

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2015/2016

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

Louise BOURCIER

née le 22/12/1993

Prise en compte des troubles dépressifs des patients atteints d'une Démence de Type Alzheimer dans la prise en charge orthophonique : observation des effets de la stimulation de la communication et des mémoires chez deux sujets âgés atteints de DTA et de dépression par une approche spécifique.

Président du jury : Vincent BURGOS, médecin psychiatre, chargé d'enseignement au C.F.U.O. de Nantes

Directrice de mémoire : Kahina YEBBAL, médecin psychiatre, chargée d'enseignement au C.F.U.O. de Nantes

Membre du jury : Florence BECKER, orthophoniste

“Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu’elle n’entend leur donner aucune approbation ni improbation”

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements et ma gratitude à toutes les personnes qui m'ont permis de réaliser mon mémoire de recherche.

Je remercie le Docteur Burgos pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury.

Je remercie le Docteur Yebbal pour avoir accepté de diriger mon mémoire et pour m'avoir orientée dans mes recherches.

Je remercie Florence Becker pour m'avoir accueillie en stage toute cette année. Son enseignement et ses conseils ont été précieux pour la rédaction de mon mémoire. Je la remercie aussi et surtout pour m'avoir fait partager sa passion pour le métier d'orthophoniste.

J'adresse aussi un remerciement particulier à l'équipe soignante de l'E.H.P.A.D. dans lequel s'est déroulée mon étude. L'intérêt des professionnels pour mon travail a été un soutien pour mener à bien ma recherche.

Enfin je souhaite remercier ma famille pour tout le soutien qu'elle m'a apporté durant mon parcours universitaire, et particulièrement cette année pour la rédaction de mon mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

<u>Chapitre 1 : La Maladie d'Alzheimer</u>	2
<u>1. Présentation de la pathologie</u>	2
1.1 Définition et anatomopathologie	2
1.2 Epidémiologie et données sociodémographiques.....	4
1.3 Les critères diagnostiques.....	5
1.4 Les manifestations cliniques	7
1.4.1 Les troubles cognitifs	7
1.4.2 Les troubles psychocomportementaux	10
1.4.3 Les troubles de la communication	12
<u>2. Prises en charge et accompagnements</u>	13
2.1 Les thérapies médicamenteuses	13
2.2 Les thérapies non-médicamenteuses	14
2.2.1 L'approche cognitive	14
2.2.2 L'approche écosystémique	15
2.2.3 Le maintien relationnel	16
2.2.4 La Validation	17
2.2.5 La Réminiscence	19
2.2.6 Le chant	21
2.2.7 La valorisation	22
<u>3. Rôle de l'orthophoniste</u>	23
3.1 Nomenclature des actes	23
3.2 Quel sens pour le soin ?	24
3.3 Prise en charge aux différents stades de la maladie	25
3.4 La pluridisciplinarité	26

<u>Chapitre 2 : La Dépression du sujet âgé</u>	27
<u>1. La dépression</u>	27
1.1 L'Episode Dépressif Majeur	27
1.2 Les autres formes de la dépression	29
1.3 Les critères diagnostiques	29
1.4 Les thérapeutiques	30
<u>2. Les personnes âgées</u>	32
2.1 Vieillesse, vieillesse et société	32
2.2 Les spécificités de la dépression chez le sujet âgé	33

<u>Chapitre 3 : Maladie d'Alzheimer et dépression chez le sujet âgé</u>	34
<u>1. Des rapports controversés</u>	34
1.1 Diagnostics différentiels	35
1.2 Liens cause/conséquence	35
1.3 Comorbidité et majoration des troubles cognitifs	36
<u>2. Physiopathologie cérébrale des deux pathologies</u>	37
2.1 Similitudes anatomopathologiques	37
2.2 Mémoire et émotions	39
2.3 Mémoire et identité	40
<u>3. L'intérêt porté aux troubles dépressifs dans les thérapies non médicamenteuses des DTA</u>	41
3.1 Les résultats des études-bilans des thérapies de communication	41
3.2 Des approches pertinentes par rapport aux troubles dépressifs	42

Problématique, hypothèses, objectifs et justification

<u>1. Problématique, problème de recherche</u>	44
<u>2. Les hypothèses</u>	44
<u>3. Les objectifs de l'étude</u>	44
<u>4. Justification de l'étude</u>	45

PARTIE EXPERIMENTALE

<u>Chapitre 4 : Méthodologie</u>	46
<u>1. Population de l'étude</u>	46
1.1 Variables	46
1.1.1 Les variables étudiées	46
1.1.2 Les variables externes	47
1.2 Critères d'éligibilité	47
1.2.1 Critères d'inclusion	47
1.2.2 Critères d'exclusion	47
1.3 Recrutement	48
<u>2. Présentation de la thérapie proposée</u>	48
2.1 Lignes directrices	48
2.1.1 Le bilan médical et psychiatrique	48
2.1.2 Le bilan orthophonique	48
2.2 Objectifs de prise en charge en orthophonie	49
2.2.1 Objectifs globaux	49
2.2.2 Objectifs spécifiques à l'étude	49
2.3 Forme de la thérapie	49
2.3.1 Déroulement d'une séance	49
2.3.2 Matériel	50
2.3.3 Cadre	50
<u>3. Outils d'évaluation</u>	50
3.1 Données quantitatives	50
3.1.1 MMSE	50
3.1.2 Echelle de Mac Nair et Kahn	51
3.1.3 Echelle de Beck	52
3.1.3 Echelle M.A.D.R.S.	53
3.2 Données qualitatives	53
3.2.1 Grille OSE	53
3.2.2 Questionnaire destiné à l'orthophoniste	54

<u>Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats</u>	56
<u>1. Présentation des sujets</u>	56
1.1 Madame A	56
1.1.1 Données d'anamnèse	56
1.1.2 Traitements et prises en charge	56
1.1.3 Principales conclusions du bilan orthophonique	57
1.2 Madame B	57
1.2.1 Données d'anamnèse	57
1.2.2 Traitements et prises en charge	58
1.2.3 Principales conclusions du bilan orthophonique	58
<u>2. Résultats aux évaluations pré-tests et post-tests</u>	59
2.1 Madame A	59
2.1.1 Analyse des résultats	59
2.1.2 Conclusion et perspectives de soins	64
2.2 Madame B	65
2.2.1 Analyse des résultats	65
2.2.2 Conclusion et perspectives de soins	69
<u>3. Comparaison des études de cas</u>	70
3.1 Comparaison des données quantitatives	71
3.1.1 A l'inclusion	71
3.1.2 A l'évaluation finale	72
3.1.3 Evolution au cours de la période d'étude	73
3.2 Comparaison des données qualitatives	74
3.2.1 A l'inclusion	74
3.2.2 A l'évaluation finale	75
3.2.3 Evolution au cours de la période d'étude	75
3.3 Les éléments non-comparables	76

<u>Chapitre 6 : Discussion</u>	77
<u>1. Critique de la méthodologie</u>	77
1.1 Population d'étude	77
1.2 Variables externes	78
1.3 La thérapie mise en place	78
1.4 Les bilans et tests utilisés	80
<u>2. Validation ou infirmation des hypothèses</u>	81
<u>3. Les intérêts et limites de l'étude menée</u>	82
3.1 Les intérêts de la recherche	82
3.2 Les faiblesses méthodologiques	83
<u>4. Les perspectives de prolongement de l'étude</u>	84
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXES	91

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui un sujet majeur de Santé Publique. Plus largement, c'est toute la société qui est concernée par les répercussions médicales et économiques de cette pathologie qui touche de plus en plus de personnes âgées. Les soins palliatifs proposés évoluent à mesure que la recherche scientifique progresse, tant au niveau médicamenteux qu'au niveau relationnel. L'intervention d'un orthophoniste se justifie dans la mesure où les patients Alzheimer présentent des troubles cognitifs importants, notamment mnésiques et langagiers, ainsi que des troubles du comportement entravant la communication. Ces modifications importantes des aptitudes intellectuelles entraînent un handicap quotidien de plus en plus fort pour le patient. Le travail de deuil des compétences et la conscience de ces pertes sont difficiles à vivre. Une autre pathologie peut alors se surajouter au syndrome démentiel chez la personne âgée : la dépression. L'altération du fonctionnement cérébral est alors majorée. Un accompagnement thérapeutique autour de stimulations cognitives et relationnelles est d'autant plus justifié lorsque le patient présente à la fois une démence neurologique et des symptômes dépressifs.

Ce mémoire de recherche a pour objectif de démontrer qu'une prise en compte des troubles dépressifs est une approche pertinente dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'étude sera focalisée sur trois critères de jugement : les capacités mnésiques des sujets, leurs capacités de communication et l'importance de leur syndrome dépressif. Pour mener à bien cette recherche, un suivi de deux patientes en séances individuelles a été réalisé pendant six mois.

La partie théorique de ce mémoire présente la maladie d'Alzheimer, la dépression, puis les liens entre ces deux pathologies chez le sujet âgé.

La problématique de l'étude, ainsi que les hypothèses et les objectifs seront ensuite définis.

Dans la partie expérimentale seront présentés : la méthodologie du mémoire, la thérapie mise en place, les outils d'évaluation puis l'analyse des résultats obtenus. Enfin, une discussion autour de la critique de l'étude et de la validation ou de l'infirmité des hypothèses sera proposée.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 1 : La maladie d'Alzheimer

1. Présentation de la pathologie

1.1 Définition et anatomopathologie

La maladie d'Alzheimer (MA) est une affection dégénérative du système nerveux central qui se manifeste par un syndrome démentiel.

Selon la définition du DMS IV (1996) de l'American Psychiatric Association : « la caractéristique essentielle de la démence est l'apparition de déficits cognitifs multiples qui comportent une altération de la mémoire et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes : aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives ». Ces déficits sont mesurés par rapport au niveau cognitif antérieur du patient. La sévérité des troubles entraîne une altération significative du fonctionnement professionnel ou social de la personne atteinte d'un syndrome démentiel.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1992) donne une notion temporelle au diagnostic de démence qui correspond à « une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, **apparue depuis au moins 6 mois** ».

Pour résumer, la démence est une altération progressive du fonctionnement mental, cognitif (langage, mémoire) et non-cognitif (humeur, comportement) entraînant, à terme, une détérioration des conduites sociales (notamment une perte d'autonomie).

Dans la maladie d'Alzheimer, la démence débute de façon **insidieuse** avec un **déficit précoce de la mémoire récente**. Les capacités cognitives du patient sont en déclin continu, avec en moyenne une perte de 3-4 points par an à un instrument d'évaluation standardisé comme le MMSE (Mini Mental State Examination). Il s'écoule en moyenne 8 à 10 ans entre l'apparition des premiers symptômes et le décès du patient.

La classification du DSM IV distingue différents sous-types de la MA :

- MA à **début tardif** (après 65 ans) ou à **début précoce** (avant 65 ans)
- MA avec **idées délirantes**, ou avec **humeur dépressive** (si l'humeur dépressive, avec un tableau clinique d'un épisode dépressif majeur, est la caractéristique prédominante), et/ou avec perturbation de comportement, et/ou avec délirium.

Etant donné la diversité des formes de Maladie d'Alzheimer rencontrées, la littérature scientifique utilise aussi le terme de Démence de Type Alzheimer (DTA).

Les lésions neuropathologiques

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative démentielle qui détruit de façon lente et progressive les cellules cérébrales. Elle fait partie des démences organiques primitives dégénératives à prédominance corticale.

La MA est caractérisée par une **lésion anatomique** qui provoque une atrophie cérébrale qui s'étend progressivement. Les structures nourricières des neurones se détériorent avec le temps. Il y a production anormale de substances intra et extracellulaires (Annexe 1, p. 91).

- **Les plaques séniles**, lésions extra-neuronales, sont constituées de la protéine bêta amyloïde sous forme fibrillaire.

La protéine APP (Protéine Précurseur Amyloïde) a pour rôle de participer au maintien de la connexion entre les neurones, à leur croissance, à leur entretien. Lorsque que cette protéine est détruite, il y a production de peptide bêta amyloïde, élément toxique qui est éliminé facilement par l'organisme. Dans la MA, une destruction excessive de l'APP est observée, une surproduction de peptide bêta amyloïde en découle. L'organisme n'est plus capable d'éliminer cette substance présente en trop grande quantité et qui s'accumule en plaques : il y a dépôt extra cellulaire de la substance amyloïde sur les neurones.

- **La dégénérescence neurofibrillaire** est due à l' hyper-phosphorylation de la protéine tau, qui devient toxique pour les neurones, il y a lésion intracellulaire.

La protéine tau sert à la stabilisation des cytosquelettes des cellules neuronales neurotubules dans l'organisme. Dans le cas d'une MA, la présence excessive de peptides bêta amyloïde entraîne une hyper-phosphorylation de la protéine tau. Celle-ci s'agrège alors dans les cellules, générant une formation de filaments pathologiques en intraneuronal, ce qui provoque la mort des neurotubules. Dans le cas d'une dégénérescence neurofibrillaire importante comme dans la MA, l'enzyme acétylcholinestérase détruit le neurotransmetteur acétylcholine. Les autres neurotransmetteurs diminuent aussi : noradrénaline, dopamine, glutamate, sérotonine. Cela entraîne une diminution progressive des neurotransmissions et donc une aggravation de la mort neuronale.

Une **atrophie de l'écorce cérébrale** avec **perte neuronale** due aux plaques séniles et à la dégénérescence neurofibrillaire est donc observée. C'est leur association qui est caractéristique de la Maladie d'Alzheimer ; leur effet synergique provoque le processus

dégénératif. Les lésions progressent selon un ordre anatomique précis (Bonnamy-Ballu, 2011) : il y a d'abord une **atteinte de l'hippocampe** (le déficit cholinergique entraînant un trouble cognitif, mnésique, attentionnel), puis du **cortex temporo-pariétal** au niveau des zones du cortex associatif (avec atteinte du langage, des praxies, des gnosies). Enfin, les lésions cérébrales s'étendent au **lobe frontal** provoquant une perturbation des fonctions exécutives et des troubles du comportement social.

1.2 Epidémiologie et données sociodémographiques

Selon les données de l'Inserm, le vieillissement de la population s'accélère depuis les années 1980 pour deux raisons : l'espérance de vie a augmenté et les générations du baby-boom vieillissent.

Parmi les démences, **la maladie d'Alzheimer est la plus fréquente** (au moins deux cas sur trois), et est donc la première cause de démence en France. Elle touchait 900 000 personnes en France en 2015.

En 2020, les prévisions des agences sanitaires annoncent deux millions de personnes atteintes par une démence (toutes sortes confondues). Van Der Linden et Martial (2014) mettent en avant le fardeau économique et social que représenterait un nombre de personnes âgées démentes trop important, « alarmiste » pour la société.

Plus de 50% des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ne sont pas diagnostiquées au stade de début : le manque d'intérêt pour une pathologie non curable et la confusion avec des diagnostics différentiels en sont les principales causes. Aussi, selon Whitehouse (2010) les frontières entre la Maladie d'Alzheimer, les autres types de démences et le vieillissement normal sont mal définies par le modèle biomédical.

Le plan Alzheimer lancé le 1^{er} février 2008 en France a pour objectif de favoriser la recherche dans le domaine des pathologies neurodégénératives, de permettre un diagnostic précoce, et de mieux prendre en charge les malades et leurs aidants (Revue de la Fondation Nationale de Gérontologie, 2009).

Les facteurs de risque de la Maladie d'Alzheimer décrits dans le DSM IV sont : l'âge élevé, le sexe féminin, le niveau socioculturel bas (théorie de la réserve cognitive), les antécédents familiaux et la génétique à risque (porteurs de l'allèle E4 APP dans les formes familiales), les troubles vasculaires (hypertension artérielle, diabète, cholestérol), des antécédents de traumatisme crânien.

Pour ce qui est des **facteurs protecteurs**, la revue *Gérontologie et Société* (n°97, 2001) cite « la gymnastique cérébrale ». La fréquence des démences est nettement inférieure chez les personnes ayant eu une scolarité prolongée en cursus supérieur. Une activité cérébrale soutenue dans les activités quotidiennes en loisirs par exemple, ou dans le milieu professionnel permettrait aussi de reculer l'âge du déclin. De plus, il est admis dans les études présentées qu'il existe un échange d'informations continu entre le corps et le cerveau : une activité corporelle régulière permettrait aussi un entretien de l'esprit.

1.3 Les critères diagnostiques

Le bilan médical en cas de suspicion de démence doit comporter différentes étapes pour poser le diagnostic : histoire clinique du patient (début progressif, plainte mnésique au premier plan, examen physique normal), la présentation comportementale (comportement social préservé), l'examen clinique (cotation du MMSE), le profil neuropsychologique (tous les processus de la mémoire à long terme sont touchés dans la maladie d'Alzheimer : encodage, stockage, récupération avec un fort déficit en encodage), les examens complémentaires (IRM : atrophie focalisée sur le lobe temporal interne). Tous ces éléments permettent d'établir un diagnostic d'une grande probabilité.

Le DSM IV donne un tableau diagnostique de la Démence de type Alzheimer (DTA) :

- A. Déficits cognitifs multiples : mémoire et une autre perturbation cognitive (aphasie, apraxie, agnosie, trouble des fonctions exécutives).
- B. Altération significative du fonctionnement social ou professionnel, déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur.
- C. Début progressif et déclin cognitif continu.
- D. Les déficits ne sont pas dus à une affection du système nerveux central, des affections générales, des affections induites par une substance.
- E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours d'un délirium.
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif majeur, une schizophrénie.
- G. Codification : début précoce ou tardif, avec délirium, humeur dépressive, non compliquée, avec perturbation du comportement.

Les examens complémentaires

Une atrophie cérébrale avec un élargissement des sillons corticaux et une dilatation des ventricules cérébraux sont mises en évidence par le scanner ou la résonance magnétique nucléaire.

L'examen microscopique révèle, selon le stade de la maladie, des altérations anatomopathologiques : plaques séniles, dégénérescence neurofibrillaire, perte neuronale. Des corps de Lewy sont parfois observés dans les neurones corticaux.

Une analyse du liquide céphalo rachidien révèle aussi la présence de biomarqueurs caractéristiques de la Maladie d'Alzheimer.

Les scores M.M.S.E. sont aussi étalonnés selon les différents stades de la maladie :

- stade de début MMS > 20, le déficit atteint les connaissances autobiographiques et publiques récentes
- stade modéré $15 < \text{MMS} < 20$, seules persistent les connaissances relativement anciennes
- stade sévère $\text{MMS} < 15$ seules les connaissances de l'enfance sont préservées.

Les différents diagnostics différentiels :

Selon Thierry Rousseau (2013) : « le diagnostic précis de la démence est essentiel pour une prise en charge appropriée : traitement médicamenteux, informations, conseils, accompagnement au quotidien, pronostic d'évolution, prévention pour les formes familiales »¹.

Le DSM IV met en exergue un diagnostic différentiel important : le trouble dépressif majeur. Il est souvent difficile, particulièrement chez les personnes âgées, de déterminer si les symptômes cognitifs sont dus à la démence ou à un Episode Dépressif Majeur. En effet, les sujets atteints de dépression peuvent se plaindre d'un affaiblissement de la mémoire, de difficultés à penser et à se concentrer et d'une réduction globale des capacités intellectuelles. Ils présentent souvent de mauvaises performances à l'examen de leur état mental ou aux tests neuropsychologiques. Un bilan médical approfondi contribue au diagnostic différentiel. L'état prémorbide peut aider à distinguer la « pseudo-démence » (c'est-à-dire un ensemble d'altérations cognitives dues à l'épisode dépressif majeur) de la véritable démence. Dans la démence, le début apparent de la maladie est habituellement précédé par une période où le

¹ Rousseau, T. (2013). *Les Approches thérapeutiques en Orthophonie : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*. Isebergues : Ortho Editions. p. 169.

fonctionnement cognitif décline. A l'inverse, l'affaiblissement cognitif associé à l'installation d'un épisode dépressif majeur est brutal.

Le clinicien peut aussi établir la présence des deux pathologies chez le sujet. (Nous reviendrons en détails sur ce sujet dans les chapitres suivants).

1.4 Les manifestations cliniques

Les critères de la MA probable supposent la présence d'un syndrome démentiel (Mc Kahnn et coll, 1984).

D'après Touchon (2009), les manifestations cliniques sont progressives, de plus en plus importantes et handicapantes pour le sujet.

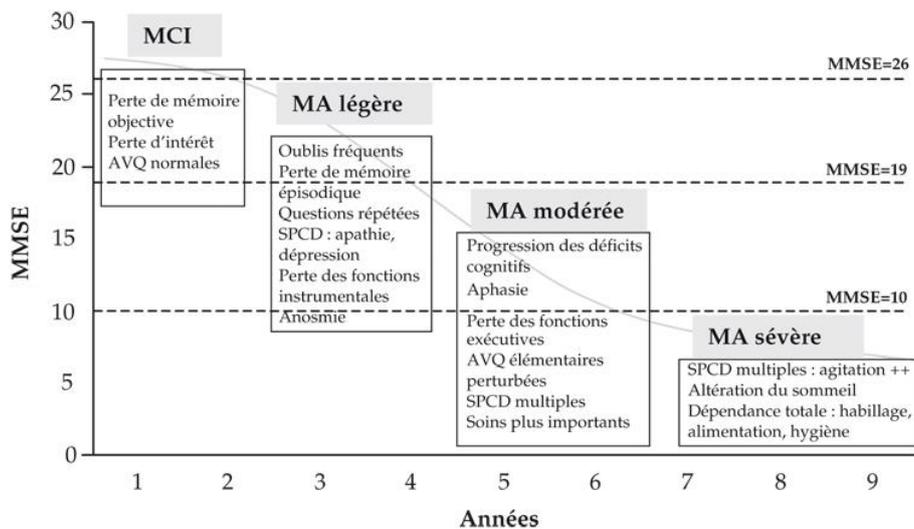


Tableau 1 : progression des symptômes de la Maladie d'Alzheimer

Les manifestations cliniques du syndrome démentiel dans la Maladie d'Alzheimer sont : une atteinte cognitive (mémoire, langage, praxie, gnosie, fonctions exécutives, et syndrome psycho-comportementale démentiel), de la communication, une perte d'autonomie. L'atteinte du fonctionnement psychique du patient est décrite comme une psycholyse, une déconstruction progressive de l'appareil à penser (Dalmas, 2009).

1.4.1 Les troubles cognitifs

D'après le Dictionnaire d'Orthophonie, la cognition est « le processus d'acquisition de la conscience des événements et des objets dans l'environnement »².

² Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). Dictionnaire d'Orthophonie. Isebergues : Ortho Edition. p. 55.

Les facultés cognitives d'un individu regroupent alors les mémoires, le langage, les praxies, les gnosies, les fonctions exécutives et les fonctions visuo-spatiales.

Les troubles de la mémoire

« La mémoire est la capacité d'un organisme à assimiler, conserver et redonner les informations »³ d'après le Dictionnaire d'Orthophonie. (Le fonctionnement non pathologique des mémoires est détaillé en Annexe 2, p.94).

Dans la DTA, l'atteinte mnésique est souvent inaugurale (Rousseau, 2013). C'est un symptôme précoce et prédominant dans cette pathologie.

La première composante atteinte est la **mémoire explicite**, plus spécifiquement la **mémoire épisodique** (faits vécus). Il y a une perte précoce des faits récents, en opposition avec une relative préservation des faits anciens.

La **mémoire sémantique** (faits appris, connaissances sur le monde) qui fait aussi partie de la mémoire explicite est quant à elle préservée plus longtemps.

La **mémoire procédurale** (les rituels, les habitudes, les automatismes, même verbaux) est préservée jusqu'à un stade avancé de la maladie.

La **mémoire de travail** est quant à elle progressivement perturbée, mais un déficit est présent dès le début de la maladie.

Patry-Morel (2006) note que c'est la **phase d'encodage** qui est essentiellement perturbée dans la Démence de Type Alzheimer (lorsque l'information perceptive est transformée en représentation mentale) : dans des tâches d'apprentissage de mots par exemple, le rappel libre est difficile, l'indiciage est inefficace et la tâche de reconnaissance est parasitée par des fausses reconnaissances. C'est **l'inefficacité de l'indiciage** qui est le principal élément permettant de différencier la Maladie d'Alzheimer des autres pathologies sous-corticales où prédominent les troubles du rappel (l'indiciage est alors efficace).

D'après le DSM IV (1995), les sujets ont une **capacité altérée à apprendre des informations nouvelles**, ou bien ils oublient des informations apprises antérieurement.

³ Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). Dictionnaire d'Orthophonie. Isebergues : Ortho Edition. p 171.

Les troubles phasiques

L'aphasie est une perturbation du langage. C'est l'une des manifestations cliniques de la Maladie d'Alzheimer.

Rousseau (2013) observe que c'est un **trouble lexico-sémantique** qui est le plus prégnant dans la Démence de Type Alzheimer, alors que les capacités syntaxiques et phonologiques sont préservées au stade de début. Ce trouble se traduit par un manque du mot avec la présence de périphrases, de circonlocutions, et de paraphasies. Les épreuves de fluences sémantiques et phonologiques sont chutées. La compréhension orale et écrite est préservée en premier lieu.

A un stade plus avancé, des persévérations apparaissent, la fluence sémantique est tellement chutée que le discours prend un aspect dyssyntaxique. La cohérence et la cohésion du discours sont alors fortement détériorées. La Lecture à Haute Voix, l'articulation et la répétition sont encore préservées.

A un stade évolué, la production et la compréhension sont très altérées, les patients s'expriment par un jargon difficilement compréhensible. Ils deviennent palilaliques et écholaliques, l'utilisation de formules automatisées est systématique.

Les troubles praxiques

L'apraxie est une **altération de la capacité à réaliser une activité motrice** malgré des capacités motrices, des fonctions sensorielles et une compréhension des consignes intactes.

Chez le patient atteint de la maladie d'Alzheimer, on observe une **coordination anormale des mouvements**. Une apraxie de l'habillement ou des gestes automatisés comme le détricotage apparaissent.

Les troubles gnosiques

L'agnosie est une **impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets** malgré des fonctions sensitives et sensorielles intactes. L'agnosie signe un déficit dans les régions temporo-pariétales au niveau des aires associatives.

Dans la maladie d'Alzheimer, les symptômes agnosiques peuvent revêtir des formes d'agnosies classiques (idéatoires ou idéomotrices par exemple), une prosopagnosie (non reconnaissance des visages des proches), ou encore une anosognosie (le patient n'a pas conscience de l'étendue ou même de l'existence de sa pathologie).

Les troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives représentent la capacité à **penser de façon abstraite**, à **planifier**, à **initier**, à **organiser dans le temps**, à **contrôler et arrêter** un comportement complexe.

Le dysfonctionnement des fonctions exécutives se manifeste par une difficulté à faire face à des situations nouvelles (traitement d'informations nouvelles et complexes), une capacité réduite à changer de contenu de pensée, à générer des informations verbales et non-verbales, à exécuter des activités motrices en série.

Un syndrome dyssexécutif est le signe d'une atteinte des zones frontales et préfrontales. Cette atteinte est parfois précoce dans la maladie. Le patient montre alors une perte de l'autocritique, une impossibilité d'interpréter correctement des proverbes, à résoudre des problèmes simples, un déficit en calcul mental.

La désorientation temporo-spatiale

L'atteinte des fonctions visuo-spatiales fait partie du tableau clinique de la maladie d'Alzheimer. L'atteinte temporelle est même l'un des premiers signes de la démence. La désorientation spatiale est plus tardive et porte d'abord sur les lieux inconnus.

1.4.2 Les troubles psychocomportementaux

Les troubles rencontrés au cours de la démence sont regroupés, depuis la réunion de consensus de l'association internationale de psychogériatrie, sous le terme de **symptômes psychocomportementaux de la démence (SPCD)**. Ils sont liés à l'atteinte des zones frontales et temporelles au niveau cérébral. Il s'agit des comportements apparus avec le début de la pathologie, en rupture avec le comportement pré-morbide. Devin (2006) définit les troubles du comportement comme l'ensemble des manifestations comportementales aiguës ou chroniques qui ont comme caractéristique d'être hors des normes sociales établies.

D'après Rousseau (2013), les principaux SPCD pouvant être rencontrés dans la DTA sont : la dépression, l'anxiété, l'agressivité, la désinhibition, l'agitation verbale et motrice, les troubles de la conduite élémentaire, les troubles psychotiques, une anosognosie. SPCD et troubles psychiatriques sont étroitement intriqués, leur distinction est d'autant plus complexe.

Dans la revue *Gérontologie et société* (2001), ces troubles psychocomportementaux sont précisés comme étant des symptômes « en soi » du patient : le manque (anxiété par rapport à ce qu'elle n'a pas, quête d'objet inaccessible), la discontinuité (tout devient question et remise

en question, dysfonctionnement interne insidieux), le sentiment de « jamais vu » (les scènes les plus banales du quotidien sont coupées de leur contexte habituel, sentiment d'étrangeté), le sentiment du « déjà vu » (fausses reconnaissances et sentiment de familiarité), le « faire comme si » (dénier des troubles), le péril des mots (discordance entre pensée et discours), la demande d'aide (permanente et insistante).

Au début de la maladie d'Alzheimer, le patient présente parfois une apathie et une dépression comme expression clinique des SPCD. Au cours de l'évolution, les troubles de l'humeur s'accompagnent de troubles du comportement qui altèrent la qualité de vie du malade :

- pour le sommeil : une inversion nyctémérale, une hyperactivité la nuit, confusion entre le jour et la nuit.
- pour l'alimentation : une anorexie, une glotonnerie.
- pour l'élimination : une incontinence, une coprophagie.

La revue de la Fondation Nationale de Gérontologie (n°128/129, 2009) décrit dans une étude que les malades Alzheimer font preuve d'une **grande dépendance affective** et expriment un **profond sentiment de dévalorisation** à un stade avancé de la pathologie. Ils sont facilement en proie à un vécu d'abandon angoissant qui amène de nombreuses demandes destinées à attirer l'attention et qui conduit les soignants à jouer un rôle maternel.

Pour synthétiser l'observation des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence de type Alzheimer, voici un tableau récapitulatif d'après la classification de Pancrazi et Metais (2005).

Type de trouble	Expression clinique
Perturbations affectives et émotionnelles	Apathie, dépression, anxiété, exaltation de l'humeur et désinhibition, perturbations émotionnelles, conduites régressives
Troubles comportementaux proprement dits	Agitation, agressivité, stéréotypies motrices et vocales
Signes psychotiques	Délires, hallucinations, troubles de l'identification
Modifications des fonctions instinctuelles	Sommeil, appétit, sexualité, conduites d'élimination

Tableau 2 : symptômes psychocomportementaux dans la DTA

Les individus atteints de démence sont aussi particulièrement sensibles aux facteurs de stress physiques (maladie bénigne ou petite chirurgie) et psychologiques (aller à l'hôpital, être en deuil) ce qui peut augmenter l'intensité des SPCD.

1.4.3 Les troubles de la communication

Pour un individu, communiquer avec un tiers c'est utiliser **tous les moyens verbaux ou non-verbaux pour échanger** des idées, des connaissances ou des sentiments. (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011). Les trois aspects fondamentaux de la communication sont : **le verbal**, **le non-verbal**, **le paraverbal**. Selon Delay et Le Guillou (2010), la communication verbale représente les mots prononcés par le locuteur. La communication paraverbale correspond aux signaux non-linguistiques de la parole du locuteur (rythme, intensité de la voix, l'intensité). Enfin, la communication non-verbale correspond à toute autre forme de communication que les mots (les expressions faciales, le contact visuel, les gestes, ...). Les éléments non-verbaux sont dépendants des normes sociales établies et complètent de façon très riche le discours verbal. Dans la maladie d'Alzheimer, chacun de ces aspects de la communication peut être altéré.

Patry-Morel (2006) remarque que les difficultés linguistiques des patients atteints de DTA ne sont pas un « simple » déficit du langage mais un véritable trouble de la communication sur lequel influent différents facteurs : le degré d'atteinte cognitive, les facteurs individuels et psychosociaux (âge, niveau socioculturel, lieu de vie), des facteurs cognitifs et linguistiques (profil neuropsychologique), des facteurs contextuels (thème de la discussion).

Selon Rousseau, (2004), les capacités de communication des patients Alzheimer subissent des **modifications quantitatives et qualitatives** : une réduction globale du nombre d'actes émis dans une conversation, une diminution des actes adéquats au profit d'actes inadéquats, une augmentation des actes non verbaux pour pallier les difficultés verbales, une simplification des actes conversationnels avec des automatismes par exemple.

Ces modifications sont globalement observées chez tous les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, mais les différentes études et l'expérience clinique des praticiens montrent une grande hétérogénéité dans les profils de communication des sujets Alzheimer.

Les éléments les plus importants pour les interactions sociales seront les lignes directrices du projet de prise en charge : la cohérence de la thématique globale, la compétence narrative, la gestion des tours de parole, la gestion des actes de langage, la communication non-verbale. Ces éléments pragmatiques du discours sont en effet de moins en moins maîtrisés dans

l'évolution de la maladie, alors qu'ils constituent les éléments clés de la conservation des échanges et des liens sociaux.

2. Les prises en charge et accompagnements proposés

Van Der Linden et Juillerat (2014) expliquent les objectifs des prises en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : « aider ces personnes à maintenir un sens à leur vie, un sentiment de bien-être et de dignité, ainsi qu'une véritable place dans la société »⁴. Il s'agit de proposer une approche humaniste du vieillissement, considérant les droits et la citoyenneté des personnes âgées comme fondamentaux.

La dégénérescence inéluctable de la pathologie place les soins et les accompagnements proposés dans le domaine des **soins palliatifs** (approche permettant de soulager les symptômes pénibles et d'éviter les traitements devenus inutiles lorsque la maladie ne répond plus à des thérapies curatives).

La prise en charge des patients Alzheimer passe par des soins actifs et globaux apportés pour le contrôle de la douleur notamment, ainsi qu'une assistance sociale, psychologique, morale et familiale. Ces soins ne visent plus la guérison mais bien **l'assurance d'une qualité de vie et d'un confort pour la fin de vie.**

2.1 Les thérapies médicamenteuses

Devin (2006) écrit que la prescription de neuroleptiques s'avère être très importante dans le domaine gériatrique notamment pour diminuer les troubles du comportement des démences.

Le **déficit cholinergique** mis en évidence dans la maladie d'Alzheimer contribue à augmenter le risque de SPCD. Les anticholinestérasiques sont donc actifs sur les troubles cognitifs et diminuent les SPCD chez certains patients (l'apathie et les hallucinations visuelles y répondent le mieux).

La Haute Autorité de la Santé (H.A.S., 2011) répertorie deux types de médicaments pour le traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer :

⁴ Van der Linden, M., Van der Linden, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles: Mardaga. p.155

- **les anticholinestérasiques** (donézépil, galantamine, rivastigmine) : ils sont prescrits jusqu'au stade modérément sévère de la maladie et permettent de bloquer la dégradation enzymatique de l'acétylcholine cérébrale.

- **la mémantine**, prescrit dans les stades modérés à sévères. Elle facilite l'action du glutamate, neurotransmetteur.

La prise en charge pharmacologique ne permet pas une rémission mais apporte un ralentissement du déclin. Ce sont donc des traitements symptomatiques.

2.2 Les thérapies non-médicamenteuses des pathologies neurodégénératives

La H.A.S. décrit dans les recommandations de bonnes pratiques publiées en 2011 un certain nombre d'interventions non-médicamenteuses à proposer aux patients concernés par « La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ».

Ces thérapies apportent un mieux-être aux patients âgés désorientés et elles permettent de conserver un lien social. Leurs objectifs sont de préserver plus longtemps les fonctions cognitives, de prolonger l'autonomie des patients, et d'augmenter leur espérance de vie.

2.2.1 L'approche cognitive

Le concept de stimulation cognitive est élaboré par le Docteur Forette en 1980 à l'Hôpital Broca. L'idée principale est que, dans les pathologies dégénératives, la récupération des fonctions cognitives perdues est impossible, mais une stimulation des ressources résiduelles, cognitives, psychologiques et sociales peut être envisagée.

Wojtasik et al. présentent la réhabilitation cognitive dans la revue scientifique « Gérontologie et société » (2009) éditée par la Fondation Nationale de Gérontologie. Il s'agit d'une approche écologique de la stimulation cognitive par un **renforcement des compétences facilitantes du patient**. Les étapes à respecter dans ce type de prise en charge selon Van der Linden (2009) sont de donner au patient des outils efficaces pour identifier les tâches qui lui sont difficiles et comprendre ses déficits. Cette méthode propose aussi un **aménagement de l'environnement** pour le rendre plus adapté aux compétences restantes du patient.

Rousseau dans « Démences : orthophonie et autres interventions » (2007) décrit deux axes de travail dans l'approche cognitive de la prise en charge orthophonique : l'optimisation des capacités préservées et la compensation des fonctions mnésiques ou exécutives déficitaires. L'objectif principal est de maintenir le plus longtemps les fonctions préservées.

De Rotrou (2001) présente la Stimulation Cognitive comme un programme pédagogique complémentaire aux traitements pharmacologiques répondant à la plainte méninge de la population vieillissante. Les activités proposées aux patients vont au-delà du travail des stratégies cognitives (attentionnelles, perceptives, mnésiques, verbales, intellectuelles) ; cette approche intervient aussi sur les facteurs psychologiques et sociaux qui influencent la cognition comme la mise en confiance, et l'équilibre affectif.

L'étude de Juillerat et al. (2000) prouve que les techniques de réhabilitation cognitive se révèlent efficaces dans les formes mineures de la maladie d'Alzheimer.

2.2.2 L'approche écosystémique

Bruyer et Van Der Linden (1991) définissent les méthodes thérapeutiques écologiques comme une adaptation de l'environnement du sujet par une mise en place d'aides externes (moyens mnémotechniques, agenda) et par une modification du langage des aidants, en complément de jeux de mémoire et de stimulation cérébrale.

La thérapie écosystémique, élaborée par Thierry Rousseau dans le cadre de ses recherches pour l'UNADREO (Unité Nationale pour le Développement et le Recherche En Orthophonie), intervient sur le milieu naturel et le système de vie du patient présentant des troubles de la communication dans le cas de pathologie neurodégénérative.

