



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Nice – Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Ecole d'orthophonie

Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante



Stéphanie Maurel

Née le 15 mai 1987 à Abidjan (COTE D'IVOIRE)

Directrice: Madame A. Osta, Orthophoniste

Nice - 2011

Université de Nice – Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Ecole d'orthophonie

Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste

La marionnette dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée dépendante



Image 1: Guignol et Gnafon

Stéphanie Maurel

Née le 15 mai 1987 à Abidjan (COTE D'IVOIRE)

Directrice: Madame A. Osta, Orthophoniste

Nice - 2011

*Je tiens à exprimer tout d'abord mes remerciements aux membres du jury, qui ont accepté
d'évaluer mon travail de mémoire.*

*Ce projet n'aurait pu aboutir sans le soutien moral de Madame Osta que je voudrais ici
remercier.*

Anne-Marie a aimé et encouragé la création de ce projet avec enthousiasme et gentillesse.

*À Céline qui, le soir pourtant, se sent lourde de toutes ces détresses accumulées chez ses
patients. Certaine qu'elle ne s'en débarrasse pas en se démaillant.*

*Merci tout particulièrement à Carine, écrasée par sa sagesse, mais bien plus encore par
son exubérante générosité et par ses certitudes dont je suis dépossédée.*

*Au personnel de la Maison Bleue, habitué à tout cela. À son souci du travail bien fait :
remettre en bon état ce qu'on lui confie malingre. À ceux qui côtoient ces maladies ; aux
mille détresses additionnées.*

*J'ai étudié les écrits des spécialistes de la gérontologie et je leur suis redevable des
connaissances que j'ai acquises dans ce domaine.*

*Aux petits doigts fins de Léa qui participèrent avec dévouement à la confection des tenues de
ces drôles de marionnettes.*

Merci à mon père qui a suivi, relu et commenté ma prose.

À jamais ma gratitude envers ma mère pour sa confiance et son enthousiasme sans faille.

À Adèle qui m'a soutenue contre vents et marées.

À mon cher et tendre qui fut à mes côtés lorsque le doute m'assaillait.

*Merci enfin à mes fidèles amies étudiantes orthophonistes. Aux heures de détente qui nous
ont rassemblées. Si propices à l'inspiration.*

Pour ma cousine Nathalie à qui je dois l'incarnation de mes mots.



Image 2: marionnettes fabriquées en atelier

«Pas plus que le mouvement, la parole ne sort de la marionnette elle-même, rien de ce qui lui arrive n'est naturel»,

Annie Gilles

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PARTIE THEORIQUE

A) MARIONNETTES ET THERAPIE

CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA MARIONNETTE

I. Définition

- I.1. Rôle de double
- I.2. Distanciation et jeu
- I.3. Inquiétante et étrange
- I.4. Support de la communication
- I.5. Support d'expression corporelle
- I.6. Outil médiateur thérapeutique

II. Fonction ludique

III. Fonction thérapeutique

- III.1. Cadres d'utilisation
- III.2. Rire et dérision au service de la médiation

CHAPITRE II. LA MARIONNETTE COMME OBJET MEDiateur

THERAPEUTIQUE

I. Rôles de la marionnette

- I.1. Au théâtre
 - I.1.1. Le cadre théâtral
 - I.1.2. La marionnette théâtrale
 - I.1.3. Le jeu de la marionnette
 - I.1.4. Les bénéfices de la marionnette
- I.2. Dans la thérapie
 - I.2.1. La part du Double
 - I.2.2. Dissociation objet-sujet
 - I.2.3. Dimension envoûtante et fantastique
 - I.2.4. Le discours de la marionnette
 - I.2.5. En quoi la marionnette est-elle rééducative?

- I.2.6 Objet thérapeutique
 - I.2.7. Psychothérapie de groupe
 - I.2.8. Bénéfices
- II. Fabrication des marionnettes
 - II.1. Autour du visage
 - II.2. Autour du regard
 - II.3. Matériaux de fabrication
 - II.4. Guide du thérapeute
 - II.5. Création d'une identité
 - II.6. Les bienfaits masqués
 - II.7. Appréhensions
- III. Art-thérapie
 - III.1. Esquisse de définition
 - III.2. Un exemple pertinent d'atelier
- IV. Expériences publiées
 - IV.1. Liste non exhaustive
 - IV.2. Relevé des points de vue
- V. Point de vue singulier du recours à la marionnette auprès des personnes âgées

B) LA PERSONNE AGÉE

CHAPITRE I. VIEILLISSEMENT ET MALADIES LIÉES À LA SÉNESCENCE:

RAPPELS

- I. Les réalités du vieillissement
 - I.1. Etat des lieux sur le vieillissement
 - I.2. Vieillissement normal par opposition à vieillissement pathologique
 - I.3. Vers un vieillissement pathologique
 - I.4. Les enjeux de la rééducation
- II. Pathologies associées au vieillissement

CHAPITRE II. DÉMENCE ET MALADIE D'ALZHEIMER

A) GÉNÉRALITÉS

- I. Historique et définition
 - I.1 Rappels historiques
 - I.2. Définition de la démence
 - I.3. Définition de la maladie d'Alzheimer

I.4. Confusion diagnostique

II. Classification

II.1. Comment classer les démences?

II.2. La démence dégénérative de type Alzheimer

III. Épidémiologie

III.1. Rappels

III.2. Épidémiologie

III.3. Facteurs de risque

B) SYMPTOMATOLOGIE

I. Mémoire

I.1. Qu'est-ce que le MCI?

I.2. Les troubles de la mémoire: première manifestation de la MA

I.3. Sous-systèmes de la mémoire

I.4. Mémoire du passé dans la maladie d'Alzheimer

II. Langage

II.1. Différents stades de la maladie

II.2. Troubles dominants dans la MA

II.3. Variabilité des troubles du langage au cours de la maladie

III. Jugement, raisonnement, organisation

IV. Atteinte perceptivo-motrice

V. Comportement

VI. Pragmatique

VII. Communication

C) EVOLUTION - DIAGNOSTIC – TRAITEMENT

I. Diagnostic

I.1. Diagnostic probable

I.2. Diagnostic certain

II. Evolution

III. Traitements

III.1. Traitements symptomatiques

III.2. Traitement médicamenteux des troubles cognitifs

III.3. Traitement médicamenteux des troubles non cognitifs

III.4. Traitement non médicamenteux

III.5. Conclusions

PARTIE PRATIQUE

A) STRATEGIE DE RECHERCHE: INTERVENTION EN INSTITUTION AUPRES DE PERSONNES SAINES ET DEMENTES

- I. Présentation du protocole de recherche
- II. Présentation de la maison de retraite
 - II.1. Présentation de la Maison Bleue
 - II.2. Présentation de la population
- III. Calendrier
- IV. Démarche
 - IV.1 Bilans de la personne âgée 1 et 2
 - IV.2. Patient-Spectateur
 - IV.3. Patient-Acteur
 - IV.3.1. Ateliers
 - IV.3.2.. Expressivité émotionnelle

B) COMPARAISON DES RESULTATS

- I. Bilans de la personne âgée 1 et 2
- II. Patient-Spectateur
 - II.1. Spectacles 1 et 2
 - II.2. Interviews 1 et 2
- III. Patient-Acteur
- IV. Discussion

C) SYNTHESE DES RESULTATS

- I. Bilan de la personne âgée 1 et 2
- II. Patient-Spectateur
- III. Patient-Acteur

D) APPORTS DE LA MARIONNETTE

- I. Social
- II. Expression
- III. Habiletés pragmatiques
- IV. Stériles

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ILLUSTRATIONS

ANNEXES

Annexe 1: Abréviations

Annexe 2: Questionnaire de recensement des centres d'intérêt des résidents, projet de vie individuel, déroulement de la journée et agenda

Annexe 3: Tableau récapitulatif et diagramme de fréquentation des ateliers de la maison de retraite, groupe expérimental/groupe de référence

Annexe 4: Cotations des patients aux bilans 1 et 2

Annexe 5: Tableau des pourcentages de réussite aux épreuves du bilan 1 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 6: Tableau des pourcentages de réussite aux épreuves du bilan 2 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 7: Extrait du spectacle 2

Annexe 8: Exemple de réalisation de la reconstruction d'une marionnette en atelier

Annexe 9: Photographies des marionnettes réalisées en atelier avec leur fiche d'identité

Annexe 10: Photographies du décor évoqué en atelier

Annexe 11: Comparaison des résultats individuels, par épreuves, d'une année à l'autre

Annexe 12: Tableaux comparatifs de l'interview 1 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 13: Tableaux comparatifs de l'interview 2 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 14: Résultats obtenus après analyse informatique pour madame S.

Annexe 15: Résultats obtenus après analyse informatique pour madame B.

Annexe 16: Comparaison des résultats des bilans 1 et 2 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 17: Pourcentages de réussite aux questions des interviews 1-2 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 18: Etude comparative des habiletés pragmatiques sur un an

Annexe 19: Mise en exergue des habiletés pragmatiques réapparues

*«C'est une maison bleue
Bâtie à la colline
On y vient à pied, on ne frappe pas
Ceux qui vivent là ont jeté la clé
On se retrouve ensemble
Après des années de route
Et l'on vient s'asseoir
Autour du repas
Tout le monde est là, à cinq heures du soir»*

Maxime Leforestier



Image 3: Maison bleue de Kautekeino

*« Comme toujours, les erreurs – factuelles ou autres –
incombent totalement aux personnes précitées. L'auteur n'a
évidemment rien à se reprocher »,*

Harlan Coben



Image 4: Joseph

INTRODUCTION

L'action thérapeutique de la marionnette n'est plus à démontrer: en effet, de nombreux travaux témoignent de son influence bénéfique sur la communication. La connaissance de multiples expériences réalisées auprès d'enfants et d'adultes a suscité notre intérêt à la mise en place d'une étude sur l'impact de l'utilisation de la marionnette auprès d'une population âgée. Un protocole de même nature a déjà été expérimenté auprès d'enfants porteurs de TED: les résultats probants de cette expérience nous ont encouragé dans notre démarche. Par ailleurs, la bibliographie nous a offert la possibilité de décrire les éléments thérapeutiques à travers des auteurs aussi bien philosophiques qu'analystes.

D'aucuns prétendent non sans raison que la marionnette est un objet, un jeu réservé à une population jeune. Pourtant, n'est-il pas possible de songer que son exploitation puisse s'étendre au-delà, auprès d'une population adulte, voire âgée? Il serait effectivement dangereux de s'arrêter à cette première impression stéréotypée. En raison des rôles qu'elle peut revêtir pour chaque âge, la marionnette n'est-elle pas vouée à connaître un succès croissant?

Les intervenants qui ont recours la marionnette connaissent fort bien l'ampleur de ses possibilités thérapeutiques. Mais est-ce aussi vrai pour tous les autres qui n'ont pas utilisé ce médium dans leurs pratiques?

A. OSTA, orthophoniste et professeur à l'École d'Orthophonie de Nice, a partagé sa passion pour les marionnettes avec moi et a évoqué les spectacles qu'elle met en scène depuis quelques années. Elle a su m'orienter vers des observations minutieuses sur l'apport diversifié de la marionnette, me faire valoir ses multiples aspects, tout cela baigné dans un contexte intimement lié à l'aspect orthophonique.

L'hypothèse énoncée est donc qu'avec la marionnette nous pouvons influencer les versants expressifs et réceptifs de la communication et par conséquent, en la soumettant à des personnages âgés diagnostiqués démentes, stimuler voire faire reculer la dégradation de leurs habiletés communicatives.

Ce protocole s'est étalé sur plus d'une année, auprès de personnes âgées autour de spectacles de marionnettes et d'ateliers créatifs.

La première partie de ce mémoire présente les généralités sur la marionnette, puis plus particulièrement son action bénéfique sur la personne âgée en tant qu'outil médiateur thérapeutique.

Ensuite, nous nous sommes penchés sur la pathologie particulière qu'est la démence, avons

exposé sa symptomatologie et sa prise en charge actuelle.

Dans la seconde partie de ce mémoire dédiée à la pratique, nous rendons compte en premier lieu des choix réalisés dans la mise en œuvre de ce mémoire. Nous définissons la population choisie, le protocole employé en détaillant les différentes étapes de travail ainsi que les méthodes d'évaluation utilisées. Chez cette population où les habiletés communicatives sont souvent amoindries par la maladie, il nous a paru important de signaler que l'émotion peut ainsi devenir la clé de voûte de l'acte communicatif. C'est la raison pour laquelle nous avons eu recours à Praat, logiciel informatique analysant les paramètres acoustiques vocaux pour l'étude des productions intonatives demandées aux participants. En dernier lieu, nous présentons les résultats individuels obtenus à partir desquels nous envisagerons une discussion avant d'exposer les résultats collectifs.

C'est donc aux lumières de multiples éléments théoriques, en considérant les différentes tentatives déjà menées particulièrement en orthophonie, dans le domaine de l'expression et de la perception, que nous avons engagé une expérience propre d'emploi des marionnettes auprès de personnes âgées souffrant de troubles de la communication.

PARTIE THEORIQUE



Image 5: photographie d'une marionnette de Thierry Evrard

A) MARIONNETTES ET THERAPIE

« Le théâtre est le premier sérum que l'homme ait inventé pour se protéger de la maladie de l'Angoisse », Jean-Louis Barrault, Nouvelles réflexions sur le théâtre

CHAPITRE I. PRESENTATION DE LA MARIONNETTE

"Marionnette: petite figure de bois ou de carton qu'un homme placé derrière une toile fait mouvoir à l'aide de fils ou de ressorts, sur un petit théâtre..." d'après la définition du dictionnaire Larousse

I. Définition

La question pourrait paraître sans intérêt tant la marionnette fait partie de nos objets familiers depuis l'enfance. C'est oublier que, plus qu'un objet, la marionnette est un concept auquel il a fallu donner sa permanence de fiction et délimiter son caractère iconique. A chaque fois que nous rencontrons dans la réalité une marionnette, en action, ou seulement inerte: il nous faut réduire sa présence, envoûtante ou inquiétante, pour lui donner sa juste place.

I.1. Rôle de double

La marionnette a ceci de particulier parmi les objets: elle doit subir une transformation pour acquérir son statut. Celle-ci parvient à changer ce type de «jouet», cet objet anthropomorphe, en quelque chose de radicalement autre. Mais, en même temps, point capital, elle assure que cet autre redevienne, après son détour par l'animation, un objet. C'est bien cet aller-retour qui fonde la transformation en question, qui peut d'ailleurs se résumer dans une définition possible de la marionnette comme objet-qui-n'en-est-plus... pour y revenir. Cette opération n'est pas purement d'ordre cognitif mais implique une articulation entre les trois registres dégagés par Lacan: le Réel, le Symbolique, l'Imaginaire. Autrement dit, l'existence d'une marionnette est de l'ordre d'un nouage entre ces trois instances, avec cependant une tendance à la prédominance du registre imaginaire du fait de la nature plutôt iconique de toute marionnette. Le rapport aux [marionnettes](#) et à la fiction particulière à laquelle elles nous invitent ne serait alors rien d'autre que l'un des effets possibles de l'identification symbolique, celle-là même qui permet de jouer avec son identité sans craindre de la perdre. La marionnette, si elle est toujours l'Autre, n'a de vie que parce que je veux bien lui en prêter.

La marionnette a parmi ses missions ancestrales celle de donner corps à tout ce qui n'en a pas ou n'en a plus, figurer la vie. Elle fut la première représentation concrète de ce qui est « l'âme ». Selon le réseau de significations dans lequel elle se trouve prise, elle peut être signe esthétique, rappel d'une réalité absente et désirée, re-présentation, ou, avec une portée très différente, double de cette même réalité.

I.2. Dinstanciation et jeu

« Le théâtre, c'est ce qu'on peut toujours faire... On peut jouer quand on est nu, quand on n'a rien. Il suffit que reste un peu de mémoire », A.Vitez, L'âme et la partie pour le tout (Théâtre Public n°34/35)

La manipulation de la marionnette met en scène la transgression des interdits. Outre ses dimensions pédagogique, socialisante, ré-éducative, elle peut venir à la place de toutes les figures de l'inconscient incarner de façon fugitive ce qui était forclos, faire ressurgir le refoulé pour lui donner parole.

C'est parce qu'elles savent créer sans aucune ambiguïté cette distance par rapport à la réalité, tant dans leurs formes que dans le cadre du dispositif où elles se manifestent, que les marionnettes peuvent, de façon persistante et quasi-universelle, s'adonner gaillardement à la revendication, la licence, la caricature et la transgression sous toutes ses formes...

Le théâtre de marionnettes est un remarquable instrument à la fois d'énonciation et de distanciation. Le destin de marionnette est d'objet devenir personnage, recevoir un nom, un rôle, s'animer dans un espace de jeu en nouant des relations avec les autres personnages. En ce sens, la marionnette, objet de théâtre et qui implique, selon les termes d'Henry Jurkowski [Marionette et thérapie, 36] « cette séparation entre le sujet parlant et la source physique de la parole » constitue par excellence cet instrument de distanciation qui permettra peut-être que s'instaure le jeu.

I.3. Inquiétante et étrange

Pour l'instant, nous nous arrêterons sur l'une des formes du pouvoir produit par la marionnette évoquée par G. Sand: l'effet d'inquiétante étrangeté qui peut parfois s'en dégager. S. Freud, à propos des relations entre les enfants et leurs poupées, note que, lors des premiers jeux, l'enfant ne fait généralement pas la distinction entre l'animé et l'inanimé, et qu'il éprouve même une sorte de plaisir à traiter sa poupée comme un être vivant et à désirer qu'elle le devienne. Ce plaisir, constate Freud, est donc l'exact opposé de la réaction d'"inquiétante étrangeté" que peut ressentir l'adulte face à des objets inanimés comme les poupées artificielles, les automates ou les mannequins de cire qui paraissent s'animer en certaines circonstances.

Elle donne néanmoins facilement lieu à projection, sur cet objet, d'une intentionalité... Et ce

sentiment, qui s'accompagne de celui de l'inquiétante étrangeté, surgit chaque fois où les limites entre imagination et réalité s'effacent, où un symbole prend l'importance et la force de ce qui était symbolisé.

I.4. Support de la communication

« Les marionnettes sont des êtres vivants ; elles s'inspirent de notre réalité intérieure et elles vivent dans l'imaginaire : nos émotions, nos joies, nos peines, nos sentiments. Les marionnettes disent des choses que nous ne pourrions dire autrement. », C.Lavoie

Loin de mi-dire, la marionnette exagère tellement qu'il lui est possible de trop dire. Mais, est-il essentiel qu'une marionnette parle? Mais peut-on tout dire avec une marotte? Avec la même marotte? L'expérience montre qu'une marionnette est faite pour jouer un rôle et un seul. Les personnages ne sont pas interchangeables: une marionnette a une identité et ne peut jamais faire n'importe quoi. Une adéquation est nécessaire entre son apparence et sa personnalité. Et les marionnettes ne peuvent disposer de toute la diversité du registre d'un être vivant.

I.5. Support d'expression corporelle

Toute approche sémiologique du théâtre de marionnettes met en évidence que son langage n'est pas essentiellement verbal. Avec la marionnette, il s'agit avant toute chose de montrer. Or, montrer, c'est déjà s'adresser aux autres. Le marionnettiste est très souvent le créateur de sa marionnette: et, avant d'être un langage de mots, le langage de la marionnette est celui de l'espace, des formes.

Et quand les marionnettes parlent, ce qu'elles disent n'est pas toujours un texte appris d'avance. Et c'est là précisément que pourront se produire quelques phénomènes inattendus, quelques « court-circuits »...

I.6. Outil médiateur thérapeutique

Elle est reconnue comme médiateur de choix en sa qualité de thérapeute parallèle. Elle ouvre sur le langage et c'est un discours. Elle allie création plastique, représentation scénique et expression langagière. Pourrait-on dire alors que tout recours à la marionnette serait, ipso facto, une thérapie? Plus que l'objet lui-même, c'est le champ relationnel dans lequel il vient s'inscrire qui donne au processus tout entier son éventuelle portée thérapeutique.

D'où l'importance de la notion de dispositif. Sa fonction, ses potentialités sont étroitement liées à l'articulation du dispositif symbolique dans lequel elle évolue et à l'intentionnalité, explicite ou cachée, de ceux qui, individus ou sociétés, la mettent en place.

Selon que l'on travaille avec des adultes ou des enfants, des handicapés moteurs ou sensoriels, des déficits mentaux, des sujets présentant des troubles de la personnalité, une inadaptation sociale, des symptômes névrotiques ou une désorganisation psychotique, les objectifs et les méthodes pourront être différents.

La visée du travail peut être la revalorisation narcissique d'un sujet inférieurisé, la simple levée d'un symptôme gênant, agitation, inhibition, anxiété rendant difficile la communication avec l'entourage ou l'insertion dans le tissu social.

II. Fonction ludique

« Qu'est-ce qu'une marotte? Elle est un instrument de transmission d'un savoir insu, refoulé, jamais venu à la surface. Elle est aussi un double où se lit l'histoire du sujet. Elle est le support de la parole. Elle est surtout le sujet », G.Lacroix, L'objet où s'inscrit l'histoire qu'on ignore

Dans le milieu tout venant, la marionnette a pris un caractère populaire, ludique et sarcastique. Elle est utilisée pour amuser les enfants et est aujourd'hui un prétexte à l'interaction.

A l'école, elle est exploitée de différentes façons. Manipulée par l'instituteur, elle retient l'attention et peut être l'occasion de faire passer une leçon. De ce fait, elle peut servir dans un objectif de structuration du langage de l'enfant. Elle peut aussi être manipulée par des intervenants extérieurs dans le cadre d'une représentation. Et, l'enfant lui-même peut se l'approprier: elle peut permettre d'amorcer le dialogue chez un enfant inhibé ou faire fonction de jeu.

La marionnette peut également servir de prévention; par exemple, elle permet d'aborder des problèmes difficiles, résoudre des conflits... Elle peut être également utilisée de manière prophylactique en mettant en garde les enfants contre certains dangers de la vie, domestiques, en voiture...

Les marionnettes sont ludiques et jubilatoires. Elles ouvrent et favorisent l'imaginaire. Elles sont formatrices car exigeantes à gérer. La personne qui manipule la marionnette va avoir à se décentrer, à imaginer comment son personnage voit les objets. Elle va devoir prendre conscience des gestes et mouvements de la marionnette pour exprimer un désir, une intention ou un sentiment.

Les marionnettes n'ont pas bonne presse car elles sont considérées comme désuètes et enfantines mais pourtant elles offrent de remarquables possibilités. Elles permettent d'aborder à l'envi la créativité à travers le modelage et la peinture, l'écriture du scénario, le jeu de scène et l'expression langagière.

III. Fonction thérapeutique

« Un des avantages des marionnettes est la possibilité de réagir à leur égard sans se soucier des conséquences de vos réactions. Une bouteille bleue complètement folle ne peut pas vous faire de mal si vous criez qu'elle est idiote, et c'est vraiment un plaisir de crier sur les gens déraisonnables à un moment ou à un autre », Ray Nusslein

III.1. Cadres d'utilisation

Lorsqu'on utilise la marionnette dans un but thérapeutique, on fait coexister des éléments du théâtre de [marionnettes](#) et quelque chose en plus. Ce quelque chose reste toujours difficile à définir et revient au fond à parler de cadre. Or, avec la marionnette, les cadres sont très divers et il n'y a pas de dispositif standard qui vaudrait dans n'importe quelle situation.

De plus, la marionnette est bien souvent utilisée au sein d'un dispositif plus large qui ne repose en rien sur sa spécificité. De nombreux psychanalystes d'enfants utilisent ainsi la marionnette comme un objet parmi d'autres dans ce qu'ils mettent à disposition pour leurs patients. Cependant, on peut soutenir qu'il y a bien une spécificité de ce type d'objet dans le travail psychanalytique. Cette spécificité tient à la capacité délégative, substitutive de la marionnette, qui produit de la représentation à distance du sujet, par un détour.

Un dispositif marionnettique à visée thérapeutique est donc un dispositif sous transfert pour produire de la représentation, et la question est bien de passer de la mise en scène à la mise en acte. Mais, il est évident que le travail thérapeutique ne se fera pas de la même façon avec des patients de structures différentes. Il est impératif de savoir à quel Autre le sujet a affaire, ce qui déterminera la position dans le transfert.

III.2. Rire et dérision au service de la médiation

Le rire et la dérision créent de la complicité et favorisent la mise à distance et la maîtrise des sentiments d'anxiété et d'angoisse suscités par l'approche de la mort. La médiation marionnettes peut, en ce sens, apporter un accompagnement et un réconfort aux personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer.

En effet, le rire et la dérision, en s'inscrivant dans un cadre symbolique chargé de sens, peuvent avoir des vertus thérapeutiques qui vont au-delà de la catharsis des pulsions agressives. Ils sont utilisés comme antidote contre la peur, une tentative de maîtriser des sentiments d'anxiété et d'angoisse que l'approche de la mort provoque. C'est une façon de maîtriser la peur de cette mort.

De plus, le rire peut devenir un outil dans la relation thérapeutique. C'est un outil de communication profond et non verbal entre patient et thérapeute. Il crée, d'une part, le partage et la complicité; de l'autre, une distance pertinente face aux affects pénibles. En tant qu'outil thérapeutique, il doit infailliblement rester sincère et authentique.

CHAPITRE II. LA MARIONNETTE COMME OBJET MEDiateUR

THERAPEUTIQUE

« Pour que la marionnette puisse prendre le nom de technique psychothérapique, il lui faut couper le cordon qui la relie au monde de la représentation théâtrale », Roland Schohn

De nombreuses personnes utilisant la marionnette comme moyen thérapeutique ignorent presque tout de la particularité du théâtre de marionnettes. Cette ignorance entraîne une difficulté notable à dégager certains traits théoriques que la marionnette thérapeutique partage avec la marionnette théâtrale. Elle entraîne, d'autre part, la tentation d'acquérir un savoir technique de la marionnette théâtrale comme remède à cette carence. Il y a là, de façon évidente, un leurre. Savoir fabriquer et bien manipuler une marionnette ne donne pas la clé de sa bonne utilisation thérapeutique. D'un autre côté, les considérations des marionnettes sur leur art ne tiennent pas compte d'une perspective thérapeutique. Il nous a donc paru intéressant de tenter de dégager, de la pratique théâtrale de la marionnette, les phénomènes psychologiques qui peuvent être les éléments justifiant l'élaboration d'une technique thérapeutique.

Que vise en effet toute technique psychothérapique? Schématiquement, de proposer à des personnes en état de souffrance psychique, les moyens de restructurer leur vie, dans ses aspects individuels et sociaux, dans la perspective d'un jeu. La guérison, qui est le but poursuivi, doit s'entendre comme la réalisation par le patient d'un nouvel équilibre des diverses instances psychiques entre elles; également un nouvel équilibre entre les énergies psychiques et celles du corps.

I. Rôle de la marionnette

I.1. Au théâtre

Un des plus puissants et constants effets du théâtre sur les spectateurs et les acteurs est ce qu'on appelle la catharsis. On sait que c'est à partir de son étude que Moreno a mis au point son utilisation dans un but thérapeutique: le psychodrame. Selon Didier Anzieu [Roland Schohn, 44], "L'originalité de Moreno, qui connaissait Freud et l'évolution de ses travaux, est de dissocier catharsis et hypnose, et de reproduire l'effet cathartique avec des sujets pleinement conscients, ce qui ne pouvait se réaliser que par le mode naturel de production de cet effet: le théâtre."

I.1.1.Le cadre théâtral

"Nous ne savons pourquoi nous nous sommes toujours ennuyés à ce qu'on appelle le théâtre. Serait-ce que nous avons conscience que l'acteur, si génial soit-il, trahit, et d'autant plus qu'il est génial ou personnel, davantage la pensée du poète? Les marionnettes seules dont on est maître, souverain et créateur, car il nous paraît indispensable de les avoir fabriquées soi-même, traduisent, passivement et rudimentairement, ce qui est le schéma de l'exactitude, nos pensées",
A. Jarry

a) en tant qu'acteur

Le théâtre est un lieu: on dit le théâtre des opérations. Du haut de ce lieu scénique se donne à voir quelque chose qui, entre fiction et réalité, n'est qu'apparence. De ce qui est exagéré ou mensonger, on dit « c'est du théâtre ». Mais le théâtre est un art. Mais peut-on dire que l'art est une thérapie? Faut-il, avec Antonin Artaud [Marionnette et thérapie, 36], « croire à un sens de la vie renouvelé par le théâtre »?

Nous pensons, de fait, que l'essence même du théâtre est dans les possibilités de guérison qu'il apporte, à l'individu, et surtout au groupe. Il donne au spectateur la possibilité de libérer sa pensée subjective, de voir ses fantasmes s'incarner, grâce à l'irréalité foncière de la représentation, au caractère symbolique de la forme et des gestes de la marionnette. Le théâtre de marionnettes constitue sans aucun doute une des expressions théâtrales élevant à son plus haut niveau d'efficacité la dynamique cathartique.

L'espace scénique offre son champ clos afin qu'il s'y trouve formulé un message inconscient pouvant ouvrir la voie, thérapeutique, vers un mieux être. Il est un lieu d'énonciation, facilite cette délimitation d'une aire de jeu, où ce sont les marionnettes qui parlent et évoluent.

b) en tant que spectateur

Le jeu théâtral, par l'identification qu'il suscite chez le spectateur, permet une libération de ses affects, lui donne l'occasion, l'instant du spectacle, de modeler le monde selon son propre désir ou du moins d'en avoir l'illusion. Par l'intermédiaire de l'acteur, il peut s'abandonner à ses pulsions plus ou moins réprimées. Il en résulterait une diminution des tensions intérieures à l'origine du plaisir ressenti, en quelque sorte, une purgation de l'âme.

Mais le théâtre va plus loin et peut permettre au spectateur de prendre conscience de la nature illusoire du spectacle et donc de prendre du recul par rapport aux sentiments qui sont ravivés en lui par l'identification. Ce dédoublement peut provoquer en lui des modifications profondes, le changer. Ce n'est que divertissement ou purification, nous attendons du spectacle qu'il nous change.

I.1.2. La marionnette théâtrale

Il s'avère de plus en plus difficile de donner une définition globale de la marionnette. La multiplicité de ses formes, de ces utilisations, déborde largement le cadre exigü que le sens commun, lourd de préjugés, lui a assigné. Ce guignol, dont les apparitions étaient réservées aux enfants- précisions même: aux très jeunes enfants- était malheureusement devenu le cliché qui surgissait dans l'esprit de beaucoup quand le mot marionnette était prononcé. Les choses sont, à cet égard, en train de changer. Les recherches contemporaines ont réussi à sortir la marionnette des grilles des jardins publics. Les découvertes plastiques, les différentes façons de manipuler, que le théâtre moderne de marionnettes a fait éclore, ont modifié le regard du public et des créateurs par rapport à cet art. La marionnette se différencie de l'automate, elle ne se veut pas que miroir. Du fait de sa nature symbolique, elle rompt l'échange duel. Au spectateur et au marionnettiste qui lui prêtent vie par la puissance des projections imaginaires, elle rappelle qu'elle est bois, cuir, étoffes, manipulée par un autre. Elle évoque, incarne sans cesse la présence de l'autre. Elle provoque la résurgence d'anciennes expériences imaginaires, et, dans le même temps, manifeste le tiers, l'autre, dénonciateur du leurre. Elle se situerait donc au carrefour de l'imaginaire et du symbolique, objet de projection imaginaire, objet symbolique.

I.1.3. Le jeu de la marionnette

Phénomène théâtral, on pourrait même dire origine historique du phénomène théâtral, il présente des constantes esthétiques et expressives particulières qui le différencient de façon radicale du jeu du comédien. Il agit sur le spectateur et le marionnettiste en concernant des sensibilités spécifiques.

