

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - "Médecine et Techniques Médicales"
Année universitaire 2009/2010

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

présenté par

Lucile Reimond

née le 15/06/87

L'atelier de réminiscence : incidence sur les capacités de communication des personnes atteintes de démence de type Alzheimer

Présidente du jury : Hélène Colun, orthophoniste

Directeur de mémoire : Thierry Rousseau, orthophoniste et
docteur en psychologie

Membres du jury : Laurence Sourice-Caillaud, orthophoniste
Céline Le Seigneur-Thomas, 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 ."

SOMMAIRE

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

PARTIE THÉORIQUE

I - LA MALADIE D'ALZHEIMER	4
----------------------------------	---

1. <u>Le vieillissement</u>	4
1. Vieillesse, vieillesse et personne âgée	4
2. La dépendance	5
2. <u>La Maladie d'Alzheimer</u>	5
1. Définition	5
2. Epidémiologie	6
3. Physiopathologie	6
4. Etiologies et facteurs de risques	7
4-1. <u>Etiologies</u>	7
4-2. <u>Facteurs de risque et facteurs de protection</u>	8
5. Les atteintes	10
5-1. <u>La mémoire</u>	10
5-2. <u>Le langage</u>	11
5-3. <u>Les praxies</u>	11
5-4. <u>Les gnosies</u>	12
5-5. <u>Les fonctions exécutives</u>	12
5-6. <u>Le comportement</u>	12
5-7. <u>La communication</u>	13
6. Le diagnostic	14
6-1. <u>Les critères diagnostiques</u>	14
6-1-1. <i>Critères du DSM-IV de l'American Psychiatric Association</i>	14
6-1-2. <i>Critères du NINCDS-ADRDA</i>	15
6-2. <u>La démarche diagnostique</u>	16
6-2-1. <i>Interrogatoire du patient et de son entourage</i>	16
6-2-2. <i>Examen clinique et bilan neuropsychologique</i>	17
6-2-3. <i>Examens complémentaires</i>	17
7. Traitement	18

7-1. <u>Les traitements médicamenteux</u>	18
7-2. <u>Les traitements non-médicamenteux</u>	18
II - LA COMMUNICATION	22
1. <u>Définition</u>	22
2. <u>Théories et modèles de la communication</u>	22
1. La cybernétique	22
1-1. <u>Le modèle de Shannon et Weaver</u>	22
1-2. <u>Le feed-back</u>	23
2. Le modèle de Lasswell	24
3. L'école de Palo Alto	24
3. <u>La pragmatique</u>	26
1. Définition	26
2. Théories	26
2-1. <u>Les actes de langage</u>	26
2-1-1. <i>Austin et sa théorie des actes de langage</i>	26
2-1-2 <i>Typologie des actes de langage</i>	27
2-2. <u>Le principe de coopération et l'implicature</u>	27
4. <u>La communication verbale</u>	28
1. Le signe linguistique : signifié et signifiant	28
2. Les fonctions du langage	28
5. <u>La communication non verbale</u>	30
1. Définition	30
2. L'espace et les distances	30
3. Le regard et les mimiques	31
3-1. <u>Le regard</u>	31
3-2. <u>Les mimiques</u>	31
4. Les gestes	31
5. La voix	32
6. <u>La communication dans un groupe</u>	32
1. Définition	32
2. Lewin et la dynamique des groupes	33
3. La communication dans les groupes	33
3-1. <u>Le modèle de Riley et Riley</u>	33
3-2. <u>Bales et l'analyse de l'interaction</u>	34

3-3. <u>La communication authentique de Rogers</u>	34
III - LA THERAPIE DE REMINISCENCE	36
1. <u>Définition et Historique</u>	36
2. <u>Principe</u>	37
1. L'émergence des souvenirs anciens	37
2. La mise en place	38
2-1. <u>Structure et professionnels</u>	38
2-2. <u>Cadre temporel et spatial</u>	38
2-3. <u>Choix des participants et connaissance de leur vie</u>	39
3. Les thèmes	40
4. Déroulement des séances	41
3. <u>Les objectifs</u>	41
1. La communication	41
2. La socialisation et l'amélioration des relations	42
3. La revalorisation et la reconstitution identitaire	43
4. <u>Etudes scientifiques</u>	44

PARTIE PRATIQUE

I- PRESENTATION DE L'ETUDE	48
1. <u>Problématique</u>	48
2. <u>Objectifs</u>	48
3. <u>Hypothèses</u>	49
4. <u>Méthodologie</u>	49
1. Population	50
2. Présentation des patientes	52
2-1. <u>Mme R</u>	52
2-1-1. <i>Anamnèse</i>	52
2-1-2. <i>Histoire de la maladie</i>	53
2-2. <u>Mme C</u>	54
2-2-1. <i>Anamnèse</i>	54
2-2-2. <i>Histoire de la maladie</i>	55
2-3. <u>Mme P</u>	55
2-3-1. <i>Anamnèse</i>	55

2-3-2. <i>Histoire de la maladie</i>	56
2-4. <u>Mme D</u>	56
2-4-1. <i>Anamnèse</i>	56
2-4-2. <i>Histoire de la maladie</i>	57
3. Déroulement de l'atelier de réminiscence	58
3-1. <u>Mise en place</u>	58
3-2. <u>Cadre</u>	58
3-3. <u>Séances</u>	59
3-3-1. <i>Déroulement des séances</i>	59
3-3-2. <i>Thèmes des séances et supports utilisés</i>	60
4. Matériel	63
4-1. <u>La GECCO</u>	63
4-1-1. <i>Présentation</i>	63
4-1-2. <i>Principe de passation</i>	63
4-1-3. <i>Analyse</i>	64
4-1-4. <i>Profil de communication</i>	64
4-1-5. <i>Utilisation de la GECCO dans le cadre de notre étude</i>	65
4-2. <u>L'OSE</u>	66
4-2-1. <i>Présentation</i>	66
4-2-2. <i>Grille</i>	66
4-2-3. <i>Choix de l'OSE</i>	69
4-2-4. <i>Utilisation de l'OSE en atelier de réminiscence</i>	69

II- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 70

1. <u>Observations pendant les séances à l'aide de l'OSE</u>	70
1. Mme R	70
2. Mme C	77
3. Mme P	87
4. Mme D	95
2. <u>Profils de communication déterminés par la GECCO</u>	102
1. Mme C	103
2. Mme P	106
3. Mme D	108

III- DISCUSSION 111

1. <u>Confrontation des résultats aux hypothèses</u>	111
2. <u>Limites</u>	116

1. Méthodologie	116
1-1. <u>Population</u>	116
1-1-1. <i>Etude de cas</i>	116
1-1-2. <i>Hétérogénéité de la population</i>	116
1-1-3. <i>Interaction prise en charge orthophonique individuelle et atelier de réminiscence</i>	117
1-2. <u>Recueil des données</u>	117
1-2-1. <i>Subjectivité</i>	117
1-2-2. <i>Questionnaire</i>	117
2. Conditions dans lesquelles l'atelier s'est déroulé	118
3. <u>Intérêts</u>	119
CONCLUSION	120

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui affecte de façon insidieuse et progressive les fonctions cognitives. Connue du grand public car touchant un grand nombre de personnes, âgées pour la plupart, la maladie d'Alzheimer représente actuellement un enjeu médical, social et financier. Les orthophonistes sont amenés à prendre en charge les patients atteints de cette maladie neurodégénérative ceci afin de contribuer au maintien de leurs compétences préservées, et le seront de plus en plus fréquemment les années à venir. La mémoire, le langage, les fonctions exécutives sont autant de domaines à travailler autant que faire se peut. Les capacités de communication sont elles aussi affectées par le processus pathologique. En effet, parce qu'entretenir des liens sociaux devient de plus en plus problématique pour ces personnes, elles s'isolent progressivement jusqu'à se retirer de la vie en société. Le rôle de l'orthophoniste est d'aider ces patients à conserver une vie relationnelle le plus longtemps possible en soutenant leurs capacités communicationnelles et en s'adaptant à leurs troubles.

Une prise en charge de groupe offre la possibilité aux participants de converser entre eux et avec les soignants, et ainsi de s'exprimer, d'écouter, de s'ouvrir à nouveau au monde extérieur. C'est avec cet objectif, favoriser la communication de personnes souffrant de démence de type Alzheimer (DTA), que nous avons mis en place un atelier de réminiscence. Le principe d'un tel atelier est de permettre aux membres du groupe d'évoquer leur vie, leurs expériences à l'aide de supports multisensoriels à disposition (objets anciens, photographies, parfums, aliments, chansons, etc.). A chaque séance correspond un thème, les thèmes s'enchaînant de façon à suivre l'ordre chronologique de la vie (enfance, jeunesse, vie adulte). Ce type de prise en charge prend en considération et met en valeur l'histoire de vie et la parole des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer.

Aussi ce mémoire de recherche a pour but de mettre en évidence, chez une population de trois femmes souffrant de DTA, une amélioration des capacités de communication pendant la durée de l'atelier de réminiscence au sein du groupe et en dehors. Pour cela, dans la première partie de ce mémoire, la partie théorique; nous traiterons dans un premier temps de la maladie d'Alzheimer, puis nous développerons les différentes théories de la communication. Nous présenterons enfin la thérapie de réminiscence, son principe et ses objectifs. La partie pratique est consacrée à l'étude de cas des trois participantes à l'atelier de réminiscence que

nous avons mis en place avec l'aide de deux orthophonistes : Mme S-C et Mme L.S-T dans leur cabinet libéral. Nous y exposerons la méthodologie de notre étude puis l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus.

PARTIE THÉORIQUE

I - LA MALADIE D'ALZHEIMER

1. Le vieillissement

Dans la société occidentale, le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. En effet, actuellement la France compte environ 15 millions de personnes de plus de 60 ans et ce nombre pourrait atteindre les 20 millions en 2040 selon l'INSEE. Les personnes âgées représenteraient un tiers de la population française contre 22% aujourd'hui. Ce vieillissement de la population s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs : la diminution de la fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie, l'évolution sociale (l'amélioration des conditions de vie, de travail) ainsi que le vieillissement de la génération du baby-boom.

1. Vieillissement, vieillesse et personne âgée

D'après le Larousse, le vieillissement désigne un *"affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge"* et la vieillesse la *"dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions"*. Pour la société, l'individu entre dans la vieillesse quand la retraite arrive. Ce sont donc l'âge et l'arrêt de l'activité professionnelle qui marquent le début de la vieillesse. Au cours du processus dynamique qu'est le vieillissement, l'individu est confronté à des pertes à répétition. La personne âgée se voit dépossédée de ses fonctions. Elle n'élève plus ses enfants, ne travaille plus, perd la santé, etc. Son rôle social n'est plus le même et son statut professionnel devient inexistant. Le vieillissement implique, en outre, une dégradation physique : le corps change, les performances diminuent, la santé se fait précaire. Le pouvoir de séduction lui aussi s'affaiblit. La personne âgée doit ainsi faire le deuil de ses capacités passées.

Dans une société où l'on fait l'apologie de la jeunesse, la personne âgée se sent bien souvent exclue et dévalorisée. Selon Maisondieu (1989) *"Pour la majorité des contemporains, la vie se déroule en deux temps, une phase ascendante vers l'épanouissement de la maturité, suivie d'une descente en forme de déclin et dont la terminaison est la mort. Le vieillard est déprécié car déclassé, appauvri, il est sans utilité et proche de la mort qu'il évoque."* Ainsi la vieillesse effraie car elle renvoie à la proximité de la mort. Parce qu'elles rappellent à chacun que l'homme est mortel, les personnes âgées sont écartées, rejetées. Il est donc question,

d'après Maisondieu, d'une angoisse de mort trop insoutenable pour pouvoir prendre soin de nos vieillards.

2. La dépendance

En raison du vieillissement démographique, le nombre de personnes dépendantes est en net accroissement. Ce phénomène pose le problème de la prise en charge de ces personnes. On constate de nos jours que l'institutionnalisation est fréquente et moins tardive qu'auparavant. La cause en serait la réduction de la dette intergénérationnelle (dette de vie), les enfants se sentiraient moins redevables envers leurs parents. Or la vie en institution est très coûteuse pour la collectivité, c'est pourquoi, on privilégie aujourd'hui le maintien à domicile. Des aides sont mises en place dans ce but.

2. La Maladie d'Alzheimer

1. Définition

C'est en 1906, qu'Aloïs Alzheimer, décrit pour la première fois la maladie qui portera plus tard son nom : la maladie d'Alzheimer. Ce neuropathologiste allemand expose alors le cas d'une femme de 51 ans ayant souffert de troubles sévères de la mémoire et de l'orientation. Lors de l'autopsie, Aloïs Alzheimer constate chez cette patiente une atrophie cérébrale. Il met également en évidence deux types de lésions cérébrales : les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire.

La maladie d'Alzheimer est classée parmi les démences dégénératives. Les atteintes cérébrales sont généralement localisées dans le cortex. Il existe d'autres types de démences organiques telles que les démences vasculaires, les démences mixtes, ou les démences infectieuses. La maladie d'Alzheimer a longtemps été envisagée comme une démence pré-sénile, survenant avant 65 ans. Il a été découvert par la suite que les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et ceux souffrant de démence sénile (dont l'apparition était postérieure à 65 ans) présentaient des altérations cérébrales similaires. On considère aujourd'hui ces affections comme une seule et même pathologie, la démence de type Alzheimer (DTA).

2. Epidémiologie

La DTA (démence de type Alzheimer) est la première cause de démence en France. On estime la prévalence de la démence à 4,3 %, celle de la DTA représentant à elle seule 3.1% soit environ 250000 à 300000 cas. De plus, selon l'étude PAQUID (2004), la prévalence relative aux démences en général, et aux DTA en particulier, croît de façon exponentielle avec l'âge. En effet, le taux de prévalence des DTA atteint les 1% entre 65 et 69 ans et excède les 15% à plus de 85 ans.

L'incidence, quant à elle, est évaluée à 15.9 ‰ par année pour les syndromes démentiels et à 11.7 ‰ par année pour les DTA. Notons que le risque de démence augmente fortement à partir de 75 ans jusqu'à 90 ans. Ainsi, en France, la DTA se déclarerait chez 100000 nouvelles personnes par an. D'ici 2020, le nombre de patients souffrant de démence devrait osciller entre 434000 et 1099000.

Cependant, au vu de la difficulté à poser un diagnostic de DTA, il convient d'appréhender ces données avec réserve.

3. Physiopathologie

Jusqu'à ce jour de nombreux éléments physiopathologiques intervenant dans le mécanisme dégénératif ont été mis en exergue, notamment les plaques séniles et la dégénérescence neurofibrillaire qui sont présentes dès le début de la maladie.

Les plaques séniles sont localisées essentiellement dans le cortex cérébral. Ce sont des dépôts situés entre les cellules nerveuses qui résultent de la formation surabondante d'une protéine : la protéine β -amyloïde. Cette protéine est dérivée de l'APP (précurseur de la protéine amyloïde).

De plus, lors du processus pathologique, des filaments hélicoïdaux de protéine tau hyperphosphorylée s'amassent à l'intérieur des neurones, ce sont les lésions de dégénérescence neurofibrillaire.

On constate également d'autres manifestations pathologiques telles que :

- La désintégration du noyau basal de Meynert qui aboutit à un déficit cholinergique dans l'hippocampe et le néocortex.

- La dégénérescence granulo-vacuolaire.
- Une atrophie cérébrale.

4. Etiologies et facteurs de risques

4-1. Etiologies

Génétiquement parlant on distingue deux formes de DTA : la forme sporadique et la forme familiale. La forme sporadique est la plus répandue, elle représente 90 à 95% des cas. La forme familiale se caractérise par une apparition précoce de la maladie, aux alentours de 50 ans, et une symptomatologie atypique. L'observation de cas familiaux de DTA a engendré différentes hypothèses génétiques. Le chromosome 21 notamment, aurait un rôle dans le déclenchement de la DTA. En effet, il a été relevé que les personnes atteintes de trisomie 21 développent fréquemment et précocement une DTA. En outre, le gène codant l'APP est situé sur le chromosome 21. Les chromosomes 1 et 14 contiendraient également des gènes mis en cause.

Concernant la forme sporadique, des facteurs génétiques interviendraient. Une forte association semble exister entre la DTA et l'apolipoprotéine E. L'apolipoprotéine E est une protéine codée par un gène localisé sur le chromosome 19. Ce gène peut s'exprimer à travers trois allèles distincts ($\epsilon 2$, $\epsilon 3$, $\epsilon 4$). C'est la présence de l'allèle $\epsilon 4$ qui constituerait un facteur de risque d'apparition de la maladie, tandis que la forme $\epsilon 2$ du gène serait protectrice.

L'hypothèse génétique n'est pas isolée. D'autres théories tentent d'expliquer pourquoi cette démence se développe préférentiellement chez certains sujets.

Selon Naomi Feil, auteure de la méthode de la Validation (1994), les sujets atteints de DTA n'ont pas réglé tous les conflits survenus dans leur vie, et c'est pour y remédier qu'ils vivent dans le passé. Ces personnes âgées n'ont plus assez de ressources pour lutter, elles tentent donc d'accomplir leurs tâches inachevées hors de la réalité. Maisondieu (1989) quant à lui, avance l'hypothèse que la DTA a pour origine une angoisse de mort trop insoutenable pour pouvoir y faire face. Ce psychiatre s'interroge et nous interroge sur le rôle de la société et de son regard dévastateur dans la "*faillite de l'intelligence de l'homme à la fin de sa vie*".

Actuellement nous ignorons encore l'origine exacte du déclenchement du processus pathologique dans sa forme sporadique, cependant des facteurs de risque ont été mis en évidence par différentes études, notamment par l'étude PAQUID (2004).

4-2. Facteurs de risque et facteurs de protection

Jusqu'à aujourd'hui, plusieurs facteurs de risque de la DTA ont pu être dégagés:

- L'âge : L'incidence et la prévalence de la DTA croissent significativement avec l'âge (voir supra). Soulignons toutefois qu'après 85 ans, l'impact de l'âge sur le risque de DTA s'amointrit.
- Le sexe : Les femmes sont plus touchées par la DTA que les hommes. En effet l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes, ce serait donc le facteur âge qui entrerait en compte. Cependant l'éventualité que les hormones déterminent cette tendance est soulevée.
- Les facteurs génétiques : Comme nous l'avons vu précédemment, les antécédents familiaux de démence et les antécédents de trisomie 21 sont des éléments de prédisposition. On observe dans les cas familiaux de DTA des mutations sur les chromosomes 21, 1 et 14. Il existerait également, dans les formes sporadiques, un facteur de vulnérabilité déterminé par la présence de l'allèle $\epsilon 4$ du gène codant pour l'apolipoprotéine E.
- Les pathologies vasculaires : L'hypertension artérielle, l'artériosclérose ou le diabète auraient pour effet l'augmentation du risque de survenue d'une DTA.
- L'aluminium : L'exposition à l'aluminium dans l'eau de boisson est mis en cause dans l'apparition de la maladie.
- Les antécédents de traumatisme crânien : Cette pathologie est associée à un risque accru de DTA.

Le tabagisme et la dépression constitueraient peut-être des facteurs de risque mais les études portant sur ces phénomènes ne sont pas concluantes.

Tout comme des éléments tels que l'âge avancé ou le sexe semblent accroître le risque de développer une DTA, d'autres facteurs, au contraire, auraient un rôle protecteur.

- La présence de la forme $\epsilon 2$ du gène codant l'apolipoprotéine E représente un facteur de protection.
- Le niveau d'études : Les sujets ayant obtenu au moins un certificat d'études primaires seraient moins touchés par la DTA que ceux qui en sont dénués.
- Les activités de loisir : Selon l'étude PAQUID, les activités impliquant la planification et la prise d'initiative telles que voyager, jardiner, tricoter ou bricoler, diminueraient les risques de maladie.
- La vie en couple.
- La consommation modérée de vin.

Il est probable que la consommation de poisson ou la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens aient un rôle protecteur de la DTA, toutefois aucune étude à ce jour n'a pu le prouver.

En conclusion, de nombreux facteurs entrent en jeu dans le déclenchement d'une DTA, et aucune étiologie n'a pu être mise en évidence dans la forme sporadique. Il est donc, encore aujourd'hui, impossible de prédire chez les individus le développement de cette maladie dans sa forme la plus fréquente.

5. Les atteintes

La DTA est une démence neurodégénérative, on observe donc une évolution dans les déficits cognitifs et non cognitifs. Cette évolution n'est pas linéaire, elle est propre à chaque patient. Différentes sphères sont touchées de manière plus ou moins importante selon la personne atteinte et le stade de la maladie. La mémoire est souvent la première fonction touchée puis apparaît ce qu'on appelle le syndrome aphaso-agnoso-apraxique. Les facultés de du sujet atteint se dégradent peu à peu jusqu'à la perte totale d'autonomie.

5-1. La mémoire

Les troubles de la mémoire sont généralement inauguraux. Dans 75% des cas, la DTA débute par un déficit mnésique. Dans la DTA c'est le processus même de mémorisation qui est perturbé. Celui-ci comporte trois étapes qui sont l'encodage, le stockage et la récupération. Chacun des étages peut être affecté.

Le plus souvent, la plainte mnésique concerne les faits récents. L'entourage évoque l'augmentation d'oublis chez leur proche se traduisant dans la vie quotidienne par la perte d'objets, l'oubli de rendez-vous ou de visites, l'accumulation de factures impayées. Quand il s'agit d'une DTA, la plainte émane habituellement de l'entourage et les troubles sont minimisés par le sujet concerné. Dans le cadre de ce mécanisme dégénératif, plusieurs secteurs de la mémoire sont susceptibles d'être touchés : la mémoire de travail (mémoire à court terme), la mémoire épisodique et la mémoire sémantique (mémoires à long terme). La mémoire de travail possède une capacité restreinte en terme d'informations. Elle se caractérise également par sa courte durée de stockage. La mémoire épisodique, au contraire, est un système de stockage à long terme. Elle concerne les faits personnels dans leur contexte spatial et temporel. La mémoire sémantique, quant à elle, contient toutes les connaissances de l'individu sur le monde. Au cours du processus pathologique, le patient Alzheimer perd peu à peu ses souvenirs. D'abord les plus récents puis vient le tour des faits plus anciens. Une perte du stock mnésique est objectivable. Seule la mémoire procédurale, c'est-à-dire celle des savoir-faire, semble épargnée par cette démence.

5-2. Le langage

Le plus souvent, c'est postérieurement aux troubles mnésiques que surviennent les troubles linguistiques. Néanmoins, le langage est parfois la première fonction cognitive touchée.

Au stade débutant, on relève chez le sujet atteint de DTA un manque du mot, des paraphasies sémantiques ou verbales, des périphrases. Une réduction globale du langage est également observée. Les fluences catégorielle et phonémique se voient ainsi diminuées. Concernant le discours, des troubles dans l'agencement des idées sont à souligner. Le langage écrit aussi se dégrade, les difficultés touchent la narration et l'orthographe des mots irréguliers.

A la phase d'état, le langage perd de son informativité et l'utilisation de mots précis se raréfie. Par ailleurs, on observe dans le discours l'apparition de propos récurrents, de persévérations; les énoncés deviennent de moins en moins cohérents. Ce défaut de cohérence est en lien avec les troubles du langage et ceux de la mémoire. La présence de paraphasies phonémiques et de néologismes est possible. La compréhension et l'écriture sont également atteintes. La production écrite est illisible tant le graphisme est déficitaire.

Au degré d'atteinte sévère, l'expression orale est particulièrement perturbée. On peut constater un jargon, une écholalie, une palilalie voire un mutisme total. La compréhension orale et écrite est elle aussi sévèrement affectée tandis que la lecture devient impossible.

Cette dégradation des fonctions langagières, selon Gil (2006) serait à mettre en rapport avec l'altération de la mémoire sémantique essentiellement.

5-3. Les praxies

Des apraxies peuvent apparaître chez le patient, dans l'évolution de la DTA. L'apraxie visuo-constructive, par exemple, est très fréquente. Elle se manifeste par l'impossibilité de produire des dessins géométriques tels qu'un cube. D'autres troubles praxiques sont observables : l'apraxie idéomotrice, l'apraxie idéatoire et l'apraxie de l'habillage. L'apraxie idéomotrice désigne l'incapacité à réaliser des gestes symboliques (comme le salut militaire), des gestes sans signification ou des imitations de manipulation d'objets. On peut constater également une apraxie idéatoire, c'est-à-dire des troubles dans l'exécution de gestes lors de l'utilisation d'objets (comme une brosse à dents). Le patient souffrant d'apraxie de l'habillage

est incapable de s'habiller, il éprouve de grandes difficultés à reconnaître l'usage des vêtements et à accomplir les gestes adéquats pour s'habiller.

5-4. Les gnosies

Au stade d'atteinte modérée, une altération des gnosies est courante. Les gnosies sont la capacité de reconnaître des données sensorielles et d'y mettre du sens. Par conséquent, il est possible que le patient Alzheimer ne parvienne pas à reconnaître visuellement des objets sans souffrir pour autant de troubles sensoriels. C'est l'agnosie visuelle. La reconnaissance des visages aussi peut être affectée, jusqu'à ne plus identifier son propre visage dans le miroir. On parle alors de prosopagnosie. Par ailleurs, on constate régulièrement la présence d'une anosognosie. Le patient n'a alors aucune conscience de ses troubles. L'orientation dans l'espace et le temps est également problématique chez la personne souffrant de DTA, se repérer devient peu à peu impossible.

5-5. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont elles aussi perturbées lors de la DTA. On remarque donc chez l'individu atteint un émoussement des capacités d'adaptation à des situations nouvelles. Des troubles de la planification, du jugement et de la flexibilité sont mis en évidence. L'atteinte des fonctions exécutives dans la DTA se manifeste également par une perte des capacités d'abstraction et de raisonnement.

5-6. Le comportement

Les troubles psycho-comportementaux sont assurément ceux qui découragent le plus l'entourage. Au cours de l'évolution de la maladie, il n'est pas rare que les proches évoquent un changement de personnalité chez le patient Alzheimer. Ce dernier est parfois qualifié d'irritable, de colérique, de méfiant. Cette modification du tempérament se traduit également par une indifférence générale, une apathie, une anhédonie. Parmi les troubles psycho-comportementaux survenant lors du processus pathologique, signalons la présence de troubles thymiques. Ils se manifestent généralement par une anxiété exacerbée et des symptômes dépressifs. Des troubles du sommeil, de l'alimentation et de la sexualité sont également

susceptibles de se développer. La personne atteinte de DTA peut souffrir d'agitation motrice. Ce phénomène prend fréquemment la forme de déambulations et de fugues. Au stade sévère de la maladie, le patient Alzheimer présente parfois des signes de psychose tels que des délires paranoïaques, de persécution et des hallucinations (visuelles pour la plupart). Les fonctions sphinctériennes sont également affectées, l'incontinence touchant la plupart des sujets souffrant de DTA au bout d'un certain temps.

5-7. La communication

La communication se dégrade au fur et à mesure que la DTA évolue. Cette détérioration est à mettre en relation, notamment, avec les différentes atteintes des capacités cognitives et comportementales ainsi que le changement de regard et d'attitude de l'entourage vis-à-vis du patient Alzheimer. Pour décrire les troubles de la communication survenant lors de la DTA, nous nous référerons essentiellement aux données recueillies par Rousseau (1995).

A la phase de début, les troubles linguistiques tels que le manque du mot, l'utilisation de périphrases ont des répercussions sur la communication. En outre, le patient Alzheimer est sujet à des difficultés de compréhension des énoncés longs. Des digressions dans le discours sont parfois observables. Ce phénomène de digression est discret dans un premier temps puis il s'accroît. Le sujet devient alors incapable de revenir au sujet initial de discussion. Peu à peu, des paraphrasies apparaissent et l'initiative verbale devient ardue. On observe une altération de la compréhension et de l'intégration des différentes données contenues dans un message élaboré. Ces troubles sont essentiellement présents dans une situation d'échanges inhabituelle.

Au stade d'atteinte modérée, les troubles préexistants s'intensifient et de nouveaux déficits font leur apparition. Ainsi, les paraphrasies se multiplient. Par ailleurs leur lien sémantique avec le mot-cible est de moins en moins fort. Lors de la conversation, le sujet souffrant de DTA s'éloigne constamment du thème et son discours est parfois incohérent. La prise de parole est de plus en plus problématique. On constate par ailleurs que la compréhension et l'expression lexicales se dégradent. Face à toutes ces distorsions, il est difficile pour l'interlocuteur de comprendre le discours du patient Alzheimer. A ce stade, le patient est généralement incapable de s'exprimer dans un groupe important. Il n'a d'ailleurs plus conscience de ses difficultés.

Tandis que la maladie progresse, la communication de la personne souffrant de DTA devient extrêmement déficitaire. Le patient utilise désormais un style télégraphique et très peu de vocabulaire. Le message verbal est constitué de persévérations, d'écholalie et de paraphasies. Des erreurs dans l'agencement des sons dans les mots se manifestent régulièrement. Même l'articulation est touchée. Le patient Alzheimer ne parvient, à ce niveau d'altération, que difficilement à exprimer quelques attentes ou besoins.

Au degré d'atteinte sévère, le langage oral est quasi inexistant. Quelques néologismes et vocalisations subsistent parfois. On constate une absence de compréhension du langage verbal. La communication passe par le mode non verbal, par le regard par exemple, les gestes ou les expressions faciales.

6. Le diagnostic

Diagnostiquer une DTA est une tâche très complexe qui repose essentiellement sur des données cliniques allant dans le sens d'un déclin cognitif. Le diagnostic de cette démence n'est posé que par défaut c'est-à-dire après avoir prouvé que les troubles relevés ne sont pas des signes d'une autre pathologie. En réalité, le diagnostic n'est jamais fiable à 100%. Seules une autopsie ou une biopsie, donc post-mortem, peuvent fournir les preuves de la présence d'une DTA.

Différents critères diagnostiques facilitent la mise en évidence de ce processus pathologique. Les critères les plus utilisés sont ceux du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4)

6-1. Les critères diagnostiques

6-1-1. Critères du DSM-IV de l'American Psychiatric Association

A. Apparition de déficits cognitifs multiples, comme en témoignent à la fois :

1) une altération de la mémoire (altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles ou à se rappeler les informations apprises ultérieurement) ;

2) une (ou plusieurs) des perturbations cognitives suivantes :

- a) aphasie (perturbations du langage),
- b) apraxie (altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré les fonctions motrices intactes),
- c) agnosie (impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes),
- d) perturbation des fonctions exécutives (faire des projets, organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite) ;

B. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 sont tous les deux à l'origine d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et représentent un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur,

C. L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu,

D. Les déficits cognitifs des critères A1 et A2 ne sont pas dus :

1) à d'autres affections du système nerveux central qui peuvent entraîner des déficits progressifs de la mémoire et du fonctionnement cognitif (p.ex. maladies cérébro-vasculaire, maladie de Parkinson, maladie de Huntington, hématome sous-dural, hydrocéphalie à pression normale, tumeur cérébrale),

2) à des affections générales pouvant entraîner une démence (p.ex. hypothyroïdie, carence en vitamine B12 ou en folates, pellagre, hypercalcémie, neurosyphilis, infection par le VIH),

3) à des affections induites par une substance ;

E. Les déficits ne surviennent pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un délirium,

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'Axe I (p.ex. Trouble dépressif majeur, Schizophrénie).

6-1-2. Critères du NINCDS-ADRDA

Le NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) a lui aussi

élaboré des critères diagnostiques de la DTA (publiés par McKann et al., 1984). Selon le NINCDS-ADRDA le diagnostic doit notamment se baser sur les principes suivants:

- Le diagnostic de la DTA se réfère à la clinique, au MMS (Mini Mental State de Folstein) ou à un test équivalent, et par une évaluation neuropsychologique adaptée.
- Au moins 2 fonctions cognitives sont atteintes.
- La perturbation des fonctions cognitives, dont la mémoire, est graduelle.
- Il n'y a pas de troubles de la conscience.
- La DTA est apparue entre 40 et 90 ans, généralement après 65 ans.
- Le langage, les gnosies et les praxies se dégradent progressivement.
- Les activités de la vie quotidienne sont perturbées et le patient Alzheimer présente des troubles du comportement.