Dans un ouvrage, Rousseau (2007) fixe l'objectif principal de cette approche : « la thérapie écosystémique a pour objectif de donner au patient **toutes les conditions favorisantes pour exprimer des actes de communication adéquats** dans le cadre de la conversation avec un interlocuteur »⁵. Un acte de langage est jugé adéquat s'il est socialement acceptable et pragmatiquement correct. La valeur et la véracité des propos ne sont pas prises en considération, l'important est que la réponse du patient permette la poursuite de l'échange et de la communication.

La prise en charge s'effectue selon deux axes :

- une **approche cognitivo-comportementale** auprès du patient en séance individuelle (une fois par semaine) en utilisant des thèmes et des situations d'échange qui permettent au patient d'utiliser et de stimuler les actes de langage qu'il possède en sa compétence.
- une **approche écologique** auprès du patient et d'un aidant pour la mise en place d'un accompagnement personnalisé. Le thérapeute propose des situations simulées de vie

⁵ Rousseau, T. (2007). *Démences : orthophonie et autres interventions*. Paris : OrthoEdition. p.75

quotidienne et donne des explications orales, des conseils et des supports écrits pour mettre en avant les modifications de comportement à adopter.

Pour le thérapeute comme pour l'entourage, des principes de facilitation de la communication sont utilisés lors des échanges avec le patient, toujours avec l'objectif de faire produire des actes de langage adéquats au patient :

- adopter une **attitude bienveillante** et un faible débit de parole
- aider le patient à **la cohésion et à la congruence du discours** : appuyer les mots par les gestes, par le pointage des objets.
- donner un **feed-back multi-sensoriel** : contact visuel sur l'objet que le patient évoque, validation verbale de ce que dit le patient.
- aider à la **continuité thématique** : signaler au patient le changement de thème
- faire une progression rhématique : revenir au sujet précédent « c'était intéressant, tout à l'heure vous me parliez de... »
- **pallier le manque de relation et questionner la contradiction** : poser des questions dans un ordre logique pour aider le patient à structurer sa réflexion, reformuler ses propos avec une structure plus cohérente.
- donner **des thèmes facilitateurs** : connus du patient, pour lesquels le vocabulaire est riche.

Les résultats de la mise en place de cette thérapie ont été mis en évidence par des études randomisées menées par la section de recherche de Rousseau au sein de l'UNADREO. Il apparaît qu'un certain nombre d'actes sont améliorés chez les patients atteints de démence, et que leur disparition progressive est due au manque de stimulation et d'utilisation de ces actes. Par la thérapie écosystémique, certains actes de langage se sont maintenus à la performance du patient.

Cette thérapie s'inscrit entre autres dans la démarche de Carl Rogers (1966) qui prônait l'écoute active des individus : au-delà de saisir le contenu du message du patient, il y a la compréhension du contexte et des sentiments qui s'y rattachent. Les patients se sentent de nouveau reconnus comme individus communicants, cette reconnaissance venant en grande partie des modifications de comportement de l'entourage.

2.2.3 Le maintien relationnel

Jane Crisp publie en 1994 un article dans la revue scientifique « Fondation IPSEN pour la recherche thérapeutique » relatant les attitudes qui permettent le « keeping in touch », le maintien de la relation avec un proche atteint de la Maladie d'Alzheimer. Dans cette thérapie

relationnelle, Crisp conseille à l'entourage de **se concentrer sur le para-verbal du patient plutôt que sur le contenu lui-même de son discours**. Si le manque du mot et l'atteinte sémantique entravent la cohérence du discours, les indices dans la voix, dans les gestes, dans les émotions sont porteurs de sens.

Quelle que soit la vocalisation émise (mot en écho, grognement, pleurs) la personne est en communication avec l'interlocuteur. Le patient dément utilise les ressources et les moyens dont il dispose pour le faire.

Lorsqu'une production verbale ou une réponse semble inappropriée, le programme anglo-saxon propose d'envisager le thème ou la question comme inapproprié. Le patient cherche probablement à éviter le sujet qui lui est demandé de traiter et à parler d'autre chose de plus pertinent à ses yeux.

Dans tous les cas, il est opportun de se demander à quelle réalité correspondent les propos du patient. Souvent le patient utilise une catégorie générale ou un autre élément de cette même catégorie sémantique pour désigner l'objet dont il veut parler (« rat » pour « castor », mais tous deux des animaux, avec des poils, vivant en milieu humides). Les patients atteints de démence d'Alzheimer font aussi beaucoup de références au passé car la trame référentielle de leur histoire personnelle est mieux ancrée en mémoire que la réalité du présent. Il est conseillé à l'entourage d'encourager le proche entré en démence de partager ses souvenirs et son récit de vie. Il faut cependant rester vigilant par rapport à la confabulation. Il s'agit souvent d'un mélange de souvenirs anciens avec des faits de la réalité actuelle. Pour l'aidant, il faut alors dépasser la question de la véracité et y voir l'utilité du maintien du lien social et de la construction du langage. Il ne s'agit pas de donner raison au patient mais d'approuver sa demande sous-jacente de valorisation en répondant par exemple « oui, vous avez mené à bien beaucoup de projets dans votre vie ».

2.2.4 La Validation

Selon Henrard et Derriennic (1996), il faut trouver un sens à la vieillesse, période ultime de la vie, pour retrouver son intégrité psychique en reconsidérant son histoire de vie avant de mourir. Il s'agit pour les individus de savourer les moments réussis et de rejouer les événements ratés. Ce travail intérieur se fait généralement sans heurt. Mais dans le cas de démence ce retour sur la vie est plus difficile : les souvenirs s'étiolent et l'isolement est pesant.

La méthode de Validation élaborée par Naomi Feil en 1963 (« Les innovations », Gérontologie et Société, n°126, 2008) considère que « la personne âgée démente a le droit imprescriptible, comme tout être humain, au respect de sa dignité, de son intégrité et de sa liberté d'expression ». Toute personne âgée est unique et a de la valeur, elle doit être acceptée comme elle est, avec ses troubles cognitifs et psychocomportementaux. Le principal objectif de cette thérapie est de maintenir la communication avec ces personnes âgées désorientées afin de les accompagner dans une relation respectueuse de leur identité et de leur histoire.

Pour le thérapeute, cela signifie la mise en pratique d'un soin relationnel empathique avec son patient. Il s'agit alors de s'ouvrir au vécu de l'autre pour le comprendre en restant émotionnellement neutre. Le soignant écoute les propos du patient et les valide, quelle qu'en soit la véracité. Sans admettre ni mensonges ni rappels à la réalité, perçus comme cruels par la personne démente désorientée, le thérapeute amène le patient à parler du souvenir qu'il évoque dans le calme et l'objectivité. L'écoute empathique crée un climat de confiance et réduit l'anxiété. Les sentiments douloureux exprimés puis validés s'apaisent.

Feil décrit (2005) les **différentes techniques de Validation** à employer auprès des patients, des résidents, des proches concernés par une démence :

- **l'écoute** : c'est une étape qui permet de se concentrer sur l'état émotionnel de la personne et se caler sur sa respiration pour entrer en relation avec elle.
- **le questionnement** : il est utilisé pour créer le climat de confiance par questions ouvertes (« qui, quoi, où, comment, est-ce que ? »). Il est préférable d'éviter le « pourquoi » qui amène le patient à essayer de comprendre ce qu'il ressent, ce qui peut être trop douloureux.
- **la reformulation** : avec les mêmes mots clés, la même cadence et le même ton, le thérapeute reformule ce que vient de dire le patient pour le rassurer et lui redonner l'estime de lui.
- **la polarité** : il s'agit d'envisager encore pire que ce que craint la personne « ce serait vraiment la pire des choses de faire ça Madame ? ». C'est une façon d'amener le patient à relativiser.
- **dire le contraire et faire se souvenir** : le thérapeute imagine la situation inverse pour faire retrouver au patient une solution au problème qui a sans doute déjà été utilisée dans le passé « Et autrefois elle a bien marché votre voiture ? Comment faisiez-vous alors ? »
- **le maintien du contact visuel** : il doit être sincère et proche pour créer un lien affectif. Le thérapeute peut parler d'une voix claire et basse pour renforcer le climat de sérénité.

- **l'ambiguïté** des termes de vocabulaire : il arrive que la personne âgée désorientée produise des néologismes, le thérapeute peut les reprendre avec des termes génériques ambigus « ils, elles, c'était, on ».

- **la technique du miroir** : reproduire les stéréotypes du patient en période désorientée peut créer un climat de confiance et le ramener au calme.

- **la stimulation du sens préféré** : selon les centres d'intérêt du patient, le thérapeute peut proposer des activités sonores ou visuelles.

- **le toucher** : il faut aborder la personne de face et selon son émotion, lui toucher l'épaule, le visage, la nuque, la main... La moindre résistance de la part du patient doit faire stopper le geste.

- **la musique** : des chants d'époque et des mélodies connues du patient sont des moyens très pertinents d'entrer en contact avec les personnes âgées désorientées et de leur procurer un sentiment de sérénité.

Giard décrit la Validation lors du colloque international des approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer en 2008 (revue gériatrie tome 33 n°6) comme un outil pour rejoindre les patients déments dans leur logique. Les troubles du comportement chez la personne âgée désorientée sont des mécanismes de défense et une tentative de résoudre les conflits du passé. Valider, c'est donc reconnaître le comportement et les paroles de cette personne désorientée.

2.2.5 La Réminiscence

Les patients atteints de Démence de type Alzheimer sont très souvent atteints dans leur sentiment d'identité. Les souvenirs reviennent par bribes et s'estompent et ne leur permettent pas d'accéder au sens de sa vie. Ils perdent leur sentiment de continuité.

Goldberg (2006) fixe les objectifs d'une thérapie par réminiscence à savoir offrir une communication claire et accessible à la personne âgée démente, s'éloigner des obstacles que sa maladie amène et contribuer à sa **revalorisation et à sa reconstruction identitaire**. Dans un atelier réminiscence, il s'agit de susciter des souvenirs en évitant de poser des questions directes au patient, de lui fournir la possibilité d'évoquer des souvenirs sans formulation verbale par la reconnaissance d'objets par exemple. En effet, l'encourager dans son récit de vie, dans la transmission de ses expériences et de ses savoirs malgré ses capacités langagières diminuées, c'est reconnaître les compétences du patient et son honneur.

Cappeliez (2009) définit dans *Gérontologie et Société* la réminiscence comme un retour à l'esprit d'une image imprécise non reconnue comme souvenir, où domine la tonalité affective. Il donne les différents objectifs de la réminiscence auprès de patients déments : la stimulation cognitive, l'amélioration du bien-être psychologique du patient, la création d'activités de loisir social.

Il s'agit selon cet auteur d'une **approche cognitivo-comportementale**, dans la mesure où le thérapeute cherche d'une part à valider les expériences positives et de mettre en relief l'adaptation et la compétence du patient, et d'autre part à aider la personne à développer des points de vue plus valorisants concernant les événements et les perceptions de soi. Cappeliez ajoute que cette thérapie permet une réduction de la taille de la symptomatologie dépressive chez ces patients.

Dans cette revue scientifique sont présentés les travaux de Wong et Webster qui différencient huit types de fonctions de la réminiscence :

Taxonomie des réminiscences (Wong, 1995)	Fonctions des réminiscences (Webster, 1997)	Exercice pour le patient
Réminiscence intégrative	Identité	souvenirs pour créer cohérence de vie et valeur personnelle
Réminiscence instrumentale	Résolution de problème	souvenirs qui aident à composer le défi présent
Réminiscence instructive	Instruire/ informer	transmettre une leçon de vie
Réminiscence narrative	Conversation	souvenirs autobiographiques rappelés dans le but d'alimenter une conversation avec une histoire
Réminiscence obsédante	Regain d'amertume	ruminations sur les problèmes de l'échec
Réminiscence d'évasion de la réalité	Réduction de l'ennui	recours aux souvenirs glorieux du passé pour combler le manque de stimulation
	maintien de l'intimité	garder les liens avec les personnes qui nous sont chères
	préparation à la mort	questions existentielles de vie

Tableau 3 : parallèle entre les deux classifications des réminiscences

En séance, le thérapeute propose une exploration d'objets ou de photographies. Le travail commence par un plaisir de découvrir le support, puis par une description dans l'échange de ce qui est observé. Pour créer un climat de confiance, le professionnel peut faire ressortir des points communs avec sa propre histoire, avant de proposer au patient d'en faire de même.

Cette thérapie permet une amélioration de la qualité de vie du patient qui vit une expérience positive qui lui rappelle des événements de sa vie dans lesquels il était actif et en bonne santé. Le patient ressent alors des sentiments de confiance en soi et de gaieté. C'est une activité qui lutte contre sentiment de découragement et d'angoisse que peuvent ressentir les personnes âgées désorientées.

C'est une thérapie qui privilégie souvent le **support photographique**. D'après Etiemble et Morillon (2011), la photographie présente de nombreux avantages. Elle permet de structurer l'entretien et le thème de la séance, tout en laissant une directivité faible. Le patient reste libre dans l'interprétation de ce qu'il voit, de traiter tous ou quelques détails de la photographie, de commenter spontanément un élément qui amènera au souvenir d'un autre : l'échange verbal est facilité.

2.2.6 Le chant

Selon Castrarède et Anzieu (1987), le **chant et la voix sont intimement liés à la personnalité**, au vécu, et à la culture de chaque individu. La voix est un témoin de l'enfance (berceuse, comptines, cris...) et est aussi messagère du corps tout entier.

Moyne-Larpin (1999) écrit à propos des personnes âgées atteintes de démence : « quand ils ont dû renoncer à tout, il reste encore la musique »⁶. La musique est accessible à tous, à tout âge, et dans toutes les cultures, car elle résonne en tout individu.

La musique est porteuse d'émotions, tout comme l'entrée dans la vieillesse. Chanter sollicite des régions diverses du cerveau, dont la structure cérébrale limbique qui fait appel à l'affectivité car la musique est en grande partie un **langage affectif**.

Pour cette génération, le chant a été une forme d'expression musicale très utilisée et rejouée. Chanter était à une certaine époque l'une des seules façons de faire exister la musique en dehors des concerts et des salles de danse.

Conoir (2008) décrit les chansons d'une même époque comme une mémoire collective touchant tous les individus d'une société par leurs sujets universaux et intemporels.

Dans le chant, **la mémoire est sollicitée** : à la fois dans sa dimension musicale pour la mélodie, et dans sa dimension langagière pour les paroles, que le patient chanteur récite par

⁶ Moyne-Larpin, Y. (1999). *Formation aux pratiques musicales en gérontologie*. Paris : Desclée de Brouwer. p. 23.

cœur. Chanter avec les patients est aussi un moyen indirect d'intégrer des modèles syntaxiques et linguistiques riches au discours des patients. Ce sont les chansons de jeunesse qui reviennent le plus fidèlement en mémoire, elles font revivre aux patients des souvenirs d'une époque de santé et de projets pour l'avenir. Les chansons sont inscrites en mémoire procédurale et biographique, les plus longtemps préservées dans le cas de démence neurodégénérative.

En séance avec un patient âgé, il est préférable de choisir des chants courts de manière à ne pas fatiguer la voix ; l'attention et l'intérêt doivent aussi être en éveil jusqu'au bout. Les chants à refrain permettent une participation très active du patient sur cette partie de la musique car c'est la mieux encodée. Privilégier les thèmes de l'amour, de l'amitié, et du récit de vie est une motivation supplémentaire pour le patient.

Chanter est une façon de raconter son histoire personnelle, à travers les textes et les émotions portées par les chansons. Le patient retrouve des capacités vocales et respiratoires pour raconter une histoire qui peut-être semblable à la sienne, ce qui réactive une image valorisante de lui-même. Aussi, l'émergence de souvenirs faisant écho à sa propre vie permet au patient désorienté d'assurer une continuité dans sa biographie.

Cardinale et Durieux (2004) mettent en avant **la richesse relationnelle** du chant. « Chanter c'est cultiver sa voix et entrer en conversation avec autrui ». Pour les patients âgés désorientés, une thérapie par le chant leur permet de maintenir une appétence à la communication. Mais c'est une forme du langage avec une forte valeur expressive qui est proposée. La ligne d'intonation d'une phrase ou d'un discours est remaniée pour s'adapter à la mélodie. Le chant est une façon désinhibée et libérée de communiquer un message. Chanter est un moyen pour les personnes âgées désorientées d'extérioriser des frustrations et des tensions accumulées, procurant un sentiment de détente et de bien-être.

2.2.7 La valorisation

Il s'agit d'adopter une attitude encourageante et valorisante envers le patient. Les formules de valorisation du travail effectué ou de l'attitude du patient, les gestes rassurants (poser une main sur l'épaule) sont autant d'actes valorisants qui motivent le patient pour la tâche à effectuer et le confortent dans **son estime de lui**.

Cette attitude thérapeutique comprend aussi le discours explicatif de l'utilité de la prise en charge. Lorsqu'un patient est confronté à un échec ou à la prise de conscience de ses capacités cognitives qui se dégradent, le thérapeute doit pouvoir trouver les mots justes qui expriment à

la fois le déclin inévitable dû à la maladie mais aussi et surtout l'importance de la stimulation cognitive, sociale, manuelle au quotidien.

Valoriser le patient durant les temps de séances c'est savoir lui redire de temps à autre que le but n'est pas forcément de réussir l'exercice proposé ou de donner la bonne réponse, mais **d'enclencher une réflexion** et de mettre en œuvre des moyens de résolution de problème au niveau cérébral. La démarche d'accompagnement dans cette gymnastique cérébrale prend du sens pour le patient si le thérapeute resitue régulièrement l'objectif : alimenter autant que possible les fonctions cérébrales par la réflexion et la communication afin de préserver le plus longtemps possible les capacités. Une grande partie du travail du thérapeute est donc de valoriser les échecs du patient autant que ses réussites, par des rappels réguliers des visées de la prise en charge proposée.

3. Le rôle de l'orthophoniste

3.1 Nomenclature des actes

Selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S., 2000), les prises en charge non médicamenteuses de la Démence de Type Alzheimer sont :

- **la stimulation psychocognitive** : rééducation de la mémoire, du langage et de la communication, des compétences fonctionnelles
- **les approches psychosociales** : validation therapy, reminiscence therapy, reality orientation therapy, psychothérapie
- **la relaxation** : musique, massage, environnement
- **les activités occupationnelles et récréatives** : conversation, lecture, dessin, jeux
- **l'approche comportementale** : stimulation sensorielle, sons (musiques, chants), couleurs, lumière, stimulation de l'activité motrice avec danse, promenade, mouvements, gymnastique.

Rousseau (2004) considère que ce qui est préservé à un moment donné au niveau cognitif sera altéré un peu plus tard. L'objectif de la prise en charge orthophonique est donc **d'agir sur ce délai**, et de faire en sorte que l'altération se produise le plus tardivement possible.

Le ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille a proposé un plan Alzheimer en 2005 (mis en place en 2008) indiquant les objectifs fixés pour améliorer la qualité de vie de malades et de leurs proches au quotidien :

- reconnaître la maladie d'Alzheimer comme **maladie à part entière** et promouvoir le respect de la personne malade.
- **anticiper et mieux prendre en compte les besoins** des malades et des familles, faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins.
- **faciliter un diagnostic précoce** de qualité afin de ralentir l'évolution de la maladie et prévenir ses complications.
- mettre en place **une politique d'accompagnement renforcée** pour les malades et les familles dès le stade précoce de la maladie.
- mieux accompagner les malades qui vivent **à domicile**
- **adapter les E.H.P.A.D.** pour prendre en compte la spécificité de cette maladie
- développer la **formation des professionnels** et aider les bénévoles
- faciliter la prise en charge des malades en **situation de crise**
- prendre en compte **la spécificité** des patients jeunes
- favoriser les études et la **recherche clinique**

C'est dans cette lignée que s'inscrit la prise en charge orthophonique du patient atteint de Démence de Type Alzheimer.

3.2 Quel sens pour le soin orthophonique?

Dans les besoins fondamentaux de Maslow, l'estime de soi est un concept clé de l'existence humaine. Les possibilités d'exprimer ses pensées et ses affects, l'accomplissement personnel, le sentiment d'appartenance à une communauté de vie et celui de vivre une vie digne porteuse de sens sont des éléments fondamentaux pour tout individu depuis la naissance jusqu'à la mort.

Or, comme l'écrivent Hirsch et Ollivet (2007), les patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer et donc d'une maladie mentale subissent une **triple stigmatisation** : l'âge avancé, la maladie incurable et la maladie mentale. La forte médiatisation de la maladie d'Alzheimer depuis quelques années participe à démocratiser le sujet, à en faire un véritable enjeu de société au-delà d'un simple sujet tabou. « Soigner même sans guérir, c'est rendre au malade son statut de personne, reconnaître la présence de la maladie et valoriser au-delà du déficit ». Pour les équipes soignantes prenant en charge les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, il s'agit de dépasser le simple constat de la maladie grave et de l'incurabilité. Comme le stipule la charte éthique Alzheimer, les professionnels de santé œuvrent au quotidien pour la qualité et le confort de vie des personnes âgées dépendantes. (Annexe 3, p. 98).

Devevey (2009) pose les principes éthiques de prise en charge des patients déments dans la Revue Orthophonique : « Communiquer, ce n'est donc pas simplement émettre un message. C'est surtout instaurer ou tenter d'instaurer une relation dans laquelle chaque partenaire se voit attribuer un rôle, une place, une position, ou encore une image de soi positive »⁷.

Le rôle de l'orthophoniste est de participer à l'**optimalisation communicative** des personnes ayant des troubles de la communication car, « toute personne, quelle que soit l'étendue ou la sévérité de ses incapacités, a le droit fondamental d'influencer, par l'intermédiaire de la communication, les conditions de sa propre existence ».

3.3 Prise en charge aux différents stades de la maladie

La prise en charge orthophonique se fonde sur un bilan des compétences qui permet d'évaluer tout le potentiel à exploiter chez le patient. Dans un premier temps, une stimulation cognitive est proposée au patient, qui en est à son stade de début dans la pathologie. Le but est de maintenir le plus longtemps possible les capacités cognitives restantes, pour se faire des exercices sollicitant les fonctions exécutives et les mémoires seront préconisés.

Très rapidement, avec l'évolution de la maladie, la prise en charge se focalisera sur **les conduites communicationnelles de l'entourage**, plus particulièrement des aidants (Kagane et al., 2000). C'est ce changement qui permettra de réduire considérablement les situations de rupture de la communication avec le patient Alzheimer. Le modèle de communication de Jakobson proposé en 1963 est centré sur le message et composé de 6 facteurs : le destinataire (fonction expressive), le message (fonction poétique), le destinataire (fonction conative), le contexte (fonction référentielle, conditions extérieures), le code symbolique (fonction métalinguistique), et le contact (fonction phatique). Chez un patient atteint de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, l'acte de langage sera presque toujours inadéquat selon l'un des six facteurs. C'est l'attitude de l'interlocuteur (aidant ou soignant) qui sera déterminante pour la réussite de l'acte de communication. De plus, **reconnaître la valeur sémantique** des productions des patients atteints de démence ne pourra que contribuer indiscutablement à diminuer les comportements agressifs. Le travail d'aide aux aidants, de conseils et de formation de l'entourage des patients Alzheimer par les orthophonistes sera donc un axe de travail majeur.

⁷ Devevey, A. (2009). *Dimension linguistique et culturelle de la prise en charge des maladies neurodégénératives*. Rééducation Orthophonique, 240, p. 31

A un **stade très évolué** de la pathologie, la Fondation Nationale de Gérontologie (n°128/129) recommande de **renoncer au travail de « stimulation »** jugé persécutoir, voire pathogène si cela entrave l'intérêt porté aux sentiments et aux motivations du sujet. Il est alors recommandé de mettre en place des activités de groupe type sociothérapie, qui ont un réel impact sur le sentiment de bien-être des patients, sur leurs conduites (moins agressives, plus apaisées) et sur leur motivation pour communiquer.

Jusqu'où prendre en charge ?

Avec l'avancée de la pathologie et la forte diminution des capacités cognitives et physiques, il s'agit alors de centrer de plus en plus la prise en charge autour de la famille. En fin de vie, une présence auprès du patient est déjà une forme de communication si la personne passe par les sens encore actifs pour communiquer. Les concepts de soins et de prise en charge font place à ceux d'humanité et d'accompagnement. Rousseau affirme que « c'est une aide au travail de deuil de celui que le patient a été et d'acceptation de celui qu'il devient » que l'orthophoniste apporte au patient au stade terminal de sa pathologie.

La limite de la prise en charge se définit aussi par rapport aux limites personnelles du thérapeute. Au-delà de la technique du soin, c'est la dimension affective qui doit être prise en compte. L'aspect relationnel a d'autant plus d'importance dans un contexte de fin de vie. L'accompagnement du patient « jusqu'au bout » implique un accompagnement jusqu'à sa mort. L'implication émotionnelle auprès du patient et de sa famille peut être trop difficile à supporter pour le thérapeute.

3.4 La pluridisciplinarité

Quelle que soit la thérapie proposée, c'est dans un cadre pluridisciplinaire que l'orthophoniste exerce son accompagnement auprès du patient. Les pathologies neurodégénératives affectent la santé du patient dans sa globalité.

Au niveau **médical**, différents médecins accompagnent le patient atteint de la maladie d'Alzheimer : le médecin généraliste, le gériatre, le psychiatre. Ils interviennent pour poser le diagnostic et pour le suivi du patient, ils décident de l'évolution des traitements médicamenteux et prescrivent les soins quotidiens et hebdomadaires à administrer au patient.

Un **suivi psychologique** est aussi préconisé pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Le psychologue a un rôle clé dans l'accompagnement de la personne âgée dans l'évolution de sa maladie. Il propose un soutien au moment de l'annonce du diagnostic et une

aide dans l'acceptation des changements de personnalité. Le psychologue intervient autant auprès du patient que de sa famille et les oriente, selon leurs besoins et leurs demandes, vers des associations ou des services d'aide spécialisée.

Les prises en charge **paramédicales** sont nombreuses : infirmiers et aides-soignants participent quotidiennement à l'accompagnement du patient, en particulier lorsqu'il réside en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Les kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes interviennent pour proposer au patient un soin spécifique aux troubles d'une DTA.

Une **coordination des soins** avec des réunions d'équipe et un partage des regards autour du patient permettent une prise en charge adaptée tant au niveau sanitaire que relationnel. Chaque professionnel peut enrichir et modifier sa pratique et les séances qu'il propose en fonction des autres soins qui sont administrés aux patients.

Chapitre 2 : La Dépression du sujet âgé

1. La dépression

1.1 L'Episode Dépressif Majeur

Epidémiologie

La dépression est l'une des affections psychologiques les plus fréquentes.

Les facteurs de risques décrits par les psychiatres sont : des antécédents familiaux, une maladie chronique, une douleur chronique, un isolement social, un événement de rupture, une situation de stress.

Au-delà des causes, une étiopathogénie de **facteurs déclenchants** est décrite. Ainsi, une atteinte des fonctions supérieures, des perturbations mnésiques, une diminution des activités sociales, le veuvage, ou l'absence de la famille peuvent être des éléments fragilisant le sujet et déclenchant un épisode dépressif majeur, voire une dépression sur le long terme.

Définition

La dépression est une baisse, **un effondrement de l'humeur**. L'humeur est la tonalité affective de base de l'individu. C'est une maladie grave qui entrave l'autonomie et altère la qualité de vie. C'est un problème majeur de Santé Publique.

Pazzolo (2007) décrit la dépression comme un mal-être venant de l'intérieur. Pour la personne dépressive, le monde extérieur n'est pas effrayant mais elle se sent incapable d'y vivre, ne possédant pas à son sens les qualités nécessaires pour s'y adapter.

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (4^{ème} édition, 1996) « Un trouble dépressif majeur est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs ».

Un épisode dépressif majeur est un épisode thymique. La caractéristique principale de cet épisode est soit une humeur dépressive soit la perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. C'est une dépression qui a une durée bien définie et qui provoque un grand handicap social si elle n'est pas résolue.

En effet, le triple syndrome qui se manifeste dans les dépressions prive le patient de sa qualité de vie antérieure. Pour chaque domaine entravé, le patient présente un ou plusieurs de ces troubles :

- **une humeur dépressive** : tristesse, douleur morale, pessimisme, vide interne, échec, culpabilité, autodévalorisation, idées de mort.
- **un ralentissement psychomoteur** : perte de l'élan vital, asthénie (fatigue), aboulie (perte de la volonté), anhédonie (perte du plaisir), hypoesthésie, lenteur, agressivité.
- **des troubles somatiques** : sommeil (endormissement, réveils précoces, hypersomnie), appétit (anorexie, hyperphagie), sexualité (impuissance, frigidité), douleurs (dos, céphalées, perturbations cardiovasculaires).

Parfois se surajoute **une anxiété**, avec une grande agitation et un risque de raptus suicidaire. La personne angoissée a peur de l'arrivée d'un événement négatif et a l'impression d'être en sursis.

Les étiologies

Il existe quatre types d'étiologies des dépressions : endogènes, psychogènes, organiques, et environnementales.

Souvent la dépression est décrite comme **multifactorielle**. Par exemple, à un moment donné, un traumatisme psychologique survient chez un sujet qui présente un déficit biologique en sérotonine et qui vit dans un milieu excessivement stressant. D'après Palazzolo, 2007, « la personne dépressive n'arrive pas à surmonter ce qui lui est arrivé. Elle traîne un lourd fardeau devenu insupportable et ne possède plus la capacité de faire face à la vie ».

1.2 Les autres formes de la dépression

Dans la littérature, différentes formes cliniques de dépression sont décrites par les psychiatres:

- **la forme anxieuse** : avec en particulier un trouble du sommeil à l'endormissement ; le risque d'épuisement est majoré.
- **la forme délirante** : avec une mélancolie prononcée, le délire de culpabilité du sujet est prégnant. La personne dépressive ferait mieux selon elle de ne pas exister car elle est un poids pour tout le monde
- **la forme stuporeuse** : avec un mutisme, une idée d'incurabilité. La personne est comme figée.
- **la forme confusionnelle** : c'est souvent en inauguration d'une pathologie démentielle chez les personnes âgées.
- **la forme masquée** : le patient se plaint de symptômes somatiques mais le ralentissement psychomoteur et l'humeur dépressive sont discrets.

1.3 Les critères diagnostiques

Les deux critères principaux de la dépression sont : **la durée** (symptômes présentés pendant au moins deux semaines), et **l'intensité** (l'épisode doit être accompagné d'une souffrance marquée une altération du fonctionnement social et/ou professionnel).

D'après les caractéristiques de l'Episode Dépressif Majeur, le sujet doit présenter en plus de l'humeur dépressive (avec retrait social, diminution du désir sexuel) ou de la perte d'intérêt, au moins quatre des symptômes suivants :

- **une diminution de l'appétit** : le patient a l'impression de se forcer pour manger et il constate une perte de poids significative. Mais il y a parfois une augmentation de l'appétit avec un désir intense pour certains aliments.
- **un trouble du sommeil** : le patient souffre d'insomnie d'endormissement, d'insomnie de milieu de nuit avec des difficultés à se rendormir, d'insomnie du matin avec un réveil précoce et une impossibilité de se rendormir, ou d'une augmentation du sommeil diurne.
- **des modifications psychomotrices** : elles se traduisent par une agitation (impossibilité de rester assis, tortillement des mains), ou un ralentissement (lenteur des mouvements, de la pensée, des modulations vocales). Ces modifications sont assez sévères pour que l'entourage le remarque.
- **une diminution de l'énergie** : la lassitude et la fatigue sont présentes, les tâches les plus simples exigent un effort substantiel. L'efficacité dans l'accomplissement des tâches est réduite et les activités quotidiennes prennent plus de temps.

- **la dévalorisation et la culpabilité** : le patient a une évaluation négative non réaliste de son utilité ou des sentiments de culpabilité, des ruminations sur des erreurs mineures du passé.
- **une altération de la capacité de penser**, de se concentrer ou à prendre des décisions : le sujet est aisément distractible, et la plainte mnésique est forte.
- **des idées de mort** et une idéation suicidaire avec tentatives de suicide : le patient pense que les autres seraient mieux s'il était mort, il a un plan spécifique pour se tuer.

Il doit exister une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Ces symptômes ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance, et doivent persister pendant plus de deux mois après un deuil.

Diagnostics différentiels

Chez les personnes âgées, il est souvent difficile de déterminer si les symptômes cognitifs (désorientation, apathie) sont mieux expliqués par un début de démence ou par un Episode Dépressif Majeur. L'état prémorbide avec un déclin brutal peut aider à différencier la dépression d'une entrée dans la démence. Ce thème sera traité dans la suite du mémoire.

1.4 Les thérapeutiques

Traitements médicamenteux

Un psychotrope est une substance médicamenteuse susceptible de modifier l'activité psychologique et mentale d'un individu. Trois types de psychotropes modifient l'humeur et la vigilance :

- **les psychostimulants** : antidépresseurs, amphétamines.
- **les tranquillisants** : somnifères, anxiolytiques, neuroleptiques, les antipsychotiques.
- **les psychodysléptiques** : drogues illicites qui perturbent l'activité mentale et la vigilance.

Les antidépresseurs sont des médicaments qui stimulent l'humeur et l'état affectif des personnes atteintes de dépression. Ils sont constitués de plusieurs familles :

- les antidépresseurs tricycliques (ou imipraminiques)
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Ces médicaments provoquent beaucoup moins d'effets secondaires que les IMAO ou les antidépresseurs tricycliques, mais l'effet d'accoutumance est parfois présent.

- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). Ces médicaments sont prescrits en première intention dans le cas d'un épisode dépressif d'intensité modérée ou sévère.

Les somnifères ou hypnotiques sont des médicaments inhibiteurs de l'éveil et de la vigilance (effet sédatif). Ils sont prescrits en cas d'insomnie et permettent un sommeil normal. De nombreuses sortes existent : les benzodiazépines, les antihistaminiques, les imidazopyridines et les cyclopyrrolones.

Les anxiolytiques sont des tranquillisants mineurs destinés à combattre l'anxiété et le stress. Ils sont sédatifs à plus fortes doses que les somnifères. On trouve principalement dans les traitements prescrits les benzodiazépines.

Les neuroleptiques (ou tranquillisants majeurs) sont des médicaments utilisés pour traiter les psychoses : schizophrénie ou états maniaques par exemple. Ils sont sédatifs et provoquent une inhibition psychomotrice et une indifférence au monde extérieur. Plusieurs substances sont classées parmi les neuroleptiques : les phénothiazines, les butyrophénones et les benzamides.

Les antipsychotiques sont aussi appelés les neuroleptiques atypiques. Ils apportent de nouvelles solutions de traitement dans la mesure où ils semblent plus efficaces que les neuroleptiques classiques dans le traitement des signes négatifs de la dépression (ralentissement, retrait affectif, désorganisation cognitive). Les médicaments comme la clozapine ou la rispéridone font partie de cette catégorie.

Traitements non-médicamenteux

La psychothérapie permet au patient de trouver un lieu d'écoute et d'accompagnement vers la guérison. Avec un psychiatre et/ou un psychologue, la personne dépressive va effectuer un travail sur soi pour retrouver une qualité de vie émotionnelle stable. En général, les psychothérapies sont donc une aide précieuse, non seulement pour la guérison, mais pour éviter les récurrences de dépression. Il existe différentes approches proposées aux patients dépressifs.

Les thérapies comportementales et cognitives vont notamment permettre de diminuer les sentiments d'auto-dévaluation et de réduire la vision négative de l'environnement. Elles interviennent par exemple sur le sommeil (facilitation de l'endormissement) et la pratique d'activités plaisantes. L'efficacité de cette approche dans la dépression est aujourd'hui bien

démontrée, notamment lorsqu'elle est associée à des antidépresseurs. De plus elle permet de diminuer fortement le risque de rechute.

Les thérapies interpersonnelles sont basées sur la résolution des problèmes relationnels qui sont la cause de la dépression. Notamment, elles vont s'attaquer aux problèmes de couple ou aux difficultés professionnelles, à l'aide de jeux de rôles, de conseils de communication par exemple.

La psychanalyse est une approche longue qui peut être une aide utile lorsque la personne est sur la voie de la guérison : elle permet d'apporter un soutien au patient et de l'aider à changer durablement de comportement en comprenant les causes de sa dépression.

2. Les personnes âgées

2.1 Vieillesse, vieillesse et société

Le vieillissement est un processus physiologique irréversible qui s'inscrit dans le temps, que subit tout être vivant, et qui va s'achever à la mort de l'individu. L'entrée en vieillesse est un stade avancé du vieillissement.

Selon l'OMS, la population des personnes âgées correspond aux individus de plus de 65 ans. Mais l'âge de la vieillesse évolue avec la société, on s'accorde à dire qu'elle commence à l'âge de la retraite. Socialement, deux aspects s'affrontent : l'idée de **perte** (aspect fonctionnel, diminution intellectuelle et physique, personne à charge pour la société) et l'idée d'**acquisition** (sagesse, connaissance de l'histoire, respect). Le vieillissement social signifie être reconnu comme « vieux » par le groupe auquel un individu appartient.

Conoir (2008) écrit : « dans l'entrée en vieillesse, les pertes prennent le dessus sur les acquisitions, ou alors les acquisitions ne compensent plus la douleur des pertes. Cette confrontation aux pertes est plus propice aux sentiments d'échecs et de dévalorisation, et le risque de dépression est réel. »⁸. Pourtant, les personnes âgées demeurent des personnes désirantes d'investir de nouvelles activités, des situations heureuses de vie, et d'effectuer un bilan de leur vie.

Henrard, Clément et Derriennic (1996) affirment que c'est la conception de déclin qui est encore dominante dans les sociétés occidentales. Ils distinguent deux types de vieillissements.

⁸ Conoir, P. (2008). *Mise en place d'un groupe-chansons en centre gériatrique : réflexion sur la communication de deux personnes aphasiques dans ce groupe*. Université de Nantes : Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie. p. 25 .

Le vieillissement biologique d'abord, qui entraîne des modifications cellulaires aboutissant à une limitation des capacités d'adaptation de l'organisme. Et ensuite le **vieillissement psychologique**, qui correspond au déclin des fonctions intellectuelles et à une diminution de l'estime de soi.

Bruyer et Van Der Linden (1991) décrivent le déclin cognitif dans le vieillissement normal. La plainte mnésique est souvent le premier élément rapporté par les sujets vieillissants. Mais les capacités mnésiques commencent à diminuer dès la troisième décennie. Les processus de maintien et de stockage de l'information sont les plus préservés, mais l'évocation et la récupération des informations en mémoire sont plus difficiles, d'où cette impression d'oubli.