Le choix fait par le théâtre de marionnette de tenter de représenter la réalité par la manipulation de personnages fabriqués le place d'emblée dans une position de décalage par rapport au réel. Au théâtre, on le sait bien, tout est irréel, "faux". Mais le comédien, en tant que personne humaine, a une réalité qui précède et accompagne le personnage qu'il incarne. La marionnette, elle, n'existe qu'en tant que personnage et que pendant le temps où elle est manipulée. Tant qu'elle n'est pas jouée, la marionnette n'est qu'inertie inexpressive. Pour que l'illusion de réalité existe, il y a nécessité d'un double jeu: celui du marionnettiste qui prête mouvement et expressivité à la marionnette; celui, complice, du spectateur qui accorde à la marionnette une réalité illusoire.

Le réel signalé par la marionnette est donc d'emblée très éloigné de la réalité qu'elle tente d'évoquer. Le théâtre de marionnette donne donc lieu à une représentation symbolique de la réalité. Ainsi, le jeu projectif de l'objet-marionnette est bien différent de celui proposé par le comédien.

En conséquence, comme le remarque R.D. Bensky [Roland Schohn, 44], "pour que sa main (du marionnettiste) devienne symboliquement pour lui un être pensant, il lui faut une faculté prodigieuse de

dédoublément."Ce dédoublement (désigné par le marionnettiste par le terme de dissociation) s'exerce sur deux plans: un plan technique de manipulation, un plan psychologique, celui de la projection du personnage.

Par ailleurs, la main fabrique la marionnette et, par le jeu, lui donne vie. Un acteur peut jouer directement de son corps et de sa voix. L'écart qui existe entre le rôle et lui-même est intérieur, d'ordre psychique. Cet écart existe physiquement, concrétisé par l'objet marionnette. Et c'est la main qui assure la tâche de médiateur entre le corps du marionnettiste et celui de la marionnette.

Les marionnettes parlent avec leur corps et leur corps est bâti à cette fin. Les marionnettes exagèrent les mouvements du corps humain. Tout se passe comme si les fonctions d'un seul corps étaient distribuées à plusieurs, élargissant ainsi chaque fonction singulière et lui donnant une vie qui a son sens propre. Ceci illustre le phénomène de la transposition des gestes humains que la marionnette est obligée de faire afin d'acquérir son expressivité. La nécessité de s'approcher au plus près du "type" lui demande de décomposer, pour l'amplifier, tout geste issu de la réalité humaine..." Tout mouvement qui n'est qu'indiqué n'est pas perceptible. Il ne faut jamais se contenter d'intention, mais aller jusqu'au bout d'un geste, d'une attitude, jusqu'au bout d'une expression..." nous apprend A.C.Gervais [Roland Schohn, 44]. Il lui faudra visualiser tout sentiment, concrétiser toute pensée, car toutes les nuances expressives, les contradictions que peut suggérer le comédien dans son jeu, lui sont inaccessibles... C'est pourquoi Duranty [Roland Schohn, 29] affirme que: "Ce que font les marionnettes domine entièrement ce qu'elles disent."

I.1.4. Les bénéfices de la marionnette

Mais avant d'être un être de théâtre, elle est, dans le secret de sa création, support de la parole de son créateur. Elle est célébrée parce qu'elle permet de faire théâtre de soi-même, de franchir en personne (mais tout en demeurant caché) du secret de la vie psychique jusqu'à l'exhibition de la vie publique.

Les succès obtenus sont notamment l'amélioration du langage chez certains bénéficiaires ayant des problèmes d'élocution, la tolérance plus grande des uns envers les autres, la diminution des problèmes cognitifs, l'acceptation d'un handicap physique et la très grande valorisation des bénéficiaires.

I.2. Dans la thérapie

La marionnette constitue une médiation de synthèse car à elle seule, elle réunit de nombreuses activités concrètes et culturelles: le modelage, le conte, l'expression théâtrale et scénique, et enfin l'écriture.

Sur le plan du soin, la richesse de cette médiation (utilisation de techniques différentes, arts-visuelles, sonores ou corporelles) semble utile quand on est confronté à des personnes n'ayant que de brefs moments de concentration.

L'emploi des marionnettes dans les dispositifs de soin en général, et psychothérapiques en particulier, est de plus en plus fréquent. Aussi, une utilisation raisonnée de ce médium implique une conception théorico-pratique d'un objet culturel singulier dont il convient de dégager toutes les dimensions. Ce n'est qu'à partir de ce savoir sur la marionnette qu'une clinique à visée thérapeutique trouvera son fondement, pour dépasser ce qu'une trop rapide appréhension nomme la « magie de la marionnette ».

I.2.1. La part du Double

La marionnette n'est aucunement un objet anodin car une dualité lui est incontestablement inhérente.

Le concept du « double », analysé par S. Freud après Otto Rank, a servi de support à une application de la technique des marionnettes dans le champ de la psychothérapie adulte.

Rappelons que la personnalité se différencie par une série d'identifications.

Identification: *«processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci»*, Laplanche et Pontalis dans le dictionnaire de psychanalyse

Le fait d'attribuer à la marionnette un nom, un sexe, une identité permet d'essayer des personnalités différentes, de ne pas rester figé sur une identification.

Projection: *«opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs voire des objets qu'il méconnaît ou refuse en lui»*

Pendant la création de la marionnette, les projections imaginaires du créateur font de l'objet un lieu d'expression de son désir. C'est un mécanisme de défense: il s'agit de projeter sur le monde extérieur ce qui est dangereux ou mauvais..

Yves de la Monneraye [Colette Duflot, 14], lors d'une conférence à l'IUFM de Tours, déclare que l'on ne peut pas parler de la marionnette de manière non anthropomorphique: *«on ne peut pas la réduire à quelque chose qui échapperait à toute projection. C'est toute sa richesse et c'est pour ça que c'est à manipuler avec précaution parce que c'est tout ça qui est en jeu»*.

Dans le cadre de la création de sa propre marionnette, le sujet crée à son insu un autre lui-même. C'est pourquoi il a été posé l'hypothèse que les marionnettes sont un double de lui-même que le malade redoute, parce qu'il le sent sans en avoir conscience. En le réalisant sous forme de marionnette, il en prend conscience, ce qui diminue déjà la crainte qu'il lui inspire, mais il peut faire de ce double ce qu'il veut, y compris le détruire, ce qu'il ne peut faire dans la réalité où il y a crainte de détruire une partie ou la totalité de sa personnalité.

I.2.2. Dissociation objet-sujet

La distanciation face à l'objet est une étape nécessaire. La marionnette doit rester dans le registre de l'imaginaire. Elle peut se tromper, dire des gros mots, être ridicule, laide. Il y a une dissociation de l'objet-sujet qui déculpabilise le manipulateur. Cela prépare le joueur à se confronter à la vie réelle, dans un cadre où une fausse manoeuvre n'a que peu de conséquences.

A l'instar d'un masque, la marionnette créée constitue pour son créateur un miroir initiatique qui prend vie et lui permet de s'exprimer, de jouer avec distanciation des conflits psychiques, ses angoisses et ses affects.

I.2.3. Dimension envoûtante et fantastique

Elle a un aspect magique car elle échappe aux lois de la pensanteur, aux lois de l'univers physique: elle est dans une sorte de lévitation que l'on retrouve dans le rêve, qui échappe à toute règle de rationalité, de réalité, se moque de l'angoisse, des phobies. La position de la marionnette est entre deux mondes: l'imaginaire et le réel. Ce personnage qui naît de nos mains peut nous surprendre, nous ravir ou nous inquiéter. C'est une partie de nous-même qui souvent nous échappe.

La marionnette est un objet inquiétant, pouvant subitement passer de l'animation à l'immobilité. Elle matérialise le miracle de résurrection. Et c'est l'homme qui lui a accordé la vie.

I.2.4. Le discours de la marionnette

Ivan Darrault-Harris [Colette Duflot, 14], lors du colloque international de 1994, évoque un phénomène invisible mais mis en scène par la marionnette: c'est l'énonciation. Il définit la marionnette ainsi: *«Voilà une chose inanimée qui n'en n'est pas une. C'est une sorte de petite dépouille qui n'en finit pas de ressusciter et qui est mue divinement par le souffle d'une voix et par le corps d'un autre»*.

Le discours au sens large, suggéré par la marionnette, est multisémiotique. La marionnette peut passer du mouvement à l'immobilité, de l'état de présente-abandonnée. Elle peut passer du mutisme, aux

cris, au chant, à la parole et retourner au silence.

Le recours à l'utilisation de la marionnette s'inscrit dans le faire et le jeu du corps, mais doit passer par le langage. Il nous semble qu'une verbalisation doit être suscitée par les thérapeutes. Loin de mi-dire, la marionnette exagère tellement qu'il lui est possible de trop dire.

I.2.5. En quoi la marionnette est-elle rééducative?

Elle sert en prévention dans la mesure où elle permet d'aborder des problèmes difficiles, résoudre des conflits lors de phénomènes traumatisants.

De plus, du point de vue fonctionnel, le théâtre de marionnettes est un bon moyen de faire progresser ceux qui ont des difficultés de langage. Il s'agit d'offrir des conditions dans lesquelles leur propre discours intérieur pourra venir s'actualiser au cours d'une représentation scénique. Toutefois, l'explication prématurée d'un projet risque parfois de jouer un rôle de frein, de faire rejeter ces lapsus des mains par lesquels se manifestent ce que l'on n'attendait pas. Le thérapeute qui en sait trop risque de dérober sa créativité au patient.

Par ailleurs, la configuration transférentielle est particulière car les deux personnes communiquent à travers un objet qui la figure et la concrétise. Le travail à distance permet de ne pas attaquer le symptôme directement comme en rééducation: les défenses sont respectées, les résistances contournées.

Enfin, le recours à la marionnette présuppose chez le thérapeute, d'une part, une formation personnelle qui lui permette d'aborder ce travail à visée psychothérapique; d'autre part, il est souhaitable d'avoir une certaine connaissance de la marionnette, de ses caractéristiques spécifiques et de l'étendue de ses fonctions possibles dans le champ culturel.

I.2.6. Objet thérapeutique

« Pour que la marionnette puisse prendre le nom de technique psychothérapique, il lui faut couper le cordon qui la relie au monde de la représentation théâtrale », Roland Schlön

L'emploi des marionnettes en thérapie est connu de longue date mais on avait tendance, tout au moins en France, à penser qu'il était limité à la pédiatrie. Certaines équipes cependant continuaient à s'en servir en psychiatrie d'adulte. La redécouverte, grâce à des manifestations telles que le Festival mondial de Charleville-Mézières, que dans la plupart des autres pays les marionnettes étaient restées une forme de théâtre qui s'adressait à tous les publics, et le retour dans notre pays du public d'adulte à ces spectacles, ont attiré l'attention sur cette technique psychothérapique.

La marionnette constitue un recours pour les psychothérapeutes. Le patient qui se fait créateur d'une image qu'il va fabriquer, s'appuiera sur elle pour peut-être articuler un lambeau de discours.

Faire de la thérapie par les marionnettes ce n'est pas seulement faire du théâtre de marionnettes ou seulement faire de la psychothérapie de groupe car, en se combinant, ces deux éléments donnent naissance à une troisième forme de travail tout à fait originale. C'est encore, de par les émotions suscitées et revécues dans le jeu, par l'action et par le geste, un puissant moyen cathartique. Dans le cadre d'une pauvreté de langage, une expressivité linguistique fortement réduite, et une utilisation du corps extrêmement déficitaire, elle devient une forme de jeu symbolique. La fonction de miroir permet toute forme d'expression, déculpabilise la transgression et même l'agressivité. C'est une sorte de précurseur de la relation. Elle offre la possibilité de se mettre à l'épreuve, en se mettant en jeu dans la communication avec l'autre. C'est la clé de voûte du parcours thérapeutique qui a rendu possible aux sujets d'être actifs dans la communication sans se sentir dépassés par leurs propres émotions.

Toutefois, sa fonction, ses potentialités sont étroitement liées à l'articulation du dispositif dans lequel elle évolue et à l'intentionnalité de ceux qui, individus ou sociétés, la mettent en place.

I.2.7. Psychothérapie de groupe

En individuel, la marionnette introduit un tiers. Avec elle, l'Autre existe. C'est un auxiliaire précieux pour nouer ou renouer des liens de confiance, de socialisation. En groupe, elle a plusieurs avantages: l'adulte est mis en interaction avec d'autres adultes. Il ne s'agit pas d'être en dehors de la parole mais de la prendre comme support, avec un autre statut ne déclenchant pas l'acte. La parole doit donc être de fiction.

Donner vie, animer, voilà le projet d'un atelier. Pour cela, il s'appuie sur le groupe et la marionnette. Le groupe donne du sens en créant pour le malade une distance vis-à-vis de son symptôme. La marionnette est cet objet de bois qui permet à l'individu de saisir son propre corps.

Ce vers quoi s'oriente le déroulement du groupe est le jeu; l'objectif étant de le rétablir, ou de le susciter. Aussi, le docteur Jean Garrabé [Marionnette et thérapie, 36] dira, en évoquant une de ses expériences: « Il est bien vite apparu que ce temps de groupe de marionnettes n'était qu'un moment, particulier peut-être, mais un moment d'un projet thérapeutique et que ce qui se passait là nécessitait sinon un temps préalable, en tout cas un prolongement ».

Dans la prise en charge de ces personnes, qui est une prise en charge globale, il doit y avoir une interaction entre ce qui se joue à l'atelier et le reste de la prise en charge. Parce que les problèmes qu'ils amènent et qu'ils jouent dans l'atelier sont généralement tellement liés à leur vie, à leur problématique, à toutes leurs interrogations qu'on ne peut pas isoler un élément d'un autre.

I.2.8. Bénéfices

C'est au pouvoir expressif que, dans une très grande majorité des pratiques modernes de la marionnette dans le champ thérapeutique, on se réfère explicitement. De fait, permettre à des individus qui se vivent opprimés, l'expression plastique puis langagière de leurs aspirations, de leurs refus ou de leurs angoisses, constitue un objet respectable. S'exprimer est assurément une nécessité. Et pas nécessairement pour être compris mais simplement pour être entendu. Signifier « je suis là, j'existe ». Ainsi, la marionnette pourra, dans le cadre institutionnel, jouer le rôle d'un catalyseur de l'expression et de la communication.

Mais le concept d'expression est-il suffisant pour rendre compte de l'effet thérapeutique qui peut résulter de ces pratiques? Le sentiment que l'expression peut avoir une portée thérapeutique véhicule l'illusion qu'il y aurait des affects à vider pour s'en trouver libéré. Schéma archaïque du sujet comme d'un contenant dont il faudrait expulser le mauvais. Mais les effets d'une telle expulsion ne pourraient être qu'éphémères et toujours à répéter.

La finalité de ces groupes thérapeutiques n'est pas de guérir des patients que l'on accueille la plupart du temps après les échecs répétés d'un long parcours thérapeutique. L'essentiel du travail est de les aider à vivre avec moins de souffrance, à se construire ou se reconstruire une identité

II. Fabrication des marionnettes

*« Une marionnette, c'est d'abord une « image », plus précisément un « personnage » à créer. »,
Colette Duflot, Des marionnettes pour le dire*



Image 6: atelier de fabrication par des adultes

II.1. Autour du visage

La transposition dans les formes exige que soit représenté plastiquement ce qui exprime avec le plus de clarté le personnage à créer. "D'une façon générale, il faut repartir du personnage dans toute sa complexité et le ramener progressivement à ses éléments les plus simples et les plus indispensables pour un jeu déterminé" rend compte Denis Bordat [Roland Schohn, 44]. Cet impératif de simplicité conduit à élaguer tout ce que le réel présente de superflu par rapport à ce qui veut être exprimé. Le visage ne doit suggérer en soi aucun mouvement vital, non essentiel au caractère fondamental du personnage. Cette stylisation poussée aboutit à un visage-masque que le mouvement du jeu et l'imagination du spectateur revêtiront de toutes les expressions humaines.

II.2. Autour du regard

On peut avancer qu'avec la marionnette, le regard est partout: du côté du spectateur, du côté du marionnettiste, dans la marionnette. Une marionnette est d'abord un objet regardé et une marionnette sans regard est quelque chose d'inimaginable. Une «bonne» marionnette est bien celle qui donne l'illusion du regard vrai. La technique de fabrication assure ainsi une transformation qui opère une jointure entre l'œil et le regard.

Toutes les marionnettes marquent l'importance du regard. Une boule lisse sur laquelle on dessine des yeux, peut devenir au bout d'un doigt le visage vivant d'une marionnette. Un être humain se voit de cette façon schématisé en un mouvement et un regard combinés.

II.3. Matériaux de fabrication

Et que dire de ces matières d'où s'originent tant de marionnettes, matériaux de récupération, objets de rebut dénichés tels des trésors dans les décharges publiques ou poubelles? Désir de réparation ou joie sublime de transfigurer ce qui n'était plus regardable?

Le matériel comprend des éléments très proches de la quotidienneté. Au début, tout est bois, tissu, colle, vis, crochets, fils de fer savamment tordus, quadruples croix d'où pendent des fils semblant défier tout démêlage...

La marionnette entraîne, dans sa fabrication, un phénomène de symbolisation de phénomènes imaginaires, en quelque sorte une mise à distance, par l'introduction du tiers, du monde fantasmatique. Le fait du matériau, en soi, ne serait rien s'il n'était pris dans un réseau symbolique de significations. Les matériaux sont intimement liés à l'espace thérapeutique. Les objets peuvent être des lieux d'expression du transfert. Le matériau offert, dans le cadre du groupe, est une invitation à se servir du corps de l'Autre pour s'ériger en tant que sujet séparé.

II.4. Guide du thérapeute

Le mode d'intervention est la neutralité bienveillante car une aide trop modélisante risquerait d'entraver le libre jeu de l'activité du patient. Les soignants sont là pour aider, stimuler sans suggérer. Ils ont également une tâche de régulation: il s'agit de veiller à ce que le discours d'un des participants ne se trouve étouffé par l'égoïsme envahissant d'un autre. Ils essaient d'adopter une attitude qui laisse à la personne âgée le maximum d'autonomie tout en évitant les situations d'échec.

II.5 Création d'une identité

On ne peut trouver dans la création de marionnettes tous les mécanismes psychologiques et inconscients à l'oeuvre dans la création d'objet d'art. Créer une marionnette n'est pas créer une sculpture. Elle est avant tout personnage susceptible de prendre vie par la manipulation. Elle doit être conçue en termes d'expression et de mouvement.

Quand les marionnettes sont terminées, il convient qu'elles reçoivent alors une identité, un nom. Chaque patient se situe par rapport à sa problématique personnelle. Nous pouvons évoquer la recherche, pour les participants, d'une gratification narcissique: il s'agit d'amener des sujets qui sont en situation difficile parce qu'ils sont socialement rejetés, gravement handicapés, à éprouver le sentiment qu'ils sont, eux aussi, capables de créer. C'est ce projet de revalorisation que sous-tend explicitement l'action menée à Glasgow par Mickey Aronoff et Malcom Knight. Intervenant, entre autres, dans le cadre d'un hôpital de jour pour adultes, ils proposent une animation marionnettes à des personnes présentant des séquelles motrices et intellectuelles d'un AVC. Cette population se vit ou est vécue comme mise en rebut. Les patients ont pris, au cours du déroulement de cet atelier, conscience qu'ils pouvaient s'inscrire dans leur famille, dans leur quartier autrement que par leurs carences et leurs handicaps.

On peut également constater d'autres effets narcissiques: le sujet se pose en sujet et non pas en objet, rôle que l'on attribue souvent aux malades en institution. La fabrication de la marionnette a permis à la personne malade de s'identifier et s'approprier l'objet créé qui devenait une sorte de double pouvant agir selon ses désirs.

De plus, la création de la marionnette peut prendre la fonction de réparation et laisse entrevoir l'idéal du moi. Il ne faut pas beaucoup de corps pour animer et donner âme et vie à la marionnette. La fabrication d'une marionnette demande la plupart du temps, une grande implication de la part de celui qui la confectionne. C'est un temps souvent silencieux où le créateur se retrouve seul avec son personnage. En la construisant, il y projette un peu de lui-même. La création des personnes âgées répond entre autre à cette nécessité de reconstruction rétrospective de sa vie avant de la quitter.

II.6. Les bienfaits masqués

Lorsque les patients ont à construire eux-même leur marionnette, ce travail constitue nécessairement une phase préliminaire au jeu. Il s'avère, au fil du temps, que ces personnes, au cours de la phase de création, constituent véritablement autour de l'objet un début de discours. Cette ébauche de discours s'élabore dans l'intimité d'un groupe où le transfert est à l'oeuvre et ne peut devenir, extemporanément, discours tenu sur la scène sociale.

Par ailleurs, le travail artisanal de fabrication et la mise en scène développent le respect de soi, l'amour propre et l'activité de groupe. Beaucoup de personnes qui utilisent la marionnette en psychothérapie l'emploient dans un travail en face à face. Les autres composantes de cet art, la fabrication de la marionnette, des décors, des accessoires, des scènes, des théâtres, la conception du contenu dramatique dans une structure et la mise en scène sont laissées de côté. Si on a le temps et la capacité d'ajouter ces éléments, on augmente les possibilités d'amusement, d'éducation, d'expression et de thérapie. En effet, les accessoires ou les éléments de scène peuvent offrir la raison ou la motivation de l'expression.

II.7. Appréhensions

On rencontre aussi chez certains patients la crainte d'être infantilisés, féminisés, lorsque l'on demande par exemple à un homme de coudre les vêtements de sa marionnette. Ces réticences recouvrent bien souvent la crainte d'être confronté à l'impuissance.

III. Art-thérapie

III.1. Esquisse de définition

C'est quand il y a mal-être, souffrance, malaise manifestés dans les actes, le corps, qu'on peut évoquer l'art-thérapie qui n'est pas destinée aux seuls malades mais à tous ceux qui sont en projet de développement de soi-même, quelles que soient leurs conditions internes ou externes.

L'art-thérapie inscrit l'expression dans un processus qui fait évoluer la formée créée. L'expression soulage mais la création – suivie – transforme.

Parlant de l'art-thérapie et qui peut s'appliquer à la marionnette comme médiateur thérapeutique, Jean-Pierre Klein [Marionnette et thérapie, 36] écrit : "le rôle du thérapeute est d'accompagner le parcours symbolique d'une production à une autre, de pousser une forme qui s'y trouve en potentialité intervenant avec grande prudence dans le langage proposé." Plus loin, il écrit : "dans la manipulation de la marionnette, c'est l'alliance de la présence humaine et de celle d'une chose animée qui fait symbole."

III.2. Un exemple pertinent d'atelier

Adriana Laura Gudino propose un atelier d'art-thérapie de type ouvert; il se déroule au vu de tous et, compte tenu de l'état des patients, il n'a pas de périodicité fixe. Il y a deux ateliers par semaine. L'atelier se déroule dans le cadre d'unités de vie de type "Cantou", spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres formes de démences. Les sujets abordés sont la maladie d'Alzheimer, le rire et la dérision, les marionnettes, la question du double, la distanciation. L'objectif premier est de faire des liens entre l'univers plastique et celui du corps en art-thérapie. Non-résidents, aides-soignantes, parents, amis et bénévoles peuvent s'intégrer au groupe à condition d'aider la personne qu'ils viennent voir et de respecter les règles, en particulier celle de ne pas porter de jugements de valeur sur les productions.

Tout en gardant le cadre de l'atelier, Adriana Laura Gudino est contrainte de s'adapter en permanence à l'institution. Le bruit (télévision ou radio allumée en permanence, cris des résidents, conversations entre les aides-soignantes, rigolades du personnel...) empêche le bon déroulement des séances. Selon elle, [Adriana Laura Gudino, 49], peut-être sert-il à combler le vide, à exorciser et éloigner la peur de la mort.

A quel point peut-on rester souple si l'on veut en même temps respecter les participants de l'atelier et faire un travail thérapeutique efficace? A elle de rajouter: « Je crois que mon rôle d'art-thérapeute n'est pas d'interpréter le transfert mais, tout en étant consciente, de travailler sur la relation. Il me semble important que l'art-thérapie soit humain plutôt que complètement neutre, car sans peu d'amour ou au moins d'intérêt il n'y a pas de relation. Il ne s'agit pas de symbiose dans la relation mais de garder la bonne distance en conservant beaucoup d'humanité. »

Il est important que l'art-thérapeute puisse s'adapter à son patient, à sa recherche créative et à ses moyens de communication. Il se peut que cette médiation ne soit pas adaptée à tous, il faut compter avec l'adhésion et l'intérêt du patient pour que la médiation devienne un outil thérapeutique.

Comme pour toute autre forme de psychothérapie, l'évaluation des résultats des ateliers d'art-thérapie reste difficile. L'art-thérapie se bat par ailleurs avec une maladie progressive. Dans ce contexte, il doit pouvoir mesurer les bénéfices et se contenter de peu: les apports sont minimes. L'art-thérapie n'a aucune prétention de pouvoir soigner la maladie d'Alzheimer, mais peut, par contre apporter un simple accompagnement et réconfort à la fin de vie.

IV. Expériences publiées

"Les marionnettes amusent les enfants et les gens d'esprit", George Sand

On est souvent surpris de voir certaines vieilles personnes aigries par une fin de vie difficile retrouver un peu le sourire, un peu de gaieté, de joie de vivre et l'envie de communiquer avec les marionnettes. Ce chapitre est ainsi consacré aux expériences recencées auprès d'adultes ou de personnes âgées.

IV.1. Liste non exhaustive

Chaque expérience sera présentée soit en fonction de son objectif, soit en fonction de la modalité. Nous nous attacherons à vous exposer pour chacune le type de marionnettes, la composition du groupe, l'objectif de l'étude (spectacle et/ou ateliers) ainsi que les difficultés rencontrées au cours de l'expérimentation.

IV.1.1. CHS Belair

Première expérience

A l'origine, un groupe de deux infirmiers et quatre malades décident d'organiser un spectacle de marionnettes qui serait joué en public. Le style de ces marionnettes est très figuratif; les personnes représentent des images familières de la vie hospitalière. La simplicité et la rapidité de fabrication ont été les critères déterminants dans le premier choix de marionnette: la marionnette à gaine. Les séances se déroulent autour d'une table, marionnette en main, avec improvisation des textes: l'ensemble des improvisations est enregistré sur magnétophone pour permettre l'élaboration ultérieure de véritables scénarios. De courts spectacles sont ensuite présentés dans un pavillon.

Le choix du type de marionnette, le choix du type de spectacle sont déterminés autant par le peu de pratique du groupe dans le domaine théâtral et dans la manipulation des marionnettes, que par les possibilités réelles de chacun; les malades qui viennent à ce groupe sont des hommes et des femmes de 18 à 45 ans, tous hospitalisés en service de psychiatrie, avec souvent une lourde histoire institutionnelle; leur potentiel gestuel et verbal est réduit par certains aspects de la maladie. Les soignants ont une simple formation d'infirmier, surtout axée sur le travail médical, sans préparation particulière ni à la psychothérapie, ni à l'animation de groupe... ni même à la marionnette.

Les principales difficultés à faire fonctionner la marionnette comme objet sont d'ordre technique, par exemple dans la manipulation, mais également d'ordre culturel ou idéologique. Proposer une marionnette à un adulte n'est pas ordinaire; la réponse la plus courante est "c'est bon pour les enfants", référence donc faite à une partition entre monde enfantin et monde adulte.

Deuxième expérience

Après quelques mois, un nouveau groupe se réunit. L'idée première est de tenter d'élaborer collectivement un scénario. Pour cela, le groupe va vivre de façon fermée et autogérée pendant une semaine dans un gîte situé près de l'hôpital. A partir des personnages de ce scénario, il y a répartition des rôles, puis les marionnettes sont fabriquées en fonction du rôle et du personnage. Ce groupe va se décomposer à la troisième séance, marquant ainsi non pas l'incompatibilité entre marionnette et thérapie, mais l'impossibilité, à ce moment-là, pour tous ces gens, de travailler ensemble.

Nouvelle tentative

L'atelier rouvre un an plus tard avec un nouveau spectacle en projet. Le nouveau groupe se caractérise par le nombre plus important de nouveaux venus, l'élévation de la moyenne d'âge et sa composition de soignés présentant un état psychotique. Pendant deux mois, l'atelier va fonctionner environ trois demi-journées par semaine. Les premières séances sont réservées au débat sur le type de spectacle et le thème du scénario. Pendant le spectacle, les manipulateurs animent les marottes et récitent leur texte. Des modifications sont apportées à la fabrication de la marionnette: la tête de leur marionnette a pour base un masque qu'il faut d'abord construire par modelage de la terre.

IV.1.2. Institut Marcel Rivière

La technique retenue est celle de la marotte, en raison des particularités de sa fabrication et de sa manipulation. Il s'agit d'un atelier libre mais très rapidement, est apparue la nécessité de structurer les séances et les groupes. La participation des malades se fait alors sur indication de l'équipe médicale. Le groupe fonctionne chaque semaine à un rythme de quatre séances de deux heures. La durée du groupe est fixée à deux mois. En alternant dessin et création, les séances sont consacrées à la fabrication. Les premières phases se déroulent dans une petite pièce, très sécurisante puis le groupe se déplace dans la salle de théâtre pour l'animation qui prend la forme de jeux de rôle évoluant progressivement vers l'élaboration d'un scénario et le spectacle. Une réunion de post-groupe a lieu le lendemain du spectacle, où l'apport du groupe pour chacun est verbalisé. A la fin, les participants sont libres d'emporter ou de laisser leur marionnette.

IV.1.3. Hôpital d'Oviedo

Le fonctionnement des groupes de marionnettes est calqué sur celui des groupes de l'Institut Marcel Rivière, groupes de quatre à huit participants, avec mixité du point de vue sexuation, prédominance de malades présentant un état psychotique et une relative homogénéité au niveau de l'âge (25 à 35 an). Les groupes fonctionnent sur une durée de deux mois, avec un rythme de deux à quatre séances d'une heure trente par semaine.

IV.1.4. Hôpital psychiatrique de la Mayenne

Le projet est donc une activité de groupe qui s'adresse essentiellement à des psychotiques adultes et au personnel soignant qui en a la charge. C'est un groupe fermé, de sept à huit malades. Il fonctionne sur une durée de deux mois, à raison de deux séances de deux heures par semaine. Les malades présents au groupe sont déterminés selon certains critères: ce sont des malades hospitalisés, présentant un état psychotique mais qui ne se trouvent pas en période "d'expansion délirante". Le groupe évolue en deux temps: l'un concerne la fabrication de l'objet, l'autre consiste en l'animation de l'objet fabriqué. Le type de marionnette choisi est la marotte à main prenante, avec des têtes en papier collé. L'atelier s'achève par un spectacle.

IV.1.5. Hôpital de Reggioemilia (Italie)

L'activité de marionnette est dirigée par un marionnettiste professionnel. Initialement, le marionnettiste s'est adressé à divers malades dans l'établissement et les a amenés à manipuler, en groupe, des marionnettes à gaine. L'activité se déroule dans un service de psychiatrie adulte où sont hospitalisées des femmes entre quarante et cinquante ans présentant un état psychotique, avec, pour toutes, une longue histoire hospitalière. Il s'agit plutôt d'un groupe homogène.

L'ensemble des séances recouvre un cycle d'une année, divisé en trois périodes: la construction des marottes, la manipulation qui commence par la présentation de chaque marionnette, c'est-à-dire la définition des personnages, l'élaboration des saynètes. La participation aux séances est laissée libre.