6-2. La démarche diagnostique

6-2-1. Interrogatoire du patient et de son entourage

Dans un premier temps, le soignant cherche à analyser la plainte. Celle-ci peut émaner du patient lui-même, mais la plupart du temps elle provient de ses proches ou de ses collègues s'il exerce encore. Les difficultés signalées par l'entourage concernent en général la sphère mnésique. On rapporte de nombreux oublis, des pertes d'objets, des erreurs dans les tâches et activités de la vie quotidienne ou au travail. Il est possible qu'une modification de la personnalité soit également évoquée. Le patient Alzheimer peut être qualifié d'irascible, de colérique. Il n'a plus goût pour les loisirs qu'il affectionnait auparavant, il se désintéresse de son entourage.

Il est essentiel d'autre part de s'informer sur les capacités cognitives et le comportement actuels et passés du patient. On s'efforce aussi de préciser les répercussions des difficultés observées dans la vie du sujet. La détermination des antécédents médicaux personnels et familiaux est également primordiale. En s'appuyant sur les données recueillies lors de l'interrogatoire et sur l'histoire de la maladie, il est possible de caractériser la progression des troubles. On saura alors si l'évolution de la maladie a été lente ou rapide, régulière ou brutale.

6-2-2. Examen clinique et bilan neuropsychologique

L'examen clinique et le bilan neuropsychologique explorent les fonctions cognitives et non cognitives et objectivent les éventuels déficits. L'examen clinique consiste à évaluer l'état de santé du sujet. Le médecin contrôle notamment le fonctionnement cardiaque, neurologique, les capacités sensorielles et motrices. L'évaluation neuropsychologique a pour but d'orienter le diagnostic et de suivre l'évolution des troubles. On s'attache à mesurer les performances du sujet dans les domaines suivants : la mémoire, les fonctions instrumentales (le langage, les praxies et les gnosies) les capacités visuo-constructives, les fonctions exécutives et l'attention. L'humeur et l'autonomie font aussi l'objet d'investigations. Parmi les tests évaluant les fonctions cognitives, le MMS (Mini Mental State de Folstein) est le plus usité. Sa passation est simple et rapide. Le MMS explore l'orientation temporo-spatiale, la mémoire, l'attention et le calcul mental, le langage et les praxies visuo-constructives. Selon le score obtenu, dont le maximum est 30, on peut spécifier le degré d'atteinte dans une démence. En effet, si le score est compris entre 15 et 25, on considère que la détérioration est légère. Le stade d'atteinte moyenne se caractérise par un MMS compris entre 5 et 15. En dessous de ce score, l'atteinte est sévère. D'après Folstein, une pathologie est donc présente si le MMS est inférieur à 25. Toutefois il est nécessaire de mettre en relation le score au MMS avec le niveau socio-culturel, celui-ci exerçant une influence sur les performances mesurées.

6-2-3. Examens complémentaires

Lors d'une suspicion de DTA, et à la suite de l'interrogatoire et de l'évaluation clinique et neuropsychologique, on propose des examens complémentaires. Ces examens peuvent apporter de nouvelles informations et aider à préciser le diagnostic. Ils comportent un bilan biologique dont l'objectif est de repérer une autre cause que la DTA, expliquant les déficits cognitifs; de déceler d'éventuelles lésions non dégénératives. Ainsi on propose souvent un dosage de la TSH (Thyroïd Stimulating Hormone, qui est une hormone produite par l'hypophyse), un ionogramme et une glycémie. Dans le cadre des examens complémentaires, le plus souvent, l'imagerie est proposée. Aussi, on procède à une TDM (tomodensitométrie, appelée aussi scanner) ou à une IRM cérébrale . Dans le cas d'une DTA, il est possible que la TDM soit normale, néanmoins elle révèle parfois une atrophie cérébrale. L'imagerie fonctionnelle isotopique peut montrer une hypoperfusion postérieure et la tomographie à émission de positrons un dépôt amyloïde, mais leur prescription est rare. D'autres

investigations sont parfois mises en œuvre telles que l'enregistrement des potentiels évoqués cognitifs ou l'analyse du LCR (liquide céphalo-rachidien). Le génotypage de l'apolipoprotéine ne met en évidence qu'un risque accru de développement d'une DTA. C'est donc un examen peu courant.

7. Traitement

7-1. Les traitements médicamenteux

Il n'existe, pour le moment, aucun traitement curatif ni de vaccin concernant la DTA. En revanche certains médicaments, spécifiques à la DTA, visent à diminuer les troubles cognitifs et comportementaux et génèrent un ralentissement du processus évolutif. Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase, par exemple, sont très souvent prescrits. En effet, on constate dans la DTA une carence dans le système cholinergique. Les substances telles que le Donépézil (Aricept), la Rivastigmine (Exelon) ou la Galantamine (Reminyl) ont une action inhibitrice sur l'enzyme dégradant le neurotransmetteur c'est-à-dire l'acétylcholinestérase. La Tacrine fut le premier anticholinestérasique développé, cependant, en raison de ses nombreux effets secondaires, sa prescription fut arrêtée. En outre, actuellement des médicaments ralentissant la destruction des neurones sont sur le marché, ce sont les antiglutamates. La molécule glutamatergique la plus connue est la mémantine (Ebixa).

Les médicaments spécifiques ne permettent pas toujours de traiter toutes les perturbations qui se manifestent chez le sujet atteint de DTA, notamment les troubles comportementaux et thymiques. Il n'est alors pas rare que le patient Alzheimer souffrant d'anxiété prenne des anxiolytiques en complément du traitement spécifique à la DTA. Les antidépresseurs, qui luttent contre la dépression, et les neuroleptiques, qui agissent sur les symptômes de type psychotique (hallucinations, délires) et l'agitation; peuvent aussi s'avérer nécessaires.

7-2. Les traitements non-médicamenteux

Il se crée autour du malade et de ses proches tout un réseau d'aide humaine et matérielle. Ceci afin d'informer le patient Alzheimer et son entourage et les épauler dans ce processus dégénératif. Une telle prise en charge vise à préserver au maximum l'autonomie du

malade et à le maintenir le plus de temps possible à domicile. Différents professionnels peuvent intervenir dans le cadre de ce soutien:

- Les médecins : médecin généraliste, neurologue, gériatre, psychiatre.
- L'aide-soignant(e) et/ou l'infirmier(e) : ils assistent le patient dans sa toilette, dans l'habillage et la prise de médicaments.
- Le kinésithérapeute : son rôle est de rééduquer la mobilité et l'équilibre par des exercices des articulations essentiellement.
- Le psychomotricien : il suggère au patient des temps de relaxation qui visent à lui procurer un peu d'apaisement. Ils peuvent aussi travailler ensemble sur les sensations et l'expressivité corporelle.
- L'ergothérapeute : il propose au patient Alzheimer des exercices en rapport avec les activités de la vie quotidienne pour entretenir ses habilités et prolonger son autonomie. L'ergothérapeute intervient parfois au domicile du malade pour déterminer les adaptations, les aménagements à apporter à son logement.
- Le psychologue-psychothérapeute : sa fonction est de soutenir psychologiquement le sujet souffrant de DTA tout au long de la maladie, de l'aider à reconnaître son affection et à vivre avec. La famille et l'aidant en particulier (le conjoint la plupart du temps) sont également souvent amenés à suivre une psychothérapie. Ainsi il leur est possible de déposer leurs angoisses, leur désarroi face à l'aggravation de l'état de leur proche.
- L'orthophoniste : il prend en charge les troubles du langage, de la communication et divers troubles cognitifs, en particulier les déficits mnésiques.

Plusieurs types de prises en charge orthophoniques adaptées au patient Alzheimer existent:

- La thérapie cognitive : Dans cette approche, le bilan neuropsychologique tient une place de la plus haute importance. Outre sa participation au diagnostic, le bilan

neuropsychologique met en exergue les atteintes ainsi que les capacités préservées. Les axes de rééducation se déterminent en fonction du profil neuropsychologique de chaque patient mais les objectifs sont toujours les mêmes : accompagner la personne souffrant de DTA à chaque stade de la maladie et préserver son autonomie le plus longtemps possible.

Van der Linden, Seron et al. (2000) qui sont à l'origine de cette thérapie, se sont plus particulièrement intéressés à la rééducation des troubles mnésiques. Ils préconisent d'utiliser des facteurs d'optimisation c'est-à-dire des stratégies de facilitation. L'encodage par exemple, peut être favorisé par des indices moteurs ou émotionnels et par une aide lors de la récupération. Les auteurs précisent bien que dans la plupart des cas, l'indiçage et les aides mises en place n'ont comme conséquence qu'un soutien ponctuel du système mnésique et non une augmentation des performances. La prise en charge cognitive des troubles mnésiques dans la DTA s'appuie d'autre part sur l'exploitation des compétences mnésiques épargnées mises en évidence par les tests neuropsychologiques. On a recours à plusieurs techniques d'apprentissage allant dans ce sens. Citons la procédure d'estompage qui consiste à donner des indices et à les estomper peu à peu afin d'aider à la récupération. Il est également question dans l'intervention cognitive de faire appel à des aide-mémoire externes (agenda, carnet...) et d'adapter l'environnement aux déficits et aux besoins des patients.

- La thérapie écosystémique : Cette thérapie, élaborée par Rousseau, est spécifique aux troubles de la communication dans la DTA. Elle est écologique puisqu'elle favorise la communication en situation naturelle. Elle est également systémique car elle prend en compte l'entourage et l'environnement du patient. Son objectif est de permettre au patient de communiquer le plus longtemps possible et de contribuer de la sorte à une fin de vie digne. Rousseau (1995) insiste sur la nécessité d'éprouver du respect pour la personne atteinte de DTA et de la reconnaître "*comme individu communicant*".

Dans la démarche écosystémique, on utilise la GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication des patients atteints de démence de type Alzheimer) pour dégager le profil de communication du patient Alzheimer et orienter la prise en charge. Le soignant, en séance de rééducation individuelle, fait en sorte que le patient utilise les actes de langage pour lesquels il est encore performant. L'émission d'actes de langage plus complexes est soutenue par la mise en place, par le soignant, d'un contexte favorisant (déterminé par la GECCO); en privilégiant par exemple certains sujets de conversation. Une intervention auprès de l'entourage et en particulier de la famille est préconisée. Ceux-

ci peuvent ainsi suivre des séances d'orthophonie avec leur proche pour voir concrètement comment l'aider à fournir une communication plus conséquente et de meilleure qualité dans la vie quotidienne. La thérapie écosystémique repose sur des principes de facilitation de la communication qui sont suivis par le soignant et recommandés à l'entourage.

- La thérapie comportementale : La thérapie comportementale n'est pas purement neuropsychologique ou orthophonique. Le principe de cette prise en charge est d'observer l'environnement dans lequel le patient évolue et de modifier cet environnement pour changer le comportement du patient. Cette thérapie intervient essentiellement dans l'aménagement du logement et les différentes activités du sujet. Concernant la communication, des conseils ont été élaborés comme celui de parler dans un lieu calme.

Dans le cadre de la prise en charge globale du sujet atteint de DTA, il existe des aides sociales comme l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) et des services tels que le portage des repas ou le recours à une aide-ménagère qui peuvent être remboursés par le Conseil Général. Il est aussi important de mettre en place une protection juridique (curatelle ou tutelle) quand cela s'avère nécessaire.

La démence de type Alzheimer nous interpelle de par les multiples points d'incertitude qu'elle comporte et les interrogations qu'elle génère : Quelle est l'étiologie ? Comment poser un diagnostic certain ? La découverte d'un traitement curatif sera-t-elle un jour possible ? Au-delà de ces questions en suspens et de la recherche qui en découle, l'essentiel est de prendre en considération les personnes atteintes et leur entourage. Malgré le déclin des capacités cognitives et sociales des personnes souffrant de DTA, il est fondamental de voir encore en elles des personnes à part entière avec leur personnalité, leur histoire de vie et des proches qui les aiment. C'est en adaptant notre intervention à elles et à leur handicap grandissant qu'il est possible de maintenir une forme de communication, de lutter contre l'isolement dans lequel les malades s'enferment et de soutenir leur entourage.

II - LA COMMUNICATION

Cette partie est consacrée à la communication en tant que science et objet de multiples travaux et modèles. Nous nous efforcerons dans un premier temps de définir le terme "communication" puis nous exposerons les principales théories de la communication et de la pragmatique. Nous nous intéresserons ensuite de façon plus spécifique à la communication verbale, non verbale, et au sein d'un groupe. Tout au long de ce chapitre nous développerons uniquement les théories qui ont eu le plus d'influence et qui nous paraissent pertinentes au vu de notre projet.

1. Définition

Le terme "communication" est usité dans des sphères diverses telles que les médias, les infrastructures, les télécommunications, et possède donc de nombreuses acceptions. Anzieu (1968) considère la communication comme *"l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation de une (ou plusieurs) personne(s) - l'émetteur - avec une (ou plusieurs) personne(s) - le récepteur -, en vue d'atteindre certains objectifs."* Pour Guittet (2003), *"il y a communication chaque fois qu'un organisme quelconque, et un organisme vivant en particulier, peut affecter un autre organisme en le modifiant ou en modifiant son action à partir de la transmission d'une information (et non pas une action directe, telle que celle qu'exerce une force physique mettant en jeu une énergie)."*

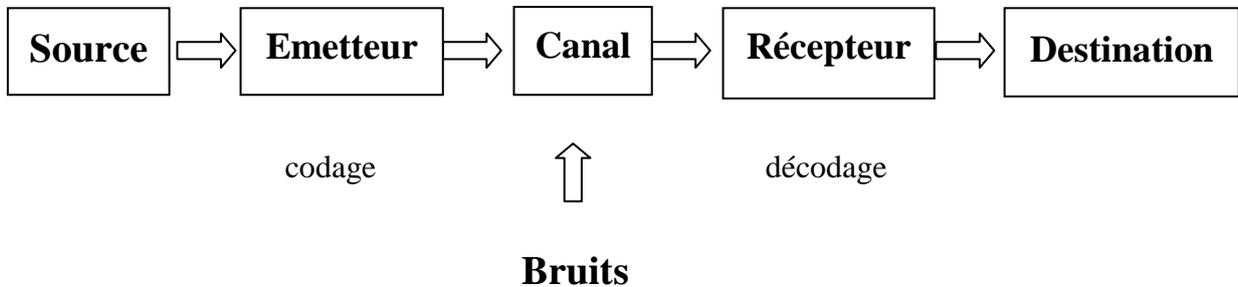
2. Théories et modèles de la communication

1. La cybernétique

1-1. Le modèle de Shannon et Weaver

En 1948, Norbert Wiener crée l'approche cybernétique dont l'objet est l'étude de la communication chez les êtres vivants et la machine. En 1949, Claude Shannon, ingénieur des télécommunications et élève de Wiener, élabore en collaboration avec Warren Weaver, philosophe de la communication, un modèle mathématique de la communication dont la

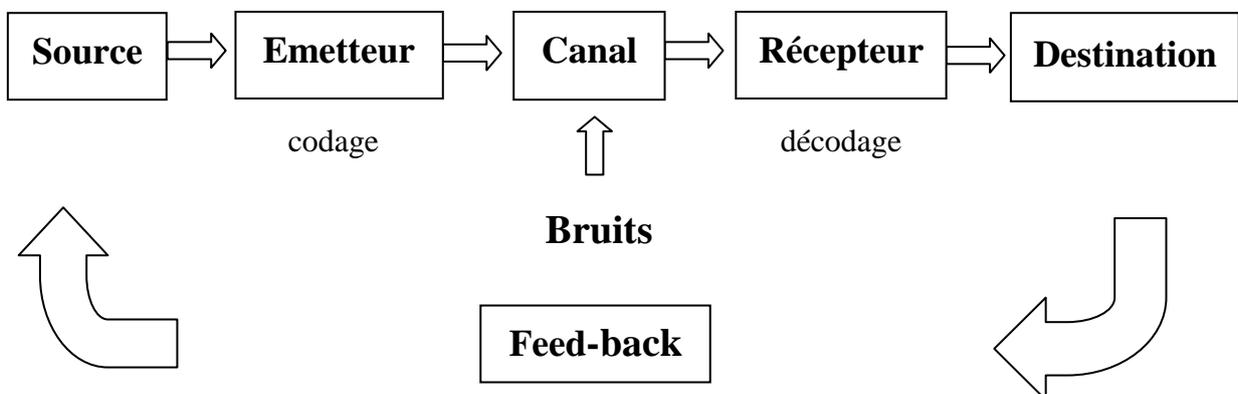
théorie porte le nom de théorie de l'information. Cette théorie a été inspirée par la volonté de Shannon de réduire les problèmes de transmission télégraphique. Selon Shannon, le message va de l'émetteur au récepteur et la transmission est linéaire.



Le modèle télégraphique, bien qu'ayant exercé une grande influence dans les sciences sociales à l'époque, comporte des inconvénients. D'une part il est très simpliste, il réduit la communication à une transmission d'informations et l'envisage comme linéaire. D'autre part il ne prend pas en compte les aspects sociaux et relationnels de l'interaction.

1-2. Le feed-back

Wiener introduit peu après un élément nouveau à ce schéma : le feed-back ou rétroaction. Le feed-back fait référence aux réactions du récepteur vis-à-vis du message et à l'influence de ces réactions sur l'émetteur. Il met en évidence une réciprocité entre les deux partenaires de communication. Cette notion a permis de passer d'une conception linéaire de la communication à un modèle circulaire.



2. Le modèle de Lasswell

A la même époque, Harold Lasswell, politologue, s'intéresse à la communication de masse. C'est dans ce cadre qu'il publie un article en 1948 dans lequel il résume sa réflexion sur l'acte de communication en 5 questions : Qui ? Dit quoi ? Par quel moyen ? A qui ? Avec quel effet ?



Là encore, il s'agit d'un modèle linéaire de la communication.

3. L'école de Palo Alto

Au début des années 1950, Gregory Bateson, anthropologue américain, développe l'approche systémique de la communication. Sa théorie s'intéresse non pas au message ou aux interlocuteurs mais à la relation humaine et à l'influence qu'exercent les systèmes auxquels l'individu appartient (famille, groupe social) sur l'interaction. C'est autour de Bateson et à partir de son approche novatrice de la communication que l'école de Palo Alto (du nom de la ville californienne) se fonde. Parmi les instigateurs de ce mouvement comptent Watzlawick, Helmick Beavin et Jackson. Ces trois auteurs proposent, en 1972, une axiomatique de la communication composée de 5 axiomes :

1. *"On ne peut pas ne pas communiquer."*

Cette affirmation renvoie au postulat selon lequel toute attitude a un sens et est l'objet d'interprétation. Même ne pas parler a une signification et influe sur autrui et sur son comportement.

2. *"Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une méta-communication."*

Le "contenu" désigne le message que recèle l'énoncé verbal et la "relation" caractérise les informations fournies à propos de la communication, elle nous dit "comment on doit comprendre celle-ci."

3. "La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires."

Il est question ici de la possible incompréhension entre deux acteurs de la communication résultant de leurs interprétations contradictoires. Chacun cherche à mettre en évidence le comportement à l'origine de son propre comportement, ce qui mène à une opposition.

4. "Les êtres humains usent de deux modes de communication : digital et analogique."

Ce sont par les expressions "communication digitale" et "communication analogique" que Watzlawick désigne respectivement la communication non verbale et la communication verbale¹.

5. "Tout échange de communication est symétrique ou complémentaire, selon qu'il se fonde sur l'égalité ou la différence."

Pour Watzlawick, il existe deux types d'interaction : l'échange symétrique qui témoigne d'une relation d'égalité entre les protagonistes et l'échange complémentaire qui met en exergue la différence avec une position haute et l'autre basse.

L'école de Palo Alto, notamment à travers cette axiomatique, a su développer une conception nouvelle de la communication centrée sur l'interaction interindividuelle et sur l'action que les partenaires exercent sur leurs comportements mutuels. Cette vision de la communication est donc en totale opposition avec le modèle télégraphique linéaire de Shannon et Weaver.

¹Notions que nous développerons ci-après

3. La pragmatique

1. Définition

C'est en 1938 que Charles Morris, philosophe américain, utilise le premier le terme "pragmatique". La pragmatique est, selon cet auteur, à différencier de la syntaxe et de la sémantique, mais toutes trois traitent du langage. Morris reconnaît la pragmatique comme une discipline étudiant *"la relation des signes à leurs interprètes"*. Cette science a beaucoup évolué depuis et son objet d'étude s'est précisé, elle s'intéresse notamment à la situation d'énonciation c'est-à-dire au contexte, au code et aux interlocuteurs. Elle prend également en compte les intentions et les interprétations des partenaires de communication. Pour le philosophe Francis Jacques, *"la pragmatique aborde le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social"*.

2. Théories

2-1. Les actes de langage

2-1-1. Austin et sa théorie des actes de langage

Au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle, les auteurs issus de la psychologie analytique anglo-saxonne s'accordent à dire que décrire la réalité est l'objectif premier du langage. Le principal détracteur de cette thèse est à l'époque John L. Austin.

Ce philosophe montre dans ses travaux que plusieurs types de phrases existent dont certaines ne décrivent en rien le réel mais le modifient, elles agissent sur le réel. Pour illustrer cette vision, il prend l'exemple des verbes performatifs. Ainsi la phrase "je te baptise" constitue bien un acte. Il en découle l'élaboration du concept d'acte de langage. La théorie d'Austin est la suivante : la communication ne se décompose non pas en phrases mais en actes de langage, les actes de langage désignant les actions mises en œuvre à travers des énoncés verbaux. De nombreux actes de langage sont répertoriés tels que : affirmer, décrire, donner un ordre, poser une question. Austin les regroupe en trois catégories. La première est constituée des actes locutoires qui se définissent par le simple fait de produire un énoncé, de dire quelque chose. Viennent ensuite les actes illocutoires c'est-à-dire ceux dans lesquels réside la force conventionnelle. Par exemple, l'intonation ou l'utilisation de l'impératif caractérisent un acte illocutoire, celui d'ordonner. Les verbes performatifs entrent dans cette classe. La dernière

catégorie est composée d'actes perlocutoires, c'est-à-dire des actes produisant des effets réels sur le destinataire comme le convaincre ou l'intimider.

2-1-2. Typologie des actes de langage

Searle, qui fut l'élève d'Austin propose une classification des actes illocutoires :

- Les actes assertifs (affirmation, assertions) qui décrivent le réel.
- Les actes directifs (conseil, ordre, demande) qui appellent une action chez l'auditeur .
- Les actes commissifs (menace, promesse) qui se caractérisent par l'expression de l'engagement du locuteur.
- Les actes expressifs (remerciements, excuses, félicitations) qui établissent un lien avec l'interlocuteur.
- Les actes déclaratifs (baptême, déclaration de guerre) qui, lorsqu'ils sont réalisés avec succès, établissent une concordance entre l'énoncé et le réel.

2-2. Le principe de coopération et l'implicature

En 1975, Grice expose deux nouveaux concepts, le principe de coopération et l'implicature. Le principe de coopération renvoie à un accord tacite liant les interlocuteurs, et selon lequel chacun se doit d'apporter sa contribution à l'échange en suivant les différentes règles qui régissent la conversation. Ces règles sont appelées "maximes de conversation" et sont au nombre de quatre. Les participants sont censés fournir autant et pas plus d'informations que nécessaire, c'est la maxime de quantité. La maxime de qualité fait référence à la supposée sincérité du locuteur et au sérieux de ses propos. La troisième maxime, la maxime de relation, exige que la contribution des participants soit pertinente, en d'autres termes, que chacun prenne en compte ses propres dires et ceux de l'interlocuteur. Quant à la maxime de manière, cette règle porte sur la forme du discours, qui doit être claire et univoque si possible pour une bonne compréhension.

L'implicature est la seconde notion novatrice que Grice développe. Il constate en effet que parfois un énoncé transmet plus que la seule signification linguistique à laquelle il se rapporte, ce sens supplémentaire communiqué alors est appelé l'implicature.

4. La communication verbale

Le langage oral est porteur de sens, il transmet des informations. Il constitue un mode de communication essentiel dans la vie en société. Différents auteurs se sont efforcés d'étudier le langage et la communication verbale, nous avons choisi de présenter les réflexions de deux d'entre eux, Saussure et Jakobson.

1. Le signe linguistique : signifié et signifiant

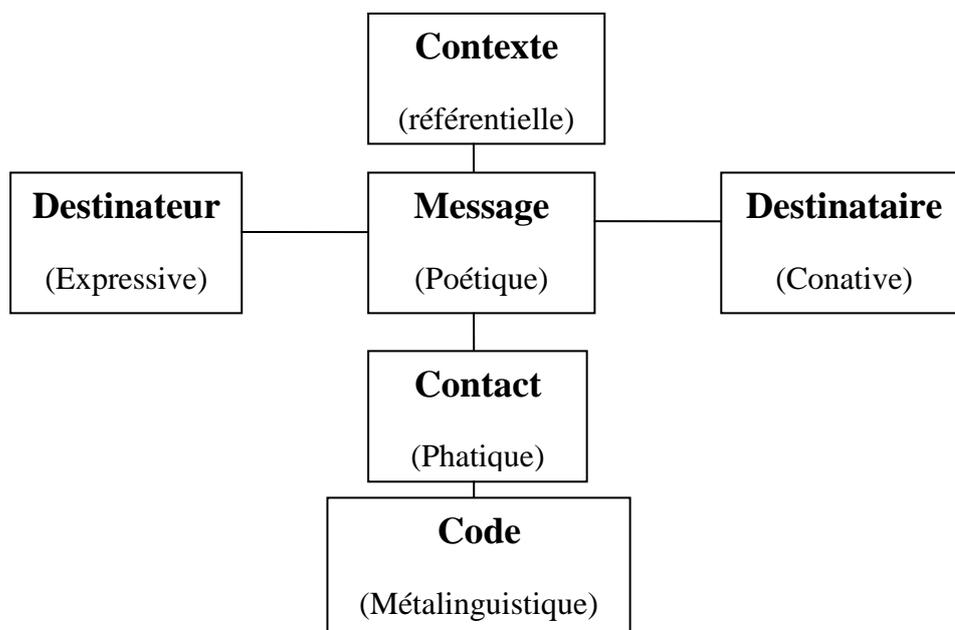
Ferdinand de Saussure, linguiste suisse, est le fondateur du courant structuraliste, courant qui constituera les bases de la sémiotique et de la linguistique moderne. Dans son ouvrage *Cours de linguistique générale* (1916), Saussure présente le langage comme un ensemble de signes, un système dans lequel chaque signe se définit dans son opposition aux autres. Le signe linguistique se décompose en deux entités : le signifiant et le signifié. Par "signifiant" l'auteur entend l'image acoustique. Le terme "signifié", quant à lui, renvoie au concept. Saussure insiste sur la nature arbitraire du lien qui existe entre le signifiant et le signifié. Pour utiliser le langage, il est nécessaire de mémoriser les signes linguistiques. Aussi, le langage, de par sa forme et ses règles, est à la fois vecteur et frein à la communication.

2. Les fonctions du langage

Le linguiste Roman Jakobson (1963) attribue 6 fonctions au langage :

- La fonction expressive : Elle renvoie à l'émetteur en tant que sujet. Les émotions et les opinions de l'émetteur transparaissent dans le message.
- La fonction conative : Le message peut prendre la forme d'un ordre ou d'une demande. Il s'attache alors à provoquer des réactions chez le destinataire. Il s'efforce d'influencer la pensée ou les actions du récepteur.
- La fonction référentielle : Comme son nom l'indique, cette fonction est tournée vers le référent. Le message est porteur d'informations sur le monde et les objets. L'exemple illustrant cette fonction est "L'eau bout à 100 °C".

- La fonction phatique : Dans ce cas, le message vise à entrer en contact avec le récepteur et à maintenir ce contact. Il peut prendre la forme de simples mots comme "Allô" ou des expressions telles que "Vous comprenez."
- La fonction métalinguistique : Elle s'intéresse au code, c'est la fonction de traduction. L'émetteur s'assure que lui et le récepteur utilisent le même code linguistique.
- La fonction poétique : C'est la fonction relative à la forme du message. Elle concerne l'esthétisme notamment dans l'agencement des sons et des mots comme dans la littérature et la poésie.



Jakobson envisage les fonctions du langage comme complémentaires. Par conséquent, il n'est pas rare que dans une interaction, un énoncé verbal revêt plusieurs fonctions à la fois.

5. La communication non verbale

1. Définition

Lorsque deux personnes discutent, communiquent, elles échangent leurs impressions, leur jugement, elles se donnent des informations et ceci par l'intermédiaire du langage verbal mais aussi à travers leur expression corporelle. De multiples éléments non verbaux entrent en jeu dans l'interaction, ils participent à l'établissement de la relation. Ces éléments sont très variés, ils peuvent concerner l'espace et les distances, le regard, les mimiques, les gestes et la voix. Ils sont inscrits dans l'instant présent et leur effet est instantané.

Selon Amado et Guittet (2003) ce sont les signes non verbaux qui renseignent sur la situation de communication, ils sont révélateurs de l'état d'esprit du sujet, de ses sentiments, de son jugement vis-à-vis d'autrui et de sa volonté ou non de communiquer. La composante non verbale de la communication accompagne le discours, elle le renforce ou au contraire l'atténue. Dans le cas où les signes verbaux et non verbaux sont discordants, la communication est altérée et le récepteur est confus, il ne sait comment interpréter le message livré par l'émetteur. Ainsi, la dimension non verbale de la communication joue un rôle déterminant dans la relation à autrui et la communication, en particulier dans l'efficacité de cette communication.

2. L'espace et les distances

La place qu'occupe un individu par rapport à un autre individu ou à un groupe est chargée de sens et influe sur la communication. On peut s'asseoir à une place par habitude mais aussi selon sa fonction (le supérieur hiérarchique occupant généralement la place en bout de table), ou selon ses intentions. La position que choisit une personne par rapport à une autre témoigne de la nature effective ou recherchée de leurs relations. E.T. Hall (1971, cité par Abric, 2008) a cherché à déterminer les liens entre l'espace séparant les individus et l'interaction. Il invente alors le mot "proxémique" pour caractériser ces liens et met en évidence l'existence de plusieurs zones auxquelles s'associent des relations interindividuelles spécifiques. Plus l'espace entre deux sujets est restreint et plus leur relation est intime.

3. Le regard et les mimiques

3-1. Le regard

L'intérêt que l'on porte à l'autre et à son discours transparaît dans notre regard. Regarder l'interlocuteur indique d'une part que l'on s'adresse à lui et d'autre part qu'on lui porte attention. Ceci explique pourquoi lorsque l'un des partenaires de communication ne regarde pas l'autre, un certain malaise s'installe. Le type de relation qu'entretiennent deux interlocuteurs et le contexte émotionnel sont souvent décelables selon la nature des regards échangés. Ainsi, dans une situation d'interaction, fixer les yeux d'autrui avec insistance est généralement la marque, aux dires de Amado et Guittet (2003), de la volonté de contrôler l'interlocuteur. En réalité, le regard est très expressif, et le maîtriser est ardu. Il peut laisser deviner des pensées et des sentiments dissimulés .

3-2. Les mimiques

Le visage, à travers ses mouvements, reflète l'état d'esprit dans lequel se trouve le sujet. Les sentiments et les émotions s'expriment bien souvent dans les mimiques, toutefois réussir à déceler ces émotions par l'observation du visage n'est pas chose aisée. En effet, selon la culture et selon l'individu, sa personnalité, son éducation, son mode de vie et son expérience personnelle; l'expression du ressenti est très différente. De plus, il est courant que l'on interprète les mimiques d'autrui en fonction de ses propres affects. Parmi les expressions du visage, le sourire est certainement le plus décisif dans l'établissement de la relation. Celui-ci crée une atmosphère propice à une interaction de qualité.

4. Les gestes

Tout comme les mimiques, les gestes, le comportement et leur expressivité sont variables d'un individu à un autre et d'une société à une autre. Il existe des gestes porteurs d'une signification propre comme le hochement de tête ou le salut de la main. De nombreux mouvements du corps ou postures informent sur le niveau de stress ou de détente du sujet. Une respiration faible ou suspendue momentanément est probablement le signe d'une anxiété. Les auto-contacts, qui désignent certains gestes tournés vers soi comme le grattage, sont également la manifestation d'une tension. Aussi, en situation de communication, tous ces éléments sont pris en compte par l'interlocuteur et influent sur l'interaction. En outre, au sein

d'un groupe, on constate que les gestes sont révélateurs du degré d'adhésion et des relations entre les membres. Ainsi, l'exécution de gestes similaires parmi les participants est la marque de l'existence d'une cohésion et d'affinités; à l'opposé, l'hétérogénéité des mouvements corporels montre une opposition ou une indifférence.