D'après la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG, 2001) l'atrophie cérébrale et la perte neuronale normales touchent les mêmes types de neurones (dans la formation hippocampique, le néocortex associatif préfrontal et temporal) que ceux concernés par la dégénérescence neurofibrillaire dans la maladie d'Alzheimer. La mort neuronale peut être compensée par la plasticité cérébrale dans le vieillissement normal, mais ce mécanisme disparaît dans la maladie d'Alzheimer.

2.2 Les spécificités de la dépression chez le sujet âgé

Apparition et expression des symptômes

Entrer dans la vieillesse demande donc au sujet de réorganiser sa vie psychique. En psychiatrie, trois grandes étapes sont décelées :

- **la réorganisation du Moi**, car les apports narcissiques sont moins nombreux. Cela se traduit par une rigidité (conformisme absolu), ou une régression (orale, anale, hypocondriaque), ou encore par un ajustement pulsionnel (conscience des changements).
- **une installation de mécanismes de défense**, comme la déniation/névrose (le sujet nie une pensée alors qu'il sait qu'elle est là), le déni/psychose (le sujet n'a pas conscience de la réalité extérieure), la régression (en position de repli), ou le délire (de la présence de l'autre).
- **des réactions affectives** comme la colère, l'impulsivité, ou la jalousie.

La revue de la Fédération Nationale des Orthophonistes (2000) décrit cette période de la vie comme une « crise existentielle » difficile à surmonter pour la personne. C'est ce qui crée un terrain dépressif. Lorsque c'est le cas, les symptômes exprimés par le patient ne prennent pas la forme de ceux observés dans les formes habituelles. Les plaintes somatiques sont au premier plan, et accompagnées de plaintes mnésiques exacerbées. Une autre difficulté de

diagnostic de la dépression chez le sujet âgé est aussi l'idée préconçue que les pertes subies dans l'entrée en vieillesse amènent obligatoirement à une période dépressive considérée comme normale. Les symptômes comme le désintérêt, la pauvreté du discours, la mimique figée, la tendance apathique sont banalisés et non reconnus comme pathologiques.

Evolution

Chez le sujet âgé, le pronostic est moins positif que chez un sujet jeune. La phase de consolidation et de retour à une humeur normale est beaucoup longue. Aussi, il y a **un risque accru de chronicisation ou de rechutes**. Une tentative de suicide chez une personne âgée a aussi deux fois plus de risques d'aboutir à la mort étant donnée la fragilité physique plus importante des sujets âgés.

Chapitre 3 : Maladie d'Alzheimer et dépression chez le sujet âgé

1. Des rapports controversés

Quels que soient leurs rapports, le premier constat est que les sémiologies des dépressions et des DTA se recoupent : des troubles cognitifs, comportementaux et affectifs. En clinique, on observe que la dépression retarde le diagnostic de démence et aggrave les troubles cognitifs. La question des liens entre les deux pathologies devient alors pertinente.

La dépression par rapport à la maladie d'Alzheimer a d'abord été considérée comme un diagnostic différentiel, puis comme signe inaugural authentique. La possibilité de coexistence entre un syndrome DTA et une dépression a, par la suite, fait son apparition dans la littérature médicale (Habib, Joannette et Puel, 1991). La dépression peut même être considérée comme une complication de la maladie d'Alzheimer, ou bien encore comme un facteur favorisant l'entrée en démence.

Dartigues et Helmer expliquent aussi dans la revue *gériatrie et société* (2009) que la difficulté de faire la différence entre vieillissement pathologique et vieillissement normal est une des principales causes d'un diagnostic tardif de démence. Un niveau culturel antérieur bas, la présence de troubles sensoriels qui diminuent déjà les capacités, l'isolement et le déni des troubles qui peuvent apparaître dans l'entrée en vieillesse et donc préexister à la DTA sont des obstacles au diagnostic.

1.1 Diagnostics différentiels

La dépression peut se révéler être un diagnostic différentiel de la maladie d'Alzheimer. Habib, Joannette et Puel décrivent alors la **pseudo-démence dépressive**. Cette pathologie débute de façon brutale et s'aggrave rapidement. Le contact avec le patient est généralement difficile car le patient est inhibé, exalté ou abattu. Les sémiologies intellectuelles et comportementales sont semblables à une démence débutante. Cependant, l'attitude plaintive et les demandes de soins du patient dans le cas de pseudo-démence dépressive dénotent de l'anosognosie généralement présente lors de la DTA à son stade de début. Les répercussions sur l'autonomie du sujet sont de faible ampleur dans la pseudo-démence, les performances aux différentes tâches cognitives étant variables (et non pas constamment faibles comme dans la DTA).

1.2 Liens cause/conséquence

Les symptômes dépressifs sont difficiles à appréhender dans la pathologie démentielle, ils sont abordés par de nombreux auteurs comme cause de la démence. Les différentes études présentées lors du congrès de psychiatrie et de neurologie (David, 2014) mettent en exergue le rôle des troubles dépressifs dans l'apparition d'une DTA :

- **Taylor et al. (2013)** démontrent que des patients âgés dépressifs chroniques mais non Alzheimer présentent une atrophie significative des régions hippocampiques comme cela s'observe dans la maladie d'Alzheimer de forme typique.
- **Jost et Grossberg (1996)** prouvent que la survenue de symptômes dépressifs précède l'apparition d'un syndrome démentiel.
- **Gracia- Garcia et al. (2013)** affirment que la présence d'un état dépressif sévère augmenterait le risque de développer une maladie d'Alzheimer.
- **Richard et al. (2013)** : démontrent que la présence d'un état dépressif sévère favoriserait la progression du stade Mild Cognitiv Impairment (MCI, phase pré-démentielle) vers la démence, mais n'augmenterait pas le risque de développer un MCI.
- **Zverova et al. (2013)** avancent plusieurs hypothèses pour expliquer l'association « dépression et démence ». La dépression serait un prodrome de la démence, abaisserait le seuil de déclenchement des manifestations démentielles. Elle entraînerait également des lésions neuronales, notamment au niveau hippocampique, favorisant l'apparition de la démence.

Quelle que soit l'hypothèse envisagée, les symptômes dépressifs sont fréquents en début d'évolution de la maladie d'Alzheimer et sont probablement plurifactoriels. D'une part, une origine lésionnelle cérébrale en lien avec la pathologie neurodégénérative est observée,

entraînant notamment une atteinte des régions limbiques. D'autre part, une origine réactionnelle liée à la prise de conscience par le patient de ses difficultés cognitives est aussi constatée.

Ploton publie ses conclusions d'étude dans la revue *Gérontologie et société* (2009). Il n'est selon lui pas concevable d'ignorer l'importance des facteurs émotionnels et du fonctionnement psychoaffectif sur le fonctionnement cérébral. Chaque état émotionnel se traduit par des modifications biologiques qui concernent le fonctionnement de l'ensemble des neurones cérébraux.

Des théories sont basées sur le rôle délétère de la démotivation majeure dans le cas de deuil ou d'exclusion socio-affective. Elles placent les traumatismes psychologiques comme des déclencheurs, voire des inducteurs de la maladie d'Alzheimer. La dépression sur le long terme et le stress permanent sont aussi envisagés comme responsables possibles de désordres neurologiques (comme la mort neuronale).

Ploton met en évidence une subtilité importante : l'activité neuronale est le support matériel de l'information, alors que l'activité psychique concerne le registre de l'information (sensations, souvenirs, pensées, fantasmes). Selon lui, il y a un **lien de traduction et de représentation de la neurologie par la psychologie**, et donc pas de lien de causes à effet direct. Par exemple, la somme des problèmes non résolus devient importante pour le patient du fait de son déficit neuronal, les contraintes envisagées sont supérieures aux possibilités de résolution dans les activités quotidiennes, d'où l'intrication.

Selon ses études, il faut aussi mettre en lien la configuration du réseau cérébral et la typologie de la personnalité. Certaines sont plus propices à une évolution démentielle, même si la personnalité de l'individu reste préservée jusqu'au bout de la maladie.

1.3 Comorbidité et majoration des troubles cognitifs

En pratique clinique, les chercheurs constatent **une coexistence** fréquente de démences organiques avec des états dépressifs. La dépression est même plus fréquente dans les formes légères à modérées de démences (20 à 30%) par rapport aux formes plus sévères (12%). Les études montrent que cet état dépressif n'est pas qu'une simple réaction à la maladie mais bien une réelle atteinte des circuits catécholaminergiques ou cholinergiques modulant l'humeur. La dépression amplifie le trouble cognitif, le traitement antidépresseur permet donc au patient de retrouver une autonomie malgré le déficit cognitif persistant. Dans un contexte de démence avérée, diagnostiquer une dépression est difficile pour le corps médical. Cependant, une

décompensation brutale ou une réaction aux traitements neuroleptiques sont des arguments en faveur de la présence d'une dépression, et donc d'une comorbidité des deux syndromes.

Ornon (2000) insiste sur cette **distinction psychopathologique** : « l'approche théorique entre maladie dépressive et démence ne se pose plus en termes de diagnostic différentiel mais en terme de comorbidité et d'intrication de ces deux affections »⁹. L'examen clinique se doit d'être d'autant plus rigoureux afin de ne pas porter un diagnostic de démence pour une réelle dépression, et de ne pas masquer un processus démentiel débutant par un diagnostic de dépression.

Les séquelles cognitives d'une dépression guérie chez un sujet peuvent aussi se surajouter à la démence (Habib, Joannette et Puel, 1991). Cela laisse entrevoir des possibilités de récupération des compétences et de progressions même dans le cas de démences dégénératives au stade de début avec la mise en place d'une stimulation cognitive.

2. Physiopathologie cérébrale des deux pathologies

2.1 Similitudes anatomopathologiques

FitzGerald, Folan-Curran, et Maloine (2003) précisent certains aspects de neuroanatomie (Annexe 7, p. 151).

L'hypothalamus est une structure du système nerveux (au sein du télencéphale) qui fait partie du système limbique. L'hypothalamus a un rôle significatif pour l'être humain sur les stratégies de base de la survie et sur les aspects de la mémoire. L'hypothalamus a une influence sur l'alimentation, la peur, le rythme veille/sommeil, le comportement sexuel. Ces mêmes éléments sont atteints lors d'une dépression.

Les corps mamillaires appartiennent à un **circuit limbique de Papez**, impliquant le fornix (qui leur envoie des fibres) et le faisceau mamillo-thalamique (qui se projette sur le noyau antérieur du thalamus). Ce circuit a une fonction de relation avec la mémoire.

Le système limbique comprend le cortex limbique (formation hippocampique, aire septale, gyrus parahippocampique, gyrus angulaire) et les noyaux sous-corticaux (dont l'amygdale) en rapport avec lui. La formation hippocampique qui en fait partie joue un rôle dans la fonction mnémonique et dans la fonction de maintien du sens spatial.

Le cortex cingulaire joue quant à lui un rôle dans la régulation de la tonalité émotionnelle.

⁹ Ornon, C. (2000). *La plainte mnésique*. Rééducation Orthophonique, Fédération Nationale des Orthophonistes, 201, p. 55.

Dans la maladie d'Alzheimer, on retrouve les manifestations cliniques suivantes :

- la fonction hippocampique décline : le patient présente une amnésie antérograde, un déficit de l'attention, une difficulté à trouver son chemin
- la fonction occipito-temporale décline : incapacité à lire et à écrire (gyrus supramarginal et angulaire du système limbique), prosopagnosie
- la fonction du lobe frontal est atteinte : état vacant, regards fixes, pertes des habiletés sociales.

Des lésions bilatérales de la formation hippocampique entraînent une amnésie antérograde avec une **perte de la mémoire déclarative**. La mémoire procédurale est préservée.

David (2014) présente différentes études qui ont fait état de l'anatomie fonctionnelle du trouble dépressif :

- **Phillips et al. (2003)** décrivent deux systèmes en interaction. D'une part le système ventral est composé de l'amygdale, l'insula, et les régions ventrales du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal. Ce système serait impliqué dans la régulation automatique des émotions. D'autre part, il y a le système dorsal, composé de l'hippocampe et des régions dorsales du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal. C'est la région responsable de la régulation des états affectifs.
- **Maletic et al. (2007)** reprennent cette organisation cortico-sous-corticale en illustrant l'épisode dépressif comme un état de dérégulation de deux systèmes. Le système limbique sous-cortical est hyperactif : il provoque les troubles émotionnels comme la douleur moral, la culpabilité, les ruminations, les idées suicidaires. Les régions intégratives et cognitives dorsales sont hypoactives et entraînent le déficit cognitif de la dépression (trouble de la concentration, de la mémoire, des fonctions exécutives).
- **La neuro-imagerie de la dépression** permet de constater les anomalies de volumes des structures hippocampiques et de l'organisation cortico-sous-corticale chez les sujets âgés atteints de dépression. Des anomalies similaires sont retrouvées chez le sujet déprimé non âgé.
- **Schneider et al. (2011)** n'ont révélé aucun biomarqueur suffisamment discriminant pour poser un diagnostic certain de démence. Mais les auteurs proposent un modèle regroupant les potentiels biomarqueurs organisés selon trois niveaux : neuronal, moléculaire, génétique. Ils sont utilisés afin de mieux discriminer les pathologies démentielles des pathologies dépressives.

2.2 Mémoire et émotions

La psychopathologie cognitive de Van Der Linden est une branche récente de la **psychopathologie** qui utilise les concepts et les méthodes de la psychologie cognitive afin d'étudier les dysfonctionnements cognitifs (déficits, biais et croyances, dans leurs dimensions consciente et non consciente) dans les états psychopathologiques. Cette approche considère que les dysfonctionnements cognitifs, en lien étroit avec les processus émotionnels et relationnels, contribuent au développement, au maintien et à la récurrence des états ou symptômes psychopathologiques. Cette approche, ainsi que les écrits de Van Der Linden, confortent la théorie d'un lien étroit entre les Démences de Type Alzheimer (troubles cognitifs) et les dépressions (troubles psychopathologiques).

Le pic de réminiscence dans la mémoire autobiographique est un concept présenté par Piolino, Desgranges, et Eustache (2000). Le nombre de souvenirs accessibles à la conscience grâce à la fonction de réminiscence diminue normalement avec l'éloignement temporel ; les souvenirs récents sont plus nombreux que les souvenirs anciens. Mais on observe le phénomène de pic de réminiscence qui concerne les souvenirs liés à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Il est observé chez les sujets normaux et pathologiques. Cette période charnière entre 10-15 ans et 25-30 ans fournit des indices de récupération de souvenirs autobiographiques particulièrement efficaces. C'est une période de vie riche en événements marquants, en expériences fortes émotionnellement et joue un rôle important dans la construction et le maintien de l'identité. Plus l'émotion liée à un événement est intense, plus le rappel de ce souvenir est facile, précis, et détaillé. Donc malgré l'éloignement temporel plus important, les souvenirs de cette période de vie sont rappelés plus facilement.

Selon Damasio (1995), il n'y a pas de cognition sans émotion. L'esprit abstrait et la pensée sont liés au plaisir et à la douleur tout comme la mémoire complexe ne peut fonctionner sans l'implication du système limbique. Chapouthier (2006) corrobore ses propos en affirmant que la mémoire de tâches complexes ne peut s'effectuer sans l'action du système limbique, siège des émotions. Il ajoute que les émotions négatives ont une empreinte plus forte car tout le corps met en place des mécanismes de défense lors d'un événement déplaisant.

Il est important d'apporter une distinction de vocabulaire et de concept entre émotion et humeur. **Une émotion** est une réponse de l'ensemble de l'organisme qui met en jeu une excitation physique, des comportements expressifs et des expériences conscientes. Les émotions viennent teinter d'une connotation particulière la cognition, le discours et les comportements des patients déprimés (Besche-Richard et Bungener, 2006). On distingue dans

la littérature six émotions de base : la tristesse, la joie, la surprise, le dégoût, la colère, la peur. Les émotions sont des états affectifs particuliers, accompagnés de modifications physiologiques, corporelles et cognitives. **L'humeur** est une disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, de l'ordre du plaisir ou de la douleur (Delay, 2006). L'humeur est considérée comme un état affectif qui s'installe progressivement contrairement à l'émotion qui est éphémère et s'installe brutalement (état aigu). La régulation de l'humeur est influencée à la fois par l'environnement et par les dispositions de base de l'individu qui appartiennent à une gamme chronique de tonalités affectives.

La dépression est de l'ordre de l'humeur, c'est le corps et l'individu tout entier qui est en jeu. La tristesse est du ressort des émotions, c'est un objet extérieur qui est en cause et seule la vie psychique est touchée.

La façon d'évaluer l'information (selon les goûts) est en grande partie responsable de l'apprentissage inconscient (non déclaratif). Cet apprentissage émotionnel se reproduit indépendamment de la cognition consciente : sans être capable d'identifier un objet, un individu peut le préférer à un autre objet (Squire et Kandel, 2002). Pour un même souvenir, deux structures interviennent : l'hippocampe et l'amygdale. L'hippocampe permet le rappel conscient de l'événement, c'est la mémoire déclarative qui est en jeu. Et l'amygdale garde en mémoire de façon inconsciente, procédurale, les sentiments de peur ou d'attachement qui sont rattachés à cet événement. Il est prouvé qu'un fort contenu émotionnel améliore les capacités mnésiques, grâce au rôle de l'amygdale. Les hormones de stress comme l'adrénaline (qui sont libérées dans le sang lors d'un événement imprévu et brutal) activent l'amygdale. Et même dans le cas d'un dysfonctionnement de l'hippocampe comme dans la DTA, les souvenirs avec une forte empreinte émotionnelle peuvent être rappelés grâce au fonctionnement amygdalien.

2.3 Mémoire et identité

La question de l'identité chez la personne âgée démente se pose d'autant plus que la pathologie progresse. Selon Tap (1988) : « l'identité personnelle s'instaure à partir d'un sentiment de continuité et de permanence établi par la remémoration du passé, l'utilisation du présent et l'élaboration du futur ». L'identité permet à un individu de ressentir un sentiment de cohérence qui lie ses expériences de vie de façon logique. C'est une base de **l'affirmation de soi** et de l'autonomie. Or, comme l'affirme Rousseau (2013), dans la Démence de Type Alzheimer ce sentiment de continuité par l'évocation spontanée des souvenirs pour élaborer le

futur est fortement entravé. Les patients expriment un mal-être global, une transformation interne qui engendre un sentiment de discontinuité et une impression de perte d'identité. En atteignant la mémoire autobiographique, cette maladie atteint le sujet dans son **unité**.

« Le self est une métacognition, un ensemble de représentations multidimensionnelles de soi (sa personnalité, ses goûts, ses valeurs, ses buts, etc.), organisées et stockées en mémoire et se définissant en interaction avec la représentation d'autrui » (Lalanne et al., 2010). Le self est à l'origine de la construction de l'identité de tout individu ; cette entité est donc fortement en lien avec la mémoire autobiographique (souvenirs des événements plaisants ou déplaisants, des émotions ressenties, ...). Ce concept a donc toute sa place dans l'étude de la maladie d'Alzheimer et de ses répercussions sur le psychisme du patient.

3. L'intérêt porté aux troubles dépressifs dans les thérapies non médicamenteuses des DTA.

3.1 Les résultats des études-bilans des thérapies

Rousseau (2014) rapporte que la plupart des thérapies non médicamenteuses ont fait l'objet de revues et de rapports concluant tous à l'absence de preuves convaincantes de leur efficacité. Une étude d'efficacité à long terme est proposée pour trois thérapies : la stimulation cognitive collective, la thérapie par reminiscence en groupe, la prise en charge individualisée. Les bénéfices apportés se traduisent par une diminution de la symptomatologie dépressive, un déclin moins rapide dans certaines mesures de la cognition, l'atténuation de certains troubles du comportement, une amélioration de la qualité de vie, et une relative satisfaction des soignants et aidants prenant en charge le patient au quotidien.

La stimulation cognitive est la méthode la plus largement utilisée. Cependant, une analyse réalisée par Clare (2003) concluait qu'aucune étude ne permettait de mettre en évidence une efficacité significative de la stimulation cognitive en thérapie de groupe sur la cognition ou sur l'autonomie. Mais pour ce qui est des troubles dépressifs, il existe sur une année une différence sur l'échelle de dépression administrée aux sujets. Dans la prise en charge individuelle, il n'existe pas d'essai testant l'efficacité de cette technique mais seulement des études de cas uniques, le nombre très limité de patients ne permettant pas de tirer de conclusion générale.

La thérapie de reminiscence emporte un large succès dans les pratiques paramédicales et seuls ses effets antidépresseurs ont été mis en évidence. La reminiscence est aussi beaucoup utilisée

en prise en charge individuelle auprès de patients DTA mais peu de publications sur leurs effets ont été entreprises.

Une revue de la littérature a été réalisée par Neal et coll. (2003) et trois études randomisées ne rapportent aucune amélioration sur les mesures cognitives ou sur les activités de la vie courante avec l'application de la thérapie par empathie de Feil. Mais une des études témoigne d'une amélioration de la dépression à un an.

3.2 Des approches pertinentes par rapport aux troubles dépressifs

Beck a déclaré en 1998 : « Il existe une corrélation clinique entre dépression et démence de type Alzheimer : les éléments dépressifs conduisent à un affaiblissement des facultés intellectuelles, notamment de la mémoire ; les difficultés intellectuelles ont à leur tour un effet dépressogène en faisant baisser l'estime de soi ; en retour, l'autodépréciation aggrave les déficits intellectuels »¹⁰.

Selon les études relatées dans le mémoire de recherches de « Communication et Maladie d'Alzheimer » de Conoir (2008), la thérapie par **réminiscence** permettrait **une amélioration de l'humeur et de la symptomatologie dépressive**, une diminution des troubles comportementaux, et une légère amélioration de la qualité de vie.

Cardinale et Durieux (2004) remarquent que le chant permet la **circulation d'énergies positives** et un regain de vitalité chez des personnes âgées dépressives immobilisées par l'apathie. Le partage de souvenirs heureux autour du chant redonne de la consistance à la personne malade. Le cerveau émotionnel est touché quand le patient chante et quand il est porté par la voix de son thérapeute (Stefanini, 2014).

Conoir, (2008) fait un rapprochement intéressant entre écoute musicale et émergence de souvenirs. Cette activité participe à la structuration temporelle de la personne et **reconstruit une certaine continuité dans sa biographie**. La musique, par son fort ancrage émotionnel touche les patients même très avancés dans leur processus d'involution. La mémoire musicale et la mémoire des paroles des chants d'antan sont parfois inscrites en mémoire procédurale, comme celle-ci est plus longtemps préservée le patient se retrouve capable de productions verbales et d'expression.

¹⁰ Besche-Richard, C., Bungener, C. (2006). *Psychopathologies, émotions et neurosciences. Chapitre « émotions, cognition et troubles dépressifs »*. Paris : Belin Sup. p. 63.

Les liens entre maladie d'Alzheimer et dépression sont nombreux. La description des pathologies et des symptômes ressentis par les patients sont en corrélation. Aussi, les thérapies différentes thérapies proposées aux patients se rejoignent et leurs objectifs sont cohérents et pertinents pour les deux maladies.

Cette première partie présente les fondements théoriques du thème de la recherche. Ainsi, les connaissances biologiques, anatomiques, psychologiques et sociales de la maladie d'Alzheimer et des dépressions sont établies. Il s'agit désormais d'utiliser ce savoir pour résoudre la problématique du mémoire en posant des hypothèses et en proposant un protocole de recherche.

Problématique, hypothèses, objectifs et justification de la recherche

1. Problématique, problème de recherche

Les liens entre la dépression et l'expression clinique de la maladie d'Alzheimer ont peu été exploités dans le champ de l'orthophonie.

Ce constat m'amène à proposer la question de recherche suivante : la mise en place dans l'accompagnement orthophonique des approches décrites précédemment et prenant en compte la dépression des patients atteints de maladie d'Alzheimer permet-elle un maintien des mémoires et des capacités de communication ?

2. Les hypothèses

Hypothèse principale : dans la prise en charge orthophonique, l'utilisation des différentes médiations prenant en compte les troubles dépressifs permet une stimulation et un maintien aussi longtemps que possible des mémoires et des capacités de communication des patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer.

Hypothèse secondaire : la thérapie proposée a un impact positif sur le comportement dépressif des sujets.

3. Les objectifs de l'étude

Il s'agit d'évaluer l'efficacité à court terme (six mois) d'une prise en charge orthophonique individuelle de type réminiscence ou Validation, et prenant en compte les troubles dépressifs, de deux patientes atteintes de maladie d'Alzheimer.

L'objectif principal est de démontrer qu'une prise en compte des troubles dépressifs est une approche pertinente dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les objectifs secondaires seront d'abord de déterminer si l'approche proposée permet un maintien des fonctions cognitives et de communication chez les patients étudiés, puis de mesurer les effets de la thérapie proposée sur le comportement dépressif des sujets.

4. Justification de l'étude

La réponse à cette question nous permettrait de mieux comprendre les répercussions des troubles dépressifs sur les fonctions cognitives et communicatives dans le cas de maladie d'Alzheimer. Tout en considérant l'écueil principal de cette étude, qui est l'évolutivité de la maladie neurologique, cette recherche permettrait de proposer une approche orthophonique adaptée aux patients concernés par ces deux pathologies.

L'intérêt est de trouver des solutions applicables en séances permettant au thérapeute de dépasser l'obstacle du syndrome dépressif qui se pose dans un contexte déjà très complexe de pathologie dégénérative. Il s'agit de considérer la dépression comme un élément cohérent du soin orthophonique proposé au patient, au lieu de la voir comme une pathologie empêchant la prise en charge.

Les lignes directrices de la recherche sont explicitées. La partie expérimentale développée par la suite traitera du protocole mis en place et du travail mené sur le terrain de recherche. Il s'agit de présenter l'utilisation des connaissances théoriques pour mener à bien un projet thérapeutique répondant à la problématique auprès des patients.

PARTIE EXPERIMENTALE

Chapitre 4 : Méthodologie

Cette étude se divise en plusieurs étapes bien définies :

- **la présentation des participantes de l'étude** : les deux patientes présentent une maladie d'Alzheimer probable et un syndrome dépressif diagnostiqué (Annexes 4a, p.100 et 5a, p.123). Les principales données d'anamnèse des sujets, leurs bilans médicaux et paramédicaux en lien avec l'étude seront alors présentés.
- **l'intervention orthophonique proposée auprès des patientes** : elle s'est déroulée en E.H.P.A.D, tous les lundis du mois d'octobre au mois d'avril, dans le cadre de séances individuelles d'une durée de 45 minutes.
- **la passation de différents tests à t0 (octobre 2015) et à t+6 (avril 2016)** : le M.M.S.E., l'échelle de Mac Nair & Kahn, l'échelle de Beck, l'échelle M.A.D.R.S., et la grille O.S.E. seront présentés. Un questionnaire d'évaluation subjective de la prise en charge est proposé à l'orthophoniste référente à la fin de l'étude.

Dans ce chapitre, je présenterai la population de l'étude, puis la thérapie proposée aux sujets sélectionnés. Enfin les outils d'évaluation relatifs à l'évolution des troubles des sujets seront détaillés.

1. Population de l'étude

1.1 Variables

1.1.1 Les variables étudiées

La variable indépendante est la variable manipulée lors de l'étude. Ici, la prise en charge influence les troubles dépressifs des sujets par les différentes médiations proposées. Les troubles dépressifs constituent donc une variable indépendante invoquée (et non pas provoquée) car ceux-ci sont présents chez les sujets avant la mise en place de l'étude. C'est pour cette raison que cette recherche est qualifiée de **pré-expérimentation** scientifique et non pas d'expérimentation : le travail s'effectue sur des pathologies existant indépendamment de l'influence de la recherche.

La variable dépendante est l'élément mesuré avant et après avoir mené l'étude. Ici, ce sont les mémoires et les capacités de communication des sujets qui sont évaluées.

Le but de cette étude est de démontrer une relation de causalité entre les variables décrites (dépendantes) et manipulées (indépendantes), autrement dit de mettre en avant le fait que la

variable indépendante est responsable des changements observés sur la variable dépendante. Dans cette étude, notre but sera donc de démontrer qu'une prise en charge orthophonique prenant en compte les troubles dépressifs influence positivement les capacités de mémoires et de communication des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer.

1.1.2 Les variables externes

Comme dans toute étude des **variables confondues** sont présentes: ce sont les variables parasites extérieures à celles proposées en séance auprès du patient. Elles ont cependant une influence sur la variable dépendante de mon étude. Dans une liste non exhaustive, il est possible de citer : l'évolution inévitable de la pathologie dégénérative, les autres prises en charge et accompagnements proposés au patient, la présence de l'entourage au quotidien (professionnels de la maison de retraite, autres résidents), le soutien apporté par la famille (visites, intérêt pour les prises en charge). Ces variables non contrôlées par l'étude peuvent avoir des effets bénéfiques ou néfastes sur les capacités cognitives ou l'état émotionnel du patient. Ce sont donc des menaces à la validité interne de l'étude dont il faut tenir compte. La relation de cause à effet entre la thérapie mise en place et l'évolution des sujets sera alors qualifiée de **modérée**.

1.2 Critères d'éligibilité

Les patients sélectionnés pour cette étude ont dû répondre à des critères précis, concernant leur pathologie notamment.

1.2.1 Critères d'inclusion

Les sujets doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- patient présentant un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable
- patient présentant des troubles dépressifs avec un traitement antidépresseur prescrit
- patient âgé de 65 ans et plus
- capacités d'expression verbale suffisantes pour la passation des tests et le déroulement des séances
- suivi orthophonique prescrit sur ordonnance médicale

1.2.2 Critères d'exclusion

Les critères empêchant les sujets d'être inclus à l'étude sont :

- patient présentant des troubles apparemment DTA et/ou dépression mais non diagnostiqués
- patient présentant des troubles démentiels dus à une autre pathologie neurodégénérative
- patient présentant des troubles dépressifs réactionnels (dépression transitoire suite à un événement de vie majeur).

1.3 Recrutement

Le recrutement de la population de l'étude a débuté au mois de septembre, une fois que les critères d'éligibilité étaient clairement définis et que les orthophonistes maîtres de stage avaient connaissance de leur patientèle de l'année 2015-2016. Le choix des patients s'est donc effectué auprès de trois orthophonistes exerçant en libéral. L'étude des dossiers médicaux et les discussions avec les orthophonistes ont finalement abouti au recrutement de deux patientes à partir des critères d'éligibilité cités précédemment : Madame A et Madame B. Ces deux personnes sont suivies par la même orthophoniste.

2. Présentation de la thérapie proposée

2.1 Lignes directrices

2.1.1 Le bilan médical et psychiatrique

Les bilans effectués par les médecins généralistes et les médecins spécialisés mettent en évidence pour les sujets leurs troubles dépressifs ainsi que l'altération des fonctions cognitives (Annexes 4a, p.100 et 5a, p.123). Les médecins ont adressé les patients à l'orthophoniste suite à leurs diagnostics de maladie d'Alzheimer probable. Les antécédents médicaux et la santé générale de ces patients sont des éléments qui doivent être pris en compte dans l'accompagnement orthophonique proposé par le thérapeute.

Avant d'administrer les pré-tests et de commencer les séances auprès de Madame A et Madame B, j'ai pris connaissance de leur dossier médical et de leur fiche de traitement. Aucun changement de traitement médicamenteux pour les troubles dépressifs ou la maladie d'Alzheimer n'a eu lieu au cours de l'étude (Annexes 4b, p.101 et 5b, p.124).

2.1.2 Le bilan orthophonique

Les bilans orthophoniques menés par l'orthophoniste référente ont évalué les composantes cognitives, mnésiques et communicationnelles des patientes de l'étude. Les différentes épreuves administrées aux patientes ont permis de spécifier les fonctions cognitives touchées et le niveau d'atteinte. De plus, ces bilans permettent de définir précisément les axes de prise en charge.

Les conclusions de l'orthophoniste, qui l'ont amenée à proposer une prise en charge orthophonique, aux deux patientes justifient en partie le fait de les inclure dans mon étude.

2.2 Objectifs de prise en charge en orthophonie

2.2.1 Objectifs globaux

Les objectifs de prise en charge ont été fixés dès le début de la prise en charge orthophonique. Pour Madame A, un bilan initial s'est déroulé en février 2014, puis un bilan de renouvellement en décembre 2015. Un parallèle entre les résultats des deux bilans est présenté (Annexe 4d, p.103). Pour Madame B, le bilan orthophonique initial a été réalisé en septembre 2015, quelques semaines avant le début de l'étude. Pour les deux patients, le projet de prise en charge s'axe autour de la mise en place de moyen de compensation des troubles mnésiques au quotidien, de la stimulation cognitive, et d'un travail spécifique de la mémoire autobiographique.

2.2.2 Objectifs spécifiques à l'étude

Cette étude s'inscrit dans la lignée du projet orthophonique global. La thérapie plus spécifique portera en particulier sur le travail de la mémoire autobiographique et de la mise en place de séances s'inspirant notamment de la réminiscence et la Validation. Les objectifs seront de stimuler les mémoires autobiographique et sémantique ainsi que les fonctions langagières conversationnelles. Le bénéfice secondaire sera de réduire, pendant le temps de la séance, l'humeur dépressive des patientes qui entrave les fonctions cognitives et les activités conversationnelles.

2.3 Forme de la thérapie

2.3.1 Déroulement d'une séance

Une séance est divisée en plusieurs étapes. Voici un exemple de séance type :

- *Rituel de démarrage* : chaque séance débute par les routines de salutations, durant laquelle l'orthophoniste demande au patient s'il est disponible pour travailler et pour partager un temps d'activités. Avec l'orthophoniste, nous installons la chambre de la patiente de façon à ce que nous puissions être trois autour de la table.
- *Activité 1* : un atelier type réminiscence est proposé, avec l'évocation de souvenirs autour d'un support photographique par exemple.
- *Activité 2* : les chants d'époque débutent. Souvent, l'orthophoniste ébauche le début d'une chanson (parole et mélodie) et la patiente poursuit. Ensuite, le chant est poursuivi avec l'appui du texte des paroles.
- *Rituel de fin de séance* : l'orthophoniste annonce la fin de la séance et verbalise ce que le patient fera après notre départ (temps du repas, rdv médical, etc.).

Les ateliers type réminiscence prennent la forme d'une conversation. Si l'échange est orienté dans un but précis pour l'orthophoniste, il paraît naturel pour la patiente. Des activités plus formelles sont aussi proposées lors de ce premier temps de séances. Toujours dans un objectif de stimulation de la communication et des mémoires, un travail d'association mots-images ou objets-images sont proposés aux patientes (Annexe 8, p.153).

Concernant les chants d'époque, un temps de questionnement autour du chanteur ou des occasions d'écouter la chanson est proposé.

Les temps de repérage temporel prenaient forme autour de la création, avec la patiente, d'un calendrier mensuel imagé rappelant les éléments représentatifs du mois et de la saison (paysages, fruits et légumes, fêtes, faune et flore, etc.).

2.3.2 Matériel

Supports d'évocation : diaporamas sur ordinateur, photographies papier, textes de chansons, calendrier mensuel en photographies.

Thèmes abordés : le lieu de vie (ville), les vacances et voyages, les emplois, l'enfance et la maison familiale, les bals et les fêtes populaires, les loisirs, etc. (Annexe 9, p.155).

2.3.3 Cadre

Lieu de prise en charge : la chambre des patientes, au sein de l'E.H.P.A.D. dans lequel elles résident.

Fréquence : une séance hebdomadaire est consacrée spécifiquement à l'étude (jour de présence pour l'observation ou la proposition de séance). Deux autres séances hebdomadaires sont proposées aux patientes par l'orthophoniste référente, dans la lignée des objectifs globaux de prise en charge et spécifiques à l'étude.

Durée : 45 minutes.

3. Outils d'évaluation

3.1 Données quantitatives : présentation des tests

3.1.1 M.M.S.E.

Le M.M.S.E. (Mini Mental State Examination) est un outil universel de dépistage rapide des déficits cognitifs. Il permet un examen rapide et réitérable, et donc un suivi de l'évolution de la maladie. C'est un test de repérage des troubles cognitifs recommandé par la H.A.S. (Haute Autorité de Santé), qui présente de bonnes corrélations avec les batteries d'évaluation cognitive détaillée. Il explore l'orientation spatiale et temporelle, l'apprentissage/rappel, le calcul, le langage, et les praxies constructives. Mais le M.M.S.E. n'est pas suffisant pour définir la nature des déficits, ni pour porter un diagnostic de pathologie neurodégénérative. Ce

test est utilisé pour évaluer le degré de sévérité d'atteinte cognitive des patients déments. C'est dans ce but que j'ai utilisé cet outil d'évaluation cognitive dans l'étude.

Le degré d'évolution de la maladie est évalué selon les critères définis comme suit, sur un total de 30 points :

- atteinte cognitive légère : score compris entre 20 et 26 points.
- atteinte cognitive modérée : score compris entre 16 et 19 points.
- atteinte cognitive modérément sévère : score compris entre 10 et 15 points.
- atteinte cognitive sévère : score compris entre 3 et 9 points.
- atteinte cognitive très sévère : score inférieur à 3 points.

Dans cette étude, le M.M.S.E. a été administré aux deux sujets, en pré et post-tests.

3.1.2 Echelle de Mac Nair et Kahn (1984)

Le questionnaire de plainte mnésique donne une indication sur les facultés de mémoire du sujet selon son point de vue ; il s'agit en effet d'un auto-questionnaire. Il permet au praticien de recenser les plaintes cognitives et mnésiques du patient pour adapter ses objectifs de prise en charge. Cette échelle est aussi un bon moyen de révéler une éventuelle anosognosie.

Le questionnaire de Mac Nair et Khan explore : l'attention, la concentration, l'oubli, l'orientation temporelle et propose pour chaque domaine 4 degrés mesurant la fréquence des troubles : 3: la plupart du temps, 2: parfois, 1: rarement, 0: jamais.

Le score total sur 45 points sert seulement à une appréciation globale. Un total supérieur à 15 sur 45 est considéré comme anormal.

L'intérêt principal est d'apprécier les modifications survenues dans la vie quotidienne des patients s'évaluant eux-mêmes.

Il faut tenir compte des possibilités d'auto-évaluation du sujet (en particulier dans un cas de démence d'un patient anosognosique). L'intérêt est de comparé les résultats de cette échelle de Mac Nair et Kahn à d'autres échelles d'évaluation remplies par l'accompagnant principal ou les soignants de la résidence par exemple.