IV. 1.6. Clinique psychiatrique de Mannheim

Il s'agit d'un groupe de huit personnes d'une même unité de soins, dont le but est la représentation d'un jeu théâtral après la création de marionnettes dans le cadre d'une thérapie institutionnelle et sociothérapique. Le premier essai est la réalisation d'une danse "Les danseurs du diable" sur l'aide de Casse-Noisette de Tchaïkovski.

IV.2. Relevé des points de vue

IV.2.1 Réflexions diverses de spécialistes

Au cours des différents colloques organisés par l'Association Marionnette et Thérapie, il a facilement été admis par l'assistance qu'un groupe marionnette peut exister autour d'un projet thérapeutique au sein d'un établissement psychiatrique ou psychothérapique.

Jean Garrabé [Pierre Vancraeyenest, 45] écrit "nous voyons donc que ces activités s'intègrent dans une ambiance de psychothérapie institutionnelle, qu'elles ne constituent pas un corps étranger ou greffé sur un organisme qui le rejetterait, qu'elles en sont un des éléments qui participent à sa vie. Elles s'intègrent aussi dans la perspective d'une continuité des soins, c'est-à-dire que le processus psychothérapique initié pendant l'hospitalisation doit se poursuivre après la sortie par une cure ambulatoire. Elles constituent une préparation, une sensibilisation à cette psychothérapie ultérieure plus profonde."

D. Frederic [Pierre Vancraeyenest, 45], écrit, de son côté: "introduire la marionnette dans un service hospitalier psychiatrique de malades adultes paraît, a priori, relever de la gageure, tant en ce qui concerne la place de l'objet que le lieu où cet objet va être créé ou animé. Dans un tel contexte, l'objet marionnette a bien du mal à trouver sa place et à être reconnu dans l'institution."

Néanmoins, le Docteur Monnier [Pierre Vancraeyenest, 45] souligne: " je pense qu'il y avait alors bien des motivations chez ceux qui avaient eu cette initiative. Les plus simples étaient certainement de mettre un peu de vie là où bien souvent n'existe que l'enlissement dans le répétitif quotidien."

C'est ce qu'affirme aussi D. Frédéric à propos de l'atelier-marionnette: "pour notre part, nous avons le sentiment d'avoir créé une activité très intéressante et dynamique dans un service de psychiatrie. N'est-ce pas thérapeutique:

-que d'essayer de créer un espace de vie dans une institution hospitalière?

-que des soignés et des soignants, pendant plusieurs semaines, vivent ensemble, soient confrontés aux mêmes difficultés et se retrouvent unis dans une même finalité?

-enfin, n'est-il pas important de faire un spectacle pendant un festival de marionnettes et de situer l'institution psychiatrique, pour un instant, dans la mouvance culturelle de la ville et de s'y faire reconnaître. Quelle revanche pour les laissés pour compte de notre société!" Il n'est pas dans notre intention d'affirmer que le système thérapeutique soit une alternative au système asilaire, le système thérapeutique comme lieu de désaliénation vis-à-vis du système asilaire. Deux segments parmi d'autres de la réalité psychiatrique, ces deux systèmes ont été interrogé également dans la problématique de la désaliénation. L'atelier repose son action thérapeutique sur un groupe, lieu d'un nouveau cloisonnement, même s'il s'agit d'un groupe dit ouvert. Venir à l'atelier, c'est effectivement passer une porte, d'un lieu à un autre, même si l'écart entre les deux est minime.

Selon un autre point de vue, l'introduction du jeu dans un service de psychiatrie adulte par l'utilisation des marottes et des marionnettes est, pour Colette Duflot [Pierre Vancraeyenest, 45], une des possibilités d'investir cet espace potentiel où "jouer, tout comme rêver, fantasmer, c'est vivre, créer, au lieu de s'anéantir dans la répétition." La positivité réelle du groupe serait peut-être dans ce qu'indique

Ronald David Laing [Pierre Vancraeynest, 45]: "nous espérons partager l'expérience d'une relation mais le seul point de départ honnête est, peut-être de partager l'expérience de l'absence de relation".

IV.2.2.Conclusions

L'objectif de ces rencontres était celui d'activer un espace qui puisse se présenter comme un contenant chaleureux et accueillant dans lequel se créait la possibilité d'exprimer des sentiments et des émotions, d'élaborer les conflits à travers différentes modalités : la couleur, le modelage... Cet espace doit permettre une évidente richesse réceptive, stimuler la sensibilité des individus et par conséquent la découverte du plaisir de la créativité.

Marie-Christine Debien [Marionnette et thérapie, 36], psychanalyste, insiste sur la nécessité d'un dispositif spécifique, de l'observance de certaines règles qui constituent le garant d'une telle démarche. " Représentés, imaginarisés, certains éléments à l'histoire du sujet ont des chances d'être symbolisés. Mais pour que cette opération s'effectue, il faut un cadre et un dispositif très particuliers, qui permettent à certaines questions inconscientes d'être représentées."

« Moi, je l'ai utilisée avec des personnes Alzheimers et des démences organiques. Je l'utilisais en tant que moyen d'animation. Ils recevaient une stimulation qui les éveillait, favorisait le contact avec la réalité et favorisait la communication. J'ai trouvé que la marionnette était très stimulante » (ergothérapeute)[Marionnette et thérapie, 36]

V. Point de vue singulier du recours à la marionnette auprès des personnes âgées

Les nombreuses expériences menées par Arlette Osta auprès de sujets âgés ont montré que ces sujets se sont montrés intéressés par l'histoire proposée une fois surmontée la peur de l'infantilisation face à ce type de support.

Leur participation a été active et un réel plaisir de réagir ensemble aux sollicitations a pu être noté.

De nombreuses demandes de réitération du projet ont été formulées. Des questions sur les personnages de l'histoire ont été émises par les sujets, comme si les marionnettes avaient une biographie propre à dévoiler.

Arlette Osta a pu constater qu'aucune différence de plaisir devant le spectacle n'est notable entre l'institution pour les séniors et la salle de spectacle dans le cadre de réunions amicales. Elle précise que l'écriture des scénarii pour les seniors réclame la même structure que celle utilisée pour les enfants. Mais, selon elle, il importe de retenir des personnages adultes et des thèmes adaptés pour la personne âgée tels que l'amour, la nourriture, l'institution, la féerie, la solitude, etc.

B) LA PERSONNE AGÉE

« *Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux* », la chanson *Les vieux* de Jacques Brel



Image 7: la Maladie d'Alzheimer, par J-L Adde

CHAPITRE I. VIEILLISSEMENT ET MALADIES LIEES A LA SENESCENCE: RAPPELS

"Ô rage, ô désespoir, ô vieillesse ennemie", Jean Racine, Don Diègue

I. Les réalités du vieillissement

I.1 Etat des lieux sur le vieillissement

Le concept même de la personne âgée est flou dans la littérature puisque, selon les études sur le langage et la parole, une personne peut être considérée comme âgée dès l'âge de 53 ans et plus. Il existe pourtant toute une littérature en psychologie cognitive et en neuropsychologie démontrant que le vieillissement cognitif est extrêmement variable d'une personne à une autre et que les facteurs de vieillissement sont multiples. Les principales causes de la variabilité intersujets résumées par Valdois et Joannette (1991) sont: le niveau socio-économique, les traits de personnalité, la motivation, les capacités d'attention, l'état de santé, le style de vie, les facteurs neurobiologiques et les modifications neurophysiologiques. Il s'ensuit que l'âge chronologique n'est pas nécessairement équivalent à l'âge physiologique ou à l'âge psychologique. Certaines personnes de 65 ans montrent des signes objectifs de vieillissement comme ceux du ralentissement cognitif ou gestuel, car elles vivent dans un univers déjà fortement sécurisé, retiré et restreint du point de vue social et prennent de nombreux médicaments;

d'autres à 80 ans nous frappent au contraire par leur dynamisme.

Ainsi, il est impossible de dater l'entrée dans le vieillissement. Le vieillissement n'est pas un état mais un ensemble dynamique de processus en interaction. Plus précisément, il s'agit d'un phénomène développemental et différentiel.

Cette évolution est-elle inéluctable? Est-elle négative? Comment peut-on la penser en termes d'état de santé et de qualité de vie?

On sait que le vieillissement de la population s'exprime par le rapport entre une tranche d'âge désignée arbitrairement comme étant celle des « personnes âgées ».

Le vieillissement humain comme le vieillissement biologique apparaissent comme un processus complexe dont il n'existe actuellement pas de définition univoque. Il s'associe globalement à une diminution progressive de la vitalité et une augmentation de la vulnérabilité. Le vieillissement peut être analysé à plusieurs niveaux.

Il existe une différence entre les cellules ou les organes en terme de vitesse de vieillissement, de même qu'il existe des différences entre les individus.

On distingue quatre groupes de théories proposées pour expliquer ou décrire le vieillissement:

- **les théories stochastiques** tendent à expliquer le vieillissement comme un phénomène de catastrophes successives touchant le niveau moléculaire et dont les effets s'accumulent, introduisant un dérèglement des fonctions des organes et conduisant à la mort.
- **Les théories génétiques** du vieillissement reposent sur la notion de programmation génétique
- **Les théories immunologiques** du vieillissement attribuent à la dégradation du système immunitaire le processus principal du vieillissement. On sait en effet que le thymus involue dès l'enfance et perd sa capacité de promotion de la différenciation des lymphocytes.
- **Les théories neuroendocriniennes** reposent sur la constatation que la plupart des fonctions endocriniennes semblent décliner avec l'âge. Certaines théories considèrent qu'il s'agit non pas d'un élément d'accompagnement du vieillissement mais d'un facteur causal exprimé par la dérégulation hypothalamique au rétrocontrôle endocrinien

Si l'on tente de faire la synthèse de toutes ces théories, il est probable que chacune correspond à une part de vérité et que le vieillissement intègre les théories génétiques et stochastiques.

Le vieillissement est donc le reflet de changement biologique et neurologique, mais aussi de changements dans le contexte psycho-social. Certains travaux (Baltes 1987, Schaie 1983) ont tendance à montrer que les changements dans les processus cognitifs se traduisant bien souvent par une déficience chez la personne âgée par rapport à la personne jeune, sont la conséquence d'une longue série de causes en interaction qui pourraient agir avant même que l'individu rentre dans la vieillesse.

Baltes (1987) considère que le développement individuel est sous le contrôle de trois systèmes

d'influences ou de catégories de facteurs.

- La catégorie « age-graded » est relative au domaine biologique et à l'état de santé.
- La catégorie « history-graded » inclut des caractéristiques spécifiques à la génération étudiée comme le niveau et le contenu des études ainsi que des événements historiques marquants telle que la deuxième guerre mondiale.
- le facteur « non normative influences » comprend un ensemble complexe de variables en interaction.

On peut supposer, pour une part, que les personnes âgées sont moins performantes pour des raisons liées à leur contexte de vie et non pour des raisons uniquement endogènes liées à leur vieillissement cérébral. Un manque d'activation de ces activités pourrait être une cause essentielle des déficits observés.

Plusieurs types d'explications ont été avancées pour expliquer les moins bonnes performances des sujets âgés.

- les explications non cognitives

La baisse des performances dans les situations de test a été considérée comme la conséquence directe de la perte neuronale observée avec l'âge, ou bien d'un processus neurophysiologique général comme une diminution des processus attentionnels ou un ralentissement général des processus nerveux centraux.

Il importe aussi de considérer la baisse de motivation et l'angoisse vis-à-vis des tâches à effectuer qui s'observeraient chez les sujets âgés.

- les explications cognitives

Elles font appel, soit à un déficit portant sur un temps de l'activité mnésique, soit à un déficit général du traitement de l'information.

I.2. Vieillesse normale par opposition au vieillissement pathologique

Bien qu'il existe de grandes différences dans l'âge biologique, l'âge réel est souvent apprécié sur la manière dont une personne se présente et dont elle fait face aux tâches de la vie quotidienne.

Chez le sujet âgé, la peau devient souvent ridée, les poils deviennent gris et raréfient, la taille et le poids diminuent. Les dents se gâtent et tombent, les oreilles s'allongent, le nez s'élargit, le périmètre abdominal et thoracique augmente. Des cellules graisseuses envahissent les muscles et la force musculaire diminue. La densité de l'os décroît avec l'âge.

Les altérations métaboliques chez le sujet âgé affectent la résorption, la distribution, la dégradation, l'élimination et la liaison des médicaments aux tissus, de même que les rythmes biologiques. La dernière étape de la vie de l'homme n'est pas dépourvue de problèmes personnels et socio-économiques. Malgré ces caractéristiques négatives, il existe un nombre remarquable d'adultes âgés qui pensent, ressentent et se comportent d'une manière qui contente aussi bien leur entourage qu'eux-mêmes.

Au vieillissement « usuel », il est désormais classique d'opposer le vieillissement « en bonne santé fonctionnelle » et le vieillissement « réussi ».

Le vieillissement usuel correspond à la conception étroite, biomédicale de la vie. Avec l'avance en âge, un certain nombre de maladies vont se surajouter. Il est alors classique de parler de comorbidité liée à l'âge. Plusieurs types de maladies peuvent se manifester au grand âge.

Aux concepts biomédical et fonctionnel du vieillissement se surajoute maintenant celui de la « réussite de vieillir ». Le vieillissement réussi correspond à l'épanouissement de la personne vieillissante heureuse de son parcours de vie, ayant gardé sa propre confiance et estime.

L'âge conduit à une diminution des performances cognitives en général et des capacités mnésiques en particulier. Cet état de fait est reconnu, à telle enseigne qu'un nom a été donné à ce phénomène et que des critères de diagnostic du vieillissement normal ont été définis. Un groupe de recherche fondé aux Etats-Unis par le National Institute of Mental Health désigne le déclin de la mémoire lié à l'âge sous le nom de Age-Associated Memory Impairment. Sont ainsi désignés les individus de plus de 65 ans ne présentant aucun signe de démence, ayant une efficacité intellectuelle normale et dont les performances sont moins inférieures d'un écart type à la moyenne établie pour des sujets jeunes aux tests de mémoire standardisés.

I. 3. Vers un vieillissement pathologique

Il n'existe pas un « patient âgé type » car les sujets vieillissants diffèrent encore davantage entre eux que les nouveaux-nés ou les adolescents. Ces différences plus marquées entre les individus tiennent à l'histoire propre de chaque personne, liée à son éducation, sa profession, sa situation familiale et autres événements de la vie.

Par ailleurs, en termes statistiques, la majorité des gens peuvent s'attendre à vieillir « normalement », c'est-à-dire à conserver une bonne santé mentale et physique, si l'on exclut les troubles mineurs dus au vieillissement et un certain ralentissement sensoriel et moteur. De même, la plupart des personnes âgées maintiennent des relations satisfaisantes avec autrui et conservent la capacité de s'adapter aux changements de leur environnement matériel et social.

Mais, la probabilité d'un trouble chronique ou d'une maladie grave augmente avec l'âge, l'organisme vieillissant étant de moins en moins apte à faire face aux diverses sollicitations, durables ou passagères, de l'environnement.

Les pathologies les plus fréquentes chez le sujet âgé sont les suivantes:

- tumeurs
- problèmes respiratoires
- troubles cérébrovasculaires
- troubles organiques du cerveau
- problèmes psychiques
- troubles auditifs et visuels
- problèmes dermatologiques
- troubles cardiovasculaires
- problèmes génito-urinaires
- troubles gastro-intestinaux
- troubles moteurs

I. 4. Les enjeux de la rééducation

Comment peut-on envisager de rééduquer un patient âgé et quels sont les enjeux de la rééducation? Il ne s'agira pas pour le rééducateur gériatologue de corriger les mécanismes primaires du vieillissement mais plutôt de prendre en compte les mécanismes secondaires, les conséquences pathologiques du vieillissement. Il s'appliquera à évaluer l'ensemble des déficiences, des incapacités et du désavantage avant de faire les choix nécessaires à l'établissement d'un projet de rééducation pour et avec le malade et son entourage.

II. Pathologies liées au vieillissement

*« Le secret de la jeunesse éternelle réside dans l'acquiescement.
C'est pourquoi tu connais également des vieillards
qui deviennent de plus en plus aimables, vifs, lucides, patients,
et lorsqu'ils meurent, c'est comme si le soleil
de ses chauds rayons privait une maison
et un vaste territoire.
Chez eux, l'acquiescement a triomphé »*

J. Mueller

Comme nous l'expliquerons dans la partie pratique A) II.2. Présentation de la population, le choix des patients de notre groupe expérimental repose sur les critères d'inclusion suivants:

- pathologie: démence
- atteinte sévère de la communication et de la pragmatique du discours
- accès à la communication verbale

Au vue de l'histoire de leur maladie et leurs antécédents qui vous seront présentés dans la partie pratique, un pourcentage élevé de nos patients présentent un diagnostic de MA. C'est la raison pour laquelle nous avons axé les éléments théoriques de notre recherche sur cette maladie mais il faut toutefois rappeler les autres maladies de la personne âgée que présentent les sujets de notre expérience.

Voici donc des rappels concernant les maladies retrouvées dans notre population d'étude.

II. 1. Les démences vasculaires

Les démences vasculaires pures sont assez peu fréquentes, ne représentant que 8 à 20 % des causes de démences, ce qui les met tout de même au deuxième rang des étiologies après la MA. Nous les évoquerons dans le chapitre II.1. Comment classer les démences, pour les différencier des démences dégénératives de type MA.

On ne trouve pas dans la littérature de définition claire de la démence vasculaire. Les troubles cognitifs même patents ne correspondent pas toujours à la définition de la démence et tendent désormais à être regroupés sous le terme de « troubles cognitifs vasculaires ».

En 1968, Fischer rattache les démences vasculaires à la survenue d'accidents vasculaires cérébraux grands ou petits. En 1974, Hachinski propose le terme de démence par infarctus multiples. L'année suivante, il propose un score d'ischémie permettant de différencier les démences par infarctus multiples (DMI) des démences dégénératives.

Les progrès de l'imagerie médicale ont révélé d'autres aspects de la démence vasculaire:

- le scanner a mis en évidence les traces d'infarctus cérébraux successifs d'âges différents
- l'IRM a révélé des images homogènes de raréfaction de la substance blanche à prédominance périventriculaire

Les travaux de Tomlinson et coll. (1976) suggèrent que « la seule présence d'infarctus, même multiples, ne suffit pas pour affirmer qu'ils sont la seule cause ou le facteur contribuant à la démence. Il faut aussi que les nécroses soient bilatérales, atteignent un volume suffisant (50 à 100 mL), leur responsabilité étant d'autant plus probable qu'il existe au moins un grand infarctus. Les lésions dégénératives ne doivent pas excéder celles observées lors du vieillissement sans démence ».

Reconnaître la nature vasculaire d'une démence, après avoir exclu certains syndromes qui peuvent lui ressembler, reposent sur, d'après le DSM IV:

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

- une altération de la mémoire
- une ou plusieurs des perturbations cognitives suivantes: aphasie, apraxie, agnosie, perturbation des fonctions exécutives

B) Déficits sensoriels:

A l'origine d'une altération significatives du fonctionnement social ou professionnel et représentant un déclin significatif par rapport au niveau de fonctionnement antérieur

C) Signes et symptômes neurologiques en foyer:

Par exemple, exagération des réflexes ostéo-tendineux, réflexe cutané-plantair, troubles de la marche, faiblesse d'une extrémité ou mise en évidence d'après les examens complémentaires d'une maladie cérébrovasculaires jugée liée étiologiquement à la perturbation.

D) Les déficits ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un état délirant:

La prévalence varierait entre 0,2 et 3,9% dans les populations des personnes âgées de plus de 65 ans. Une étude a montré une diminution de l'incidence des démences vasculaires parallèlement à la diminution des AVC. Il existe une nette prédominance masculine de ce type de démence, d'autant plus importante que l'âge est avancé.

Toute affection susceptible de provoquer des infarctus cérébraux multiples peut entraîner une démence vasculaire. La plus fréquente est l'athérosclérose qui constitue à elle seule la première cause d'AVC. Par ailleurs, une hémorragie cérébrale peut survenir, particulièrement chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle. Les complications de maladies emboligènes peuvent également provoquer une démence vasculaire mais ces causes sont extrêmement rares comparativement à l'athérosclérose et à l'hypertension artérielle.

Les démences vasculaires représentent la complication chronique la plus grave de lésions artérielles cérébrales selon Clanet et coll.

II.2. Syndrome extra-pyramidal

C'est l'ensemble des troubles provoqués par l'altération du système extra-pyramidal avec des modifications de la tonicité musculaire et de la régulation des mouvements involontaires et automatiques. Le terme « syndrome extra-pyramidal » est en fait un terme général recouvrant différents types d'atteinte du système extra-pyramidal, plus précisément appelés: syndrome parkinsonien (le plus fréquent), chorée, athétose, spasme de torsion, hémiballisme, myoclonie, etc.

II.3. La maladie de Parkinson

Cette maladie est évoquée dans le chapitre 2, III. Epidémiologie, au même titre que la démence vasculaire, la maladie à corps de Lewy, etc dans les 30 % des démences non Alzheimer.

Le risque de développer la maladie de Parkinson se situe entre 1 personne sur 40 et 1 personne sur 50.

Les symptômes majeurs de l'affection décrite en 1817 par James Parkinson comportent la classique triade:

- *L'akinésie*: retard à l'initiation du geste, autrement dit, l'allongement du délai entre la volonté de réaliser un mouvement et le début de son exécution.
- *La rigidité* ou hypertonie. Lors d'un mouvement, certains muscles se contractent vigoureusement alors que d'autres se relâchent.
- *Le tremblement*: s'il annonce souvent la maladie, il n'en constitue pas un élément obligatoire: un patient sur cinq n'en sera jamais affecté. Il ne touche souvent qu'un seul côté du corps et sa bilatéralisation peut survenir après cinq ou dix ans d'évolution. Le tremblement siège le plus souvent aux membres supérieurs, plutôt au niveau de la main ou même d'un seul doigt, le pouce ou l'index par exemple.

Une multitude d'autres troubles vient compléter la triade une fois la maladie installée, tels que:

- l'hypersalivation: la salive stagne dans la bouche et s'écoule par une commissure labiale
- la constipation
- l'amaigrissement peut être la conséquence d'une alimentation insuffisante en cas de troubles de la déglutition
- les troubles génito-urinaires
- les troubles cutanés: bouffées de chaleur et dermites séborrhéiques
- les troubles vasculaires: baisse de la tension artérielle.

Les désordres neuropsychologiques de la maladie de Parkinson peuvent être distingués en trois groupes: les troubles cognitifs précoces, la bradyphrénie, les démences.

Les études suggèrent que la prévalence des démences chez les sujets parkinsoniens est de 15 à 80%: chiffre considérablement variable d'une étude à l'autre. L'âge de début est exceptionnel: avant 55 ans, quelle que soit la durée d'évolution de la maladie, ce qui suggère que la démence ne fait pas partie intégrante de la maladie mais que certains facteurs liés à l'âge interviennent dans sa genèse.

Les troubles portent sur:

- les fonctions visuo-spatiales et visuo-motrices
- la mémoire de travail, à long terme et l'apprentissage procédural

- le système frontal
- la dépression
- la survenue d'hallucinations

L'évolution de la maladie de Parkinson est le reflet de la perte continue de neurones dopaminergiques au sein de la substance noire et l'amorce d'une perte neuronale dans d'autres aires cérébrales n'impliquant pas la dopamine. Cette nouvelle situation induit des symptômes qui ne répondent pas aux médicaments ayant la même action que la dopamine tels que la lévodopa ou les agonistes dopaminergiques. L'impossibilité de modifier l'évolution de la maladie constitue un frein majeur à son traitement actuel et la base d'un effort de recherche considérable visant à découvrir des médicaments neuroprotecteurs.

II.4. La maladie des corps de Lewy ou démence à corps de Lewy

Lewy, en 1912, décrit chez des patients atteints de la maladie de Parkinson, des inclusions neuronales et eosinophiles arrondies refoulant le noyau, qui portent actuellement son nom. Les corps de Lewy ont été longtemps considérés comme spécifiques de la maladie de Parkinson idiopathique.

Actuellement, par maladie à corps de Lewy, on entend une démence dégénérative dont le substratum lésionnel est représenté par de nombreux corps de Lewy répartis de façon diffuse dans les structures sous-corticales et corticales. Des plaques séniles sont souvent associées; par contre, on n'observe pas de dégénérescence neurofibrillaire.

Pour certains, la maladie à corps de Lewy représente la deuxième cause de démence dégénérative. Le tableau clinique associe un syndrome démentiel, une symptomatologie extrapyramidale avec chutes fréquentes et des troubles d'allure psychiatrique, avec épisode de confusion mentale, hallucinations et parfois idées délirantes paranoïdes.

L'aspect sous-cortical se manifeste en particulier par l'existence d'une bradyphrénie, de troubles de l'humeur et du caractère et d'une symptomatologie frontale avec troubles attentionnels et syndrome dysexécutif.

L'aspect cortical rapproche la maladie à corps de Lewy de la MA avec troubles de la mémoire et symptomatologie aphaso-apraxo-agnosique.

La fluctuation des performances cognitives, d'un jour à l'autre et au cours d'une même journée, semble caractériser ce type de démence. La symptomatologie neurologique est le fait d'un syndrome akinéto-rigide et trémulant de type parkinsonien. Le diagnostic de maladie de Parkinson est d'ailleurs souvent porté à tort. Ont aussi été décrits des myoclonies, une hypotension orthostatique, des troubles oculomoteurs. La symptomatologie extrapyramidale est souvent dopa-sensible, justifiant la mise en place

d'un traitement dopaminergique. Il existerait une sensibilité particulière aux neuroleptiques qui serait caractéristique. Enfin, l'action thérapeutique des traitements anticholinestérasique, destinés théoriquement à la MA, a été soulignée.

II.5. La dépression du 3^{ème} âge

La dépression du sujet âgé est évoqué dans le chapitre 2, I. 4 Confusion diagnostique. En effet, les troubles dépressifs sont parmi les causes les plus fréquentes du déclin mental sénile accessibles à la thérapeutique, d'où encore une fois l'importance du diagnostic différentiel.

Il existe deux types de dépressions chez le senior:

- la dépression récidivante chez un sujet déjà connu pour ses antécédents dépressifs
- le premier épisode dépressif qui survient souvent après 70 ans. Le risque d'évolution vers la démence est important à cause des atteintes cérébrales organiques souvent associées.

Les principaux symptômes cette dépression sont:

- peur de la maladie et de l'appauvrissement
- plaintes de type: « je perds la mémoire »...
- désespoir
- ralentissement prononcé
- perte d'intérêt
- négligence de soi

La dépression est souvent méconnue du patient lui-même qui exprime ses affects par le biais de plaintes somatiques ou existentielles ou dont l'hypocondrie apparaît exacerbée et indispose l'entourage.

Parmi les facteurs psychologiques, on peut considérer que l'âge avancé constitue à lui seul une importante détresse psychosociale. Il est responsable de la diminution des capacités physiques, de la fatigabilité, de la baisse de l'endurance. Mais il retentit aussi sur les activités sociales et les loisirs. Il est à l'origine des conditions de vie plus difficiles à cause de la diminution des ressources, du confort matériel ou du soutien psychologique.

Il existe de surcroît très souvent une atteinte des fonctions supérieures et particulièrement des capacités mnésiques, qui, par la diminution indirectes des capacités intellectuelles, entraînent ainsi la survenue d'un syndrome dépressif. C'est en ce sens qu'avec son style particulier le général de Gaulle avait déclaré: « la vieillesse est un naufrage ».

Qu'ils soient d'origine organique ou vasculaire, la plupart de ces syndromes s'accompagnent de dépression:

- maladie d'Alzheimer
- maladie de Parkinson
- lors d'une démence débutante
- lors d'une pathologie iatrogène

II.6. L'aphasie

Il s'agit d'une perturbation du code linguistique, affectant l'encodage et/ou le décodage, et qui peut concerner le langage oral et/ou écrit. Ce trouble est lié à une atteinte cérébrale localisée ou diffuse, généralement dans la zone frontale, pariétale et/ou temporale de l'hémisphère gauche, d'origine essentiellement vasculaire, traumatique ou tumorale. Il existe plusieurs formes d'aphasies et même plusieurs taxinomies: aphasie de Broca, aphasie de Wernicke, aphasie de conduction, aphasie amnésique, aphasie transcorticale motrice, aphasie transcorticale sensorielle, anarthrie pure.

II.7. La presbycousie

La presbycousie est un phénomène plus ou moins marqué selon les individus et qui résulte du vieillissement. Elle est définie comme une perte progressive de l'audition, liée à l'âge, bilatérale et symétrique, surtout dans les fréquences élevées et plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Elle se traduit par une perte de la perception des sons aigus lesquels permettent une bonne perception des mots.

II.8. La parésie

La parésie est un déficit moteur défini par une perte partielle des capacités motrices d'une partie du corps (limitation de mouvement, diminution de la force musculaire), parfois transitoire d'un ou de plusieurs muscles par opposition à la paralysie ou plégie, qui est elle caractérisée par la perte totale de motricité d'une partie du corps.

Si la parésie se manifeste sur un hémicorps, on parle d'hémi-parésie. Si elle concerne les quatre membres, il s'agit d'une tétraparésie.

CHAPITRE II. DEMENCE ET MALADIE D'ALZHEIMER

A) GENERALITES

I. Historique et définition

I.1. Rappels historiques

Le terme « maladie d'Alzheimer » vient du nom d'un médecin allemand, Aloïs Alzheimer, qui, en 1906, a décrit pour la première fois des altérations anatomiques sur le cerveau d'une patiente de 51 ans qui présentait une démence. A partir de cette date, on a considéré que la maladie d'Alzheimer définissait une démence pré-sénile, c'est-à-dire apparue avant 65 ans, se caractérisant par une altération progressive et globale des fonctions intellectuelles et des capacités instrumentales du cerveau accompagnée par des lésions cérébrales: plaques séniles, dégénérescence neurofibrillaire, etc.

On considère maintenant que maladie d'Alzheimer et démence sénile avec lésions cérébrales de type Alzheimer ne sont qu'une seule maladie.

I.2. Définition de la démence

C'est en France que le terme de démence apparut pour la première fois dans l'encyclopédie de Denis Diderot (1765) pour définir une « maladie consistant en une paralysie de l'esprit caractérisée par une abolition des facultés de raisonnement », la définition légale que « les sujets en état de démence étaient incapables de donner un consentement éclairé et ne pouvaient signer des contrats ou siéger dans des jurys ».

L'expression démence comporte malheureusement une connotation de folie mais c'est le terme médical employé pour désigner chez un sujet adulte un ensemble de maladies neurologiques dont les lésions altèrent graduellement les différentes régions cérébrales impliquées dans le comportement, la personnalité et l'ensemble des fonctions cognitives. Même si elles sont plus fréquentes avec l'âge, les démences ne sont pas une fatalité du vieillissement, ce sont d'authentiques maladies secondaires à des lésions cérébrales. Le terme démence est ambigu puisqu'il qualifie à la fois l'étape clinique de la perte d'autonomie et le groupe des maladies neurologiques qui comporte cette perte d'autonomie à leur stade final.