5. La voix

La voix possède de multiples composantes et chacune révèle un peu de la personnalité du sujet, de son milieu, du contexte émotionnel. Le timbre par exemple est ce qui caractérise le plus la voix d'un individu, c'est l'élément déterminant dans la reconnaissance d'une voix. L'intensité ainsi que le rythme et le débit sont des indices qui informent sur l'état d'esprit de l'individu. Ces éléments attestent d'une confiance en soi, d'une détermination ou au contraire trahissent parfois une angoisse. A l'instar des émotions du locuteur, les intentions modifient les caractéristiques vocales. L'intonation remplit elle aussi un rôle primordial dans l'interaction. En effet, suivant l'intonation, le sens d'un énoncé peut être totalement différent. L'intonation nuance l'énoncé verbal.

6. La communication dans un groupe

1. Définition

Le mot "groupe" a pour origine le terme italien "groppo" qui signifiait à l'époque "noeud" et le terme germain "kruppa" caractérisant une "masse arrondie". Le mot "groppo", emprunté au vocabulaire technique artistique, désignait la représentation de plusieurs personnes (en peinture par exemple). Progressivement la signification du mot a évolué jusqu'à devenir ce qu'elle est aujourd'hui : une réunion, un ensemble de personnes. On peut parler de groupe à partir du moment où au moins trois personnes sont rassemblées. Anzieu et Martin (1968) envisagent la représentation du groupe chez les individus comme "*un lieu simultanément ou alternativement investi d'espairs et de menaces.*" C'est l'espace intermédiaire situé entre le sujet et sa vie personnelle d'un côté, et la société de l'autre.

Il existe plusieurs types de groupe qui se différencient essentiellement selon leur taille et leur organisation : le groupe primaire, le groupe secondaire, la bande, le groupement (ou rassemblement) et la foule. Nous développerons uniquement les notions de groupe primaire et

de groupe secondaire. Ces deux catégories de groupe sont semblables par le nombre restreint de leurs membres (moins de 20). Ce sont des petits groupes, c'est-à-dire, selon l'interactionniste Homans (1950), des groupes dans lesquels les individus ont la possibilité, compte tenu de leur nombre limité, de communiquer avec tous les autres. Le groupe primaire ou naturel est marqué par des relations affectives fortes entre les membres, la famille et le groupe d'amis entrent dans cette classe. Les liens au sein du groupe secondaires sont, a contrario, beaucoup moins intimes et chacun y tient un rôle défini comme dans les séminaires ou les groupes de travail.

2. Lewin et la dynamique des groupes

Kurt Lewin, psychologue allemand émigré aux Etats-Unis, a fait grandement progresser la psychologie sociale de par son travail de recherche concernant les groupes et sa théorie de "la dynamique des groupes". Pour Lewin, le groupe n'est pas réductible à la somme de ses membres. Des forces dynamiques interviennent dans le groupe et à travers les interactions entre les sujets qui le composent. C'est ce phénomène qui engendre un état d'équilibre. A chaque groupe correspond un champ dynamique et des canaux de communication, des frontières qui lui sont propres. Si l'on remanie l'une des principales composantes du groupe, c'est le groupe qui peut être modifié.

3. La communication dans les groupes

3-1. Le modèle de Riley et Riley

En 1953, Matilda White Riley et John White Riley sont les premiers à introduire l'environnement social dans leur modèle de communication. En effet, selon Riley et Riley, les individus font partie de groupes primaires qui les influencent. Ces groupes sont eux-mêmes sous la dépendance du contexte social. Ainsi la société et les groupes influent sur les opinions et les attitudes des individus et donc sur leur communication avec autrui, qu'ils soient émetteurs ou récepteurs. La théorie de Riley et Riley prend aussi en compte le phénomène de rétroaction, de feed-back, c'est-à-dire l'inter-influence qui se manifeste quand deux personnes communiquent.

3-2. Bales et l'analyse de l'interaction

En 1950, Bales élabore une grille d'analyse des interactions dans une situation de groupe. Le principe de cette grille est de caractériser les interventions des membres d'un groupe. Celle-ci comporte 12 catégories, regroupées dans 3 zones : la zone socio-affective positive, la zone neutre de la tâche et la zone socio-affective négative. Grâce à l'utilisation de cet outil d'analyse, Bales met alors en exergue 6 étapes par lesquelles passent les échanges : les phases d'information, d'évaluation, d'influence, de contrôle et de décision. Concernant les interactions dans le groupe, l'auteur constate que les individus qui produisent le plus de communication sont ceux à qui sont adressés le plus de messages. Il observe également qu'avec l'accroissement du nombre de participants, se manifeste le phénomène de leadership c'est-à-dire la prédominance d'une personnalité.

3-3. La communication authentique de Rogers

Le concept de "communication authentique" renvoie à la conviction de son auteur Carl Rogers, psychologue américain, selon laquelle les individus se doivent d'être sincères les uns envers les autres pour communiquer véritablement et établir des liens. Partager son expérience personnelle de façon réciproque et authentique rapproche. Rogers met en évidence 3 attitudes à adopter afin que ce type d'interaction s'installe : la congruence, l'attention positive inconditionnelle et l'empathie. La congruence renvoie à une attitude, à un comportement du sujet dans la relation à l'autre qui soit en adéquation avec ses sentiments et son expérience. Témoigner d'une attention positive inconditionnelle signifie être à l'écoute d'autrui sans porter de jugement. Le terme empathie désigne la capacité à appréhender l'état émotionnel d'une personne. Le principe-clé de la communication authentique est donc la non-directivité, et en admettant que cette conception ne semble pas spécifique à la communication dans les groupes, elle est encore prépondérante aujourd'hui dans la relation d'aide, dans l'animation de groupe ou dans l'enseignement.

Le développement des différentes caractéristiques de la communication et des théories qui s'y attachent nous éclaire sur les enjeux et la complexité de la notion de communication. On comprend dès lors que la communication interpersonnelle ne se réduit pas à une transmission d'informations dans un schéma linéaire. L'attitude de chacun, l'environnement, la

situation duelle ou de groupe ont une incidence sur les interactions. Par conséquent, il est possible d'adapter nos propos et nos comportements à autrui pour favoriser les échanges. Dans une situation où les capacités langagières et communicationnelles du sujet sont affectées, il est essentiel de créer un cadre propice à la communication verbale et non verbale. C'est dans cette optique que nous avons proposé aux patientes de notre étude la thérapie de réminiscence. Etayer le patient Alzheimer tout en valorisant sa personnalité et son histoire, tel est l'objectif que nous nous sommes fixée lors de la mise en place de cet atelier.

III - LA THERAPIE DE REMINISCENCE

1. Définition et Historique

Le terme réminiscence a d'abord été utilisé par des philosophes tels que Platon et Aristote. Il est défini aujourd'hui par le Larousse comme "*un retour à la conscience claire de souvenirs non accompagnés de reconnaissance*" ou bien comme le souvenir lui-même, un "*souvenir vague ou incomplet, difficile à localiser : Avoir de vagues réminiscences d'un événement.*" Soulignons par ailleurs l'importance que revêt la composante affective dans le phénomène de réminiscence.

Se remémorer sans cesse le passé a longtemps été considéré, en particulier chez les personnes âgées, comme un comportement déviant. C'est en 1963 que le psychiatre américain Robert N. Butler crée un type de psychothérapie pour personnes âgées appelé "life review" qui repose sur l'évocation d'expériences passées et des conflits non résolus. Selon Butler l'évocation de souvenirs peut avoir des effets positifs chez le sujet âgé. Cette théorie eut un impact significatif dans le milieu professionnel sanitaire et social. Elle constitue le fondement de la thérapie de réminiscence (expression traduite de l'anglais "reminiscence therapy") qui se démocratise peu à peu à partir des années 70 aux Etats-Unis. C'est l'Age Exchange Reminiscence Centre dirigé par Pam Schweitzer (1998) à Londres, qui rend alors possible le développement des ateliers de réminiscence en Europe notamment en dispensant des formations, en mettant en place des ateliers, en organisant des conférences européennes ou des expositions (Goldberg, 2009).

La thérapie de réminiscence s'adresse à des personnes démentes. Elle se base sur le refus d'une conception défaitiste des différentes pathologies démentielles (telles que la démence de type Alzheimer) et se centre sur le vécu du sujet atteint et de son entourage. Cette thérapie vient en réponse aux différentes incapacités dont souffre la personne malade, incapacités qui entravent sa relation aux autres, au monde environnant et la laisse elle, ainsi que ses proches, dans une solitude et une souffrance insoutenable. En effet, la personne démente se voit peu à peu dépossédée de ses capacités à se souvenir, à s'exprimer et à communiquer, à se comporter selon les conventions sociales. La mise en place d'un atelier de réminiscence a pour but la reconstitution du passé des personnes participantes et ce faisant, l'amélioration de leur qualité de vie et de leurs relations à autrui.

2. Principe

La thérapie de réminiscence peut avoir lieu en groupe ou en individuel. Elle consiste à présenter à des personnes âgées souffrant de démence neurodégénérative (de type Alzheimer) différents supports multisensoriels afin de provoquer chez elles l'accès à des souvenirs anciens et l'évocation de ces bribes du passé. Les différentes informations constituant cet aperçu de la préparation et du déroulement des ateliers de réminiscence ont été recueillies pour la plupart par Goldberg, Schweitzer, Bruce et Hodgson (2006).

1. L'émergence des souvenirs anciens

Les ateliers de réminiscence s'adressant aux sujets atteints de démence neurodégénérative s'appuient sur le principe selon lequel la mémoire des faits anciens est plus longtemps préservée que celle des faits récents. C'est Théodule Ribot qui, en 1881, soutient que lors du vieillissement normal comme lors de pathologies touchant la mémoire, les souvenirs les plus récents sont les premiers atteints, la dégradation suivant l'ordre inverse de l'acquisition. Ribot baptise cette théorie "la loi de régression". Selon lui, les souvenirs anciens; contrairement aux souvenirs récents, ont été fréquemment répétés, et c'est cette répétition qui assure une bonne organisation et une automatiser des souvenirs anciens. La répétition serait donc un facteur favorisant la pérennité des souvenirs. Rubin et Kozin (1984, cités par Piolino, Desgranges et Eustache, 2000) ont mis en exergue "*l'importance personnelle*" comme élément déterminant dans la formation de souvenirs vivaces, appelés aussi souvenirs flashes autobiographiques. Des études ont mis en avant le rôle majeur de la charge émotionnelle dans la création d'un souvenir vivace (Christianson, 1992; Pillemer et al., 1992 cités par Piolino, Desgranges et Eustache, 2000), d'autres travaux ont montré que ce type de souvenirs se référaient généralement aux premières expériences (Conway et Rubin, 1993) "*Les souvenirs des premières expériences constituent des événements-repères ou points de référence qui serviraient d'éléments organisateurs de la mémoire autobiographique en fournissant l'accès à d'autres éléments associés.*" (Piolino, Desgranges et Eustache, 2000). C'est en effet dans la mémoire autobiographique que sont stockés les souvenirs spécifiques à un individu. Tulving et al. décomposent la mémoire autobiographique en deux entités : la mémoire épisodique qui concerne les événements personnels dans leur contexte et la mémoire sémantique qui contient

les informations générales sur le monde. Ce postulat est actuellement admis par la plupart des auteurs.

Les différentes théories décrites précédemment apportent un éclairage quant à l'organisation des souvenirs propres à un individu et quant aux mécanismes en jeu lors de l'émergence de ces souvenirs notamment chez les personnes âgées.

2. La mise en place

2-1. Structure et professionnels

La mise en place d'un atelier de réminiscence se fait parfois au domicile du sujet dément, c'est alors un projet individuel. Nous nous concentrerons toutefois sur la thérapie de réminiscence en groupe puisque c'est sur cette forme que notre étude porte. Avant de commencer un tel type d'atelier, de nombreuses démarches doivent être entreprises. Il est nécessaire, dans un premier temps, de déterminer dans quelle structure nous voulons créer cet atelier, en institution ou en centre de jour par exemple, et d'obtenir l'accord de cette structure. La présence de plusieurs professionnels dans la mise en place et durant cette intervention est recommandée, ceux-ci peuvent appartenir à des corps de métiers très différents. On peut alors retrouver en tant qu'animateurs : des infirmières, des ergothérapeutes, des psychologues, des assistantes sociales, plus rarement des orthophonistes. Il est également possible de solliciter des photographes, des bibliothécaires ou des historiens. Soulignons cependant l'importance de la présence de professionnels de la santé et de l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies démentielles. Ajoutons qu'il est fréquent que les professionnels fassent appel à des bénévoles et à des assistants en complément. L'équipe ainsi formée se doit de définir un projet et des objectifs clairs. Il est également utile de disposer d'un outil de suivi qui permettra d'évaluer l'efficacité de la prise en charge.

2-2. Cadre temporel et spatial

Décider du nombre de séances, de leur durée, de leur fréquence et du nombre de semaines sur lesquelles va s'étaler l'atelier est essentiel. Arlette Goldberg et al. préconisent (2006) la mise en place de séances de groupe hebdomadaires de deux heures. Le nombre total de séances varie en fonction des possibilités des participants et des professionnels, mais il est fréquemment nécessaire de prévoir de 14 à 18 séances. Parmi ces entrevues, dans l'idéal la

moitié seront en fait des réunions pour l'équipe et les aidants dans le but d'analyser et de planifier les séances. A l'instar du cadre temporel, le cadre spatial est primordial. Il est nécessaire de disposer d'un lieu calme, chaleureux et facile d'accès, qui sera le même toutes les semaines. On pourra alors l'aménager selon les besoins, installer une table notamment pour y exposer les objets ou un coin dédié aux activités créatives si nécessaire.

2-3. Choix des participants et connaissance de leur vie

Plusieurs critères sont à déterminer par l'équipe de professionnels, comme le type de personnes auquel s'adressera le groupe et l'éventuelle sollicitation des aidants pour participer à l'atelier. Il est important de faire en sorte qu'une cohésion de groupe puisse se créer au fil du temps, c'est pourquoi l'on veille à ce que le groupe soit le plus homogène possible, les participants partageant la même culture et la même langue.

Ce type d'atelier s'adresse en priorité à des personnes démentes au stade modéré. On recrute donc généralement les participants selon leur degré d'atteinte et leur lieu de vie. On peut par exemple choisir de former un groupe de personnes démentes à un stade modéré qui vivent en institution. Notons cependant qu'il est plus aisé de susciter l'intérêt chez des personnes dont le diagnostic est posé depuis quelque temps.

Avant de commencer les séances, une rencontre avec chacun des futurs membres et leur(s) aidant(s) est prévue. Cette entrevue a pour but de se présenter, de décrire le projet et de répondre aux questions que se posent les personnes âgées et leurs proches. C'est aussi l'occasion de récolter des informations biographiques. On cherche alors à connaître leur âge, le nombre d'enfants et le nom de leurs proches, leur(s) métier(s) passé(s), leurs loisirs, leurs passions actuelles et passées. Il est utile, en complément, de se renseigner auprès du personnel soignant et de l'entourage concernant les événements marquants de la vie des futurs participants, l'histoire de leur maladie, leurs troubles. Le recueil de ces données permet d'acquérir une meilleure connaissance des participants et d'adapter l'atelier en fonction.

Il est parfois possible, et il s'agit là encore d'un choix émanant de l'équipe, d'inclure les aidants dans l'atelier. Par "aidants" nous entendons les proches (en général le conjoint, les enfants ou les petits-enfants) qui sont très présents dans la vie du sujet atteint. Ils ont donc le choix de venir aux séances de façon continue ou ponctuellement. Solliciter les aidants présente plusieurs avantages : d'une part ceux-ci sont à même d'étayer leur conjoint ou leur parent quand il est en difficulté pendant une séance, et d'autre part ce moment de partage s'avère généralement bénéfique pour leur relation. Dans le cas où des proches participent à

l'atelier, des réunions avec les professionnels et les volontaires auront lieu avant le commencement pour les préparer et entre les séances.

3. Les thèmes

Le principe de la thérapie de réminiscence est de suivre l'ordre chronologique de la vie étant donné que les souvenirs anciens sont les plus accessibles et les mieux préservés chez les personnes souffrant de démence. Par conséquent, en début d'atelier, on commence par évoquer l'enfance pour arriver au fil des séances à l'âge adulte. A chaque séance correspond un thème. De nombreux thèmes sont envisageables, Arlette Goldberg et al. (2006) suggèrent les suivants :

- Enfance et maison familiale.
- Les voisins.
- Les années d'école.
- Le monde du travail.
- Mettre ses beaux habits et sortir.
- Faire la cour, se marier.
- Sorties, vacances, les congés payés.
- Fêtes et événements exceptionnels.

L'essentiel est de proposer des sujets qui concernent la plupart des membres et qui sont propices à l'évocation de souvenirs heureux et agréables. Mais il arrive bien entendu que des souvenirs douloureux apparaissent. Les animateurs doivent dans ce cas savoir gérer cette situation avec douceur et de façon adaptée en écoutant la souffrance exprimée et en la partageant avec les autres membres. Il s'avère parfois nécessaire, quand la personne est trop bouleversée, de changer de sujet pour proposer un temps individuel à la fin de la séance. Il est fondamental d'instaurer un climat chaleureux et bon enfant. L'atelier de réminiscence est un lieu dans lequel on se sent respecté, écouté et soutenu, un lieu dans lequel on s'exprime librement sans être jugé. L'humour y tient une grande place. On crée ainsi un espace où l'on rit et où l'on passe des moments agréables ensemble.

4. Déroulement des séances

Chaque séance comporte un thème et est centrée sur des supports multisensoriels en rapport avec ce thème.

Le début et la fin de séance sont souvent ritualisés. Les rituels constituent un cadre qui favorise l'implication dans le groupe. Ceux-ci prennent parfois la forme d'une chanson que l'on chante ensemble ou de la nourriture que l'on partage.

Les supports utilisés pendant une séance sont choisis et apportés par les professionnels et les volontaires mais il arrive que les participants (personnes âgées et leur éventuel aidant) amènent des objets personnels. Les stimuli prennent différentes formes, ce peut être des objets anciens, des photographies, des supports sonores (sons, musique), de la nourriture, des senteurs et parfums, etc... Le but étant de présenter des supports variés qui fassent appel à plusieurs sens pour favoriser l'émergence de souvenirs. Au cours d'une séance, on consacre ainsi du temps à manipuler les objets, à les redécouvrir pour ensuite en discuter et partager des souvenirs. Il est possible, en outre, de proposer des activités créatives. Le dessin, la peinture, le modelage ou encore le théâtre peuvent valoriser les membres du groupe et offrent l'occasion de créer ensemble, de rire et de communiquer. Autour du thème de la maison familiale, il serait intéressant par exemple de demander aux personnes âgées de dessiner un plan de leur maison et de le décrire. On peut aussi improviser des jeux de rôles en lien avec l'école; l'un joue l'instituteur et les autres des élèves (studieux ou turbulents).

3. Les objectifs

Les ateliers de réminiscence visent à améliorer la qualité de vie des personnes démentes. C'est un cadre propice à la communication et à la socialisation. L'activité de réminiscence est aussi fréquemment facteur de revalorisation chez la personne âgée.

1. La communication

Plusieurs facteurs favorisant la communication sont réunis en séance de réminiscence. Tout d'abord, il s'agit d'une activité de groupe. Le groupe constitué est suffisamment grand pour promouvoir les échanges et permettre la continuité d'une conversation et suffisamment restreint pour offrir la possibilité à chacun de s'exprimer et d'y remplir un rôle. Soulignons

l'importance d'une atmosphère détendue, empreinte d'humour et de plaisir de se retrouver. Ce sont les animateurs qui font en sorte au départ d'instaurer cette ambiance chaleureuse en encourageant chaque membre à participer tout en respectant le silence de certains, en dédramatisant lorsque les personnes démentes se trompent par exemple, en les étayant en cas d'apparition de troubles. En effet, les sujets souffrant de démence présentent généralement des troubles du langage et de la communication. Ils ressentent donc de plus en plus de difficultés à s'exprimer et à se faire comprendre. Ils souffrent de cet enfermement. Il est alors d'autant plus important de les écouter, de mettre un sens sur leurs dires et leurs mimiques, de manifester notre respect et notre intérêt. Les professionnels adoptent une écoute empathique et valident les sentiments et les émotions exprimés en séance. A l'instar de la thérapie écosystémique de Rousseau, la thérapie de réminiscence préconise aux professionnels d'adapter leur comportement et leurs propos au sujet dément, en suivant différents principes dont les suivants :

- Employer des mots et des tournures simples.
- Ne fournir qu'une information par énoncé.
- Reformuler quand cela s'avère nécessaire.
- Utiliser le langage gestuel, les mimes. Manifester son attention par son attitude corporelle.
- Etre bienveillant dans ses réactions aux dires de la personne.
- Laisser à la personne le temps de s'exprimer comme elle l'entend et considérer ses propos comme porteurs de sens.

Soulignons que les supports multi-sensoriels et les activités proposées en atelier de réminiscence ont pour but notamment de stimuler la mémoire des faits anciens et d'évoquer les souvenirs récupérés. La communication est donc là encore favorisée et soutenue par le cadre de l'atelier de réminiscence.

2. La socialisation et l'amélioration des relations

L'atelier de réminiscence est un lieu de rencontre. Et si au premier abord les propos s'adressent aux animateurs et que les échanges sont timides, au fil du temps des liens se nouent entre les membres. La situation de groupe et le partage de leur expérience personnelle rapprochent les personnes participantes et leurs animateurs. Un sentiment d'appartenance au groupe apparaît peu à peu et renforce les relations au sein de ce groupe. Les personnes

démentes et leur aidant prennent plaisir à se retrouver pour discuter, pour plaisanter ensemble. Bien que les sujets déments, bien souvent, oublient le contenu des séances passées; ils sont parfois capables de reconnaître les membres du groupe en dehors de l'atelier et de les saluer ou d'échanger quelques mots avec eux. L'atelier de réminiscence représente ainsi un espace de socialisation, qui vise à réduire la solitude des sujets atteints de démence et celle de leur(s) proche(s).

En outre, la participation commune à l'atelier peut être bénéfique à la relation qu'entretiennent le sujet âgé et son aidant. Rappelons que les pathologies démentielles sont difficiles à accepter pour l'entourage puisqu'elles altèrent l'image de la personne. L'individu atteint perd progressivement ses capacités, sa personnalité se modifie. Son conjoint et ses enfants ne le reconnaissent plus, ne le comprennent plus. C'est une situation douloureuse qui parfois dégrade les relations. L'activité de réminiscence constitue une activité que la personne démente et son aidant pratiquent ensemble. C'est donc une expérience qu'ils partagent et qui a le potentiel de les rapprocher. En effet, la situation de réminiscence peut modifier le regard de l'aidant sur la personne malade, lui faire comprendre son ressenti, lui montrer comment l'aider à communiquer. Au demeurant, il n'est pas rare que le proche qui participe au groupe continue à échanger avec elle au quotidien en utilisant le principe de la thérapie de réminiscence, à l'aide de photos ou d'objets anciens.

3. La revalorisation et la reconstitution identitaire

Se remémorer des faits anciens et les évoquer est très valorisant pour les personnes âgées atteintes de démence. D'une part, réussir à accéder à des souvenirs lointains les étonne beaucoup et les emplit de fierté. D'autre part, lors des séances, elles reconstituent en fait leur passé et donc leur identité. Rappelons que les personnes âgées font face à des pertes multiples et l'image qu'elles se sont faites d'elles-mêmes se dégrade, devient peu flatteuse. La découverte de la présence d'une pathologie démentielle affecte un peu plus leur identité. Fréquemment l'annonce du diagnostic génère une peur chez le sujet âgé, celle de n'être plus considéré que comme malade, comme porteur d'une pathologie chronique.

Comet, Lejeune et Maury-Rouan (2008) soulignent l'intérêt du récit, de la narration de son passé dans la reconstruction de l'identité, ils parlent alors d'"*identité narrative*". Pour ces auteurs "*en évoquant son histoire personnelle, sa mémoire, le sujet construit ainsi sa place face et avec son interlocuteur, se donne à voir comme personne entière qui s'inscrit dans une histoire, une trajectoire personnelle.*" Les séances de réminiscence constituent donc un

moyen de se réapproprier son histoire malgré les troubles de mémoire. Elles favorisent l'accès aux souvenirs personnels (stockés dans la mémoire autobiographique) et l'instauration d'une sensation de continuité qui sont "*l'essence de l'identité personnelle*" (Piolino et al., 2000).

Lors d'ateliers de réminiscence, ce sont les souvenirs datant d'avant la maladie qui sont évoqués, ces souvenirs viennent restaurer l'estime des personnes atteintes. C'est donc avec plaisir que les participants se replongent dans leur passé. En outre, il n'est pas rare que ce soient les sujets déments qui apprennent des faits et des savoir-faire aux professionnels qui encadrent. Cette situation est flatteuse, c'est la preuve qu'ils ont un savoir à transmettre. L'activité de réminiscence favorise donc une certaine renarcissisation et par là même elle procurerait du bien-être aux personnes participantes. Pour W. Beck (cité par Goldberg, 2006), la dépression aggrave les troubles cognitifs chez les sujets souffrant de démence de type Alzheimer. Dès lors une amélioration des capacités intellectuelles en lien avec une atténuation des sentiments dépressifs serait envisageable.

4. Etudes scientifiques

Depuis le début des années 90, plusieurs travaux mesurant l'intérêt de la thérapie de réminiscence auprès des personnes démentes ont été publiés. Selon les études, différents facteurs ont été mesurés : la dépression, le bien-être, la communication, la cognition et les troubles du comportement. Nous nous référerons à deux revues de la littérature : Finnema, Dröes, Ribbe et Van Tilburg (2000) ; Woods, Spector, Jones, Orrell et Davies (2005).

La revue de la littérature Finnema et al. (2000) recense plusieurs études mesurant l'intérêt de différentes thérapies psycho-sociales s'adressant à des sujets déments : la Validation, la méthode Snoezelen, la thérapie de "présence simulée" et la thérapie de réminiscence. Nous exposerons uniquement les résultats des études qui concernent la thérapie de réminiscence et qui mesurent les facteurs cités plus haut. Ces études sont au nombre de quatre : Morton et Bleathman (1991), Gibson (1994), Namazi et Hayes (1994), Tabourne (1995). Leurs résultats sont parfois contradictoires. En effet, 2 études sur 3 objectivent un accroissement du comportement social et des interactions, 1 met en évidence une légère diminution des interactions. Les troubles du comportement augmentent durant l'atelier de réminiscence selon une étude, tandis qu'une autre étude met en évidence une baisse de la

fréquence des comportements agressifs et d'agitation chez les participants. Un effet minimal sur la cognition est mis en exergue par l'une des études. Au vu de ces éléments discordants, il semble incertain de se prononcer sur les effets réels de la thérapie de réminiscence. De plus, il existe de nombreuses limites méthodologiques comme l'absence de groupe contrôle dans certains travaux, ou la variabilité de la durée de prise en charge et du type de thérapie de réminiscence étudié. Les résultats sont donc difficilement généralisables.

Woods et al. (2005) ont constitué une revue de la littérature qui regroupe quatre études contrôlées randomisées mesurant les effets de la thérapie de réminiscence chez les sujets déments (Baines 1987; Morgan 2000; Thorgrimsen 2002; Lai 2004). Pour chacun des ateliers étudiés, au moins 6 séances ont eu lieu et ce, sur une période minimale de 4 semaines. Ces travaux mettent en évidence une amélioration significative des capacités cognitives et un recul de la dépression. En revanche selon 3 études sur 4, aucun effet sur la communication n'est à signaler, une étude montre au contraire un accroissement des interactions. Les différents travaux ne relèvent pas de modifications concernant le comportement ou le bien-être des participants.

En conclusion, les résultats des travaux pris en compte ici sont encourageants et semblent témoigner de l'intérêt de la thérapie de réminiscence auprès de personnes atteintes de démence neurodégénérative. Bien que les effets sur les troubles du comportement ou la communication restent hypothétiques, un recul de la dépression et une amélioration cognitive sont mis en exergue.

La thérapie de réminiscence repose sur une vision humaniste de la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence neurodégénérative dans laquelle prime l'individu. Les ateliers de réminiscence sont centrés sur le vécu du sujet malade et de son entourage. Axée sur le passé et la mémoire des faits anciens, et avec l'aide de supports divers qui stimulent les cinq sens des personnes atteintes de DTA; cette prise en charge favorise l'émergence de souvenirs et offre donc la possibilité aux participants de partager ces bribes du passé. Ce cadre privilégié offre l'occasion aux patients Alzheimer de rencontrer de nouvelles personnes et d'échanger avec elles, de se redécouvrir en tant que sujets avec une histoire, des savoirs, des passions. C'est pour toutes ces raisons que nous avons choisi d'organiser un tel atelier et parce que le

rôle des orthophonistes auprès de personnes souffrant de cette pathologie est notamment de soutenir leurs capacités communicationnelles, c'est à la communication et à une éventuelle amélioration de ces compétences que nous nous sommes intéressée dans le cadre de notre étude.

PARTIE PRATIQUE

I- PRESENTATION DE L'ETUDE

1. Problématique

Face à cette pathologie qui pousse les personnes atteintes à se retirer progressivement de la vie sociale, a émergé un questionnement. Questionnement qui est à l'origine de ce travail de recherche. Lorsque les capacités mnésiques et langagières déclinent inexorablement, comment contribuer à redonner à ces personnes le goût de la communication, de l'échange avec l'autre ?

Notre projet est alors de proposer et d'évaluer une prise en charge de groupe, adaptée aux sujets souffrant de DTA et à leurs troubles. Une prise en charge dont le principe ne serait non pas de tester les capacités cognitives mais bien de mettre en valeur leurs compétences préservées et leur vécu. C'est précisément sur ces bases que repose l'atelier de réminiscence. Par l'intermédiaire de stimuli multiples, cette thérapie offre aux patients Alzheimer la possibilité d'évoquer leur vie, leurs expériences et laisse une place fondamentale à leur parole. Rappelons que trop souvent, et à cause de leurs déficits, les personnes atteintes de cette pathologie s'isolent et perdent insidieusement aux yeux de l'entourage leur statut de sujet communicant. Nous pouvons ainsi nous poser la question suivante :

La participation régulière à un atelier de réminiscence favorise-t-elle la communication des personnes atteintes de démence de type Alzheimer au sein du groupe ainsi constitué et cela a-t-il un effet général sur les capacités de communication, en dehors même de la situation-atelier ?

2. Objectifs

Au travers de ce projet, nous pouvons fixer plusieurs objectifs à atteindre. Tout d'abord, nous nous attacherons à mettre en place un cadre agréable et accueillant dans lequel les patientes pourront prendre plaisir à échanger. La visée de cet atelier est ainsi d'offrir la possibilité aux participantes de communiquer entre elles et avec nous, soignants, et par là même, de créer des liens sociaux. Valoriser leur parole, leur histoire, leur personnalité, leurs connaissances est essentiel. On veillera également à fournir un étayage adéquat aux capacités

des patientes. Pour finir, ce travail de recherche a pour but principal d'analyser les effets de la participation durant 6 mois à un atelier de réminiscence sur la communication de ces sujets.

3. Hypothèses

Au vu des différentes données que nous avons exposées précédemment, plusieurs hypothèses sont formulables :

- L'atelier de réminiscence favorise la communication des patients Alzheimer pendant les séances et encourage la création de liens sociaux.
- L'utilisation de supports en atelier (objets, photographies, chansons, parfums, aliments, etc.) contribue à l'émergence de la communication des participants et au maintien d'un thème de discussion.
- Les capacités communicationnelles des sujets atteints de DTA à la suite d'un atelier de réminiscence s'étalant sur 6 mois se caractérisent par une stabilité voire une légère amélioration à court terme.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, notre travail de recherche prend la forme d'une étude de cas multiples. En tant que telle, elle ne prétend pas prouver la validité de ces hypothèses concernant l'ensemble des patients Alzheimer participant à un atelier de réminiscence. Notre étude a pour but de mettre en évidence l'intérêt que revêt l'atelier de réminiscence que nous avons mis en place vis-à-vis de la communication des patientes constituant notre population.