J'ai choisi de remplir ce questionnaire avec les patientes, en conversation dirigée. Je posais les questions aux sujets, de la façon la plus naturelle possible, afin d'obtenir toutes les informations correspondant aux items. Cette épreuve s'est donc déroulée sous la forme d'une conversation. Comme il l'est indiqué dans le protocole de passation de cet outil de mesure, ce sont les réponses une à une qui importent plus que le score global.

3.1.3 Echelle de Beck

C'est un outil de mesure des cognitions dépressives. La version abrégée de l'inventaire de dépression de Beck permet une évaluation rapide de la dépression par les professionnels de santé.

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la proposition choisie. Le patient peut indiquer une ou plusieurs réponses pour chaque item.

Il y a 4 propositions par item qui correspondent à des degrés d'intensité croissante d'un symptôme, de 0 à 3 points. Le score final est obtenu en additionnant les cotes les plus fortes de chaque item. L'étendue de l'échelle va de 0 à 39. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé.

C'est une échelle qui évalue les aspects subjectifs de la dépression. Elle complète l'échelle de dépression M.A.D.R.S. qui évalue principalement les composantes somatiques de la dépression.

Les seuils de gravité retenus par Beck et Beamesderfer (1974) sont :

- 0 à 4 points : pas de dépression.
- 4 à 7 points : dépression légère.
- 8 à 15 points : dépression modérée.
- 16 et plus : dépression sévère.

Les capacités de discrimination entre les stades de gravité ne sont pas aussi fines que celles des autres échelles de dépression, mais l'échelle abrégée de Beck reste un bon indicateur de l'état actuel du patient.

Dans cette étude, le questionnaire de Beck a été proposé aux sujets sous forme d'entretien dirigé. Afin de rendre la passation à l'oral plus claire, j'ai déterminé pour chaque item de l'échelle des titres représentatifs des thèmes abordés : A. la tristesse, B. l'avenir, C. les échecs, D. la satisfaction, E. la culpabilité, F. la déception, G. le suicide, H. la sociabilité, I. les décisions, J. l'apparence physique, K. les activités, L. la fatigue, M. l'appétit. Dans une conversation rendue la plus naturelle possible, je proposais pour chaque thème les différentes réponses au patient qui confirmait, complétait ou infirmait. Les deux patientes présentant une fragilité émotionnelle importante, en particulier en situation de passation des tests, j'ai décidé de ne pas aborder la question du suicide. C'est avec les propos qu'ont tenus les patientes lors de séances antérieures, rapportés par l'orthophoniste, que j'ai pu coter cet item.

3.1.4 M.A.D.R.S

L'échelle « Montgomery-Asberg Depression Rating Scale », élaborée en 1979, est utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

Pour chacune des questions de l'échelle M.A.D.R.S., les items sont cotés de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. C'est au professionnel qui administre ce test de décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur les points intermédiaires (1, 3, 5). Le score maximal est de 60 points. Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal. Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave.

Dans cette étude, ce questionnaire a été rempli par l'équipe soignante de l'E.H.P.A.D. dans lequel les deux patientes résident.

3.2 Données qualitatives

3.2.1 Grille O.S.E.

L'O.S.E. (Outil de Suivi d'Evolution, élaboré par Caron et Salmon dans le cadre d'un mémoire d'Orthophonie en 2009) est une grille conçue pour analyser de façon globale la communication d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer en ateliers thérapeutiques. Elle permet de faire émerger les ressources de la personne et les aides susceptibles d'améliorer sa communication. Elle s'intéresse aux aspects verbaux et non verbaux de la communication en situation d'interaction. La trame proposée permet au soignant de guider sa réflexion et de s'interroger sur son intervention. C'est aussi un outil qui guide l'élaboration des moyens à mettre en œuvre pour s'adapter au mode de communication des patients afin de favoriser un échange de meilleure qualité.

Cette grille semble pertinente dans la mesure où elle a été créée spécifiquement pour l'observation des compétences communicationnelles des patients atteints de Démences de Type Alzheimer. Cet outil permet d'obtenir, après passation, une synthèse pointue des compétences des patients dans leur communication. La grille O.S.E. a été conçue pour l'observation des patients en atelier, j'ai donc modifié l'outil pour l'adapter à la situation de séances individuelles proposées aux patientes. Cette modification tient simplement en la

suppression de la sous-partie « dynamique de groupe » et de l’item 7 de la sous-partie « investissement dans l’interaction ».

3.2.1 Questionnaire destiné à l’orthophoniste

Ce questionnaire vise à recueillir les propos de la principale professionnelle de santé ayant mené et préparé les séances décrites dans cette étude. Son analyse de la thérapie menée est primordiale pour l’évaluation de la pertinence de l’étude et la prise de recul par rapport à ce projet (Annexe 6 p.146).

Ce questionnaire a été proposé à l’orthophoniste à la fin de l’étude, à t+6 (avril 2016). Ses réponses aux diverses questions exposent le fil conducteur du suivi annuel proposé aux deux patientes. Ces éléments de réponse permettent aussi de guider la discussion autour des bénéfices et des limites de cette étude.

Pour clôturer cette présentation de la méthodologie de recherche, une mise en relation entre les hypothèses de l'étude et les outils d'évaluation est proposée sous forme de tableau synthétique :

Hypothèses à tester	Pré-tests	En cours de thérapie	Post-tests
<i>Les médiations proposées permettent une stimulation et un maintien aussi longtemps que possible des mémoires et des capacités de communication des patientes.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan orthophonique « mémoires et langage » • M.M.S.E • O.S.E 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche cognitive • Séances type réminiscence 	<ul style="list-style-type: none"> • M.M.S.E • O.S.E • Questionnaire destiné à l'orthophoniste
<i>la thérapie proposée a un impact positif sur les dépressions des sujets.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnèse du bilan orthophonique • Echelle de Beck • Echelle M.A.D.R.S • Echelle de Mac Nair et Kahn 	<ul style="list-style-type: none"> • Séances de type Validation • Maintien relationnel • Atelier chant 	<ul style="list-style-type: none"> • Echelle de Beck • Echelle M.A.D.R.S • Echelle de Mac Nair et Kahn

Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats

1. Présentation des sujets

1.1 Madame A

1.1.1 Données d'anamnèse

Madame A est née en janvier 1937, elle a 79 ans. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant, mais elle est très proche de sa nièce. Elle n'a pas poursuivi sa scolarité après le collège. Madame A a été nourrice puis a exercé le métier de machiniste en usine alimentaire une grande partie de sa vie.

Madame A vit dans un E.H.P.A.D. depuis avril 2012. D'après les transmissions des infirmiers et aides-soignants, son autonomie concernant la toilette, l'hygiène, l'habillage, les repas a fortement diminué depuis son entrée dans la résidence. Une incontinence a récemment été observée par les aides-soignantes. Madame A déambule dans les couloirs (parfois sans chaussures) et de plus en plus à l'extérieur du bâtiment. Son groupe Iso Ressource GIR correspond au niveau 3 : « personne ayant conservé son autonomie mentale et partiellement son autonomie locomotrice » (Annexe 4c, p.102). Une entrée en unité Cantou est envisagée par l'équipe soignante de l'E.H.P.A.D.

Madame A est consciente de ses troubles et exprime souvent un sentiment de honte et des propos auto-dépréciatifs. Son découragement pour les activités du quotidien est important, Madame A ne participe pas ou peu aux animations de la résidence de peur de ne pas savoir faire ou d'ennuyer les autres résidents par sa présence.

Madame A émet très souvent le désir de retourner vivre chez ses parents : « je ne suis pas bien ici, ce n'est pas chez moi, ce que je veux c'est retourner vivre chez mes parents ». Madame A peut formuler ces besoins affectifs en boucle et persévérer sur cette idée.

1.1.2 Traitements et prises en charge

Le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé en novembre 2011 par le médecin gériatre qui suit Madame A (Annexe 4a, p.100). Une anxiété a été diagnostiquée à cette même date. Madame A observe les traitements suivants (Annexe 4b, p.101) :

Contre l'anxiété et les troubles dépressifs :

- Alprazolam EG 0,25mg (depuis novembre 2015)
- Cymbalta 30mg (depuis avril 2015)
- Mianserine Biogaran 60mg (depuis novembre 2013)

Contre les symptômes liés à la maladie d'Alzheimer :

- Risperdal 1mg/mL en solution buvable (depuis septembre 2015)

1.1.3 Principales conclusions des bilans orthophoniques (Annexe 4d, p.103)

Les bilans de Madame A ont été effectués en février 2014 pour le bilan initial, puis en décembre 2015 pour le bilan de renouvellement. Une comparaison des résultats aux deux batteries de tests est proposée. Cela permet une analyse plus précise quant à l'évolution de l'état de santé de Madame A.

Langage : le manque du mot et les troubles d'évocation sont massifs et se sont fortement accentués. Le discours est fluent mais peu informatif. Il y a souvent des digressions, des incohérences, une perte du fil du discours. Le discours est devenu globalement incohérent et prend parfois la forme d'un jargon incompréhensible. La morphosyntaxe des énoncés s'est aussi dégradée en production, et en compréhension.

Mémoires : les mémoires immédiates et à long terme sont altérées, Madame A ne peut plus effectuer de rappel (immédiat ou différé). La mémoire autobiographique est très altérée. Madame A n'est plus en mesure de donner les éléments de son état civil. Les souvenirs sont inconstants et peuvent même être contradictoires dans un laps de temps restreint. La désorientation temporelle est de plus en plus marquée.

Comportement : le manque de confiance en soi est très marqué. Madame A a pleine conscience de ses difficultés. Les propos auto-dépréciatifs sont nombreux.

Le projet thérapeutique: à raison de deux à trois séances par semaine, les objectifs sont :

- la mise en place et le maintien de moyens de compensation permettant de pallier le déficit mnésique au quotidien
- la stimulation cognitive portant sur le versant lexical et le travail conversationnel
- le travail effectué à partir de la mémoire autobiographique
- le travail sur l'estime de soi.

1.2 Madame B

1.2.1 Données d'anamnèse

Madame B est née en avril 1924, elle a 92 ans. Madame B est veuve, elle a 3 enfants, dont une fille qui vit à proximité de la résidence et qui lui rend régulièrement visite. Une maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée en mars 2013, et des symptômes dépressifs en novembre 2013 (Annexe 5a, p.123).

Madame B vit dans un E.H.P.A.D. depuis septembre 2013. Elle est autonome pour les temps de repas et les temps de lever et de coucher. Cependant, une aide humaine est nécessaire pour les temps de toilette, l'habillage et ses déplacements. Son groupe Iso Ressource GIR

correspond au niveau 3 : « personne ayant conservé son autonomie mentale et partiellement son autonomie locomotrice » (Annexe 5c, p.125).

Madame B manifeste une forte anosognosie de ses pathologies et se montre très souvent joviale. Elle tient depuis peu, auprès des infirmières, des propos en rapport avec une lassitude de la vie. Madame B participe souvent aux activités de la résidence et se montre toujours très enthousiaste pour échanger et partager avec d'autres personnes (résidents, soignants).

Le discours de Madame B en conversation spontanée se compose principalement de propos de sens commun, de formules automatiques et de compliments adressés à l'interlocuteur.

1.2.2 Traitements et prises en charge

Un symptôme dépressif a été diagnostiqué huit mois après celui de maladie d'Alzheimer.

Madame B observe les traitements suivant (Annexe 5b, p. 124) :

Contre l'anxiété et les troubles dépressifs :

- Seroplex 5mg (depuis janvier 2014)

Contre les symptômes liés à la maladie d'Alzheimer :

- Ebixa 10mg (depuis août 2014).

1.2.3 Principales conclusions du bilan orthophonique (Annexe 5d., p.126)

Le bilan orthophonique de Madame B a été effectué en septembre 2015, quelques semaines avant le début de l'étude. Les conclusions de cette passation seront donc très concordantes avec les capacités et les troubles de Madame B à t0 au début de la recherche (octobre 2015).

Langage : le manque du mot et les troubles d'évocation sont massifs. Madame B a souvent recours aux périphrases. Le discours est fluent mais peu informatif. Il y a souvent des digressions, des incohérences et une perte de la consigne. La compréhension est perturbée lorsque la structure des énoncés se complexifie.

Mémoires : les mémoires immédiates et à long terme sont altérées. La mémoire autobiographique est très altérée. Les souvenirs sont inconstants et parfois contradictoires dans un laps de temps restreint. Il y a une désorientation temporelle très marquée.

Comportement : l'anosognosie est très marquée et Madame B affirme que tout va bien. Elle est toujours très avenante et souriante lors des séances.

Le projet thérapeutique: à raison de deux à trois séances par semaine, les objectifs sont :

- la mise en place et le maintien de moyens de compensation permettant de pallier le déficit mnésique au quotidien (calendrier, repérage temporel par le support imagé)
- la stimulation cognitive portant sur le versant lexical et le travail conversationnel
- le travail effectué à partir de la mémoire autobiographique

2. Résultats aux évaluations pré-tests et post-tests

Pour chaque patiente, je présenterai et analyserai les résultats des données quantitatives. Il s'agira de constater l'évolution des résultats des sujets entre les pré-tests (administrés en octobre 2015) et les post-tests (administrés en avril 2016). Les examens suivants ont été proposés : le M.M.S.E., l'échelle de Mac Nair et Khan, l'échelle de Beck, et l'échelle M.A.D.R.S.

Dans un deuxième temps, je présenterai et analyserai les données qualitatives obtenus avec la cotation des grilles O.S.E. en pré et post-tests.

Pour ces temps de bilan, j'ai fait passer les tests et questionnaires nécessaires à mon étude. L'orthophoniste maître de stage est intervenue pour rassurer les patientes entre chaque épreuve, et pour les encourager à poursuivre lorsqu'elles montraient du découragement.

2.1. Madame A

2.1.1 Analyse des résultats

Lors des passations, Madame A s'est montrée très coopérante malgré sa perception négative d'elle-même : « je veux bien le faire mais vous savez je ne suis pas douée ».

A. MMSE

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 4e, p.107 et 4j, p.115) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Orientation	/10	1	0	-1
Apprentissage	/3	2	0	-2
Attention et calcul	/5	0	0	=
Rappel	/3	0	0	=
Langage	/8	3	4	+1
Praxies constructives	/1	0	0	=
TOTAL	/30	6	4	-2

Analyse

En pré-test, Madame A présente un score de 6 points, ce qui indique un stade d'atteinte cognitive sévère. Madame A est très affectée par ses échecs aux différents items. Les propos auto-dépréciatifs sont de plus en plus nombreux. Des interventions régulières de l'orthophoniste sont nécessaires pour limiter les conduites d'abandon ou d'évitement (refus de répondre, expressions telles que « je ne sais pas » avant d'avoir entendu la fin de l'énoncé).

Tous les domaines évalués sont chutés, certaines tâches sont même impossibles à effectuer (calcul, rappel, praxies). L'ébauche orale ou contextuelle facilite la restitution des informations pour la tâche d'orientation. Le rappel immédiat de deux mots sur trois est possible.

En post-test, Madame A présente un score de 4 points, ce qui correspond à une atteinte cognitive sévère dans sa pathologie. Madame A semble bien accepter ses erreurs ou son incapacité à répondre à certains items. La passation est cependant difficile car Madame A se montre très volubile. Elle a recours à des justifications (« oh vous savez je ne fais plus attention à ça ») ou se perd dans un discours incohérent lors de ses réponses.

→ Le M.M.S.E. affiche une dégradation de 2 points. L'évolution la plus nette concerne la tâche d'apprentissage, Madame A n'est plus capable d'effectuer ni un rappel immédiat ni un rappel différé de trois mots. L'orientation temporo-spatiale qui était déjà très chutée est aujourd'hui totalement échouée. En revanche, un progrès dans le domaine du langage est observé, Madame A se montre plus à l'aise dans la compréhension des consignes orales même si la double tâche reste difficile.

B. Echelle des plaintes de mémoire de Mac Nair

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 4f, p.109 et 4k, p.117) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Plainte mnésique	/45	29	18	-11

Analyse :

En pré-test, Madame A présente un score élevé de 29/45. Il indique un fort handicap quotidien relatif aux troubles de la mémoire. L'évocation des différentes questions plonge Madame A dans une humeur très négative. Elle répond spontanément « je ne sais pas » pour beaucoup d'items. Elle relate son sentiment de peur omniprésent : « j'ai peur de mal faire, de ne pas savoir ».

En post-test, Madame A présente un score de 18/45. Ce score est considéré comme en-dehors de la norme, la plainte mnésique est bien présente et entrave le quotidien du patient. Cependant, Madame A aborde ses troubles en relativisant (« c'est comme pour tout le monde vous savez ») et se montre positive pour certains domaines abordés. Notamment pour l'orientation spatiale, elle affirme « ah ça non je me perds jamais, je sors toute seule, très loin, j'aime marcher ».

→ Une amélioration significative du résultat est observée : une diminution de 11 points sur l'échelle de la plainte mnésique. Bien que les difficultés mnésiques de Madame A soient toujours présentes, car inhérentes à sa pathologie, c'est sa façon d'aborder ses difficultés quotidiennes qui semble avoir évolué. Elle se montre plus sereine dans la façon de considérer ses problèmes de mémoire et leurs répercussions.

C. Echelle de Beck

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 4g, p.110 et 4l, p.118) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Tristesse	/3	3	1	-2
Avenir	/3	1	1	=
Echecs	/3	0	0	=
Satisfaction	/3	1	0	-1
Culpabilité	/3	3	1	-2
Déception	/3	1	1	=
Suicide	/3	2	2	=
Sociabilité	/3	3	1	-2
Prise de décisions	/3	2	2	=
Apparence physique	/3	1	0	-1
Activités et travail	/3	0	0	=
Fatigue	/3	0	0	=
Appétit	/3	0	0	=
TOTAL	/39	17	9	-8

Analyse :

En pré-test, Madame A présente une dépression sévère avec un total de 17/39 points. La passation est difficile et plonge Madame A dans une spirale de l'échec, beaucoup de propos auto-dépréciatifs sont formulés. Des interventions très nombreuses de l'orthophoniste sont nécessaires pour atténuer les formules négatives que tient Madame A envers elle-même.

Les domaines les plus affectés par sa dépression sont : la tristesse, la culpabilité, et la sociabilité. Madame A semble très émue lorsque ces sujets sont abordés et tient des propos tels que « je fais du mal aux autres », « j'ai toujours peur », « je pleure tout le temps ».

En post-test, Madame A présente un score de 9/39, ce qui indique une dépression modérée. La passation est marquée par les propos incohérents et incompréhensibles de Madame A. Elle

répond parfois par des phrases n'ayant aucun rapport avec le thème abordé. Il est difficile de la canaliser pour obtenir les informations relatives à l'échelle. Malgré son discours jargonnant, Madame A relativise beaucoup et répète notamment « il y a des hauts et des bas ». Les domaines de la sociabilité, de la tristesse et de la culpabilité ont évolué positivement. Mais Madame A reste assez catégorique sur la prise de décisions : « c'est pas facile du tout ».

→ Une évolution très positive est notée entre la période des pré-tests et des post-tests. Madame A a évolué vers une cotation en « dépression modérée » sur cette échelle de Beck.

D. Echelle M.A.D.R.S.

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 4h, p.111 et 4m, p.119) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Tristesse apparente	/6	6	6	=
Tristesse décrite	/6	6	6	=
Tension intérieure	/6	6	4	-2
Sommeil réduit	/6	6	6	=
Appétit réduit	/6	2	0	-2
Difficultés de concentration	/6	4	4	=
Lassitude	/6	4	4	=
Incapacité à ressentir	/6	4	4	=
Pensées pessimistes	/6	2	4	+2
Pensées suicidaires	/6	2	2	=
TOTAL	/60	42	40	-2

Analyse :

En pré-test, Madame A présente une dépression grave avec un total de 42/60. L'équipe soignante de l'E.H.P.A.D. met en avant la tristesse de cette résidente, l'angoisse ressentie et les troubles du sommeil constants et de forte intensité. Les difficultés de concentration semblent aussi prégnantes au quotidien, ainsi que le sentiment de lassitude et le désintérêt pour son environnement. Les troubles de l'appétit, les pensées pessimistes et suicidaires sont intermittents. Ces résultats très chutés sont cohérents avec ceux de l'échelle de Beck, Madame A a en effet pleine conscience de ses difficultés ce qui se répercute sur son humeur dépressive.

En post-test, Madame A présente un score à 40/60 selon l'équipe soignante, ce qui indique une dépression grave. Tous les domaines (humeur, fonctions vitales, fatigue) restent préoccupants et pathologiques.

→ Il y a une légère évolution positive avec une baisse de 2 points. Les professionnels de santé notent une amélioration concernant la tension mentale et l'angoisse, ainsi que pour l'appétit. Ils remarquent cependant une accentuation des pensées pessimistes (sentiments de culpabilité, d'infériorité).

E. Grille OSE (Annexes 4i, p.113 et 4n, p.121)

En pré-test : ce profil de communication individuel met en avant le manque de cohérence et de cohésion dans le discours de Madame A. La présence de nombreuses plaintes qui entravent la fluidité des conversations est aussi objectivée. La nécessité de valoriser Madame A et de l'encourager pour poursuivre l'activité est constante. Malgré une tristesse apparente, des sourires sont esquissés lors de l'évocation de certains événements (la garde d'enfants, la pêche). La voix de Madame A est de faible intensité et reste monotone.

Elle investit le thème de cette séance qui est riche en émotions et en souvenirs d'une période de vie qu'elle appréciait. Sa compréhension est globalement bonne. Le support photographique est un appui facilitant car Madame A montre et pointe des éléments. Malgré quelques passages de jargon, elle a su évoquer et raconter des souvenirs de vie. Le récit reste concis et peu précis mais une véritable conversation s'est installée avec des prises en parole spontanées.

En post-test : ce profil de communication met en avant le discours très incohérent (jargon incompréhensible) tenu par Madame A. La fuite idéique est aussi très marquée. Il est nécessaire de recadrer la conversation et de reformuler les propos de Madame A pour poursuivre l'échange. Elle montre aussi une grande fragilité émotionnelle et une labilité des émotions. L'atelier débute alors que Madame A est effondrée et en pleurs car elle souhaite partir de la résidence et retourner vivre chez ses parents. Cependant, elle investit bien le thème de l'échange, au début de manière concise avec des approbations des propos de l'interlocuteur (« oui »), puis apporte de plus en plus de contenu. En regardant les photographies, Madame A montre de plus en plus de plaisir à échanger autour de son métier qui l'a passionnée. Elle évoque la cadence du travail et les étapes de la production avec des phrases syntaxiquement correctes et informatives. Cependant, ce sont des bribes de discours cohérent au milieu d'un jargon difficile à interpréter. Le point fort de Madame A dans sa communication qui est mis en avant est le recours aux éléments non-verbaux. Elle maintient son regard, se tourne vers

l'interlocuteur, sourit et hausse les sourcils. Elle désigne les photographies au moment de prendre la parole et utilise une mimo-gestuelle pour accompagner le rythme de son discours.

→ *Evolution* : Une nette involution est observée concernant la cohérence morpho-syntaxique. Madame A a de plus en plus recours à un jargon pour s'exprimer, la syntaxe est fortement altérée. L'informativité est aussi touchée car Madame A perd le fil de sa pensée en s'éloignant du sujet ou persévère sur le thème précédent. Cette diminution de la qualité du discours reste à nuancer avec la conservation des capacités de communication. En effet, Madame A s'inscrit dans l'échange et montre un intérêt et une attention pour les propos de l'interlocuteur.

2.1.2 Conclusion et perspectives de soins

Avec Madame A, notre premier objectif en séance est de la sortir de son repli sur soi et de ses pensées négatives pour la ramener dans la communication et l'échange avec ses pairs. Tout au long de la période d'étude, Madame A a montré un état émotionnel très fluctuant. Ses propos et la qualité des échanges que nous avons avec elle en séance étaient fortement dépendants de son humeur au moment de notre arrivée. C'est un élément à prendre en compte dans l'analyse des résultats des tests.

En effet, les échelles quantitatives comme la Mac Nair & Kahn, la Beck et la M.A.D.R.S. concluent à une amélioration de l'état dépressif et du handicap mnésique de Madame A. Le M.M.S.E. rapporte une légère diminution du fonctionnement cognitif.

C'est à un instant précis que ces questionnaires ont été effectués (à un moment où Madame A était plongée ou non dans une humeur très négative, où ses préoccupations dépressives l'envahissaient ou non). Aussi, la diminution inévitable des capacités cognitives de Madame A doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats.

Ces éléments m'amènent à conclure que Madame A n'a pas amélioré son fonctionnement cognitif, ou progressé sur la période des six mois de l'étude. Cependant, j'observe que la thérapie est très bénéfique pour Madame A. Les échanges type réminiscence ou les stimulations cognitives accompagnées d'éléments de Validation lui apportent un bien-être évident et lui permettent d'entrer en communication, d'échanger avec ceux qui l'entourent. Un autre bénéfice est sa perception d'elle-même et de sa pathologie. Après avoir échangé pendant le temps de séance sur ses souvenirs (avec des photographies, avec des chansons), Madame A évoque ses difficultés quotidiennes avec beaucoup plus de sérénité et semble moins défaitiste.

Une poursuite du travail auprès de Madame A dans cette approche relationnelle semble alors pertinente.

2.1. Madame B

2.1.1 Analyse des résultats

Madame B s'est montrée très coopérante lors de la passation des bilans. En situations de bilans comme en séances, Madame B a toujours fait preuve d'enthousiasme quelle que soit l'activité proposée.

A. M.M.S.E.

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 5e, p.130 et 5j, p.138) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Orientation	/10	4	4	=
Apprentissage	/3	3	3	=
Attention et calcul	/5	0	0	=
Rappel	/3	0	0	=
Langage	/8	6	7	+1
Praxies constructives	/1	0	0	=
TOTAL	/30	13	14	+1

Analyse

En pré-test, Madame B présente un score de 13 points, ce qui indique un stade d'atteinte cognitive modérément sévère. Madame B n'est pas capable de resituer les informations son orientation spatiale est satisfaisante. Le rappel immédiat des 3 mots est réussi, mais pas le rappel différé. La tâche de calcul est abandonnée sans tentative. L'épreuve de langage n'est que partiellement réussie. Madame B ébauche une forme géométrique pour la copie mais cette épreuve de praxies constructives est trop complexe.

En post-test, Madame B présente un score de 14 points, ce qui correspond à une atteinte cognitive modérément sévère dans sa pathologie. Les mêmes épreuves restent impossibles à effectuer. En revanche, l'épreuve de langage pour la compréhension de consigne est totalement réussie (les trois consignes sont effectuées).

→ Le M.M.S.E. affiche une légère amélioration de 1 point. L'évolution la plus nette concerne l'orientation spatiale : Madame B ne sait plus en post-test restituer les informations concernant la ville et le département dans lequel elle réside. Cependant, Madame B se montre capable de donner le mois et la saison pour l'orientation temporelle, ce qui n'était pas le cas en pré-test. Il est donc important de mettre en avant la fluctuation de ses capacités cognitives.

B. Echelle des plaintes de mémoire de Mac Nair

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 5f, p.132 et 5k, p.140) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Plainte mnésique	/42	3	2	-1

Analyse :

En pré-test, Madame B présente un score de 3/42. La plainte mnésique est presque inexistante chez Madame B, sa réponse aux différentes questions est toujours « non, non, jamais ». Le seul item pour lequel la réponse est différente est « avez-vous besoin de tout noter ? ». A ce moment, Madame B approuve et dit avoir toujours besoin d'écrire les choses pour s'en souvenir. Ce questionnaire met en avant une anosognosie des troubles chez cette patiente.

En post-test, Madame B présente un score de 2/42. Aucune plainte mnésique n'est révélée. Cette fois-ci elle indique parfois perdre des objets. Tous les autres items sont cotés par « jamais ». Madame B montre toujours une anosognosie importante de ses troubles. Cependant, une gêne et un mal-être sont apparus au fur et à mesure de la passation de ce questionnaire. Son enthousiasme habituel a semblé s'effacer un peu plus après chaque domaine abordé. Il semble que Madame B puisse avoir conscience de certaines de ses difficultés sans pour autant vouloir s'y confronter. Un déni pourrait se surajouter à l'anosognosie.

→ J'observe que la plainte mnésique est très faible, voire absente, ce qui entre en discordance avec les échelles objectives d'évaluation des troubles de la mémoire. Entre le pré-test et le post-test, l'unique trouble rapporté par Madame B n'est plus le même. La perception qu'a Madame B de ses pathologies est en réel décalage avec la réalité.

C. Echelle de Beck

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 5g, p.133 et 5l, p.141) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Tristesse	/3	0	0	=
Avenir	/3	0	0	=
Echecs	/3	0	0	=
Satisfaction	/3	0	0	=
Culpabilité	/3	0	0	=
Déception	/3	0	0	=
Suicide	/3	0	0	=
Sociabilité	/3	0	1	+1
Prise de décisions	/3	0	0	=
Apparence physique	/3	0	0	=
Activités et travail	/3	0	0	=
Fatigue	/3	0	0	=
Appétit	/3	0	0	=
TOTAL	/39	0	1	+1

Analyse :

En pré-test, Madame B présente une absence de dépression avec un total de 0/39 points. Lors de la passation de ce questionnaire, Madame B se montre très positive : « je suis toujours contente de mon sort », « je suis toujours très coquette », « je vis ma vie ». Aucun des domaines abordés ne semble douloureux ou pénible pour elle.

En post-test, Madame B présente un score de 1/39 à cette échelle, ce qui correspond toujours à une absence de dépression. Le seul item coté différemment concerne la sociabilité. Madame B avoue moins s'intéresser aux autres gens qu'avant « oh oui vous savez des fois il y en a qui disent des choses... j'aime bien rester seule ».

→ Il y a une évolution de 1 point sur l'échelle de dépression, c'est donc un résultat non-significatif. Madame B, qui a un trouble anxieux, ne relate pourtant aucune préoccupation dépressive par rapport à sa vie actuelle ou passée.

D. Echelle M.A.D.R.S.

Tableau comparatif des résultats en pré-test et post-test (Annexes 5h, p.134 et 5m, p.142) :

Domaine évalué	Notation	Pré-test	Post-test	Ecart
Tristesse apparente	/6	2	2	=
Tristesse décrite	/6	2	2	=
Tension intérieure	/6	2	2	=
Sommeil réduit	/6	4	2	-2
Appétit réduit	/6	2	0	-2
Difficultés de concentration	/6	4	4	=
Lassitude	/6	0	4	+4
Incapacité à ressentir	/6	4	2	-2
Pensées pessimistes	/6	0	2	+2
Pensées suicidaires	/6	0	2	+2
TOTAL	/60	18	22	+4

Analyse :

En pré-test, Madame B ne présente pas de dépression grave apparente avec un total de 18/60. L'équipe soignante de l'E.H.P.A.D. met en avant les difficultés de concentration de cette résidente et la perte d'intérêt pour son environnement. Madame B est décrite comme une personne triste et absente mais qui s'égaie très facilement lors de la présence d'une autre personne. La tension mentale et l'anxiété apparentes sont continues chez Madame B.

En post-test, Madame B présente un score de 22/60 ; des symptômes dépressifs sont présents en dehors d'un contexte de dépression grave. L'appétit et le sommeil semblent s'être améliorés. Mais la lassitude et les pensées pessimistes et suicidaires sont apparues selon les soignants.

→ Les symptômes dépressifs de Madame B ont pris de l'importance. Il est intéressant de noter la discordance entre les propos rapportés par la patiente lors des auto-questionnaires (Mac Nair, Beck), et ceux tenus par les soignants. L'anosognosie est alors d'autant plus probante.

E. Grille OSE (Annexes 5i, p.136 et 5n, p.144)

En pré-test : ce profil de communication individuel met en avant le manque d'informativité dont fait preuve Madame B dans son discours. Malgré un comportement verbal volubile et un

engouement certain pour la communication, le discours de Madame B est majoritairement composé d'approbations, de mécanismes conversationnels de routine et de procédures de réparation. La jovialité excessive de Madame B à certains moments de la séance sont en corrélation avec son stress apparent (respiration haute et rapide). Madame B a tendance à dériver du sujet de la question et peut redonner une anecdote déjà évoquée plus tôt. Quand elle se trouve en difficulté (manque du mot, méconnaissance d'un sujet abordé), Madame B rit et adopte une voix plus modulée et chantante. Elle ne manque pas de remercier l'orthophoniste à chaque fois qu'elle l'aide à retrouver un mot ou une idée. Madame B investit la séance avec entrain et fait du lien entre les images proposées et ses souvenirs personnels lorsque l'orthophoniste la questionne. Ses récits sont assez courts et peu informatifs mais globalement cohérents.

En post-test : l'atelier proposé met en avant l'utilisation excessive de formules automatiques dans le discours de Madame B. Les approbations des propos de l'interlocuteur sont aussi nombreuses, elles sont parfois même contradictoires. Madame B montre un grand enthousiasme à l'idée de regarder des photos d'autrefois mais reste assez passive au début de l'échange. Puis, certains thèmes (le jardin des plantes, les usines de la ville, le style vestimentaire de l'époque) favorisent la remémoration de ses souvenirs. A ce moment, Madame B apporte des informations et des éléments nouveaux dans la conversation. Quel que soit le contenu de son discours, Madame B utilise des éléments non-verbaux (des modulations importantes dans sa voix) et paraverbaux (gestes sociaux ou qui rythment sa parole) pour sa communication. Bien que les mécanismes conversationnels soient peu informatifs, ils permettent un maintien du dialogue et du contact entre les deux interlocuteurs.

→ *Evolution* : une nette évolution est apparue concernant l'anxiété apparente de Madame B. Sa respiration haute et saccadée lors des moments de silence en pré-test n'ont pas été observés en post-test. Elle semble moins envahie par le stress lors des ruptures de communication et fait appel à d'autres ressources : lecture de la légende de la photographie, regard tourné vers l'interlocuteur. La difficulté importante dans l'échange avec Madame B reste l'interprétation et le feed-back à donner à ses propos de sens communs de type « ah ça oui vous savez, c'est toujours pareil », en particulier lorsqu'ils entrent en contradiction avec ses propos précédents.

2.1.2 Conclusion et perspectives de soins

Avec Madame B, notre principal objectif en séance est de stimuler sa communication de manière efficiente, de favoriser l'apparition de propos informatifs et personnels en faisant appel à des éléments et souvenirs de vie. Tout au long de la période d'étude, Madame B a

véhiculé une énergie positive lors des séances. Toujours enjouée à l'idée de passer un temps de séance avec nous, Madame B a aussi refusé d'aborder ses problèmes de santé en général (douleur de dos, problèmes en rapport avec la mémoire) : « ça on n'y pense pas, c'est pas grave » avec un ton ferme. L'anosognosie, peut-être accompagnée d'un déni, est un élément marquant de la prise en charge.

Les résultats des bilans amènent à différents constats. Le M.M.S.E. montre une légère amélioration sur la période d'étude. Cependant, 1 point d'écart n'est pas assez significatif pour conclure à un progrès des fonctions cognitives, de surcroît dans un contexte de pathologie dégénérative. Les échelles Mac Nair & Kahn, Beck et M.A.D.R.S. permettent de mettre en avant une progression du trouble dépressif qui semble plus assombrir le moral de Madame B. L'anosognosie ressort également dans tous ces bilans.

La thérapie proposée ne permet pas de réduire les troubles mnésiques ou dépressifs mais apporte un contexte de stimulation langagière et communicationnelle favorable à Madame B. Les échanges type réminiscence ou les stimulations cognitives accompagnées d'éléments de Validation apportent un cadre conversationnel porteur pour Madame B. Elle sort progressivement des mécanismes de routine de sens communs pour investir réellement l'échange et s'impliquer personnellement en faisant partager ses souvenirs. Madame B s'intéresse à son environnement et aux personnes qui l'entourent pourvu qu'ils lui soient rendu accessibles. Apporter des supports d'échanges qui s'inscrivent avec cohérence dans son histoire de vie est donc bénéfique pour le maintien et la stimulation de sa communication.

Une poursuite de notre travail auprès de Madame B dans cette approche relationnelle semble alors pertinente.

3. Comparaison des études de cas

Cette recherche s'effectue sur un échantillon restreint de participants. Une comparaison des évolutions observées chez les deux sujets est donc possible. Cette mise en perspective permettra de présenter les points communs et les différences entre les deux patientes. Les similitudes feront ressortir des forces ou des limites de l'étude. Les différences observées mettront en évidence l'inter-individualité des patientes.

3.1 Comparaison des données quantitatives

Une comparaison des données chiffrées permet une analyse objective des profils des patientes. Mais des nuances sont à apporter compte tenu du thème abordé. Les plaintes quant aux troubles dépressifs ou mnésiques ne peuvent entrer dans une comparaison stricte et neutre.

3.1.1 A l'inclusion

Il convient d'établir une comparaison des profils des patientes au moment de l'inclusion à l'étude (à t0).

Tests et échelles	Notation	Madame A	Madame B	Ecart
		Score	Score	
M.M.S.E.	/30	6	13	±7
Mac Nair & Kahn	/45	29	2	±27
Beck	/39	17	0	±17
M.A.D.R.S.	/60	42	18	±24

Tableau : Comparaison des résultats et échelles de la population de l'étude à l'inclusion t0

Au mois d'octobre, les patientes présentent des profils bien distincts.

Les scores au M.M.S.E. diffèrent de 7 points, ce qui place les sujets dans deux profils d'atteinte cognitive différents. Madame A présente une atteinte cognitive sévère tandis que Madame B présente un degré d'atteinte modérément sévère. Les objectifs de prise en charge et les attentes quant à l'évolution du profil ne seront pas les mêmes. Plus le stade de la maladie est avancé, comme pour Madame A, plus la prise en charge s'axera autour de la communication et des échanges conversationnels. Dans un stade moins avancé, comme pour Madame B, les exercices de stimulation cognitive seront plus présents par exemple.

Les cotations de l'échelle de Mac Nair & Kahn présentent une différence significative de 27 points. C'est un élément très important dans l'analyse et l'interprétation des résultats. Madame A a pleine conscience de ses difficultés et exprime une plainte ménisque importante. A l'inverse, Madame B présente une anosognosie et n'exprime aucune gêne révélatrice de sa pathologie concernant son quotidien.

