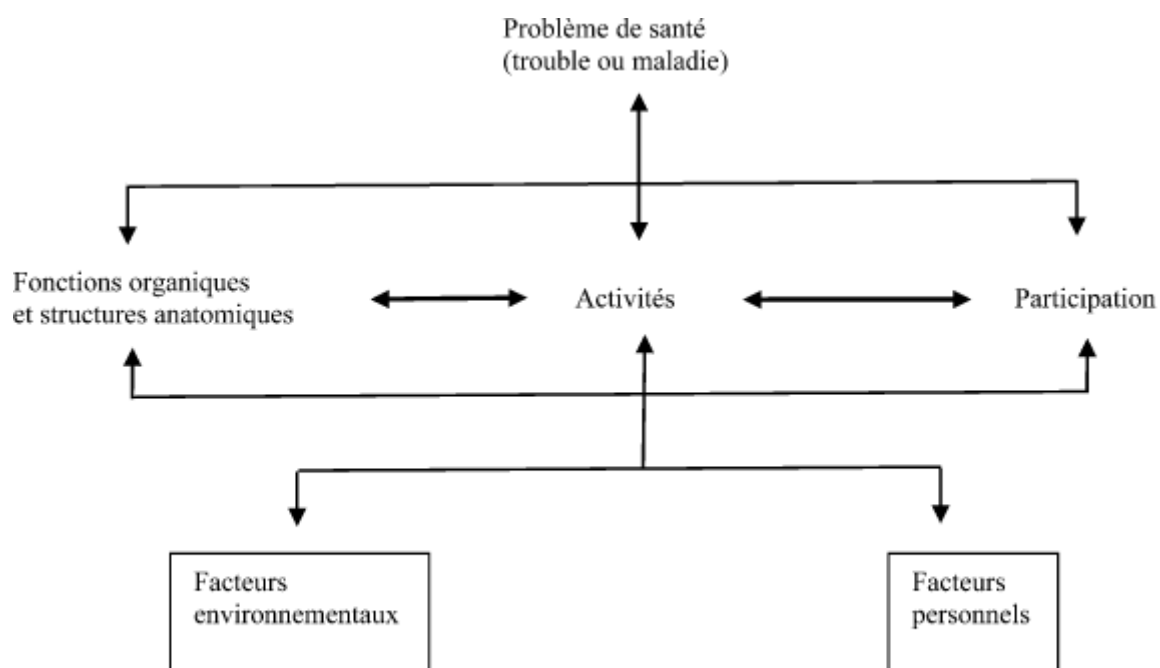
ANNEXES

Annexe 1 : La classification internationale des déficiences, des incapacités et du handicap (CIDIH), OMS, 1993



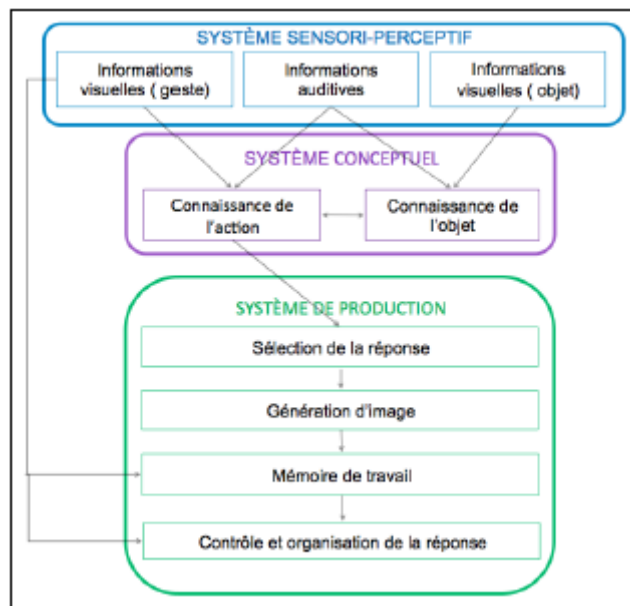
(OMS, 1993, p. 26).