4. Méthodologie

Ce travail de recherche est fondé sur la mise en place et le suivi d'un atelier de réminiscence, en cabinet libéral, avec un groupe de quatre femmes atteintes de DTA. Cette prise en charge se déroule sur une période de six mois, du 24 novembre 2009 au 25 mai 2010.

Bien que nous ayons pris en compte les phénomènes de groupe, il s'agit ici d'une étude de cas multiples.

1. Population

Notre étude porte sur une population de quatre patientes souffrant de DTA avérée. Toutes sont ou étaient suivies en orthophonie au cabinet de Doué-La-Fontaine. En effet, c'est après avoir exposé notre projet à Mme S-C, orthophoniste dans ce cabinet, qu'elle et son associée, Mme L.S-T, nous ont proposée d'inclure Mme P, Mme D, Mme C et Mme R dans notre étude. Mme R étant une patiente de Mme S-C et les trois autres femmes, des patientes de Mme L.S-T. Mme C a été suivie pendant plusieurs années par une ancienne collaboratrice du cabinet. Parmi les quatre participantes, deux continuent la prise en charge individuelle avec leur orthophoniste en parallèle de l'atelier, il s'agit de Mme R et de Mme P. Mme D et Mme C étaient suivies individuellement auparavant mais les séances de groupe apparaissant plus adaptées, à partir de fin novembre c'est uniquement pour participer à l'atelier de réminiscence qu'elles se rendent au cabinet. Toutes les patientes se sont préalablement entretenues avec leur orthophoniste respective à propos de l'atelier de réminiscence et ont exprimé leur intérêt pour ce projet. Le conjoint et la famille de chacune des personnes âgées ont également été consultés; ils ont tous donné leur approbation concernant la participation de leur proche à cet atelier. Précisons que pour chacune des participantes, le diagnostic de DTA a été posé.

Nom	Niveau socio-culturel	Age	Score au MMS
Mme R	Certificat d'Etudes Primaires, CAP secrétariat Auxiliaire comptable puis ouvrière dans une usine de tissage puis dans une usine de solvants	66 ans	14/30
Mme C	Certificat d'Etudes Primaires, scolarisée jusqu'à 17 ans Secrétaire	78 ans	8/30
Mme P	Certificat d'Etudes Primaires Mère au foyer, aidait son mari agriculteur	75 ans	14/30
Mme D	Certificat d'Etudes Primaires Travail à la ferme puis serveuse et mère au foyer	77 ans	16/30

Le MMSE (Mini-Mental State Examination de Folstein) est le test de référence, recommandé par la HAS (Haute Autorité de Santé, 2008), et pratiqué en cas de suspicion de démence, en particulier de DTA. Ce test ne suffit en aucun cas pour diagnostiquer la DTA mais il permet d'orienter le diagnostic et de suivre l'évolution des troubles. Sont explorées les fonctions cognitives suivantes : l'orientation spatio-temporelle, la mémoire (encodage et rappel), l'attention et le calcul, le langage (dénomination, répétition, compréhension orale et écrite de consignes, production d'une phrase écrite), les praxies constructives.

D'après leur score au MMS, Mme C, Mme P et Mme R en sont au stade modéré de la DTA. En revanche Mme C souffre d'une DTA au stade sévère. Arlette Goldberg recommande l'atelier de réminiscence pour les personnes démentes à un stade léger à modéré. Mme C ne présente donc pas le profil idéal. En effet, d'une part, une personne à un stade avancé de la maladie ne dispose pas toujours des capacités linguistiques et mnésiques nécessaires pour participer au groupe. D'autre part, il est possible que ses déficits bouleversent les participants ayant une conscience douloureuse de leurs propres troubles et angoissés par leur devenir. Malgré ces considérations nous incluons Mme C dans notre étude. Certes, la patiente est victime de troubles mnésiques massifs, mais il n'en reste pas moins qu'elle dispose encore de

capacités langagières satisfaisantes et qu'elle compense assez bien ses troubles de mémoire. De plus, les trois autres personnes, Mme P, Mme R et Mme D ont une conscience réduite de leurs troubles. Bien que toutes trois aient été informées de leur diagnostic, ces femmes et leur mari n'attribuent par leurs déficits cognitifs à la DTA.

Précisons que Mme R a abandonné l'atelier après trois mois. Nous évoquerons donc son parcours et nous présenterons nos observations pendant les séances auxquelles elle a participé sans pour autant mettre en relation ces observations avec nos hypothèses puisqu'elle n'a pas suivi l'atelier jusqu'à son terme.

2. Présentation des patientes

Afin de proposer des séances en accord avec le passé, le mode de vie, les goûts des patientes, il nous semble essentiel de connaître leur histoire de vie. Nous nous sommes donc renseignée auprès de leur orthophoniste quant à leur enfance et à leur vie adulte, leur famille et leur(s) ancienne(s) profession(s) ainsi que leur personnalité et leurs passions. Nous nous sommes informée par ailleurs sur l'histoire de leur maladie.

2-1. Mme R

2-1-1. Anamnèse

Mme R a 63 ans, elle est née en octobre 1946. De nature volontaire, c'est une femme qui aime l'action, qui fait en sorte de toujours être occupée. Aussi Mme R fait du vélo avec son mari, elle marche très régulièrement à la campagne et dans les vignes, non loin de sa maison, notamment pour promener son chien. Cette personne apprécie également le jardinage, elle s'occupe plus particulièrement des fleurs. Autrefois, Mme R peignait, mais elle se trouve aujourd'hui dans l'incapacité de poursuivre cette occupation. En effet, la femme souffre aujourd'hui de troubles visuels. Elle se plaint fréquemment de ses yeux qui coulent et de sa vision floue. Lorsque Mme R est en échec, il n'est pas rare qu'elle incrimine ses troubles de la vue. La patiente a des tendances dépressives en raison de difficultés conjugales et de la souffrance qu'elle éprouve face à ses déficits cognitifs. Le passage à l'acte est un thème qu'elle aborde de temps en temps. En séance d'orthophonie, Mme R semble apprécier de discuter,

d'échanger sur différents thèmes et parle volontiers de sa vie et de ses expériences. Fréquemment pendant la discussion, elle sourit et plaisante.

Mme R est née et a longtemps vécu dans le Nord, région à laquelle elle est encore très attachée. Ses parents se sont peu occupés d'elle et de son petit frère. Sa mère atteinte de tuberculose, est décédée prématurément. A la fin de sa vie, elle était devenue aveugle. Quant au père de Mme R, il travaillait à la SNCF. Il était peu présent. Ce dernier est encore vivant et habite toujours dans le Nord. Mme R et son frère ont donc été élevés par leur grand-mère paternelle. Tous deux prenaient fréquemment le train pour rendre visite à leur aïeule et l'aider aux travaux de la ferme. Entre la cueillette des pissenlits pour les salades, celle des mûres pour les confitures, et le tissage, les enfants étaient très occupés. Mme R garde de bons souvenirs de cette époque. Elle raconte que sa grand-mère fabriquait du tissu pour recouvrir les matelas, les fauteuils; et qu'elle a appris à se servir d'un métier à tisser. Plus tard, Mme R obtint un CAP secrétariat et exerça la profession d'auxiliaire comptable pendant trois ans. Elle se maria peu après et laissa son emploi pour s'occuper de ses trois enfants, deux garçons et une fille. Par la suite, Mme R et son époux furent tous deux embauchés dans une entreprise de machines à écrire mais à la suite d'un accident du travail, Mme R fut licenciée. Elle travailla alors dans une usine de tissu puis dans une usine de javel et de solvants. L'été, Mme R et son mari partaient en caravane ou en vélo et faisaient le tour de la France. Actuellement, leurs enfants ne sont pas encore parents. Ils ont peu de contact avec M. et Mme R.

2-1-2. Histoire de la maladie

C'est en 2006 que Mme R consulte pour la première fois. La femme a alors 59 ans et se plaint d'oublis depuis environ 5 ans. Mme R impute ses troubles aux produits toxiques (javel, solvants) qu'elle manipulait dans le cadre de son dernier emploi. Lors de l'entretien, les soignants apprennent que la mère ainsi que la tante de Mme R avaient développé la maladie d'Alzheimer. Les tests neuropsychologiques mettent en évidence des troubles majeurs de la mémoire antérograde (encodage et récupération) auxquels s'associe une désorientation temporo-spatiale. On souligne également la présence d'une apraxie idéomotrice et visuo-constructive et des troubles perceptifs visuels (dont Mme R se plaint beaucoup). L'IRM révèle à cette époque une atrophie cortico-sous-basale évoluée, le score de Mme R au MMS est de 22/30. Mme R fait montre d'une douloureuse conscience de ses troubles, elle souffre d'une dépression réactionnelle. La prise en charge orthophonique commence en mars 2006. En 2007, un traitement anticholinestérasique est commencé. Au fil du temps les difficultés gnosiques

visuelles de Mme R se majorent jusqu'à affecter la sphère langagière, notamment la lecture et l'orthographe. Lors de la consultation en 2009, Mme R ne semble plus gênée par ses déficits mnésiques mais davantage par ses troubles visuels. Son score au MMS est alors de 14/30.

2-2. Mme C

2-2-1. *Anamnèse*

Mme C est née en septembre 1931, elle a 78 ans. C'est une femme élégante et coquette. Joviale et spontanée, Mme C aime rire et plaisanter. Cette personne fait montre d'un caractère affirmé, elle exprime volontiers ses opinions et ses affects, qu'ils soient positifs ou négatifs. Avec l'évolution de la maladie, on remarque chez Mme C une logorrhée et des difficultés de distanciation vis-à-vis des personnes qu'elle ne connaît pas. Elle devient quelque peu familière voire grossière parfois. C'est une femme cultivée, elle a le goût de la lecture, de la musique et du théâtre. Elle est sociable, aime recevoir des amis, mais le fait de moins en moins.

Mme C est issue d'un milieu aisé, ses parents possédaient une grande exploitation agricole et viticole. Avec son demi-frère et son cousin, elle se plaisait à jouer dehors. Cette femme a obtenu le Certificat d'Etudes Primaires et a continué les études jusqu'à ses 17 ans. C'est en 1949 qu'elle se maria et fut embauchée par la suite comme secrétaire dans une étude notariale. Elle laissa ce poste quelques années plus tard pour s'occuper de la comptabilité de l'entreprise dirigée par son mari; entreprise qui était spécialisée dans la couverture de monuments historiques. Le couple avait un mode de vie confortable. Ensemble, ils ont beaucoup voyagé et découvert de nombreux pays. Leur relation était en revanche très houleuse. M. et Mme C ont eu deux enfants : une fille et un garçon. Leur fille est mariée, elle a 3 enfants, leur fils, quant à lui, est divorcé. Mme C est aujourd'hui arrière-grand-mère. Depuis le décès de son mari, en 2002, c'est seule qu'elle a vécu dans sa maison, située dans le bourg du village, jusqu'à ce que son fils emménage chez elle en 2009. Une aide-ménagère vient à son domicile toutes les semaines et une infirmière tous les jours. Actuellement, Mme C et son fils entretiennent une relation conflictuelle. La fille de Mme C est très présente, elle lui rend régulièrement visite.

2-2-2. Histoire de la maladie

En 2005, Mme C consulte suite aux troubles mnésiques qu'elle éprouve depuis quelques années, troubles que la personne âgée attribue à une chute qu'elle aurait faite après une violente altercation avec son fils il y a un an de cela. Lors de l'entretien, sa fille signale également de nombreux oublis chez Mme C, des difficultés à gérer le budget, une réduction des activités, une agressivité verbale et des propos morbides. Les tests neuropsychologiques révèlent des troubles mnésiques massifs au niveau du processus d'encodage, un discret syndrome dysexécutif et un déficit attentionnel. Une désorientation temporelle et spatiale est aussi relevée. Le score de la patiente au MMS est de 23/30. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé au cours de cette année. La personne âgée bénéficie alors d'un traitement anticholinestérasique. Elle commence l'orthophonie en août, au cabinet de Doué-La-Fontaine. Peu à peu Mme C devient anosognosique. En 2007, le bilan neuropsychologique rapporte une détérioration de ses capacités de raisonnement et une perte progressive des concepts. Le déficit mnésique est majoré avec un quasi oubli à mesure. Mme C montre les signes d'une désorientation temporelle complète. Son score au MMS est alors de 19/30.

2-3. Mme P

2-3-1. Anamnèse

Mme P est née en décembre 1935, elle est donc âgée de 75 ans. C'est une femme souriante et riieuse. Malgré sa nature introvertie et angoissée, elle semble prendre plaisir à discuter, à échanger. Dans la semaine, Mme P participe à des groupes de réflexion sur les évangiles et aide à la préparation des sépultures à la maison de retraite de son village. Cette personne âgée fait également partie d'un groupe de marche. Elle et son mari apprécient de recevoir et de rendre visite à leurs amis et à leur famille, ce sont de bons vivants. Ensemble ils jouent à la belote. Le jardinage est également une activité que Mme P affectionne, en particulier le soin aux fleurs. Elle lit régulièrement des livres et des magazines ainsi que le journal. Elle regarde aussi la télévision, de temps en temps.

Scolarisée jusqu'à ses 14 ans, Mme P a obtenu son Certificat d'Etudes Primaires. Elle a toujours vécu à la ferme. C'est à un agriculteur qu'elle s'est mariée et l'a aidé par la suite dans les travaux de la ferme. C'était une travailleuse. Mme P a élevé ses six enfants : cinq garçons et une fille. L'un des fils de M. et Mme P a repris l'exploitation agricole après leur départ à la

retraite. Depuis, le couple a emménagé dans une maison située dans le bourg du même village. Mme P a plusieurs petits-enfants et arrière-petits-enfants.

2-3-2. Histoire de la maladie

C'est en 2008 que Mme P, accompagnée de son époux, se présente pour la première fois en consultation mémoire. La femme présente alors des troubles mnésiques qui évoluent assez rapidement depuis un an. Sa famille est très préoccupée par les déficits de Mme P. En effet, ses enfants s'inquiètent de voir leur maman s'effacer progressivement au profit de son époux, se mettre en retrait au cours de réunions de famille, ne plus participer. Depuis plusieurs années, c'est M.P, à la demande de son épouse, qui s'occupe des tâches administratives. En revanche, Mme P fait encore la cuisine et les travaux ménagers. Les tests révèlent des troubles de l'encodage, des gnosis et des praxies ainsi qu'une altération du langage et des fonctions exécutives. On remarque également des troubles de l'orientation spatio-temporelle. Son score au MMS est alors de 15/30. Le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé fin 2008. Depuis, Mme P suit un traitement anticholinestérasique et bénéficie de séances d'orthophonie. Son mari est dans le déni, il pense que les troubles cognitifs de Mme P ne sont que provisoires. Le premier bilan orthophonique, en janvier 2009, met en évidence un manque du mot lors des épreuves de dénomination et des difficultés opératoires, de calcul, massives. De nature réservée, Mme P parle peu; cependant, avec l'évolution de la maladie, sa communication semble s'être réduite. L'échange est agréable puisque c'est une personne souriante, les énoncés de Mme P sont néanmoins très concis, ses propos sont répétitifs malgré les stimulations et les aides proposées.

2-4. Mme D

2-4-1. Anamnèse

Mme D est née en septembre 1932, elle est âgée, à ce jour, de 77 ans. Mme D est quelqu'un de besogneux, qui s'accomplit dans le travail. Elle est dotée d'un tempérament pessimiste voire négatif mais elle sourit souvent et fait preuve à l'occasion d'un certain sens de l'humour. Décrite comme dure par ses filles, Mme D n'était pas une maman tendre. Elle est casanière et dit aimer la solitude. Aussi elle ne voisine pas, et déclare voir peu ses enfants et ses petits-enfants sans le déplorer. Mme D se plaît à accomplir les tâches ménagères, à

s'occuper de l'entretien de sa maison. Elle regarde la télévision de temps à autre et lit un peu mais de moins en moins. Il y a quelque temps, cette personne âgée faisait partie d'un club dont elle était trésorière, fonction qu'elle a récemment abandonnée car l'activité et le bruit la fatiguaient.

Les parents de Mme D étaient agriculteurs, c'est donc à la ferme qu'elle a grandi. Après l'obtention de son Certificat d'Etudes Primaires, Mme D a arrêté l'école et travaillé à la ferme. Elle se maria en 1955 et exerça en tant que serveuse aux côtés de son époux, cuisinier, dans le bar-restaurant de son beau-frère. Cette opportunité s'est finalement vite révélée incompatible avec la vie de famille. La femme garde encore aujourd'hui de très mauvais souvenirs de cette période. Par la suite Mme D travaillera quelque temps dans les champignonnières puis laissa son poste pour élever ses enfants. M. et Mme D ont eu sept enfants, cinq garçons et deux filles et sont grands-parents de nombreux petits-enfants. En 1969, la patiente a subi une colostomie qui l'a beaucoup éprouvée. Un régime très strict lui est imposé depuis. Mme D mange peu, ce d'autant qu'elle a perdu l'odorat et le goût. En 2004, elle fut victime d'un AVC. Aucune séquelle physique et langagière n'est à déplorer, néanmoins, Mme D se plaint de céphalées récurrentes en particulier quand elle se trouve en échec, céphalées qu'elle met en lien avec son AVC.

2-4-2. Histoire de la maladie

C'est l'isolement volontaire de leur mère qui a alerté les enfants et les a amenés à demander une première consultation. Mme D souffre de troubles cognitifs débutants lorsqu'elle se présente en consultation mémoire et suit depuis un traitement anticholinestérasique. En 2008, le diagnostic de maladie d'Alzheimer est posé, son score au MMS s'élève à l'époque à 21/30. Des troubles de l'orientation spatio-temporelle, de l'attention et du calcul sont mis en évidence. Un déficit praxique est également à souligner. Mme D présente une anosognosie. Son mari, quant à lui, a d'abord banalisé ses difficultés, les mettant en relation avec les épreuves qu'elle a endurées et avec son âge. Aujourd'hui, M.D pense que son épouse a été victime d'un sort. La prise en charge en orthophonie commence fin 2008. Lors du bilan, des difficultés en dénomination liées à un manque du mot, et des troubles mnésiques sont mis en exergue. Dans l'échange, Mme D est souvent concise, il est donc nécessaire de la stimuler pour qu'elle développe ses idées. Ses propos restent toutefois répétitifs, peu informatifs et les thèmes abordés sont redondants.

3. Déroulement de l'atelier de réminiscence

3-1. Mise en place

En septembre, ces quatre personnes âgées se sont entretenues avec leur orthophoniste respective, et toutes ont manifesté leur intérêt et donné leur accord pour un futur atelier de réminiscence (ainsi que leurs proches). Par la suite, à la demande de Mme L.S-T et Mme S-C, les médecins de chaque patiente ont prescrit une prise en charge orthophonique de groupe. Nous avons rencontré les patientes individuellement dans un premier temps et leur avons proposé le MMS et la GECCO². L'atelier de réminiscence a débuté le 24 novembre et s'est terminé le 25 mai, à raison d'une séance par semaine (excepté pendant les vacances scolaires) pendant six mois.

3-2. Cadre

C'est dans le bourg de Doué-La-Fontaine que se situe le cabinet au sein duquel l'atelier de réminiscence a pris forme. C'est Mme S-C qui est la fondatrice de ce cabinet. Ainsi, en septembre 1993, Mme S-C crée son cabinet à Doué-La-Fontaine. En 1999, le cabinet s'installe dans des locaux plus spacieux et Mme L.S-T la rejoint. Actuellement sept professionnels interviennent en ce lieu : cinq orthophonistes, une orthoptiste et un psychologue. Parmi les orthophonistes, trois sont associées, Mme S-C et Mme L.S-T et Melle C, les deux autres exerçant comme collaboratrices.

Pour le déroulement des séances de réminiscence, d'un commun accord avec les orthophonistes, nous avons choisi le bureau qui offrait le cadre le plus propice à une prise en charge de groupe, celui de Mme L.S-T. Nous avons ainsi pris en compte le fait que la majorité des participantes soient des patientes de Mme L.S-T (trois patientes sur quatre) et qu'en tant que telles, son bureau leur est familier, elles y sont habituées. De plus ce lieu est spacieux, il offre largement la possibilité de s'asseoir à six; les quatre personnes âgées, Mme L.S-T et moi-même; autour d'une table basse sur laquelle seront disposés les supports multisensoriels. Son mobilier est chaleureux, l'ambiance accueillante.

² Grille que nous présenterons dans le chapitre "Matériel"

3-3. Séances

Les séances durent une heure et se déroulent le mardi matin, de 10h à 11h. Sur six mois, 17 séances ont eu lieu. Il est arrivé à plusieurs reprises que l'une ou l'autre des participantes soit dans l'incapacité de se rendre à l'atelier. Dans ce cas, la séance se déroulait avec l'effectif présent. A chaque séance correspondait un thème, et des supports (objets, photos, aliments, ...) en lien avec le thème étaient disposés sur la table bien en vue et à portée de main.

Au début de la première séance, nous expliquons aux personnes âgées le principe de l'atelier. Nous les informons que nous sommes ici pour discuter, partager des souvenirs autour d'un thème et avec l'aide d'objets. Nous précisons que l'atelier aura lieu le mardi matin de 10h à 11h jusqu'à fin mai, avec les mêmes personnes, dans ce bureau. Le but étant de passer des moments agréables ensemble. Nous leur faisons part des règles, à savoir que chacune est libre de s'exprimer ou non, qu'il est important d'écouter sans juger et que, comme lors des séances d'orthophonie en individuel, tout ce qui se dit ici est confidentiel.

3-3-1. Déroulement des séances

Chacune des séances se déroule selon le plan suivant :

- Nous nous saluons et prenons des nouvelles de chaque participante.
- Le tour de table : nous suggérons aux participantes que chacune d'entre nous rappelle son prénom.
- Après une rapide présentation du thème, nous proposons de regarder ensemble les supports disposés sur la table, de les manipuler avec l'espoir qu'elles reconnaissent l'un d'entre eux, et qu'elles puissent relier cet objet à une personne, un lieu, une anecdote. La discussion est très libre. Mme L.S-T et moi intervenons pour relancer la conversation et apporter de l'aide aux participantes : nous les encourageons, leur donnons le mot en cas d'anomie, nous veillons à recentrer la discussion sur le thème quand l'une des participantes digresse sur un temps long, etc.

- A partir de la séance 7 dont le thème était "La jeunesse : aller au bal-musette.", nous écoutons, pour clôturer la séance, une chanson de la même époque que le thème abordé.
- Nous rappelons à chacune la date et l'heure du prochain rendez-vous et nous nous disons au revoir.

3-3-2. Thèmes des séances et supports utilisés

Conformément au principe de l'atelier de réminiscence (Goldberg, 2006), nous avons choisi un thème pour chaque séance qui soit en accord avec le déroulement temporel de la vie. Lors de ces séances, nous avons mis à disposition différents supports multisensoriels en lien avec la thématique. Ci-après le détail de tous ces éléments, séance par séance.

Séance	Thème	Supports	Personnes présentes
1	L'école	Des anciens cahiers d'école, 1 trousse (gomme, sifflet, règle, compas, porte-plume, éponge), 1 plumier, 1 ardoise, 3 photos d'écolier de R. Doisneau.	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
2	Les jouets	2 poupées, 1 baigneur et 1 ours en peluche d'époque, 2 voitures en bois, des billes en terre, des osselets, 1 yo-yo.	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
3	L'hiver à la campagne	1 chaufferette (ou chauffe-pied), 1 bougeoir, 2 lampes à pétrole, 1 moulin à café, des ventouses en verre, une vieille boîte de médicaments, du thym, du tilleul, des photos de paysages enneigés.	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
4	La famille	1 pipe et du tabac, 1 livre de contes, 1 petit panier en osier (sac à main), 1 ancien fer à repasser (à braises), des photos de famille, 1 seringue pour le vêlage des moutons.	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
5	L'évolution technologique	1 radio des années 30, 1 vieux téléphone, 1 lampe-tempête, 1 lampe à pétrole, 1 fer à cheval, 1 ancienne lampe de poche, 1 fer à repasser (avec résistances).	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R

6	L'évolution technologique	1 plume et de l'encre violette, 1 montre à gousset, des voitures anciennes miniatures, des photos (puits, lavoir, ancien lavabo), des timbres, des pièces de différentes époques.	Mme C et Mme P
7	La jeunesse : aller au bal-musette	1 radio, des vinyles (Nana Mouskouri, Tino Rossi et Enrico Macias), 1 flacon de brillantine "Roja", des pinces à cheveux, 1 parfum, des photos (1 couple dansant, 1 groupe de musiciens) chansons : "Mon amant de St-Jean" de L. Delyle, "La java bleue" de Fréhel, "Je chante" de C. Trénet	Mme D, Mme P et Mme R
8	Les fêtes religieuses	2 chapelets, 3 missels, des photos anciennes (baptême, communions, mariages), 1 acte de mariage, 1 châle noir brôdé, 1 chapeau de femme, 1 chapeau pour homme (en taupe), chanson : "La belle de Cadix" de L. Mariano	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
9	La consommation et la réclame	Différentes réclames pour des produits, des spectacles ou des films (exposées sur le mur), des bonbons (berlingots, cachous, sucres d'orge), du chocolat "Menier", 1 sac à main, 1 bourse, des porte-clés publicitaires (savon "Persavon", "Vache qui rit", eau "Vichy"...), chanson "Dans les plaines du far-west" de Y. Montand	Mme C, Mme D, Mme P, Mme R
10	Le travail	1 moule à beurre, 1 barrate à beurre et 1 grosse cuiller en bois, des sabots, des photos des vendanges et des moissons, chanson "la romance de Paris" de C. Trénet	Mme C et Mme D
11	Le travail	1 tabouret pour la traite, 1 filtre à lait, des photos de champignonnière et de bistrot, des verres "Ricard", 1 machine à écrire portative, des actes notariaux, chanson "Douce France" de C. Trénet	Mme C, Mme D, Mme P
12	La première maison	1 balai, des récipients pour l'huile et le vinaigre, 1 assiette en porcelaine, 1 morceau de gros drap, des réclames pour "Moulinex", des photos (maison de campagne, cuisine, cheminée, lit bateau), chanson : "C'est si bon" de Y. Montand	Mme C, Mme D, Mme P

13	La cuisine	1 pot à rillettes, 1 récipient à café, des coupelles, 1 confiturier en cuivre, 1 pot de confiture, 1 ancienne boîte à gâteaux "LU", 1 photo (femme faisant de la pâtisserie), 1 quatre-quarts à déguster, chanson : "Si tu vas à Rio" de D. Moreno.	Mme C, Mme D, Mme P
14	La cuisine	1 trépied pour la cuisson, 1 poêle, 1 livre de recettes, 1 corbeille tressée, des herbes fraîches (ciboulette, persil, cerfeuil, menthe) et des condiments (clous de girofle, cannelle), chanson : "Méditerranée" de T. Rossi.	Mme C, Mme D, Mme P
15	Elever ses enfants	Des chaussures et des chaussons de bébé, des couches en tissu, 1 robe de bébé, 1 tétine, des publicités (Blédine et Nestlé), des photographies de famille (anniversaire, vacances), 1 baigneur, des magazines et des BD pour enfants ("Fripounet", "Tintin"), 1 jeu de construction, 1 carnet de santé, chanson : "Chanson pour l'Auvergnat" de G. Brassens	Mme C, Mme D, Mme P
16	Les vedettes de la chanson et du cinéma	Affiches des acteurs et des chanteurs des années 50-60, des affiches de films ("La traversée de Paris", "Don Camillo", "La belle et la bête", "Chantons sous la pluie"), des vinyles (G. Moustaki, J. Dassin, Guy Béart, Dalida), 1 extrait de film ("Autant en emporte le vent")	Mme C, Mme D, Mme P
17	Fin de l'atelier, bilan des séances	1 livret-souvenirs pour chacune, des objets qui ont marqué les dames au cours de l'atelier : 1 pipe, 1 lampe à pétrole, 1 moulin à café, 1 baigneur, des berlingots. Chansons : "L'école est finie" de Sheila, "La Javanaise" de S. Gainsbourg, "Les champs Elysées" de J. Dassin, " Qui saura" de M. Brant	Mme C, Mme D, Mme P

Précisons que tous les objets cités ci-dessus sont d'époque.

4. Matériel

Afin d'évaluer l'incidence de la participation à l'atelier de réminiscence que nous avons mis en place, sur la communication des trois patientes et d'apprécier une éventuelle évolution, nous avons choisi d'utiliser :

- un test qui évalue les capacités communicationnelles des personnes atteintes de DTA, la GECCO, en début et en fin d'atelier.
- une grille d'observation à remplir pour chaque participante et après chacune des séances : l'OSE.

4-1. La GECCO

4-1-1. Présentation

La GECCO (Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication des patients atteints de démence de type Alzheimer), a été créée par Rousseau (2006) afin de rendre compte des compétences communicationnelles propres à chaque patient Alzheimer en vue d'une prise en charge orthophonique de type écosystémique (2007). Cette grille existe en version papier (Rousseau, 1998) et informatique (Rousseau, 2006), version que nous avons choisi d'employer. Basé sur "*une analyse pragmatique de la communication*", ce test se veut écologique. Il a pour objectif de déterminer comment le sujet malade communique et quelles sont les situations facilitatrices et les situations génératrices de troubles.

4-1-2. Principe de passation

Lors de la passation de la GECCO, trois situations de communication sont présentées au patient dans cet ordre :

- L'entrevue dirigée
- L'échange d'informations
- La discussion libre

Pour permettre une analyse ultérieure de la communication verbale et non verbale du patient, les trois situations sont filmées.

Au cours de l'entrevue dirigée, l'examineur questionne le patient sur son identité, sa famille, son métier, ses loisirs, etc.

L'échange d'informations s'appuie sur des supports imagés. A l'instar de la PACE (Wilcox et Davis, 1978), chacun leur tour, le patient puis l'examineur doivent décrire une image (choisie au hasard parmi trois dans ce cas) et faire ainsi deviner à leur interlocuteur de quelle image il s'agit.

La dernière situation d'interlocution est une discussion libre entre le patient et l'examineur pendant laquelle tout thème peut être abordé par le patient. Rousseau suggère de débiter cette conversation par l'évocation des deux premières situations de communication, du ressenti et de la perception du patient concernant ces situations.

4-1-3. Analyse

Suite à la passation de la grille, on procède à une analyse qualitative et quantitative.

L'analyse qualitative consiste d'une part à retranscrire les dialogues enregistrés pour ensuite catégoriser les actes de langage qu'utilise le patient au cours des épreuves; et d'autre part de déterminer ceux manifestant une inadéquation. Sont pris en compte les actes verbaux et non verbaux. Rappelons que le principe de cette grille n'est non pas d'évaluer le langage du patient souffrant de DTA mais bien ses capacités de communication. Ainsi les actes inadéquats sont ceux qui entravent la communication de par leur forme et/ou leur contenu. Les causes d'inadéquation sont les suivantes : absence de cohésion grammaticale, lexicale; absence de feed-back à l'interlocuteur, à la situation; absence de continuité thématique, absence de progression rhématique, absence de relation, contradiction.

L'analyse est également quantitative puisque les actes de langage adéquats et inadéquats produits par le patient au cours de chacune des situations d'interlocution sont comptabilisés et traduits en fréquence. Précisons que seules 3 à 5 minutes de chaque situation sont analysées.

4-1-4. Profil de communication

La version informatique de la GECCO (Rousseau 2006) permet, à partir de l'analyse du discours du patient réalisée au préalable, d'établir automatiquement un profil de

communication. Un graphique pour chaque situation de communication est disponible, il rend compte de la fréquence d'utilisation des huit grands types d'actes de langage (question, réponse, description, affirmation, mécanisme conversationnel, performative, divers, non verbal) au cours de la passation. Sont détaillés la fréquence d'actes adéquats, inadéquats, et le total des actes produits pour les différentes catégories d'actes de langage. Toutes ces données spécifiques à chacune des situations d'interlocution sont synthétisées et figurent sur un graphique général. Un graphique récapitulant les différentes causes d'inadéquation et la fréquence de leur apparition est également consultable.