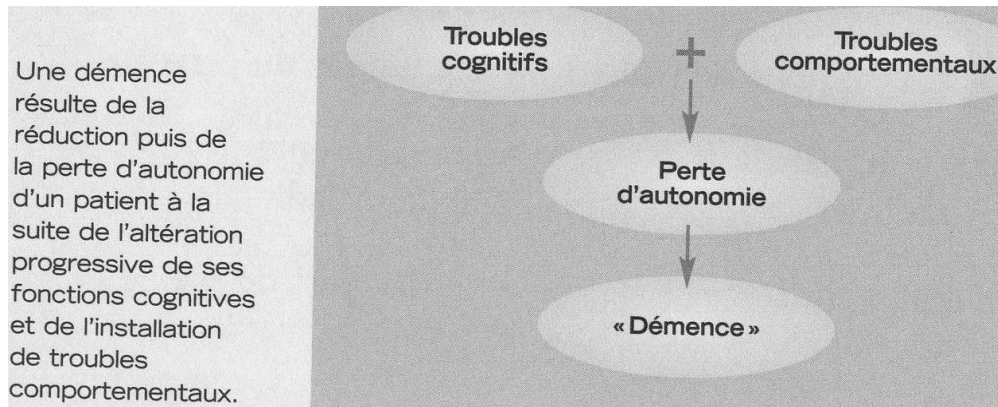


Image 8: schéma explicatif de la démence

Le DSM IV entend par démence un affaiblissement intellectuel progressif et irréversible qui retentit sur la vie professionnelle, sociale et familiale du sujet avec troubles de la mémoire et atteinte d'une ou plusieurs fonctions cérébrales: pensée abstraite, jugement, langage, praxie, gnosie, personnalité.

Pour l'OMS, la démence est «un syndrome dû à une affection cérébrale, habituellement chronique et progressive, caractérisée par une perturbation de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social, ou de la motivation ». Ces déficits cognitifs ne sont liés ni à une confusion, ni à une affection psychiatrique.

I.3. Définition de la maladie d'Alzheimer

De nombreuses idées reçues persistent encore, notamment avec la sénilité. En fait, la maladie d'Alzheimer est une réelle maladie, bien différente du vieillissement naturel des fonctions intellectuelles. Si ce dernier est certes gênant, il n'entraîne pas de handicap majeur. A l'inverse, la maladie d'Alzheimer résulte de lésions cérébrales spécifiques envahissant progressivement le cerveau; elle est initialement caractérisée par des troubles de la mémoire sans commune mesure avec les oublis banals liés à l'âge.

I.4. Confusion diagnostique

Schématiquement, la dépression du troisième âge peut prendre l'aspect d'un Alzheimer ou, très souvent, s'exprimer par un « tableau pervers ». Néanmoins, trois signes majeurs annoncent la dépression:

- humeur dépressive
- perte d'intérêt ou de plaisir, manque de réactivité aux divertissements plaisants
- asthénie, fatigue, réduction de l'énergie

Plus encore chez l'adulte, la dépression du sujet âgé peut compter des troubles de la mémoire. Aussi il ne faut pas conclure à un diagnostic de démence tant que n'a pas été étudiée voire traitée, une dépression.

II. Classification

« La différence entre les jeunes et les vieux, c'est que les vieux ont beaucoup plus de souvenirs et beaucoup moins de mémoire », Paul Ricoeur, Magazine Lire Octobre 2000

La célèbre phrase de Jean-Etienne Dominique Esquirol définissant le dément comme « un riche qui a perdu ses biens » souligne les rapports entre démence et mémoire. Toutefois, la définition traditionnelle de la démence comme déficit global des fonctions intellectuelles, ne privilégie pas l'atteinte mnésique et l'existence de démence sans trouble de mémoire est soulevée depuis longtemps.

II.1. Comment classer les démences?

- ☐ selon des critères anatomo-pathologiques: maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, dégénérescence aspécifique, maladie à corps de Lewy diffus, dégénérescence cortico-basale...
- ☐ par syndromes: démence de type Alzheimer, démence de type frontal, aphasie progressive...
- ☐ par localisations anatomiques préférentielles des lésions: corticale, sous-corticale, antérieure, postérieure...

Aucune classification n'est parfaite, tout dépend de ses critères. En l'absence de marqueur formel, le diagnostic étiologique des démences repose toujours sur le respect des critères et l'expérience des cliniciens.

Selon la nature et la topographie des lésions cérébrales, il existe de multiples causes de démences. Il n'y a donc pas une démence mais des syndromes démentiels. On définit deux grands types de démences: les démences dégénératives et les démences non dégénératives. Les démences dégénératives sont les plus fréquentes (90% de l'ensemble des démences): elles résultent d'une perte progressive et irréversible des neurones à la suite de leur dégénérescence. La plus connue des démences dégénératives est la maladie d'Alzheimer. Les démences non dégénératives sont plus rares, elles sont dues à des processus vasculaires, infectieux, inflammatoires, éthyliques, carentiels...

II.2. La démence dégénérative de type Alzheimer

La démence dégénérative de type Alzheimer est responsable d'environ 80% des démences présentées par les personnes âgées. On a pu constater que la fréquence de cette maladie augmente avec l'âge: seulement 3% des sujets de 60 ans sont concernés alors que 47% de sujets de plus de 75 ans en souffrent.

La MA se caractérise par une grande hétérogénéité de ses manifestations comportementales et cognitives. On observe une grande variabilité entre des patients qui, pourtant, sont à un stade présumé comparable de la maladie. De la même manière, dans des intervalles de temps très courts, on remarque une importante variabilité des performances pour un même sujet. Cette hétérogénéité a conduit à distinguer des sous-groupes de patients MA. Les différentes classifications se font en fonction de l'étiologie, du diagnostic, ou encore de la progression de la maladie.

Au point de vue génétique, la MA se classe en deux formes: la forme familiale et la forme sporadique.

II.2.1. Forme familiale

Un très faible pourcentage (environ 1 à 2%) des MA serait familiale avec une survenue précoce (48-50 ans). On a émis l'hypothèse que le gène de cette forme de MA serait localisé sur le chromosome 21, siège de la transmission d'une certaine amylose. On a pu mettre en évidence la responsabilité d'autres gènes, un situé sur le chromosome 14 et un autre sur le chromosome 2. Les mutations observées sur l'un ou l'autre de ces trois gènes n'expliquent que la moitié des formes familiales. Il existerait aussi un facteur de susceptibilité génétique: la principale mutation concerne un gène situé sur le chromosome 19 qui code pour une protéine connue dans le métabolisme des lipides: l'apolipoprotéine E.

II.2.2. Forme sporadique

La forme la plus fréquente est donc sporadique. Si on semble connaître comment se développe une MA, on ne sait toujours pas pourquoi ces phénomènes se produisent. Un certain nombre d'hypothèses ont été avancées: neurochimique, génétique, virale, vasculaire et métabolique, hypothèse du rôle toxique de l'aluminium, des radicaux libres, psychopathologique.

III. Epidémiologie

III.1. Rappels

L'Alzheimer s'inscrit dans 70% des démences, mais 30% sont constituées par:

- ◆ l'hydrocéphalie: augmentation du volume des espaces contenant le liquide céphalo-rachidien
- ◆ les démences vasculaires: syndrome démentiel qui résulte d'accidents cérébro-vasculaires répétés
- ◆ les démences fronto-temporales: ensemble de maladies neurologiques causées par l'atrophie

dégénérative focale d'un ou plusieurs lobes cérébraux

- ◆ la maladie de Binswanger: démence vasculaire provoquée par des lésions de la substance blanche sous-corticales
- ◆ le parkinsonisme postencéphalitique: syndrome ménongo-encéphalique fébrile accompagné de parésies oculomotrices
- ◆ la maladie de l'île de Guam: maladie de Parkinson associée à une sclérose latérale amyotrophique et à une démence
- ◆ la démence à grains argyrophiles et celle à corps de Lewy: affection neurodégénérative qui associe syndrome parkinsonien, hallucinations visuelles et troubles cognitifs, en particulier mnésique

III.2. Epidémiologie

Compte-tenu notamment des difficultés de diagnostic, les études épidémiologiques sont à prendre avec prudence. En France, la prévalence globale de la démence est de 4,3% et celle de la MA de 3,1%, soit 70% des cas de démence.

La prévalence des démences augmente avec l'âge passant de moins de 3% entre 65 et 69 ans à plus de 30% après 90 ans. Il en est de même pour la MA dont la prévalence passe de 1% entre 65 et 69 ans à plus de 15% au delà de 85 ans.

En France, l'incidence annuelle de la démence est estimée à 15,9 pour 1000 personnes et celle de la MA à 11,7 pour 1000 personnes. L'incidence des démences et plus particulièrement celle de la MA croît de façon linéaire avec l'âge même si elle semble amorcer un plateau au-delà de 90 ans. On peut donc estimer qu'il y aurait en France, chaque année, 100 000 nouveaux cas de MA dont les 2/3 chez des personnes de plus de 79 ans.

L'estimation du nombre de malades atteints de démence en l'an 2020 varie de 434 000 à 1 099 000 cas. Ces estimations dépendent des projections de la population en 2020 et des différentes hypothèses sur l'évolution de la mortalité.

La démence touche une population âgée et modifie l'espérance de vie. Le risque de décès en cas de MA est multiplié par 2,4.

L'étude PAQUID a montré une différence entre hommes et femmes: l'incidence annuelle de MA était de 0,8 pour 100 personnes chez les hommes et de 1,4 pour les femmes. L'affirmation que le sexe est un facteur de risque pour la maladie d'Alzheimer est très controversée et la majorité des épidémiologistes s'accordent sur le fait que les données sont probablement liées aux différences d'espérance de vie et de pathologies associées dans les deux sexes.

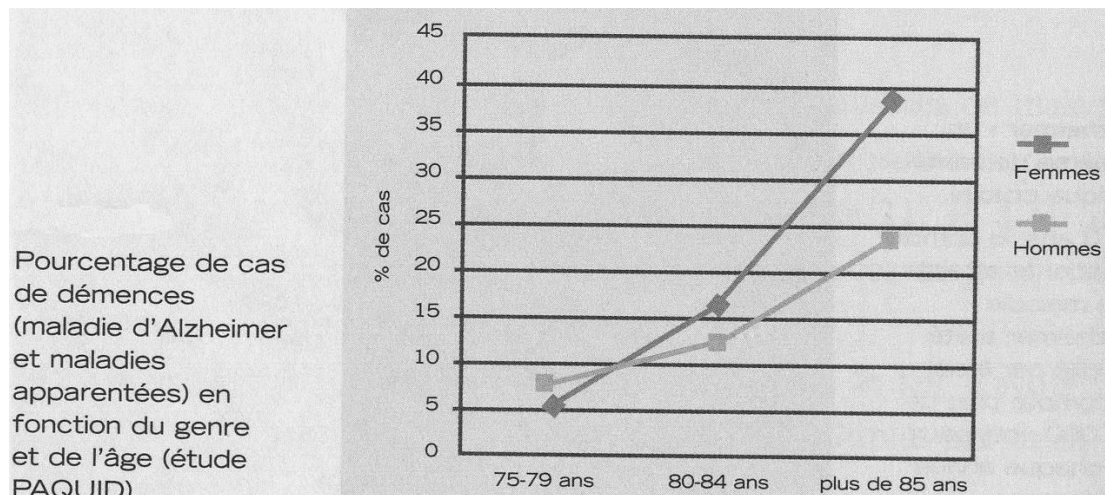


Image 9: Courbe récapitulative de la fréquence des démences, fonction de l'âge et du sexe

L'augmentation du nombre de cas risque évidemment de poser un problème de santé publique important et également un problème social, ne serait ce que d'un point de vue économique: une maladie d'Alzheimer coûte cher. Une étude réalisée aux USA par Hay et Ernst cité par Lamour (1990) a estimé le coût d'un cas de MA entre 48 000 et 500 000 dollars pour 1983, selon l'âge de début et la durée de la maladie.

Se pose aussi le problème de structures et de personnels adaptés à la prise en charge de tels malades.

III.3. Facteurs de risque

L'étude PAQUID a permis de mettre en lumière un certain nombre de facteurs de risque:

- l'âge est sans aucun doute le facteur de risque principal, comme le montrent les études épidémiologiques
- le sexe féminin avec une interaction sexe-âge après 75 ans, tout en relativisant le rôle de ce facteur dont l'influence semble essentiellement due, comme nous l'avons dit, à la différence d'espérance de vie entre hommes et femmes
- le niveau d'étude: un bon niveau d'éducation rendrait moins sensible ou retarderait la dégradation des capacités intellectuelles et constituerait des possibilités de compensation lors du développement des symptômes habituels de la maladie
- la vie en couple pourrait avoir un rôle protecteur alors que l'absence d'activités de loisir serait un facteur de risque
- l'aluminium dans l'eau de boisson: il y aurait une relation statistique entre l'exposition à des doses élevées d'aluminium dans l'eau et la survenue d'une MA
- la consommation modérée de vin, en revanche, constituerait un rôle protecteur, de même que la prise

régulière d'oestrogènes

-l'hypertension artérielle aurait un rôle aggravant voire même, pour certains, déclenchant

-les facteurs de risque liés à une anomalie génétique sont de deux ordres: soit liés aux formes héréditaires, soit liés à la susceptibilité génétique. Dans le premier cas, le risque pour un enfant d'une personne qui a une MA est de 50%, dans le deuxième, il est infiniment moindre puisqu'il suppose l'association à ce facteur d'autres facteurs environnementaux

-d'autres facteurs comme la consommation de tabac, d'alcool, la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, la tendance à la dépression ont été suspectés d'avoir une influence sans que les études réalisées puissent le démontrer.

B) SYMPTOMATOLOGIE

"Mon beau navire, ô ma mémoire

Avons-nous assez navigué

Dans une onde mauvaise à boire

Avons-nous assez divagué

De la belle aube au triste soir",

Guillaume Apollinaire, *La chanson du Mal-Aimé*

Dans la plupart des cas (environ 70%), la MA débute par des troubles de la mémoire qui sont au départ bénins et souvent sous-estimés par le patient, portant sur des faits peu importants de la vie quotidienne mais qui vont, au bout de quelques mois, s'aggraver et gêner en particulier l'activité professionnelle et familiale avec notamment une désorientation temporo-spatiale qui peut être précoce.

Après quelques mois d'évolution apparaît souvent un premier trouble du langage qui se caractérise par une difficulté à trouver le mot juste et ce de manière de plus en plus systématique.

Un autre symptôme est l'altération progressive des capacités intellectuelles qui va d'abord créer une baisse de l'activité professionnelle en particulier, et qui va finir par l'empêcher.

Il est possible de rencontrer également des modifications de la personnalité (irritation, diminution de l'activité verbale, repli sur soi), une dépression ou des épisodes psychotiques. C'est souvent l'un des symptômes qui va inquiéter le patient ou son entourage et amener à consulter.

Il convient cependant de préciser qu'une MA peut parfois apparaître sous forme d'un tableau clinique très particulier en raison de l'atteinte prédominante voire isolée d'un secteur cognitif.

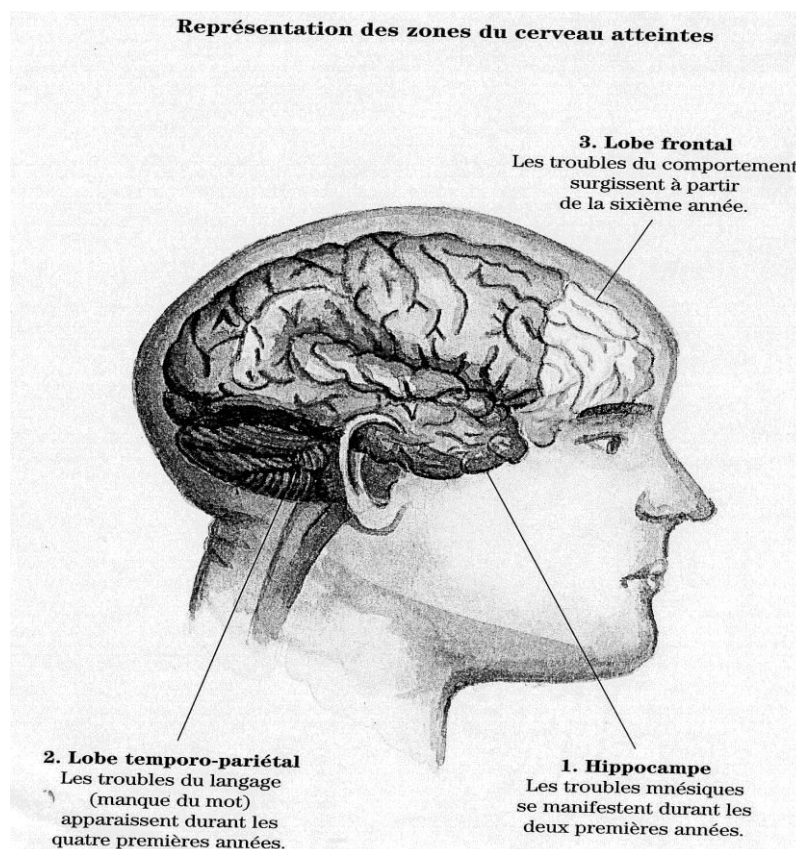


Image 10: répartition des troubles en fonction des lobes

I. Mémoire

"C'est vrai que je perds la mémoire, mais cela n'a pas d'importance car je ne sais pas ce que j'oublie...", Sacha Guitry

La perte de mémoire – le fait d'oublier la composition d'un dernier repas, le dernier film entrevu la veille à la télévision et cet oubli à mesure, celui qui concerne la mémoire de travail – regroupe des signes fonctionnels qui affolent tous les patients.

La mémoire, nous disent les neurologues, c'est la capacité de conserver et d'évoquer des états de conscience et des expériences antérieurement vécues, mais aussi, grâce au langage, de se représenter sa propre histoire et d'élaborer à partir de ces données une représentation prospective de son propre avenir. Fonction cognitive majeure, elle consiste à enregistrer, stocker et restituer: elle est directement liée au fonctionnement de notre lobe frontal.

Le quinquagénaire qui présente quelques troubles de mémoire peut être victime de trois pathologies:

- soit un début d'Alzheimer (MCI)
- soit un faux Alzheimer
- soit une dépression masquée

I.1. Qu'est-ce que le MCI?

C'est le terme américanisé de l'Alzheimer à son tout début. Le MCI se réfère à une plainte mnésique et à la preuve d'un fonctionnement anormal de la mémoire par rapport à l'âge, avec un mécanisme cognitif général normal et des capacités conservées à effectuer les tâches quotidiennes.

Le MCI présente une grande hétérogénéité qui peut s'observer au niveau clinique, symptomatique, pronostique et pathologique. Les études neuropathologiques du MCI sont principalement orientées vers les aspects lésionnels majeurs de la maladie d'Alzheimer:

- les plaques séniles
- les dégénérescences neurofibrillaires
- la mort neuronale

Les plaques séniles et les dégénérescences neurofibrillaires siègent en premier lieu dans les régions cérébrales permettant la mémorisation, ce qui fait que le premier symptôme de la maladie d'Alzheimer est un oubli rapide des informations récentes. Elles envahissent ensuite progressivement le cerveau, principalement au niveau des régions intellectuelles et comportementales.

I.2. Les troubles de la mémoire: première manifestation de la MA

Constants et indispensables au diagnostic, ils constituent le premier motif de consultation. Ils se manifestent au début par des troubles de la mémoire épisodique verbale. Puis s'observent des troubles de la mémoire de travail, alors que la mémoire immédiate est plus longtemps préservée. Enfin, la mémoire sémantique à long terme est plus longtemps conservée.

Ces troubles de la mémoire, en début d'évolution, peuvent poser de difficiles problèmes diagnostiques avec un syndrome dépressif ou avec des troubles mnésiques liés au simple vieillissement physiologique.

I.3. Sous-systèmes de la mémoire

En ce qui concerne la MA, la perturbation dans la phase de formation du souvenir porterait sur

l'encodage, c'est-à-dire la phase pendant laquelle l'individu transforme des informations perceptives en représentations mentales susceptibles d'être réactualisées ultérieurement. Les deux autres phases sont la rétention (l'information mnésique est intégrée aux autres représentations déjà stockées) et la récupération ou rappel (réactivation momentanée de certaines représentations mnésiques).

Dans la MA, la mémoire secondaire (à long terme) est atteinte comme l'ont montré de nombreux travaux, mais aussi, selon Becker (1998), la mémoire primaire (à court terme).

I.4. Mémoire du passé dans la maladie d'Alzheimer

Les patients MA présentent des performances moindres que celles des témoins dans des questionnaires de mémoire du passé. Les informations les plus anciennes sont un peu mieux récupérées que les informations les plus récentes.

Ils présentent des performances plus ou moins perturbées dans les épreuves de rappel mais obtiennent une amélioration importante de leurs performances en situation de reconnaissance. Chez les patients MA, il existe un trouble de la récupération de l'information pourtant disponible, coexistant avec un trouble mnésique authentique touchant l'information elle-même.

On peut proposer une recherche en mémoire du passé qui pourrait être, entre autres, catégorielle et perturbée chez ces patients. L'information, dans ce cas, serait trop générale et pas toujours appropriée.

Si l'accent est souvent mis sur les troubles de mémoire de la maladie d'Alzheimer, il faut savoir que la mémoire est parfois relativement conservée dans d'autres démences.

II. Langage

« La marionnette est une parole qui agit », Paul Claudel

Alzheimer (1907) avait décrit un trouble de l'expression et de la compréhension du langage dans la maladie qui porte désormais son nom. Il est difficile de résumer les différents troubles du langage constituant le tableau sémiologique linguistique présenté par les patients souffrant d'une démence de type Alzheimer. Cette difficulté dérive essentiellement de la double facette caractérisant cette pathologie : hétérogénéité et variabilité. Certains patients peuvent parfois présenter un langage longtemps résistant à la pathologie alors que d'autres présentent rapidement un éventail sémiologique aphasique allant de l'aphasie anomique à l'aphasie de Wernicke.

Selon Podagar et Williams (1984), l'atteinte linguistique peut être le premier symptôme de la MA. En général, les troubles du langage apparaissent après la détérioration de la mémoire récente selon Huff et

al. (1987).

Le diagnostic de MA nécessite que soient présents au moins deux types d'altérations cognitives. L'association troubles de la mémoire, troubles du langage est assez caractéristique au début de la MA.

Fréquents et caractéristiques, les troubles du langage diffèrent nettement de ceux qu'on observe dans les aphasies par lésions focalisées. Au début, ils peuvent passer inaperçus, si on ne les cherche pas de façon systématique, en particulier dans le langage écrit ou dans l'étude de la fluence verbale catégorielle. Puis existe un manque du mot avec dissociation automatico-volontaire, avec un langage conversationnel mieux conservé que la dénomination. La compréhension orale et la lecture sont longtemps respectées, puis se remarque un tableau d'aphasie transcorticale sensorielle avec jargon. Au stade terminal, l'expression orale est désintégrée, dominée par l'écholalie, précédant le mutisme complet.

II.1. Différents stades de la maladie

II.1.1. Stade précoce de la maladie

Ce sont surtout les aptitudes lexicales et sémantiques qui sont atteintes alors que les aptitudes syntaxiques et phonologiques sont relativement préservées. Ces troubles ont d'abord été décrits comme ressemblants à l'aphasie anomique, à l'aphasie sensorielle transcorticale puis à l'aphasie de Wernicke enfin à l'aphasie globale. En fait, les troubles du langage diffèrent de l'aphasie classique sur de nombreux points: il existe une plus grande fluence verbale dans les premières phases, ce qui n'est pas le cas de l'aphasie anomique selon Appel (1982), il existe moins de paraphasies néologistiques selon Cummings (1985) et une meilleure compréhension auditive selon Holland (1986) dans les phases les plus évoluées de la MA que dans l'aphasie sensorielle transcorticale. Bayles et Kazniak (1987) discutent même l'emploi du terme aphasie pour caractériser les troubles du langage dans la MA.

Le sujet dément présente une incohérence verbale se situant au niveau de la macrostructure du discours (manque du mot, déviations verbales, etc). Les troubles de la microstructure existent aussi chez le dément mais sont beaucoup plus discrets que chez l'aphasique. Au début de la maladie, on note surtout des pauses pour retrouver un mot dans la conversation, des difficultés à enchaîner les idées dans le discours, ce qui se traduit par un débit de parole plus lent et des persévérations de phrases, d'après Hier (1985).

II.1.2. Au degré d'atteinte moyen

Le trouble dominant devient la persévération avec répétition idéationnelle de phrases et de thèmes selon Bayles (1982) et de palilalies selon Hier (1985). A ce stade, la complexité syntaxique est souvent

préservée mais il existe des erreurs dans la sélection des propositions sémantiquement appropriées d'après Obler (1983), et le contenu lexical s'amenuise avec davantage de pronoms et de mots sémantiquement imprécis d'après Hier (1985). A ce niveau existent des troubles de la compréhension auditive mais l'articulation et la lecture à haute voix sont sauvegardées.

II.1.3. Au stade de la démence sévère

En fin d'évolution, toutes les sphères linguistiques sont touchées. L'expression devient jargonnée ou impossible; dans certains cas des transformations phonémiques apparaissent en nombre. La production spontanée devient quasiment inexistante; seuls peuvent résister certains fragments automatisés ainsi que certains phénomènes persévératifs ou écholaliques.

La compréhension est très perturbée même à un niveau simple. Ce tableau se rapproche de celui d'une aphasie globale avec des dissociations telles que les possibilités résiduelles que montrent certains sujets à lire à haute voix correctement des mots réguliers. Mais Bayles et Kazniak ont montré que certains patients pouvaient encore produire un discours correct phonologiquement et syntaxiquement bien que le contenu n'ait aucun sens.

II.2. Trouble dominant dans la MA

Il s'agirait a priori du déficit lexico-sémantique mais l'origine de cette perturbation est controversée. Certains ont évoqué le rôle des troubles perceptifs, en particulier dans les épreuves de dénomination. Il semble malgré tout que les arguments d'un trouble affectant le lexique soient plus nombreux. Mais les études réalisées notamment par Huff, Diesfeld et Murdoch semblent montrer une certaine indépendance des informations lexicales et sémantiques qui leur a permis de proposer que l'information sémantique, représentée de façon distribuée dans les deux hémisphères cérébraux, serait particulièrement vulnérable à l'atteinte cérébrale diffuse de la MA et que les troubles lexicaux de dénomination seraient secondaires au trouble sémantique qui ne serait pas forcément spécifique d'une atteinte du langage.

Il semble par ailleurs selon Grober, Nebes et Brady qu'il s'agirait plus d'un déficit de l'accès à l'information sémantique que d'une perte des représentations, l'information sémantique étant souvent inexacte.

II.3. Variabilité des troubles du langage au cours de la maladie

Il existe, de façon inexorable, une variabilité au cours du temps des troubles du langage; les performances du patient s'effritant au décours de la maladie. Mais il existe une variabilité des performances au cours même d'un seul examen, pouvant aller dans le sens d'une amélioration des

performances parfois substantielle. Cette variabilité peut être interprétée comme le reflet de perturbations plus attentionnelles que linguistiques, la canalisation du patient et la compréhension même de la consigne pouvant être source de difficultés. Cette constatation doit engager le thérapeute à proposer les épreuves au patient lors d'une même journée s'il veut pouvoir s'appuyer sur des résultats solides.

III. Jugement, raisonnement, organisation

III.1. Atteinte des activités organisatrices

On rencontre constamment des difficultés à organiser, à manipuler plusieurs informations. Le MA aura, par exemple, des difficultés pour compter à l'envers, dire les jours de la semaine à l'envers, car il lui faut alors manipuler des informations organisées habituellement différemment.

Ses difficultés touchent aussi les mécanismes opératoires avec souvent une impossibilité à résoudre des problèmes simples. Le patient aura également du mal à sélectionner dans un ensemble les éléments pertinents qui y sont associés entre eux selon des arrangements logiques comme par exemple des animaux en différenciant les domestiques et les sauvages.

III.2. Jugement et raisonnement

Les fonctions intellectuelles élaborées sont à la base de toute activité sociale. Elles permettent de s'adapter à des événements imprévus ou nouveaux. Leur perturbation est précoce dans la maladie d'Alzheimer, aboutissant à des erreurs lors de certaines prises de décision (gestion du budget) ou de la réalisation d'activités comportant un risque (conduite automobile, bricolage, chasse, surveillance des petits-enfants).

IV. Atteinte perceptivo-motrice

Le MA présente généralement des troubles gnosiques, perceptifs, en dehors de troubles sensoriels éventuels. Par exemple, il peut être incapable de reconnaître des objets courants, bien qu'en percevant la forme et la fonction. Cette agnosie visuelle peut aller jusqu'à l'impossibilité à reconnaître les visages même familiers. On peut rencontrer aussi une agnosie auditive ou tactile, ou encore un trouble de la reconnaissance de son propre corps.

Les troubles perceptivo-moteurs peuvent engendrer chez les MA des difficultés à se situer dans l'espace, à trouver leur chemin à l'extérieur ou même à l'intérieur de la maison.

Les MA peuvent présenter des apraxies à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie mais de façon constante. Il peut s'agir d'une apraxie idéatoire ou d'une apraxie idéo-motrice. On rencontre fréquemment une apraxie constructive: le patient ne peut réaliser le dessin d'un cube, d'une maison ou de

figures géométriques simples et généralement une apraxie de l'habillage.

V. Comportement

" C'est vrai que je perds la mémoire, mais cela n'a pas d'importance car je ne sais pas ce que j'oublie...", Sacha Guitry

V.1. Quelques données statistiques

Des anomalies comportementales et des symptômes psychiatriques sont fréquemment retrouvées dans la MA. Une étude de Burns, Jacoby et Levy (1990) sur 178 patients atteints de MA a montré des hallucinations auditives dans 10% des cas, des hallucinations visuelles dans 13%, des délires dans 16% des cas.

Des symptômes évocateurs de dépression ont été observés chez 39% des patients. 20% des patients étaient agressifs, 7% désinhibés sur le plan sexuel, 19% d'entre eux avaient un comportement déambulatoire excessif et 10% des signes de boulimie. Près de 50% des patients souffraient d'incontinence.

Les patients hospitalisés étaient plus agressifs et incontinents mais semblaient un peu moins déprimés que les autres malades placés dans les établissements spécialisés ou vivant à leur domicile.

Les patients atteints de démence sévère présentaient un comportement déambulatoire exagéré, étaient plus fréquemment incontinents et manifestaient moins de symptômes dépressifs que ceux présentant une démence moyenne ou modérée.

Selon Devrets et Rubin (1989), la fréquence des psychoses chez les MA varie de 42 à 84% selon les divers groupes qu'ils ont étudiés mais ils estiment qu'au moins la moitié des personnes atteinte de MA développera un jour une psychose à un moment ou à un autre de l'évolution de la maladie.

Il convient de noter que les MA deviennent assez rapidement anosognosiques, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas encore conscience de leurs divers troubles.

V.2. Signes psycho-comportementaux

S'ils ne sont pas fréquents au début de la maladie d'Alzheimer, les troubles comportementaux s'accroissent progressivement au point d'être de moins en moins tolérés par l'entourage et d'être en grande partie responsables du placement du patient en institution. Ils ne surviennent pas tous chez le même patient, ils peuvent aussi fluctuer et disparaître spontanément.

V.3. Troubles psycho-comportementaux

Certaines manifestations dépressives et anxieuses sont réactionnelles aux premières difficultés de mémoire. Ces symptômes d'allure dépressive retardent souvent le diagnostic de la maladie d'Alzheimer en

l'orientant vers une dépression isolée. Par la suite, les altérations progressives de la mémoire et du langage aboutissent à la frustration et à la colère.

Les troubles comportementaux sont variés: désintérêt, apathie, émoussement affectif, réduction des initiatives, ralentissement, repli social et familial, perte du plaisir à réaliser des loisirs habituels. A l'inverse, des patients expriment une indifférence joviale ou une euphorie contrastant avec leur personnalité habituelle. Une alternance entre apathie et exacerbation émotionnelle affecte certains patients.