Annexe 2 : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), OMS, 2001

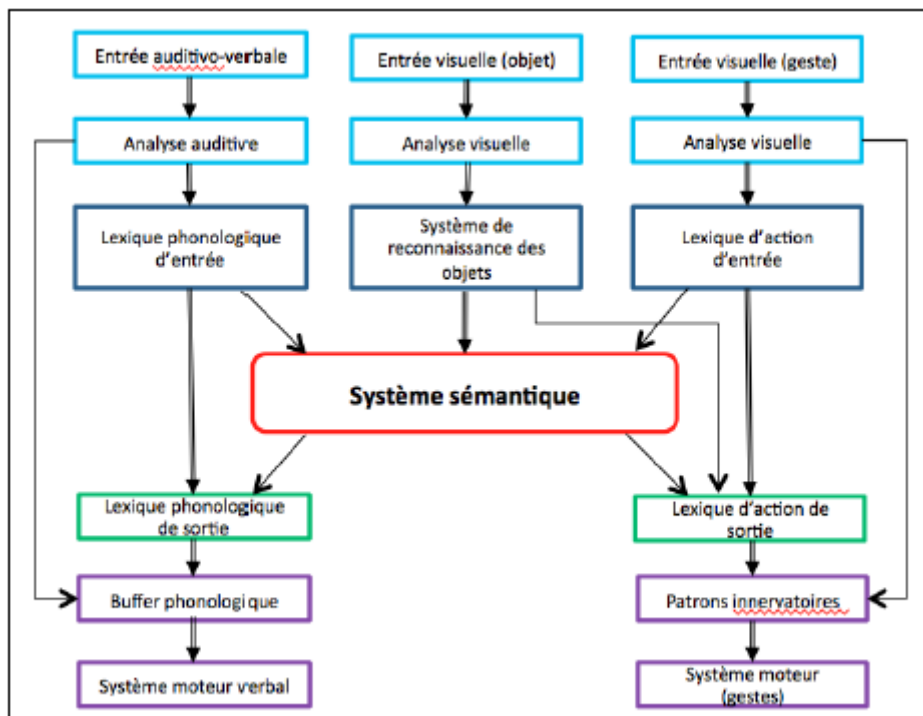


(OMS, 2001, p. 19)

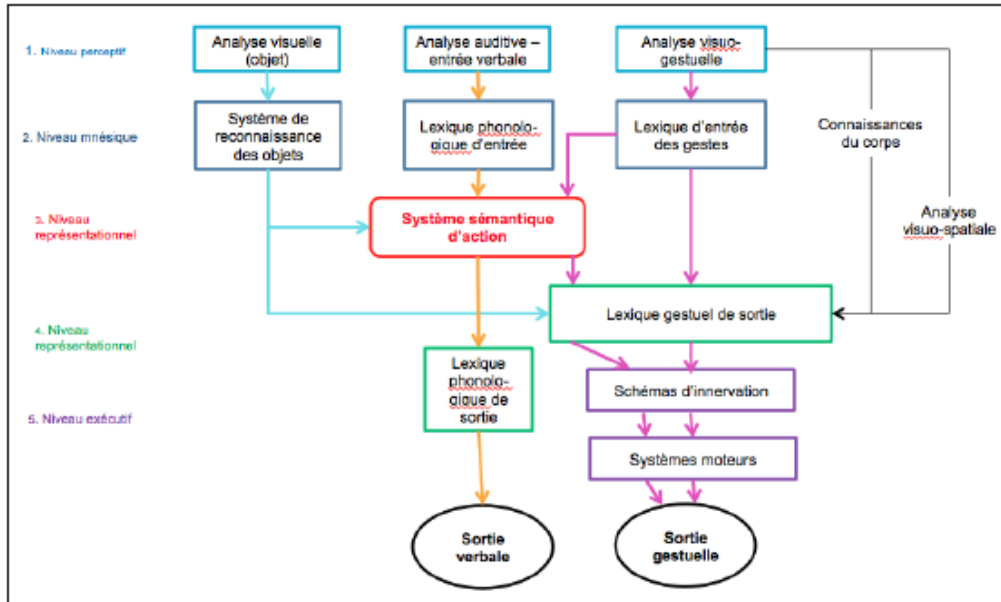
Annexe 3 : Le modèle de Roy et Square (1995)



Annexe 4 : Le modèle de Rothi, Ochipa et Heilman (1997)



Annexe 5 : Le modèle de Peigneux et Van Der Linden (2000)



Évaluation des praxies gestuelles

Praxies gestuelles symboliques

* Comment faites-vous avec la main (le doigt) pour...*

Le geste est considéré comme "bon" s'il est globalement reconnaissable par un observateur extérieur. Score normal : ≥ 4

■ Faire un salut militaire (français) : bon / mauvais	0/1
■ Demander le silence : Chut ! : bon / mauvais	0/1
■ Montrer que ça sent mauvais (ça pue) : bon / mauvais	0/1
■ Dire que quelqu'un est fou : bon / mauvais	0/1
■ Envoyer un baiser : bon / mauvais	0/1
Score : — / 5	

Praxies gestuelles mimes d'action

"Voilà (faire semblant de donner l'objet), montrez-moi le geste que vous faites pour..."
 "Imaginez que vous tenez dans la main..., montrez-moi le geste que vous faites pour..."
 Éventuellement rappeler la consigne initiale ; si assimilation du corps à l'objet (ACO).
 Éventuellement si erreur : "montrez-moi comment vous tenez le... ?".