L'échelle de Beck révèle un nouvel écart important de 17 points entre les deux sujets. Madame A fait part de propos dépressifs pour beaucoup de thèmes abordés : elle exprime la souffrance liée à sa dépression (résultat de dépression grave). L'anosognosie de Madame B

l'empêche à nouveau de relater d'éventuelles plaintes ou souffrances (pas de dépression révélée).

L'échelle M.A.D.R.S. remplie par l'équipe soignante met en évidence une différence importante entre les comportements et situations de vie quotidienne des deux patientes au sein de l'E.H.P.A.D. Madame A est décrite, d'après les transmissions de soins et les observations des professionnels, comme une résidente fortement touchée par ses troubles dépressifs dans ses activités quotidiennes. Son humeur dépressive entrave visiblement sa qualité de vie. Madame B, malgré une dépression bien présente dans certains moments de vie, compense son trouble de l'humeur par une jovialité qui entrave moins son quotidien.

→ Les deux patientes présentent les mêmes pathologies : la maladie d'Alzheimer et la dépression. Cependant, les modes d'expression de leurs troubles et les degrés d'atteinte sont très éloignés. Ces profils hétérogènes représentent à la fois une difficulté pour mener cette étude et tirer des conclusions générales, mais aussi une richesse dans l'élaboration de la thérapie qui doit s'adapter à chaque patient.

3.1.2 A l'évaluation finale

Il est aussi pertinent de comparer les résultats entre les deux patientes à la fin de la période d'étude. Il s'agit d'observer si les différences se sont maintenues ou si les profils se sont homogénéisés.

Tests et échelles	Notation	Madame A	Madame B	Ecart
		Score	Score	
M.M.S.E.	/30	4	14	±10
Mac Nair & Kahn	/45	18	2	±16
Beck	/39	9	1	±8
M.A.D.R.S.	/60	40	22	±18

Tableau : Comparaison des résultats et échelles de la population de l'étude à l'évaluation finale t+6.

Les deux cotations du M.M.S.E. révèlent à nouveau une différence importante de 10 points dans leur profil cognitif. Madame A se situe toujours dans un degré d'atteinte cognitive sévère. Madame B reste au stade de l'atteinte cognitive modérément sévère.

L'échelle de Mac Nair & Kahn montre à nouveau un écart important dans la plainte mnésique. 16 points de différence mettent à nouveau en évidence l'anosognosie de Madame B qui dénote avec la conscience des troubles de Madame A.

L'échelle de Beck permet aussi de confirmer le maintien des profils de dépression très éloignés. Madame A témoigne de sa souffrance tandis que Madame B n'évoque pas son humeur dépressive.

Les cotations M.A.D.R.S. sont hétérogènes à nouveau. Les soignants relatent le handicap quotidien dans les domaines psychologiques, sociaux et somatiques chez Madame A. Alors que Madame B, malgré les symptômes liés à sa pathologie, limite les répercussions de son trouble dans ses activités et échanges habituels.

→ Les évolutions qu'ont connu les patientes au cours de la période d'étude n'ont pas participé à rapprocher leur profil. Si chacune a connu des modifications importantes dans les différents domaines évalués, l'hétérogénéité s'est maintenue.

3.1.2 Evolution au cours de la période d'étude

Afin de compléter la comparaison des résultats, il convient de mettre en parallèle les progressions des deux patientes au long de la période d'étude.

Tests et échelles	Notation	Madame A	Madame B	Ecart
		Evolution	Evolution	
M.M.S.E.	/30	-2	+1	±3
Mac Nair & Kahn	/45	-11	-1	±10
Beck	/39	-8	+1	±9
M.A.D.R.S.	/60	-2	+4	±6

Tableau : comparaison des résultats aux tests et échelles entre t0 et t+6.

Pour le M.M.S.E. : alors que Madame A présente une légère chute de ses performances cognitives, Madame B révèle une amélioration minime. Il semble que la dégénérescence cognitive de Madame A ait évolué plus rapidement que celle de Madame B.

Pour l'échelle de Mac Nair et Kahn : Madame A montre une réelle avancée dans l'expression de sa plainte mnésique, qui a fortement diminué. A l'inverse, Madame B se maintient dans une plainte mnésique presque inexistante. Ici, avec un écart de progression de 10 points, il est possible d'affirmer que la thérapie a eu un effet plus important sur le ressenti qu'a Madame A par rapport à sa gêne quotidienne que sur celui de Madame B. Il est cependant important de nuancer cette conclusion. Madame B étant atteinte d'anosognosie, le but de la thérapie n'est pas de lever ce trouble et de faire prendre conscience au patient de

l'ampleur de sa pathologie. Par contre, l'un des objectifs de séance pour Madame A est bien de l'amener à relativiser sur son handicap mnésique et de mieux vivre avec sa pathologie au quotidien.

Pour l'échelle de Beck : Madame A présente à nouveau un changement important. Une diminution de 8 points est en effet une forte évolution positive. Madame B présente à l'inverse une augmentation, mais assez faible, de 1 point. Si la prise en charge se répercute sur l'humeur dépressive de Madame A, c'est un fait moins évident pour Madame B.

Pour la M.A.D.R.S. : Madame A a gagné en qualité de vie. Elle semble être un peu moins entravée par sa dépression dans les domaines variés du quotidien (diminution de 2 points). Cependant, Madame B affiche un score augmenté de 4 points, ce qui signifie que son humeur dépressive a pris plus de place dans ses activités quotidiennes et son état de santé général. Il apparaît donc que la thérapie a été plus favorable pour Madame A que pour Madame B du point de vue des répercussions positives pour la vie de tous les jours.

3.2 Comparaison des données qualitatives

Cette comparaison est subjective. Elle permet de donner une vision globale des adaptations différentes qui ont dû être mises en place pour les deux patientes.

3.2.1 A l'inclusion

Pour la grille O.S.E. : Madame A présente au moment de l'inclusion un profil de communication plutôt laconique. Le manque de contenu informatif, ou l'excès de propos dépressifs (déception par rapport à la vie actuelle, besoin de retourner dans sa vie passée) entravent son discours. Mais lors de l'atelier, Madame A investit progressivement le thème et s'inscrit dans un réel échange. Les encouragements et valorisations doivent être très nombreux pour maintenir l'atelier.

A l'inverse, Madame B présente un profil de communication prolix. Elle fait aussi preuve de manque d'informativité, mais son débit est rapide et ses prises de parole plus nombreuses. Elle a recours à beaucoup de mécanismes conversationnels composés de propos de sens-commun pour faire illusion d'entrer dans l'échange, mais sans y apporter réellement de contenu. Cependant, Madame B investit le thème et prend spontanément plaisir à échanger. Peu de stimulations sont nécessaires pour l'amener à participer. Une forte anxiété est visible.

→ Des profils de communication bien distincts sont observés dès le début de l'étude.

3.2.2 A l'évaluation finale

Pour la grille O.S.E. : Madame A montre un discours fortement incohérent. Un jargon s'est installé. Cependant, l'échange se poursuit plus facilement, moins de procédures d'encouragement sont nécessaires. Madame A a recours aux gestes non-verbaux même lorsqu'elle tient des propos incompréhensibles.

Madame B présente une anxiété moins importante dans sa communication. Malgré un discours toujours volubile, le recours aux propos de sens commun est très présent. Le discours reste syntaxiquement correct et l'informativité augmente au fil de la conversation.

→ Les différences significatives entre les profils se maintiennent. Les patientes ont des ressources et difficultés communicationnelles qui leur sont propres.

3.2.3 Evolution au cours de la période d'étude

Pour la grille O.S.E. : Pour Madame A, une nette évolution est observée concernant sa cohérence morpho-syntaxique. Contrairement à Madame B qui utilise des phrases compréhensibles et grammaticalement correctes, Madame A a de plus en plus recours à un jargon pour s'exprimer et sa syntaxe est fortement altérée. L'informativité est aussi touchée car Madame A perd le fil de sa pensée en s'éloignant du sujet ou persévère sur le thème précédent. Il en va de même pour Madame B qui est peu informative du fait du peu d'éléments nouveaux qu'elle apporte aux échanges. Si Madame A présente toujours une fragilité émotionnelle importante, Madame B semble avoir diminué son anxiété qui est moins évidente (respiration plus posée et calme).

→ Pour les deux patientes, je note que le thème est progressivement investi au cours de l'échange. Malgré une communication et des capacités langagières altérées, Madame A et Madame B ont su apporter des éléments de vie personnelle et maintenir la conversation. L'orthophoniste doit au préalable créer une sphère de confiance et alimenter la discussion pour ensuite laisser de plus en plus de place au discours de la patiente.

Le tableau de synthèse des profils : il s'agit de répertorier, pour les deux participantes, les différentes fonctions cognitives et comportementales observées tout au long de l'étude. La cotation de ce tableau est effectuée en fonction des résultats quantitatifs obtenus aux différentes échelles, et surtout selon les observations qualitatives notées lors des passations des tests et lors des séances. Ce tableau présente une synthèse de l'évolution des profils des patientes sur la période de l'étude concernant les domaines du langage, de la communication, des mémoires et du comportement.

Domaine évalué	Madame A	Madame B
LANGAGE		
informativité	-	=
syntaxe	-	=
fluence	=	=
COMMUNICATION		
verbale	-	=
paraverbale	=	=
non-verbale	=	+
MEMOIRE		
immédiate	-	=
sémantique	-	-
autobiographique	=	=
COMPORTEMENT		
autonomie	-	-
troubles dépressifs	+	-
sociabilité	=	=

Légende du tableau:

+ : amélioration du domaine évalué ; - : régression du domaine évalué ; = : maintien du domaine évalué

3.3 Les éléments non-comparables

Malgré leurs pathologies communes, les patientes ont présenté tout au long de cette étude, et plus largement dans leur prise en charge, des réactions et des comportements différents envers les supports proposés. Les participantes ont des personnalités bien distinctes et se sont exprimées, au cours des séances, autour de supports variés et adaptés à leur histoire personnelle respective. Madame A et Madame B montrent en effet des résultats qui prouvent tout autant la difficulté et la richesse des prises en charge dans le cas de pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer. Une thérapie donnée peut être très adaptée à une patiente et lui permettre de montrer une évolution positive, tandis que les bénéfices seront moins évidents pour une autre patiente. C'est le cas dans cette étude.

Si la passation des échelles et des tests permet d'obtenir des comparaisons de résultats quantitatifs et qualitatifs, il reste difficile de comparer les deux patientes. Pour une même épreuve, le contexte moral, physique, ou environnemental de chacune sera bien différent.

Ainsi, dans une thérapie concernant des comportements aussi imprévisibles et riches que ceux des patients atteints de maladie d'Alzheimer et de dépression, il apparaît primordial de modérer toute comparaison et de rappeler que chaque élément qui ressort de l'étude est unique.

Chapitre 6 : Discussion

Dans cette partie, je proposerai une discussion critique autour de l'étude menée. Après ces six mois de recherche, il est possible de prendre du recul sur le travail qui a été mis en place. Le questionnaire adressé à l'orthophoniste (Annexe 6, p.146) en fin d'étude a aussi permis un retour éclairé de plusieurs années d'expérience sur ce type de thérapie. Les observations cliniques et avis subjectifs n'ont pas de réelle valeur scientifique mais l'avis d'un professionnel de santé expert dans ce sujet reste une source fiable dans l'appréciation du travail proposé.

1. Critique de la méthodologie

1.1 La population d'étude

La population de l'étude est **restreinte** (deux sujets d'étude). Les critères d'éligibilité associés aux contraintes logistiques des stages n'ont pas permis un recrutement plus important. Cette recherche est donc, par son nombre trop peu important de patients étudiés, non représentative et reste qualitative.

Aussi, la population de l'étude est touchée par une pathologie dégénérative, qui amène **inévitablement à un déclin des compétences**. Il n'y a, dans ce domaine particulier de l'orthophonie, pas de rémission possible ou visée. Une stimulation et un maintien des compétences aussi longtemps que possible sont les objectifs de prise en charge. C'est pourquoi une chute dans les résultats aux tests quantitatifs ne sera pas considérée comme un échec de la thérapie proposée. L'analyse qualitative, même pour les tests et bilans notés en quantitatif, a une place prépondérante dans ce type d'étude. Un maintien des compétences des patientes, voire un très faible déclin, entre t0 et t+6 sera alors considéré comme un succès.

1.2 Les variables externes

Les variables externes sont décrites comme « parasites » pour l'étude dans la mesure où elles rendent plus difficile et moins probante l'analyse des résultats. En effet, les autres influences sur le patient (ses diverses prises en charge thérapeutiques, ses traitements médicaux, mais aussi sa vie sociale quotidienne) seront autant d'éléments qui participent à l'évolution de son état de santé, de façon positive ou négative.

Dans le cas de Madame A : son traitement antidépresseur (cymbalata, miansérine, Annexe 4b, p.101) joue un rôle sur son humeur et son état dépressif.

Dans le cas de Madame B : son traitement antidépresseur (seroplex, Annexe 5b, p.124) intervient sur son état de santé. Les visites régulières de sa fille sont aussi des éléments qui ont pu influencer son moral les jours de séance et sur la période d'étude en général.

Pour les deux patientes : leur participation aux activités de la résidence, leurs interactions plus ou moins bonnes avec les autres résidents et leurs différents rendez-vous médicaux ont pu participer à l'influence de leur état psychologique ou physique lors des rencontres hebdomadaires et sur leur évolution au cours des six mois.

Il est alors important de considérer les **statistiques inférentielles**. Les variations enregistrées dans les conduites d'un même échantillon de sujets au cours d'une période, ou encore les différences entre les performances des sujets peuvent être dues à plusieurs facteurs. L'évolution de la pathologie, la thérapie mise en place, ou les variables externes sont autant de causes possibles de la variation des résultats. Ces-derniers doivent donc être modérés. En effet, la prise en charge orthophonique s'inscrit dans un contexte de vie et d'histoire, ponctuellement dans la semaine du patient. Sans minimiser l'importance de la prise en charge, il est important de relativiser les conséquences des activités de stimulation cognitive ou type réminiscence proposées aux patientes.

1.3 La thérapie mise en place

Le thème de l'étude et les thérapies exposées dans la première partie de ce mémoire ont la particularité de se centrer sur le patient, son humeur et plus particulièrement ses émotions. Faire appel aux émotions d'une personne est à la fois riche mais aussi potentiellement nocif. **La nostalgie** est une humeur très forte qui peut envahir le sujet. Un thème d'échange peut un jour être très porteur et motivant pour le patient mais très négatif la séance suivante, enfermant le sujet dans une spirale de pensées nocives et péjoratives. C'est surtout avec Madame A que ce phénomène a été observé. Evoquer la ville de son enfance, où elle a vécu et travaillé pendant des années a très souvent été un moment de plaisir riche en souvenirs. Mais

il s'est avéré à deux reprises qu'une photographie de la plage principale de cette ville ait été un élément déclencheur d'émotions négatives. Madame A ne rappelait plus les moments de bonheur de cette période de vie mais évoquait son malheur actuel de ne plus être là-bas. La discordance entre le but du support et ce qu'il apporte effectivement au patient au moment de la séance est un élément qui m'a marquée dans ma pratique. Il s'agit alors, en tant que thérapeute, de considérer toutes les possibilités d'évocation pour un matériel. Il faut être capable d'anticiper les éventuelles réactions négatives qu'il peut amener, sans rester figé dans ce que l'on aurait souhaité amener et évoquer.

Cette thérapie, qui s'intéresse à la communication et plus particulièrement à l'évocation de souvenirs personnels, familiaux, intimes parfois, demande au thérapeute de **connaître son patient**. Après avoir présenté des supports qui évoquent un moment de vie, il faut pouvoir rebondir sur les propos de la personne, qui sont parfois incohérents, ou encore être capable de faire le lien avec un fait vécu quand le patient ne prononce qu'un seul mot. Madame B avait pour habitude d'approuver les phrases du thérapeute par des propos sans réel contenu informatif (« oui vous avez raison », « c'est ce qu'on dit oui »). Il fallait alors aborder tous les éléments d'une photographie par exemple pour essayer de trouver le terme, le mot, le concept qui allait lui permettre de rebondir sur un élément de vie personnelle qu'elle souhaitait partager. Parfois, évoquer un souvenir personnel pour le thérapeute peut donner l'exemple et être moteur pour le patient qui souhaite partager à son tour. En effet, le patient n'est pas forcément préparé à se mettre au travail et à faire émerger des souvenirs au moment où le thérapeute arrive, c'est pourquoi tenir compte du besoin d'étayer ou de montrer l'exemple est important.

Etant donné le **contexte de dépression**, il est aussi très délicat d'aborder les événements douloureux de la vie du patient. La réminiscence permet au patient de faire un retour sur ses expériences positives de vie, mais aussi de rejouer ses échecs et ses peines dans un contexte d'écoute et d'accompagnement avec le thérapeute. Cependant, lors des échanges et de l'exploration de différentes thématiques, il arrive parfois d'aborder avec indifférence un sujet qui n'est pourtant pas anodin pour le patient. Par exemple, lors d'une séance avec Madame A, une peluche était présentée dans le but d'évoquer son ancien métier de nourrice qu'elle a tant apprécié. Mais cet objet a provoqué le rejet de Madame A et un repli sur elle-même. Je n'avais pas connaissance de son histoire très douloureuse autour de la grossesse, ce qui a peut-être été l'élément déclencheur d'un refus catégorique d'échanger autour de l'objet. Lors de cette séance, c'est l'importance d'aborder chaque sujet avec précaution qui m'a marquée.

Les histoires de vie de chaque personne sont uniques, comportent des périodes heureuses comme des périodes tristes qui doivent dans tous les cas être envisagées avec toute la considération et la prudence possible.

Je souhaitais aussi en début d'étude adresser un questionnaire de critique et de discussion adressé aux patients, qui sont les principaux concernés par la thérapie. Mais il m'a semblé peu pertinent de recueillir leur avis de cette façon, en dehors de tout contexte de prise en charge. J'ai donc choisi de noter leurs propos à la fin des séances, lorsque les deux patientes revenaient sur l'activité menée. Leurs témoignages étaient donc brefs mais spontanés et recueillis dans le contexte de la thérapie (après une activité type réminiscence par exemple). Pour les deux patientes, leurs propos étaient : « je vous remercie », « merci beaucoup », « c'est un plaisir », « c'était bien » accentués par des sourires et un sentiment de bien-être qui semblait prégnant. Malgré des moments difficiles, des propos agressifs parfois en début de séance, au moment de quitter les patientes, un apaisement apporté par les activités était observé. Les retours des patientes corroborent cette observation qualitative.

1.4 Les bilans et tests utilisés

Les bilans orthophoniques des deux patientes ont été réalisés en cours d'étude ou plusieurs semaines avant le début de l'étude. J'ai en effet dû tenir compte du fait que je m'inclusais au mois d'octobre dans des prises en charge qui avaient déjà débuté. Il s'agissait pour moi d'observer puis de poursuivre le travail déjà mis en place auprès de Madame A et Madame B. Pour Madame B, le bilan orthophonique a été effectué en septembre 2015, soit trois semaines avant la passation des pré-tests. C'est un délai court qui permet d'avoir un profil complet de la patiente sur la même période. Pour Madame A, le bilan initial a été proposé en février 2014 (un an et quatre mois avant t0), et le bilan de renouvellement en décembre 2015 (deux mois après le début de l'étude). C'est donc un profil en évolution avec des temps d'observations bien distincts qui ont eu lieu.

De plus, toutes les épreuves (celles du bilan orthophonique, celles des tests liés à l'étude) reflètent les performances et les difficultés des patientes à un **instant t** du jour et de l'heure de la passation. Il s'agit donc dans les conclusions relatives aux tests normés de garder une capacité d'appréciation qualitative pour modérer l'analyse des résultats quantitatifs. Il faut tenir compte du fait que les patientes sont en constante évolution. Les tests et échelles ne peuvent pas révéler un profil précis et figé des sujets. Les bilans orthophoniques, réalisés à des moments différents, peuvent donc être considérés comme complémentaires.

L'ordre de passation des épreuves a aussi joué un rôle plutôt déterminant. Afin de mener à bien la procédure d'évaluation, j'ai dû tenir compte de l'état émotionnel labile et instable des patientes. Par exemple, la passation de l'échelle de Beck est éprouvante moralement car elle relate les plaintes dépressives. Tout patient dépressif peut se sentir triste après avoir répondu aux questions, et donc moins motivé et disponible pour passer ensuite un test cognitif type M.M.S.E. A l'inverse, proposer en premier lieu un atelier type réminiscence pour la cotation de la grille O.S.E. place le patient dans une humeur positive. Ainsi, la passation du questionnaire de Mac Nair & Khan après cette activité sera sans doute moins chutée car le patient sera plus enclin à relativiser sur ses troubles ou à faire part de ses moments de bien-être. C'est un biais dont il faut tenir compte dans l'analyse des résultats. Pour Madame A par exemple, la passation des post-tests est marquée par une étonnante capacité à relativiser, à même minimiser ses difficultés. Mais, étant donné son moral très bas en début de séance de passation à t+6, il était préférable de démarrer par une activité de communication pour la cotation de la grille O.S.E. Même si proposer cet ordre de déroulement des tests a peut-être biaisé les résultats aux échelles de dépression, il est apparu évident que sa tristesse intense aurait aussi biaisé les résultats d'un test plus formel comme le M.M.S.E. Dans une étude où le facteur humain et relationnel est aussi important, les résultats et conclusions peuvent être fortement altérés dans leur validité quantitative et objective, tandis que les observations qualitatives prennent une place plus importante.

Enfin, les tests et échelles utilisés ne sont pas **normés et étalonnés spécifiquement** pour des patients Alzheimer présentant une dépression. Les batteries de tests sont adaptées soit à une pathologie, soit à l'autre. Le manque de spécificité est donc à relever.

2. Validation ou infirmation des hypothèses

Dans cette étude, deux hypothèses ont été posées.

L'hypothèse principale était : « dans la prise en charge orthophonique, l'utilisation des différentes médiations prenant en compte les troubles dépressifs permet une stimulation et un maintien aussi longtemps que possible des mémoires et des capacités de communication des patients âgés atteints de la maladie d'Alzheimer ».

D'après l'analyse des résultats du Chapitre 5, je suis en mesure de conclure que la thérapie proposée a amélioré la communication des deux patientes, et a permis un maintien des capacités cognitives. *L'hypothèse principale est donc vérifiée.*

L'hypothèse secondaire était : « la thérapie proposée a un impact positif sur les dépressions des sujets. »

Cette étude de deux patientes a permis de mettre en avant un progrès significatif pour l'un des sujets, mais des effets bien plus constatés pour la deuxième participante. *Je ne suis donc pas en mesure de valider cette seconde hypothèse, sans pour autant pouvoir l'infirmier.*

3. Les intérêts et les limites de l'étude et de la thérapie menées

3.1 Les intérêts de la recherche

Pour élaborer ce projet, je me suis appuyée sur des connaissances théoriques apprises lors de mon cursus universitaire ou découvertes lors de la lecture d'ouvrages scientifiques. C'est un élément primordial à toute recherche qui fonde une force méthodologique : s'appuyer sur des bases théoriques solides pour élaborer ensuite les actions à mener sur le terrain de l'étude.

Un autre intérêt de cette étude, certainement le plus important, a été de proposer des situations de communication adaptées aux patientes. Elles pouvaient alors s'exprimer avec toutes leurs ressources mobilisables, tout en stimulant leurs facultés mnésiques et en travaillant sur leur trouble dépressif. Au-delà de permettre une recherche scientifique, la mise en place de cette étude a été un moyen de créer et d'élaborer des séances bénéfiques et pertinentes pour l'accompagnement des deux participantes. Cette étude permet de donner des méthodes et cadres de séances d'orthophonie, des idées de contenu d'activités ou de diversification des supports.

Un autre élément positif qui ressort de cette étude a été la sensibilisation et les temps d'informations auprès de l'équipe soignante de l'E.H.P.A.D. Les infirmières référentes ont toujours porté un intérêt au travail mené par l'orthophoniste, qui de son côté participait le plus possible à l'information et la prévention auprès des soignants de cette résidence. La mise en place du mémoire de recherche a été l'occasion de solliciter les infirmières et les aides-soignantes pour coter la grille M.A.D.R.S. et donc d'échanger avec elles sur les tenants et les aboutissants de la thérapie mise en place. Il me semble que c'est un intérêt majeur de l'étude que d'avoir pu partager avec des professionnels spécialisés en accompagnement gérontologique, dans un cadre pluridisciplinaire, autour de la prise en charge des patients sujets.

3.2 Les faiblesses méthodologiques

Le protocole de l'étude présente des biais méthodologiques qu'il est important d'explicitier afin d'être le plus objectif possible. C'est d'abord une étude de faible envergure (deux sujets) qui limite la généralisation des résultats. Aussi, l'influence des variables externes ont apporté des bénéfices ou désavantages qui ont pu biaiser les résultats positifs de l'étude.

Un autre élément important dans cette étude est **l'absence de groupe contrôle**. Avec un groupe de patients atteints des mêmes pathologies, il est possible de faire passer les mêmes épreuves de pré-tests et de post-tests, mais sans proposer de thérapie orthophonique par exemple. Compte tenu des difficultés rencontrées pour le recrutement des sujets de l'étude, il n'a pas été possible de recruter des patients pour un groupe contrôle. C'est un élément dont il faut tenir compte dans l'analyse de ce mémoire, pour nuancer les résultats obtenus.

Cette étude a été effectuée sur une **courte période** (de six mois), compte tenu des contraintes temporelles du cursus universitaire. Dans le cas de pathologies neurodégénératives, les évolutions s'observent sur le long terme. La dépression est aussi une pathologie qui évolue lentement, avec des adaptations des traitements médicamenteux nécessaires et des temps d'habituation. Réaliser une étude sur au moins une année, voire plusieurs, au lieu de quelques mois seulement permettrait d'obtenir des résultats plus précis et plus probants.

Une autre limite est que les **résultats sont circonscrits au cadre de la séance d'orthophonie**. En effet, une communication plus efficiente lors d'un atelier de réminiscence est positif pour le patient. Mais le but est avant tout d'obtenir des bénéfices et la mise en place d'adaptations facilitantes dans la vie quotidienne. En plus de proposer une thérapie adaptée au patient, il est intéressant de prendre le temps d'informer les professionnels de santé qui suivent le patient dans son quotidien. Ainsi, le bien-être exprimé par le patient lors des séances d'orthophonie pourrait se retrouver plus régulièrement dans la semaine, au cours des activités de la vie quotidienne. Les objectifs de stimulation de la communication et des fonctions mnésiques posés lors des bilans orthophoniques seraient alors d'autant plus accessibles. Dans cette étude, il n'est pas proposé de réflexions autour des possibilités de mise en place de la validation pendant les soins infirmiers par exemple.

4. Les perspectives de prolongement de l'étude

Il serait intéressant d'envisager un prolongement de cette étude, et de la considérer comme une base solide pour un travail de plus grande ampleur autour de la maladie d'Alzheimer et de la dépression.

Tout d'abord, il s'agirait de procéder à un recrutement de plus grande ampleur pour la population des sujets de l'étude. Une groupe testé et un groupe témoin permettraient une analyse plus pertinente et objective des résultats.

Ensuite, pour accentuer l'approche écologique dans le travail des mémoires et de la communication, il serait intéressant d'inclure les proches dans la thérapie. Le récit de vie, les supports d'évocation des souvenirs pourraient alors être grandement étayés. Informer et former l'aidant principal ou les membres de la famille aux techniques de communication comme la validation peut laisser place à des séances très enrichissantes. L'équipe soignante pourrait aussi participer de façon plus importante au projet par des temps de formation et d'échange entre professionnels. Cette étude gagnerait alors en intérêt pour le patient, sa famille, et aussi pour les thérapeutes.

Enfin, il serait pertinent d'envisager de garder une trace du travail mené en séance, pour favoriser un sentiment sécurisant de continuité pour le patient. C'est un moyen d'apporter un support d'échanges au quotidien pour les soignants et la famille. Il est possible d'envisager cette sauvegarde sous forme d'un album avec des photographies et du texte qui retranscrirait les témoignages du patient (comme le propose Bonnamy-Ballu, 2011), ou un coffret (imaginé par Delahousse, 2015) contenant différents objets autour desquels ont eu lieu des échanges et des récits de vie.

Conclusion

Dans ce mémoire de recherche, j'ai cherché à démontrer qu'une approche prenant en compte les troubles dépressifs peut être pertinente dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

L'intérêt de cette étude était de proposer une thérapie concernant les deux pathologies, permettant ainsi un meilleur maintien des mémoires et des capacités de communication. Les séances élaborées se sont inspirées de la méthode Validation de Feil, des ateliers réminiscence de Golberg, ou encore des thérapies basées sur la chant.

Les résultats obtenus à l'issue de cette période de recherche de six mois auprès de deux patientes mettent en évidence les effets positifs du soin, avec une amélioration des capacités communicatives des deux patientes, et un maintien des capacités cognitives. Cependant, les effets de la thérapie sur les troubles dépressifs sont plus nuancés. Ce sont des résultats encourageants qui confirment l'importance et la pertinence de ce type de thérapie dans le champ de l'orthophonie.

Ce projet renforce l'idée qu'une prise en charge auprès d'un patient Alzheimer doit se faire avec empathie et bienveillance autour de son identité, de son histoire de vie et de ses émotions. Le métier d'orthophoniste prend tout son sens dans cet accompagnement particulièrement humain, où les connaissances théoriques laissent place au relationnel et au partage d'expériences de vie.

Cette prise en charge orthophonique s'inscrit dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie du patient atteint de démence et de dépression. L'axe de travail qu'il serait intéressant de poursuivre est la notion de pluridisciplinarité. Les adaptations matérielles et relationnelles, mises en place lors des séances d'orthophonie par exemple, prennent tout leur sens si elles sont utilisées dans les activités de la vie quotidienne du patient. Ainsi, un travail de formation et d'information entre les professionnels de santé est indispensable pour créer un parcours de soin et d'accompagnement cohérent pour le patient et son entourage.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1995). DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd. traduit par J.-D. Guelfi et al.). Paris : Masson.
- Baddeley, A. (1992). *Working memory*. Science, 255, 556-559.
- Besche-Richard, C., Bungener, C. (2006). *Psychopathologies, émotions et neurosciences*. Paris : Belin Sup.
- Bonnamy-Ballu, G. (2011). *Intérêts et limites d'un travail autobiographique dans le cadre d'une prise en charge individuelle en orthophonie de patients atteints de démence type Alzheimer : étude de quatre cas aux stades modérés, modérément sévère et sévère de la maladie*. Université de Nantes : mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.
- Brin-Henry, F., Courier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isebergues : Ortho Edition.
- Bruyer R., Van Der Linden, M. (1991). *Sciences et technologies de la connaissance : neuropsychologie de la mémoire humaine*. Grenoble : Presses universitaires.
- Cappeliez, P. (2009). *Fonctions des réminiscences et dépression*. Mémoires, Gérontologie et société, 130, 171-186.
- Cardinale, M.-J., Durieux A. (2004). *Bien dans ma voix bien dans ma vie : la psychophonie, une thérapie vocale*. Paris : le courrier du livre.
- Castarède, M.-F., Anzieu, D. (1987). *La voix et ses sortilèges*. Paris : Les Belles lettres.
- Chapouthier, G. (2006). *Biologie de la mémoire*. Paris : Odile Jacob sciences.
- Conoir, P. (2008). *Mise en place d'un groupe-chansons en centre gériatrique : réflexion sur la communication de deux personnes aphasiques dans ce groupe*. Université de Nantes : mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.
- Crisp, J. (1994). *Donner un sens à ce que disent les patients atteints de la maladie d'Alzheimer*. Alzheimer Actualités, 90, 7-12.
- Dalmas, C. (2009). *Entre liberté et dépendance : le défi éthique de la maladie d'Alzheimer*. Savoirs et clinique, 11, 97-106.

- Damasio, A., R. (1995). *L'erreur de Descartes : la raison des émotions*. Paris : Odile Jacob.
- Dartigues, J.-F., Helmer, C. (2009). *Comment expliquer le retard au diagnostic de la maladie d'Alzheimer en France ?*. *Gérontologie et société*, 128/129, 183-194.
- David, R. (2014). *Alzheimer et états comportementaux : symptômes psychologiques et comportementaux des démences*. Paris : Dunod.
- Delahousse, J. (2015). La prise en charge orthophonique de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé en lien avec l'aidant à travers le récit de vie : continuité du récit de vie par le coffret de vie. Université de Nantes : mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.
- Delay, J. (2006). Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Editions de Santé.
- Delay, M., Le Guillou, F. (2010). Influence d'un travail de la communication non verbale et paraverbale sur le comportement verbal : étude de deux cas d'enfants âgés de 9 et 11 ans présentant un bégaiement : prise en charge inspirée de la thérapie cognitivo-comportemental de groupe. Université Claude Bernard Lyon 1 : Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.
- Devevey, A. (2009). *Dimension linguistique et culturelle de la prise en charge des maladies neurodégénératives*. *Rééducation Orthophonique*, 240, 7-41.
- Devin, I. (2006). *Prise en charge des troubles du comportement chez le sujet âgé traité pour une maladie d'Alzheimer, thèse pour le diplôme d'état en docteur en pharmacie*. Université de Nantes : mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.
- Etiemble, A., Morillon, A. (2011). *Usages et apports de la photographie dans la conduite d'entretien sur l'histoire et la mémoire de l'immigration*. *Cahier internationaux de sociolinguistique*, 1, 53-77. Paris : Harmattan.
- Eustache, F., Agniel, A. (1995). *Neuropsychologie clinique des démences : évaluation et prise en charge*. Marseille : Solal.
- Feil, N. (2005). *La validation Méthode Feil*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- FitzGerald, M.-J.-T., Folan-Curran, J. (2003). *Neuro-anatomie clinique et neurosciences connexes*. Paris : Maloine.

- Giard M.-C. (2008). *La validation de Naomi Feil ou communiquer avec les personnes âgées désorientées*. La revue gériatrie : actes du colloque international « approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer » Paris 19 et 20 juin 2008, tome 33, 6, 16-18.
- Goldberg, A. et al. (2006). *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes âgées*. Lyon : chroniques sociales.
- Habib, M., Joannette Y., Puel M. (1991). *Démences et syndromes démentiels, approche neuropsychologique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Henrard, J.-C., Clément, S., Derriennic, F. (1996). *Vieillesse, santé, société*. Paris : INSERM.
- Hirsch, E., Ollivet, C. (2007). *Repenser ensemble la maladie d'Alzheimer : éthique, soin et société*. Paris : Vuibert.
- Leparoux, J., Pineau, C. (2013). *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation de l'efficacité d'une prise en charge orthophonique écosystémique autour du récit de vie de la personne malade en collaboration avec son aidant*. Université de Nantes : mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.
- Moyne-Larpin, Y. (1999). *Formation aux pratiques musicales en gérontologie*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Noblet-Dick, M. et al. (2004). *Évaluation par l'Inventaire NeuroPsychiatrique (NPI) des symptômes comportementaux et psychologiques aux différents stades de la maladie d'Alzheimer*. La Revue de Gériatrie, 29, 8, 605-612.
- Ornon, C. (2000). *La plainte mnésique*. Rééducation Orthophonique, 201, 55-70.
- Patry-Morel, C. (2006). *Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : rééducation théorie et pratique. Démarche sémiologique dans une approche cognitive et une perspective écologique*. Marseille : Solal.
- Perron, M. (1996). *Communiquer avec des adultes âgés : La « Clé des sens »*. Lyon : Chronique Sociale.
- Ploton, L. (2009). *A propos de la maladie d'Alzheimer*. Gérontologie et société, 128/129, 89-116.

- Robert, L., et al. (2001). *A partir de quel âge peut-on parler de vieillissement du cerveau ?*. *Gérontologie et société*, 97, 6-10.
- Rogers, C. (1966). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rousseau, T. (1998). *Thérapie cognitivo-comportementale des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer*. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 20, 88-90.
- Rousseau, T. (2001). *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*. Isebergues : OrthoEdition.
- Rousseau, T. (2007). *Démences : orthophonie et autres interventions*. Paris : Ortho Edition.
- Rousseau, T. (2009). *La communication dans la maladie d'Alzheimer, approche pragmatique et écologique*. *Bulletin de psychologie* 503, 80-92.
- Rousseau, T. (2013). *Les approches thérapeutiques en Orthophonie, Tome 4 : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*. Paris : Ortho Edition.
- Stefanini, C. (2014). *Le chant des possibles : musicothérapie et maladie d'Alzheimer, une expérience en EHPAD*. Parempuyre : Editions du Non Verbal.
- Squire, L., Kandel, E. (2002). *La mémoire : de l'esprit aux molécules*. Traduit par Desgranges, B., Eustache, F. Paris : De Boeck Université.
- Thorgrimsen, L., Schweiter, P. (2002). *Evaluating reminiscence for people with dementia : a pilot study*. *The arts in psychoterapy*, 93-97.
- Van der Linden, M. (2008). *Psychopathologie de la mémoire: relations entre mémoire, self et émotion*. In Piolino, P., Thomas-Antérion, C., Eustache, F. *Des amnésies organiques aux amnésies psychogènes*. Marseille: Solal. 139-152.
- Van der Linden, M., Van der Linden, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles : Mardaga.
- Whitehouse, P.-J., George, D. Traduit par (2010). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer : ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté*. Traduit par Van der Linden, M., Van der Linden, A.-C. Marseille : Solal.
- Wojtasik, V. et al. (2009). *Réadaptation cognitive pour les activités de vie quotidienne dans la maladie d'Alzheimer*. *Mémoires, Gérontologie et société*, 130, 187-202.

Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., Davis, S. (2009). *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane database systematic reviews, 1-36.

Législation de la profession d'orthophoniste :

ANAES. (2000). *Recommandations pratiques pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer*. Service des recommandations et références professionnelles.

Décret de compétence du Journal Officiel, numéro 104 du 4 mai 2002, n°2002-721 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

Haute Autorité de la Santé (2011). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées- recommandations*.