V.4. Réactions déconcertantes

A un stade évolué, irritabilité, agressivité et colère constituent des signes fréquents de la maladie, soit par le langage, soit par des gestes. Bon nombre de patients n'obéissent pas à leur entourage, qui ne peut plus les raisonner sans aboutir à un conflit. Il est vrai que la désorientation, la perte des repères, la non-reconnaissance des familiers, l'arrivée de personnels soignants qui imposent un nouveau rythme suscitent de compréhensibles réactions de panique. L'agitation incessante est une forme moins grave mais tout autant perturbante pour l'entourage, en particulier si elle survient la nuit.

En cas de maladie d'Alzheimer évoluée, des comportements moteurs aberrants s'observent: frottements incessants des mains ou du front, déambulation ininterrompue du patient qui parfois suit son conjoint dans ses moindres déplacements de peur d'être abandonnée, gestes stéréotypés.

On note deux tableaux comportementaux opposés mais alternant parfois chez le même patient: certains sont repliés sur eux-mêmes sans aucune initiative, d'autres sont agités et agressifs.

V.5. Sommeil, alimentation, fonctions sphinctériennes

L'inversion du rythme veille-sommeil est fréquente, le patient dort trop dans la journée ou démarre lentement sa matinée alors que la nuit est interrompue de réveils fréquents et de déambulation dans l'appartement. Sous le terme d'angoisse crépusculaire, on regroupe la survenue d'une anxiété, d'une agressivité, d'une confusion ou d'une opposition en fin de journée, à la tombée de la nuit.

Ils n'ont plus faim ce qui explique en partie leur amaigrissement. Ils ont parfois des changements de goût en préférant le sucré ou en mangeant toujours le même type d'aliments.

Une incontinence urinaire d'abord nocturne puis permanente s'installe dans les formes avancées de la maladie. Une incontinence intestinale se surajoute ensuite.

V.6. Manifestations anxieuses

L'anxiété est très fréquente dans la MA. Elle nécessite un traitement médicamenteux en cas de crise aiguë (attaque de panique, agitation anxieuse, sidération) ou d'anxiété généralisée.

V.7. États délirants

Les manifestations psychotiques peuvent survenir à tout moment de l'évolution d'une MA et sont toujours associées à un autre trouble cognitif (trouble des conduites, anxiété, dépression). Leur importance est liée à des facteurs individuels (antécédents psychiatriques, événements de vie, désafférentation). Les idées délirantes prennent souvent une thématique de vol, de préjudice, d'intrusion, de jalousie, d'érotomanie ou d'hypocondrie.

V.8. Hallucinations

Les hallucinations visuelles sont plus fréquentes que les hallucinations auditives ou d'autres types (olfactives, gustatives, kinesthésiques). Les syndromes d'identification erronée réalisent soit des erreurs d'identification simple, soit un syndrome de CAPGRAS (dit « délire des sosies »: conviction délirante qu'une ou plusieurs personnes ont été remplacées par des sosies qui leur ressemblent parfaitement), soit une non reconnaissance dans le miroir, ou une fausse reconnaissance. On peut retrouver des manifestations plus complexes associant idées délirantes, onirisme, erreurs d'identification et phénomènes de condensation d'événements (réduplication du passé, télescopage du passé et du présent).

V.9. Autres troubles du comportement

A la phase avancée de la MA, il s'agit de phénomènes à type de déshinhibition sexuelle. Au stade ultime peut être réalisé un véritable syndrome de KLUVER BUCY, avec hyporéactivité émotionnelle, hypersexualité, comportement oral tel qu'il s'observe après des lésions bilatérales des deux lobes temporaux.

VI. Pragmatique

Il existe très peu d'écrits concernant et la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés et les habiletés pragmatiques. Thierry Rousseau dans un travail de recherche intitulé *La communication dans la maladie d'Alzheimer*, fait apparaître des informations récurrentes et pertinentes concernant le sujet Alzheimer dans ses actes de communication au quotidien.

D'après les études graphiques qu'il a réalisés, un malade Alzheimer en situation d'entrevue dirigée ou de discussion libre communiquerait de façon plus efficiente qu'en situation d'échange d'informations. Les réponses, descriptions et affirmations sont les actes de langage les plus adéquats à une atteinte légère et moyenne. Les réponses, affirmations et mécanismes conversationnels conviennent mieux à une atteinte profonde. Par contre, les questions et le non-verbal sont les mécanismes les plus touchés quelle que soit l'atteinte à la maladie. Enfin, la cohésion lexicale et la relation sont les causes principales de l'inadéquation du MA.

De plus, il me semble avisé de citer les courts extraits d'un article également rédigé par T. Rousseau, intitulé: *Evaluation pragmatique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer*; traitant de la pragmatique du discours chez le patient Alzheimer:

« [...] les capacités de communication des patients-Alzheimer subissent un certain nombre de modifications quantitatives et qualitatives. Il existe en effet une désintégration langagière, une atteinte des aspects généraux du discours : la cohérence, la cohésion mais aussi une atteinte des aspects spécifiques du discours: la compétence narrative, la gestion des tours de parole et des actes de langage et des procédures de réparation. Par ailleurs la communication non verbale subit aussi des modifications. Ces modifications de la communication sont à la fois liées à l'atteinte corticale des zones du langage, à l'atteinte de l'ensemble des fonctions cognitives mais aussi à des facteurs plus individuels, psychosociaux et liés à la situation même de communication. [...] Face à un malade qui est en train de perdre de façon irréversible ses moyens de communication dont le langage, le thérapeute qu'est l'orthophoniste ne peut pas, ne doit pas, évaluer les capacités encore fonctionnelles par rapport à la seule norme linguistique car elle lui ferait perdre tout un ensemble de données qui composent la communication. La référence à la pragmatique permet cette évaluation car elle prend en considération toute la plurimodalité de la communication, donnant ainsi des outils qui seront essentiels pour une intervention thérapeutique. »

VII. Communication

« *Quand il parlait, il ne levait jamais un bras ni un doigt: il avait tué la marionnette* », Paul Valéry, *Monsieur Teste*

La diminution qui peut aller jusqu'à la perte totale des capacités de communiquer des patients atteints de la maladie d'Alzheimer constitue sans aucun doute le symptôme le plus dramatique de cette affection. La tendance actuelle du monde scientifique est de considérer que ce trouble est le reflet d'une atteinte organique et que seules les modifications neurobiologiques sont responsables des troubles des fonctions supérieures.

Mais le patient Alzheimer est avant tout un individu qui se dégrade et qui a, au moins au début de sa maladie, parfaitement conscience de sa dégradation. Cette sensation de dégradation qui conduit à la mort ajoutée à la sensation de rejet de la part des autres (car il y a très peu de place dans notre société pour les déments) va générer chez le malade une angoisse qui pourra être responsable d'un certain nombre de comportements de défense et de troubles de la communication qui amplifieront les difficultés liées à l'atteinte organique.

Au début on note seulement de très légères perturbations dans la compréhension auditive et dans la recherche du mot exact qu'il réussit à compenser:

- ◆ le MA fait des périphrases pour remplacer le mot juste, surtout les noms
- ◆ il lui arrive de sortir du sujet, du thème de discussion mais il y retourne sans aide
- ◆ il a des difficultés minimales pour comprendre les messages longs et complexes
- ◆ il fait des commentaires subjectifs et personnels au lieu d'énoncer les faits objectifs: il a tendance à tout personnaliser.

Puis, lorsque le déficit cognitif s'accroît, le MA continue à communiquer dans des situations familières mais éprouve des difficultés d'expression et de compréhension dans des situations moins familières et perturbantes:

- ◆ il utilise des mots sémantiquement proches les uns pour les autres ou des périphrases pour les mots moins fréquemment utilisés
- ◆ il peut être conscient de ses erreurs
- ◆ il s'écarte volontiers du thème et est incapable d'y revenir seul
- ◆ il peut avoir du mal pour prendre la parole afin de démarrer une conversation
- ◆ il lui arrive de demander de répéter séparément les éléments de messages verbaux longs et complexes
- ◆ il a des difficultés pour comprendre les informations d'une conversation

A ce stade, le MA peut communiquer en situation duelle ou en très petit groupe mais il a des difficultés pour suivre une conversation un peu longue. Il a des difficultés pour exprimer ses besoins quotidiens sociaux et émotionnels, de telle sorte que l'interlocuteur doit poser des questions pour comprendre ce que le malade veut dire.

Les modifications caractéristiques sont les suivantes:

- ◆ les paraphrasies prennent des formes variées et s'éloignent de plus en plus du mot juste
- ◆ des erreurs de reconnaissance visuelle apparaissent

- ◆ des désordres autres que la difficulté à trouver le mot juste apparaissent dans le discours tels que des troubles au niveau de la cohérence ou de la cohésion du discours
- ◆ le stock lexical se réduit
- ◆ le MA commence à montrer des difficultés pour comprendre les éléments du vocabulaire simple
- ◆ il peut s'arrêter de communiquer ou parler exagérément de manière incohérente
- ◆ il est incapable de conserver le sujet de la conversation sans que l'on lui rappelle constamment
- ◆ pendant la conversation, il utilise plus de mots que nécessaires pour expliquer les choses
- ◆ il s'intéresse aux détails secondaires et non aux essentiels
- ◆ il utilise des pronoms sans référents de telle sorte qu'il est difficile pour l'interlocuteur de le comprendre
- ◆ il utilise moins de phrases et même parfois des morceaux de phrases
- ◆ il peut commencer à répéter de manière systématique des sons, des syllabes ou des phrases entières
- ◆ il a des difficultés pour amorcer une conversation
- ◆ il présente une anosognosie de ses difficultés de communication et de ses erreurs de langage

Puis, lorsque l'atteinte devient encore plus sévère, tous les essais de communication sont limités et le MA ne devient plus capable de faire connaître que certains de ses désirs, verbalement ou non verbalement.

L'interlocuteur peut obtenir quelques informations sur le patient s'il fait preuve de déduction et essaie de deviner:

- ◆ les mots substitués n'ont aucun rapport avec le mot juste et les erreurs de reconnaissance augmentent
- ◆ l'intelligibilité est réduite à cause de la présence d'un jargon sémantique, d'écholalie, de persévérations et d'une réduction massive du vocabulaire
- ◆ il peut seulement utiliser des phrases automatisées ou des mots isolés pour exprimer ses besoins
- ◆ les réponses oui/non sont incertaines
- ◆ l'articulation devient perturbée et le discours restant peut contenir des répétitions, des substitutions, des inversions et des omissions de sons
- ◆ le MA peut en arriver à utiliser le langage enfantin
- ◆ il ne respecte pas les tours de parole mais a conscience de la présence des autres

C) DIAGNOSTIC-EVOLUTION-TRAITEMENT

La maladie d'Alzheimer constitue l'un des plus grands fléaux de cette fin de siècle car, à l'heure actuelle, la médecine ne sait pas encore la guérir, ni la prévenir et ne sait que très difficilement la diagnostiquer mais aussi parce qu'elle frappe les esprits en atteignant, sans que l'on sache encore pourquoi, n'importe qui, à partir d'un certain âge, quels que soient son sexe, son niveau socio-culturel, son mode de vie et en atteignant l'homme dans ce qui fait justement qu'il est homme: ses fonctions intellectuelles, son comportement, ses facultés de communication.

I. Diagnostic

Les critères diagnostiques NINCDS-ADRDA permettent d'aboutir à un diagnostic possible, probable ou certain, leur sensibilité est de 80% et leur spécificité de 70%.

Les instruments de dépistage, de diagnostic ou mesurant un trouble spécifique n'ont pas été utilisés au cours de l'expérimentation mais sont joints au dossier des patients.

I.1. Diagnostic probable

Les critères de MA probable incluent:

- ◆ une démence établie par un examen clinique documenté par le MMS ou un examen similaire et confirmé par des tests neuropsychologiques
- ◆ des déficits dans au moins deux champs cognitifs
- ◆ une altération progressive de la mémoire et d'autres fonctions cognitives
- ◆ un début entre l'âge de 40 et 90 ans, le plus souvent après l'âge de 65 ans
- ◆ une absence de trouble systémique ou d'autre atteinte cérébrale susceptible d'être responsable de l'altération progressive de la mémoire et des autres fonctions cognitives

Le diagnostic de MA probable est étayé par:

- ◆ une aggravation progressive d'une fonction cognitive spécifique comme le langage, la motricité, la perception
- ◆ une réduction des activités de la vie quotidienne et des troubles du comportement
- ◆ une histoire familiale de troubles similaires, particulièrement s'ils ont reçu une confirmation neuro-pathologique

I.1.1. Outils de dépistage

De passation rapide (de 2 à 10 minutes) ils permettent de faire un bilan rapide des fonctions cognitives et de séparer les sujets normaux de ceux qui présentent une altération cognitive, sans préjuger de son origine. Le plus utilisé est le Minimal-Mental-State (MMS) de Folstein.

I.1.2. Outils de diagnostic

Les tests psychométriques classiques, comme l'échelle d'intelligence de Weschler dans sa version révisée (WAIS-R) nécessitent un temps de réalisation long et d'être employés que par un utilisateur spécialisé.

I.1.3. Outils mesurant un trouble spécifique

Les épreuves spécifiques de mémoire sont constituées par l'empan digital (spam), la batterie 144 de Signoret (BEM 144), l'échelle de mémoire de Wechsler (WMS), l'épreuve de rétention visuelle de Benton, le test de Rivermead et le test de Grober et Bushke. Les épreuves spécifiques de l'attention et des fonctions exécutives sont le Trail Making Test (TMT version A et B), le test de Stroop et le Wisconsin card test. Les épreuves spécifiques de langage sont des épreuves de fluence verbale, le Boston naming test et les épreuves de dénomination comme le DO 80. Les épreuves spécifiques visuo-spatiales et des gnosies sont constituées par le protocole d'agnosie visuelle PEGV, le test de l'horloge et la figure de Rey.

I.1.4. Echelles d'activité de la vie quotidienne

Elles mesurent les activités de base et des activités plus complexes, dites instrumentales comme l'échelle de Lawton et Brody (PSMS et IADL). Elles reposent sur l'interrogatoire de l'entourage.

I.1.5. Examens à visée anatomique

Tomodensitométrie cérébrale:

elle permet d'apprécier le degré d'atrophie cérébrale diffuse plus importante dans la MA que chez les sujets âgés sains du même âge. L'intensité de l'atrophie est corrélée à la gravité de la démence et s'aggrave progressivement en cours d'évolution, plus vite que chez les sujets âgés normaux ce qui permet un suivi régulier. Indispensable pour le diagnostic positif, elle est utile pour le diagnostic différentiel.

L'imagerie par résonance magnétique nucléaire:

elle met en évidence les hypodensités de la substance blanche visible en TDM: elles sont spécifiques des démences vasculaires. On peut mesurer directement l'atrophie de l'hippocampe dans la MA débutante.

Etude du débit sanguin cérébral:

la tomographie d'émission monophotonique montre une diminution du débit sanguin cérébral bi-temporo-pariétal dans la MA.

I.2. Diagnostic certain

A l'heure actuelle, il repose sur l'examen du cerveau au microscope lorsque le patient est décédé: une autopsie montre dans certaines régions cérébrales une proportion anormale de plaques séniles et de dégénérescences neurofibrillaires. Du vivant du patient, le diagnostic est essentiellement fondé, comme nous l'avons évoqué précédemment, sur l'examen clinique. Le rôle des examens complémentaires (biopsie, imagerie cérébrale) est d'éliminer d'autres maladies susceptibles d'imiter certains des signes de la maladie. En dépit de l'absence de preuve formelle du vivant du patient, lorsqu'une équipe médicale expérimentée porte le « diagnostic probable » de maladie d'Alzheimer, des études ont montré qu'une autopsie confirmait ce diagnostic dans 98% des cas, les 2% restants correspondant à des formes plus rares de démences.

La première anomalie neuropathologique requise pour le diagnostic de la MA soit définitif est la concentration de plaques d'amyloïde dans le néocortex et l'hippocampe. Ces plaques modifient les cellules nerveuses. Par ailleurs, la MA est également associée à une déficience de la fonction cholinergique qui entraîne des diminutions variables de la synthèse des catécholamines et l'augmentation de la production de neurotransmetteur comme le glutamate et la dopamine. Nous savons que même si le déficit cholinergique n'explique pas toute la maladie, il rend compte de certains de ses aspects, et en particulier il est souvent évoqué pour rendre compte du déficit mnésique des patients MA.

II. Evolution

L'évolution se fait toujours dans le sens de l'aggravation en particulier du déficit mnésique et avec l'installation d'un trépied sémiologique qui est souvent considéré comme caractéristique de la MA: aphasie, apraxie, agnosie. La dégradation est progressive, évoluant sur plusieurs années, parfois plus de dix ans. L'évolution se fait vers l'état grabataire puis la mort du fait des complications liées à l'immobilité. En fait, la durée d'évolution dépend de l'âge du sujet au moment où la maladie a commencé: un sujet âgé risque de mourir d'autre chose que la MA.

Plus tôt le diagnostic d'Alzheimer est fait, plus vite sont éloignées les issues fatales, et pour de longues années. Cette perspective optimisante laisse alors la place aux très probables thérapeutiques qui seront alors découvertes. Quant aux dépressions masquées (10% de la population), un traitement incisif et adéquat a de meilleures chances d'être rapidement efficace, plutôt que d'imposer aux patients un traitement anti-Alzheimer biologiquement dangereux et psychologiquement pervers pour le patient.

III. Traitements

III.1. Traitements symptomatiques

Quatre médicaments ont obtenu une autorisation de mise sur le marché pour la maladie d'Alzheimer. Ce sont des traitements dits symptomatiques parce qu'ils modifient transitoirement les troubles cognitifs ou comportementaux des patients mais ne bloquent pas leur évolution. Sans guérir la maladie, ils soulagent et améliorent la qualité de vie des patients comme celle de leur famille. L'évolution ultime de la maladie d'Alzheimer n'est donc pas modifiée, c'est son parcours qui sera plus confortable pendant quelques années.

III.1.1. Famille des anticholinestérasiques

Les anticholinestérasiques visent à compenser le déficit en acétylcholine caractéristique de la maladie d'Alzheimer. Les trois médicaments commercialisés en France sont l'Aricept, l'Exelon et le Rémínyl. Ils sont réservés aux formes légères et modérément sévères de la maladie: ils peuvent être initiés pour un MMS compris entre 10 et 26. Leur prescription initiale est réservée aux neurologues, gériatres, psychiatres et aux médecins titulaires de la capacité en gériatrie.

III.1.2. Les antiglutamates

Cette famille comporte un seul médicament, l'Ebixa. Celui-ci agit en bloquant les récepteurs neuronaux d'un neurotransmetteur appelé glutamate dont le fonctionnement excessif est responsable d'une excitation toxique des neurones. L'Ebixa est indiqué dans les formes sévères à modérées de maladie (MMS compris entre 0 et 20).

III.2. Traitement médicamenteux des troubles cognitifs

Les seuls médicaments actuellement sur le marché sont des médicaments agissant sur le système cholinergique. D'autres médicaments déjà commercialisés pour des indications plus larges ont montré un potentiel d'efficacité dans le traitement de la MA. Trois médicaments ont reçu l'autorisation de mise sur le marché en France: la tacrine en 1994, le donepezil et la rivastigmine en 1998. Ils sont considérés comme symptomatiques car s'il est reconnu qu'ils ont une action sur la cognition, ils ne devraient pas, a priori, avoir d'effet sur l'évolutivité de la MA.

Un certain nombre de données épidémiologiques ont fait envisager depuis longtemps la

possibilité que le système endocrinien puisse jouer un rôle dans la survenue de la MA chez la femme. Il a été établi que le traitement hormonal par oestrogènes de la ménopause était susceptible de retarder l'âge d'apparition d'une MA chez la femme.

III.3. Traitement médicamenteux des troubles non cognitifs

Antipsychotiques, benzodiazépines, anxiolytiques sont prescrits pour le traitement aigu des troubles des conduites. Des antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine diminuent l'impulsivité, l'agressivité et la propension à passer à l'acte: ils sont utiles dans les comportements stéréotypés tels que les cris, les agitations récidivantes, les déambulations, les comportements compulsifs et ritualisés et les troubles des conduites alimentaires.

III.3.1. Les manifestations anxieuses

Les benzodiazépines ont une grande efficacité mais des effets secondaires. Les antihistaminiques, très utilisés chez les sujets âgés, sont moins anxiolytiques que les benzodiazépines.

III.3.2. Les troubles du sommeil

On utilise des produits à début d'action rapide, sans sédation diurne, respectant au maximum l'architecture du sommeil.

III.4. Traitement non médicamenteux

L'approche médicamenteuse ne peut en aucun cas être considérée comme la seule façon de prendre en charge la personne atteinte de la MA ou de syndromes apparentés. La prise en charge doit être globale, adaptée le plus possible à chaque patient.

Les acteurs permanents

- *l'infirmière*

Elle est impliquée dans l'animation tant par l'importance de son rôle que par sa connaissance des résidents et sa formation initiale qui lui permet d'avoir un regard global. En établissement, son rôle est souvent central lorsqu'elle propose des activités en collaboration avec d'autres personnes, dont les aides-soignantes. Elle sera à l'écoute de la personne âgée pour lui permettre de trouver l'épanouissement nécessaire à une vie en collectivité.

Les cadres infirmiers jouent un rôle essentiel dans les structures gériatriques de grande capacité. Ils ont en effet une fonction charnière: coordonner les soins techniques de leur unité, l'organisation du personnel, le confort quotidien et les projets de vie, les relations avec les familles.

- *l'aide-soignant*

Il est un partenaire clé pour l'animation: sa connaissance de la personne âgée, sa capacité à assurer l'accompagnement en font un médiateur d'autant plus important que les capacités d'expression et de communication de la personne âgée sont affaiblies.

Il a tout à fait sa place auprès des personnes atteintes de la MA. Pour l'instant, les traitements ne sont qu'expérimentaux, seuls des actes d'accompagnement, de soutien oeuvrent à éviter aux malades d'atteindre rapidement leur dernier stade.

L'aide-soignant doit toujours prendre en considération une plainte et n'a pas alors à juger si la douleur existe ou pas: dans des situations identiques, les personnes n'ont pas forcément les mêmes réactions ni la perception de la douleur. Il doit répondre:

- répondre aux appels de la personne âgée, l'aider à s'exprimer sur sa douleur ou sa souffrance
- ne pas nier la douleur
- être attentif à ce qui la soulage, observer ce qui la calme
- faciliter son repos
- essayer de diminuer son anxiété, l'entourer par une présence: elle se sentira en sécurité
- trouver des activités qui peuvent la distraire de sa douleur

informer les infirmiers, le médecin quand la personne se plaint de douleurs

- *le médecin*

Non seulement il a la responsabilité du projet médical et des interventions médicales, mais il devra également prévoir l'articulation avec les autres aspects de l'établissement, en particulier les projets de vie.

- *le neuropsychologue*

C'est par lui, mais aussi par l'animateur, chacun dans sa spécificité, que l'institution avancera vers la prise en compte des trois dimensions de l'être humain: bio, psycho, social.

Consulter un neuropsychologue va permettre au malade de réduire sa mémoire soit en participant à des séances de rééducation de groupe qui ont lieu en général au sein d'un hôpital ou d'un centre d'accueil de jour, soit en faisant venir à domicile un neuropsychologue libéral.

- *le kinésithérapeute*

Au-delà des gestes et des techniques de rééducation, il échange, rassure, encourage, perçoit les attentes et aspirations des personnes.

A la suite d'une immobilisation, d'une chute, d'un alitement prolongé les personnes âgées peuvent avoir perdu une partie de leurs capacités fonctionnelles : marche, gestuelle. La kinésithérapie va alors les aider à rétablir des fonctions déficientes, à retrouver une certaine autonomie et essayer d'éviter la décompensation brutale sachant qu'avec le temps, l'adaptabilité diminue et que le sujet âgé se rapproche

de son seuil de décompensation. La prise en charge doit permettre de maintenir une certaine autonomie utile pour le sujet âgé.

- le psychomotricien

La vieillesse s'accompagne de pertes qui fragilisent l'individu. Le bouleversement qu'engendre la sénescence risque d'être d'autant plus marqué que les difficultés psychomotrices sont fréquentes chez la personne âgée :

- schéma corporel désorganisé, image du corps perturbée
- désorientation temporo-spatiale,
- capacités psycho-intellectuelles altérées...

On ne parlera ni de rééducation, ni thérapie psychomotrices mais de soin psychomoteur, soin humanisant : « Prendre soin de la personne... » On entre dans une dimension différente car les objectifs ne sont plus les mêmes....

Le but de la psychomotricité auprès de personnes âgées douloureuses est de les aider à vivre au mieux avec ce corps qui se trouve dominé par la maladie et esclave des douleurs qui l'accompagnent.

- *l'orthophoniste*

La rééducation orthophonique tiendra compte des troubles psychiques (souvent inauguraux: troubles du jugement et de l'autocritique) et s'occupera des troubles de la mémoire, de l'attention et de ceux qui portent sur les fonctions cognitives (aphasies, apraxies, agnosies). Elle apporte une aide au niveau de la communication et de la déglutition.

La prise en charge peut être justifiée par la présence constante de troubles du langage dans la MA: fautes d'orthographe, oubli d'un mot conduisant à l'utilisation de mots vagues, constructions de phrases inachevées... C'est cet emploi incorrect des mots qui conduit progressivement à un discours totalement incohérent.

Il s'agit de favoriser la communication verbale et non verbale des MA. Crisp, chercheur australien dont la mère est atteinte de MA donne à ce sujet un certain nombre de conseils [Thierry Rousseau, 36]:

- oublier ce qui est faux dans les réponses du malade et essayer de considérer les aspects sous lesquels elles peuvent être appropriées
- essayer de traduire les paraphrasies sémantiques
- écouter soigneusement les indices qui suggèrent la trame référentielle (le contexte) à laquelle se rattachent les propos du MA et utiliser des questions simples pour vérifier que l'on se trouve sur

la bonne piste

- lors d'un récit bizarre, oublier si tous les détails sont vrais ou faux et se demander quelle valeur cette histoire pourrait avoir aux yeux de la personne.

La stimulation cognitive représente une part très importante de la prise en charge de la MA. Elle se place à la fois au stade curatif et au stade préventif. La thérapie cognitivo-comportementale préconise de:

- proposer au malade des situations de communication où il sera le plus à l'aise
- faire en sorte qu'il puisse utiliser les actes de langage qu'il manipule encore
- faire en sorte qu'il puisse s'appuyer sur le discours de l'interlocuteur pour construire le sien
- utiliser des procédés facilitateurs
- ne pas tenter à tout prix de ramener le patient là où l'on est mais essayer éventuellement de le rejoindre là où il se trouve

A noter qu'au stade très sévère, la communication verbale n'est souvent pas possible. Mais toutes les familles s'accordent pour dire que même si le malade est muet et recroquevillé au fond de son lit, son affectivité est intacte. C'est à ce moment précis que la communication non verbale, celle qui passe par le regard, les caresses ou le simple fait de parler, est primordiale.

L'approche orthophonique doit associer une intervention auprès du patient et auprès de l'aidant (naturel ou professionnel). Elle doit être adaptée aux besoins personnels des patients et aidants. Dans tous les cas d'intervention auprès des personnes âgées, l'orthophoniste aura un rôle spécifique destiné à impliquer la famille, l'entourage et les différents intervenants, car l'impact des facteurs environnementaux est important sur la qualité et la quantité de la communication.

- *l'ergothérapeute*

Un ergothérapeute est un spécialiste qui évalue les répercussions des troubles sur les activités de la vie quotidienne: aptitude à réaliser une liste de courses, à faire la cuisine, à prendre un repas, à rédiger un chèque, à s'habiller. Il propose des solutions techniques pour adapter l'environnement aux capacités modifiées de la personne. Il peut vous fournir des accessoires simples, ou vous en suggérer l'achat, qui facilitent une tâche en particulier, par exemple l'emploi d'un ouvre-boîte électrique ou d'un socle basculant pour votre bouilloire, ou bien l'achat d'un rehausseur de chaise. Il participe donc à la dignité de la personne en maintenant ou en développant son autonomie; cette profession qui a été, comme celle de l'animateur, longtemps floue, a aujourd'hui trouvé sa voie.

Il peut également avoir une action directe sur la personne malade. Il peut prendre des patients de façon individuelle ou en petit groupe pour des séances de rééducation aux gestes de la vie quotidienne. Citons l'exemple d'ateliers d'ergothérapie qui proposent de modeler de l'argile pour façonner un personnage ou un objet relié à une thématique. Le toucher de la terre humide fait naître le plaisir du contact, peut-être des souvenirs et sollicite l'habileté manuelle.

- *l'animateur*

Il doit avant tout respecter certaines attitudes et manières d'être telles que:

- **le respect**

L'animateur doit respecter les résidents. Il doit avoir le respect de l'âge, le respect de la personne vulnérable. Il doit avoir le respect de la parole donnée, le respect de la confiance.

- **la disponibilité**

Le métier de l'animateur est basé sur l'écoute. Rien n'est plus important qu'elle et c'est un devoir de répondre.

- **l'enjouement**

L'animateur doit véhiculer la notion de sérénité.

- **l'humilité**

La modestie de l'animateur, c'est de ne pas s'approprier la parole mais cette parole ne nous appartient pas.

- **la patience**

C'est une qualité incontournable pour progresser dans ce métier, non la patience par rapport aux personnes âgées, mais la patience qu'il faut pour mener un projet.

- **la stimulation**

Les résidents ne viennent pas spontanément vers les autres. La stimulation fait donc partie des outils de l'animateur.

- *le thérapeute, l'aidant au sens général*

Etre thérapeute revient à être celui, quelle que soit la technique dont il dispose, qui va interroger le pourquoi, d'un commun accord, on fait comme si la personne âgée était hors jeu.

Le processus thérapeutique est celui qui permettra que d'autres aménagements, moins inconfortables, puissent éventuellement intervenir. Cela ne sera envisageable qu'en restituant à la non-communication apparente sa fonction de mode particulier de communication, qu'en restituant aux symptômes observés leur valeur de forme d'adaptation. Ce qui sous-entend qu'on interroge le processus non pas en termes d'avoir mais bien en terme d'être, de statut; en créditant chacun des partenaires y compris le partenaire âgé, de l'existence d'une implication inconsciente, maintenue jusqu'au bout, quelle qu'en soit l'expression.

Pour cerner le rôle de l'aidant, on parle souvent d'écoute active. Le verbe écouter vient du vieux

français *escolter* et du latin *auscultare* qui veut dire « écouter avec attention », tandis qu'*audire* peut signifier « écouter distraitemment ». Un bon aidant n'est donc pas un simple auditeur mais il est un auscultant, c'est-à-dire, selon le dictionnaire, quelqu'un qui « explore les bruits de l'organisme » de son aidé. (Nous parlons là de l'organisme psychique). Le dictionnaire nous aide encore plus, car au mot écoute, il indique comme vieux sens: « guetteur, sentinelle ». Pratiquer l'écoute active, c'est donc se situer dans un rôle d'éclaireur et être aux aguets. Un bon aidant respecte la liberté de son aidé, mais il cherche néanmoins à avoir un impact sur celui-ci. L'aidé ne veut pas nécessairement qu'on lui dise quoi faire ni comment penser, mais il veut que quelque chose se passe, il veut que la personne à laquelle il se confie intervienne efficacement pour l'aider à avancer vers la solution de son problème. Ainsi, tout au long de la journée, il faut écouter, décoder aussi bien que rassurer et expliquer.