Le geste est considéré comme "bon", s'il est globalement reconnaissable par un observateur extérieur, les mains laissant la place pour l'objet imaginaire, score unitaire de 2.

En cas d'assimilation du corps à l'objet pour une seule main, ou de geste imparfait mais reconnaissable, score de 1.

Si le geste n'est pas reconnaissable ou qu'il y a assimilation bimanuelle, score unitaire de 0. Score normal : ≥ 8

■ Planter un clou avec un marteau	2/1/0
■ Décliner en deux une feuille de papier	2/1/0
■ Allumer une allumette	2/1/0
■ Vous peigner les cheveux avec un peigne	2/1/0
■ Boire un verre	2/1/0
Score : — / 10	

Gestes abstraits

"Je vais vous demander de faire exactement le même geste que moi, avec la même main, c'est-à-dire avec votre main droite si je le fais de la main droite, et avec votre main gauche, si je le fais de la main gauche". On peut montrer les mains droite et gauche du patient.

Le geste doit être maintenu jusqu'à ce que le patient l'ait reproduit, ou qu'il soit évident qu'il ne peut y arriver. En cas d'erreur "en miroir", demander : "Êtes-vous bien sûr ? Est-ce la même main que moi ?". Les mains doivent revenir sur la table entre chaque geste. Éventuellement (papillon, double anneau), montrer la dynamique du geste.

Le geste est "bon" si le patient finit par le faire, même après rappel de la consigne.

Score normal > 7/8 en dessous de 65 ans, 6/8 au-dessus.

■ Paume droite sur la joue ipsi droite	0/1
■ Dos main droite sur joue contre-latérale gauche	0/1
■ Paume gauche sur la joue ipsi gauche	0/1
■ Dos main gauche sur joue contre-latérale droite	0/1
■ Corne II - V main G sur la table, l'autre à plat	0/1
■ Papillon	0/1
■ Losange II - III (mains inversées, en l'air, bras horizontaux, losange perpendiculaire à la table et pas à plat)	0/1
■ Double anneau	0/1
Score : — / 8	

Fiche renseignement

Latéralité :

Intégrités visuelles :

- Troubles visuels durant la passation des épreuves :	OUI	NON
- Correction visuelle :	OUI	NON

Intégrités Auditives :

- Troubles auditifs durant la passation des épreuves :	OUI	NON
- Correction auditive (Appareillage):	OUI	NON

Intégrités Motrices :

Tremblements ?	OUI	NON
Chutes ?	OUI	NON

Accompagnement Médico-social et Rééducatif :

Présence d'aide au domicile ?	OUI	NON
Aide-ménagère	OUI	NON
Auxiliaire de vie	OUI	NON
Autre	OUI	NON
Prise en charge	OUI	NON
Kinésithérapie	OUI	NON
Orthophonie	OUI	NON
ESA	OUI	NON
Psychomotricité	OUI	NON
Psychothérapie	OUI	NON
Ergothérapie	OUI	NON
Atelier Mémoire	OUI	NON

Quelles sont les activités que vous faites à la maison ?

Mise en situation écologique

1. Alimentation :

A) Peler un fruit :

Présenter la pomme. Je vais vous demander de peler ce fruit. Vous pouvez aller chercher le matériel dont vous avez besoin.

1 point par item réalisé: /4 (points)

- Choix des outils adéquats : /1
- préhension efficace du fruit et de l'outil /1
- Bonne coordination droite-gauche = bonne réalisation du geste /1
- Finalité : fruit bien pelé /1

B) Couper un fruit :

Maintenant que le fruit est pelé, je vais vous demander de couper le fruit en morceaux.

1 point par item réalisé: /4

- Choix outil adéquat /1
- Préhension efficace de l'outil /1
- bonne coordination dans le geste /1
- résultat : fruit coupé en morceaux /1

C) servir un verre d'eau :

Je vais maintenant vous demander d'aller vous servir un verre d'eau.

1 point par item réalisé: /4

- Choix du matériel nécessaire : /1
- Préhension efficace du verre ou de la bouteille : /1
- Coordination : tenue du verre/ bouteille ou ouverture du robinet : /1
- Arrêt de l'action lorsque le verre est plein : /1

2. Hygiène :

A) Brossage de dents :

Nous allons aller dans votre salle de bain : vous pouvez m'y amener ? Je vais maintenant vous demander de vous brosser les dents.