Ce profil offre ainsi la possibilité de distinguer les actes de langage que le patient utilise encore de ceux qui ne sont plus opérants et de ceux qui apparaissent avec de l'aide. On détermine quels sont les actes les plus souvent inadéquats et quelles sont les raisons de cette inadéquation. On déduit de même quelle est la situation de communication la plus propice à la communication du sujet. De fait, certains actes de langage que le praticien utilise favorisent ou au contraire entravent l'interaction selon les patients. La GECCO permet ainsi, notamment dans le cadre d'une thérapie écosystémique, de mettre en évidence les capacités communicationnelles propres à chaque patient Alzheimer et les conditions qui favorisent ou empêchent l'émergence de la communication. A l'aide de ces données, il est alors possible de fournir des conseils à leur entourage et au personnel soignant afin qu'ils s'adaptent au sujet malade pour promouvoir un maintien de la communication.

4-1-5. Utilisation de la GECCO dans le cadre de notre étude

La GECCO est un test élaboré pour des patients Alzheimer et qui évalue leurs capacités de communication. C'est parce que cette grille est spécifique à la DTA que nous l'avons choisie. Nous ne l'utilisons pas dans ce cas en vue d'une thérapie écosystémique mais plutôt afin de comparer, à plus de 6 mois d'intervalle, les résultats des participantes (à l'atelier de reminiscence) et objectiver une éventuelle amélioration de leurs capacités communicationnelles. Par conséquent, nous avons utilisé la GECCO début novembre 2009, avant la première séance, et nous avons réitéré l'expérience postérieurement à la dernière séance, début juin 2010.

4-2. L'OSE

4-2-1. *Présentation*

Elaboré par Caron et Salmon lors d'un mémoire d'orthophonie de Nantes datant de 2009, l'OSE (Outil de Suivi d'Evolution) est une grille d'observation des comportements communicationnels des personnes atteintes de DTA en atelier thérapeutique. Elle a pour but non pas d'évaluer les capacités de communication de la personne souffrant de DTA mais bien de "*mettre (...) en évidence les ressources dont dispose le patient pour communiquer, et les conditions favorisant l'émergence de ces ressources.*" Les auteures adoptent une vision globale du patient Alzheimer. Une vision qui prend en compte ses déficits mais qui souligne plus particulièrement ses compétences. L'OSE peut être utilisé en complémentarité des outils d'évaluation (comme la GECCO ici), afin de fournir de nouvelles données concernant les capacités communicationnelles du patient et le contexte facilitant l'apparition de ces compétences. Cette grille offre ainsi la possibilité aux soignants de modifier leur intervention et les objectifs de prise en charge en fonction du patient, de son évolution et de ses ressources. L'OSE est un outil clinique qui se veut éthique, pragmatique, thérapeutique et pratique.

4-2-2. *Grille*

L'OSE est composé de quatre parties:

- La communication verbale
- La communication non verbale
- La dynamique de groupe
- La synthèse

Les trois premières se divisent en sous-parties dans lesquelles plusieurs items sont à renseigner.

On remplit cette grille à chaque fin de séance et pour chacun des participants. Au vu de l'attention et de l'investissement des soignants que requiert une prise en charge en groupe, il est en effet difficilement envisageable de renseigner l'OSE pendant la séance.

Nom du patient :

OUTIL DE SUIVI D'ÉVOLUTION

Profil de communication individuel

S. Caron et E. Salmon - Mémoire d'orthophonie 2008-2009

Date :

Thème et supports de l'atelier :

Soignants :

COMMUNICATION VERBALE

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

silencieux volubile discret Inconique 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 ? 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 ? *

6° Certains thèmes ont-ils favorisé la communication verbale du patient ? Si oui, lesquels ?
.....
.....

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 diffidence manque d'informativité troubles de compréhension
paraphrases 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 :

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

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
---	---	---	---

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* :

.....

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

bien-être : 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 ?

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*) :

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

<u>Ressources personnelles du patient pour communiquer</u>	<u>Domaines nécessitant une adaptation de l'interlocuteur</u>
<u>Aspects évolutifs au cours de l'atelier</u>	<u>Aspects évolutifs depuis le début du suivi</u>
<u>Eléments autobiographiques, comportements ou propos marquants</u>	<u>Adaptations et ajustements thérapeutiques</u>

4-2-3. Choix de l'OSE

La GECCO est un test standardisé qui évalue la communication d'un patient Alzheimer à un moment t donné. Il permet donc de comparer les profils de communication établis avec un intervalle de temps et d'observer une éventuelle évolution. Il nous paraissait cependant nécessaire de disposer d'un outil d'observation pour chacune des patientes et ceci à chaque séance afin de qualifier précisément leurs comportements communicationnels au fur et à mesure du temps. Notre souhait était à la fois d'avoir un aperçu de la façon dont elles interagissent, le contexte qui favorise leur communication, et le contenu de leurs échanges et de leurs comportements communicationnels. Notre intérêt se portait également sur la dimension de groupe et les relations qu'entretiennent les participantes. L'OSE remplit toutes ces exigences. De plus, cette grille a été élaborée par des futures orthophonistes, spécifiquement pour les ateliers thérapeutiques avec des personnes atteintes de DTA; et ceci dans une optique valorisante vis-à-vis des patients et de leurs ressources. Optique à laquelle nous sommes attachée. Nous avons donc opté pour l'OSE.

4-2-4. Utilisation de l'OSE en atelier de réminiscence

L'atelier de réminiscence a duré six mois. Durant ces six mois nous, Mme L.S-T et moi-même, avons renseigné l'OSE après chaque séance et confronté nos observations. Au fil du temps, et malgré notre attention pendant l'atelier, nous avons remarqué que nous n'étions pas en mesure, en nous appuyant sur nos observations, de répondre à certains items spécifiques. Nous avons donc jugé préférable de ne pas les prendre en compte dans notre étude. Ces items sont :

Dans "Communication au cours de la parole" (sous-partie de "Communication non verbale"), le 5° "*Tient-il compte des feed-back non verbaux adressés par les interlocuteurs ?*" et le 6° "*Aspect de la voix pendant les échanges (intensité, timbre, hauteur, intonation, débit)*"

II- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

1. Observations pendant les séances à l'aide de l'OSE

Pour chacune des participantes, nous détaillerons dans un premier temps le déroulement de la première séance et les comportements communicationnels observés. Puis nous présenterons les observations faites au cours de certaines séances plus marquantes selon les patientes. Dans un dernier temps, nous proposerons une synthèse de ces informations composée d'un tableau comparant les comportements communicationnels de début et de fin d'atelier (excepté pour Mme R puisqu'elle n'a pas participé à l'atelier jusqu'à son terme) ainsi qu'une conclusion.

1. Mme R

Sur un total de 17 séances, Mme R a assisté à 8 séances. La personne âgée a été absente à la 6^{ème} et à la 7^{ème} séance. Après la 10^{ème}, Mme R a souhaité ne plus participer à l'atelier; nous en expliquerons les raisons.

- Séance 1

<u>COMMUNICATION VERBALE</u>	
Comportement verbal :	modéré
<u>Investissement dans l'interaction</u>	
Prise de parole :	2, parfois spontanément, parfois avec sollicitations
Elle utilise :	des assertions
Temps de parole :	moyen
Thème de l'atelier investi :	oui
Thèmes qui ont favorisé la communication verbale :	le tricot, les notes à l'école, les uniformes, l'écriture à la plume, le plumier, son village
Prise en compte de la parole des autres patientes :	2

Difficultés lors de la prise de parole :	2, manque du mot, persévération, difflue, troubles de mémoire
<u>Ressources et remédiations</u>	
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :	
<i>Conscience des troubles :</i>	0
<i>Stratégies de compensation :</i>	1, demande d'aide non-verbale
Techniques d'aide des soignants :	valider, encourager, solliciter, donner le mot
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>	
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	2
<u>Comportement général</u>	
Comportement non verbal :	Emotive, souriante, observatrice
Attitude corporelle :	droite, les pieds au sol
Etat émotionnel :	bien-être
<u>Comportement au cours de la parole</u>	
Gestuelle :	0
Visage expressif :	1
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	2
Feed-back non verbaux :	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>	
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Mme C (en face) et Lucile (à sa gauche)
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	2
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	1
Rôle dans le groupe ?	Mme R est pertinente, elle fait évoluer la conversation
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	2

COMMUNICATION VERBALE

Investissement dans l'interaction

Tout au long de cette première séance consacrée à l'école, Mme R intervient de façon opportune et adaptée. Elle répond volontiers aux questions que Mme L.S-T et moi posons aux quatre participantes et développe ses idées. Les objets posés sur la table semblent l'intéresser, elle fait alors le lien entre ceux-ci et son expérience de l'école. De ce fait, lorsque la personne âgée découvre les cahiers d'écoliers de son époque, remplis d'écriture à la plume; elle évoque spontanément la sévérité des maîtres et maîtresses d'école face au manque d'application de certains élèves. Mme R se souvient alors que les instituteurs punissaient les écoliers dont l'écriture n'était pas parfaite par des retenues ou des lignes à recopier. Le plumier a également attiré son attention. Mme R nous explique naturellement la fonction de chaque compartiment : un pour les crayons, un pour la gomme... Son discours est quelquefois entravé par des manques de mot, des troubles mnésiques entraînant des persévérations, des énoncés répétitifs. Citons ce dialogue de fin de séance entre Mme C et Mme R portant sur leur village, dialogue au cours duquel chacune oubliait à mesure et réitérait les mêmes propos, exprimait le même étonnement d'apprendre qu'elles sont presque voisines.

Ressources et remédiations

Mme R paraît relativement peu consciente de ses troubles au moment où ils se manifestent, en particulier les troubles de mémoire. Pendant la parole, elle parvient assez bien à surmonter ses manques du mot en s'appuyant sur autrui. Ainsi, quand une anomie survient et qu'elle se trouve en difficulté, Mme R compte sur son ou ses interlocutrices pour l'aider. La plupart du temps, ses consœurs ou nous, les soignantes, lui donnons le mot et la discussion se poursuit sans anicroche. Si un sujet ou un objet la concernent, en général Mme R prend la parole d'elle-même pour nous livrer des anecdotes ou des informations en rapport. Il est toutefois nécessaire, de temps en temps, de la solliciter, de lui poser des questions.

COMMUNICATION NON VERBALE

Comportement au cours de la parole

Pendant toute la durée de l'atelier, Mme R est restée très attentive, très à l'écoute de ses partenaires; réagissant à bon escient, en fonction de l'attitude et du discours de chacune. Le regard de Mme R est dirigé vers ses interlocutrices tant lorsqu'elle prend la parole que lorsque

qu'elle écoute autrui. A cause de ses troubles visuels, des larmes emplissent ses yeux, son regard est figé. Elle n'utilise pas de gestes et son visage, bien qu'il soit souvent souriant, est globalement peu expressif. Pourtant, Mme R est manifestement heureuse de pouvoir partager son expérience avec les autres membres du groupe, elle se plaît à discuter. Toutefois, lorsque la conversation tourne autour du tricot, Mme R déplore de ne plus pouvoir tricoter ni peindre à cause de ses troubles de la vue. On sent alors son désarroi face à ses déficits visuels et au handicap qui en résulte. Elle se plaint aussi vivement de son mari. Mme R nous confie que ce dernier passe beaucoup de temps devant son ordinateur et la délaisse. A cet instant, les trois participantes, et en particulier Mme C, réagissent et manifestent leur soutien à Mme R.

DYNAMIQUE DE GROUPE

Mme R a écouté toutes ses partenaires mais s'est adressée plus souvent et plus longtemps à Mme C située en face d'elle, et à moi-même. En intervenant et en interagissant de façon pertinente et adaptée, la personne âgée recentrait la conversation sur le thème : l'école. Mme R a su prendre sa place lors de cette première séance tout en laissant la parole aux autres participantes. Cependant, le dialogue de fin de séance avec Mme C au cours lequel toutes deux perdaient la mémoire à mesure a certainement été ressenti comme long et répétitif par Mme D et Mme P.

- Séance 3

Au cours de cette séance consacrée au thème "L'hiver à la campagne", et comme durant les précédentes, Mme R intervient assez fréquemment (prise de parole : 2), spontanément, et à propos. Mme R nous parle de son enfance dans le Nord, elle évoque avec tendresse et nostalgie l'époque où elle aidait ses parents à la ferme. Souvent son frère "s'arrangeait pour échapper aux corvées", il s'éclipsait quand ils avaient besoin de lui, ce qui fait sourire Mme R. La femme évoque aussi les bêtises qu'ils faisaient ensemble, elle et son frère, comme manger des pommes dans le pommier du voisin et se faire poursuivre par le voisin en question. A la fin de la séance, la fin de vie de sa maman est également abordée. Cette dernière était malade et pratiquement aveugle, c'est le papa de Mme R qui s'en occupait. Les autres participantes compatissent, en particulier Mme C. Bien que Mme R ait pu partager des pans de sa vie, la personne âgée tente à plusieurs reprises de prendre la parole pour parler d'un objet ou d'un sujet de discussion mais ne réussit pas à se faire entendre. Elle se tourne

alors vers moi qui suis à côté d'elle, pour parler en aparté tandis que les autres patientes continuent à converser. Mme R, comme à son habitude, est restée attentive à la discussion, à la parole de chacune.

- Séance 5

En début de séance, et après que l'on ait pris des nouvelles de chacune, Mme R raconte qu'elle est allée voir sa famille. Par la suite, Mme R, comme d'ordinaire fait, à bon escient, des liens entre les supports présentés et sa vie. Le fer à repasser en fonte lui rappelle alors sa maman, elle évoque la fin de vie de celle-ci. Mme R nous donne des détails sur sa mort, elle sous-entend que sa maman s'est suicidée. La femme n'aborde ce jour pratiquement que des sujets durs, elle évoque des épisodes douloureux de sa vie. De fait, au cours de la séance, lorsque nous parlons de l'électricité, Mme R critique son père car il écoutait la radio seul pour ne pas user d'électricité "il était près de ses sous". Elle nous parle aussi de son grand-père qui était très dur. Ce dernier s'est fait encorner par un taureau. Bien que l'ambiance soit globalement chaleureuse et que Mme R reste pertinente et dans l'échange, les sujets qu'elle aborde génèrent quelques tensions négatives au sein du groupe. Pendant cette heure, elle est souriante et agréable, comme toujours, mais les thèmes qui reviennent laissent entrevoir un certain mal-être.

- Séance 9

Le thème de ce jour est "La jeunesse : aller au bal-musette". Les troubles de Mme R, plutôt discrets d'ordinaire, sont prégnants durant l'atelier (difficultés lors de la parole : 2). On repère des manques du mot fréquents, des troubles mnésiques, de nombreuses persévérations dans les thèmes, des diffusions et parfois même un manque de cohérence. Mme R perd de temps en temps le fil de ses pensées lorsqu'elle s'exprime. Toutefois, et contrairement à d'habitude, elle semble avoir conscience de ses déficits (conscience des troubles : 2). Malgré les stratégies qu'elle utilise et les aides apportées, Mme R surmonte difficilement ses troubles, et son discours en pâtit. En outre elle évoquera, comme souvent, ses troubles visuels et les contraintes qu'ils engendrent. Lors de la séance, la personne âgée rapporte tout à son mari, et aux reproches qu'elle lui fait. Ainsi lorsque l'on parle des coiffures des participantes quand elles étaient jeunes filles, Mme R raconte au groupe, de fil en aiguille, que son époux l'empêche de dépenser de l'argent chez le coiffeur. A chaque sujet que l'on aborde, Mme R y

relie sa vie de femme entravée par la tyrannie de son mari. Elle nous dit ainsi que son époux lui interdit de mettre une jupe, ou de se maquiller ou bien encore de chanter. Son discours est empreint de vindicte et d'amertume. Pour la première fois, les propos de Mme R et ses persévérations semblent empêcher la progression de la discussion. Au terme de la séance, Mme R émet le souhait d'espacer les séances, sans en expliquer les raisons.

- Séance 10

Mme R s'est entretenue la semaine passée avec son orthophoniste, Mme S-C, et lui a fait part de sa volonté d'arrêter l'atelier. Toutes deux ont discuté et Mme S-C a suggéré à Mme R de venir malgré tout à cette 10^{ème} séance, ceci dans l'espoir qu'elle change d'avis.

En début de séance, et avant que nous nous installions, la femme demande une entrevue avec Mme L.S-T, l'orthophoniste qui participe au groupe. Mme R est très agitée. Elle informe Mme L.S-T de sa décision de ne plus assister à l'atelier. L'orthophoniste tente de mettre en valeur les avantages de l'atelier mais Mme R est implacable. Elle fait part à Mme L.S-T de son exaspération de devoir se rendre tantôt chez le médecin, tantôt chez l'orthophoniste. La patiente ajoute qu'elle n'a pas besoin de parler puisque elle est très entourée. Ses voisins et son mari sont très présents. Ses troubles visuels sont ensuite évoqués. Selon Mme R, sa vision se détériore et cette dégradation l'affecte au plus haut point. Elle évoque même le passage à l'acte. Suite à cet entretien, Mme R et Mme L.S-T rejoignent le groupe en cours de séance.

Mme R participe à la séance mais le thème de l'atelier, "La consommation, la réclame", et les sujets abordés ne sont pas investis. Lorsque Mme R intervient, c'est pour parler de sa vision et de son ancien travail dans une usine de solvants. Elle s'exprime aussi longuement à propos de la fin de vie de sa maman. Mme R est attentive aux échanges mais reste en retrait durant cette séance, son humeur déprimée est patente.

Conclusion

Tout au long de l'atelier Mme R a été attentive aux interventions de chacune et à l'écoute de leur discours. Elle intervient fréquemment (comportement verbal : modéré; prise

de parole : 2) et rebondit sur les propos des participantes. Mme R relie les objets, les supports utilisés et les thèmes abordés à sa vie, son expérience et nous raconte volontiers des anecdotes. Lorsque les membres du groupe s'intéressent à elle, en particulier Mme C, Mme R répond de bon cœur aux questions. En revanche, au cours de l'atelier, et bien qu'elle prenne en compte leur parole, Mme R a très peu sollicité ses partenaires. Concernant la communication non verbale, la personne âgée est assez peu expressive en général, son visage est souvent souriant mais son regard ne se porte pas toujours vers les interlocutrices et la gestuelle est quasiment absente. Mme R manifeste quelques difficultés à se faire entendre, elle s'adresse alors à la soignante la plus proche. Durant les premières séances, la femme est d'humeur joyeuse. Elle plaisante fréquemment et fait rire les autres participantes. Mme R est informative, elle intervient à bon escient et de façon pertinente. Elle sait aussi laisser la parole à ses consœurs. Son rôle au sein du groupe est des plus importants, c'est en effet Mme R qui fait évoluer la conversation tout en restant dans le thème. La patiente apporte une certaine dynamique dans la discussion. On remarque toutefois à partir de la 5^{ème} séance, une dégradation de son humeur. Elle évoque de plus en plus fréquemment des épisodes douloureux de sa vie. Son discours est négatif voire amer. Lors des séances 9 et 10, les deux dernières séances auxquelles Mme R a participé, la personne âgée est tendue et elle ne sourit que rarement. Elle se met en retrait, elle paraît déprimée. D'ordinaire intéressée par les thèmes que l'on propose et les supports exposés, Mme R ne les investit plus réellement. Ses propos répétitifs et négatifs provoquent une gêne chez les autres patientes et contrarient la progression de la discussion. Mme R a depuis cette séance arrêté de se rendre à la fois à l'atelier et à sa séance individuelle hebdomadaire (avec Mme S-C).

2. Mme C

- 1ère séance

<u>COMMUNICATION VERBALE</u>	
Comportement verbal :	volubile
<u>Investissement dans l'interaction</u>	
Prise de parole :	3, spontanément
Elle utilise :	des assertions et des requêtes
Temps de parole :	long
Thème de l'atelier investi :	plus ou moins, avec digressions
Thèmes qui ont favorisé la communication verbale :	le tricot, le collège, la guerre, l'écriture à l'école, son village.
Prise en compte de la parole des autres patientes :	1
Difficultés lors de la prise de parole :	2, manque du mot, persévération, diffluence, manque de cohésion, manque de cohérence, manque d'informativité, , troubles de compréhension, troubles de mémoire. non-respect des tours de parole
<u>Ressources et remédiations</u>	
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :	
<i>Conscience des troubles :</i>	0
<i>Stratégies de compensation :</i>	suppléance mimo-gestuelle, demande d'aide non-verbale, formules automatiques, termes génériques, circonlocutions, requêtes
Techniques d'aide des soignants :	valider, toucher, réguler, redonner le thème, donner le mot, reformuler, recontextualiser
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>	
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	1
<u>Comportement général</u>	
Comportement non verbal :	expressive, exubérante, souriante, enjouée, sur la défensive, joviale.

Attitude corporelle :	droite, les jambes croisées
Etat émotionnel :	bien-être nuancé par des propos défensifs
<u>Comportement au cours de la parole</u>	
Gestuelle :	2
Visage expressif :	2
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	2
Feed-back non verbaux :	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>	
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Non
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	2
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	2
Rôle dans le groupe ?	Moteur mais dominante
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	2

COMMUNICATION VERBALE

Investissement dans l'interaction

Lors de la première séance, dont le thème était l'école, Mme C est immédiatement à l'aise et s'exprime spontanément. Elle prend la parole à de nombreuses reprises mais ses propos ne sont pas toujours en lien avec la situation et le sujet abordé. Aussi, en début de séance, alors que chacune se présentait, Mme C coupe la parole à Mme R pour s'adresser à Mme D et complimenter son gilet. Mme C est donc en relation avec les autres participantes mais ne leur laisse que peu la parole. En revanche, à plusieurs occasions, quand l'une des participantes évoquait un souvenir, une expérience personnelle, Mme C a su réagir de façon adéquate en fonction des dires et des sentiments exprimés. En effet, en début de séance, Mme R a confié au groupe qu'elle souffrait de troubles massifs de la vue qui l'empêchaient de pratiquer certaines activités. Mme C a alors manifesté son empathie de façon très naturelle. Durant cette séance, la femme s'intéresse aux objets disposés sur la table, elle en parle volontiers. Les cahiers anciens remplis d'une belle écriture à la plume, par exemple, la

captivent. Elle raconte alors, avec Mme R, combien il était important de s'appliquer à écrire, à réaliser les pleins et les déliés. On remarque chez Mme C une oscillation entre de brefs moments pendant lesquels son discours est à propos et d'autres instants plus longs au cours desquels elle digresse et glisse en évoquant des épisodes vécus sans lien avec la situation ou les dires des autres membres du groupe. Ainsi la personne âgée parlera plusieurs fois de son départ du village pour un collège-lycée de Saumur, dans lequel elle a étudié jusqu'à ses 17 ans. Le discours de Mme C laisse entrevoir de nombreux troubles. Les troubles mnésiques, en particulier, sont prégnants. Il en résulte des manques du mot et des persévérations dans les épisodes narrés et les propos. La meilleure illustration en est la discussion entre Mme C et Mme R, en fin d'atelier : Mme C évoquait son village, or Mme R habite dans ce même village et le fait savoir à Mme C. Sur ce, Mme C s'empresse de se renseigner sur l'adresse de Mme R. Cette dernière lui donne le nom de son hameau. Mme C s'exclame alors "Au hameau de ... ! Non !? Mais on habite juste à coté !". Puis Mme C oublie et demande à son interlocutrice dans quel village elle habite et le même échange se répète encore et encore, avec un enthousiasme et une joie identiques, ces deux personnes âgées souffrant à cet instant d'un oubli à mesure. Mme C, qui est très sociable et spontanée, invite finalement Mme R puis les deux autres femmes à venir chez elle quand elles pourront.

Ressources et remédiations

Globalement, et en dépit de son anosognosie, Mme C compense bien ses difficultés de communication. Dans les cas de manque du mot, par exemple, elle utilise fréquemment les gestes et les périphrases; stratégies qui, la plupart du temps, sont efficaces puisque ses locutrices comprennent le sens du message et la discussion continue. Quand toutefois, Mme C semble en difficulté pour s'exprimer, nous, les soignantes, veillons à lui donner le mot quand cela s'avère nécessaire et également à repréciser le thème. De la sorte, la patiente n'est pas ou peu mise en échec et l'échange se poursuit.

COMMUNICATION NON VERBALE

Comme nous l'avons exprimé ci-dessus, Mme C parle volontiers mais écoute peu. Mme C est une femme élégante. Sa posture durant l'atelier en atteste, elle se tient droite et ses jambes sont croisées. Au début de la séance, et après que nous ayons présenté l'atelier et le thème du jour, Mme C réagit plutôt négativement. En effet, elle intervient pour annoncer qu'elle n'est pas très heureuse d'être en ce lieu. La patiente ajoute de façon abrupte qu'elle ne

souhaite pas nous raconter sa vie. Nous lui expliquons que chacune est libre de dire ou de ne pas dire et que tout est confidentiel. Finalement, elle prend part à la discussion et nous raconte volontiers ses expériences tout au long de l'atelier. Au cours des échanges Mme C sourit et rit fréquemment; elle n'hésite pas à plaisanter. Elle semble ravie de pouvoir échanger et narrer des anecdotes de son enfance. C'est une personne expressive à travers son corps et son visage, elle accompagne sa parole de gestes et de mimiques. Elle manipule les objets, les passe à ses voisines. Bien que Mme C soit souvent au centre de la conversation, il n'en reste pas moins qu'elle regarde, la plupart du temps, ses interlocutrices.

DYNAMIQUE DE GROUPE

Mme C s'est adressée à chacun des membres du groupe, ainsi qu'à nous, soignantes. Par sa spontanéité, son entrain, sa nature sociable et sa compassion, Mme C a contribué à créer une ambiance bon enfant, agréable, et a favorisé la continuité dans la discussion. Cependant, sa propension à parler longuement d'elle et ses nombreux énoncés répétitifs ont quelque peu ennuyé Mme D, en fin de séance. La volubilité de Mme C a parfois entravé l'échange et réduit le temps de parole et la possibilité de s'exprimer des autres participantes; bien que toutes aient fait preuve d'écoute et de patience à son égard.

- Séances 2, 3 et 5

Depuis la 1^{ère} séance, Mme C reste la plus proluxe des quatre patientes (prise de parole : 3), mais son temps de parole s'amointrit (temps de parole : 2). La personne âgée est plus à l'écoute (attention et écoute portées à l'échange : 2). C'est la seule à questionner régulièrement les autres participantes. De fait, elle semble réellement s'intéresser à ses consœurs, à leur vie. Lors de la séance 3 consacrée au thème "L'hiver à la campagne", alors que Mme R évoque son enfance et les bêtises qu'elle faisait avec son petit frère, Mme C lui demande "Où viviez-vous ?", Mme R lui explique donc qu'elle est originaire du Nord. Par la suite, nous abordons le sujet de la cuisine et des plats que les participantes mangeaient pendant l'hiver, au moment de la guerre. Mme C cherche à savoir si Mme R a connu la guerre. Mme R était trop jeune, elle ajoute que la vie était dure malgré tout. Mme C manifeste aussi très spontanément son empathie lorsque Mme R évoque la cécité de sa maman ou ses propres troubles visuels : "Oh, ce n'est pas rien!". Au cours de ces séances, Mme C a toujours le mot pour rire. La femme interpelle parfois ses partenaires concernant les objets anciens exposés, elle dit souvent "Nous

quatre, nous avons connu ça.". Elle exprime également son souhait que chacune des participantes soit à nouveau présente la prochaine fois. En revanche, les quelques propos défensifs voire hostiles que Mme C avait tenus au début de la 1^{ère} séance subsistent lors des séances 2 et 3. Après la présentation du thème, Mme C s'oppose : "Ca ne m'intéresse pas !". Tout compte fait, elle adhère rapidement et manipule les lampes à pétrole, le moulin à café, les photographies.

- Séance 4

Mme C est très agitée durant cette heure autour du thème de la famille. Son attitude corporelle en témoigne : sur sa chaise, elle remue d'avant en arrière, bouge les mains, les jambes. La femme écoute peu ses collègues et leur coupe parfois la parole. Elle rompt la dynamique en s'adressant de temps en temps à une personne en particulier alors qu'une discussion incluant tous les membres a lieu. Aujourd'hui Mme C est loquace plus que d'ordinaire, elle prend la parole fréquemment et longuement (temps de parole : long). Son discours est ponctué de troubles massifs (difficultés lors de la prise de parole : 3) de mémoire entraînant des persévérations dans les thèmes, des manques du mot. On remarque de plus des troubles de compréhension, un manque de cohérence et de cohésion. Toutefois, et contrairement à son habitude, Mme C manifeste une certaine conscience de ses déficits : "Oh, c'est difficile d'être comme moi." (conscience des troubles : 1) et utilise de nombreuses stratégies de compensation. La patiente continue à inclure les autres participantes dans son discours par un "nous quatre" et les questionne. Elle parle de temps en temps des objets; elle s'intéresse ainsi à la pipe qu'elle relie à son arrière-grand-père. C'est cependant à propos de la guerre que Mme C communique beaucoup en fin de séance (avec Mme D) et de façon redondante. Comme à son habitude, Mme C nous raconte que son papa était prisonnier en Allemagne. Mme C ne l'a pas vu pendant plusieurs années et ne l'a pas reconnu à son retour. Cet épisode la bouleverse. Selon elle, la faute revient aux Allemands. Mme R tient à exposer son opinion : les Allemands n'ont pas choisi de faire la guerre, ils suivaient les ordres. Elle ajoute que certains étaient charitables puisque l'un d'eux a soigné son père pendant la guerre. Mme C n'est pas du même avis. Le débat est houleux et Mme C annonce qu'elle partira si ce sujet est encore abordé. La tension, à cet instant est palpable puis l'ambiance s'apaise. Mme C retrouve le sourire et exprime sa joie d'être venue. Au total, l'humeur de la personne âgée aura été fluctuante pendant cette heure, passant du bien-être au mal-être, de la joie à l'irritation.

- Séance 6

Seules Mme P et Mme C sont présentes. Mme C arrive, la moitié de son visage est tuméfié. Elle attribue ses bleus à une chute dans sa maison, mais peine à nous expliquer en détail ce qui lui est arrivé. La femme nous assure que la douleur a été brève et qu'elle n'avait déjà plus mal le lendemain de son accident,. Mme C, d'ordinaire bien apprêtée, coquette, ne s'est pas maquillée ni coiffée aujourd'hui. Mme L.S-T a reçu une photo du deuxième arrière-petit-enfant de Mme C, une petite fille, née récemment et la lui montre. On y voit le bébé entouré de ses parents (la petite-fille de Mme C et l'époux de sa petite-fille). Mme C ignore qui est le bébé, ce qui n'est pas surprenant au vu de ses troubles mnésiques. En revanche, elle ne reconnaît pas non plus sa petite-fille et le mari de cette dernière. Selon Mme L.S-T, son orthophoniste, c'est plutôt inhabituel. Tout au long de l'heure passée ensemble, autour de "L'évolution technologique", Mme C est particulièrement confuse. Son discours est incohérent et pauvre en informations. Elle perd le fil de ses pensées. Des manques du mot et des paraphrasies apparaissent, ce qui rend ses énoncés parfois difficiles à comprendre (difficultés lors de la prise de parole : 3). Son comportement laisse entendre qu'elle est vaguement consciente de ses difficultés. Mme C digresse aussi plus souvent que les séances précédentes. La personne âgée s'intéresse aux timbres et à la 2CV miniature, elle réussit à nous en toucher deux mots. Malgré tout, lorsqu'elle participe à la conversation, la patiente ne réussit pas à garder une continuité thématique. Elle intervient, en outre, plus rarement (comportement verbal : modéré; prise de parole : 2). Son attitude corporelle est elle aussi quelque peu différente. Elle d'habitude si élégante, ne croise plus les jambes et manifeste une certaine nonchalance.

Mme C sera absente pendant un mois. Sa fille, que les différentes chutes de Mme C inquiétaient, a décidé de la faire hospitaliser.