Source Internet :

www.alzheimers.org

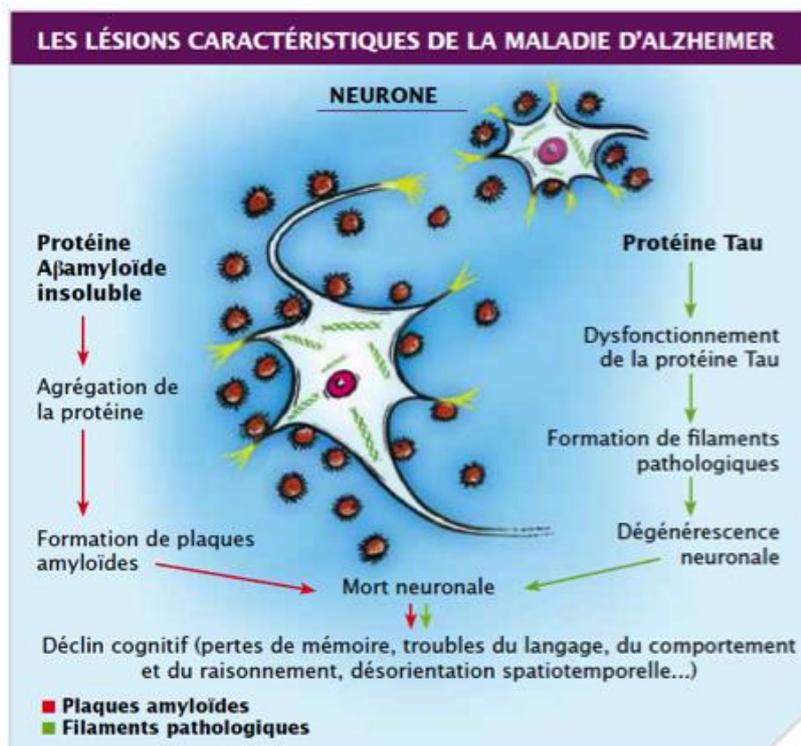
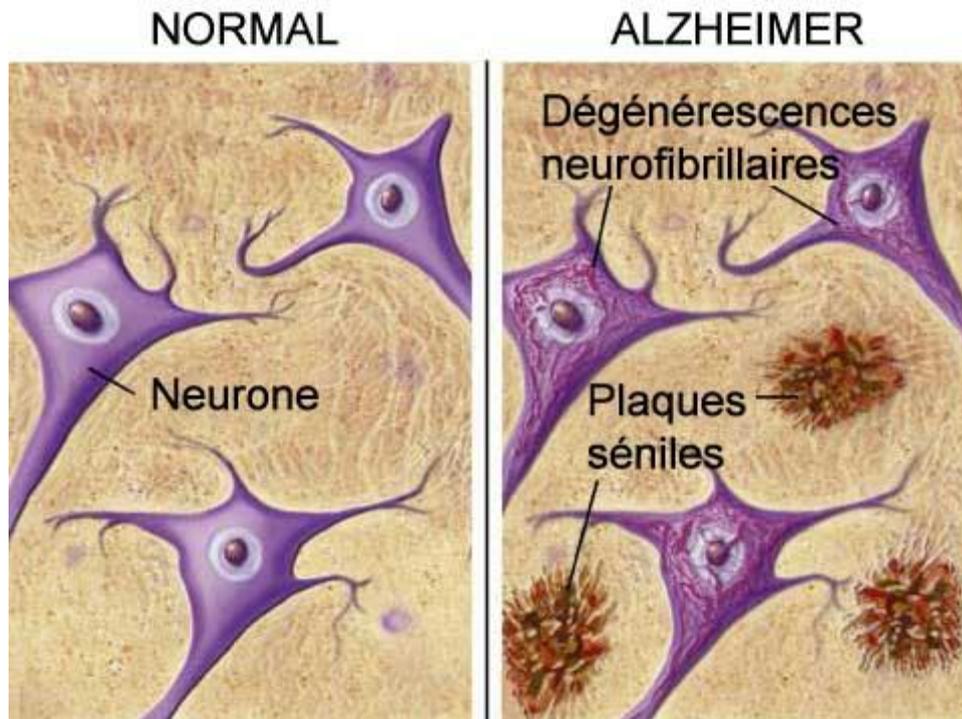
www.francealzheimer.org

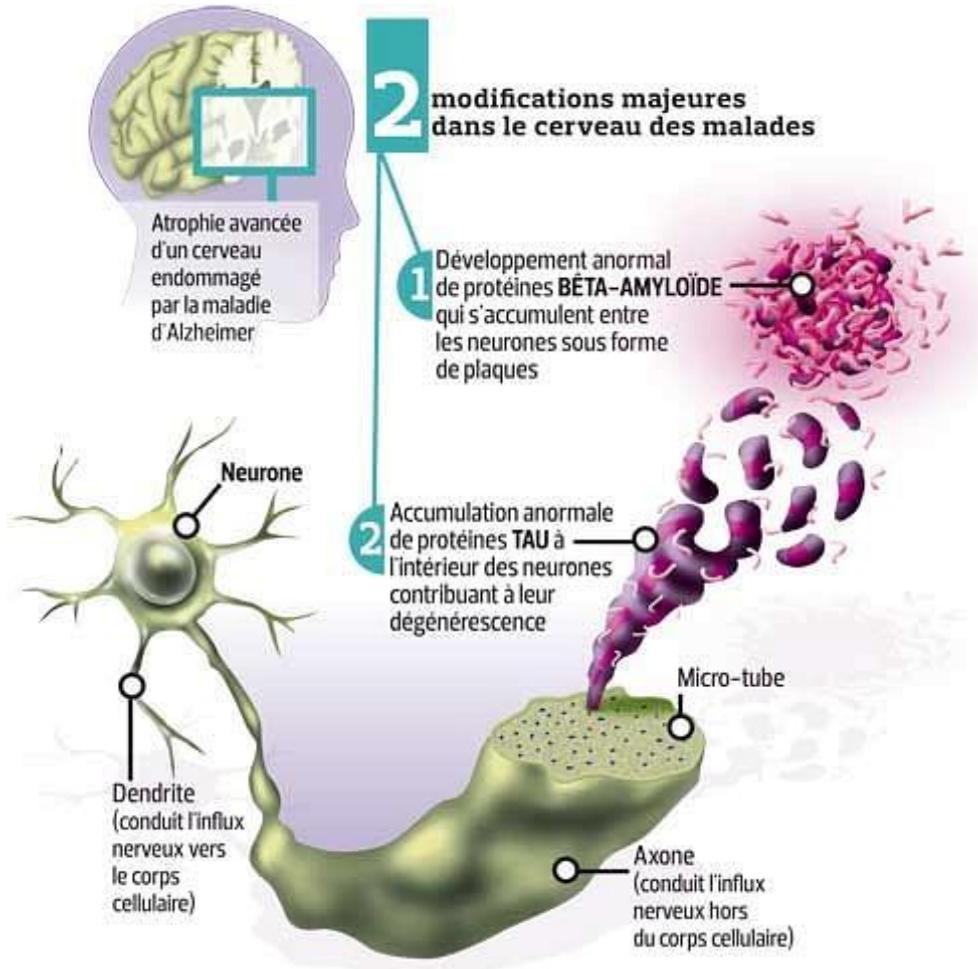
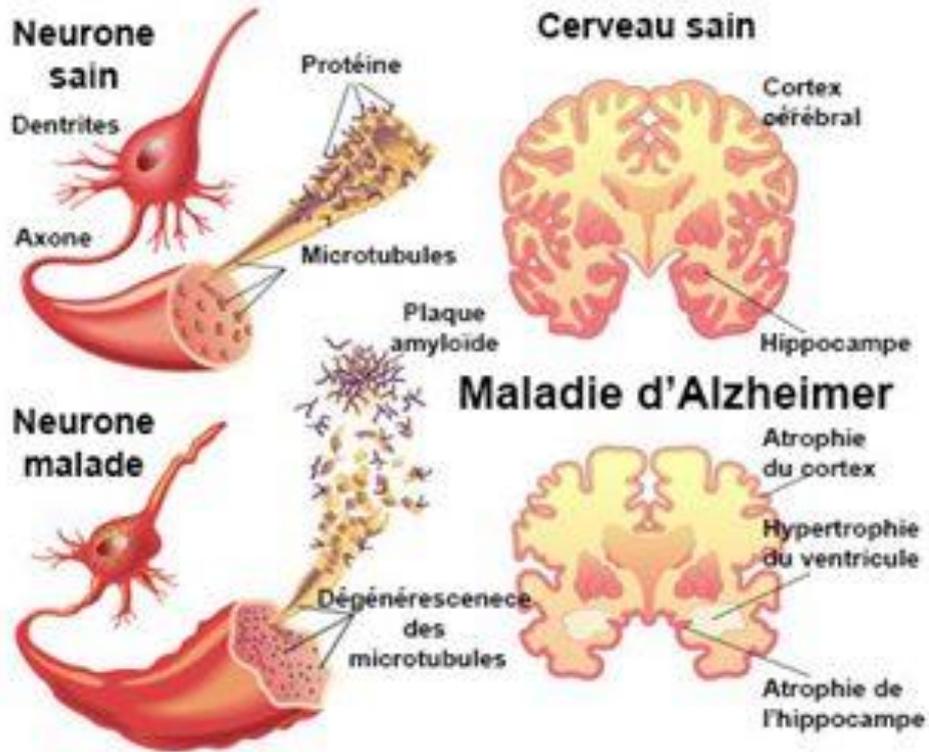
ANNEXES

<u>Annexe 1</u>	92
<u>Annexe 2</u>	94
<u>Annexe 3</u>	98
<u>Annexe 4</u>	100
Annexe 4a	100
Annexe 4b.....	101
Annexe 4c	102
Annexe 4d.....	103
Annexe 4e	107
Annexe 4f	109
Annexe 4g.....	110
Annexe 4h.....	111
Annexe 4i.....	113
Annexe 4j.....	115
Annexe 4k.....	117
Annexe 4l.....	118
Annexe 4m.....	119
Annexe 4n.....	121
<u>Annexe 5</u>	123
Annexe 5a	123
Annexe 5b.....	124
Annexe 5c	125
Annexe 5d.....	100
Annexe 5e	126
Annexe 5f	130
Annexe 5g.....	132
Annexe 5h.....	133
Annexe 5i.....	134
Annexe 5j.....	136
Annexe 5k.....	138
Annexe 5l.....	140
Annexe 5m.....	141
Annexe 5n.....	142
<u>Annexe 6</u>	146
<u>Annexe 7</u>	151
<u>Annexe 8</u>	153
<u>Annexe 9</u>	155

ANNEXE 1

Schémas illustrant les cellules cérébrales et les lésions neuropathologiques dans la Maladie d'Alzheimer. Source : francealzheimer.org





ANNEXE 2

Fonctionnement non-pathologique des mémoires

D'après l'ouvrage : La mémoire : de l'esprit aux molécules. (2002). Squire, Kandel, traduction B. Desgranges, F. Eustache, De Boeck Université, Paris.

A. Définition

La mémoire dans son sens global représente l'ensemble des fonctions psychiques grâce auxquelles un individu peut se représenter le passé comme passé.

Différents modèles neuropsychologiques de la mémoire existent. *Atkinson et Shiffrin* proposent le premier modèle en 1968 et font état du concept de mémoire de travail. *Tulving*, en 1972 présente une distinction entre mémoire épisodique et sémantique. *Colen et Squire* en 1980 présentent les mémoires déclaratives et procédurales. *Schacter* en 1985 utilise les termes de mémoire explicite et mémoire implicite. D'après ces différentes publications, il apparaît évident qu'il existe **des mémoires**. Le modèle actuel retenu pour cette étude est le suivant :

Mémoire à Court Terme → Mémoire de Travail (administrateur central, boucle phonologique, calepin visuo-spatial)

Mémoire à Long Terme → Mémoire Déclarative (Mémoire Sémantique, Mémoire Episodique, Mémoire Autobiographique) et Mémoire Procédurale.

La mémoire à court terme (MCT) : l'information est maintenue quelques secondes pour la réalisation de la tâche en cours. Les données sont effacées ou stockées en mémoire à long terme. On distingue la Mémoire Immédiate (MI) et Mémoire de Travail (MdT).

La MI permet de maintenir activement une information à l'esprit à partir du moment où elle est perçue. L'information fait l'objet du focus de l'attention et occupe le cours de la pensée à un instant t.

La MdT est un système de maintien temporaire de l'information qui permet l'utilisation de celle-ci et sa restitution après délai. La mémoire de travail fonctionne avec les cortex associatifs (pour l'aire visuelle, dans le lobe temporal) et le lobe frontal. Le lobe frontal maintient le matériel en mémoire pour guider le comportement et la cognition (actif pendant le traitement de l'information et après le traitement, fournit un top-down pour le rappel de l'information), pendant que le lobe temporal reçoit l'information et traite le stimulus.

La mémoire à long terme (MLT) : sa finalité est la création de souvenirs stables. C'est le lobe temporal interne qui joue un rôle crucial dans l'ancrage de l'information.

La mémoire déclarative : il s'agit de la mémoire consciente, explicite.

- **La mémoire épisodique** : permet l'acquisition et la rétention d'événements personnels vécus avec émotions, dans le temps et l'espace. La récupération des souvenirs stockés en mémoire épisodique est fortement dépendante du contexte d'encodage. Cette mémoire est liée à la conscience autocinétique (il y a un voyage mental, avec un sentiment de revivre le souvenir, les notions de self et de sentiment d'identité sont prégnants). Au niveau anatomique : régions temporales (hippocampe = moteur d'enregistrement et noyau amygdalien = donne la coloration affective), le circuit de Papez (hippocampo-mamillo-thalamo-cingulaire), le lobe préfrontal (permet encodage et rappel) et le cortex associatif (responsable du stockage de souvenirs).
- **La mémoire sémantique** : c'est la mémoire académique, didactique dont l'évocation est dépourvue de référence à l'histoire personnelle, elle est non contextualisée. On parle de conscience noétique (il y a un sentiment de familiarité avec le concept, c'est un savoir culturel). C'est une mémoire commune aux personnes de même âge, de même sexe, de même culture. L'ancrage mnésique est très solide.
- **La mémoire autobiographique** : c'est l'ensemble des informations et des souvenirs particuliers à l'individu permettant de construire un sentiment d'identité et de continuité du sujet. Cette mémoire regroupe un souvenir encodé avec la mémoire sémantique et la mémoire épisodique.

La mémoire procédurale : il s'agit de la mémoire non déclarative, inconsciente, implicite. Elle correspond à l'acquisition d'habiletés sans volonté d'apprendre, le souvenir se crée de façon automatique. C'est la mémoire la plus solide, utilisable jusque très tard dans la vie d'un sujet.

La faculté cognitive mnésique repose sur 3 étapes majeures pour la création d'un souvenir : l'encodage d'une information (acquisition), le stockage (consolidation) et la récupération (restitution).

L'encodage : c'est la façon dont les informations qui nous parviennent sont traitées. Il s'agit de convertir une information en un code. L'encodage est de meilleure qualité si le sujet porte un intérêt à l'information, s'il veut apprendre cette information.

Le stockage : c'est le traitement qui permet à l'information encodée de devenir un souvenir. Près de la moitié de notre cortex est dédiée au traitement de l'information visuelle. Il est impossible de localiser un site de stockage des souvenirs dans le cortex, car chaque souvenir est stocké dans le même réseau de structures cérébrales que celui qui est mis en œuvre dans la perception initiale de l'information. Il n'existe pas un site unique de stockage, les souvenirs sont distribués dans différentes zones du cerveau. C'est la somme totale des modifications cérébrales provoquées par l'apprentissage d'une information qui laissent une trace mnésique à long terme appelée *engramme*. Un expert possède des connaissances impressionnantes dans un domaine précis, non pas parce qu'il a une mémoire exceptionnelle mais parce qu'il a acquis, avec l'expérience, des capacités très spécialisées à encoder et à organiser un type d'information particulier. Par accumulation d'engrammes bien spécifiques pendant plusieurs années, le cerveau de l'expert est modifié et plus apte à encoder et traiter des données pertinentes profondément que le cerveau de non experts.

La récupération : ce n'est pas seulement la réactivation de l'engramme tel quel. Parfois, seuls certains fragments sont réactivés. Une personne qui se souvient s'engage dans un processus de reconstruction approximative du passé et non dans une reproduction exacte. Le processus de récupération est dépendant de la qualité de l'indice utilisé. L'humeur et les états de conscience influencent la qualité du rappel. L'état d'esprit au moment du rappel favorise la récupération d'événements encodés dans un état d'esprit similaire. La mémoire ne fonctionne pas en enregistrant parfaitement ce qu'il s'est passé, il y a interprétation de la signification de l'événement puis stockage de cette information. Ce processus décrit comme « imparfait » par les chercheurs amène à des extrapolations, des modifications, et des versions différentes d'un même événement vécu et raconté par deux individus.

B. L'évaluation

La mémoire de travail est formée de trois composantes : la boucle phonologique, le calepin visuo-spatial et l'administrateur central.

Pour évaluer la boucle phonologique : utilisation des épreuves d'empan verbal de chiffres et de mots. Un *effet de récence* (rappeler les derniers chiffres/mots entendus plus facilement) est normal et atteste du bon fonctionnement de la MdT. Un *effet de similarité* phonologique (épreuve mieux réussie avec des mots possédant les mêmes sonorités qu'avec des mots totalement différents phonologiquement) et un *effet de longueur* (épreuve mieux réussie avec des mots courts qu'avec des mots longs) seront aussi considérés comme normaux.

Pour évaluer le calepin visuo-spatial : épreuve d'empan visuel avec des blocs de Corsi.

L'administrateur central : son fonctionnement repose sur le maintien à court terme d'une information et une manipulation de celle-ci. On demande un empan envers de chiffres ou de classer une liste de mots dans l'ordre alphabétique.

La mémoire à long terme

La mémoire épisodique : elle est évaluée avec une tâche de rappel libre d'une liste de mots en rappel immédiat et différé par exemple. Cela permet d'évaluer les stratégies mises en place pour générer seul des indices et récupérer l'information. La tâche de rappel indicé (donner le champ sémantique du mot à retrouver par exemple) évalue le processus d'encodage (l'évaluateur a fait le travail de récupération avec l'indication donné, donc si le mot n'est pas rappelé c'est qu'il n'a pas été encodé, mis en mémoire). Le test de reconnaissance (reconnaître les mots mémorisés parmi les distracteurs) permet d'évaluer le processus de stockage et de consolidation de l'information.

La mémoire sémantique : c'est une composante qui se teste avec des tâches d'appariement d'objets, de dénomination ou de désignation d'images, de culture générale.

ANNEXE 3

La charte Alzheimer éthique et société. Source : *Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012*

CHARTER ALZHEIMER ETHIQUE & SOCIETE 2010

« Dans la maladie d'Alzheimer, la réflexion éthique est présente durant toute la maladie, du diagnostic à la fin de vie. L'accompagnement éthique, c'est affirmer la permanence de la personne humaine en toutes circonstances même les plus dégradées ».

ALZHEIMER 2010 : LES SOIGNANTS S'ENGAGENT

1/ ...Reconnaître le droit de la personne malade à être, ressentir, désirer, refuser.

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée, et quel que soit le niveau de ses atteintes, conserve des capacités à ressentir des émotions et à réagir en fonction de son vécu, de son environnement matériel et humain, de ses goûts et préférences.

2/ ...Respecter le choix de la personne malade

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée, doit pouvoir bénéficier d'espaces de liberté. S'impose à tous l'exigence de rechercher ses souhaits et d'en faciliter l'expression, de rechercher et privilégier son autonomie d'action et de décision tout en tenant compte de ses capacités à réévaluer régulièrement.

3/ ... Respecter la personne malade, ses biens et ses choix matériels

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée, bénéficie de la protection de la loi pour sa personne et ses biens. Sa vulnérabilité doit être évaluée par des professionnels compétents, afin de lui préserver le plus d'espaces possibles de liberté dans ses choix matériels de vie et ses engagements financiers.

4/ ...Respecter les liens affectifs de la personne malade

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée conserve la liberté de communiquer et de participer à la vie en société. Les relations familiales, les liens affectifs et amicaux dans toutes leurs diversités, anciens et nouveaux, doivent être préservés et respectés.

5/ ...Respecter la liberté de conscience de la personne malade et valoriser ses activités

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée conserve sa liberté de conscience, ses droits de citoyen et doit pouvoir exercer les activités qu'elle souhaite, même lorsqu'elle présente une altération intellectuelle et physique sévère.

6/ ...Assurer à la personne malade l'accès aux soins, la compensation des handicaps et à la prévention des facteurs aggravants

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée doit bénéficier des aides, soins et conseils qui lui sont nécessaires, dispensés par des personnes compétentes.

Les discriminations liées à l'âge ou à la maladie d'Alzheimer sont contraires à la loi et à l'éthique professionnelle.

7/ ...Développer et garantir les compétences professionnelles par les formations initiale et continue ainsi que par le travail en équipe

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée doit bénéficier des soins et des aides spécifiques que requiert son état de santé. Ces soins et aides doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, que ce soit à domicile, en institution ou à l'hôpital.

8/ ...Soigner, respecter et accompagner la personne malade jusqu'au terme de sa vie

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée doit bénéficier jusqu'aux ultimes instants de sa vie des soins et attentions appropriés. Les soignants refusent tout autant le fatalisme et l'abandon des soins que l'obstination déraisonnable également inacceptable.

9/ ...Faire bénéficier la personne malade de la recherche et de ses progrès

Toute personne atteinte d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée doit pouvoir bénéficier des progrès des recherches biomédicales et de santé publique, ainsi qu'en matières de sciences humaines et sociales. Ces recherches doivent être reconnues comme une priorité.

10/ ...Contribuer largement à la diffusion d'une approche technique

Les soignants s'engagent à mieux faire reconnaître l'humanité, la dignité et les droits des personnes atteintes d'une maladie Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

ANNEXE 4

Madame A : dossier médical, bilans, pré-tests et post-tests.

4a

Unité Ambulatoire de Psychogériatrie
Évaluation et suivi des troubles de la mémoire et des troubles du comportement

Psychiatre référent : **ESPACE**

Gérialres : _____

Neuropsychologue : _____

Cadre de Santé _____

Psychomotricienne : _____

Orthophoniste : _____

Sophrologue : _____

Infirmiers : _____

Secrétaire : _____

ATTESTATION

Je soussignée, Dr _____ : S. _____, gériatre, certifie suivre Madame _____
née le _____ 1937, pour laquelle le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été porté en novembre 2011.
Celle-ci est associée à un syndrome dépressif.

Certificat établi pour servir et valoir ce que de droit.

le 11 mai 2016

Dr _____ S. _____



(4b)

Résidence M	FICHE DE TRAITEMENT MADAME A DU 01/04/2016 AU 28/04/2016 HEBERGEMENT - 211-1 - Secteur : 2ième ETAGE	
: Tél - Fax :		
Code Finess :		

Caisse :	MEDECIN : M	53.000 Kg (le 14/03/2016 à 15:26)
Âge : 79 ANS NE(E) LE	Tél : Fax :	Taille : 1.62 M (le 23/01/2013 à 09:20)
Code Sécu. : 2	PHARMACIE :	IMC : 20.20
Nature ALD :	Tél : Fax :	
Fin de droit le		

Traitement à évaluer par le médecin

Libellé et commentaires	06h-09h	09h-11h	11h-14h	14h-18h	18h-20h	20h-22h	22h-06h	Ordon. du	Ald
	MATIN	Matinée	MIDI	Ap midi	SOIR	Coucher	Nuit		

SEMAINIER	3.00		2.00		2.00			TOTAL	
------------------	------	--	------	--	------	--	--	--------------	--

COMPR									
ALPRAZOLAM EG 0.25 mg Comprimé Boîte de 30 -	1.00		1.00					2.00	03/11/2015 <input checked="" type="checkbox"/>
CYMBALTA 30MG -	1.00							1.00	29/04/2015 <input checked="" type="checkbox"/>
DOLIPRANE 1 000 mg Comprimé Boîte de 8 - SI DOULEURS	1.00		1.00		1.00			3.00	09/04/2014 <input type="checkbox"/>
MIANSERINE BIOGARAN 60 mg Comprimé Boîte de 14 -					1.00			1.00	21/11/2013 <input checked="" type="checkbox"/>

HORS SEMAINIER					0.25			TOTAL	
-----------------------	--	--	--	--	------	--	--	--------------	--

SOLUT									
RISPERDAL 1 mg/ml Solution buvable Flacon (+ seringue pour administration orale) de 120 ml -					0.25			0.25	08/09/2015 <input checked="" type="checkbox"/>
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml Solution buvable Boîte de 1 Ampoule de 2 ml -								0.00	20/03/2013 <input type="checkbox"/>

Imprimée par IDE	Commentaires	Signature médecin traitant	Signature autre médecin
PROCHAINE VISITE LE / /20			
Fiche de traitement en portrait (PR) : Mme A		vendredi 1 avril 2016	18:03:29 Page 1 sur 1 



GRILLE AGGIR AVEC ADVERBES AU 01/04/2016

MADAME A (211-1)

DANS L'ETABLISSEMENT DEPUIS LE 02/04/2012

ENTREE LE 02/04/2012 - SECTEUR : 2ème ETAGE - SECTION : HEBERGEMENT

Résidence M

Tél - Fax :

Code Fitness :

Né(e) le : Age : 79

Sexe du résident : Femme

Médecin : M

	Pas spontanément	Pas totalement	Pas habituellement	
A Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lever, se coucher, s'asseoir
A Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant, etc.
C Hygiène corporelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer la toilette du haut du corps
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer la toilette du bas du corps
B Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurer l'hygiène de l'élimination fécale
C Habillement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Haut (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Moyen (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bas (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
Cuisine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
A Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se servir
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manger les aliments préparés
Suivi du traitement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se conformer à l'ordonnance du médecin
Ménage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers
C Alerter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Communication à distance : Utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette
B Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport
Transports	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Utiliser un moyen de transport
Activités de temps libre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien
Achats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acquisition directe ou par correspondance de biens
Gestion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens
C Orientation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se repérer dans le temps et les moments de la journée
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se repérer dans l'espace et dans les lieux
B Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Communiquer de façon logique et sensée
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se comporter de façon logique et sensée

GROUPE ISO RESSOURCE - GIR

3

DEFINITION DU GROUPE

Personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice

VALORISATION
660 Points
Coefficient : 0.66

AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE

3-4

DEFINITION
Dépendant léger

VALORISATION APA
660 Points
120 Points de prévention dépendance

GERO-GRAPH

Nom et signature du responsable de service	Nom et signature du médecin
Commentaires	

4c

B... F...
Orthophoniste
Cabinet libéral

le 30/12/2015

BILAN ORTHOPHONIQUE DE RENOUELEMENT

Langage et mémoire

PATIENT : Madame A

Adresse : Résidence EHPAD M.

Né(e) le : 79 ans

N° de sécurité sociale : 2...

Je vous remercie, Docteur M, de m'avoir adressé Mme A pour effectuer un bilan de renouvellement des fonctions cognitives dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer évoluant rapidement.

Anamnèse :

Mme A bénéficie d'une prise en charge orthophonique, à raison de deux à trois séances hebdomadaires, depuis février 2014.

La désorientation temporo-spatiale s'est beaucoup accentuée depuis deux années et Mme A déambule constamment.

Les séances orthophoniques se passent bien, mais à deux ou trois reprises, elle a manifesté une agressivité, également ressentie par le personnel de la Résidence.

Les objectifs de la prise en charge orthophonique sont de mettre en place des moyens de compensation pour pallier la désorientation temporelle (calendriers mensuels en photos, mise en place d'un planning régulier, travail sur la mémoire autobiographique à partir de photos, de diaporamas..., travail mnésique à partir de chansons de son temps...)

Le manque de confiance en soi demeure très important. Les propos auto-dépréciatifs sont constants. Mme A est entrée dans une phase de sa vie où peu de choses l'intéressent. Elle a tendance à baisser les bras et participe peu aux activités proposées au sein de la résidence (elle n'y participe plus spontanément). Elle pleure beaucoup et souffre de l'ennui.

Le bilan a été mené en plusieurs fois et Mme A a été très coopérante.

BILAN LANGAGIER

BOSTON NAMING TEST

Dénomination orale 18/60

Cette épreuve met en évidence un manque du mot massif. Il y a un défaut d'accès au stock lexical phonologique, qui se manifeste par un fort temps de latence et un tâtonnement fréquent pour trouver la forme phonologique des mots. L'ébauche phonologique du mot est parfois efficace.

Mme A utilise fréquemment des termes génériques (« machin, chose...»), des gestes pour compenser le manque du mot. L'aide contextuelle n'est pas toujours efficace et il y a de nombreuses paraphrasies sémantiques. Il y a une déstructuration du stock lexical sémantique avec une perte des attributs des objets et de leur fonction.

MT86 – Extraits

- **Dénomination orale 16/31** (26/31 en février 2014)

L'épreuve de dénomination est à présent laborieuse. Les éléments précisés dans le test de dénomination orale précédent sont également présents dans cette épreuve.

- **Compréhension orale**

Compréhension lexicale 8/9

Compréhension de phrases 24/38 (38/38 au dernier bilan)

L'épreuve de compréhension lexicale et syntaxique était parfaitement réussie au dernier bilan. A présent les capacités de compréhension sont perturbées par la complexité des structures syntaxiques et notamment lorsqu'il y a deux référents animés, ou de la voie passive. Mme A perd constamment la consigne et s'attache uniquement à une description des images.

- **Discours narratif oral**

La scène n'est plus située dans son ensemble, et le récit, souvent incohérent, consiste en une description de détails juxtaposés. Il n'y a aucun lien entre les personnages et les éléments de la scène. Le raisonnement n'est pas déductif. Aucun élément de causalité n'est dégagé. Les phrases ne sont plus morphosyntaxiquement correctes. Mme A se lance dans une description, sans fin, qui tourne en boucle. Je suis contrainte d'y mettre un terme.

TLE (Test de Langage Elaboré pour Adultes)

Les valeurs mentionnées entre parenthèses sont celles du bilan précédent datant de février 2014

Définition de mots : -2,20 ET (- 1,31 ET)

Evocation sur définition : - 2,14 ET (- 1,6 ET)

Concaténation de phrases : - 4,29 ET (- 0,15 ET)

Synonymes : - 1,07 ET (- 0,91 ET)

Discours procédural : - 1,45 ET (- 1,44 ET)

Polysémie : - 5,14 ET (- 2,71 ET)

Intrus : - 3,49 ET (- 2,74 ET)

Phrases absurdes : - 1,85 ET (- 1,46 ET)

Différences : - 2,62 ET (- 2,08 ET)

Proverbes : - 2,66 ET (- 1,77 ET)

Discours déclaratif : - 4,32 ET (- 3 ET)

Antonymes : - 2,39 ET (- 1,95 ET)

Expressions imagées : - 1,94 ET (- 1,52 ET)

Les différents versants du langage élaboré sont très altérés. Les troubles d'évocation et le manque du mot sont massifs, même si le discours reste globalement fluide. Les phrases ne sont plus syntaxiquement correctes et il y a fréquemment un tâtonnement pour trouver la forme phonologique des mots, parfois même des néologismes et un jargon.

Les lexiques actif et passif sont à présent très pauvres. Le raisonnement est laborieux, et très incohérent.

Ce test est marqué par une perte fréquente de la consigne, des digressions constantes et particulièrement par l'incohérence du discours.

Le discours est laconique et peu informatif. Les énoncés sont bien construits mais simples. La séquentialité est respectée, mais parasitée par la perte du fil du discours. Il y a de nombreuses digressions

La compréhension du langage élaboré (expressions, proverbes, absurdités...) n'est plus efficace. Mme A se perd dans des interprétations totalement incohérentes.

Fluences catégorielles et phonologiques

Les valeurs mentionnées entre parenthèses sont celles du bilan précédent datant de février 2014

Fluences phonologiques

- /p/ 3 mots : - 2,49 ET (5 mots : - 2,25 ET)
- /r/ 3 mots : - 2,49 ET (4 mots : - 2,4 ET)
- /v/ 0 mot : - 2,99 ET (5 mots : - 2,15 ET)

Fluences catégorielles

- Meubles : 0 mot (- 3,66 ET) (6 mots : - 2,37 ET)
- Animaux : 1 mot (- 4 ET) (6 mots : - 3,37 ET)
- Fruits : 1 mot (- 5,66 ET) (8 mots : - 3,50 ET)

Les troubles d'évocations sont très massifs. L'évolution depuis le bilan précédent est très marquante. Il y a des redondances, des intrusions sémantiques ou non, des digressions perpétuelles. La perte de la consigne est constante et Mme A ne s'appuie plus sur les périphrases pour expliquer ce qu'elle veut signifier. Mme A ne met pas en place de stratégie de raisonnement pour le traitement de la tâche. L'aide contextuelle n'est plus efficace. Il y a un jargon très fréquent.

BILAN DES MEMOIRES

MMSE : 7/30 - fonctions cognitives très altérées

Le score est le même qu'en février 2014. L'orientation temporo-spatiale est très altérée. Mme A ne parvient à me donner aucun élément de la date, ni son âge. Elle n'est pas en mesure de me donner avec certitude son prénom (confusion prénom/surnom...). Concernant l'espace, elle ne parvient plus à se rappeler de la ville dans laquelle elle habite, ni aucune donnée concernant le lieu de la résidence. Elle ne peut me donner que l'étage où se situe sa chambre.

Mémoire verbale

Texte (Histoire de l'incendie – Bilan de Grenoble)

Au bilan précédent (février 2014), quelques éléments macrostructurels étaient encore restitués. A présent, Mme A n'est plus en mesure d'effectuer un rappel immédiat, ni un rappel différé.

Diagnostic :

L'évolution de la maladie d'Alzheimer de Mme A se manifeste fortement au travers de ce bilan de mémoire et de langage.

Les capacités lexicales encore présentes au bilan précédent (février 2014) sont très affectées. Il y a une perte de la forme phonologique des mots et du versant sémantique (perte des attributs des objets, de la fonction...). Il y a de nombreuses redondances, d'incohérences, d'intrusions, des digressions constantes.

Le discours devient inadapté, incohérent, avec une dégradation morphosyntaxique des énoncés. Il y a apparition d'un jargon et de néologismes (liés à un tâtonnement portant sur la phonologie des mots).

Les mémoires immédiate et à long terme ne sont plus efficaces (aucun rappel n'est possible). La désorientation temporelle est de plus en plus marquée.

Le manque de confiance en soi reste très important. Mme A tient constamment des propos auto-dépréciatifs, et ce, accentués par la pleine conscience de ses difficultés.

Projet thérapeutique : prise en charge orthophonique (50 AMO 15), à raison de deux à trois séances hebdomadaires, avec la poursuite des objectifs suivants :

- Mise en place de moyens de compensation permettant de pallier le déficit mnésique dans le quotidien (calendrier pour les RDV / repérage temporel par le support imagé / travail sur la mise en place d'un rythme quotidien...)
- Stimulation cognitive portant sur le versant lexical et travail conversationnel
- Travail effectué à partir de la mémoire autobiographique
- Travail sur l'estime de soi

Je reste à votre disposition pour vous donner toute information complémentaire. Veuillez agréer, Docteur M, l'expression de ma considération distinguée.

F.B.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)		Etiquette du patient
Date : 19/10/15	Évalué(e) par : Louise	Madame A
Niveau socio-culturel : école primaire puis gouvernante puis employée d'usine		

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? non je ne sais pas

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

- 1. en quelle année sommes-nous ? [Oou] [X]
- 2. en quelle saison ? [X]
- 3. en quel mois ? [X]
- 4. Quel jour du mois ? [Oou] [X]
- 5. Quel jour de la semaine ? [X]
- 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? [X]
- 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? [X]
- 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? [X]
- 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? [X]
- 10. A quel étage sommes-nous ici ? [X]

redonne les noms sur l'indisage

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- 11. Cigare [citron] [fauteuil]
- 12. fleur [clé] [tulipe]
- 13. porte [ballon] [canard]

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- 14. 93 [X]
- 15. 86 [X]
- 16. 79 [X]
- 17. 72 [X]
- 18. 65 [X]

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

à l'envers X

RAPPEL

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

- 19. Cigare [citron] [fauteuil]
- 20. fleur [clé] [tulipe]
- 21. porte [ballon] [canard]

LANGAGE

- 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. stylo
- 23. Quel est le nom de cet objet? Montrer une montre.
- 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »
- 25. Prenez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :
- 26. prenez cette feuille de papier avec la main droite.
- 27. pliez-la en deux.
- 28. et jetez-la par terre ».
- 29. Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :
- 30. « faites ce qui est écrit ».
- 31. Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :
- 32. 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

stylo pas de mais pas de mais si... lit la phrase ébauche un mot qui s'enclenche closing-in

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

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



SCORE TOTAL (0 à 30)

! 6 !

Madame A

19/10/15

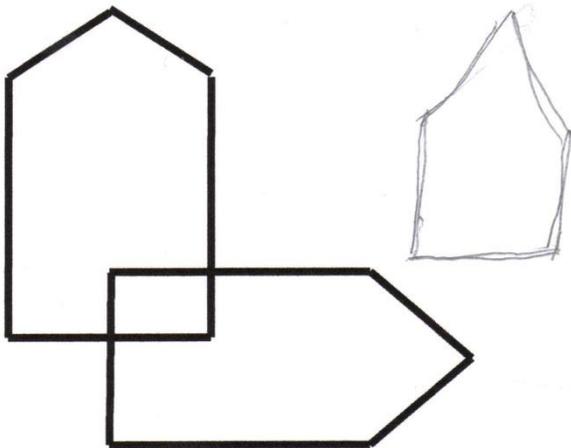
Madame A lit la phrase à haute voix mais n'exécute pas l'acte
FERMEZ LES YEUX

Phrase :



.....
.....
.....

Recopier le dessin :



Échelle de plainte de mémoire de Mac Nair

Ce questionnaire peut être rempli conjointement par le patient ainsi que par un membre de la famille en l'absence du médecin (dans la salle d'attente par exemple).

Une différence entre le score de plainte obtenu par le patient et le score obtenu selon l'estimation d'un proche met en évidence une prise de conscience imparfaite de la situation par le patient et peut traduire le début de la maladie.