- 1 point par item réussi /5
- bonne utilisation de l'outil /1
- Mouiller la brosse à dent /1
- Dentifrice sur la brosse à dent /1
- Mouvement/ Gestuel du brossage /1
- Rincer /1

b) se laver les mains :

Maintenant, est ce que vous pouvez vous laver les mains comme si elles étaient très sales?

- 1 point par item réussi /4
- Prendre du savon /1
- Frotter /1
- Rincer /1
- S'essuyer les mains /1

3. Marche :

Voir annexe: Get up and go

Score après passation du get up and go: /0

4. Gestion quotidienne:

a) Remplir un chèque :

Je vais vous demander de faire un chèque fictif (présentation d'un vrai chèque). Vous allez devoir remplir le chèque : il va être d'un montant de 25 euros et il sera à l'ordre de ... (Utiliser le nom du magasin où ils ont l'habitude de faire leurs courses).

1 point par item correctement rempli : /6

- Montant en lettre
- Montant en chiffre
 - L'ordre
 - Le lieu
 - La date
- La signature

b) utilisation d'un pilulier :

Je vais vous demander de remplir ce pilulier suivant les consignes que je vais vous donner : Le vendredi matin, vous prendrai 1 cachet rouge, 7 propositions.

1 point par item correctement rempli : /7

c) Fermer une porte à clé et l'ouvrir :

Je vais vous demander de fermer votre porte d'entrée à clé puis de la rouvrir.

1 points par item correctement rempli : /2

Fermer : 1 /1

Ouvrir : 1/1

d) Composer un numéro de téléphone :

Je vais vous demander de chercher le numéro de l'hôpital Bagatelle dans l'annuaire et de téléphoner.

1 point par item correctement exécuté : /2

Trouver le numéro : /1

Composer le numéro : /1

Annexe 9: Grille d'évaluation du Get up and go

Étape	Observer	Cotation
Se lever du siège	Patient se rejette en arrière	-4
	Se penche en avant de manière anormale	0
	Obligé de s'aider des accoudoirs	-2
	Se lève d'un seul élan	0
	Besoin de deux ou trois essais	-1
Marcher devant soi sur 3m	Marche rectiligne sans détours	0
	Méandres prononcés	-1
Faire demi-tour rapidement	Capable de pivoter sur place	0
	Obliger d'exécuter plusieurs par successifs	-3
Retourner s'asseoir	Descend avec contrôle de la flexion des genoux	0
	Se laisse tomber dès que la flexion atteint 30°	-4
Total		

Table des matières

Remerciements.....	
Sommaire	1
Introduction:.....	2
PARTIE THÉORIQUE.....	5
I. Démences et Maladie d'Alzheimer :	5
1. Qu'est-ce qu'une démence ?.....	5
1.1 Définition :	5
1.2. Les différents types de démences :	7
1.3. Les démences aujourd'hui ?	8
2. La maladie d'Alzheimer :.....	8
2.1. L'étiologie :	9
2.2. La sémiologie :	13
2.3. Les traitements médicamenteux et non médicamenteux :	16
II. L'autonomie et la maladie d'Alzheimer :.....	20
1. Définition de l'autonomie :	20
2. Analyse fonctionnelle de la maladie d'Alzheimer :	21
3. Les enjeux du maintien à domicile :	23
3.1. Pourquoi le maintien à domicile?	23
3.2 Les conséquences du maintien à domicile	24
3.3. Les limites du maintien à domicile :	25
3.4. L'évaluation de l'autonomie :	26
III. Les praxies et la maladie d'Alzheimer :	28
1. La motricité volontaire :	28
2. Les praxies:.....	30
2.1 Définition:.....	30
2.1. Les apports historiques :	30
2.2. Les modélisations cognitivistes:	31
2.3 Les avancées actuelles:	35
3. L'apraxie :	35
3.1 Définition :	35
3.2 les différents types d'apraxies :	36
3.2.1. Les apraxies gestuelles :	36
3.2.2 Les apraxies non gestuelles dont la visuo-constructive :	38

PARTIE CLINIQUE	41
I. Présentation du protocole:	41
1. Participants/population d'étude:	41
2. Matériels et méthode:	43
2.1. Matériels:	43
2.2. Méthode:	49
II. Résultats et Interprétations :	53
1. Statistiques descriptives:	53
2. Étude du lien entre l'autonomie des participants à domicile et leurs performances en consultation mémoire :	57
III. Discussion:	61
Conclusion:	70
Bibliographie	72
ANNEXES	76
Table des matières	85