Par ailleurs, il faudra expliquer à la personne âgée ce qu'elle doit faire, surtout si elle risque d'avoir des difficultés. Il est nécessaire de toujours éviter de la mettre en situation d'échec. Il sera essentiel d'être attentif à sa fatigue, de l'aider à prendre du repos, de ne pas obliger à poursuivre une activité si elle ne peut plus ou ne veut plus. Il faudra lui indiquer la place qu'elle peut prendre, l'installer confortablement et veiller à ce que l'environnement ne soit pas un obstacle à sa participation, ce qui risque d'être le cas, par exemple, si le son et l'éclairage sont trop importants ou au contraire insuffisants. Bien entendu, il faudra s'informer des activités antérieures de la personne âgée:

- si elle n'est plus capable de les accomplir ou d'y participer comme avant, lui en proposer de plus adaptées correspondant cependant à ses goûts
- lorsqu'elle veut y participer, l'aider à les accomplir ou à se rendre sur le lieu de l'activité.
- programmer cette tâche pour ne pas l'oublier.

L'objectif général des prises en charge est d'entretenir le plus possible les facultés restantes et d'apprendre aux patients à connaître le plaisir de fonctionner, même sur des actes très parcellaires, et le bien être, avec et malgré la maladie. Plus qu'apprentissage et retour à l'autonomie, il y a une habitude à la relation d'aide.

Théâtre, musique, peinture, expériences sensorielles... le but des nombreuses techniques de prise en charge non médicamenteuses n'est pas simplement d'occuper les patients. On ne cherche pas à faire diversion. Pratiquées avec des personnes au début de la maladie, de même qu'avec des personnes plus gravement atteintes, elles sont là pour tenter de remailler les cerveaux malades, calmer la peur, les angoisses, faire naître le plaisir, retrouver l'estime de soi, garder une dignité.

La dramathérapie, la thérapie par le théâtre, offre au malade la possibilité d'une mise à distance par le truchement du personnage. Le malade souvent replié dans le monde du « je » simule les sentiments d'un personnage et réalise le passage de la personne en personnage. Empruntant ce chemin, il expérimente la liberté: « ce n'est pas moi, c'est le personnage! » Le corps, souvent douloureux, est mobilisé dans le

respect du ressenti du malade. C'est l'occasion pour lui de reconnaître certaines de ses capacités. Le travail en groupe fédère les malades, désormais reliés aux autres, sortis de leur individualisme.

Il s'agit également de l'aide à apporter aux familles sur le plan médico-psycho-social. Cette étape demande une étroite collaboration entre le médecin traitant, le psychiatre, les organismes sociaux et les associations d'aide aux familles.

III.5. Conclusions

Il n'existe pas encore de remède pour soigner cette détérioration cérébrale, bien que des recherches fébriles se poursuivent dans le monde entier. Cependant, des médicaments permettent d'en endiguer quelque peu le cours, d'adoucir les symptômes et d'en retarder l'évolution. Le sort de tous ces êtres repose en fin de compte sur les épaules de ceux auxquels ils sont confiés, souvent leurs parents ou leurs proches.

Faire travailler son cerveau est devenu un sport national. Tout le monde en profite, ceux qui sont atteints de la maladie, leur entourage et les bien portants. Des méthodes d'entraînement simples suscitent l'intérêt de nombreuses personnes désireuses d'accroître les performances de leur cerveau. Car chacun d'entre nous peut courir le risque de se voir, un jour, incapable de répondre à cette simple question: « comment vous appelez-vous? ».

PARTIE PRATIQUE

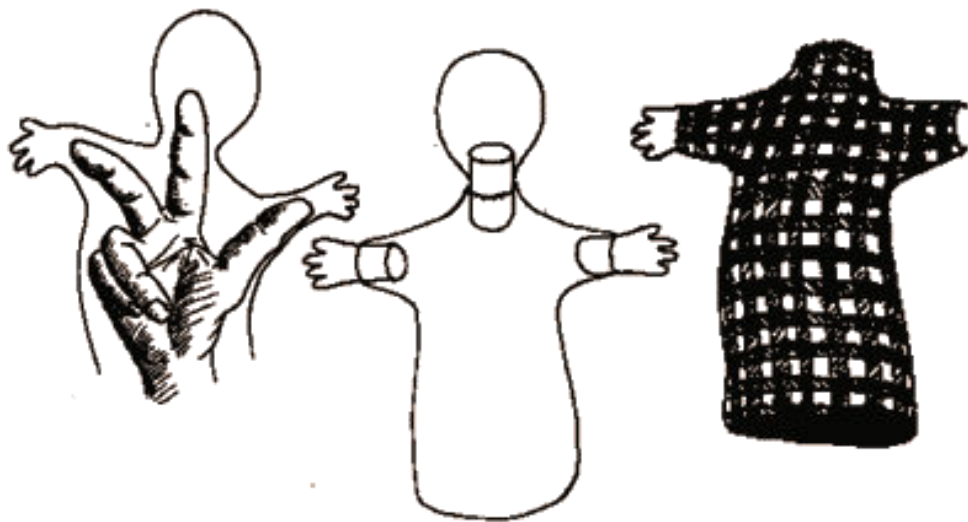


Image 11: marionnettes à gaine

A) STRATEGIE DE RECHERCHE: INTERVENTION EN INSTITUTION AUPRES DE PERSONNES SAINES ET DEMENTES

I. Présentation du protocole de recherche

Comme nous l'avons énoncé au commencement de ce travail, l'hypothèse de départ est qu'avec la marionnette nous pouvons influencer sur les modalités expressives et réceptives de la communication, voire, si elle est dispensée à une population âgée, retarder la dégradation des habiletés communicatives. Ainsi, le déroulement de notre recherche s'est établi de la manière qui suit: un protocole a été mis en place, incluant deux bilans de la personne âgée effectués à un an d'intervalle suivis chacun d'une analyse des modalités prosodiques par l'intermédiaire du logiciel Praat, deux spectacles réalisés également à un an d'intervalle accompagnés d'une interview filmée ainsi qu'un atelier marionnettes instauré au cours de l'étude.

II. Présentation de la maison de retraite

II.1. Présentation de la Maison Bleue

Nous avons réalisé notre expérience au sein de la maison de retraite de Gattières, dite "Maison Bleue". Cet institut est dirigé à l'heure actuelle par monsieur Casimir. A mes débuts, il était géré par monsieur Jordan jusqu'en juin 2010, puis par madame Martinetti jusqu'en novembre 2010, laquelle fut remplacée par l'actuel directeur. Il accueille des personnes âgées en perte d'autonomie, principalement entre 85 et 100 ans, à tous les stades de la dépendance. Cette maison de retraite accueille approximativement 100 résidents. Les récents travaux permettront d'augmenter l'effectif d'une trentaine.

II.1.1. Les membres de l'équipe soignante

Les résidents sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin coordinateur, d'une IDE coordinatrice, d'une psychologue à mi-temps, d'un kinésithérapeute, d'une animatrice ou deux, de deux infirmiers, de sept aides soignant(e)s par équipe. Les équipes sont préparées à recevoir les personnes hébergées dans la structure de soin et sont formées à l'accompagnement des résidents.

II.1.2. Les différents soins thérapeutiques proposés

La prise en charge en institution est adaptée à la pathologie de chaque résident, mais se décompose généralement comme suit:

◆ des prises en charge thérapeutiques en individuel

Elles sont instaurées de manière automatique à l'entrée en institution pour soutenir et étayer les nouveaux résidents. Ceux-ci sont reçus dans le cadre d'un entretien d'entrée, entretien ponctuel, suivi individuel ou bilan par la psychologue.

◆ des prises en charge thérapeutiques en groupe

Elles s'organisent en groupe de parole, variable en fonction des résidents. Habituellement, il a lieu une fois par semaine mais n'est pas très régulier, étant axé autour de la demande. En 2010, 14 résidents sont suivis en groupe de mémoire, 12 en groupe de stimulation neuro-cognitive, 10 en groupe de parole, 37 ont des autorisations de sorties thérapeutiques, 7 participent à d'autres groupes thérapeutiques.

Elles peuvent également prendre la forme d'ateliers thérapeutiques qui s'articulent autour des thèmes suivants: jeux de mémoire, réminiscence, goût, odorat, vue ouïe...

En intérieur, les ateliers proposés sont les suivants: floral (en hiver), décoration En extérieur, on peut organiser des ateliers: floral, pétanque, baccaluaréat sur la terrasse, réminiscence (en individuel), sorties thérapeutiques (promenades en bord de mer, visite d'un musée, boire un café, etc).

Voici une liste exhaustive des activités proposées aux résidents de la Maison Bleue au cours de l'année: peinture (sur tissus, toile, verre, terre cuite), concours de dictée, piscine, portrait photo, pliage de serviettes, moulage et plâtre, exposition motos (grand prix de France), parcours de santé gériatrique, écriture, loto, détente et vitalité, jeux de société, fil et aiguilles (tricot, crochet, canevass, broderie), esthétique, relaxation, composition florale, jardinage, exposition picturale, préparation de la gazette de la résidence, tableaux en tissus, pâte à sel, massage, mémoire, réminiscence...

Chaque atelier obéit à des contraintes; en effet, il est conseillé pour des personnes souffrant de troubles cognitifs ou de troubles thymiques et comportementaux.

Les critères d'inclusion sont les suivants:

- ◆ perturbation de la mémoire épisodique/ de travail/ exécutive/ procédurale/ sémantique
- ◆ désorientation spatiale, temporelle
- ◆ perturbation des processus attentionnels
- ◆ agnosie visuelle, auditive, somato-sensorielle
- ◆ aphasie
- ◆ apraxie constructive, graphique

Dans le cadre des troubles cognitifs, ces ateliers peuvent permettre:

- ◆ d'améliorer le rappel des souvenirs/ la concentration
- ◆ de conserver l'autonomie dans les déplacements/ la chronologie des événements
- ◆ l'apprentissage de choses nouvelles
- ◆ de savoir mettre en place des stratégies

- ◆ de maintenir l'autonomie dans les gestes quotidiens/les possibilités de créer des choses/ et enrichir le vocabulaire
- ◆ de maintenir la reconnaissance d'objet et de personne/ la reconnaissance de sons usuels
- ◆ d'avoir conscience de son corps
- ◆ de développer la communication non-verbale

Pour ceux dont les troubles sont plutôt thymiques ou comportementaux, ils doivent répondre aux critères qui suivent:

- ◆ repli sur soi/ perte de l'estime de soi
- ◆ troubles anxieux
- ◆ troubles alimentaires
- ◆ agitation motrice
- ◆ agressivité
- ◆ inhibition émotionnelle/comportementale
- ◆ comportement délirant/hallucination

La contre-indication à l'inclusion dans ces ateliers concerne les sujets déclenchant trop d'émotions.

Dans le cadre des troubles thymiques et comportementaux, les perspectives thérapeutiques sont les suivantes:

- ◆ restitution de l'estime de soi
- ◆ réconciliation avec l'image du corps
- ◆ rétablissement du contact social
- ◆ redécouverte des sens
- ◆ relaxation/détente
- ◆ amélioration de l'humeur
- ◆ faciliter le recours à l'imagination/ l'expression des émotions

◆ *des entretiens individuels et des entretiens familiaux*

Les entretiens individuels ont lieu une fois par mois, les entretiens familiaux se font sur demande de la famille et doivent rester confidentiels. Réalisés par la psychologue ou par une des animatrices, ils consistent au recueil des centres d'intérêt des résidents et des projets de vie de chacun d'entre eux.

◆ *des temps de regroupement sociabilisant*

Ils ont lieu au moins une fois par jour pendant le temps des repas. En effet, très peu de résidents

restent dans leur chambre (une seule résidente n'en sort jamais). De plus, la participation aux fêtes organisées par la commune, la fréquentation de l'atelier intergénérationnel, le bal du 14 juillet, le feu d'artifice, les lotos, sorties, animations ludiques sont des temps privilégiés où les résidents se regroupent pour échanger et sortir de cette solitude si coutumière.

◆ *des repas thérapeutiques*

Une fois par mois est organisé un menu à thème, en général autour d'un pays ou événement. Dans un souci de continuité, tous les ateliers sont dirigés autour de ce même thème.

◆ *des synthèses, réunions cliniques, études de cas, supervisions...*

Les synthèses ont lieu une fois par semaine: ce sont des réunions médicales auxquelles l'ensemble de l'équipe de soin assiste, quelquefois accompagnée par des auxiliaires de vie.

II.2. Présentation de la population

Quatorze résidents de la Maison Bleue ont été initialement choisis pour participer à notre expérimentation: mesdames S., Y., R., P., H., B., D., E., L., T et M. et messieurs J., C. et G. A l'intérieur même de ce groupe, nous avons retenu un groupe expérimental, comprenant des sujets atteints dans leur communication et leur pragmatique de manière sévère; et un groupe de référence dont les atteintes sont bien moindres. L'âge n'a pas été considéré comme un critère décisif.

Les critères d'inclusion concernaient donc:

- ◆ la pathologie: la démence
- ◆ une atteinte sévère de la communication et de la pragmatique du discours
- ◆ l'accès à une communication verbale, quelle qu'elle soit

Par ailleurs, au cours du projet, au courant de l'été 2010, deux résidentes ont manifesté un intérêt certain pour l'atelier marionnette. Nous avons donc décidé de les inclure dans notre expérience: nous ne leur avons toutefois pas fait passer le bilan de langage de la personne âgée proposé au préalable au groupe initial dans la mesure où leur intégration aux ateliers fut trop tardive. Par ailleurs, ces deux patientes n'ont pas assisté au premier spectacle et nous n'avons donc pas d'interviews 1° d'elles. En ce sens, il ne nous a pas paru nécessaire de réaliser auprès d'elle l'épreuve d'expressivité émotionnelle.

Tout d'abord, les réponses aux questionnaires de recensement des centres d'intérêt, généreusement fournis par la psychologue, ainsi que l'accès aux agendas hebdomadaires des animations nous ont permis d'établir un tableau et un diagramme des activités préférentielles des patients. En annexe 2, nous avons intégré les documents nous ayant permis de réaliser ces diagrammes.

Par ailleurs, nous nous sommes intéressés globalement aux activités pratiquées par les résidents: en annexe 3 figurent deux tableaux récapitulatifs des activités pratiquées par les patients tout au long de la semaine où sont rappelés le nombre de participants ainsi que deux diagrammes figuratifs des deux tableaux réalisés.

Penchons nous donc sur ces 16 résidents en présentant pour chacun les éléments biographiques, l'histoire de leur maladie, leurs antécédents, l'entourage familial, leur symptomatologie à leur entrée dans l'institution et son évolution et le soutien spécifique qu'ils reçoivent de la part du personnel soignant.

Les informations recueillies proviennent des dossiers médicaux, des classeurs de projet de vie individuels et de conversations auprès de l'équipe soignante. Dans un souci du respect médical, les prénoms des sujets ont été modifiés tout au long de cet exposé.

Groupe expérimental

II. 2. 1 Madame Y.

◆ Éléments biographiques

Madame Y. est veuve depuis 15 ans. Deux de ses cinq enfants sont disponibles pour lui rendre visite et s'occuper du linge. Elle a été élevée en pension, est allée à l'école et a passé son certificat d'étude. Ensuite, elle a été gouvernante.

Elle se considère comme une femme têtue, effacée et accueillante. Elle apprécie les personnes souriantes et joviales; elle ne tolère pas l'indiscrétion.

A son entrée à Orpéa, elle demande à ce qu'on lui propose de participer à toute activité touchant à la musique. Elle aimerait qu'on lui propose davantage de prendre le café avec d'autres résidents.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Elle est institutionnalisée au sein de la Maison Bleue suite à une perte d'autonomie globale liée à la démence (Corps de Lewy) associée à des troubles de la marche sur impotence fonctionnelle (membre inférieur droit). A cela s'ajoute un syndrome dépressif et une altération des capacités cognitives. On note également un syndrome extra-pyramidal, une ostéoporose diffuse et une hyperacousie sévère. La patiente se plaint d'asthénie intense.

L'entretien psychologique de 2009 montre une capacité d'adaptation assez bonne mais un état thymique mauvais: la patiente parvient difficilement face à cette perte d'autonomie. Elle souffre d'un sentiment d'inutilité. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie volontiers. Cependant, elle se place volontairement en retrait. Elle est en proie à des hallucinations et avoue voir des choses qui n'existent pas. Son état cognitif présente de légers troubles à surveiller car une dégradation rapide est possible. Il est nécessaire d'être à l'écoute des besoins qu'elle formule. L'objectif de l'institutionnalisation est de mettre

l'accent sur les stimulations relationnelles et de lui proposer de l'aide.

Elle obtient un score de 22/30 au MMS réalisé en février 2009. L'orientation spatio-temporelle est conservée mais un ralentissement global est notable. Il y a atteinte des processus d'encodage, de stockage et de récupération des informations. La mémoire de travail est toutefois efficace. On note un trouble de la mémoire sémantique, une atteinte des fonctions exécutives, une atteinte des praxies visuo-constructives. Elle refuse de passer le GDS. Les signes cliniques observables concluent en faveur d'une démence à corps de Lewy plutôt qu'une maladie d'Alzheimer.

II. 2. 2 Madame B.

◆ Éléments biographiques

L'entourage familial est présent et soutenant. L'une de ses filles lui rend visite tous les soirs. Auparavant, elle a été vendeuse en presse-tabac puis femme de ménage.

Elle aime se promener et se débrouiller seule. Elle n'apprécie pas la violence, la brusquerie et n'aime pas sentir qu'elle dérange. A son entrée, elle demande à ce qu'on respecte sa volonté de se débrouiller seule. Elle souhaite qu'on lui propose chaque nouvelle activité car elle apprécie particulièrement la compagnie des autres.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame B. est institutionnalisée suite à une perte d'autonomie par hématome sous-dural et traumatisme crânien suite à une chute. Elle souffre d'un syndrome parkinsonien. Elle présente des épisodes confusionnels inquiétants.

L'entretien psychologique de 2008 nous apprend que sa capacité d'adaptation est bonne et son état thymique correct. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie. On note une perturbation de la mémoire récente et de la fixation des faits anciens. Elle est sujette à la déambulation et des risques de chutes sont possibles. Son syndrome confusionnel occasionne des confusions possibles et épisodiques.

◆ Objectif de soins

Tout d'abord, il est nécessaire de l'orienter dans le temps et dans l'espace. Il s'agit d'apporter une aide à l'adaptation classique. Elle peut être reçue en entretien si besoin, de manière à surveiller les fonctions d'adaptation et son état thymique.

II. 2. 3 Madame D.

◆ Éléments biographiques

Madame D. est veuve, mère de deux fils. Elle fut directrice d'école maternelle. L'entourage

familial est soutenant, un de ses fils lui rend visite régulièrement.

Elle apprécie le fait d'apprendre, les promenades, qu'on lui dise si elle fait bien. Elle n'aime pas l'absence de réponses, qu'on parle d'elle comme si elle était absente. Se décrivant comme très sensible au regard des autres, elle demande à ce qu'on l'encourage dans chaque effort qu'elle réalise. Elle se dit passionnée par l'enseignement. Elle aimerait beaucoup que lui soient proposées des activités avec des enfants. Madame D. se décrit comme une personne accueillante. Elle participe à l'atelier mémoire et est reçue en entretien par la psychologue une fois par semaine. Elle demande à ce qu'on lui rappelle les activités auxquelles elle doit assister.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame D. est institutionnalisée suite à des troubles de l'autonomie, des troubles cognitifs modérés post AVC et des troubles de la marche. Elle se déplace en fauteuil roulant.

L'entretien psychologique de 2008 témoigne d'une capacité d'adaptation mauvaise et d'un état thymique stable et correct. Elle est clairement affectée par une atteinte narcissique profonde causée par les troubles du langage. Elle est capable de contact avec autrui mais est plutôt en retrait. Elle est gênée par une désorientation temporo-spatiale; sa mémoire récente et la chronologie des faits anciens.

Le MMS réalisé en 2009 révèle un encodage déficitaire. Le manque du mot diminue nettement dans ses performances aux tests d'orientation. La mémoire de travail est affectée par un trouble de la flexibilité mentale. L'utilisation des stratégies mnémotechniques est mise en oeuvre, mais sans succès. On note des difficultés d'accès au lexique, des troubles praxiques et une alexie. On observe cependant une énergie qui n'est pas en faveur d'un diagnostic de dépression.

◆ Objectif de soins

Il s'agira de l'orienter si besoin, de maintenir ses acquis, d'aider progressivement à la socialisation, de stimuler l'intérêt pour l'apprentissage. Il est à noter que cette patiente est tout de même en demande relationnelle; aussi l'équipe soignante favorise les échanges, même courts, avec elle.

◆ Prise en charge orthophonique

Cette patiente est suivie par une orthophoniste depuis juillet 2008. Le travail est axé sur l'évocation lexicale, le repérage temporel, les associations sémantiques, les contraires, la mémoire. En août, la patiente commence à réécrire. Les séances portent également sur la désignation, la dénomination, la description d'images. L'orthophoniste note que madame D. pleure lorsqu'elle échoue, oublie de plus en plus les choses récentes. En octobre 2009, elle souffre d'une dyspraxie importante et soudaine. En avril, la patiente s'exprime de moins en moins bien et semble très déprimée. En mai, elle présente une hypotonie buccale. Elle répond bien en langage dirigé mais avec beaucoup de persévérations.

II. 2. 4 Madame E.

◆ Éléments biographiques

Madame E. est divorcée. Ses proches sont disponibles pour les ateliers et sorties: elle reçoit des visites de sa fille et de sa petite-fille très souvent. Elle a été vendeuse et femme au foyer.

Elle aime la simplicité, rire et discuter. Elle apprécie chanter d'anciennes chansons. Elle n'aime pas qu'on lui demande son âge. Madame E. avoue être une personne autonome dans les gestes de la vie quotidienne mais reconnaît avoir besoin d'être guidée. Elle se décrit comme une femme discrète et simple. Elle se présente comme une personne créative et avec un sens prononcé de l'humour. Elle redoute d'être seule dans sa chambre, surtout à l'heure du coucher.

Elle tient à ce qu'on lui propose de participer à toutes les activités manuelles et les sorties et demande également à ce qu'on lui évite les situations d'échec.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

La patiente présente un syndrome dépressif depuis 1976. Aujourd'hui, s'ajoute à cela la maladie d'Alzheimer. Elle est institutionnalisée en raison des troubles cognitifs majeurs. Elle doit être sans cesse sous surveillance car elle présente des risques de déambulation et de fugues. Par ailleurs, madame E. souffre de troubles de compréhension du langage trop évolués.

L'entretien psychologique de 2008 montre une capacité d'adaptation assez bonne et un état thymique fluctuant. Elle éprouve un sentiment d'inutilité à surveiller de près. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie. Son état cognitif présente des troubles sévères: on note une perturbation de la mémoire récente et de la chronologie des faits anciens ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale. Son état dépressif est désormais chronique.

◆ Objectif de soins

Il est en faveur de la recherche de contact constant afin de combattre l'isolement et l'inactivité anxiogène ainsi que le rejet social dépressiogène.

II. 2. 5 Madame T.

◆ Éléments biographiques

Madame T. est veuve depuis 1990. Elle a eu une fille qui vient la voir régulièrement. Dans le passé, elle a été vendeuse en prêt-à-porter puis mère au foyer.

Elle n'apprécie guère le changement et les environnements bruyants. Elle se décrit comme tel: « j'ai une main de fer dans un gant de velours. J'ai l'habitude d'obtenir ce que je veux. Je suis une personne généreuse et coquette. J'ai le sens de l'humour et de la répartie ». Elle se dit capable de faire bon nombre de choses mais elle précise qu'elle a besoin d'être guidée. Elle souhaite qu'on lui rappelle et la conduise aux activités prévues à son effet.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Son maintien à domicile a été rendu impossible par une perte d'autonomie conséquente liée à une détérioration cognitive progressive et des troubles de la marche. Cette patiente souffre également d'une démence et d'une hypoacousie sévère, ainsi que d'un déficit visuel non négligeable.

L'entretien psychologique de 2009 souligne une capacité d'adaptation assez bonne et un état thymique stable et correct. Elle semble avoir perdu la conscience de soi. Elle paraît apprécier le contact et est également capable de contact avec autrui. Cette patiente pâtit d'une perturbation cognitive totale avec oubli des faits anciens.

A noter que l'équipe soignante suggère de lui parler clairement et distinctement, de donner des consignes simples. Elle est suivie par la psychologue référente de la Maison Bleue pour des entretiens d'étayage ponctuels.

II. 2. 6 Monsieur J.

◆ Eléments biographiques

Monsieur J. est veuf. Il reçoit souvent des visites de son fils et de sa belle-fille. Auparavant, il était gérant de société.

◆ Centres d'intérêt et personnalité

Ce patient accepte de participer aux ateliers collectifs de manière passive. Il ressent souvent le besoin de s'isoler. Il est passionné par la pêche et très regardant sur la ponctualité. Il n'apprécie pas qu'on le questionne trop ni les changements. C'est un patient qui est obsédé par la propreté. Il se décrit comme une personne solitaire et ordonnée, autoritaire et réservé. Il souhaiterait s'impliquer davantage dans le choix de ses activités. Monsieur J. demande à ce qu'on lui rappelle tous les ateliers et qu'on l'y conduise.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Monsieur J. est atteint d'un syndrome confusionnel avec trouble du comportement. Ses antécédents de mélanome à l'œil droit signent une probable démence.

Ses capacités d'adaptation sont plutôt bonnes et d'un état thymique qualifié de stable au vue de l'entretien psychiatrique de 2009. Il est capable de contact avec autrui et apprécie la compagnie des autres.

Il souffre néanmoins d'un état dépressif modéré chronique. Il présente des troubles du comportement tels que l'agitation, la déambulation, la désinhibition et des troubles du sommeil. Son état cognitif comprend une perturbation avec oubli des faits anciens.

Une tentative de passation du MMS a eu lieu mais n'est pas possible du fait d'une forte intolérance à l'échec.

Il est suivi ponctuellement par la psychologue de la Maison Bleue dans une intention d'étayage.

◆ Prise en charge orthophonique

Un travail orthophonique est entrepris auprès de ce patient depuis janvier 2010. Il est noté un travail d'évocation difficile, une ébauche orale utile qui facilite fortement l'énonciation. Le patient est conscient de ses troubles et assez contrarié d'échouer. Bien souvent, il manifeste des conduites d'opposition, refuse de travailler, se plaint de ses yeux.

II. 2. 7 Monsieur C.

◆ Eléments biographiques

Monsieur C. est un ancien responsable d'une usine de coton. Sa femme et sa fille lui rendent visite régulièrement. Il part même en sortie avec elles.

Il se décrit comme une personne serviable et très conviviale. Il se dit charmeur, un peu « soupe au lait » et nerveux. Il se voit comme courageux, travailleur et manuel. Il avoue apprécier la compagnie des autres, pouvoir plaisanter, et être élégant. Il n'apprécie pas, en revanche, qu'on lui manque de respect et n'aime pas se retrouver en situation d'échec.

Il insiste auprès de l'équipe soignante pour que lui soient proposées des activités manuelles différentes.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Monsieur C. est atteint de la démence d'Alzheimer évoluée avec une désorientation marquée. Les résultats au GDS concluent en faveur d'un syndrome dépressif réactionnel. La passation du MMS a révélé une désorientation temporo-spatiale. La mémoire d'encodage est satisfaisante, les mécanismes de stockage déficitaires et la récupération altérée. La mémoire de travail est insuffisante mais les gnosies convenables. Ont été notés des troubles de la compréhension écrite et orale ainsi qu'une apraxie visuo-constructive.

L'entretien psychologique de 2009 nous apprend que sa capacité d'adaptation est assez bonne: il est volontaire mais désorienté. Son état thymique est stable mais mauvais. Il s'auto-déprécie, conscient de sa perte d'autonomie. Il est capable de contact et l'apprécie. Son état cognitif présente des troubles modérés avec oubli des faits anciens. Il souffre de troubles du comportement dont l'agitation, la

déambulation, les troubles du sommeil avec agitation possible la nuit.

Il est suivi en entretien individuel par la psychologue de la Maison Bleue.

II. 2. 8 Madame F.

◆ Eléments biographiques

Madame F. est veuve. Elle reçoit de visites régulières de ses enfants, voisines et amies. Elle se décrit comme étant une “vraie nissarde”. Auparavant, elle était couturière. Elle a effectué d'autres travaux en tant qu'agent d'entretien, vendeuse en boulangerie, garde d'enfants.

Elle aimerait pratiquer la couture et le tricot au sein de la résidence. Elle se dit joviale, proche des autres et bavarde... Elle reconnaît être assez « tactile ». Elle méprise la méchanceté. Elle participe volontiers aux animations, fuyant ainsi la solitude. Elle adore la musique et danser; elle assiste au thé dansant avec grand enthousiasme.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Dans un contexte de perte d'autonomie, cette patiente fut transférée en famille d'accueil sur Aspremont. La famille décide ensuite son placement en maison de retraite en raison de l'altération des fonctions cognitives ainsi que des troubles de la mobilité.. Une maladie d'Alzheimer est suspectée et l'hypothèse d'un AVC en 2000 n'est pas à négliger.

L'entretien psychologique de 2010 montre une capacité d'adaptation assez bonne et un état thymique stable et correct. Elle souffre toutefois d'une perte de la conscience de soi. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie. Elle présente des perturbations de la mémoire récente, fixation et chronologie des faits anciens. L'équipe soignante note que la résidente éprouve des difficultés à initier une action. En ce sens, les objectifs principaux la concernant sont le maintien de l'autonomie et de l'humeur, la restauration des activités antérieures, l'intégration à un réseau social et la stimulation relationnelle.

Elle obtient un score de 12/30 au MMS, en 2010. Son discours est pauvre, peu fluide. Son attitude est avenante et volontaire. On note un ralentissement psychomoteur et des difficultés d'accès à la pensée abstraite, sans manque du mot flagrant. Elle souffre d'une détérioration temporo-spatiale sévère. Le test révèle une atteinte des systèmes mnésiques et des troubles praxiques.

II. 2. 9 Madame V.

◆ Elements biographiques

Madame V. fut scolarisée jusqu'au CEP, fit quelques ménages chez des particuliers puis travailla dans l'exploitation maraîchère de son mari. Son mari lui rend souvent visite.

Elle apprécie le respect de convenances et les petits comités. Elle déteste les cris et être entourée de trop de personnes. Elle est décrite comme une personne très positive, avenante, aimant aider les autres. Elle explique qu'elle apprécie la compagnie des autres mais ne parvient pas à aller spontanément vers les

gens. Elle demandera d'être aidée dans cette démarche. Elle participe à tous les ateliers. Elle a tendance à se dénigrer et s'auto-critiquer. Un énorme travail de revalorisation de soi est envisagé par la psychologue.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame V. est institutionnalisée en novembre 2010 pour un long séjour. Elle présente un hématome et un œdème de la main gauche. Par ailleurs, il est révélé après examen une atrophie cortico-sous-corticale. Elle présente une démence dégénérative et un syndrome dépressif révélé par la GDS, en partie explicable par le sentiment de solitude qu'elle exprime. En octobre 2010, elle est victime d'un AVC gauche mais récupère complètement de son déficit neurologique. Elle ne formule pas de plaintes si ce n'est la marche (genou droit douloureux).

L'entretien psychologique de 2010 montre une capacité d'adaptation assez bonne, son rapport à l'autre étant très positif. Son état thymique est stable et correct. Elle souffre d'auto-dépréciation. Elle apprécie le contact avec autrui bien que son contact soit moins spontané. Elle présente des troubles sévères avec oubli des faits anciens. Elle souffre de troubles du comportement légers mais chroniques dont des déambulations. Elle est très désorientée et demande à être guidée au sein de l'institution.