Auto-évaluation

Prénom :	Nom : <i>Madame A</i>	Date de naissance:.....
Date du test : <i>19/10/15</i> ... Nom et status de l'accompagnant		

Il faut coter chacune des propositions selon le score suivant :

jamais: notez 0 rarement: notez 1 parfois: notez 2 la plupart du temps: notez 3

1. Avez-vous des difficultés à vous rappeler des événements de l'actualité récente? 0 1 2 3¹
2. Avez-vous des difficultés à suivre un film (ou une émission de TV ou un livre) parce que vous oubliez ce qui vient de se passer? 0 1 2 3 *j'en suis sûr*
3. Vous arrive-t-il d'entrer dans une pièce et de ne plus savoir ce que vous venez chercher? 0 1 2 3
4. Vous arrive-t-il d'oublier de faire des choses importantes que vous aviez prévues ou que vous deviez faire (payer des factures, aller à un rendez vous ou à une invitation)? 0 1 2 3
5. Avez-vous des difficultés à vous souvenir des numéros de téléphone habituels? 0 1 2 3
6. Oubliez-vous le nom ou le prénom des personnes qui vous sont familières? 0 1 2 3
7. Vous arrive-t-il de vous perdre dans des lieux familiers? 0 1 2 3 *j'en suis sûr*
8. Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés les objets usuels? 0 1 2 3
9. Vous arrive-t-il d'oublier d'éteindre le gaz (ou les plaques électriques, ou le robinet, ou la fermeture de la maison)? 0 1 2 3
10. Vous arrive-t-il de répéter plusieurs fois la même chose parce que vous oubliez l'avoir déjà dite? 0 1 2 3
11. Avez vous des difficultés à retrouver des noms propres de personnes ou de lieux (acteurs connus, relations, lieux de vacances...)? 0 1 2 3
12. Avez-vous des difficultés à apprendre des choses nouvelles (jeux de cartes ou de société, nouvelle recette, mode d'emploi...)? 0 1 2 3 *ça j'en suis sûr*
13. Avez-vous besoin de tout noter? 0 1 2 3 *j'en suis sûr*
14. Vous arrive-t-il de perdre des objets? 0 1 2 3
15. Vous arrive-t-il d'oublier immédiatement ce que les gens viennent de vous dire? 0 1 2 3 *j'ai peur de faire mal aux gens*

Un total supérieur à 15 (sur 45) est anormal

Nb: la grande majorité des sujets âgés qui se plaignent de leur mémoire n'ont pas d'affection organique cérébrale: un score élevé doit conduire à effectuer une évaluation plus poussée de la mémoire.

Parlez en à votre médecin traitant.

29/45

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM Madame A PRÉNOM

SEXE F AGE DATE 19/10/2015

Instructions

13 questions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

tristesse

- larmes aux yeux
- A. Je ne me sens pas triste. 0
 - Je me sens cafardeux ou triste. 1
 - Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. 2
 - Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. 3

avenir

- J'ai peur
- B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. 0
 - J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. 1
 - Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. 2
 - Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. 3

échecs

- je veux retourner chez mes parents
- C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. 0
 - J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. 1
 - Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. 2
 - J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). 3

satisfaction

- D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. 0
- Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. 1
- Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. 2
- Je suis mécontent de tout. "ça m'arrive" 3

culpabilité

- E. Je ne me sens pas coupable. 0
- Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. "je fais du mal aux autres" 1
- Je me sens coupable. 2
- Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vaudrais rien. 3

- déception
- F. Je ne suis pas déçu par moi-même. 0
 - Je suis déçu par moi-même. 1
 - Je me dégoûte moi-même. 2
 - Je me hais. "je ne sais pas" 3

- suicide
- G. Je ne pense pas à me faire du mal. 0
 - Je pense que la mort me libérerait. 1
 - J'ai des plans précis pour me suicider. 2
 - Si je le pouvais, je me tuerais. "se jeter par la fenêtre" 3

- sociabilité
- H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. 0
 - Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. 1
 - J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. 2
 - J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. "je n'aime plus vraiment" 3

- décisions
- I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. "surt je ne sais pas hein" 0
 - J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. 1
 - J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. 2
 - Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. 3

- physique
- J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. 0
 - J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. 1
 - J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. 2
 - J'ai l'impression d'être laid et repoussant. 3

- activités
- K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant. "des jours sans" 0
 - Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. 1
 - Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. 2
 - Je suis incapable de faire le moindre travail. 3

- fatigue
- L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. "je suis tout le temps à courir partout" 0
 - Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. 1
 - Faire quoi que ce soit me fatigue. 2
 - Je suis incapable de faire le moindre travail. 3

- appétit
- M. Mon appétit est toujours aussi bon. "j'ai jamais bien mangé" 0
 - Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 1
 - Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 2
 - Je n'ai plus du tout d'appétit. 3

dépression sévère 17/39

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total: 42/60

Le diagnostique de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION
Profil de communication individuel
S. Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Nom du patient : **Madame A**

Date : **5/10/15**

Thème et supports de l'atelier : **diaporama photographies de la ville d'enfance**

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux volubile discret laconique modéré autre :

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ? 0 1 2 3

Spontanément ? **après plaintes** A-t-il eu besoin d'être sollicité ?

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *

assertions ? requêtes ? mécanismes conversationnels ? autre : **répétitions auto-écholalies**

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :

court ? moyen ? long ?

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ? oui non **ortho reformule ses questions**

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * **oui de en au lieu et à mesure de la séance. Au début "je m'en rappelle plus, non" puis souvenirs**

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?
la garde d'enfants, la pêche

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? * n.o. 0 1 2 3

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? * n.o. 0 1 2 3

manque du mot diffiulté manque d'informativité troubles de compréhension
paraphasies manque de cohésion non-respect des tours de parole troubles de mémoire
persévérations manque de cohérence autre : **répétition de plaintes**

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ? n.o. 0 1 2 3

- A-t-il employé des stratégies de compensation* ? n.o. 0 1 2 3

suppléance mimo-gestuelle formules automatiques circonlocutions requêtes blocage
demande d'aide non verbale termes génériques procédures de réparation esquive abandon
autre : **"pardon" "je m'en rappelle plus" retour aux plaintes**

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider encourager solliciter donner le mot recontextualiser
toucher réguler redonner le thème reformuler poser des questions fermées
autre : **valoriser**

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange* ? n.o. 0 1 2 3

Retour au thème de la photo, abandonne les plaintes et se remémore de détails

0 jamais 1 ponctuellement 2 fréquemment 3 constamment n.o. non observé * : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0 1 2 3

I- Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal : *

réservé expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
 prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

quand évoque les enfants

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

lente, dos voûté, passe la main derrière ses oreilles ⊕ ⊕, très peu de gestuelle

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : sourires quand évoque souvenirs enfants mal-être : tristesse globale neutralité/indifférence :

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ? *

n.o. 0 1 2 3

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o. 0 1 2 3

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o. 0 1 2 3

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? *

n.o. 0 1 2 3

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o. 0 1 2 3

6° Aspects de la voix pendant les échanges (intensité, timbre, hauteur, intonation, débit) :

faible intensité, monotone, voix tremblante, débit faible

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o. 0 1 2 3

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

n.o. 0 1 2 3

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ?*

n.o. 0 1 2 3

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ?*

n.o. 0 1 2 3

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o. 0 1 2 3

SYNTHESE

<p>Ressources personnelles du patient pour communiquer compréhension des questions OK investit le thème, attention OK Répond aux questions</p>	<p>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur questions fermées pour initier l'activité Rupture cohérence récit = redonner thème et que plaintes et dévalorisations = encourager</p>
<p>Aspects évolutifs au cours de l'atelier investit de ⊕ en ⊕ le thème, temps de parole augmentent, précisions des souvenirs augmentent</p>	<p>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</p>
<p>Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants la ville = période de vie riche en souvenirs et en émotions (preuve souvenirs rares chez Madame A)</p>	<p>Adaptations et ajustements thérapeutiques Réagit vite quand échec prise de parole (jauger), ramener au thème et au sujet de la question en reformulant tout l'initiale</p>

4j

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)	Etiquette du patient
Date : 4/04/16	Madame A
Évalué(e) par : Louise	
Niveau socio-culturel	

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? je sais pas

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

- 1. en quelle année sommes-nous ? [X] "été"
- 2. en quelle saison ? [X]
- 3. en quel mois ? [X]
- 4. Quel jour du mois ? [X]
- 5. Quel jour de la semaine ? [X]
- 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? [X]
- 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? [X]
- 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? [X]
- 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? [X]
- 10. A quel étage sommes-nous ici ? [X]

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- 11. Cigare [citron] ou [fautueil]
- 12. fleur [clé] ou [tulipe]
- 13. porte [ballon] ou [canard]

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- 14. 93 [X]
- 15. 86 [X]
- 16. 79 [X]
- 17. 72 [X]
- 18. 65 [X]

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

- 19. Cigare [citron] ou [fautueil]
- 20. fleur [clé] ou [tulipe]
- 21. porte [ballon] ou [canard]

LANGAGE

- 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. [X]
- 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre [X]
- 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » [X]

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

- 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. [X]
- 26. Pliez-la en deux. [X]
- 27. et jetez-la par terre » [X]

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

- 28. « faites ce qui est écrit » [X]

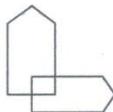
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

- 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » [X]

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- 30. « Voulez-vous recopier ce dessin » [X]



SCORE TOTAL (0 à 30) ! 4 !

Mm A 4104/16

FERMEZ LES YEUX

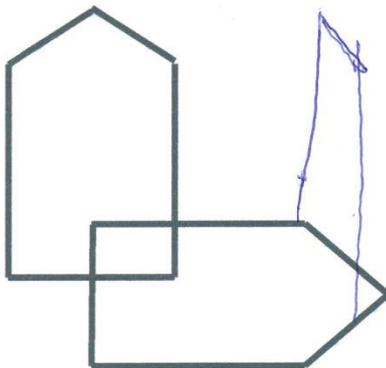
Phrase : ∅

.....

.....

.....

Recopier le dessin :



4R

Échelle de plainte de mémoire de Mac Nair

Ce questionnaire peut être rempli conjointement par le patient ainsi que par un membre de la famille en l'absence du médecin (dans la salle d'attente par exemple).

Une différence entre le score de plainte obtenu par le patient et le score obtenu selon l'estimation d'un proche met en évidence une prise de conscience imparfaite de la situation par le patient et peut traduire le début de la maladie.

Prénom :	Nom : <u>Mme A</u>	Date de naissance: <u>79 ans</u>
Date du test : <u>4/04/16</u>	Nom et status de l'accompagnant	

Il faut coter chacune des propositions selon le score suivant :

jamais: notez 0 rarement: notez 1 parfois: notez 2 la plupart du temps: notez 3

1. Avez-vous des difficultés à vous rappeler des événements de l'actualité récente? 0 1 (2) 3
2. Avez-vous des difficultés à suivre un film (ou une émission de TV ou un livre) parce que vous oubliez ce qui vient de se passer? (0) 1 2 3
3. Vous arrive-t-il d'entrer dans une pièce et de ne plus savoir ce que vous venez chercher? 0 1 (2) 3
4. Vous arrive-t-il d'oublier de faire des choses importantes que vous aviez prévues ou que vous deviez faire (payer des factures, aller à un rendez vous ou à une invitation)? 0 (1) 2 3
5. Avez-vous des difficultés à vous souvenir des numéros de téléphone habituels? 0 (1) 2 3
6. Oubliez-vous le nom ou le prénom des personnes qui vous sont familières? 0 (1) 2 3
7. Vous arrive-t-il de vous perdre dans des lieux familiers? (0) 1 2 3 *"je suis toute seule dans la rue"*
8. Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés les objets usuels? 0 1 (2) 3
9. Vous arrive-t-il d'oublier d'éteindre le gaz (ou les plaques électriques, ou le robinet, ou la fermeture de la maison)? (0) 1 2 3 *"non je sais le faire tous les jours"*
10. Vous arrive-t-il de répéter plusieurs fois la même chose parce que vous oubliez l'avoir déjà dite? *"ga oui, tout le temps!"* 0 1 2 (3)
11. Avez vous des difficultés à retrouver des noms propres de personnes ou de lieux (acteurs connus, relations, lieux de vacances...)? 0 1 (2) 3
12. Avez-vous des difficultés à apprendre des choses nouvelles (jeux de cartes ou de société, nouvelle recette, mode d'emploi...)? 0 (1) 2 3
13. Avez-vous besoin de tout noter? *"j'ai eu un machin dans la tête et j'ai arrêté d'écrire"* (0) 1 2 3
14. Vous arrive-t-il de perdre des objets? 0 (1) 2 3
15. Vous arrive-t-il d'oublier immédiatement ce que les gens viennent de vous dire? 0 1 (2) 3

Un total supérieur à 15 (sur 45) est anormal

Nb: la grande majorité des sujets âgés qui se plaignent de leur mémoire n'ont pas d'affection organique cérébrale: un score élevé doit conduire à effectuer une évaluation plus poussée de la mémoire.

Parlez en à votre médecin traitant.

18/45

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM Madalaine A PRÉNOM _____
 SEXE F AGE 79 DATE 04/04/16

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

tristesse

- A. ~~Je ne me sens pas triste.~~ pas tous les jours, ça dépend ①
 Je me sens cafardeux ou triste. ①
 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. 2
 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. 3

avenir

- B. ~~Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.~~ il y a des fois où on s'embête de tout ça 0
 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. ①
 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. 2
 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. 3

échecs

- C. ~~Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.~~ je ne pense pas au d'la suite 0
 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. 1
 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. 2
 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). 3

satisfact°

- D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. ①
 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. 1
 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. 2
 Je suis mécontent de tout. 3

culpabilité

- E. ~~Je ne me sens pas coupable.~~ oui des fois j'ai peur de mal faire ①
 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. ①
 Je me sens coupable. 2
 Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien. 3

déception "oui, j'étais bien mieux avant"

- F. Je ne suis pas déçu par moi-même. 0
 Je suis déçu par moi-même. ①
 Je me dégoûte moi-même. 2
 Je me hais. 3

suicide

- G. Je ne pense pas à me faire du mal. 0
 Je pense que la mort me libérerait. ①
 J'ai des plans précis pour me suicider. ②
 Si je le pouvais, je me tuerais. 3

socialité "parfois c'est dur"

- H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. 0
 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. ①
 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. 2
 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. 3

décisions "c'est pas facile"

- I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. 0
 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. 1
 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. ②
 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. 3

physique

- J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. ①
 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. 1
 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. 2
 J'ai l'impression d'être laid et repoussant. 3

activités "je marche tout le temps beaucoup"

- K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant. ①
 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. 1
 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3

fatigue

- L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. ①
 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. 1
 Faire quoi que ce soit me fatigue. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3

appétit "non, je suis comme tout le monde"

- M. Mon appétit est toujours aussi bon. ①
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 1
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 2
 Je n'ai plus du tout d'appétit. 3

9/39 dépression modérée

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

49/60

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

4n

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION
Profil de communication individuel
S.Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Nom du patient :
Madame A

Date : **4/04/16**

Thème et supports de l'atelier : **ancien emploi : travail ouvrier**
à la usine "X"
Diaporama de photographies

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le **comportement verbal** du patient aujourd'hui ? *

silencieux volubile discret laconique **modéré** autre : **jargon** ⊕ ⊕

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ? **commentaires en montrant les photos** [0 1 2 3] **3**

Spontanément ? A-t-il eu besoin d'être sollicité ?

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *

assertions ? requêtes ? mécanismes conversationnels ? autre : **répétition**
répétition des termes du soignant en écho

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :

court ? moyen ? long ?

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ? oui **non**

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * **oui, au début discours concis (mots, répétitions, exclamations "oui oui" puis de plus en plus de contenu)**

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?
cadence du travail
tâches à effectuer le matin

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? * n.o. 0 1 2 3

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? * n.o. 0 1 **2** 3

manque du mot diffiulté manque d'informativité troubles de compréhension
paraphasies manque de cohésion non-respect des tours de parole troubles de mémoire
persévérations manque de cohérence autre : **discours jargonnant**

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ? n.o. 0 1 2 3 **3**

- A-t-il employé des stratégies de compensation* ? n.o. 0 1 **2** 3

suppléance mimo-gestuelle formules automatiques circonlocutions requêtes blocage
demande d'aide non verbale termes génériques procédures de réparation esquive abandon
autre : **répétition d'une phrase déjà dit pour une photo précédente**

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider encourager solliciter donner le mot recontextualiser
toucher réguler redonner le thème reformuler poser des questions fermées

autre : **poser des questions précises pour relancer la conversation et recontextualiser (temps d'habillage, arrivée sur le site, nettoyage des machines)**

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange* ? n.o. 0 1 **2** **3**

Mme A répondait parfois "oui sûrement, je ne me rappelle plus" malgré les aides mais l'échange est maintenu par le regard et l'attention portée aux questions de l'interlocuteur.

0 jamais 1 ponctuellement 2 fréquemment 3 constamment n.o. non observé * : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0 1 2 3

I- Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal : *

réservé expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
 prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

Mme A est tournée vers l'interlocuteur, maintient son regard, accompagne les explications de gestes paraverbaux.

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : petit à petit mal-être : arrivée dans neutralité/indifférence :
 soulagé puis bien-être la chambre, pleure

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o. 0 1 2 3

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ?

n.o. 0 1 2 3

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o. 0 1 2 3

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? * *hochement tête*

n.o. 0 1 2 3

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o. 0 1 2 3

6° Aspects de la voix pendant les échanges (*intensité, timbre, hauteur, intonation, débit*) :

intensité faible, timbre un peu mouille et granuleux (peux au début) hauteur élevée, intonations peu marquées mais présentes, débit non fluide car manque du mot.

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o. 0 1 2 3

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

n.o. 0 1 2 3

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o. 0 1 2 3

SYNTHESE

<p>Ressources personnelles du patient pour communiquer</p> <p><i>observe bien les photos, maintient du regard vers l'interlocuteur, Motivée pour échanger</i></p>	<p>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur</p> <p><i>Reprise ou reformulation du jargon incompréhensible, y mettre du sens autant que possible.</i></p>
<p>Aspects évolutifs au cours de l'atelier</p> <p><i>début très difficile, Mme A pleure "je veux revoir ma mère, vous savez c'est pas bien ici" puis réel bien-être apporté par l'atelier, sourires et conversation.</i></p>	<p>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</p> <p><i>il est plus facile de sortir Mme A de ses pensées négatives, la validation de ses émotions nostalgiques et l'évolution vers un autre sujet plus positif se fait plus rapidement.</i></p>
<p>Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</p> <p><i>solitude, besoin de retourner chez ses parents, grand plaisir de son ancien emploi chez "X"</i></p>	<p>Adaptations et ajustements thérapeutiques</p> <p><i>compléter le support avec les sujets ayant facilité la communication (cadence vidéo du travail à la chaîne), apporter un autre support pour compléter le thème (gants et charlotte de travail)</i></p>

ANNEXE 5

Madame B : dossier médical, bilans, pré-tests, post-tests.

5a

Docteur H
de la Faculté de Médecine de Nantes

Consultations
Sur rendez-vous au

MÉDECINE GÉNÉRALE
Conventionné Secteur 1

15/12/2015

Tél. :
Fax :



9:00
ne le 15 24

- Douleur d'Alzheimer 3/w3
+ syndrome dépressif 4/w3

~~Docteur H~~
13 8 9 3
7 12

9934455001

En cas d'urgence { - la nuit, le week-end et en cas de doute dans les cas graves : le 15.
- le jour en cas d'absence :

CABINET MÉDICAL DU DOCTEUR H

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.



56

Résidence M : _____
 : Tél - Fax : _____
 Code Finess : _____

FICHE DE TRAITEMENT
Mme B
DU 01/04/2016 AU 28/04/2016
HEBERGEMENT - 415-1 - Secteur : 4ième ETAGE



Caisse :	MEDECIN : H	96.100 Kg (le 21/03/2016 à 15:30)
Âge : 91 ANS NE(E) LE	Tél : _____ Fax : _____	Taille : 1.6 M (le 11/09/2013 à 15:43)
Code Sécu. : 2	PHARMACIE :	IMC : 37.54
Nature ALD :	Tél : _____ Fax : _____	
Fin de droit le		

Traitement à évaluer par le médecin

Libellé et commentaires	06h-09h MATIN	09h-11h Matinée	11h-14h MIDI	14h-18h Ap midi	18h-20h SOIR	20h-22h Coucher	22h-06h Nuit	Ordon. du	Ald
-------------------------	------------------	--------------------	-----------------	--------------------	-----------------	--------------------	-----------------	-----------	-----

SEMAINIER	2.50				1.00			TOTAL	
------------------	------	--	--	--	------	--	--	--------------	--

COMPR									
BISOPROLOL GNR 5 mg Comprimé Boîte de 28 -	0.50							0.50	14/01/2014 <input type="checkbox"/>
EBIXA 10 mg Comprimé Boîte de 112 (Produit Hospitalier) -					1.00			1.00	19/08/2014 <input type="checkbox"/>
HL LEVOTHYROX 100 microgrammes Comprimé Boîte de 30 -	1.00							1.00	23/10/2013 <input type="checkbox"/>
SEROPLEX 5 mg Comprimé Boîte de 14 -	1.00							1.00	06/01/2014 <input type="checkbox"/>
HORS SEMAINIER								TOTAL	

SOLUT									
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml Solution buvable Boîte de 1 Ampoule de 2 ml -				<<<< PRESCRIPTION ANTICIPÉE >>>>				0.00	29/04/2015 <input type="checkbox"/>

Imprimée par I.O.E.	Commentaires	Signature médecin traitant	Signature autre médecin
PROCHAINE VISITE LE / /20		vendredi 1 avril 2016	18:03:40
Fiche de traitement en portrait (PR) : Mme B		Page 1 sur 1	



GRILLE AGGIR AVEC ADVERBES AU 01/04/2016

Mme **B** (415-1)

DANS L'ETABLISSEMENT DEPUIS LE 03/09/2013

ENTRE(E) LE 03/09/2013 - SECTEUR : 4ième ETAGE - SECTION : HEBERGEMENT

Résidence M. : _____
 Né(e) le : _____ : Tél - Fax : (_____) _____
 Sexe du résident: Femme
 Code Finess : _____

Age : 91
 Médecin : _____

GROUPE ISO RESSOURCE - GIR
3
DEFINITION DU GROUPE
 Personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement leur autonomie locomotrice

VALORISATION
 660 Points
 Coefficient : 0.66

AIDE PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE
3-4
DEFINITION
 Dépendant léger
VALORISATION APA
 660 Points
 120 Points de prévention dépendance

GERO-GRAPH

	Boîte cochée = Ne fait pas	Pas spontanément	Pas habituellement	Pas correctement	
A Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se lever, se coucher, s'asseoir
C Déplacement à l'intérieur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant, etc.
C Hygiène corporelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer la toilette du haut du corps Assurer la toilette du bas du corps
C Elimination	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire Assurer l'hygiène de l'élimination fécale
C Habillage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Haut (S'habiller, se déshabiller, se présenter) Moyen (S'habiller, se déshabiller, se présenter) Bas (S'habiller, se déshabiller, se présenter)
Cuisine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Préparer les repas et les conditionner pour qu'ils puissent être servis
A Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se servir Manger les aliments préparés
Suivi du traitement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se conformer à l'ordonnance du médecin
Ménage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Effectuer l'ensemble des travaux ménagers
C Alerter	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Communication à distance : Utiliser le téléphone, l'alarme, la sonnette
C Déplacement à l'extérieur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Déplacement à l'extérieur à partir de l'entrée sans moyen de transport
Transports	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Utiliser un moyen de transport
Activités de temps libre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Assurer des activités qui permettent de rompre la monotonie du quotidien
Achats	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acquisition directe ou par correspondance de biens
Gestion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens
C Orientation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se repérer dans le temps et les moments de la journée
C Cohérence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Se repérer dans l'espace et dans les lieux
B Cohérence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Communiquer de façon logique et sensée Se comporter de façon logique et sensée

Nom et signature du responsable de service	Nom et signature du médecin	Commentaires

5c

5d

B... F...
Orthophoniste
Cabinet libéral

le 15/09/2015

BILAN ORTHOPHONIQUE INITIAL

Langage et mémoire

PATIENT : Madame B

Adresse : Résidence EHPAD M.

Né(e) le : 91 ans

N° de sécurité sociale : 2 ...

Je vous remercie, Docteur H, de m'avoir adressé Mme B qui présente une maladie d'Alzheimer marquée par une désorientation temporo-spatiale.

Anamnèse :

Mme B est accueillie à l'EHPAD M. depuis deux années. Elle était à l'initiative de sa venue. Elle s'est bien intégrée au sein de la résidence, apprécie beaucoup le personnel et les résidents. Elle participe volontiers à toutes les activités proposées.

Elle est bien entourée par ses trois filles, qui la visitent aussi régulièrement que possible.

Santé :

- ORL : RAS
- Vision : correcte (opération bilatérale due à la cataracte)
- Alimentation normale
- Etat bucco-dentaire : RAS

Antécédents médicaux :

- HTA (depuis 2002)
- Cataracte bilatérale, opérée
- Hystérectomie
- Thyroïdectomie
- Maladie d'Alzheimer avec troubles de la mémoire, désorientation temporelle et spatiale

La perte d'autonomie se manifeste essentiellement par la nécessité d'une aide pour la toilette.

Mme B est peu consciente des troubles qui l'envahissent. L'Échelle de Mac Nair et Khan a permis de mettre en évidence un degré d'anosognosie non négligeable concernant ses oublis et la désorientation (Elle dit ne jamais oublier les RDV, la date du jour, les prénoms, le fil de ses idées, une émission qu'elle vient de regarder... et ne jamais perdre d'objets...).

Le bilan a été mené en plusieurs fois. Mme B s'est montrée très coopérante, avenante et enthousiaste par toutes les épreuves proposées. Le bilan a toutefois été marqué par quelques incohérences des propos et un important manque d'informativité.

BILAN LANGAGIER

BOSTON NAMING TEST

Dénomination orale : 23/60 (- 5,6 ET)**

Le manque du mot est très important. L'ébauche phonologique du mot et l'aide contextuelle ne sont pas efficaces. Il y a de nombreuses paraphrasies sémantiques ('passoire' pour 'entonnoir'), des périphrases, des définitions par le contexte.

MT86 – Extraits

▪ **Compréhension orale**

Compréhension lexicale 9/9

Compréhension de phrases 29/38

L'épreuve de compréhension lexicale est parfaitement réussie. Il y a en revanche une fragilité concernant la compréhension des phrases, dès lors qu'elles impliquent plus de 2 référents (animés ou non), des notions spatiales, ou qu'elles font appel à une structure syntaxique complexes (phrases relatives, forme passive).

▪ **Discours narratif oral**

La scène est située dans son ensemble, mais le récit est laconique. Il se limite à la description d'un détail. Le lien n'est pas établi entre les personnages et les éléments de la scène. Le raisonnement n'est pas déductif. Aucun élément de causalité n'est dégagé. Les phrases sont morphosyntaxiquement bien construites, mais courtes. Je note des redondances et un contre-sens.

TLE (Test de Langage Elaboré pour Adultes)

Définition de mots : - 1,95 ET

Evocation sur définition : - 2,14 ET

Concaténation de phrases : - 4,29 ET

Synonymes : + 0,75 ET

Discours procédural : - 1,87 ET

Polysémie : - 4,12 ET

Intrus : - 2,98 ET

Phrases absurdes : - 3,49 ET

Différences : - 1,85 ET

Proverbes : - 2,22 ET

Discours déclaratif : - 2,66 ET

Antonymes : - 3,77 ET

Expressions imagées : - 0,2 ET

Discours argumentatif : - 3 ET

Les troubles d'évocation et le manque du mot sont très marqués, même si le discours reste fluent. Mme B a souvent recours à des périphrases, à la description par la fonction de l'objet, à des exemples pour expliquer le mot en question. La connaissance du lexique passif (objets et attributs des objets) s'appauvrit. Il y a un manque de liens entre les items proposés (notamment dans l'épreuve des intrus). Le raisonnement est intuitif mais non argumenté.

Ce test est marqué par une perte constante de la consigne, et une persévération sur la consigne précédente, des digressions constantes et un discours parfois incohérent.

Le discours est laconique et peu informatif. Les énoncés sont bien construits mais simples. La séquentialité est respectée, mais parasitée par la perte du fil du discours. Il y a de nombreuses digressions (surtout quand Mme B se sent en difficulté dans la tâche proposée).

La compréhension du langage élaboré (expressions, proverbes, absurdités...) est également déficitaire. Mme B reste centrée sur le sens littéral de l'énoncé. La connaissance des « mots » composants des proverbes, des expressions imagées, des métaphores est conservée mais le sens n'y est plus rattaché.

Fluences catégorielles et phonologiques

Fluences phonologiques

- /p/ 3 mots : - 2,49 ET**
- /r/ 2 mots : - 2,67 ET**
- /v/ 3 mots : - 2,49 ET**

Fluences catégorielles

- Meubles (3 mots) : - 3,02 ET**
- Animaux (2 mots) : - 3,88 ET**
- Fruits (3 mots) : - 5,05 ET**

Les troubles d'évocations sont importants. Il y a des redondances, des intrusions (« radis », en tant que fruit), des digressions perpétuelles et des périphrases pour compenser le manque du mot. La perte de la consigne est récurrente. Mme B ne met pas en place de stratégie de raisonnement pour le traitement de la tâche. L'aide contextuelle est efficace, mais elle ne parvient pas transposer cette stratégie dans d'autres tâches similaires. Il y a un manque de flexibilité mentale et de décentration de la tâche.

BILAN DES MEMOIRES

MMSE : 18/30 - fonctions cognitives altérées **

Le MMS effectué par une psychologue en 2012 donnait un score de 26/30.

L'orientation tempo-spatiale est très altérée. Mme B ne parvient à me donner aucun élément de la date du jour. Concernant l'espace, ses souvenirs se restreignent au nom de la ville dans laquelle elle habite et au nom de la résidence. Les exercices de mémoire à long terme, de langage ne peuvent être réalisés avec exactitude.

Mémoire verbale

Texte (Histoire de l'incendie – Bilan de Grenoble)

En rappel immédiat, seul le contexte général est mentionné. Peu de détail n'est restitué avec exactitude (1/16). L'indiçage n'est pas efficace et il y a des intrusions.

Le rappel différé est très laborieux. Le contexte général du texte ne peut être mentionné. Aucun détail n'a pu être encodé en mémoire à long terme.

Diagnostic :

Mme B est toujours très avenante et souriante. Elle investit les activités proposées au sein de la résidence et se réjouit du temps partagé avec les résidents et le personnel de l'EPADH.

Les capacités cognitives de Mme B sont toutefois très altérées.

D'un point de vue langagier, le manque du mot et les troubles d'évocation sont massifs. Le discours est fluide, mais peu informatif. Il y a souvent des digressions, des incohérences, une perte du fil du discours, une perte de la consigne. Le lexique passif est correct, mais il y a une légère altération de la compréhension des énoncés dont la structure syntaxique se complexifie.

Les mémoires immédiate et à long terme sont altérées. La mémoire autobiographique est altérée. Les discussions sont marquées par de nombreuses redondances. Les souvenirs sont inconstants et peuvent même être contradictoires dans un laps de temps très restreint. Il y a une désorientation temporelle très marquée.

L'anosognosie est très marquée. Mme B n'a pas conscience de ses difficultés et affirme, avec assurance, que tout va bien (même lors de la passation de l'Echelle de Mac Nair et Khan détaillant de manière précise des situations dans lesquelles elle est en difficulté).

Projet thérapeutique : prise en charge orthophonique (50 AMO 15), à raison de deux séances hebdomadaires, avec notamment les objectifs suivants :

- Mise en place de moyens de compensation permettant de pallier le déficit mnésique dans le quotidien (calendrier pour les RDV / repérage temporel par le support imagé / travail sur la mise en place d'un rythme quotidien...)
- Stimulation cognitive portant sur le versant lexical et travail conversationnel
- Travail effectué à partir de la mémoire autobiographique

Je reste à votre disposition pour vous donner toute information complémentaire. Veuillez agréer, Docteur H, l'expression de ma considération distinguée.

F. B.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)		Etiquette du patient <i>Madame B</i>
Date : <i>02/11/15</i>		
Évalué(e) par : <i>Louise</i>		
Niveau socio-culturel		

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? *02/11/15*

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

- | | | | |
|----------------------------------|------------------|------------------------------|--------------------|
| 1. en quelle année sommes-nous ? | <i>1900</i> | 4. Quel jour du mois ? | <i>10</i> |
| 2. en quelle saison ? | <i>l'automne</i> | 5. Quel jour de la semaine ? | <i>le dimanche</i> |
| 3. en quel mois ? | <i>octobre</i> | | |
- Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.
- | | |
|--|-------------------------------------|
| 6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ? | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Dans quelle ville se trouve-t-il ? | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ? | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. A quel étage sommes-nous ici ? | <input checked="" type="checkbox"/> |
- donne la ville*

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|-------------------------------------|
| 11. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. fleur | | [clé | | [tulipe | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. porte | | [ballon | | [canard | <input checked="" type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

- | | |
|--------|--------------------------|
| 14. 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. 65 | <input type="checkbox"/> |
- X*

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

- | | | | | | |
|------------|----|---------|----|-----------|--------------------------|
| 19. Cigare | ou | [citron | ou | [fauteuil | <input type="checkbox"/> |
| 20. fleur | | [clé | | [tulipe | <input type="checkbox"/> |
| 21. porte | | [ballon | | [canard | <input type="checkbox"/> |
- X*

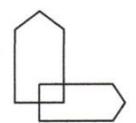
LANGAGE

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET » | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) : | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26. Pliez-la en deux. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. et jetez-la par terre ». | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet : | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28. «faites ce qui est écrit ». | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant : | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. » | <input checked="" type="checkbox"/> |
- pas de mais*

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ». | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------------|



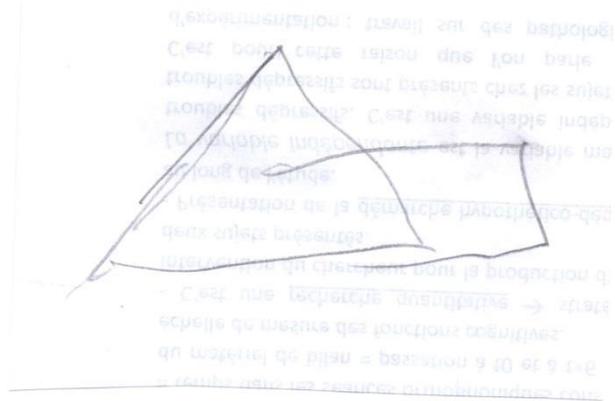
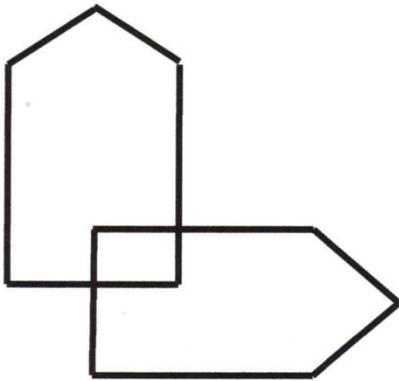
SCORE TOTAL (0 à 30) *13!*

FERMEZ LES YEUX

Phrase :

Je suis bien Heureuse ici

Recopier le dessin :



Échelle de plainte de mémoire de Mac Nair

Ce questionnaire peut être rempli conjointement par le patient ainsi que par un membre de la famille en l'absence du médecin (dans la salle d'attente par exemple).

Une différence entre le score de plainte obtenu par le patient et le score obtenu selon l'estimation d'un proche met en évidence une prise de conscience imparfaite de la situation par le patient et peut traduire le début de la maladie.

Prénom	Nom : <u>Madame B</u>	Date de naissance:
Date du test : <u>21/11/15</u>		
Nom et status de l'accompagnant		

Il faut coter chacune des propositions selon le score suivant :

jamais: notez 0 rarement: notez 1 parfois: notez 2 la plupart du temps: notez 3

1. Avez-vous des difficultés à vous rappeler des événements de l'actualité récente? 0 1 2 3
2. Avez-vous des difficultés à suivre un film (ou une émission de TV ou un livre) parce que vous oubliez ce qui vient de se passer? 0 1 2 3
3. Vous arrive-t-il d'entrer dans une pièce et de ne plus savoir ce que vous venez chercher ?..... 0 1 2 3
4. Vous arrive-t-il d'oublier de faire des choses importantes que vous aviez prévues ou que vous deviez faire (payer des factures, aller à un rendez vous ou à une invitation) ? 0 1 2 3
5. Avez-vous des difficultés à vous souvenir des numéros de téléphone habituels ? 0 1 2 3
6. Oubliez-vous le nom ou le prénom des personnes qui vous sont familières ? 0 1 2 3
7. Vous arrive-t-il de vous perdre dans des lieux familiers ? 0 1 2 3
8. Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés les objets usuels ? 0 1 2 3
9. Vous arrive-t-il d'oublier d'éteindre le gaz (ou les plaques électriques, ou le robinet, ou la fermeture de la maison) ? 0 1 2 3
10. Vous arrive-t-il de répéter plusieurs fois la même chose parce que vous oubliez l'avoir déjà dite ? 0 1 2 3
11. Avez vous des difficultés à retrouver des noms propres de personnes ou de lieux (acteurs connus, relations, lieux de vacances...)? 0 1 2 3
12. Avez-vous des difficultés à apprendre des choses nouvelles (jeux de cartes ou de société, nouvelle recette, mode d'emploi...)? 0 1 2 3
13. Avez-vous besoin de tout noter ? 0 1 2 3
14. Vous arrive-t-il de perdre des objets ? 0 1 2 3
15. Vous arrive-t-il d'oublier immédiatement ce que les gens viennent de vous dire ? 0 1 2 3

Un total supérieur à 15 (sur 45) est anormal

Nb: la grande majorité des sujets âgés qui se plaignent de leur mémoire n'ont pas d'affection organique cérébrale: un score élevé doit conduire à effectuer une évaluation plus poussée de la mémoire.

Parlez en à votre médecin traitant.

3/45

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM Madame B PRÉNOM
 SEXE F AGE DATE 02/11/15

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- tristesse* A. Je ne me sens pas triste. (0)
 Je me sens cafardeux ou triste. 1
 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. 2
 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. 3
- avenir* B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. (0)
 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. 1
 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. 2
 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. 3
- échecs* C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. (0)
 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. 1
 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. 2
 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). 3
- satisfaction* D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. (0)
 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. 1
 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. 2
 Je suis mécontent de tout. 3
- culpabilité* E. Je ne me sens pas coupable. (0)
 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. 1
 Je me sens coupable. 2
 Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien. 3

- déception* F. Je ne suis pas déçu par moi-même. (0)
 Je suis déçu par moi-même. 1
 Je me dégoûte moi-même. 2
 Je me hais. 3
- aide* G. Je ne pense pas à me faire du mal. (0)
 Je pense que la mort me libérerait. 1
 J'ai des plans précis pour me suicider. 2
 Si je le pouvais, je me tuerais. 3
- sociabilité* H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. (0)
 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. 1
 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. 2
 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. 3
- décisions* I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. (0)
 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. 1
 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. 2
 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. 3
- physique* J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. (0)
 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. 1
 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. 2
 J'ai l'impression d'être laid et repoussant. 3
- activités* K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant. (0)
 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. 1
 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3
- fatigue* L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. (0)
 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. 1
 Faire quoi que ce soit me fatigue. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3
- appétit* M. Mon appétit est toujours aussi bon. (0)
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 1
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 2
 Je n'ai plus du tout d'appétit. 3

pas de depression 0/39

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant.
Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la notation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total: 18/60

Le diagnostique de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION
Profil de communication individuel
 S. Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Nom du patient : Madame B Date : 12/10/15

Thème et supports de l'atelier : création d'un calendrier en images et photographies du mois d'octobre Soignants :

Mois d'octobre

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le comportement verbal du patient aujourd'hui ? *

silencieux volubile discret laconique modéré autre : enjoué

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ? 0 1 2 3
 Spontanément ? A-t-il eu besoin d'être sollicité ?