- Séance 8

Mme C est de retour pour cette séance dont le thème est "Les fêtes religieuses". La femme est rayonnante, elle bavarde avec toutes. Durant l'heure Mme C est volubile et parle à propos. Elle est ainsi la première à nous donner des détails sur sa robe de mariée et les accessoires qu'elle portait. Elle examine les photos de mariés et de communiantes. La patiente interpelle maintes fois les autres participantes. Ainsi elle découvre que Mme D est née un an après elle, en septembre. Les deux femmes en sont ravies. A plusieurs reprises, Mme C dit

"Nous deux (en désignant Mme D), on est pareille." Phrase plutôt amicale, mais qui exclut quelque peu les autres participantes. C'est à Mme D qu'elle s'adresse le plus souvent. Au cours de la séance, l'humour de Mme C amuse beaucoup les membres du groupe. Quand ses partenaires s'expriment, Mme C est à l'écoute et réagit à bon escient. Aussi, lorsque Mme D évoque (comme souvent) son trajet pour l'école avec les autres élèves, quand elle était petite fille et comment les Espagnols les chahutaient, Mme C s'exclame "Oh, c'étaient pourtant eux qui n'étaient pas chez eux !". Comme à son habitude, Mme C accompagne sa parole de gestes amples. Son visage et son regard demeurent très expressifs. L'expression verbale de Mme C comporte de nombreuses déviations (difficultés lors de la prise de parole : 3). La personne âgée semble consciente de ses manques du mot, mais pas de ses autres déficits (conscience de ses troubles : 1), elle nous interpelle "Ce n'est pas possible d'être comme ça! Aidez-moi !". Notre étayage (en validant, en donnant le mot, le thème ou en posant de questions fermées) lui est profitable et permet la continuité de l'échange. Mme C a un rôle de maintien des relations entre participantes. Pour éviter de longues digressions, nous recentrons de temps en temps la conversation, nous rappelons le thème ou des propos énoncés ultérieurement. Dans ces conditions Mme C est actrice dans la progression de la conversation, ceci grâce à son intérêt pour les supports et les sujets présentés. Grâce également aux liens qu'elle établit entre ceux-ci et son expérience.

- Séance 14

Depuis son retour, à la séance 8, Mme C est ravie de venir à l'atelier et l'exprime régulièrement en début et en fin d'atelier. Comme à son habitude, la patiente parle spontanément des objets, elle les examine. La vieille poêle trouée utilisée pour cuire les châtaignes l'intéresse particulièrement. Elle lui rappelle des moments heureux avec son cousin pendant lesquels ils mangeaient des châtaignes cuites par leur grand-mère dans la cheminée et tentaient en vain de les cuire eux-mêmes. Aussi, Mme C évoque volontiers des souvenirs en rapport avec les supports mais ces anecdotes sont souvent issues de son enfance alors que les thèmes ont évolué au cours de l'année afin d'aborder les différentes périodes de leur vie de façon chronologique. Ainsi cette séance est consacrée à la cuisine, aux plats que les participantes préparaient à leur mari et à leurs enfants. Aussi, bien que nous précisions le thème et la période qui s'y rapporte, Mme C a tendance à narrer des épisodes de son enfance. La femme digresse fréquemment pour parler de la guerre, de son papa prisonnier, des Allemands. Dans ce cas, il n'est pas rare que Mme D la suive, la guerre étant un de ses sujet

de prédilection. Mme C est volubile mais intervient légèrement moins souvent (prise de parole : 2) et laisse ainsi un peu plus de temps de parole à ses consœurs. Ecouter la chanson "Méditerranée" de Tino Rossi l'enchanté, elle se souvient des paroles du refrain, elle n'hésite pas à chanter, entraînant dans son sillage Mme P et Mme D. Son humour, sa joie, sa compassion et son intérêt pour ses partenaires sont toujours aussi présents, ils entretiennent les liens qui se sont créés entre les membres du groupe et participent à l'établissement d'un climat chaleureux.

- Synthèse

En gras figurent les changements dans les comportements communicationnels observés entre la première et la dernière séance.

	Début d'atelier	Fin d'atelier
<u>COMMUNICATION VERBALE</u>		
Comportement verbal :	volubile	volubile
<u>Investissement dans l'interaction</u>		
Prise de parole :	3, spontanément	2 , spontanément
Elle utilise :	des assertions et des requêtes	des assertions et des requêtes
Temps de parole :	long	moyen et long
Thème de l'atelier investi :	plus ou moins, avec digressions	oui , avec digressions
Prise en compte de la parole des autres patientes :	1	3
Difficultés lors de la prise de parole :	2, manque du mot, persévération, diffluence, manque de cohésion, manque de cohérence, manque d'informativité, troubles de compréhension, troubles de mémoire, non-respect des tours de parole	2, manque du mot, persévération, diffluence, manque de cohésion, manque de cohérence, manque d'informativité, troubles de compréhension, troubles de mémoire
<u>Ressources et remédiations</u>		
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :		
<i>Conscience des troubles :</i>	0	1

<i>Stratégies de compensation :</i>	suppléance mimo-gestuelle, demande d'aide non-verbale, formules automatiques, termes génériques, circonlocutions, requêtes	suppléance mimo-gestuelle, demande d'aide non-verbale, formules automatiques, termes génériques, circonlocutions, requêtes
Techniques d'aide des soignants :	valider, toucher , réguler, redonner le thème, donner le mot, reformuler, recontextualiser	valider, réguler, redonner le thème, donner le mot, reformuler, recontextualiser
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	2	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>		
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	1	2
<u>Comportement général</u>		
Comportement non verbal :	expressive, exubérante , souriante, enjouée, sur la défensive , joviale	expressive, souriante, enjouée, joviale
Attitude corporelle :	droite, les jambes croisées	droite, les jambes croisées
Etat émotionnel :	bien-être nuancé par des propos défensifs	bien-être
<u>Comportement au cours de la parole</u>		
Gestuelle :	2	2
Visage expressif :	2	2
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	2	2
Feed-back non verbaux :	1	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>		
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0	2
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Non	Non
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	2	2

A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	2	1
Rôle dans le groupe ?	Moteur mais dominante	Moteur, Mme C maintient les relations entre les participantes
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	2	3

Conclusion

Mme C, qui était très prolixe lors des premières séances et laissait peu l'occasion aux autres participantes de s'exprimer, prend moins souvent et moins longtemps la parole dans les dernières séances, bien qu'elle demeure volubile. A chaque séance, la personne âgée manipule les objets et fait de plus en plus de liens entre sa vie et les supports multisensoriels. De nature extravertie, Mme C n'hésite pas à chanter lorsqu'elle reconnaît la chanson qui marque la fin de séance et y prend beaucoup de plaisir. A la fin de l'atelier, non seulement Mme C prend plus en compte les propos de ses consœurs, ne leur coupant plus la parole, les écoutant, rebondissant sur les anecdotes évoquées; mais la femme manifeste un grand intérêt pour les autres membres du groupe. De fait elle questionne fréquemment ses partenaires ainsi que nous, Mme L.S-T et moi-même. Lorsque des sujets douloureux sont abordés par les autres participantes, Mme C fait montre d'une compassion sincère. Depuis la 5^{ème} séance, la patiente utilise plusieurs fois dans l'heure le pronom "nous" incluant les autres participantes, mettant ainsi en évidence les expériences communes aux membres du groupe. Elle propose d'ailleurs à plusieurs reprises à chacune de lui rendre visite dans sa maison. Tout au long de ces six mois de prise en charge, Mme C rencontre des difficultés assez importantes lors de sa prise de parole notamment des manques du mot et des troubles mnésiques qui nuisent parfois à la communication et empêchent une bonne compréhension de ses dires. Ses propos répétitifs ainsi que ses digressions (quand elles sont de longue durée) provoquent de temps à autre des tensions négatives au sein du groupe. Certains thèmes sont récurrents et apparaissent parfois à de nombreuses reprises au cours de la même séance : la guerre et les Allemands, ses grands-parents, son village, son collège-lycée à Saumur, son papa prisonnier de guerre, son époux artisan-couvreur. Mme C, qui lors des premières séances ne semblait pas avoir conscience de ses déficits manifeste progressivement une gêne au moment où les manques du mot

apparaissent tout en continuant à utiliser de nombreuses stratégies de compensation. A partir de la séance 8, elle exprime à chaque séance sa joie de participer à l'atelier, de discuter. La méfiance que la patiente montrait quelquefois lors des premières séances s'est évanouie pour laisser place à une bonne humeur communicative. Mme C, étant dotée d'un sens de l'humour très développé, plaisante fréquemment. Elle fait beaucoup rire ses consœurs.

3. Mme P

- 1ère séance

<u>COMMUNICATION VERBALE</u>	
Comportement verbal :	discret, silencieux, laconique
<u>Investissement dans l'interaction</u>	
Prise de parole :	1, avec sollicitations
Elle utilise :	des assertions et des mécanismes conversationnels
Temps de parole :	court
Thème de l'atelier investi :	oui
Thèmes qui ont favorisé la communication verbale	le canevas, les uniformes, l'écriture à la plume
Prise en compte de la parole des autres patientes :	2
Difficultés lors de la prise de parole :	1, manque du mot, manque d'informativité
<u>Ressources et remédiations</u>	
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :	
<i>Conscience des troubles :</i>	1
<i>Stratégies de compensation :</i>	0
Techniques d'aide des soignants :	encourager, solliciter, poser des questions fermées, donner le mot
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	1

<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>	
Attention et écoute portées à l'échange :	1
<u>Comportement général</u>	
Comportement non verbal :	en retrait, réservée, tendue
Attitude corporelle :	est assise un peu à l'écart, ne semble pas concernée
Etat émotionnel :	neutralité/indifférence
<u>Comportement au cours de la parole</u>	
Gestuelle :	0
Visage expressif :	1
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	1
Feed-back non verbaux :	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>	
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Non
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	0
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	0
Rôle dans le groupe ?	pas de rôle
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	1

COMMUNICATION VERBALE

Investissement dans l'interaction

Mme P a très peu parlé au cours de cette première heure malgré les nombreuses sollicitations dont elle a fait l'objet. Elle répond aux questions que nous lui posons de façon très succincte. Ainsi, lorsque nous demandons aux quatre femmes si elles étaient de bonnes élèves, Mme P répond simplement "Oh oui, j'étais une bonne élève" mais elle ne s'étend pas. En début de séance, au moment où les autres participantes discutent tricot, Mme P réussit à nous dire qu'elle préfère le canevas, et qu'elle en a fait un grand accroché au mur, dans sa maison. Par la suite, ses énoncés seront toujours très courts et dépourvus d'informations.

Ressources et remédiations

On observe chez Mme P, quelques manques du mot dont elle paraît plutôt consciente, mais qu'elle compense difficilement. La personne âgée n'utilise pas ou peu de stratégies pour se faire comprendre malgré ses troubles. Fréquemment nous l'encourageons, nous lui posons des questions à elle, ainsi qu'aux autres membres du groupe. Mme P y répond de façon laconique, elle ne raconte aucune anecdote, ne fait pas de lien, à l'oral, avec des épisodes de son enfance.

COMMUNICATION NON VERBALE

Pendant cette heure, Mme P, qui est pourtant une personne gaie habituellement, a rarement souri. Sa chaise est un peu en retrait et Mme P ne l'avance pas pour mieux entendre la conversation ou saisir les objets. Son attitude laisse entendre qu'elle se sent mal à l'aise. La patiente regarde peu les soignantes et les participantes, son visage n'est pas réellement expressif, elle semble entendre sans véritablement écouter la conversation.

DYNAMIQUE DE GROUPE

Tout au long de cette séance, la discrétion et le comportement non verbal de Mme P suggèrent qu'elle peine à trouver sa place. Soulignons que la personne âgée est timide de nature, et que prendre la parole devant des inconnues, plutôt loquaces de surcroît, n'est certainement pas chose aisée pour elle.

- Séance 2

Mme P est beaucoup plus à l'écoute durant cette séance (attention et écoute portées à l'échange : 2). La femme se rapproche de la table pour mieux entendre ce qui se dit. Au contraire, lorsqu'elle prend la parole elle recule sa chaise et remue les mains nerveusement. Son attitude laisse à penser qu'elle est plus dans l'interaction. On remarque que peu de gestes et de mimiques apparaissent pendant la parole. Le regard de Mme P est souvent baissé, dirigé vers la table basse ou le sol. Nous encourageons et sollicitons souvent Mme P pour qu'elle puisse s'exprimer (comportement verbal : discret; prise de parole : 1). Mais comme lors de la 1^{ère} séance, elle répond de façon lapidaire, non informative. Ce n'est qu'au moment de présenter les jouets de la cour de récréation que Mme P s'anime et ose prendre la parole, l'air

enjoué. De fait, c'est elle qui se propose en premier pour essayer le yo-yo. Cette activité la fait sourire. Elle apprécie également que l'on parle des billes et des osselets dont elle trouve le nom, c'est d'ailleurs la seule parmi les participantes à y avoir joué. La patiente nous apprend alors qu'aujourd'hui encore, elle aime jouer, en particulier aux petits chevaux et aux cartes.

- Séance 5

Durant cette séance, Mme P intervient régulièrement (comportement verbal : modéré) et plus spontanément que d'ordinaire. C'est généralement à propos des objets, pour donner leur nom ou expliquer leur usage que Mme P prend la parole. D'elle-même elle saisit les supports et les dénomme ou nous questionne concernant leur fonction. Au cours de l'heure passée ensemble, Mme P prend le fer à cheval et donne son nom. Elle parlera également de "lampe-pigeon" pour désigner une lampe à pétrole et de "lampe-tempête" pour désigner une vieille lampe d'extérieur. La personne âgée nous explique que l'on se servait de la lampe-tempête pour aller dehors à l'écurie ou chez les voisins pour assister aux veillées. L'ancienne radio semble aussi l'intéresser. Elle se souvient l'avoir fréquemment écoutée en famille quand elle était petite fille : "On était tous assis autour. On se plaçait tout près pour bien entendre." La femme discute aussi avec Mme D, placée à côté. On constate, comme lors des séances précédentes, des manques du mot dont Mme P a une certaine conscience (conscience des troubles : 1). Mme P est, depuis la 2^{ème} séance, toujours attentive à la discussion et aux dires de ses partenaires (attention et écoutes portées à l'échange : 2). Son regard est fréquemment dirigé vers les membres du groupe. La femme est détendue et souriante. C'est elle, parmi toutes, qui manipule le plus les objets. Son rôle est dirigé vers la tâche. En parlant des objets, Mme P recentre la conversation lorsque les autres participantes digressent, elle relance la discussion.

- Séance 6

Cette deuxième séance sur l'évolution technologique, seulement Mme C et Mme P y assistent; leurs consœurs étant absentes. Alors que Mme C semble confuse et tient un discours incohérent, Mme P comme à son habitude parle à propos. En revanche, c'est de façon nettement plus fréquente qu'elle intervient (prise de parole : 2). Pour la première fois, la patiente n'a pas besoin de temps de latence pour prendre la parole. Lorsque nous l'interpellons, Mme P est légèrement plus informative que d'habitude, elle développe brièvement. C'est toujours à propos des objets qu'elle communique le plus. Aussi, pendant l'heure, après avoir

observé en détail les montres à gousset, elle nous révèle que son papa en possédait une, et qu'il était d'usage de la porter sur le côté dans une petite poche, accrochée à une chaîne. Mme P s'intéresse aussi à la plume et à l'encre violette dont on se servait à l'époque. Elle se prête volontiers à l'exercice de l'écriture à la plume. Ayant trop trempé la plume, la patiente a les doigts recouverts d'encre, et va donc se les laver. C'est avec humour qu'elle prend cette mésaventure et en rit avec Mme C. Une photographie attire particulièrement son attention, celle d'un ancien lavabo, à l'époque où il n'y avait pas d'eau courante. Mme P s'y attarde et prend plaisir à dénommer les accessoires qui sont disposés sur le lavabo. Elle s'exclame "Ah, la brillantine Roja !". C'est avec enthousiasme qu'elle se souvient de ces objets du quotidien. La personne âgée manipule souvent les objets, se penche en avant pour être plus près de la table et du groupe. Son visage est souriant tout au long de la séance (expressivité du visage pendant la parole : 2), la femme rit beaucoup. Pendant que Mme C s'exprime de façon laborieuse et parfois inintelligible, Mme P est patiente, elle l'écoute et l'aide de temps en temps. Au total, il semble que le contexte de cette séance, à savoir le nombre réduit de participantes, ait permis à Mme P de s'affirmer et d'oser s'exprimer plus fréquemment.

- Séance 9

Au début de l'heure consacrée à la consommation et à la réclame, Mme P nous montre sa photo de mariage. En effet, lors de la précédente séance dont le thème était les fêtes religieuses, les membres du groupe avaient émis l'idée d'amener la photo de leur mariage. Seule Mme P y a pensé. C'est l'occasion pour elle de nous apprendre où la photo a été prise. Nous admirons également les mariés, leur belle tenue. Au cours de la séance, Mme P intervient de temps en temps (prise de parole : 1), préférentiellement dans une discussion à deux. Ainsi lorsque nous examinons les porte-clés représentant des produits apparus dans les années 50, Mme P les dénomme spontanément et montre son plaisir de les redécouvrir. La personne âgée manifeste son empathie vis-à-vis de Mme R qui évoque ses troubles visuels. Elle est, comme à son habitude, intéressée par les anecdotes que les autres participantes narrent. Son visage est très souriant et bien qu'elle s'exprime peu au cours de cette heure, son attitude témoigne de son plaisir d'être là, de participer à sa façon à l'échange.

- Séance 15

Mme P prend la parole de plus en plus fréquemment (comportement verbal : modéré; prise de parole : 2) au cours des séances précédentes et durant la séance 15 en particulier, bien que ses interventions demeurent brèves (temps de parole lorsqu'elle s'est exprimée : court). Comme souvent, les supports présentés intéressent grandement la personne âgée. La plupart du temps c'est à propos des objets qu'elle ose prendre la parole. Elle les dénomme, nous demande des renseignements à leur sujet. Deux fois lors de la séance, Mme P interpelle Mme C et Mme D qui digressaient quelque peu, pour leur montrer une tétine puis des magazines pour enfants ("Fripounet Marisette") et leur demander si elles s'en souviennent. De la sorte, la conversation est recentrée sur le thème "Elever ses enfants". Mme P, profitant habituellement des temps de latence pour s'exprimer, prend donc de l'assurance et sollicite ses partenaires (La patiente s'est-elle adressée au groupe? : 1). Tout au long de l'heure, la personne âgée rit beaucoup aux plaisanteries de Mme C et fait elle-même de l'humour. Ce jour, Mme P tient à la fois un rôle centré sur la tâche, le thème, les supports et un rôle centré sur les relations aux autres participantes. Il règne une ambiance bon enfant favorisée par la joie que manifeste Mme P.

- Synthèse

	Début d'atelier	Fin d'atelier
<u>COMMUNICATION VERBALE</u>		
Comportement verbal :	discret, silencieux, laconique	modéré
<u>Investissement dans l'interaction</u>		
Prise de parole :	1, avec sollicitations	2, parfois spontanément, parfois avec sollicitations
Elle utilise :	des assertions et des mécanismes conversationnels	des assertions et des requêtes
Temps de parole :	court	court
Thème de l'atelier investi :	oui	oui
Prise en compte de la parole des autres patientes :	2	3

Difficultés lors de la prise de parole :	1, manque du mot, manque d'informativité	1, manque du mot
<u>Ressources et remédiations</u>		
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :		
<i>Conscience des troubles :</i>	1	1
<i>Stratégies de compensation :</i>	0	1, demande d'aide non-verbale
Techniques d'aide des soignants :	encourager, solliciter, poser des questions fermées, donner le mot	encourager, solliciter, poser des questions fermées, donner le mot
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	1	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>		
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	1	3
<u>Comportement général</u>		
Comportement non verbal :	en retrait, réservée, tendue	souriante, expressive, enjouée
Attitude corporelle :	est assise un peu à l'écart, ne semble pas concernée	proche de la table et des participantes, légèrement penchée en avant, manipule beaucoup les objets
Etat émotionnel :	neutralité/indifférence	bien-être
<u>Comportement au cours de la parole</u>		
Gestuelle :	0	2
Visage expressif :	1	2
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	1	2
Feed-back non verbaux :	1	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>		
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Non	Non
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	0	2
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	0	0

Rôle dans le groupe ?	pas de rôle	Mme P manipule les objets, recentre la conversation, est toujours souriante.
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	1	2

Conclusion

Mme P, qui s'est très peu exprimée pendant la première séance, prend la parole de plus en plus fréquemment au fil des semaines. Ses interventions sont généralement courtes, mais toujours pertinentes, en rapport avec les propos émis par les membres du groupe et le thème de la séance. C'est en particulier au sujet des objets exposés que Mme P s'exprime. Elle manifeste un intérêt certain pour les supports, elle aime à les manipuler, à les nommer, à s'informer sur leur usage. Dans un premier temps, son attitude, à savoir ne prendre la parole que pour décrire les supports, laissait entrevoir à la fois son désir de communiquer et sa crainte d'échanger avec ses collègues. Au cours des dernières séances, Mme P est plus dans l'interaction avec les autres membres, elle ose les interpeller, les questionner. En fin d'heure la patiente est toujours partante pour chanter avec ses consœurs. Par ailleurs des manques du mot dont la personne âgée a quelque peu conscience sont observables lors de ses interventions; troubles qu'elle tente de compenser par des demandes d'aide non verbale en fin d'atelier. Mme P devient de plus en plus attentive à la conversation. En retrait lors de la première séance, presque indifférente, la femme adopte rapidement un comportement enjoué, riant de bon cœur aux plaisanteries, se rapprochant de la table pour avoir accès aux objets et prendre part à la discussion. Elle utilise plus de gestes et mime parfois. Son regard et son visage sont plus expressifs au cours des dernières séances. Aucune tension négative ne semble générée par Mme P au cours des six mois qu'a duré l'atelier. Son entrain et sa nature patiente et amène font d'elle une partenaire de discussion très agréable.

4. Mme D

- Séance 1

<u>COMMUNICATION VERBALE</u>	
Comportement verbal :	modéré
<u>Investissement dans l'interaction</u>	
Prise de parole :	2, parfois spontanément, parfois avec sollicitations
Elle utilise :	des assertions
Temps de parole :	moyen
Thème de l'atelier investi :	oui
Thèmes qui ont favorisé la communication verbale :	le tricot, les notes à l'école, le trajet jusqu'à l'école, la guerre, les uniformes, l'écriture à la plume
Prise en compte de la parole des autres patientes :	2
Difficultés lors de la prise de parole :	1, manque du mot, troubles de mémoire.
<u>Ressources et remédiations</u>	
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :	
<i>Conscience des troubles :</i>	0
<i>Stratégies de compensation :</i>	1, demande d'aide non verbale, circonlocution, termes génériques, blocage
Techniques d'aide des soignants :	encourager, solliciter, donner le mot, redonner le thème, poser des questions fermées
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>	
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	2
<u>Comportement général</u>	
Comportement non verbal :	souriante, observatrice, parfois en retrait
Attitude corporelle :	parfois jambes croisées, parfois pieds à plat.
Etat émotionnel :	tantôt bien-être, tantôt neutralité/indifférence

<u>Comportement au cours de la parole</u>	
Gestuelle :	0
Visage expressif :	1
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	2
Feed-back non verbaux :	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>	
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Mme C
A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	2
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	0
Rôle dans le groupe ?	Mme D entretient la conversation lorsque le sujet l'intéresse
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	2

COMMUNICATION VERBALE

Investissement dans l'interaction

Mme D, au cours de ce premier atelier de groupe, intervient régulièrement et à bon escient. Elle discute avec plaisir de tricot en début de séance, après que Mme C l'ait interpellée pour complimenter son gilet. Souvent, elle prend la parole pour apporter des informations concernant les objets exposés. Lorsque nous regardons ensemble le contenu de la trousse, Mme D nous explique comment utiliser la plume. La personne âgée précise qu'il est essentiel de la secouer pour enlever le surplus d'encre. Durant cette heure, Mme D nous raconte un épisode personnel. La conversation portait alors sur les uniformes que les participantes portaient quand elles étaient écolières. A ce moment, Mme C souligne que pendant la guerre, elles portaient ce qu'elles pouvaient. Sur ces dires, Mme D évoque le chemin long de 4 km qu'elle empruntait tous les jours pour aller à l'école au moment de la guerre. Sur le trajet, des petits Espagnols leur tapaient sur la tête; la patiente ne sait plus très bien pour quelle raison, mais elle conserve un peu de ressentiment envers ces enfants. Cette anecdote est néanmoins narrée avec légèreté. Le discours de Mme D est marqué par quelques manques du mot et de discrets troubles de mémoire.

Ressources et remédiations

Mme D ne relève pas les quelques difficultés qui surviennent lors de sa prise de parole. Elle emploie assez fréquemment des termes vagues quand le mot exact vient à lui manquer. De notre côté, Mme L.S-T et moi-même veillons à l'encourager pour qu'elle participe légèrement plus à la conversation, Mme D ayant une tendance à se mettre, par moment, en retrait. Lorsque Mme D s'exprime, elle prend souvent appui sur les remarques de chacune, aussi, si l'une de ses partenaires digresse, Mme D la suit sans prendre en compte le thème. Il est donc utile, de temps à autre, de recentrer la discussion sur l'école en se reposant sur les objets disposés sur la table ou sur les propos ultérieurs des patientes concernant l'école.

COMMUNICATION NON VERBALE

Durant l'heure passée ensemble, Mme D est plutôt attentive à la discussion, aux propos de chacune des participantes. La femme est également souriante, elle rit aux plaisanteries de Mme C. On remarque pourtant qu'elle se met par moment à l'écart; tandis qu'elle invoque des maux de tête. Les monologues de Mme C semblent lasser Mme D, qui regarde sa montre. La personne âgée n'a pas recours aux gestes quand elle s'exprime. Son regard se dirige vers les interlocutrices lorsqu'elle parle et lorsqu'elle écoute. En revanche, quand elle s'ennuie, Mme D ne suit plus le regard d'autrui.

DYNAMIQUE DE GROUPE

Pour Mme D, qui est une personne plutôt renfermée, la 1^{ère} séance s'est globalement bien passée. Mme D a pu échanger avec ses partenaires, discuter d'une époque : les années d'école. Certes, la patiente a laissé paraître, de temps à autre, de l'impatience et de l'indifférence; mais ce comportement ne fut qu'occasionnel. En effet, la majeure partie du temps, Mme D est restée souriante et participante. Lorsqu'on s'interrogeait sur le quotidien des écoliers, sur l'usage des objets exposés, elle apportait volontiers de nouveaux éléments. C'est à Mme C qu'elle s'est le plus adressée, avec qui elle a le plus bavardé, mais Mme D a pris en compte les propos de toutes.

- Séance 4

Mme D arrive un peu après les autres membres du groupe. Son visage est fermé, elle nous annonce alors qu'elle a très mal à la tête. Les participantes compatissent. L'attitude de

Mme D durant la majeure partie de l'heure manifeste une tension. En effet, elle est en retrait, statique sur sa chaise, ses bras restent croisés laissant supposer qu'elle a froid. De plus, elle ne manipule quasiment pas les objets. Au cours de cette séance dont le thème est la famille, Mme D s'exprime très peu souvent (comportement verbal : discret; prise de parole : 1) et la plupart du temps sur sollicitation. La femme se désintéresse du thème, des supports comme de la conversation. Aussi à chaque sollicitation, et sans même observer ou toucher les objets, elle répond "Je n'ai pas connu cela." de façon défensive. Cet énoncé, Mme D le produit lorsque nous nous intéressons à la lanterne à carriole, à la pipe ("Personne ne fumait dans ma famille, je n'ai pas connu cela."), au livre de contes pour enfants ("Je ne connais pas ces contes."). Elle intervient toutefois pour expliquer le fonctionnement de l'ancien fer à repasser exposé : "On mettait des braises à l'intérieur.". Mme D est peu attentive pendant la séance (attention et écoute portées à l'échange : 1). En première partie, on la voit soupirer et regarder ailleurs. De toute évidence, son humeur est maussade. Si elle est peu dans l'échange, en revanche, elle offre pour la première fois une aide quand les autres membres du groupe sont en difficulté. Elle propose ainsi du vocabulaire en cas de manque du mot. En fin de la séance, Mme D discute de la guerre avec Mme C, thème que Mme D aborde fréquemment. La femme se remémore la venue de plusieurs Allemands dans la maison de ses parents, alors qu'elle y était seule. Les soldats voulaient qu'elle leur fasse une omelette. La fillette ne sachant pas en cuisiner, c'est sa voisine et tante qui l'a faite pour eux. Le partage de ce souvenir égaye quelque peu Mme D. En partant, Mme D s'adresse à ses consœurs et leur dit "A bientôt".

- Séance 8

Au cours de cette séance, Mme D s'exprime régulièrement (comportement verbal : modéré; prise de parole : 2). A l'instar de ses consœurs, elle décrit sa robe de mariée, le déroulement de la journée pendant laquelle elle s'est mariée. Alors que nous parlions des vêtements réservés aux grandes occasions, Mme D manipule le chapeau d'homme, en taupe. Elle l'admire et semble apprécier sa texture, elle le passe spontanément à Mme P, assise à côté, pour qu'elle le touche à son tour. Ainsi Mme D saisit volontiers les objets, les examine. Elle est, de plus, en relation avec les membres du groupe (prise en compte de la parole des autres patientes : 3), et prête attention à ce qui se joue dans l'échange (attention et écoute portées à l'échange : 2) bien que son regard ne soit pas toujours dirigé vers ses interlocutrices. Ce jour, Mme D fait preuve d'humour, elle est souriante et enjouée. La femme adopte une attitude détendue. Le thème de l'atelier semble vraiment l'interpeller et l'intéresser. Quelques troubles

apparaissent lorsqu'elle s'exprime; en particulier des troubles mnésiques pendant la conversation qu'elle entretient avec Mme C. Toutes deux discutent en effet de leur date de naissance et manifestent leur enthousiasme en apprenant qu'elles sont nées en septembre, à un an d'intervalle. Cet échange agréable a cependant eu lieu de nombreuses fois, à l'identique, pendant l'heure. Des troubles mnésiques affectant alors les deux patientes. On remarque également plusieurs digressions. Nous écoutons une chanson de Luis Mariano pour clôturer la séance, "La belle de Cadix". Mme D se souvient bien des paroles et prend beaucoup de plaisir à chanter avec nous. Durant cette séance, Mme D discute avec joie, elle entretient la conversation et apporte de nouvelles informations.

- Séance 12

Le thème de cette heure est le travail. Lorsque nous annonçons que les supports ont été choisis en fonction du ou des métiers de chacune, Mme D répond instinctivement "Il n'y a rien pour moi, tout ça ne me dit rien." En définitive Mme D évoque l'usage de certains objets, mais pas ceux en rapport avec les métiers qu'elle a exercés. Ainsi la femme ne reconnaît pas la champignonnière en photo, elle ne se souvient pas d'y avoir jamais travaillé. En revanche à la vue du tabouret, Mme D parle de la traite des vaches, tâche dont se chargeait sa grand-mère. Mme D nous explique, le sourire aux lèvres, qu'il était indispensable d'être prudent lorsqu'on trayait les vaches sous peine de recevoir un coup de sabot. La patiente est gaie et détendue ce jour, et plus ouverte que d'habitude. De fait, et bien qu'elle n'ait jamais utilisé une machine à écrire, elle semble très intéressée par l'objet. Elle le détaille et tente avec enthousiasme de taper un mot. Les photographies représentant l'intérieur d'un ancien bistrot l'interpellent également, elle les examine en compagnie de Mme C. La femme écoute ses partenaires et rebondit sur leurs dires (prise en compte de la parole des autres patientes : 2). A l'instant où Mme C évoque son travail auprès de son mari (qui était artisan-couvreur sur les monuments historiques), Mme D manifeste sa curiosité et demande à Mme C "Vous faisiez les factures ?". La personne âgée démontre de plus en plus d'attention et d'intérêt vis-à-vis de ses consœurs et de leur histoire. Concernant le discours de Mme D, les mêmes difficultés qu'auparavant sont relevées, à savoir des troubles de mémoire et des digressions.

- Séance 16

Depuis plusieurs semaines, Mme D participe moins à la conversation. Elle apporte peu de nouvelles informations mais persévère plutôt sur des épisodes de son enfance (alors que les thèmes tournent autour de l'âge adulte) déjà évoqués, et ce à plusieurs reprises, lors de séances précédentes. De façon générale, le comportement de Mme D est très changeant au cours d'une même séance. La personne âgée est parfois souriante et dans l'échange et d'autres fois en retrait. Ainsi, il n'est pas rare qu'elle refuse d'examiner l'objet que l'une des participantes lui tend, en expliquant "Je l'ai déjà vu." ou "C'est bon, je connais.", puis se détend et prend plaisir à parler des supports et à converser. Lors de cette 16^{ème} séance, dont la thématique est "Les vedettes de la chanson et du cinéma.", nous regardons ensemble une affiche composée de photographies de chanteurs des années 50 et 60. Nous cherchons alors leur nom et les titres des chansons célèbres qu'ils ont interprétés. C'est l'occasion de fredonner ces chansons, activité à laquelle Mme P et Mme C s'adonnent avec entrain. Mme D, en revanche, ne participe pas réellement, elle propose peu de noms et répugne à chanter. Son attitude suggère une certaine indifférence (qualification de l'état émotionnel : neutralité/indifférence) quant à la tâche. Elle reste néanmoins à l'écoute de toutes.