Son MMS est inférieur à 15 (4/30). Le bilan cognitif de décembre 2010 révèle un discours est peu fluide, en raison d'un manque du mot prégnant. Le test montre une DTS, un encodage correct mais un trouble du stockage et de la récupération de l'information. La mémoire de travail est déficitaire. La patiente souffre aussi de troubles de la compréhension orale et écrite, ainsi que d'apraxies idéo-motrice, visuo-constructive et graphique. L'atteinte de l'ensemble de la sphère mnésique et des fonctions exécutives plaide en faveur d'une atteinte de type neurodégénérative.

L'objectif premier de son institutionnalisation est de maintenir ses capacités à assurer ses soins d'hygiène, de l'intégrer à la vie institutionnelle et de la recadrer spatialement. Elle est reçue en entretien individuel de manière ponctuelle.

Groupe de référence

II. 2. 10 Madame S.

◆ Eléments biographiques

Madame S. est veuve. Ses deux filles la visitent fréquemment. Auparavant, elle travaillait à la ferme puis dans une conserverie de fruits et légumes.

L'équipe soignante la considère comme une personne qui aime discuter et échanger avec les autres. Elle se décrit comme une personne modérée et insiste sur le respect des gens. Elle se peint comme

une personne intelligente, minutieuse et autonome. Elle n'aime pas rester inactive. Elle aime se débrouiller seule et n'apprécie guère qu'on lui impose les choses. Elle demande souvent à ce qu'on lui parle lentement.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame S. connaît une perte d'autonomie et un besoin de dépendance qui justifie son institutionnalisation. Elle a un antécédent d'AVC ischémique sylvien droit en 2009. Sa pathologie principale est sans réserve les troubles de mobilité physique qui la consignent dans un fauteuil.

L'entretien psychologique de 2009 nous apprend que sa capacité d'adaptation est bonne, son état thymique stable et correct. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie même beaucoup. On observe des perturbations de la mémoire récente et de la fixation des faits anciens. Elle souffre d'une dépression réactionnelle liée à l'entrée en institution: son score au GDS est de 7.

Le but premier de son institutionnalisation est le maintien de l'autonomie et des fonctions cognitives. Le rôle de l'équipe médicale est essentiel dans les stimulations conversationnelles. Un nouveau bilan est proposé en 2010, bilan qui révèle que l'intégration est réussie.

Le bilan cognitif de janvier 2010 révèle une patiente au discours fluide et cohérent. Toutefois, il convient de noter un ralentissement idéo-moteur. Il est à noter une légère désorientation spatiale. L'encodage et le stockage sont fonctionnels mais la récupération en mémoire connaît des troubles modérés en raison du stress. On note un trouble léger de la flexibilité mentale ainsi que la présence d'intrusion, tout cela plaidant en faveur d'une atteinte frontale (de type dysexécutif) légère. Néanmoins, la présence d'affects dépressifs remet en cause la fiabilité de la passation.

II. 2. 11. Madame R.

◆ Eléments biographiques

Madame R. est veuve. Auparavant, elle a été sténo-dactylographe. Elle reçoit parfois des visites de la famille ou d'amis.

Elle dit aimer rire et être en société et ne pas apprécier rester dans sa chambre. C'est une patiente très dévouée. Elle participe activement aux animations. C'est une personne au contact positif. Elle demande à ce qu'on lui rappelle et la conduise aux différentes activités.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Elle souffre de la maladie d'Alzheimer ainsi que de diabète. L'entretien psychologique de 2009 montre une capacité d'adaptation assez bonne. Son état thymique est stable et correct. Elle est capable de contact et l'apprécie. On remarque une perturbation de la mémoire récente et une perturbation de la fixation des faits anciens. Elle est sujette aux déambulations.

Le bilan cognitif de 2009 révèle un ralentissement moteur sans retentissement psychologique. Son discours est fluide et cohérent. On note une surdité. L'orientation temporelle et spatiale est perturbée. La mémoire sémantique n'a pas subi d'atteinte majeure. L'encodage est fonctionnel mais le mécanisme de stockage altéré. A noter également un trouble léger de la récupération de l'information. La mémoire de travail est opérationnelle. Il semble n'y avoir aucun trouble du langage. On remarque par contre une apraxie visuo-constructive.

◆ Objectif de soins

Il s'agit d'abord du maintien de l'autonomie et de la vie relationnelle.

II.2.12 Madame P.

◆ Eléments biographiques

Madame P. est veuve. Auparavant, elle travaillait dans une pâtisserie en tant que vendeuse. L'entourage familial est présent, mais toutefois semble cantonné dans un probable déni des éléments dépressifs.

Elle avoue aimer la tranquillité et les personnes discrètes, ne pas apprécier les personnes exubérantes ni qu'on l'assiste trop. Madame P. participe à tous les ateliers collectifs ainsi qu'à l'atelier mémoire. Elle se décrit comme une personne humble et bienveillante. Elle est indépendante et autonome, dotée de beaucoup de patience. En entrant au sein de la Maison Bleue, elle demandera à ce qu'on n'anticipe trop ses désirs; elle se voit comme indépendante et tient à le rester. Elle souhaiterait qu'on lui propose des activités impliquant les enfants de l'école.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame P. est atteinte d'un syndrome dépressif chronique. Elle souffre de troubles de la marche et fait des chutes à répétition.

L'entretien psychologique de 2008 nous apprend que sa capacité d'adaptation est bonne; son état thymique est stable. Elle est capable de contact et l'apprécie. Un trouble attentionnel à noter. Elle souffre d'un syndrome dépressif chronique, non manifeste lors de la passation de l'entretien.

Elle est reçue en entretien par la psychologue si besoin.

II. 2. 13 Madame H.

◆ Eléments biographiques

Madame H. est veuve. Elle reçoit des visites régulières de son fils et de sa belle-fille. Auparavant, elle a été commerçante.

Elle se considère comme une personne simple et humble. Elle se décrit comme suit: « j'ai un esprit solidaire, je viens facilement en aide aux autres. Je suis une personne active, j'ai besoin de m'occuper ». Elle aime aider les autres et pouvoir se rendre utile. Elle décrit la Maison Bleue comme “une prison dorée”. Elle participe aux ateliers mémoire et manuels. Elle est décrite par le personnel comme une dame râleuse, adepte de la procrastination. Elle souhaiterait qu'on lui propose au maximum d'accompagner certains résidents au restaurant, afin de pouvoir se rendre utile.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

La patiente souffre d'affects dépressifs relatifs à la perte d'autonomie. Elle me dira même en entretien: “je ne veux plus déranger personne”. On observe également quelques troubles mnésiques.

L'entretien psychologique de 2010 montre une capacité d'adaptation bonne et un état thymique stable et correct. Elle est capable de contact avec autrui et l'apprécie. On note une perturbation de la mémoire récente et de la fixation des faits anciens. Elle rencontre des difficultés attentionnelles. Elle présente une désorientation temporo-spatiale modérée. Le stockage de l'information est altéré mais sans affecter la récupération de l'information. Un déficit léger de la mémoire de travail est observable.

En 2010, elle obtient un score de 18/30 au MMS. Son discours est fluide et cohérent, doté d'un vocabulaire riche. Sa compréhension orale est largement déficitaire. La DTS, le trouble du stockage et l'anosognosie sont en faveur d'une MA.

II. 2.14 Madame M.

◆ Eléments biographiques

Sa belle-fille, son gendre et ses petits-enfants lui rendent visite très fréquemment. Ses proches sont disponibles pour les sorties et les animations. Elle fut auparavant contre-maître dans une usine de néons.

Elle fréquente les ateliers collectifs lorsqu'elle en a envie. Elle aime être seule, se décrit comme une personne conciliante et responsable qui décide de sa vie. Elle adore écrire et les personnes franches. Elle n'apprécie pas les personnes qui manquent de considération pour les autres. Elle demande au personnel soignant de respecter son besoin de tranquillité et son autonomie en l'encourageant à faire plutôt que d'être assistée. Elle souhaiterait qu'on l'informe sur le programme des activités de la journée afin qu'elle puisse décider de son emploi du temps.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Elle est institutionnalisée en raison d'une perte d'autonomie inquiétante.

L'entretien psychologique de 2008 nous informe qu'elle possède une capacité d'adaptation assez bonne et un état thymique correct. Elle est apte au contact et l'apprécie. Elle apprécie également la tranquillité. Son état cognitif présente des troubles modérés dont une détérioration temporo-spatiale. Elle n'a ni trouble dépressif, ni troubles psychologiques, ni troubles du comportement.

Le GDS révèle un probable syndrome dépressif post-chute. Des entretiens auprès de la psychologue sont organisés au besoin.

II.2.15 Madame L.

◆ Eléments biographiques

Madame L. est divorcée. Elle reçoit des visites régulières de ses trois enfants. Auparavant, elle a été infirmière.

Elle communique de façon agréable avec les autres, cherchant même à les aider et les accompagner; elle reproduit en quelque sorte son activité professionnelle antérieure. Elle ne tolère pas qu'on fasse preuve d'autorité sur elle. Elle participe aux animations et à tous les ateliers. A l'équipe soignante, elle demande de la réorienter: en effet, elle s'attribue parfois une chambre qui n'est pas la sienne et attend du personnel qu'il lui propose de régler ce problème en la conduisant à sa propre chambre.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Madame L. souffre d'une démence modérée: on note toutefois des altérations cognitives d'apparition brutale et d'évolution rapide ainsi qu'une détérioration temporo-spatiale. Il est nécessaire d'être très attentif aux risques de fugues.

L'entretien psychologique de 2008 révèle une capacité d'adaptation bonne. Son état thymique est stable. Elle apprécie le contact avec autrui mais son contact peut être adhésif. Son état cognitif présente des troubles modérés sur dégénérescence démentielle: il y a perturbation de la mémoire récente et de la chronologie des faits anciens et trouble attentionnel prégnant. Elle souffre de troubles du comportement dont un refus alimentaire et du traitement (au domicile).

◆ Objectif de soins

Il est envisagé de stimuler l'autonomie, de réorienter la patiente dans le temps et l'espace et d'encourager tous les contacts sociaux en évitant le rejet du groupe en raison de son discours parfois trop labile.

II. 2. 16 Monsieur G.

◆ Eléments biographiques

Monsieur G. est veuf. Il a travaillé auparavant dans l'agriculture et fut ouvrier.

Il se décrit comme quelqu'un de dégourdi, qui a l'habitude de décider de sa vie. C'est un monsieur en recherche de contact mais qui reste tout de même craintif au regard de la démence. Il aime beaucoup sortir sur la terrasse pour discuter avec les autres résidents avant le repas. A l'entrée dans la Maison Bleue, il parut important de noter une exacerbation des affects dépressifs: monsieur G. a procédé à une ré-élaboration du deuil de son épouse.

◆ Histoire de la maladie et antécédents

Monsieur G. est institutionnalisé suite à une parésie brutale du MSG isolée en 2009. Il souffre d'une neuropathie sensitive et motrice axonale. A cela s'ajoute une presbyacousie modérée. Il se déplace à l'aide d'une canne et d'un déambulateur. Son institutionnalisation est envisagée dans un séjour à court terme dans l'intention de récupérer. Arrivé en fauteuil roulant, il a quitté la Maison Bleue l'été 2010 en marchant.

L'entretien psychologique de 2009 nous apprend que sa capacité d'adaptation est assez bonne mais son état thymique est mauvais et stable, empreint d'affect dépressif. Il est capable de contact avec autrui et semble l'apprécier. Il présente des perturbations de la mémoire récente et de la fixation des faits anciens ainsi qu'un trouble de l'apprentissage.

Le bilan cognitif de 2009 témoigne d'un discours est fluide, riche et informatif. La pensée est cohérente. Il semble toutefois que le patient présente une légère désorientation temporo-spatiale. On observe des troubles légers du stockage de l'information; donc il existe une légère atteinte des mécanismes d'apprentissage. Ce patient est capable de mettre en place des stratégies compensatoires afin de retrouver certaines informations.

◆ Objectif de soins

Il s'agit du maintien de l'autonomie et l'amélioration de la thymie. Il est nécessaire de lui apporter un accompagnement relationnel car c'est un patient en souffrance. Il s'agira donc d'agir au mieux sur l'orientation spatiale et temporelle ainsi que sur la cohérence de la communication et du comportement. Il est reçu en entretien individuel par la psychologue une fois par semaine.

III. Calendrier

Ce protocole s'est étalé sur plus d'une année: de fin février 2010 à la mi-mars 2011. Il s'est agencé selon la description suivante:

◆ Fin Février 2010:

Prise de contact avec la « Maison Bleue », présentation du projet et choix des personnes participant au protocole

◆ Début Mars 2010:

Bilans de départ pour chaque résidents visant à évaluer le langage oral en expression et en compréhension, les capacités pragmatiques, l'expressivité émotionnelle

◆ 13 Mars 2010:

Premier spectacle marionnettes pour les résidents du protocole, se déroulant de la manière suivante:

-un spectacle de marionnettes, filmé, pendant lequel le comportement de chaque sujet est observé puis analysé à partir des supports vidéos obtenus

-une interview filmée des résidents les interrogeant sur le spectacle qu'ils viennent de voir

◆ Du 13 Mars 2010 (date du 1er spectacle) au 16 Mars 2011 (date du 2nd spectacle):

Mise en place de l'atelier marionnette, suivant un protocole précis

◆ Février 2011:

Seconde passation des bilans, à partir des mêmes épreuves que celles utilisées au mois de mars, en vue d'une analyse comparative des résultats obtenus

◆ 16 Mars 2011:

Second spectacle de marionnettes avec un déroulement identique au premier.

Le mois de Mars 2011 est donc dédié au dépouillement des bilans réalisés, à leur analyse comparative et à la rédaction des résultats obtenus.

IV. Démarche

"Au théâtre, il faut que le spectateur sorte opéré de quelque chose", Etcheverry

IV.1. Bilans de la personne âgée 1 et 2

Nous allons tout d'abord décrire les différentes épreuves de ce bilan ainsi que leurs spécificités; puis nous dégagerons déjà quelques observations générales sur les épreuves les mieux réussies et les plus échouées.

IV.1.1. Descriptif

◆ Présentation du bilan de langage de la personne âgée

Ce bilan regroupe différentes épreuves: certaines sont tirées du test de l'aphasie, d'autres inspirées de travaux au sein du GEPALM et viennent en application des recherches de psychologie génétique de J.Piaget, puis du Docteur Richard et son équipe, qui ont montré la rétro-genèse des activités

opératoires chez la personne âgée. L'ensemble permet une vue comparative des divers ordres de troubles.

Tout d'abord, il convient de rappeler que, particulièrement pour le patient âgé, la qualité des réponses obtenues dépend de la qualité de réception des informations et consignes. Il faut donc s'assurer de la perméabilité des canaux perceptifs, visuel, auditif.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION

Cette épreuve, verbale uniquement, fait partie de tout examen neuro-psychologique. Elle permet d'appréhender les capacités d'orientation élémentaire, d'adaptation au temps et à l'espace immédiats.

Cette fonction est souvent perturbée pour peu que le patient ait été hospitalisé ou s'il ne peut plus rester seul. Or, souvent, sans facteur déclenchant apparent, l'adulte âgé perd ses repères temporo-spatiaux.

En un second temps, cette épreuve constitue un bon critère d'évolution, sensible au cours d'un suivi thérapeutique.

AUTOMATISMES

Ce sont les activités langagières primaires les plus longtemps conservées dans tout contexte dégénératifs (de même que souvent mélodies et chansons apprises dans l'enfance). Elles sont tardivement déficitaires dans les pathologies avancées, aussi leurs perturbations avant ces stades ultimes sont-elles toujours significatives.

EVOCATION LEXICALE

Le nombre de mots évoqués informe de la disponibilité du stock lexical restant; d'autre part qualitativement, la variété des monèmes reflète la richesse et la mobilité de pensée, avec possibilité ou non de recours spontané à une stratégie de recherche.

ASSOCIATION NOM-COULEUR

Cette épreuve passe par la gnosie des couleurs et de signes écrits, à travers la lecture des noms de couleurs. Seule la mise en correspondance nom-couleur est cotée. Toutefois, une lecture erronée et une dénomination fausse des 4 couleurs font référence à une démence avancée, avec des troubles aphasiques typiques, ou des troubles confusionnels aigus. Mais il faut prendre garde aux antécédents de non-reconnaissance des couleurs (daltonisme) et d'analphabétisme.

DEFINITIONS

Cette épreuve permet d'évaluer l'adaptation et la précision de la pensée sur un élément simple donné, ainsi que le niveau d'expression lexical et syntaxique.

Le niveau culturel intervient dès le cinquième mot donné (contrat), encore que des réponses

approximatives et pauvres puissent être considérées comme positives pour des personnes frustrées.

Le sens du mot hypothèse reste souvent inexpliqué. Il est souvent confondu avec le mot hypothèque.

Analyse est beaucoup plus facilement approché par évocations de situations concrètes et familières (soins médicaux, vinification...).

L'épreuve de définitions de mots permet ainsi la première d'estimer la qualité du discours du patient.

PROVERBES

Cette épreuve fait appel au langage discursif imagé et est extrêmement informative. Elle suscite des explications littérales mot pour mot, ou au contraire des généralisations plus abstraites, fondées sur la culture populaire non exclusivement scolaire. Comme dans l'épreuve de définitions, les items sont donnés dans un ordre de difficulté croissante.

CRITIQUES D'HISTOIRES ABSURDES

Cette épreuve suscite une réaction critique en référence à des notions de permanence de l'objet, de schéma corporel, de temps et d'espace. Elle permet de distinguer en particulier les problèmes d'aculture, lesquels sont fréquents mais méconnus. Ces patients aux antécédents socio-culturels carencés réussissent beaucoup mieux ici qu'aux explications de proverbes. La critique d'histoires absurdes fait appel aux notions opératoires acquises par l'expérience quotidienne, bien plus que par la scolarité.

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION

Cette épreuve reste longtemps réussie même chez de nombreux déments d'un stade moyen, qui malgré des troubles de fixation de l'attention parviennent à réaliser ce tri, moyennant quelques erreurs ou glissements. Il s'agit d'un bon atout de graduation de l'évolution démentielle avancée.

SERIATION

Cette sériation simple, du fait de son caractère quasi-automatique, ne rend pas vraiment compte du processus de pensée opératoire correspondant, avec tout ce qu'il suppose de raisonnement inclusif et de réversibilité de la pensée.

Cette épreuve est moins systématiquement réussie que la précédente, et à son tour inscrit une graduation sensible dans la hiérarchie des troubles démentiels.

REPRODUCTION D'UN CUBE

Cette épreuve est à teinte fortement culturelle. Un bon dessinateur atteint de démence pourra assez tardivement reproduire les 3 faces dans leur structure. Puis le processus involutif se poursuivant, il

procèdera de proche en proche (avec comptage fréquent des carreaux quand le support est un papier quadrillé). Ensuite, 2 faces ou parfois 4, seront reproduites, puis une seule: un carré chargé de traits plus ou moins parasites. Puis les 4 côtés disparaîtront, une ligne fermée ne sera plus réalisée.

HORIZONTALITE DU LIQUIDE DANS UNE BOUTEILLE

Cette épreuve fait appel à la conservation des quantités physiques correspondant aux stades des opérations formelles. Elle est très signifiante lorsqu'elle est réussie. Il faut cependant noter que certains adultes frustrés ne parviennent jamais à maîtriser totalement ce stade opératoire.

IV.1.2. Bilan de la personne âgée 1

Les deux cotations propres aux bilans sont jointes en annexe 4.

Des tableaux récapitulatifs permettent de dégager les épreuves les plus atteintes (ils figurent en annexe 5).

Groupe expérimental

On remarque que l'expression et l'articulation, la compréhension et l'attention sont altérées. Parmi les épreuves verbales, l'orientation, l'évocation lexicale et les proverbes sont nettement dégradés. Parmi les épreuves opératoires, le graphisme et la reproduction d'un cube sont majoritairement déficitaires. De manière générale, les épreuves verbales sont mieux réussies que les épreuves opératoires.

Groupe de référence

Seule une minorité d'épreuves sont achoppées en globalité par le groupe de référence; parmi elles, on relève: dans les épreuves verbales: l'orientation et l'évocation lexicale; dans les épreuves opératoires: la reproduction d'un cube. De plus, l'articulation et le graphisme sont les plus touchés. Enfin, il faut noter que les épreuves verbales sont également mieux réussies que les épreuves opératoires.

IV.1.3. Bilan de la personne âgée 2

Nous avons procédé de la même manière pour l'analyse des résultats de ce deuxième bilan. Les tableaux sont répertoriés en annexe 6.

Groupe expérimental

Au sein du groupe expérimental, le graphisme, l'attention, la compréhension et l'expression sont clairement altérés. Parmi les épreuves verbales, les plus achoppées sont l'orientation et l'évocation lexicale. Parmi les épreuves opératoires, il convient de remarquer que ce sont les épreuves de reproduction d'un cube et de conservation de l'horizontalité des liquides qui sont le plus altérées.

Toutefois, les épreuves verbales demeurent les mieux réalisées.

Groupe de référence

Au sein de ce groupe, à noter que l'articulation et le graphisme sont touchés majoritairement. Par ailleurs, parmi les épreuves verbales, ce sont l'orientation, l'évocation lexicale et les proverbes qui apparaissent comme étant les plus difficiles. Parmi les épreuves opératoires, la reproduction d'un cube ressort nettement comme l'épreuve la plus touchée. Cependant, il convient de souligner que contrairement au bilan 1 et au groupe expérimental, dans ce bilan 2, ce sont les épreuves opératoires qui sont en majorité mieux réussies par les patients plutôt que les épreuves verbales.

IV.1.4. Commentaires

En conclusion de ce premier bilan, au sein des deux groupes, l'orientation, les proverbes, la critique d'histoires absurdes et la reproduction du cube sont le plus souvent cause de difficultés.

Pour le deuxième bilan, il ressort une aggravation de l'articulation et du graphisme ainsi que des difficultés majeures aux épreuves d'orientation, d'évocation lexicale, de critiques d'histoires absurdes, de sériation et de conservation de l'horizontalité d'un liquide.

De plus, les épreuves opératoires sont, pour les deux groupes, mieux réalisées que les épreuves verbales.

IV.2. Patient-Spectateur

Pour vous permettre d'apprécier le type de spectacle proposé, un extrait du spectacle 2 est fourni en annexe 7.

IV.2.1. Spectacles 1 et 2

Le spectateur se rendant à une représentation théâtrale a implicitement accepté la convention de l'illusion de ce qu'il va voir. Or, dans le cas de la marionnette, un premier dédoublement lui fait apprécier lui spectacle. Mais, de temps à autre, un deuxième dédoublement s'opère: il prend conscience que la marionnette demeure objet. Ce statut empêche le spectateur de se laisser totalement piéger dans son illusion.

Nous avons choisi, au cours des spectacles, d'enregistrer non pas l'assemblée, comportant bon nombre des résidents extérieurs, mais les visages et réactions de nos deux groupes pour pouvoir comparer les modifications d'attitude, de mimique, d'éveil d'un spectacle à l'autre. Il ressort non pas des changements massifs, mais, au cas par cas, certaines transformations sont néanmoins notables. Nous nous

attacherons à les décrire dans la partie **B**) consacrée à la comparaison des résultats.

IV.2.2. Interviews 1 et 2

Après le spectacle, les patients aiment reparler de ce qui s'est passé. Il nous a paru intéressant de nous pencher sur les 12 interviews pour relever les réponses les plus retrouvées ou les plus sagaces. De cette manière, le lecteur peut se faire une idée du type de réponses apportées au cours de ces entretiens post-spectacles. Cette première analyse qualitative met en évidence quelques ressentis communs et fait ressortir certaines réponses originales.

Entre parenthèses est indiqué le nombre de fois où l'idée est retrouvée.

1. Le spectacle vous a plu?

pour des petits (x2), c'était trop fort (x2), amusant (x2)

2. A quel moment avez-vous ri? Été ému?

des bêtises qu'ils disaient (x1), quand il y a eu des femmes (x1)

3. Quel personnage avez-vous préféré?

le monsieur, le gars, le mari (x3), la fiancée (x1), la petite fille toute simple (x1), la fille avec sa machine (x1)

5. Avez-vous remarqué les costumes? Qu'avez-vous vu?

jolis, beaux, pas laids, bien, plaisants (x4), représentatifs, vont avec les personnages (x2), pas formidable (x1)

6. Avez-vous remarqué le décor? Qu'avez-vous vu?

très bien, très nets, pas laids (x3), un décor de théâtre de marionnettes (x1), une vieille maison (x1), ça donnait rien du tout (x1)

7. De quoi parlait l'histoire?

d'un monsieur qui cherche une amoureuse (x3), les candidates de l'annonce arrivent et repartent (x1)

8. Quel est le personnage qu'on ne voit jamais?

la fiancée (x1)

9. Vous souvenez-vous du nom ou du métier d'un des personnages?

une prostituée (x1)

10. Y a-t-il plusieurs hommes dans cette histoire?

un monsieur, un seul (x3)

11. Quel journal lit le personnage principal?

Nice Matin (x4), le Provençal (x1)

12. Avez-vous aimé la fin de l'histoire?

bien terminé (x2), amusant (x2), sort de l'ordinaire (x1)

Nous avons procédé de même pour le second spectacle.

1. Le spectacle vous a plu?

destiné aux enfants (x2), difficultés de compréhension (tb auditifs, distance par rapport au théâtre, son, présence gênante des autres spectateurs dissipés) (x2)

2. Plus que le précédent?

meilleure sonorisation que le premier spectacle (x2), présence de musiques (x2)

6. Vous souvenez-vous des noms ou nationalités/origines de certains personnages?

origine nissarde (x2), Italie/Allemagne (x1)

7. Avez-vous remarqué les costumes? Qu'avez-vous vu?

pas folichon, toujours pareils (x2), bariolés, bien (x2)

8. Avez-vous remarqué le décor? Qu'avez-vous vu?

moyen (x3)

9. Avez-vous remarqué les musiques?

"viens boire un p'tit coup" (x1), son moins fort que celui du premier spectacle (x1)

10. De quoi parlait l'histoire?

une soupe à l'américaine (x1), soupe et cuisine (x1)

11. Quels aliments sont utilisés pour cuisiner?

carottes (x2), pommes de terre (x2), farine (x1), ail, oignon, persil (x1)

IV.3. Patient-Acteur

IV.3.1. Ateliers

Les ateliers marionnettes ont lieu tous les jeudis matins à 11h. Initialement prévus pour une durée de 1h, ils ont été raccourcis à une demi-heure en raison de la fatigabilité des participants.

Cet atelier est réservé à notre groupe expérimental décrit précédemment. Deux personnes étrangères au groupe s'y sont intégrés d'elles-mêmes par intérêt pour l'animation proposée. Il s'agit de mesdames F. et V., patientes ne remplissant pas les critères d'inclusion préalablement décrits (ces résidentes appartiendrait plus vraisemblablement au groupe de référence).

Au départ, il était prévu que l'atelier soit animé par l'animatrice, épaulée de temps à autre par la psychologue. Or, d'innombrables changements ont eu lieu au cours de l'expérience (démissions, réintégrations, changements de direction, arrêt maladie, travaux de rénovation de la Maison Bleue, démotivation de l'équipe...), compromettant le bon déroulement de l'étude.

Cependant, il me semble plus qu'important de signaler que la plupart des ateliers n'ont été animés que par moi-même, l'animatrice ayant, malgré l'heure fixée pour cet atelier, d'autres occupations à

s'acquitter.

a) Déroulement des ateliers

Nous vous proposons de décrire le contenu des séances en suivant le plus rigoureusement possible le protocole établi aux prémices de notre expérience. Ainsi, pour chaque activité, nous avons relevé des éléments pertinents que nous exposerons en suivant l'ordre chronologique des séances.

Une orthophoniste est rattachée à la maison de retraite mais sa présence une matinée par semaine ne lui permet pas de s'intégrer au projet. Les premiers ateliers sont alors organisés sous la direction de la psychologue de la Maison Bleue, et de la nouvelle animatrice.

Elles m'expliqueront qu'aucun participant ne se souvient des ateliers précédents mais, qu'au fil des séances apparaît un sentiment de familiarité auprès des personnages et moins de réserve autour des choix. Ils semblent comprendre plus facilement les consignes. Tous ont des capacités de compréhension très différentes et cela demande une adaptation spécifique. Elles me font remarquer que les noms des personnages du spectacle sont trop compliqués pour les sujets.

Le premier atelier débute le 27 mai à 11h.

◆ Observation des photos des personnages de la pièce: reconnaissance et/ou association visage et personnage entier





Image 12: photographies des marionnettes du spectacle 1

Les personnages:

L'africaine Fatoumama, le retraité Joseph Eulone, la dulcinée Zeste, la doctoresse Dr. Mastercrobe, l'intellectuelle Monica Curie, la vamp Pamela, la Marquise de Cornillon de Pont Lepeu, la paysanne Bidochette Chachéchou, la religieuse Sœur Maria Dolorosa de la Crouze la timide Honorine, la croqueuse de diamants Angela, la politique Camarade Zouzou

Je tiens à être présente ce jour-là, pour le lancement du projet, mais ensuite, mon rôle étant celui de simple spectatrice, je n'assisterai qu'à quelques ateliers; la psychologue et l'animatrice s'engageant à prendre des notes pour le bon déroulement de l'expérimentation.

Monsieur J.

La description des marionnettes est délicate mais l'appariement par ressemblance s'effectue sans difficulté. Toutefois, les réponses sont loin d'être immédiates. Il utilise des détails afin de comparer les images, se crée des points de repère pour faciliter la reconnaissance.

Madame Y.

L'appariement est réussi mais la patiente ne parvient pas à décrire ce qu'elle voit.

Madame B.

La patiente a besoin d'être orientée sur la prise de repères.

Madame T.

Elle a beaucoup de difficultés à comprendre la consigne.

Madame D.

Elle trouve instinctivement la solution mais ne parvient pas à l'exprimer. Elle se situe constamment dans une problématique de peur de l'échec.

Monsieur C.

L'appariement est réussi mais le patient éprouve des difficultés lors de la description. Il fonctionne par "se ressemble" et "ne se ressemble pas".

Madame E.

Elle ne saisit pas la consigne.

◆ **Evocation, attribution des prénoms**

Monsieur J.

Il éprouve de grandes difficultés à saisir la consigne et se désintéresse de l'activité.

Madame B.

Elle paraît peu intéressée par la consigne. En revanche, les images sont des supports de discussion.

Madame T.

Elle semble perdue et ne saisit pas l'environnement.

Madame D.

Elle est clairement désintéressée par la consigne mais fait beaucoup d'associations.

Monsieur C.

Il se plie au jeu mais ne parvient pas à associer les noms pertinents aux personnages.

◆ **Discrimination du genre, discrimination des lunettes, choisir le personnage qui plaît le plus**

Monsieur J., madame Y. et madame E. sont absents. Madame B. est en discussion avec d'autres personnes.

Madame T.

Elle parvient à discriminer le genre à l'aide des vêtements.

Madame D.

Elle discrimine le genre et les lunettes. Elle est plus rapide que la séance précédente. Mais, comme précédemment, elle ne parvient pas à justifier ses choix. Elle dit préférer la marquise car elle a l'air bien, de savoir des choses et de pouvoir en apprendre.

Monsieur C.

Il discrimine de façon plus rapide le genre et les lunettes. Il a des difficultés à justifier ses choix, fait de gros yeux. Il préfère le personnage de Joseph, mais à noter que c'est sûrement le résultat d'un phénomène de persévérance avec la consigne précédente.

◆ **Choix de marionnettes "j'aime"/"j'aime pas", description et couples**

Monsieur J. et madame T. n'ont pas souhaité participer à l'atelier. Madame E. est difficilement canalisable. Monsieur C. reçoit une visite de sa famille.