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *
 assertions ? requêtes ? mécanismes conversationnels ? autre : approbations
"ah oui vous avez raison"
"c'est bien sa oui"

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :
 court ? moyen ? long ?

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ? oui non

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * en surface

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?
legumes (cuisine), vendanges (travail jeunesse)

7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? * n.o. 0 1 2 3

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? * n.o. 0 1 2 3

manque du mot diffiulté manque d'informativité troubles de compréhension
 paraphasies manque de cohésion non-respect des tours de parole troubles de mémoire
 persévérations manque de cohérence autre :

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :
 - A-t-il paru conscient de ses troubles ? n.o. 0 1 2 3
 - A-t-il employé des stratégies de compensation ? * n.o. 0 1 2 3

suppléance mimo-gestuelle formules automatiques circonlocutions requêtes blocage
 demande d'aide non verbale termes génériques procédures de réparation esquive abandon
 autre : comportement très enjoué, rires et poux comble

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider encourager solliciter donner le mot recontextualiser
 toucher réguler redonner le thème reformuler poser des questions fermées
 autre :

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange ? * n.o. 0 1 2 3
approbation de Madame B mais pas de relance ou de poursuite de se fait

0 jamais 1 ponctuellement 2 fréquemment 3 constamment n.o. non observé * : cf notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0 1 (2) 3

I- Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal : *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
 prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

Respiration haute, sonore et rapide, lève la main près de son visage
 pour dire des phrases automatiques, peu de gestuelle

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : est toujours en pleine de son voir mal-être : jovialité excessive qui traduit un stress neutralité/indifférence :

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o. 0 (1) 2 3

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ? grand sourire, air étonné

n.o. 0 1 (2) 3

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o. 0 1 2 (3)

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? *

n.o. (0) 1 2 3

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o. 0 1 2 3

6° Aspects de la voix pendant les échanges (intensité, timbre, hauteur, intonation, débit) :

forte intensité, timbre légèrement éraillé, voix aigüe, tonde modulations, débit normal.

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o. 0 1 2 3

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ? *

n.o. 0 1 2 3

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o. 0 1 2 3

SYNTHESE

<p>Ressources personnelles du patient pour communiquer communication spontanée appétence aux conversations Respect toujours de parole compense / masque ses difficultés</p>	<p>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur esquives du sujet = recentrer manque du mot très fort stress apparent</p>
<p>Aspects évolutifs au cours de l'atelier Respiration qui s'accélère Récits irréguliers selon thème</p>	<p>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</p>
<p>Éléments autobiographiques, comportements ou propos marquants aspect frontal "oh comme vous êtes agréable Madame!" quand aide pour trouver un mot.</p>	<p>Adaptations et ajustements thérapeutiques conduite d'encouragement Recueillir, proposer un échange calme Raconter une anecdote pour montrer un modèle au patient.</p>

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)

Date : 04/04/16
Evalué(e) par : Louise
Niveau socio-culturel : cultivatrice de métier

Etiquette du patient
Madame B

ORIENTATION

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

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ? avril, vendredi

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

- 1. en quelle année sommes-nous ? 2000
2. en quelle saison ?
3. en quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?
6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ici ?

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les demanderai tout à l'heure.

- 11. Cigare ou [citron / clé / ballon]
12. fleur ou [fauteuil / tulipe / canard]
13. porte

Répéter les 3 mots.

ATTENTION ET CALCUL

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

oh c'est beaucoup trop compliqué
vous êtes très bien habillée

- 14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL

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

- 19. Cigare ou [citron / clé / ballon]
20. fleur ou [fauteuil / tulipe / canard]
21. porte

LANGAGE

- 22. quel est le nom de cet objet? Montrer un crayon.
23. Quel est le nom de cet objet Montrer une montre
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »
25. prenez cette feuille de papier avec la main droite.
26. Pliez-la en deux.
27. et jetez-la par terre.
28. «faites ce qui est écrit ».
29. voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière.

PRAXIES CONSTRUCTIVES.

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



SCORE TOTAL (0 à 30) 14

FERMEZ LES YEUX

Phrase :

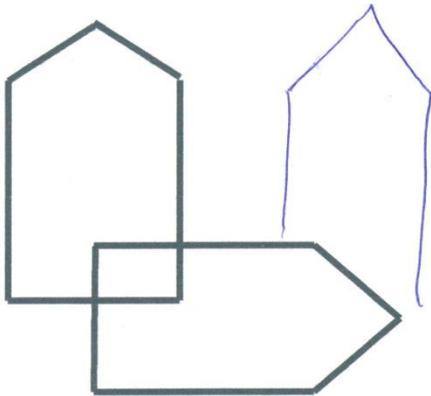
Bonne journée à tous

.....

.....

.....

Recopier le dessin :



5k

Échelle de plainte de mémoire de Mac Nair

Ce questionnaire peut être rempli conjointement par le patient ainsi que par un membre de la famille en l'absence du médecin (dans la salle d'attente par exemple).

Une différence entre le score de plainte obtenu par le patient et le score obtenu selon l'estimation d'un proche met en évidence une prise de conscience imparfaite de la situation par le patient et peut traduire le début de la maladie.

Prénom : <u>Mme B</u>	Nom :	Date de naissance: <u>91 ans</u>
Date du test : <u>04/04/16</u>	Nom et status de l'accompagnant	

Il faut coter chacune des propositions selon le score suivant :

jamais: notez 0 rarement: notez 1 parfois: notez 2 la plupart du temps: notez 3

1. Avez-vous des difficultés à vous rappeler des événements de l'actualité récente? 0 1 2 3
2. Avez-vous des difficultés à suivre un film (ou une émission de TV ou un livre) parce que vous oubliez ce qui vient de se passer? 0 1 2 3
3. Vous arrive-t-il d'entrer dans une pièce et de ne plus savoir ce que vous venez chercher? 0 1 2 3
4. Vous arrive-t-il d'oublier de faire des choses importantes que vous aviez prévues ou que vous deviez faire (payer des factures, aller à un rendez vous ou à une invitation) ? 0 1 2 3
5. Avez-vous des difficultés à vous souvenir des numéros de téléphone habituels ? 0 1 2 3
6. Oubliez-vous le nom ou le prénom des personnes qui vous sont familières ? 0 1 2 3
7. Vous arrive-t-il de vous perdre dans des lieux familiers ? 0 1 2 3
8. Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés les objets usuels ? 0 1 2 3
9. Vous arrive-t-il d'oublier d'éteindre le gaz (ou les plaques électriques, ou le robinet, ou la fermeture de la maison) ? 0 1 2 3
10. Vous arrive-t-il de répéter plusieurs fois la même chose parce que vous oubliez l'avoir déjà dite ? 0 1 2 3
11. Avez vous des difficultés à retrouver des noms propres de personnes ou de lieux (acteurs connus, relations, lieux de vacances...)? 0 1 2 3
12. Avez-vous des difficultés à apprendre des choses nouvelles (jeux de cartes ou de société, nouvelle recette, mode d'emploi...)? 0 1 2 3
13. Avez-vous besoin de tout noter ? 0 1 2 3
14. Vous arrive-t-il de perdre des objets ? 0 1 2 3
15. Vous arrive-t-il d'oublier immédiatement ce que les gens viennent de vous dire ? 0 1 2 3

Un total supérieur à 15 (sur 45) est anormal

Nb: la grande majorité des sujets âgés qui se plaignent de leur mémoire n'ont pas d'affection organique cérébrale: un score élevé doit conduire à effectuer une évaluation plus poussée de la mémoire.

Parlez en à votre médecin traitant.

2/45

<http://www.sommeil-mg.net>

(copyleft sous réserve de mentionner la source)

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

Traduction française : P. PICHOT

NOM Mme B PRÉNOM _____
 SEXE F AGE 91 DATE 04/04/16

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- tristesse* A. Je ne me sens pas triste. 0
 Je me sens cafardeux ou triste. 1
 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. 2
 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. 3
- avenir* B. ~~Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.~~ 0
 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. 1
 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. 2
 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. 3
- échecs* C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. 0
 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. 1
 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. 2
 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). 3
- satisfact°* D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. 0
 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. 1
 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. 2
 Je suis mécontent de tout. 3
- culpabilité* E. Je ne me sens pas coupable. 0
 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. 1
 Je me sens coupable. 2
 Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien. 3
- déception (hésite) "non, ça va"* F. Je ne suis pas déçu par moi-même. 0
 Je suis déçu par moi-même. 1
 Je me dégoûte moi-même. 2
 Je me hais. 3
- suicide* G. Je ne pense pas à me faire du mal. 0
 Je pense que la mort me libérerait. 0
 J'ai des plans précis pour me suicider. 0
 Si je le pouvais, je me tuerais. 3
- sociabilité* H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. 0
 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. 1
 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. 2
 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. 3
- décisions "je sais ce que je veux"* I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. 0
 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. 1
 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. 2
 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. 3
- physique "Ah pour ça, très vite ça va"* J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. 0
 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. 1
 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. 2
 J'ai l'impression d'être laid et repoussant. 3
- activités* K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant. 0
 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. 1
 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3
- fatigue* L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. 0
 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. 1
 Faire quoi que ce soit me fatigue. 2
 Je suis incapable de faire le moindre travail. 3
- appétit "j'aime bien manger"* M. Mon appétit est toujours aussi bon. 0
 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. 1
 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 2
 Je n'ai plus du tout d'appétit. 3

1/39

Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaye sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
- 2 = Appétit légèrement réduit.
- 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant.
Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la notation par elles-mêmes).

- 0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.
- 2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.
- 4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.
- 6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

22/60

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

Nom du patient : **Madame B**

OUTIL DE SUIVI D'EVOLUTION
Profil de communication individuel
S. Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Date : **04/04/16**

Thème et supports de l'atelier : **"Ville Y autrefois"**
livre de photographies mettant en parallèle les places et rues de Ville Y au début ~~XX~~^{ie} et Ville Y aujourd'hui

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

• Comment qualifieriez-vous le **comportement verbal** du patient aujourd'hui ? *

silencieux **volubile** discret laconique modéré autre :

Investissement dans l'interaction

1° Le patient a-t-il pris la parole ? 0 1 2 **3**
Spontanément ? A-t-il eu besoin d'être sollicité ?

2° Pour s'exprimer, le patient a-t-il utilisé des : *
assertions ? requêtes ? **ca c'est vraiment le vieux Ville Y hein**
mécanismes conversationnels ? autre :

3° Lorsqu'il s'est exprimé, le temps de parole du patient a-t-il été :
court ? moyen ? long ?

4° Le patient a-t-il eu besoin de temps de latence pour prendre la parole ? oui **non**

5° Le patient a-t-il pu investir le thème de l'atelier ? * **oui, "je ne sais plus" au début, puis de plus en plus d'apports et d'éléments précis**

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?
le jardin des plantes les usines de Ville Y
le style vestimentaire de l'époque

~~7° A-t-il tenu compte de la parole des autres patients ? * n.o. 0 1 2 3~~

8° Le patient a-t-il rencontré des difficultés lors de la prise de parole ? * n.o. 0 1 2 3

manque du mot diffiulté manque d'informativité troubles de compréhension
paraphasies manque de cohésion non-respect des tours de parole troubles de mémoire
persévérations manque de cohérence autre : **usage excessif de formules automatiques "ah oui ça dites donc"**

Ressources et remédiations

1° Réaction(s) du patient face à ses difficultés de communication :

- A-t-il paru conscient de ses troubles ? n.o. 0 **1** 2 3
- A-t-il employé des stratégies de compensation* ? n.o. 0 1 **2** 3

suppléance mimo-gestuelle formules automatiques circonlocutions requêtes blocage
demande d'aide non verbale termes génériques procédures de réparation esquive abandon
autre : **approbations, nombreuses des propos de l'ortho, quitte à se contredire**

2° Quelles techniques d'aide ont utilisées les soignants ? *

valider encourager solliciter donner le mot recontextualiser **repréciser le parallèle années 1960 - aujourd'hui**
toucher réguler redonner le thème reformuler poser des questions fermées
autre : **questions précises sur des détails de la photographie**

3° L'aide apportée a-t-elle permis la continuité de l'échange* ? n.o. 0 1 **2** 3
oui, après des formules automatiques peu informatives, éléments nouveaux apportés par Mme B

0 jamais **1** ponctuellement **2** fréquemment **3** constamment n.o. non observé * : cf. notice

COMMUNICATION NON VERBALE

Attention et Ecoute portées à l'échange

0	1	2	3
---	---	---	---

I- Comportement général

1° Qualification clinique du comportement non verbal : *

réserve expressif timide exubérant émotif inquiet souriant enjoué
 prestance en retrait observateur sur la défensive jovial tendu autre :

2° Qualification de l'attitude corporelle* :

se tourne vers l'interlocuteur regard maintenu, gestes des mains qui accompagnent les mécanismes conversationnels, respiration saccadée

3° Qualification de l'état émotionnel par l'expression dominante du patient : *

bien-être : plaisir d'échanger mal-être : neutralité/indifférence :

Comportement au cours de la parole

1° Le patient accompagne-t-il sa parole d'une gestuelle ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° Son visage est-il expressif lorsqu'il parle ? *sourires, haussement sourcils*

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

3° Son regard est-il dirigé vers les interlocuteurs au cours des échanges ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Adresse-t-il des feed-back non verbaux aux interlocuteurs ? * *hoche la tête*

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

6° Aspects de la voix pendant les échanges (*intensité, timbre, hauteur, intonation, débit*) :

intensité forte, hauteur élevée, beaucoup de modulations, intonation adéquate, débit normal

DYNAMIQUE DE GROUPE

1° Le patient s'est-il adressé au groupe ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

2° A-t-il eu un interlocuteur privilégié ? Si oui, lequel et où était-il placé ?

3° Le patient a-t-il généré des tensions positives dans le groupe ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

4° Le patient a-t-il généré des tensions négatives dans le groupe ? *

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

5° Quel a été son rôle dans le groupe ? *

6° La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication du patient ?

n.o.	0	1	2	3
------	---	---	---	---

SYNTHESE

<p>Ressources personnelles du patient pour communiquer</p> <p><i>plaisir et envie de communiquer, mécanismes conversationnels pour maintenir l'échange, utilise le para-verbal</i></p>	<p>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur</p> <p><i>quand Mme B se contredit (en disant "oui" à deux questions opposées), trouver la réponse adéquate et vraie</i></p>
<p>Aspects évolutifs au cours de l'atelier</p> <p><i>Répète "j'en sais plus" lors des premières photos, puis reprend et répète les propos de l'ortho puis apporte des éléments nouveaux, des informations de ses souvenirs</i></p>	<p>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</p> <p><i>Mme B. semble moins anxieuse (respiration plus calme), moins de ruptures dans la conversation, mais essaie de maintenir avec moyens compensatoires</i></p>
<p>Eléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</p> <p><i>guerre et bombardements</i></p>	<p>Adaptations et ajustements thérapeutiques</p> <p><i>cibler des photographies plus précises du quartier d'enfance</i></p>

ANNEXE 6

Questionnaire d'évaluation subjective de l'étude destiné à l'orthophoniste.

Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie de Nantes
Année 2015/2016

Questionnaire à l'attention de l'orthophoniste maître de stage
participant au mémoire :

Prise en compte des troubles dépressifs des patients atteints d'une Démence de Type Alzheimer dans la prise en charge orthophonique : observation des effets de la stimulation de la communication et des mémoires chez deux sujets âgés atteints de DTA et de dépression par une approche spécifique.

Louise Bourcier
louise.bourcier@free.fr
06.07.69.60.52

La maladie d'Alzheimer (MA)

I. La rencontre auprès des patients atteints de la MA

1) Vous prenez en charge ce type de pathologie :

- Depuis toujours
- Suite à un événement précis
- Suite à l'évolution de votre formation continue
- De manière ponctuelle en fonction des cas qui se présentent
- En continue lors de votre exercice

2) Combien de patients MA prenez-vous en charge sur une année d'exercice ? Est-ce que ce nombre représente une partie importante de votre patientèle ?

Actuellement, je prends en charge 5 patients atteints de la MA.

3) Qu'est-ce qui vous a amené à prendre en charge ces patients ?

Le souhait de prendre en charge des patients atteints par cette pathologie, conjointement à la demande du corps soignant.

4) Comment prenez-vous en charge ce type de pathologie ?

- A domicile (maison ou EHPAD)
- Au cabinet
- Avec l'aidant principal
- En individuel
- En groupe

5) Quelles sont vos principales difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces pathologies ?

- Difficulté à garder la bonne distance vis-à-vis du patient et de sa famille (la distance thérapeutique reste un apprentissage à la rencontre de chaque personnalité)
- Confrontation aux faux espoirs de l'entourage
- Confrontation au scepticisme de l'entourage
- Sentiment d'impuissance face à la progression de la maladie

~~Manque de valorisation du travail (par les équipes soignantes, les médecins traitants, ...)~~

~~Difficulté à devenir un accompagnant davantage qu'un rééducateur~~

- Non adhésion du patient à ce qui est proposé en rééducation (le degré de motivation diffère, et peut être également fluctuante au cours de l'évolution de la maladie)

6) La prise en charge de ces pathologies a-t-elle changé votre vision du rôle de l'orthophoniste ?

Oui. J'étais persuadée, en théorie, que les orthophonistes sont thérapeutes de la communication et non seulement du langage. J'en suis pleinement convaincue à présent. Le fait de prendre en charge des patients sur des années entières permet d'avoir un recul sur le bénéfice de la prise en charge orthophonique, la nécessité du lien avec l'entourage (personnel soignant, famille...), également que le patient reste un sujet capable de communication jusqu'au terme de sa vie (qu'elle soit verbale, non verbale ou paraverbale).

II. L'accompagnement proposé et l'évolution de la prise en charge dans la MA

1) Quelle est votre approche dans ce type de pathologie ? Dans quelle démarche vous inscrivez-vous lors d'une prise en charge auprès de ces patients ?

J'essaye de proposer une prise en charge basée sur les centres intérêts du patient, sur ce qui fait sens pour lui, et ce dans le but d'un investissement et d'une motivation optimale. (supports basés sur les expériences de sa vie (voyages, loisirs..., photos, chansons, arts, cuisine...). La famille ou l'entourage proche sont d'une grande importance pour apprendre à connaître le patient, sa personnalité, ses centres d'intérêt...

2) Faut-il s'imposer des limites (temporelles, relationnelles) dans la prise en charge de ces pathologies ? Lesquelles ?

A mon sens, nous sommes thérapeutes de la communication. Tant qu'il y a vie, il y a communication (qu'elle soit verbale, non verbale ou paraverbale). Les seules limites auxquelles je pense sont une réticence et un refus de la prise en charge par le patient lui-même. Je n'ai ce souvenir qu'avec une personne (très consciente de ses difficultés mais souhaitant ne rien faire, aimant même sa solitude).

3) Quels sont les bénéfices de la prise en charge valorisés par le patient ? par la famille ?

Le lien avec les familles, les supports de communication permettant de faciliter les échanges entre patient et famille (photos, cahiers de communication...), des temps d'échange et de partage plusieurs fois par semaine, tous les moyens de compensation mis en place pour faciliter le quotidien (calendrier, repères dans le temps ...)

4) Quels sont les bénéfices que vous mettez en avant ?

Les mêmes que ceux cités plus précédemment. J'y ajouterais le bienfait des séances sur le comportement et le moral des patients, les temps d'échange très riches.

5) Avez-vous la possibilité de contacter et de travailler avec les autres professionnels intervenant auprès de vos patients ? Si oui, par quels moyens et quels en sont les apports ? Que vous apportent ces échanges avec les autres professionnels ?

J'interviens essentiellement dans un EPHAD. Le travail de groupe est essentiel et les échanges avec les autres soignants très riches. Les approches sont très complémentaires, permettant de mieux comprendre le patient dans sa globalité, d'adapter au maximum la prise en charge orthophonique. Ces échanges m'apportent un autre regard sur la pathologie, et par conséquent une meilleure compréhension de celle-ci. Elle me permet sans doute d'éviter certaines erreurs par méconnaissance. Ils sont source d'une grande motivation.

III. Mise en lien avec les thérapies présentées et proposées lors de l'étude

1) Quels sont les intérêts que vous accordez à l'accompagnement décrit dans ce mémoire :

- un apport théorique riche qui fait sens par rapport à la pratique
- permet d'alimenter des idées de prises en charge et de séances
- facile à mettre en œuvre au niveau matériel
- pertinence par rapport aux pathologies
- permet d'encourager les orthophonistes à prendre en charge ce type de pathologie (fixe les objectifs, donne des pistes de prise en charge)

L'analyse et un regard extérieur sur la relation entre patient et thérapeute, une analyse enrichissante de l'impact de la prise en charge, au sein de la séance-même et sur le long terme (6 mois), et un regard critique sur la cohérence et l'élaboration de la prise en charge.

2) Quels sont les principaux bénéfices pour les patientes ayant participé à l'étude ?

Les bénéfices ont été décrits précédemment. Les patients ayant bénéficié de l'étude ont pu apprécier la présence simultanée de deux orthophonistes, ce qui a donné beaucoup d'énergie et de diversité aux échanges.

3) Quelles sont les limites de cet accompagnement décrit que vous semblez important de soulever ?

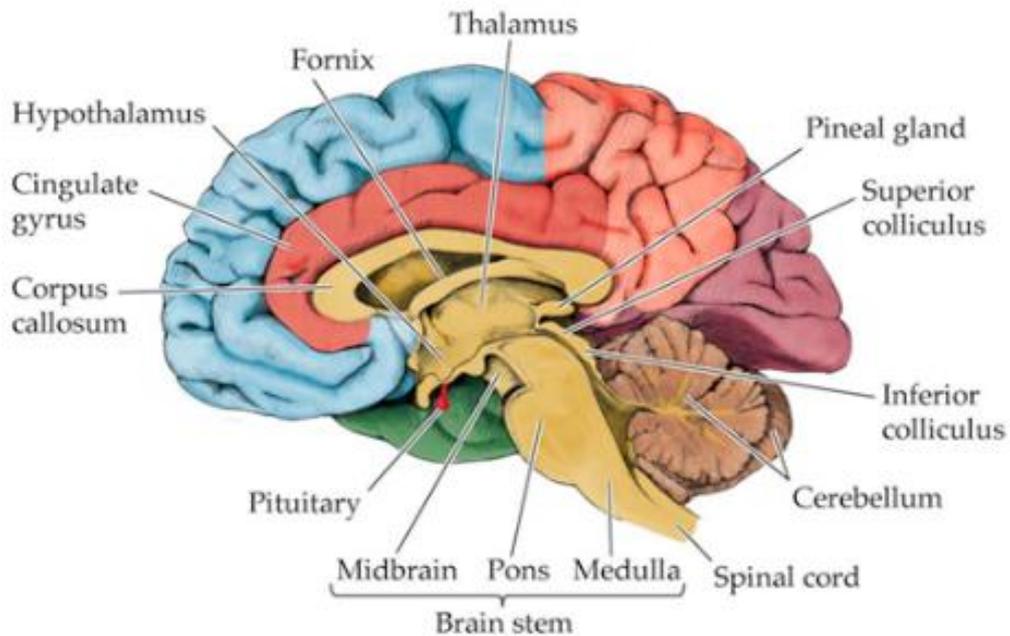
La maladie d'Alzheimer est marquée par une humeur fluctuante, et parfois-même de l'agressivité. Il est parfois difficile de proposer le contenu de prise en charge prévu. Il est constamment nécessaire de s'adapter au patient (parfois même au sein d'une même séance). Cette prise en charge nécessite de bien connaître le patient. La famille est alors bien précieuse, mais elle est parfois très peu investie.

4) Quels sont les conseils que vous pouvez apporter pour la poursuite du travail autour de cet accompagnement ?

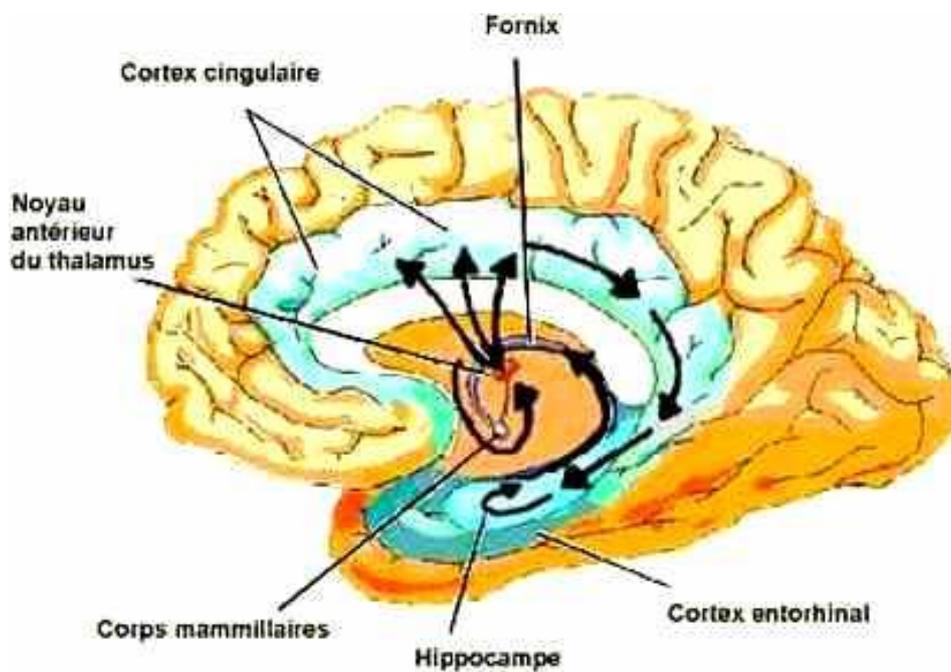
Tout en veillant à ne pas être intrusif, il me semble que le moteur de ce travail est de faire sentir au patient qu'on a un réel intérêt pour son histoire, ses intérêts, ce qu'il ressent par rapport à son passé et dans le présent. Dans les EPHAD, les résidents souffrent souvent de solitude ou de manque de conversation. Je pense qu'un des défis est de lui faire sentir qu'il reste un sujet doué de communication, ce qui, à mon sens, participe au sentiment d'être digne jusqu'au bout.

ANNEXE 7

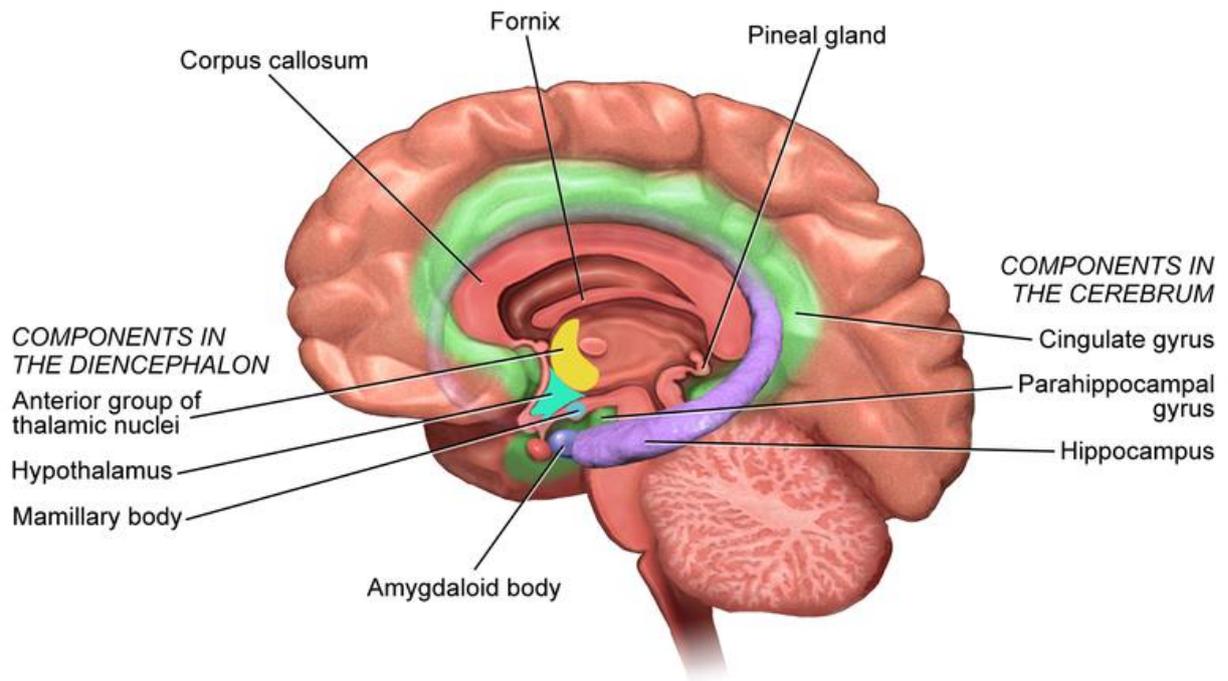
Schémas des circuits mnésiques et émotionnels. Source : *alzheimer.org*



Le circuit de Papez



The Limbic System



ANNEXE 8

Les activités de stimulation cognitive et communicationnelle proposées aux patientes en séance individuelle :

Supports et consignes	Stimulation ménisque	Stimulation langagière
<p style="text-align: center;"><i>Association mots- photographies</i></p> <p>- 4 photographies de paysages et lieux : plage, forêt, montagne, marché. - « Je vais vous donner 3 mots qui correspondent à une photo, vous me direz laquelle » puis discussion autour de cette photo et du vécu personnel s’y rapportant.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Mémoire immédiate et mémoire de travail</i></p> <p>rétenion des trois mots pendant l’observation des quatre photos.</p> <p style="text-align: center;"><i>Mémoire autobiographique</i></p> <p>rappel d’un souvenir et d’un événement vécu en rapport avec cette photo.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Récit de vie</i></p> <p>Partage d’un souvenir, raconter dans un ordre chronologique Contrôle du thème de la conversation : rappeler un événement en rapport avec le thème.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Association photos objets- lieu</i></p> <p>- 3 photographies de lieu : boulangerie, plage, jardin de maison. 9 photos d’objets en lien avec ses lieux (parasol, salon de jardin, barbecue, monnaie, sac à pain, etc.) - « voici 9 photos d’objets, je vais vous les présenter une par une et vous me direz dans quel lieu en photo vous souhaitez les placer, et vous me direz pourquoi ». Puis discussion autour de ces associations (car plusieurs possibilités), exemples de vécus personnels.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Mémoire immédiate et mémoire de travail</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mémoire autobiographique</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mémoire visuelle immédiate</i></p> <p>retenir dans le calepin visuo-spatial la photo de l’objet pendant l’analyse des photos de lieux.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Récit de vie</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Champ lexical et sémantique</i></p> <p>Associer des mots d’une même catégorie puis justifier l’association proposée (pourquoi la monnaie avec la boulangerie : payer son pain, ou la monnaie avec la plage : payer la place sur le transat).</p>
<p style="text-align: center;"><i>Association mots-objets</i></p> <p>- présentation de 6 objets du quotidien : jeux de cartes, peluche, magazine, tube de crème, lunettes, boîte de thé. - « Voici plusieurs objets, je vous donne un mot et vous me dites à quel objet vous l’associez ».</p>	<p style="text-align: center;"><i>Mémoire immédiate et mémoire de travail</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mémoire autobiographique</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mémoire tactile</i></p> <p>évocation de souvenirs par un autre canal sensoriel, en manipulant l’objet.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Récit de vie</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Champ lexical et sémantique</i></p>

<p><i>Les étapes d'une recette</i></p> <p>- plusieurs étapes (illustrées) d'une recette de cuisine sont distribuées au patient.</p> <p>- « Voici les 8 étapes de la fabrication d'une quiche lorraine, je vous laisse les remettre dans l'ordre » puis discussion autour des activités et habitudes culinaires.</p>	<p><i>Mémoire de travail</i> rétention de l'information lue pendant la lecture des suivantes</p> <p><i>Fonctions exécutives</i> planification, modification, anticipation des étapes</p> <p><i>Mémoire autobiographique</i></p>	<p><i>Verbaliser le raisonnement</i> Expliquer les étapes et mettre des mots sur l'organisation proposée (d'abord je fais ça, ensuite cela, puis ceci...)</p> <p><i>Récit de vie</i></p>
<p><i>Calendrier mensuel imagé</i></p> <p>- Feuille au format A3 intitulée « octobre 2015 » par exemple et nombreuses photographies ou images correspondant aux paysages, aux fêtes, aux fruits et légumes de la saison.</p> <p>- « je vais découper ces photographies et vous les collerez comme vous le souhaitez sur la feuille ». Puis discussion autour de ces photos et des souvenirs en lien.</p>	<p><i>Mémoire sémantique</i> connaissance des objets, lieux, fleurs, des fêtes et de leur signification...</p> <p><i>Mémoire autobiographique</i></p>	<p><i>Champ lexical et sémantique</i> Donner les noms des fleurs, des légumes, de la saison.</p> <p><i>Récit de vie</i></p>
<p><i>Catégorisation</i></p> <p>- 9 photographies appartenant à 3 champs sémantiques différents (fleurs, animaux, moyens de transport)</p> <p>- « voici 9 photographies, je vous laisse mettre ensemble ce qui va ensemble et nous discuterons ensuite des groupes que vous aurez fait ». Nommer la catégorie puis discussion autour de souvenirs personnels.</p>	<p><i>Mémoire immédiate et mémoire de travail</i></p> <p><i>Fonctions exécutives</i></p>	<p><i>Champ lexical et sémantique</i></p> <p><i>Récit de vie</i></p>

ANNEXE 9

Les thèmes des différents ateliers types « réminiscence » proposés au patientes en séances individuelles.

Le lieu de vie dans l'enfance :

- **Madame A** : Ville d'enfance. Diaporamas de photos anciennes et actuelles de la ville. Commentaire sur les photos visionnées puis questionnement sur un vécu personnel si le récit n'est pas spontané.
- **Madame B** : Ville dans laquelle elle a grandi puis vécu et travaillé : livre de photographies comparant « la vieille ville » et la ville actuellement. Comparaison de l'avant et de l'après, chacun raconte son vécu par rapport à la photo de son époque.

Le métier :

- **Madame A** : machiniste dans une usine alimentaire. Diaporamas de photographies de cette usine, de machines et de sites de travail à la chaîne, des emballages des produits de la marque.

Les loisirs :

- **Madame A** : la pêche. Photographie du bord de mer proche d'une ville connue dans l'enfance et d'objets de pêche. Récit de la pêche à la main et à l'épuisette dans les marais, au bord de la mer.
- **Madame B** : la couture. A partir du tricot qu'elle manipule avant la séance. Ancienne profession, et aujourd'hui loisir. Discussion autour des pièces de vêtements fabriquées, des différences entre la nécessité de savoir coudre à son époque et du savoir-faire peu connu aujourd'hui.

Les chansons d'époque :

- **Pour les deux patientes** : après avoir chanté en duo avec le texte des paroles en appui visuel, ou avec l'ébauche des paroles et de la mélodie par l'orthophoniste, évocation du chanteur, des moments où cette chanson était entendue, des souvenirs précis en rapport.

La cuisine :

- **Madame B** : les recettes de cuisine. Evocation des plats préférés, des plats les mieux réussis, des occasions de cuisiner pour la famille, des souvenirs des repas en groupe.

RÉSUMÉ

La maladie d'Alzheimer est aujourd'hui un sujet majeur de Santé Publique, entraînant un bouleversement du système médical et économique de notre société. L'intervention d'un orthophoniste auprès des patients Alzheimer se justifie dans la mesure où ils présentent des troubles cognitifs importants, notamment mnésiques, ainsi que des troubles du comportement entravant la communication. Les troubles dépressifs étant souvent présents dans ce contexte de pathologie neurodégénérative, et majorant l'altération du fonctionnement cérébral, il apparaît pertinent de s'intéresser à l'intrication de ces deux pathologies dans l'accompagnement du patient âgé. Des thérapies cognitives et relationnelles, telles que la réminiscence et la validation, sont autant de méthodes qui peuvent être les fondements de la prise en charge orthophonique.

Ce mémoire de recherche a pour objectif de démontrer qu'une prise en compte des troubles dépressifs est une approche pertinente dans la prise en charge orthophonique de patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'étude est focalisée sur trois critères de jugement : les capacités mnésiques des sujets, leurs capacités de communication et l'importance de leur syndrome dépressif. Pour mener à bien cette recherche, un suivi de deux patientes en séances individuelles a été réalisé pendant six mois.

Mots-clés : Maladie d'Alzheimer, pathologie dégénérative, troubles dépressifs, prise en charge orthophonique, personne âgée, mémoires, communication, réminiscence, validation.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is today an important matter for Public Health-Care. The increase of affected elderly persons causes a medical and economic model's upheaval of our society. The intervention of a speech therapist toward this Alzheimer patients is justified since they show important cognitive disorders, especially about memory, and behavioural disorders that disturb communication. Depressive disorders are often found in this context of degenerative disease and increase the alteration of brain functioning. That's why to be interested in the interfering between each disease appears relevant. Numerous cognitive and relational therapies, like the validation and the reminiscence, can be the basis of a speech taking over therapy.

The pupose of this master thesis is to prove that the consideration of depressive disorders is a relevant approach into a speech taking over therapy with Alzheimer affected patients. This research paper is focused on three evaluation criterions : the patient's memory capacities, their ability to communicate and the significance of their depressive disorders. In order to implement this project, a medical care of two patients in individual work sessions has been completed during six months.

Key words : Alzheimer's disease, degenerative disease, depressive disorders, speech therapy, elderly person, memory, communication, reminiscence, validation.