- Synthèse

	Début d'atelier	Fin d'atelier
<u>COMMUNICATION VERBALE</u>		
Comportement verbal :	modéré	modéré
<u>Investissement dans l'interaction</u>		
Prise de parole :	2, parfois spontanément, parfois avec sollicitations	2, parfois spontanément, parfois avec sollicitations
Elle utilise :	des assertions	des assertions et des requêtes
Temps de parole :	moyen	moyen
Thème de l'atelier investi :	oui	oui
Prise en compte de la parole des autres patientes :	2	3

Difficultés lors de la prise de parole :	1, manque du mot, troubles de mémoire.	1, manque du mot, persévération dans les thèmes , troubles de mémoire.
<u>Ressources et remédiations</u>		
Réactions de la patiente face à ses difficultés de communication :		
<i>Conscience des troubles :</i>	0	0
<i>Stratégies de compensation :</i>	1, demande d'aide non-verbale, circonlocution, termes génériques, blocage	1, demande d'aide non-verbale, circonlocution, termes génériques
Techniques d'aide des soignants :	encourager, solliciter, donner le mot, redonner le thème, poser des questions fermées	encourager, solliciter, donner le mot, redonner le thème, poser des questions fermées
L'aide a-t-elle apporté la continuité de l'échange ? :	2	2
<u>COMMUNICATION NON VERBALE</u>		
<u>Attention et écoute portées à l'échange :</u>	2	2
<u>Comportement général</u>		
Comportement non verbal :	souriante, observatrice , parfois en retrait	souriante, parfois en retrait
Attitude corporelle :	parfois jambes croisées, parfois pieds à plat	parfois jambes croisées, parfois pieds à plat
Etat émotionnel :	tantôt bien-être, tantôt neutralité/indifférence	tantôt bien-être, tantôt neutralité/indifférence
<u>Comportement au cours de la parole</u>		
Gestuelle :	0	1
Visage expressif :	1	2
Regard dirigé vers les interlocuteurs :	2	2
Feed-back non verbaux :	1	1
<u>DYNAMIQUE DE GROUPE</u>		
La patiente s'est-elle adressée au groupe ?	0	0
A-t-elle eu une interlocutrice privilégiée ?	Mme C	Mme C

A-t-elle généré des tensions positives dans le groupe ?	2	2
A-t-elle généré des tensions négatives dans le groupe ?	0	1
Rôle dans le groupe ?	Mme D entretient la conversation lorsque le sujet l'intéresse	Mme D entretient la conversation lorsque le sujet l'intéresse
La situation de groupe a-t-elle été propice à la communication de la patiente ?	2	2

Conclusion

Depuis la 1^{ère} séance, Mme D intervient régulièrement, et s'adresse généralement à Mme C. Au fil des semaines, on remarque que Mme D est plus en interaction avec ses consœurs. Ainsi elle écoute chacune, tient compte de leurs propos quand elle prend la parole. La personne âgée s'intéresse également de plus en plus aux autres participantes, les interrogeant sur leur vie en fin d'atelier. Depuis le début de l'atelier on constate des manques du mot et des troubles mnésiques. Des persévérations dans les thèmes apparaissent en fin d'atelier. Aucun de ces déficits ne semblent gêner Mme D. Tout au long de ces six mois d'atelier, l'humeur et le comportement verbal et non verbal de Mme D se sont révélés très changeants d'une séance à l'autre et au cours d'une même séance. La femme est parfois enjouée, amusante, pertinente et intéressée par le thème et les supports. D'autres fois, Mme D semble en retrait, presque opposante, préférant nous faire part d'épisodes maintes fois évoqués comme le trajet pour l'école, l'omelette que les Allemands lui ont demandé de préparer pour eux. L'indifférence qu'elle laisse à voir de temps à autre génère quelques tensions négatives au sein du groupe. On observe par ailleurs une évolution au niveau du comportement non verbal de Mme D. Celle-ci en effet, utilise plus fréquemment des gestes, notamment pour mimer une action et son visage est plus expressif.

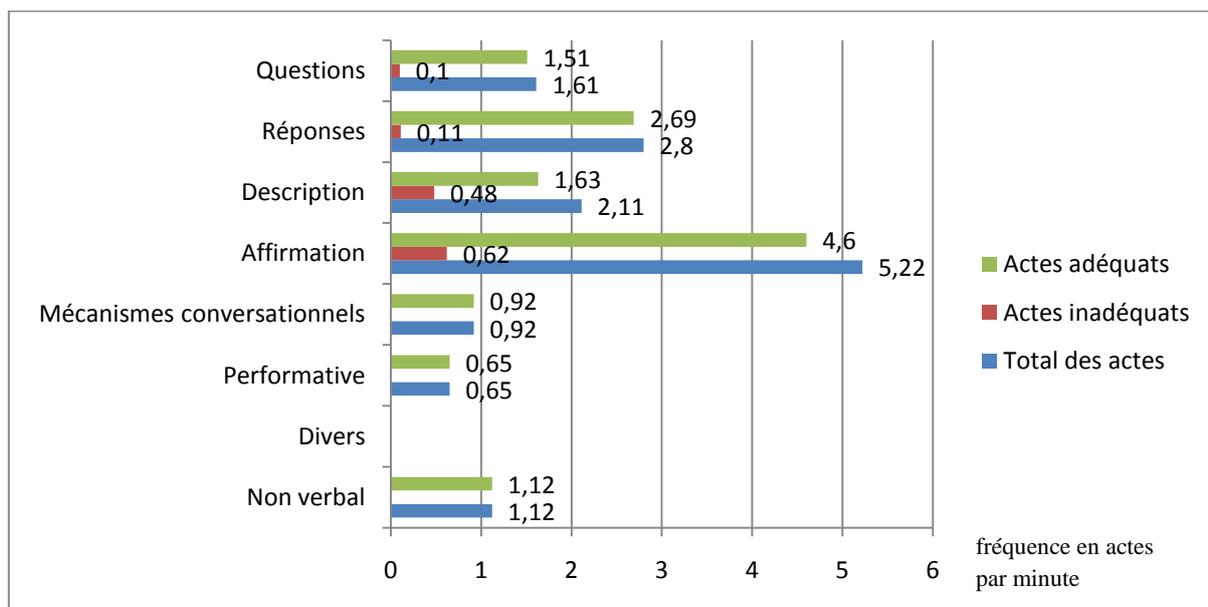
2. Profils de communication déterminés par la GECCO

Nous avons proposé la GECCO aux trois participantes avant le début de l'atelier, en novembre, et une fois l'atelier terminé, début juin. Plus de six mois séparent les deux passations, ce qui exclue un éventuel effet test-retest. Les résultats de Mme R ne sont pas

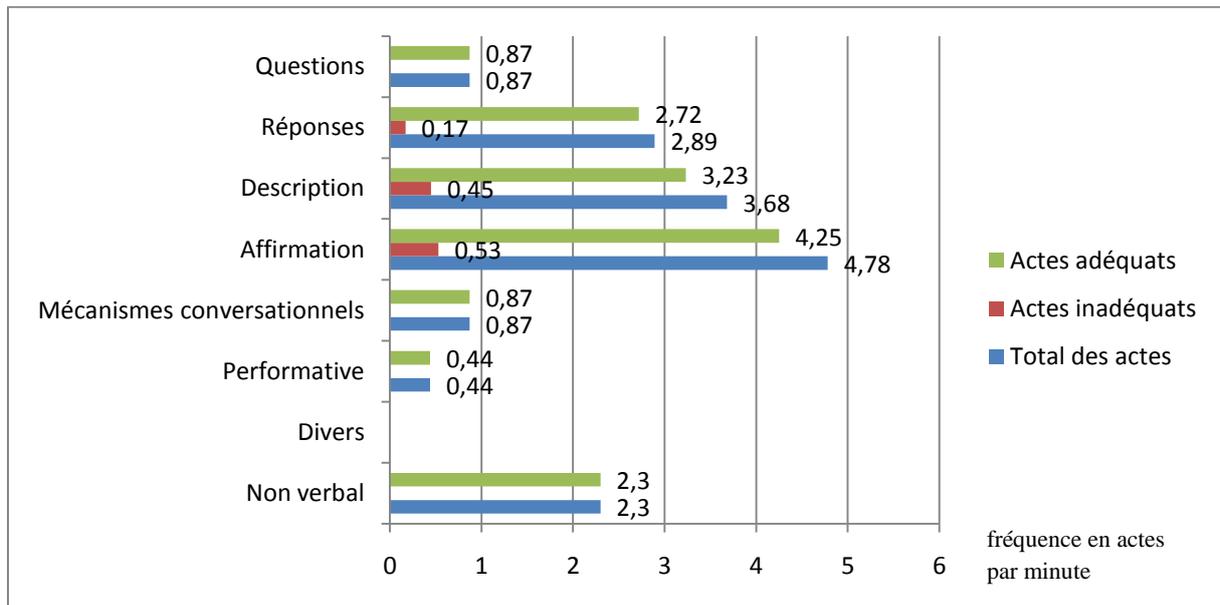
présentés ici puisque la patiente n'a pas suivi la thérapie jusqu'à son terme et n'a donc passé qu'une fois la GECCO, en novembre. La GECCO évalue les capacités communicationnelles des patients Alzheimer et établit un profil de communication. Dans ce chapitre, nous comparerons les résultats obtenus pour chaque patiente lors de la première passation à ceux relevés au cours de la seconde passation. Nous pourrions ainsi rendre compte de l'évolution (positive ou négative) des capacités communicationnelles des personnes âgées constituant notre population, et ce, en dehors de la situation de groupe.

1. Mme C

1^{ère} passation de la GECCO



2^{ème} passation de la GECCO



Analyse des résultats

- Mme C utilise le plus d'actes (adéquats+inadéquats) lors de la situation 1 (mais les totaux des actes de chaque situation sont proches) pendant la première passation comme pendant la deuxième.
- Elle utilise le plus d'actes adéquats lors de la situation 1. En revanche c'est durant la situation 3 que Mme C avait produit le plus d'actes inadéquats en novembre, contre la situation 1 six mois plus tard. La fréquence d'actes inadéquats s'élève à 1.31 lors de la première passation et à 1.15 lors de la seconde.
- Les actes verbaux qu'elle utilisait le plus avant l'atelier étaient : des actes d'affirmation (5.22) des réponses (2.80) et des actes de description (2.11). Les actes adéquats les plus employés étaient également, dans cet ordre, des actes d'affirmation, des réponses (oui/non) et des actes de description.

En fin d'atelier les actes d'affirmation sont toujours ceux employés le plus souvent (4.78). Les actes de description apparaissent plus fréquemment (3.68) et la fréquence de réponses

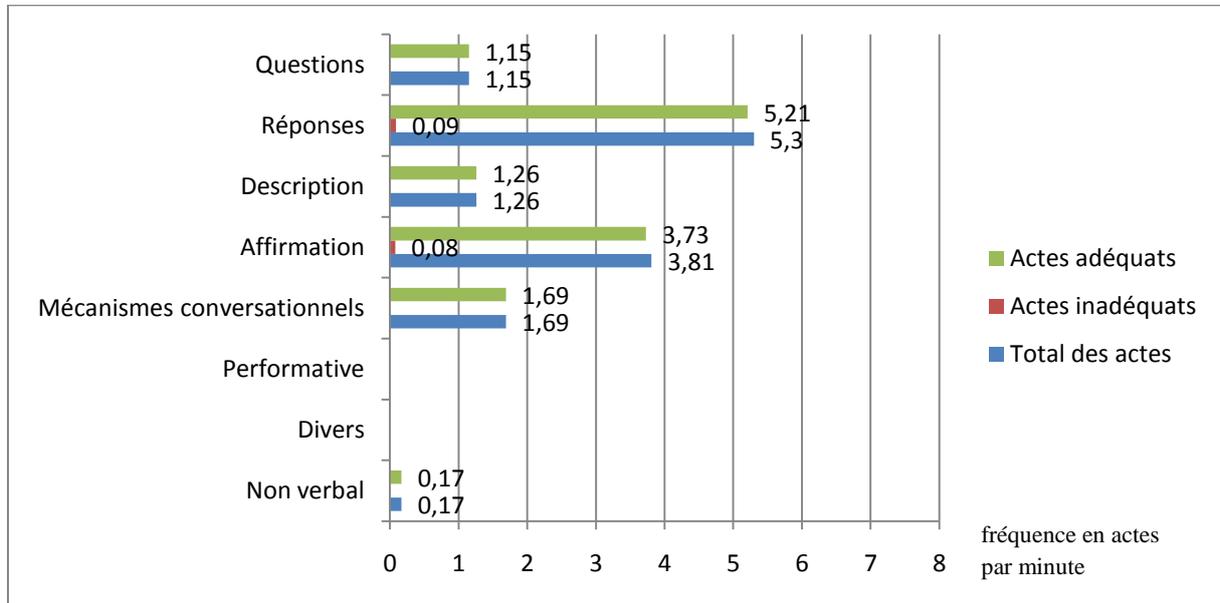
est légèrement plus élevée (2.89). Les actes adéquats qu'elle emploie le plus sont aussi : des actes d'affirmation, des descriptions, des réponses.

- Les actes inadéquats qu'elle utilise le plus sont des actes d'affirmation, des actes de description, des réponses lors de la première comme lors de la deuxième passation.
La principale cause d'inadéquation du discours est le manque de cohésion (lexicale et grammaticale). Viennent ensuite le manque de cohérence puis l'absence de feed-back.
- Nombre total d'actes non verbaux par minute en novembre: 1.12
Nombre total d'actes non verbaux par minute en juin: 2.30
- Nombre total d'actes (verbaux et non verbaux) par minute en novembre: 14.21 dont 1.31 d'inadéquats.
Nombre total d'actes par minute en juin: 15.83 dont 1.15 d'inadéquats.

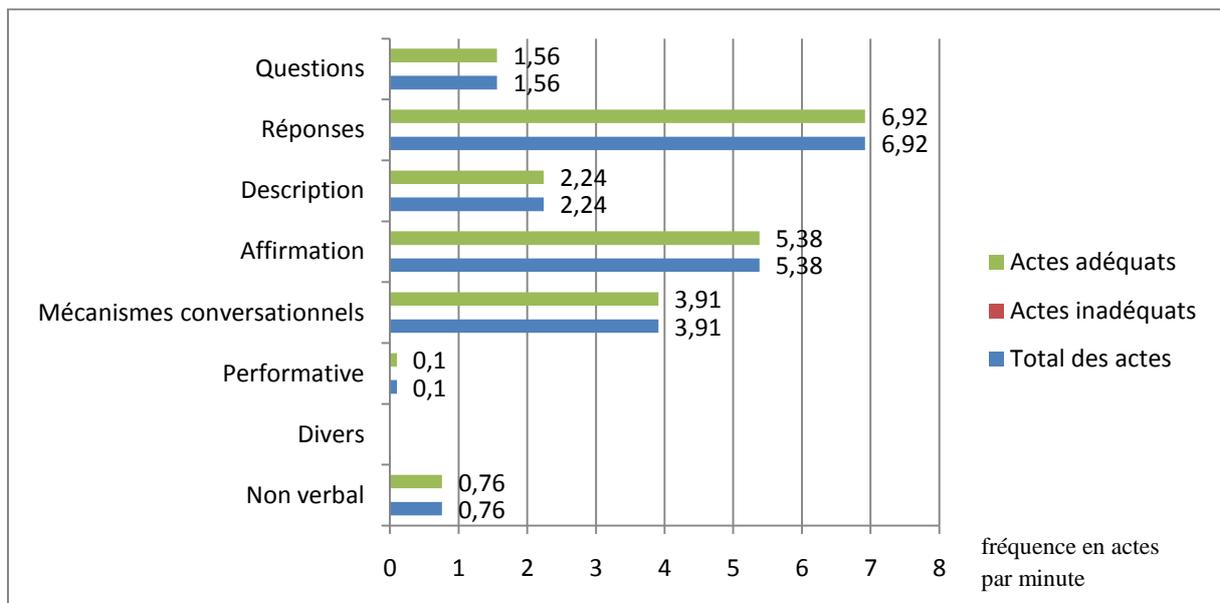
Ainsi, après six mois de thérapie de réminiscence de groupe, le profil de communication de Mme C a quelque peu évolué. La personne âgée produit légèrement plus d'actes (verbaux et non verbaux) par minute. Les actes inadéquats, à l'inverse, sont moins fréquents. Les affirmations produites sont un peu moins fréquentes tandis que des actes de description apparaissent plus souvent dans le discours de Mme C. **En conclusion, les résultats de la GECCO mettent en évidence une légère amélioration des capacités communicationnelles de Mme C sur six mois. La patiente communique en effet plus et de façon plus adaptée.**

2. Mme P

1^{ère} passation de la GECCO



2^{ème} passation de la GECCO



Analyse des résultats

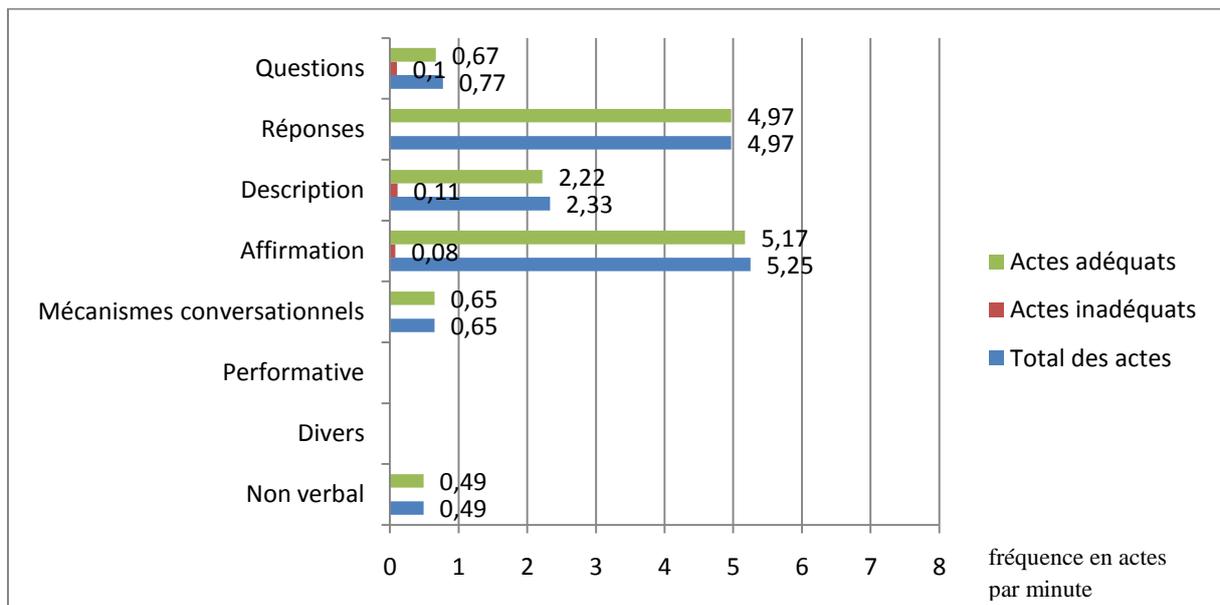
- La patiente utilise le plus d'actes (adéquats+inadéquats) lors des situations 1 et 3 pendant la première passation, et lors de la situation 2 au cours de la deuxième passation. On remarque que lors des deux passations, la situation 3 s'apparente plus à une entrevue dirigée (questions-réponses) qu'à une discussion libre, conséquence du manque du mot de Mme P et de la brièveté de ses réponses.
- C'est lors de la situation 1 que Mme P utilise le plus d'actes adéquats en novembre. On observait alors peu d'actes inadéquats dans ses énoncés (0.17 par minute). En juin, aucun acte inadéquat n'est produit au cours des trois situations.
- Les actes verbaux que la femme utilisait le plus avant l'atelier étaient : des réponses (5.3) des affirmations (3.81) et des mécanismes conversationnels (1.69).
En fin d'atelier ce sont toujours les mêmes actes que Mme P emploie souvent, mais la fréquence de chaque type d'acte a augmenté : les réponses (6.92), les affirmations (5.38) et les mécanismes conversationnels (3.91). La fréquence des actes de description est passée, elle, de 1.26 à 2.24.
- Les quelques actes inadéquats apparus lors de la première passation étaient des réponses et des affirmations.
La cause d'inadéquation était alors l'absence de cohérence.
- Nombre total d'actes non verbaux par minute en novembre: 0.17
Nombre total d'actes non verbaux par minute en juin: 0.76
- Nombre total d'actes (verbaux et non verbaux) par minute en novembre: 13.38 dont 0.17 d'inadéquats.
Nombre total d'actes par minute en juin: 20.87 dont 0 d'inadéquats.

Aussi, Mme P produit les mêmes actes de langage lors de la première et de la deuxième passation, dans des proportions similaires, mais **la fréquence de tous ces actes a réellement augmenté après six mois d'atelier de réminiscence. D'après les données de la**

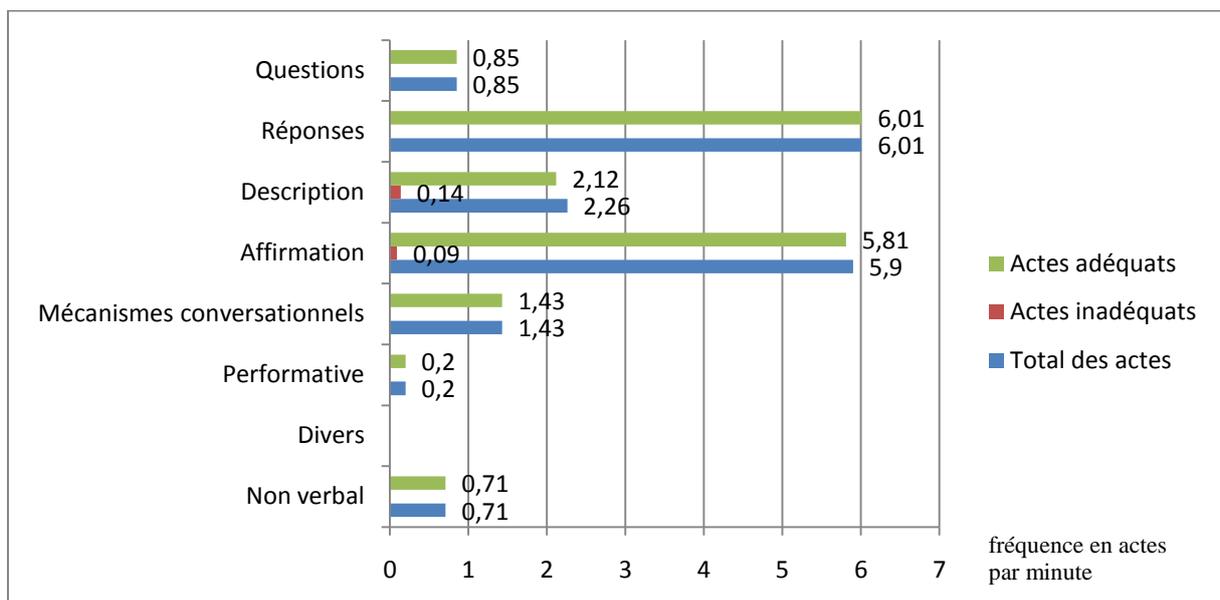
GECCO, la patiente communique plus et toujours de façon adéquate. Notons néanmoins que les énoncés de Mme P restent concis, le manque du mot est toujours prégnant, c'est pourquoi les réponses et les mécanismes conversationnels sont si fréquents.

3. Mme D

1^{ère} passation de la GECCO



2^{ème} passation de la GECCO



Analyse des résultats

- Mme D utilise le plus d'actes (adéquats+inadéquats) lors de la situation 1 pendant la première passation comme pendant la deuxième.
- C'est lors de la situation 1 que la patiente produit le plus d'actes inadéquats, néanmoins, les fréquences d'apparition d'actes inadéquats dans chaque situation sont très proches. En tout, 0.29 actes inadéquats par minute sont relevés en novembre et 0.23 six mois plus tard.
- Les actes verbaux que Mme D utilisait le plus avant l'atelier étaient : des actes d'affirmation (5.25) des réponses (4.97) et des actes de description (2.33). Les actes adéquats les plus employés étaient : des actes d'affirmation, des réponses et des descriptions.
En fin d'atelier ce sont des réponses qui apparaissent le plus souvent dans le discours de la personne âgée (6.01). En moyenne, 5.90 actes d'affirmation sont produits par minute contre 2.26 actes de description. Les actes adéquats que Mme D emploie le plus sont aussi : des réponses, des affirmations et des descriptions.
- Les quelques actes inadéquats produits lors de la première passation sont des descriptions, des questions et des affirmations.
Au cours de la deuxième passation de la GECCO, les actes inadéquats sont des actes de description et d'affirmation.
Les causes d'inadéquation du discours relevées avant que l'atelier ne débute sont l'absence de feed-back à l'interlocuteur, le manque de cohésion lexicale, et l'absence de cohérence.
A la fin de l'atelier l'inadéquation est liée à l'absence de feed-back à l'interlocuteur et à l'absence de cohérence.
- Nombre total d'actes non verbaux par minute en novembre: 0.49
Nombre total d'actes non verbaux par minute en juin: 0.71
- Nombre total d'actes (verbaux et non verbaux) par minute en novembre: 14.46 dont 0.29 d'inadéquats.
Nombre total d'actes par minute en juin: 17.36 dont 0.23 d'inadéquats

Au vu des informations recueillies grâce aux deux passations de la GECCO, **on en déduit que Mme D produit plus d'actes de langage, en moyenne, postérieurement à l'atelier.** On observe plus de réponses, d'affirmations, de mécanismes conversationnels, de questions, d'actes non verbaux et de performatives. Les actes de description, en revanche, sont un peu moins fréquemment employés. Quelques rares actes inadéquats sont relevés lors de la première passation comme lors de la seconde. Leur fréquence est néanmoins légèrement moins élevée au cours de la deuxième passation. **Les données exposées mettent donc en exergue une amélioration des capacités de communication de Mme D à la suite de l'atelier de réminiscence.**

III- DISCUSSION

Dans ce chapitre, nous comparerons dans un premier temps les résultats obtenus et les hypothèses que nous avons formulées quant à la communication des participantes à l'atelier de réminiscence. Nous détaillerons par la suite les limites et les intérêts de ce travail de recherche.

1. Confrontation des résultats aux hypothèses

Rappelons que Mme P, contrairement à Mme C et à Mme D, continue la prise en charge orthophonique individuelle en plus de l'atelier, et ce à raison d'une séance par semaine. Bien que ces séances ne soient pas axées sur la communication mais plutôt sur le langage, la mémoire et les fonctions exécutives, il reste difficile de déterminer à quelle thérapie (individuelle ou de groupe) attribuer l'évolution constatée quant aux capacités communicationnelles de Mme P. C'est donc avec prudence que nous appréhendons les informations récoltées concernant la communication de Mme P.

- **L'atelier de réminiscence favorise la communication des patients Alzheimer pendant les séances et encourage la création de liens sociaux.**

En s'appuyant sur les données recueillies lors des séances à l'aide de l'OSE, nous pouvons faire le bilan suivant. On observe en fin d'atelier des changements dans les comportements communicationnels des trois personnes âgées, en particulier Mme C et Mme P.

En effet, **Mme C** était au départ très loquace, laissant peu l'occasion aux autres participantes de s'exprimer. Puis progressivement, elle prend moins longtemps la parole et s'intéresse à ses collègues, à leur histoire. La personne âgée questionne chacune et fait preuve d'une réelle empathie lorsque des thèmes douloureux sont abordés par les autres membres. Parfois opposante durant les premières séances, Mme C ne l'est plus en fin de prise en charge. Elle exprime au contraire sa joie de venir à l'atelier, de retrouver chacune de nous, de chanter

et de discuter. On remarque donc une communication, au sein du groupe, de meilleure qualité au terme des six mois.

Mme P, discrète voire silencieuse lors de la première séance s'exprime de plus en plus souvent au cours des six mois, et ce surtout à propos des supports. Elle ose interroger Mme C et Mme D et prend plaisir à chanter avec elles. Au départ tendue et indifférente, Mme P adopte rapidement une attitude enjouée; souriant et riant de bon cœur. Sa communication non verbale s'enrichit, on observe plus fréquemment l'emploi de gestes, son regard et son visage sont plus expressifs. Par ailleurs, Mme P manifeste au fil des séances, une attention et une écoute réelles.

Concernant **Mme D**, les changements positifs sont nuancés par une attitude de retrait observée lors de certaines séances. Ainsi Mme D montre progressivement un intérêt pour ses partenaires, en particulier Mme C, avec qui elle aime à discuter de leur enfance, de la guerre. Par ailleurs, on remarque que la personne âgée communique plus par le canal non verbal qu'auparavant, tout en s'exprimant verbalement de façon régulière. On observe cependant une tendance à digresser pour évoquer des moments vécus quand elle était petite fille, moments maintes fois narrés précédemment. Selon son état d'esprit Mme D rit, plaisante avec les autres membres du groupe ou au contraire montre une indifférence quant à certains sujets de discussion ou quant aux supports multisensoriels. Notons néanmoins que ce comportement fluctuant semble constituer un trait de la personnalité de Mme D.

On observe ainsi une évolution de la communication propre à chacune des patientes. En définitive, les éléments exposés vont dans le sens de l'hypothèse selon laquelle l'atelier de réminiscence favorise la communication des patients Alzheimer pendant les séances.

Après plusieurs semaines, les patientes et leur mari se saluent dans la salle d'attente et discutent. Une fois dans le bureau, elles expriment toutes à leur manière leur joie de se retrouver, Mme D dira "Nous sommes toutes là, ce sont toujours les mêmes, mais c'est très bien comme ça !". Lors des dernières séances, les femmes se souviennent des noms une fois évoqués. Mme C constitue un élément fédérateur. Elle contribue à la création d'un sentiment d'appartenance au groupe notamment en utilisant régulièrement le pronom "nous" ("Nous trois, nous avons toutes connu cela."). Il règne lors des séances une ambiance conviviale, ceci notamment grâce aux plaisanteries de Mme D, à la bonne humeur de Mme P et à l'humour et

la spontanéité de Mme C. Ainsi, c'est à de nombreuses reprises que Mme C propose à chacune de nous de lui rendre visite dans sa maison, si l'occasion se présente. Tout au long de ces six mois, nous avons vu les patientes se rapprocher, entretenir des relations cordiales, être bienveillantes les unes envers les autres.

Au vu de ces observations, nous pouvons confirmer, dans le cadre de cet atelier et du groupe constitué des trois personnes âgées, l'hypothèse citée ci-dessus : "L'atelier de réminiscence favorise la communication des patients Alzheimer pendant les séances et encourage la création de liens sociaux."

- **L'utilisation de supports en atelier (objets, photographies, chansons, parfums, aliments, etc.) contribue à l'émergence de la communication des participants et au maintien du thème de la séance.**

Sociable et loquace de nature, **Mme C** va spontanément à la rencontre des gens pour bavarder. Ce comportement s'est accentué avec la survenue de la maladie d'Alzheimer, Mme C faisant preuve parfois d'une attitude désinhibée, n'hésitant pas à faire part à des inconnus de ses opinions. Aussi, il n'est pas difficile pour Mme C de prendre la parole durant l'atelier. Ce qui est problématique, en revanche, est de parler à propos. En début de séance, lorsque nous exposons le thème de l'heure, Mme C ne semble pas comprendre dans quel but nous évoquons ce sujet. Sa première réaction est en général de saisir un objet qui attire son attention et d'en parler, de le relier à des souvenirs et de nous en faire part. Spontanément, Mme C manipule les objets exposés, les montre à ses partenaires. Ainsi il est possible que la personne âgée ne réalise pas très bien ou oublie à mesure en quoi consiste une séance, mais ce phénomène ne lui porte pas préjudice puisque les supports la guide et canalisent son discours. Il n'est cependant pas rare que Mme C digresse sur une longue période. Dans ce cas et afin de recentrer la conversation, Mme L.S-T et moi-même, établissons un lien entre ses dires et les objets exposés de sorte que la femme porte à nouveau son attention sur les supports de façon naturelle. Les interventions de Mme P, qui portent fréquemment sur les supports, permettent elles aussi de rediriger la discussion, en particulier en fin d'atelier lorsqu'elle interroge les participantes au sujet des objets. En définitive, l'utilisation de supports multisensoriels semble

en effet contribuer à l'émergence de la communication de Mme C et au maintien du thème de la séance.

Mme P est une personne qui aime les rapports humains, recevoir, jouer aux cartes entre amis. Mais c'est aussi une personne timide, qui parle peu et de moins en moins selon ses enfants. Notons par ailleurs, que la personne âgée souffre d'un manque du mot important dont elle manifeste une certaine conscience. Aussi à partir de la deuxième séance, la communication verbale de Mme P est très limitée bien que son comportement non verbal témoigne de sa joie de participer à l'atelier, de revoir les autres membres. Au fil des semaines, c'est en saisissant les objets que la patiente réussit à prendre la parole. Ses énoncés sont courts et leur contenu, lorsqu'elle intervient spontanément, concerne toujours les supports. La personne âgée les manipule, les dénomme, évoque leur usage ou nous interroge à leur sujet. Mme P ne montre pas de difficultés à discuter autour d'une thématique donnée; elle parle peu mais toujours à propos. En revanche ses interventions, notamment lorsqu'elle interpelle ses partenaires qui conversent sans tenir compte du thème, participent au maintien de ce thème. De fait, l'hypothèse citée ci-dessus est confirmée concernant Mme P.

Mme D montre moins d'intérêt pour les supports que Mme C et Mme P. Il est fréquent qu'elle n'examine les objets ou autres photographies que lorsqu'elle est sollicitée. Selon son état d'esprit, tantôt elle refuse de les saisir et de les regarder au moment où un membre les lui tend, tantôt elle prend plaisir à les redécouvrir et nous fait part de souvenirs qui y sont reliés. Lorsque Mme D prend la parole, c'est en s'appuyant sur les supports ou sur les dires des autres participantes. De façon récurrente, en particulier lors des dernières semaines, on remarque que Mme D fait référence à des épisodes de sa vie sans rapport avec la thématique, des anecdotes de son enfance qu'elle a évoqués plusieurs fois au cours des séances précédentes. Notre aide recentre la conversation mais les supports ne semblent contribuer que peu au maintien du thème pour Mme D. Ainsi l'observation de la communication de Mme D ne permet pas de confirmer l'hypothèse selon laquelle "L'utilisation de supports en atelier (objets, photographies, chansons, parfums, aliments, etc.) contribue à l'émergence de la communication des participants et au maintien du thème de la séance."

En résumé, plusieurs observations concernant la communication de Mme C et Mme P vont dans le sens de notre hypothèse. Toutefois, les données concernant Mme D ne confirment pas cette tendance. Dès lors, il nous apparaît difficile d'émettre des conclusions

quant au rôle des supports multisensoriels en atelier de réminiscence vis-à-vis de la communication des personnes atteintes de DTA.

- **Les capacités communicationnelles des sujets atteints de DTA à la suite d'un atelier de réminiscence s'étalant sur 6 mois se caractérisent par une stabilité voire une légère amélioration à court terme.**

Les données recueillies à l'aide de la GECCO, test que nous avons proposé aux trois participantes avant et après l'atelier, indiquent que les capacités communicationnelles des trois personnes âgées sont quelque peu meilleures après six mois de thérapie de réminiscence. En effet, les résultats montrent que les trois patientes utilisent plus d'actes de langage et moins d'actes inadéquats en moyenne. La fréquence de la plupart des types d'actes de langage a augmenté. Les actes de langage produits demeurent toujours aussi variés six mois après la première passation de la GECCO. On relève donc une amélioration de la communication chez ces personnes. Elles communiquent plus et mieux. Or la DTA étant une maladie neurodégénérative, nous ne pouvons observer, sur six mois et sans intervention, qu'un déclin ou éventuellement une stagnation des différentes capacités des sujets atteints. Si l'évolution que nous constatons n'est pas attribuable de façon sûre à la thérapie de réminiscence concernant Mme P, la personne âgée bénéficiant d'une prise en charge orthophonique en plus de l'atelier, tout laisse à croire qu'elle l'est pour les deux autres patientes: Mme D et Mme C. En conclusion, d'après les résultats obtenus par notre population à la GECCO, les capacités de communication de ces patientes, et ce en dehors des séances de thérapie de réminiscence, sont meilleures après avoir participé à un atelier de réminiscence. Ajoutons néanmoins que cette amélioration n'est, au vu du processus dégénératif qui caractérise la DTA, que provisoire.

2. Limites

1. Méthodologie

1-1. Population

1-1-1. Etude de cas

Notre population de départ se composait de quatre personnes âgées atteintes de DTA. L'une d'elles, Mme R, a décidé de ne plus assister aux séances de groupe après plusieurs mois de prise en charge. La patiente nous exprime alors son exaspération vis-à-vis de son emploi du temps chargé de rendez-vous (médecin, orthophonie) et du peu de temps passé chez elle. Il est néanmoins fort probable que son humeur dépressive et le contexte familial ne soient pas sans rapport avec ce choix. Nous, Mme L.S-T et moi-même, avons donc poursuivi l'atelier avec Mme D, Mme C et Mme P. Comme nous l'avons explicité précédemment, ce travail de recherche consiste en une étude de trois cas. Les conclusions auxquelles nous avons abouti concernent alors uniquement notre population dans le cadre de l'atelier de réminiscence que nous avons mis en place (avec toutes ses spécificités), elles ne prétendent en aucun cas s'appliquer à tous les patients Alzheimer participant à un atelier de réminiscence.

1-1-2. Hétérogénéité de la population

Par ailleurs, notre population ne peut pas être considérée comme homogène. De fait, les trois patientes sont atteintes de démence de type Alzheimer, néanmoins le MMS révèle que Mme C souffre d'une démence sévère alors que Mme D et Mme P en sont au stade modéré de la maladie. Néanmoins, notre objectif n'étant pas de comparer les capacités et les comportements communicationnels des patientes entre elles mais d'observer une éventuelle évolution par rapport à leurs propres capacités entre le début et la fin de prise en charge; cette différence de degré d'atteinte ne semble pas nuire à l'étude. Rappelons que Mme C dispose de stratégies de compensation efficaces qui tendent à atténuer aux yeux d'autrui ses déficits. Soulignons cependant combien il est essentiel que les participants aient des points communs pour favoriser les échanges et l'apparition de lien sociaux entre eux. Ainsi les trois femmes sont de la même génération et toutes sont grand-mères. Elles ont toujours vécu à la campagne et y sont attachées. Leurs parents étaient exploitants agricoles ou viticoles. Toutes trois vivent à leur domicile.

1-1-3. Interaction prise en charge orthophonique individuelle et atelier de réminiscence

Parmi les trois cas inclus dans cette recherche, un bénéficie d'une prise en charge orthophonique en parallèle de l'atelier, à savoir Mme P. Dans ce cas les résultats de Mme P à la GECCO et l'évolution de sa communication observée pendant l'atelier ne sont pas attribuables de façon certaine à la thérapie de réminiscence. C'est donc essentiellement sur les données concernant Mme D et Mme C que reposent nos conclusions.

1-2. Recueil des données

1-2-1. Subjectivité

Lors de cet atelier, c'est à l'aide de la GECCO et de l'OSE que nous avons recueilli des informations concernant les capacités communicationnelles des trois participantes et leur évolution. A la suite de la passation de la GECCO, on obtient un profil de communication en classifiant les actes verbaux émis par le patient durant les trois situations d'interaction, situations qui sont enregistrées sur vidéo. Ce test n'autorise donc que peu de subjectivité, ce qui n'est pas le cas de l'OSE. Certes nos commentaires sont guidés par les items de la grille, mais ces observations restent néanmoins subjectives. Ce d'autant que la complétion de l'OSE ne se fait qu'après la séance, de mémoire. Notons toutefois que Mme L.S-T et moi-même confrontons nos observations après chaque séance, ce qui confère plus de poids à nos résultats.

1-2-2. Questionnaire

La passation de la GECCO avait pour but de confirmer l'hypothèse suivante : **Les capacités communicationnelles des sujets atteints de DTA à la suite d'un atelier de réminiscence s'étalant sur 6 mois se caractérisent par une stabilité voire une légère amélioration à court terme.**

Proposer à l'aidant de chacune des dames de remplir un questionnaire traitant des éventuels changements dans la communication, et ce plusieurs fois au cours des six mois qu'ont durés l'atelier, aurait été intéressant. Nous aurions disposé de nouvelles informations. Ces données auraient permis de confirmer ou d'infirmer la tendance mise en exergue par la GECCO concernant l'évolution des capacités communicationnelles en dehors de l'atelier. Nous avons malheureusement été dans l'impossibilité de présenter un tel questionnaire. De fait, les époux de Mme D et de Mme P sont dans un déni total de la maladie de leur femme, ils

n'appréhendent pas réellement les enjeux ni ne comprennent la nécessité d'une prise en charge orthophonique, individuelle ou de groupe. Dans cette situation, leur demander de nous renseigner sur la communication de leur épouse ne semble pas pertinent. Quant à Mme C, son mari est décédé.

2. Conditions dans lesquelles l'atelier s'est déroulé

Nous avons tenté de mettre en place un atelier de réminiscence dont le cadre et les conditions soient les plus proches possibles de ceux décrits par Goldberg, Schweitzer, Bruce et Hodgson (2006). Toutefois, ayant choisi de proposer cet atelier en cabinet libéral, et pour différentes raisons liées aux particularités individuelles de notre population, plusieurs éléments qui concernent les conditions dans lesquelles se déroule la prise en charge ne concordent pas avec les conseils prodigués par Goldberg et al..

Ainsi, il est préconisé, si possible, de solliciter les aidants pour participer aux séances et d'organiser des réunions aidants-soignants dont l'objectif serait de faire un bilan sur les séances précédentes et de préparer les prochaines. Cependant, et comme nous l'avons évoqué précédemment, les aidants proches de Mme D et Mme P, c'est-à-dire leur mari dans ce cas, ne réalisent pas ou n'acceptent pas que leur épouse soit malade et s'investissent peu dans leur prise en charge orthophonique. Mme C, elle, vit avec son fils, leurs relations sont néanmoins trop conflictuelles pour envisager de lui proposer d'accompagner sa mère. Notons que cette dernière vient seule au cabinet, c'est un taxi qui la conduit. C'est donc en collaboration avec Mme L.S-T que nous avons planifié les séances, leurs thèmes, les supports à présenter.

Goldberg et al. évoquent par ailleurs un nombre idéal de séances compris entre 7 et 10 (14 à 18 avec les réunions) sur une période de quatre à cinq mois. Notre atelier comporte lui 17 séances sans réunions, et s'est étalé sur six mois. Nous avons fait le choix d'une durée de six mois afin de tenter de mettre en évidence un effet positif de l'atelier sur les capacités de communication en dehors de l'atelier. Pour cela nous avons décidé d'utiliser un outil standardisé et mesurant de façon spécifique les capacités de communication des patients Alzheimer : la GECCO. En outre, il est nécessaire que plus de six mois séparent la passation d'un même test pour éviter l'effet test-retest. Au vu des circonstances, cette période s'est avérée adaptée. En effet ce n'est réellement qu'à partir du quatrième mois qu'une certaine

stabilité s'est installée. Ainsi, c'est depuis la séance 11 que le groupe (constitué alors de Mme C, Mme D et Mme P, Mme R étant partie deux semaines plus tôt) s'est toujours réuni au complet.

3. Intérêts

Si la thérapie de réminiscence semble connue, sans pour autant être proposée fréquemment, dans le milieu institutionnel notamment par les psychologues, elle ne l'est pas réellement des orthophonistes. Ce travail prouve que la mise en place d'un atelier de réminiscence en libéral est réalisable. L'étude de cas que nous avons menée met également en exergue les effets d'une telle prise en charge sur la communication des personnes atteintes de DTA et soutient notre conviction selon laquelle la thérapie de réminiscence présente un intérêt réel dans la pratique des spécialistes de la communication que sont les orthophonistes.

Outre l'évolution de la communication et de la socialisation, nous espérons que l'atelier a apporté du bien-être aux personnes que nous avons suivies. C'est en tout cas l'impression qu'elles nous ont donnée au cours de ces six mois, de par leurs propos, leurs sourires, leurs rires, leur humour, leur enthousiasme. Personnellement et professionnellement, cette expérience aura été enrichissante et formatrice. L'atelier et la rédaction de ce mémoire nous aura permis de nous interroger sur la DTA et ses conséquences sur la communication des personnes atteintes. Mais au-delà des troubles, nous avons entrevu toute l'importance de souligner les capacités préservées de ces sujets et, ici par l'intermédiaire de la thérapie de réminiscence, de les mettre en valeur. Lors des séances, nous avons remarqué avec quel plaisir, quelle émotion les personnes âgées évoquaient leur passé, confirmant l'intérêt de la thérapie de réminiscence, thérapie centrée sur l'échange et dans laquelle le soignant remplit une fonction d'étayage. Cette expérience souligne de façon plus générale la nécessité dans notre pratique d'adapter notre intervention aux patients Alzheimer. C'est avec cet apport concernant la communication des sujets souffrant de DTA que nous appréhenderons notre future pratique orthophonique auprès de ce public.

CONCLUSION

Ce travail de recherche nous a offert l'occasion d'une part, en s'appuyant sur des bases théoriques concernant la DTA, la communication et la thérapie de réminiscence, de réaliser un atelier de réminiscence et d'autre part de mettre en exergue l'intérêt de cette thérapie quant à la communication des trois personnes souffrant de DTA constituant notre population. Organiser et participer à cet atelier de réminiscence représente pour nous une expérience riche d'enseignements. Comme tout un chacun, les sujets atteints de DTA aspirent à communiquer, à partager leur histoire, leurs passions, leurs expériences. Evoquer le passé, et ceci à l'aide de différents supports, constitue une porte d'entrée vers cet échange. Nous avons en effet observé tout le plaisir que manifestaient les patientes à redécouvrir des objets anciens liés à leur histoire et à évoquer les événements et les personnes qui ont marqué leur vie. Au cœur de la thérapie de réminiscence réside un élément-phare : la transmission intergénérationnelle. Nous, soignants, n'intervenons pas dans ce cadre en tant que détenteurs d'un savoir mais plutôt en tant que personnes curieuses et désireuses d'apprendre de leurs aînés. C'est alors avec une vision plus globale que nous appréhendons les individus qui font partie du groupe. Mme L.S-T, l'orthophoniste avec qui nous avons mené l'atelier tout au long de l'année nous a ainsi fait part de sa découverte de nouvelles facettes de la personnalité de chacune au travers des séances de thérapie de réminiscence.

Par l'observation des comportements communicationnels des participantes au cours des séances et à l'aide d'un test, la GECCO, nous avons tenté de confirmer nos hypothèses. Les résultats que nous avons obtenus dans cette étude de cas mettent en exergue la validité de deux des trois hypothèses formulées :

- L'atelier de réminiscence a favorisé la communication des trois participantes atteintes de DTA pendant les séances et a encouragé la création de liens sociaux.
- Les capacités communicationnelles de ces personnes se sont caractérisées par une légère amélioration après six mois de participation à l'atelier de réminiscence.

La dernière hypothèse "L'utilisation de supports en atelier (objets, photographies, chansons, parfums, aliments, etc.) contribue à l'émergence de la communication des participants et au maintien d'un thème de discussion." n'a pu être confirmée. En effet, les observations concernant une patiente parmi les trois ne coïncidaient pas avec cette affirmation.

Cette étude atteste néanmoins de l'intérêt qu'a représenté l'atelier de réminiscence quant à la communication des personnes atteintes de DTA qui y participaient. Au travers de ce travail, nous espérons avoir sensibilisé les orthophonistes du cabinet dans lequel nous avons été accueillie à cette thérapie qui a, selon nous, toute sa place dans la pratique orthophonique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- ABRIC J-C. (2008) *Psychologie de la communication, théories et méthodes*. Collection Cursus - Psychologie, Armand Colin. 3ème édition.
- AMADO G. et GUITTET A. (2003) *Dynamique des communications dans les groupes*. Armand Colin, Paris.
- ANZIEU D. et MARTIN J-Y. (1968) *La dynamique des groupes restreints*. Collection Quadrige, Presses Universitaires de France.
- ARMANGO F. (2007) *La Pragmatique*. Collection Que sais-je, Presses Universitaires de France. 5ème édition.
- CARON S. et SALMON E. (2009) *Elaboration d'un outil de suivi d'évolution des patients atteints de la maladie d'Alzheimer dans le cadre de la prise en charge de la communication au sein d'ateliers thérapeutiques*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophonie.
- COURANTIN C. (2008) *Impact d'un atelier de réminiscence sur le bien-être des personnes âgées atteintes de pathologies démentielles*. Mémoire pour l'obtention du master professionnel 2e année : Psychologie, spécialité psychologie gérontologique.
- COMET G., LEJEUNE A., MAURY-ROUAN C. (2008) *Mémoire individuelle, mémoire collective et histoire*. Collection Résiliences. Solal.
- FEIL N. (1994) *Validation, mode d'emploi. Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*. Pradel.
- GIL R. (2006) *Neuropsychologie*. Collection Abrégés de médecine, Masson, 4ème édition.
- GOLDBERG A., SCHWEITZER P., BRUCE E. , HODGSON S. (2006) *Animer un atelier de réminiscence avec des personnes âgées*. Chronique sociale, Lyon.
- LAZAR J. (1992) *La Science de la communication*. Collection Que sais-je, Presses Universitaires de France.

- MAISONDIEU J. (1989) *Le crépuscule de la raison : La maladie d'Alzheimer en question*. Bayard Editions, Paris.
- MOESCHLER J. et REBOUL A.(1998) *La Pragmatique aujourd'hui : une nouvelle science de la communication*. Edition du Seuil.
- PERRON M. (2008) *Communiquer avec des personnes âgées, la "Clé des Sens"*. Chronique sociale, Lyon. 5ème édition.
- PIOLINO P., DESGRANGES B., EUSTACHE F. (2000) *La mémoire autobiographique : théorie et pratique*. Collection Neuropsychologie. Solal.
- PLOTON (2004) *Maladie d'Alzheimer, à l'écoute d'un langage*. Chronique sociale, Lyon.
- ROUSSEAU T. (2007). Thérapie écosystémique des troubles de la communication (pp. 173-188). In T., Rousseau (Ed), *Démences : orthophonie et autres interventions*. Isbergues : Ortho-Edition.
- ROUSSEAU T. (2006). *Evaluation cognitive, évaluation des capacités de communication, thérapie écosystémique des troubles de la communication : Gecco (CD rom)*. Isbergues : Ortho-Edition.
- ROUSSEAU T. (1995) *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*. Ortho Edition, Isbergues.
- SCHWEITZER P. (1998) *Reminiscence and dementia care*. London : Age Exchange Publication. *Reminiscence and Life Review Conference* (1999).14-15.10.99, New York, Selected conference papers and proceedings, University of Wisconsin-Superior.
- SERON X., VAN DER LINDEN M. (2000) *Traité de neuropsychologie clinique, Tome II*. Collection Neuropsychologie, Solal, Marseille.
- TOUCHON J. et PORTET F. (2002) *La maladie d'Alzheimer*. Collection Consulter prescrire, Masson, Paris. 3ème édition.
- WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J. et DON D. JACKSON (1972) *Une logique de la communication*. Editions du Seuil.

Articles :

- BARBEGER GATEAU P., LETEURNEUR L., PERES K. (2004) *Résultats PAQUID*. ISPED, Inserm.

- BUTLER R.N. (1963). *The life review : an interpretation of reminiscence in the aged*. Psychiatry, Journal for the Study of Interpersonal Processes, 26,1,65-76.
- EUSTACHE F., GIFFARD B., RAUCHS G., CHETELAT G., PIOLINO P., DESGRANGES B. (2006) *Maladie d'Alzheimer et démences. La maladie d'Alzheimer et la mémoire humaine*. Revue Neurologique, Vol.162, n° 10, 929-939.
- FINNEMA E., DROÈS R.M., RIBBE M., VAN TILBURG W. (2000) *The effect of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia : a review of the literature*. International Journal of Geriatric Psychiatry n° 15, 141-161.
- FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MCHUGH, P.R. (1975). *Mini-Mental State : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198.
- GOLDBERG A. (2009) *Réaliser une boîte souvenirs*. Gérontologie et société 2009/3 n° 130
- GOLDBERG A. (2003) *Souvenirs d'un atelier*. Gérontologie et société 2003/3 n° 106
- HAS. (2008). *Diagnostic et prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées*, St-Denis : Haute Autorité de Santé.
- ROUSSEAU T., DALI S., FARGIER A. (2006) *Evaluation des capacités de communication des patients atteints de la maladie d'Alzheimer : présentation d'un outil informatisé*. Glossa n° 95, 45-58.
- ROUSSEAU T. (1998). *Grille d'évaluation des capacités de communication des patients atteints d'une démence de type Alzheimer*. Isbergues : Ortho-édition.
- ROUSSEAU T. (1994) *Prise en charge des troubles de la communication dans la démence de type Alzheimer*. Glossa n° 14, 22-27.
- WOODS B., SPECTOR A.E, JONES C.A., ORRELL M., DAVIES S.P. (2009) *Reminiscence therapy for dementia*. (2005) Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2. Art. n°.: CD001120.

SOMMAIRE DES ANNEXES

A-MMS de Folstein.....	I
B-GECCO, Tableau de classification des actes de langage.....	.II
C- Exemple d'analyse du discours avec la GECCO : entrevue dirigée avec Mme D (1ère passation).....	III
D -Photographie des supports utilisés lors de la séance 10 ("Le travail").....	VI

A - MMS de Folstein

Mini-Mental State Examination (MMSE)		
<p>Nom et prénom du patient : _____ Date : _____</p> <p><i>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.</i></p>		
Réponse correcte : Noter 1 Réponse incorrecte : Noter 0		
ORIENTATION		
<p>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</p> <p><i>Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse dans l'ordre suivant :</i></p>	<p>1 En quelle année sommes-nous ?</p> <p>2 En quelle saison ?</p> <p>3 En quel mois ?</p> <p>4 Quel jour du mois ?</p> <p>5 Quel jour de la semaine ?</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 5</p>	
<p>Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons.</p>	<p>6 Quel est le nom du cabinet (hôpital, centre, etc...) où nous sommes ?</p> <p>7 Dans quelle ville se trouve-t-il ?</p> <p>8 Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?</p> <p>9 Dans quelle province ou région est situé ce département ?</p> <p>10 A quel étage sommes-nous ?</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 5</p>	
APPRENTISSAGE		
<p>Je vais vous dire 3 mots; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure :</p>	<p>11 Cigare</p> <p>12 Fleur</p> <p>13 Porte</p> <p>(Faire répéter les 3 mots)</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 3</p>	
ATTENTION ET CALCUL :		
<p>Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?</p> <p>Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :</p> <p>Voulez-vous épeler le MONDE à l'envers : EDNOM <i>Noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct, mais ce score ne doit pas figurer dans le score total.</i></p>	<p>14 $100 - 7 = 93$</p> <p>15 $93 - 7 = 86$</p> <p>16 $86 - 7 = 79$</p> <p>17 $79 - 7 = 72$</p> <p>18 $72 - 7 = 65$</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 5</p>	
RAPPEL		
<p>Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?</p>	<p>19 Cigare</p> <p>20 Fleur</p> <p>21 Porte</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 3</p>	
LANGAGE		
<p>22 Montrer un crayon : Quel est le nom de cet objet ?*</p> <p>23 Montrer une montre : Quel est le nom de cet objet ?**</p> <p>24 Ecoutez bien et répétez après moi*** : « pas de MAIS, de SI, ni de ET »</p> <p>25 Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au patient en lui disant : Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire : Prenez cette feuille de papier de la main droite</p> <p>26 Pliez-la en deux</p> <p>27 Et jetez-là par terre****</p> <p>28 Tendre au patient la feuille de papier ci-jointe sur laquelle est écrit en gros caractères « FERMEZ LES YEUX » et dire au patient : « Faites ce qui est écrit »</p> <p>29 Tendre au patient une feuille de papier et un stylo en disant : « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière»*****</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 8</p>		
PRAXIES CONSTRUCTIVES		
<p>30 Tendre au patient la feuille de papier ci-jointe et lui demander : « Voulez-vous recopier ce dessin »</p> <p style="text-align: right;">Sous-total _____ / 1</p>		
SCORE TOTAL (I À 30)		TOTAL _____ / 30

B-GECCO, Tableau de classification des actes de langage

Patient :		Date :									
Situation de communication :		Thème :									
Interlocuteur :		Durée :									
ACTES	ADEQUATS	INADEQUATS								TOTAL ACTES	
		Absence de cohésion		Absence de feedback		Absence de cohérence					total
		grammaticale	lexicale	/situation	/interlocuteur	continuité thématique	progression rhématique	relation	contradiction		
Questions											
oui/non											
Wh											
rhétorique											
Réponses											
oui/non											
Wh											
qualification											
Description											
identification											
possession											
événement											
propriété											
localisation											
Affirmation											
règles / faits											
évaluation											
état interne											
attribution											
explication											
Mécanismes conversation.											
Performative											
Divers											
Non verbal											
<i>Résultat</i>											
<i>Résultat</i>											
<i>Résultat</i>											

C- Exemple d'analyse du discours avec la GECCO : entrevue dirigée avec Mme D (1ère passation)

Examineur: *J'aimerais vous connaître un peu mieux donc je vais vous poser quelques questions,.*

Patiente : (moue) [**Geste à fonction communicationnelle expressive**]

Voilà, vous allez essayer d'y répondre.

Je vais faire de mon mieux. [**Affirmation évaluation**]

Je voudrais savoir votre nom.

Mon prénom ou mon nom ? [**Question oui non**]

Les deux.

Alors B... D... [**Réponse wh**]

D'accord.

C'est mon nom de mariage. [**Réponse qualification**]

Et votre nom de jeune fille c'est...

R. O. B. E. R. T., Robert, R. O. B. E. R. T. (rires) [**Réponse wh**] [**Réponse qualification**]

D'accord. Robert. Est-ce que vous pouvez me dire votre âge ?

Oh (réfléchissant)

A peu près

77 ans. [**Réponse wh**]

77 ans d'accord.

(rires)

Ca vous fait rire ?

(rires) Oui [**Réponse oui non**]

Hé oui ça passe vite.

Comment ? [**Question wh**]

Ca passe vite.

Oh là ! [**Mécanisme conversationnel retour**] Oui oui. [**Réponse oui non**]

Et vous habitez ici ?

Ah non, [**Réponse oui non**] je suis d' A.....[**Réponse qualification**], c'est dans le Maine et Loire [**Description localisation**] mais c'est à la limite de la Vienne. [**Description localisation**]

D'accord, donc ce n'est pas très loin d'ici.

Oh ça fait, je sais pas moi, [**Affirmation évaluation**] oh une vingtaine de kilomètres,

[**Affirmation évaluation**] je sais pas, [**Affirmation évaluation**] Mon mari pourrait peut-être te dire parce que lui il a sa voiture [**Affirmation explication**] mais moi je fais pas attention.

[**Affirmation fait**]

C'est lui qui conduit.

Comment ? [**Question wh**]

C'est lui qui conduit ?

Oui, **[Réponse oui non]** j'ai mon permis mais j'ai jamais conduit. **[Réponse qualification]** Avec les hommes c'est pas facile. **[Affirmation fait]** On ne fait jamais bien. **[Affirmation règles]** Alors moi je lui dis c'est bien, conduis donc. **[Affirmation fait]** Oh moi je suis pas contrariante hein. **[Affirmation fait]** Surtout qu'à l'époque c'était une vieille voiture. **[Description événement]** Et moi, je... j'ai appris à conduire sur une voiture neuve; **[Description fait]** alors ça ne correspondait pas avec les mouvements de l'autre. **[Affirmation explication]**

C'est vrai que ça change d'une voiture à l'autre.

Oh j'ai passé mon permis hein, je l'ai eu, avec mention. **[Affirmation fait]** Mais euh autrement, bon ça va. **[Affirmation état interne Inadéquat absence de relation]**

Vous ne vous en êtes pas servi.

Non non. **[Réponse oui non]**

D'accord.

Comme ça, j'ai pas de responsabilité. **[Affirmation fait]**

C'est vrai, c'est le bon côté. Dites moi, est-ce que vous avez travaillé ?

Oh oui j'ai travaillé, **[Réponse oui non]** j'étais...bon bah j'étais chez mes parents, dans les cultures. **[Réponse qualification]** Et après quand j'étais mariée, il a été rappelé en Algérie, **[Description événement]** moi j'ai été employée à ... D., **[Affirmation fait]** non pas à Doué, **[Affirmation évaluation]** à...ah je me rappelle plus. **[Affirmation fait]**

Le nom de la ville ?

Bah oui, **[Réponse oui non]** oh je me rappelle plus où j'étais. **[Affirmation fait]** A bah ça, j'en parle jamais de ça. **[Affirmation fait]** (Réfléchit) A D... **[Description localisation]** c'est pas Doué la Fontaine... **[Affirmation fait]** oh c'est par là. **[Description lieu]**

D'accord, c'est dans le Maine et Loire.

Dans le Maine et Loire. **[Réponse oui non]** De toute façon, j'habitais dans la Vienne et j'allais dans le Maine et Loire. **[Description événement]**

Et vous faisiez quel genre de travail ?

Oh bah c'était du...du travail de ...manutention. **[Réponse wh]**

Dans une usine.

Dans une usine, oui, **[Réponse oui non]** mais c'est vieux hein, je me rappelle plus. **[Affirmation évaluation]** Oui parce que je me suis mariée il y a soixante je sais plus combien d'années. (rires) **[Affirmation explication]** C'est vieux, oui c'est vieux. **[Affirmation évaluation]** Bah oui, il a été rappelé en Algérie alors voyez que c'est pas hier ça. **[Description événement]**

Oui effectivement.

Il s'est passé... il y a de l'eau de passée sous les ponts depuis ce temps là. **[Affirmation fait]** D'ailleurs, j'avais pas d'enfant à l'époque. **[Affirmation fait]**

Donc vous avez des enfants. Vous avez combien d'enfants ?

Sept. **[Réponse wh]**

Sept ! Ah oui, quand même.

Oui. **[Mécanisme conversationnel retour]**

Et, est ce que vous pouvez me dire leurs prénoms ?

Oh oui. **[Réponse oui non]** Il y a Jean-Yves, Philippe, Sylviane, Marie-Claude, Bernard, Richard et Laurent. (Rires) **[Réponse qualification]**

Ca fait une tripotée tout ça.

Oh oui. [**Mécanisme conversationnel retour**] Mais ils sont grands maintenant, ils sont majeurs et tout. [**Affirmation fait**]

Oui.

Bah oui. [**Mécanisme conversationnel retour**]

D -Photographie des supports utilisés lors de la séance 10 ("Le travail")



RÉSUMÉ

La maladie d'Alzheimer est une pathologie qui porte atteinte aux différentes compétences de l'individu et notamment à sa communication. Progressivement le sujet souffrant de démence de type Alzheimer s'exprime de moins en moins et s'isole. Notre rôle d'orthophoniste est de soutenir les capacités de communication de ces sujets et de contribuer ainsi au maintien des liens sociaux. C'est dans ce but que nous avons mis en place un atelier de réminiscence s'étalant sur six mois, suivi par trois patientes Alzheimer au sein du cabinet libéral de Doué-La-Fontaine. Ce type d'atelier thérapeutique s'appuie sur la préservation des souvenirs anciens au stade modéré de la pathologie. Il s'agit de se réunir une fois par semaine et de discuter autour d'un thème à l'aide de supports multisensoriels (objets anciens, photographies, sons, odeurs, musique, etc...) en lien avec le thème. Les thématiques abordées suivent l'ordre chronologique de la vie et sont choisies en fonction de l'histoire des membres du groupe. Dans ce mémoire, nous avons tenté de prouver l'intérêt de cet atelier de réminiscence au regard des capacités communicationnelles des participantes et ce au sein et en dehors du groupe.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer, communication, atelier de réminiscence, histoire de vie, supports multisensoriels