Madame Y.

Elle montre peu d'intérêt mais joue le jeu. Elle fait des choix mais ne parvient pas à les justifier clairement. Elle aime la marquise à cause de son visage. Elle a de l'allure. Elle n'aime pas la mama à cause de ses manières. Elle n'aime pas son allure

Madame B.

Elle choisit la "barbie jolie" parce qu'elle lui plaît. Elle n'aime pas celle avec les barettes à cause de sa tenue, pourtant c'est elle qu'elle choisit pour le couple

Madame D.

Le choix est très difficile car elle prend la situation très au sérieux. Elle dira même: "j'oublie que c'est un jeu". Aucun personnage ne lui plaît car aucun n'est parfait.

◆ **Discrimination du genre, association de couples, personnage préféré**

Mesdames Y. et B. ne sont pas disponibles; madame D. n'est pas prête et madame E. n'a pas souhaité participer à la séance.

Je me rends à cet atelier afin de suivre l'évolution des patients et d'observer par moi-même le type d'interactions qui y prennent vie.

Monsieur J.

Ce résident est très obsédé par la séduction. Le style vestimentaire est pour lui identitaire. Il est dans l'indifférenciation Moi/Autre: "ils vont bien ensemble parce qu'ils sont bien habillés".

Madame T.

Elle discrimine le genre mais a tendance à l'indifférenciation Moi/Objet.

Monsieur C.

Il réalise des associations sur le couple mais fonctionne sur l'indifférenciation: "ils vont bien ensemble parce qu'ils ont la même taille". Il s'adresse même directement à la marionnette lorsqu'il lui attribue une conjointe.

◆ **Choix, découpage, construction d'une marionnette et collage des éléments**

Consigne: Travail de reconstruction d'une seule marionnette après découpage et coloriage d'éléments : robe, salopette, cheveux, arme, bijoux, accessoires. Choix d'un vêtement, d'une perruque et d'accessoires pour reconstituer un personnage en marionnette et coller les différents éléments sur une feuille.

La production d'une patiente a été incluse en annexe 8.

On me rapporte que cet atelier n'est réalisé que par la psychologue.

◆ **"j'aime"/"j'aime pas"**

Monsieur J.

Il choisit la duchesse et montre le masque. Il est toujours très attaché à l'importance de l'apparence.

Madame Y.

Elle choisit la barbie parce qu'elle est jolie.

Madame B.

Elle choisit le personnage avec les barettes car elle aime les couleurs.

Madame T.

La patiente ne saisit pas la consigne.

Monsieur C.

Il choisit la barbie car elle est jeune.

◆ **Choix des marionnettes, projection émotionnelle**

Cet atelier a lieu à la fin du mois de juillet. Le prochain ne sera réalisé que début septembre. Entre

temps, bon nombre de perturbations viennent affecter le bon déroulement de notre expérimentation. Les travaux réalisés durant l'été mobilisent la salle d'animation et les ateliers sont suspendus pendant les deux mois de vacances.

Monsieur J.

Le patient est dans la séduction. Il rencontre des difficultés à s'exprimer sur le plan émotionnel.

Madame T.

Elle adopte une attitude dubitative face à la consigne.

Madame D.

Elle se montre très perturbée ce jour-là. Elle est obsédée par la perfection.

Monsieur C.

Il a une attitude positive. Il relève l'enjeu de la relation homme/femme et de la séduction.

◆ **Raconter une histoire autour d'un personnage et appariement**

Les ateliers reprennent donc en septembre.

Monsieur J.

Il apparaît amusé par la consigne. Il est toujours dans un rapport de séduction très apparent. Il semble gêné pour justifier ses choix.

Madame Y.

Elle réalise la consigne sans en dire davantage.

Madame B.

Elle se montre très participante et fait de l'humour.

Madame T.

La patiente n'a pas intégré la consigne.

Madame D.

La patiente a une attitude négative ce jour-là.

Monsieur C.

Il se tient en retrait et ne souhaite pas participer.

◆ "j'aime"/"j'aime pas"

En raison des difficultés rencontrées par la psychologue et l'animatrice pour suivre conformément le protocole initial, il est décidé d'un commun accord que les propositions d'animation seront adaptées suivant les réactions des participants.

Madame B.

Elle est toujours très communicante.

Madame T.

Elle parvient à faire un choix.

Madame D.

Elle éprouve des difficultés à choisir.

Monsieur C.

Il se tient en retrait et souffre d'un fort sentiment d'angoisse.

◆ **Reconnaissance homme/femme**

Monsieur J.

Il participe mais il est très difficile de l'intégrer dans la dynamique de groupe.

Madame Y.

Elle se montre peu participative et très apathique ce jour-là.

Madame B.

Elle différencie aisément les hommes des femmes et tente des interactions avec les autres résidents.

Madame T.

Elle est très peu réceptive ce jour-là.

Madame D.

Elle participe beaucoup malgré un discours peu compréhensible.

Monsieur C.

L'atelier semble permettre une revalorisation de l'estime de soi auprès de ce résident.

◆ Reprise de l'atelier avec l'ancienne animatrice (fin du mois de novembre)

L'ancienne animatrice ayant réintégré la maison de retraite, le projet redémarre avec elle mais sans la présence de la psychologue, absente de la Maison Bleue pour une période indéterminée.

Il s'agit d'une séance de rappel de l'atelier, rappel aussi bien pour l'ancienne animatrice qui se réapproprie un projet en cours que pour moi-même qui, de simple observatrice occasionnelle, m'engage à changer de statut et animer l'atelier avec elle. Nous réexpliquons le projet au groupe de référence.

◆ Création d'une fiche d'identité de leur marionnette

Nous demandons à chaque participant de nous décrire la marionnette qu'il souhaite créer. Nous leur laissons commencer la description sans aide. Puis, si nous les sentons bloqués ou n'avons pas suffisamment de détails pour la réaliser, nous posons des questions ciblées pour préciser certains points.

◆ Poursuite des fiches d'identité

Nous poursuivons la séance de la semaine précédente pour obtenir pour chacun d'eux une fiche présentative de leur marionnette. Nous allons relater pour chaque membre du groupe de référence les informations qu'il nous ont fournies: prénom, travail, qualités, vêtements portés... Bien entendu, les notes sont reformulées. Il a nous paru plus judicieux de mettre en vis-à-vis la photographie de la marionnette finie avec les notes correspondantes (annexe 9).

L'état de santé de madame D. s'étant dégradé brutalement, il nous est impossible de réaliser une fiche. Il semble qu'elle n'ait plus accès à la communication, quelle qu'elle soit.

Monsieur J. refuse systématiquement de se prêter au jeu; il sera donc impossible après plusieurs tentatives toutes infructueuses de réaliser une fiche d'identité pour sa marionnette.

De plus, madame E. refuse de décrire sa marionnette si madame L. ne participe pas à cette activité. Madame L. se prête au jeu volontiers, nous permettant d'obtenir des réponses de Madame E. Etant donné la pathologie de madame E, il nous paraît plus approprié de citer ses propos. Ils sont obtenus au prix d'une forte stimulation et de questions répétées. Quelques réponses sont tout à fait utilisables et suffisent à pouvoir construire une marionnette.

Tandis que madame F. me décrit sa marionnette, je constate qu'elle fait référence à deux reprises à sa fille. Je pense qu'il serait pertinent de vérifier auprès du personnel soignant si certains détails ne sont pas relatifs à sa fille. L'animatrice soumet donc la fiche d'identité à la fille lors d'une visite. Ainsi, nous avons pu remarquer la similarité de certains détails comme les yeux bleus, les cheveux châtains mi-longs, un peu maquillée, coquette, le pantalon décontracté, la montre, la personnalité gentille et timide, un brin rigolotte, elle réside à Nice dans un appartement.

◆ Fabrication des marionnettes (début janvier)

La reprise des ateliers après les fêtes de Noël se fait avec la nouvelle animatrice; l'ancienne animatrice ayant dû quitter l'institution subitement.

La séance se déroule avec deux résidentes: mesdames V. et E. Par ailleurs, le manque de matériel (seulement deux têtes de polystyrène à notre disposition) ne nous permet pas d'inclure davantage de résidents à l'atelier.

Madame V.

La patiente paraît inquiète au cours de l'atelier: elle réclame ses enfants. Durant l'esquisse première de la tête, elle reconnaît en l'objet même une marionnette mais ne parvient pas à restituer le mot exact. Elle nous dira qu'elle y jouait avec ses enfants. Elle semble s'amuser de la construction de la tête, rit même du résultat. L'atelier s'achève sur les propos suivants: "je suis un peu dinguo, comme elle".

Madame E.

Madame E., d'ordinaire effacée, est plutôt bavarde, et ce malgré l'absence de madame L. Dont l'état de santé s'est dégradé considérablement en quelques semaines. Elle manifestera au cours de la séance son inquiétude à ce sujet. Elle dira à propos de la tête de sa marionnette qu'elle est très belle.

◆ Confection des têtes et costumes des marionnettes

Etant donné que ma présence aux ateliers devient obligatoire, à l'inverse des premiers où je tiens compte des notes de la psychologue et de l'animatrice, les appréciations de chaque séance varient en raison du changement de point de vue de l'observateur.

Comme à l'atelier précédent, je "convoque" madame F., monsieur C. et madame B. Ils participent avec amusement au travail de réalisation de leur marionnette. Madame F. et monsieur C., dont l'état de santé reste plutôt convenable, sont capables de coller les cheveux, placer les yeux et le nez sans mon aide. Madame B., moins habile, me donne des directives pour personnaliser sa marionnette.

◆ Dessins et découpage des accessoires

J'anime l'atelier seule. N'ayant pas le statut nécessaire pour faire venir l'intégralité du groupe, j'en appelle aux patients les plus motivés. Mesdames V., F., B. et monsieur C. se retrouvent autour de la table pour la finalisation de leur propre marionnette. Je leur demande donc de choisir parmi plusieurs images lesquelles ils préfèrent; puis je suis leurs directives concernant la taille, les couleurs qui leur conviennent. Ils se montrent réceptifs à mes questions et donnent même leurs avis sur les accessoires des autres résidents. A la fin de la séance, je me rends dans la chambre de monsieur J. pour essayer une nouvelle fois d'obtenir une fiche d'identité pour sa marionnette. Ma tentative s'avère infructueuse.

◆ **Achèvement de la fabrication des marionnettes (fin du mois de janvier)**

A 11h, je débute l'atelier seule, l'animatrice devant gérer d'autres fonctions. Madame Osta m'ayant généreusement fourni du matériel, il sera donc possible de construire les marionnettes restantes. Ainsi, je vais chercher en chambre mesdames B. et Y. afin de construire avec elles les visages et préciser la confection des costumes. Concernant madame T., j'attends la fin du repas pour la voir seule en chambre et me faire la "marionnette" de ses ordres; son état ne lui permettant plus de placer, découper, coller.

Le choix du type de marionnettes s'est porté sur les marottes dont la manipulation est assez simple. Constituée d'une unique boule fixée sur une tige, elle est complétée d'un corps, parfois même de bras dirigés par deux petits tiges extérieures, et des jambes pendantes. Pour la manipuler, il suffit aux patients de tourner la tige sur elle même. Les costumes et accessoires surajoutés (gants, sacs à main) ont pour rôle de représenter les membres supérieurs, tout comme les chaussures représentent les membres inférieurs.

◆ **Evocation, écriture d'un scénario**

L'animatrice me dira, en voyant les marionnettes disposées autour de la table, que celle de madame T. ressemble trait pour trait à sa fille et que monsieur C. s'est décrit lui-même.

A la présentation de leur marionnette, monsieur C. sourit et madame E. s'exclame que c'est une belle bestiole. Je sollicite madame Y. pour savoir si elle lui plaît ainsi, question à laquelle elle me répond par un: "oui,voilà".

J'entame ensuite l'atelier seule pour le même motif que la semaine précédente. Je pose la question suivante: "où peut se passer l'histoire?".

Madame V. me répond instantanément qu'elle peut se dérouler sur la terrasse, endroit qu'elle affectionne particulièrement. Monsieur C. renchérit que cet endroit peut convenir. Madame E. intervient en évoquant une petite télévision, thème récurrent dans ses persévérations. J'opte donc pour installer une petite télévision extérieure pour respecter son envie. Madame Y. suggère de situer l'histoire en mer mais madame V. s'y refuse car elle a peur de l'eau et ne sait pas nager. Aussi nous optons pour une scène sur la terrasse.

Dialogue entre madame C. Et madame F.

Laura est donc sur la terrasse; elle regarde les autres passer et discute avec Corinne. Elles nettoient toutes deux la terrasse car des amis viennent manger le soir.

Sollicitation de madame Y.

Elodie rentre de promenade et s'empresse de les aider.

Sollicitation de madame E.

Les trois personnages rentrent à l'intérieur regarder la télévision avec Audette.

Elles sont assises dans le salon devant un film policier. Le soir tombe.

Sollicitation de monsieur C.

Jean-Pierre arrive à temps pour le dîner.

Madame V.

Les femmes ont préparé un grand repas festif: il y a des pommes de terre, de la viande hâchée, un vin rouge de Bordeaux et des gâteaux au four.

Madame F.

Ensuite, les femmes font la vaisselle.

Sollicitation de monsieur C.

Jean-Pierre cherche sa femme après le repas car elle s'est perdue (idée fixe récurrente chez monsieur C.).

Sollicitation de madame E.

A table, Odette avait une petite bestiole avec elle.

Après l'atelier, je parviens à discuter avec l'un des infirmiers au sujet de l'état de santé de quatre résidentes qui paraissent affaiblies. J'apprends ainsi que madame D. est dans un état précaire: après beaucoup d'infections respiratoires, urinaires; elle se trouve très dégradée. Absolument incohérente, l'infirmier m'avoue qu'elle est en fin de vie. Madame T. présente des troubles cognitifs récents, dans l'évolution de sa maladie d'Alzheimer. Madame L. déambule énormément: ses états physique et cognitif ont considérablement régressé et sont actuellement stables. Madame R. connaît une perte d'appétit, une dégradation cognitive récente. Elle est très désorientée et incontinente depuis peu. Des tests sont en cours pour déterminer l'origine de cette récente aggravation mais l'infirmier suggère qu'il s'agirait d'un début d'Alzheimer.

A l'atelier suivant, nous reprenons le travail de l'écriture du scénario. Je relis donc les notes de manière à réinstaurer le cadre et nous nous lançons dans la rédaction. Les membres de l'atelier précédent étant tous présents, cela facilite nettement le travail prévu ce jour-là.

Un travail de reformulation de certaines tournures me paraîtra nécessaire pour que le scénario respecte une architecture adéquate mais les idées restent fidèles.

Ci-dessous le scénario final obtenu:

A la campagne

Laura (*sur le palier de la porte d'entrée*) – Regardez donc ce ciel grisâtre! Il va pleuvoir d'ici peu.

Corine (*à l'intérieur, à la fenêtre*) – Vous avez raison, il faut rentrer les bêtes.

Jacqueline (*devant la ferme*) – Je m'occupe de couvrir les plantes et légumes.

Odette (*au salon, criant*) – Je regarde la météo à la télévision.

Corine – Très bien! Allons-y, j'entends le tonnerre qui gronde derrière la forêt! Nous serons bientôt sous les eaux.

Jean-Pierre (*assis autour de la table de jardin, avec Élodie*) – Les bêtes attendent.

Élodie – Elles ont peur de l'orage.

Laura – Bon, je me charge des moutons, Corine occupez-vous des vaches!

Corine (à Jean-Pierre et Élodie) – Rentrez préparer le dîner; nous aurons bien faim après tout ce travail!

Jean-Pierre et Élodie se lèvent et rentrent au pas de course à l'intérieur où Odette se réchauffe devant la cheminée tout en écoutant les dernières nouvelles télévisées.

Jean-Pierre – Il faut nettoyer avant qu'ils reviennent.

Odette – Oui, il y a cette petite bestiole là.

Élodie – Comment?

Odette – Elle était là mais elle n'y est plus.

Corine (qui a fini de rentrer les vaches dans l'étable, va prêter main forte à Laura)- Fermez votre parapluie! Vous ne savez pas que les moutons sont effrayés par cet engin?

Laura – (elle s'exécute) Voilà un quart d'heure que je me démène à les faire obéir!

Corine – Suivez-moi! Il est temps de rentrer! Allons chercher Jacqueline; elle doit avoir fini.

Les deux dames gagnent le jardin où Jacqueline achève de couvrir les fleurs. Elles arrivent trempées à l'intérieur de la bâtisse. Elles se sèchent autour du feu avec Odette qui les regarde, intimidée.

Jean-Pierre – Il faut manger!

Élodie – Il y a de la soupe de courges.

Odette – C'est bien ça, c'est bien!

Et aux dames de se lever et s'installer autour de la table où la soupe fumante est servie, tandis que dehors gronde l'orage et les bêtes d'haïr le mauvais temps.

◆ Evocation, description d'un décor

Je relis le scénario et explique que nous allons créer un décor selon leurs souhaits. Le dessin du décor est joint en annexe 10.

Madame V. propose un décor à la campagne, dans une ferme. Je lui demande alors ce qu'elle imagine, comment elle se représente une ferme. Elle m'explique alors qu'elle songe aux lapins, poussins, poules; qu'il y a là beaucoup de choses à vendre. Madame F. surenchérit en suggérant d'inclure dans le décor un beau jardin, des arbres fruitiers ou même un fermier avec des bras solides, au loin.

Je sollicite monsieur C., plutôt somnolant ce jour-là. Il me dit apprécier la tranquillité de la campagne, les animaux de la ferme. De même, je demande à madame Y. ce qu'elle aime particulièrement dans la campagne: elle me répond: "tout me plaît, les arbres, la nature". Madame E. me surprendra en répondant par ces termes: "la petite vache à la campagne"; mais revient très vite sur sa persévération concernant la télévision.

J'interpelle madame V. afin de repositionner le cadre. Très coopérante et consciente de l'état cognitif de certains participants, elle sourit et rajoute de bon cœur que ce jour là, il fait beau. Je rappelle que le scénario du l'atelier précédent se déroulait sur la terrasse.

Repartant de là, madame V. précise que la scène se passe en hiver, sur la terrasse, où tout le monde se couvre. Le soir, les personnages se réchauffent au coin du feu.

Je tente d'intégrer davantage monsieur C. en lui demandant ce qu'il est possible de faire à la campagne. Sa réponse est la suivante: "je soigne les murs à la campagne. Il faut bien les entretenir. Il ne parle pas, lui. Il faut aller le voir et faire ce qu'il y a à faire mais c'est difficile". Je lui demande de préciser de quels murs/mûres il parle car son discours peut prêter à confusion et que le terme mûre me paraît plus adapté au décor. Mais, comme il me le semblait, il faisait allusion au mur; ce qui ne m'étonne que peu car lorsque je vais le chercher pour le conduire en salle d'animation, monsieur C. se tient toujours à la barre fixée au mur et parcourt toute la résidence ainsi, nettoyant le mur pendant des minutes entières. Soucieuse de ne pas dévier du but principal de cette séance, je m'adresse alors à madame E. qui, comme attendu, suggère de placer une télévision dans la chambre. Elle laisse entendre qu'il y a un monsieur, à l'extérieur, très grand. Qu'il faisait la télévision, aussi.

Je me tourne vers madame Y. qui esquisse un début de phrase: "l'hiver je préfère les bonnets de laine" puis s'interrompt, contrariée et m'explique ne pas apprécier ma question. Consciente que je l'ai froissée pour je ne sais quelle raison, j'en appelle à madame V. pour me sortir de cette impasse.

Je propose qu'un évènement inattendu se produise de manière à rendre notre décor et le scénario plus vivant et amusant. Madame F. répond du tac au tac qu'il se met à pleuvoir; une pluie bien forte viendrait tout dévaster (interruption à noter de madame E.: "ça passe à la télévision". Cette remarque n'est pas dénuée sens mais reste fidèle à son trouble langagier). Madame C. a le mot de la fin: "les fleurs sont détruites, on protège les légumes et on rentre les bêtes".

◆ **Essais de mise en scène avec manipulateurs et personnages**

Cet atelier se déroule fin février. L'animatrice m'apprend le décès de madame D., patiente intégrée dans notre groupe expérimental, n'ayant que très peu assisté aux ateliers marionnettes en raison de la fulgurante dégradation de son état. Quant à monsieur J., il est hospitalisé après une grave chute

Je relie le dialogue. Le décor est placé contre le mur, bien visible pour les participants. Je sollicite madame V. pour lancer la mise en scène. Intimidée d'abord de manipuler la marionnette, puis ensuite amusée, elle utilise la lecture que je viens de faire ainsi que le support visuel du décor pour esquisser un début d'histoire. Madame B., toute rieuse, la suit de bon coeur. Il me faudra toutefois requérir l'attention de monsieur C. pour le faire intervenir. Il communiquera autour du thème, et ce comme si sa marionnette parlait pour lui, mais la saisie spontanée de sa marionnette n'est pas possible. Quant à madame F., c'est avec une certaine retenue qu'elle participe. Madame E. Accepte de manipuler la marionnette mais ses interventions sont inadaptées. Cependant, il semble intéressant de noter qu'elle saisit sa marionnette comme un enfant tient une poupée.

La séance n'est pas très longue; les patients sont vite fatigués de la manipulation et les dialogues vite épuisés.

INTERVIEW 1

1. Le spectacle vous a plu?
2. A quel moment avez-vous ri?
3. Quel personnage avez-vous préféré?
4. Y en a-t-il un personnage que vous n'avez pas du tout aimé?
5. Avez-vous remarqué les costumes? Qu'avez-vous vu?
6. Avez-vous observé le décor? Qu'avez-vous vu?
7. De quoi parlait l'histoire? **d'un homme qui cherche une épouse dans les petites annonces; il auditionne plusieurs femmes afin de trouver la bonne**
8. Quel est le personnage qu'on ne voit jamais? **Zeste**
9. Vous souvenez-vous du nom ou du métier d'un des personnages? **On pouvait attendre: chercheuse au CNRS, Pamela, bonne soeur, Honorine...**
10. Y a-t-il plusieurs hommes dans cette histoire? **non, un seul, Joseph Eulone, le personnage principal**
11. Quel journal lit le personnage principal? **Nice Matin**
12. Avez-vous aimé la fin de l'histoire?

L'analyse des réponses nous a permis d'établir un diagramme comparatif dans la mesure où l'on considère les réponses adaptées comme positives et les réponses erronées, absentes ou non adaptées comme négatives.

On constate d'emblée une réussite totale à la question 1 pour le groupe de référence, un échec total aux questions 2, 3, 4 et 5 pour le groupe expérimental et de meilleures réponses concernant le personnage absent, le décor ou la fin de l'histoire par le groupe expérimental, résultats plutôt inattendus en raison de l'état de ces patients.

Il conviendra donc de relever au prochain interview si les réussites et échecs demeurent inchangés en fonction du type de questions. Par exemple, on notera si la fin de l'histoire est toujours plus ancrée pour le groupe expérimental, si le spectacle a plu à l'ensemble du groupe de référence, si les costumes sont encore passés inaperçus pour le groupe expérimental.

De plus, des tableaux précisant les types de réponses apportées par chacun permettent de mieux visualiser les réponses communes. Ils sont regroupés en annexe 12 et permettent de conclure que.

- ◆ le spectacle est globalement ancré dans les esprits, avec une majorité qui l'ont apprécié pour les deux groupes; le groupe de référence est plus critique vis-à-vis du spectacle
- ◆ le groupe de référence est capable de donner le(s) moment(s) qui l'a(ont) fait rire ainsi que son personnage préféré tandis que le groupe expérimental n'en a pas souvenir
- ◆ aucun personnage n'a été détesté par les deux groupes
- ◆ le groupe expérimental semble avoir été plus attentif aux accessoires et à la forme du spectacle tandis que le groupe de référence n'en a pas réellement tenu compte
- ◆ de même, le décor n'a pas été très considéré par le groupe de référence ni même par le groupe expérimental
- ◆ le groupe de référence explique le sujet de l'histoire alors que le groupe expérimental rencontre énormément de difficultés à cette tâche
- ◆ 2 membres du groupe de référence sont capables de citer le personnage qui n'apparaît pas dans le spectacle, 3 d'entre eux n'en sont pas capables ainsi que la totalité du groupe expérimental
- ◆ la question des noms ou métiers des personnages est échouée par la totalité des deux groupes
- ◆ la présence d'un seul homme dans le spectacle est remarquée par seulement 3 spectateurs du groupe de référence alors que le groupe expérimental dit en avoir vu plusieurs

- ◆ le journal cité est restitué par 4 patients (toujours du groupe de référence) alors qu'aucun membre du groupe expérimental ne parvient à le mentionner.

INTERVIEW 2

1. Le spectacle vous a plu?
2. Plus que le précédent?
3. A quel moment avez-vous ri? Eté ému?
4. Quel(s) personnage(s) avez-vous aimé(s)?
5. Y en a t-il un que vous n'avez pas du tout aimé?
6. Vous souvenez vous des noms ou nationalités/origines de certains personnages?
russe (Igor Tzarezonavith) , arabe (Saïd), alsacienne (Chossiane), niçoise (Sia), chinoise (Li You Fu), africaine (Fatoumama), américain (Bill Clanton), antillaise, esquimau (Zoukinuite), indien, breton
7. Avez-vous remarqué les costumes? Qu'avez-vous vu?
8. Avez-vous observé le décor? Qu'avez-vous vu?
9. Avez-vous remarqué les musiques? En connaissiez-vous certaines?
Avez-vous chanté ?
musique chinoise, russe, nissa la belle, musique banquise baleine, musique alsace, musique arabe, hymne américain, musique bretonne marin
10. De quoi parlait l'histoire?
le concours de la meilleure soupe
11. Quels aliments sont utilisés pour cuisiner?
un aileron de requin, des pistaches, des carottes, du gingembre, du soja, une tomate, de la viande rouge, de la betterave rouge, des pommes de terre, de l'ail, de la farigoule, des macaroni, un coeur de baleine mâché, des navets, des saucisses de Strasbourg, du lard, des épices, des graines de couscous, des courges, des oignons, des raisins secs, de l'agneau,des haricots gombos, du manioc, du ketchup, une entrecôte, des feuilles de chou, du beurre de cacahouète, du piment oiseau, du céleri, des bananes plantain, des sardines, des algues,du persil, des racines de caroubier, du venin de serpent, etc
12. Comment se termine l'histoire?
la dame chargée de faire le ménage entre les candidats remporte le concours alors qu'elle n'était inscrite
13. Qui gagne le concours? Vous y attendiez-vous?
Margot Pompom, chargée de faire le ménage entre les candidats
14. Que gagne le vainqueur du concours?
Un diplôme, une coupe, un chèque et trois étoiles

Par le même procédé, nous obtenons les conclusions suivantes (cf annexe 13).

- ◆ Le groupe de référence conserve une réussite totale à la question 1 et quasi-totale pour le groupe expérimental. Le groupe de référence demeure très critique vis-à-vis de la représentation.
- ◆ Globalement, le groupe de référence est capable de citer la nationalité d'un des personnages, d'exprimer son opinion sur les costumes, le décor et a fait preuve d'attention lors du passage des musiques alors que le groupe expérimental n'en a guère tenu compte alors qu'au premier spectacle il semblait attentif à ces détails.
- ◆ Les questions 3. et de 5. à 9. sont moins bien réussies par le groupe de référence, ce qui peut paraître de prime abord surprenant car l'inverse serait plus attendu.
- ◆ Les aliments utilisés par les candidats n'ont été retenus que par deux patients
- ◆ Le sujet de l'histoire est justement formulé par seulement deux patients. On peut noter des intrusions du premier spectacle chez une patiente qui évoquera un mariage plutôt que le sujet attendu.
- ◆ Le deuxième spectacle a davantage plu que le premier pour diverses raisons qui seront expliquées dans la partie C) II. de notre travail.
- ◆ Seuls deux patients apportent une réponse adaptée à la question concernant leur personnage favori. Les autres prétextent diverses raisons à leur non-réponse: manque d'attention, dérangement par les voisins, oubli...
- ◆ On note que la réponse à la question 5. semble bien plus facile pour nos deux groupes que la question 4. dont le sujet demeure très proche. Cependant, il s'agit là d'une question fermée alors que la précédente, ouverte, nécessite une explication donc présente bien plus de difficultés.
- ◆ Les questions 12, 13 et 14 sont échouées pour les deux groupes alors qu'au premier spectacle, la fin de l'histoire demeurait plus ancrée dans les esprits du groupe expérimental.

III. Patient-Acteur

Cette partie est consacrée à la comparaison des résultats des patients non plus en tant que spectateurs d'une représentation mais en tant qu'acteurs. Nous allons tenter de dégager les bénéfices personnels retrouvés durant et en dehors des ateliers. Puis, nous allons également extraire de notre analyse informatique les transformations opérées chez certains sujets concernant l'expressivité émotionnelle.

III.1. Ateliers

Unique animatrice des ateliers depuis janvier 2011, il me semble que les ateliers offrent des outils aux patients pour exprimer leurs émotions, leurs sentiments. Ils ont permis à certains de s'ouvrir aux autres; je pense notamment à madame Y. et madame B. très renfermées, même parfois opposées aux séances en début d'expérience.

Mais l'atelier présente beaucoup d'autres apprentissages comme celui de la règle du group. J'ai pu observer des modifications dans l'attitude de madame E. lorsqu'elle est en communauté ou bien même seule en bilan 2. D'ordinaire très angoisée par le contact, qu'il soit visuel ou verbal, semble moins apeurée et plus à l'aise. L'étude consacrée aux habiletés pragmatiques siégeant dans la partie **D) Apports de la marionnette** corrobore nettement ces observations.

De plus, la présence de deux nouvelles participantes révolutionne, à mon sens, l'atelier. Mesdames F. et C. ont une influence très positive: elles sont rassurantes, stimulantes. Elles n'hésitent pas à intervenir et encouragent les autres à les suivre. Quand l'un des sujets est en difficulté, elles savent se mettre à sa portée.

Toutefois, je note à regret un comportement assez analogue chez monsieur C. entre les premières et dernières séances. Le patient est souvent perdu dans ses pensées. Mais, une stimulation intensive l'arrache à ses rêveries et le ramène à la réalité de l'atelier. Il est capable de répondre aux sollicitations de manière adaptée et de partager ses émotions. C'est la raison pour laquelle, malgré le peu de résultats sur le plan comportemental, d'expressivité émotionnelle ou aux résultats du bilan 2, je persiste à penser que sa présence régulière à l'atelier lui est bénéfique, ne serait-ce que par l'effet positif qu'apporte le groupe à chacun des patients pris séparément.

III.2. Epreuves d'expressivité émotionnelle

D'après ce que nous avons mesuré avec Praat, voici quelques éléments de définition.

En physique, la *hauteur* est appelée tonie et est caractérisée par la fréquence. Le cycle vibratoire des cordes vocales détermine la hauteur de la voix. Ainsi, pour une voix dont la fréquence fondamentale est de 150Hz, il y a 150 cycles de vibration des cordes vocales par seconde. Pour savoir combien de temps dure un cycle vibratoire il suffit de diviser 1 seconde par le nombre de cycles (soit 1/150 ici). La hauteur peut être modifiée par les propriétés mécaniques des cordes vocales (tension et rigidité) ainsi que par la pression de l'air.

Le *jitter* est une mesure des perturbations à court terme de la fréquence fondamentale du signal sonore. On se place ici au niveau de la période du son, donc du cycle vibratoire, et on observe les différences de durée entre une ou plusieurs périodes. Pour résumer, c'est la moyenne de toutes les différences entre les durées de deux périodes consécutives, divisée par la durée moyenne d'une période du signal. Le résultat est donc un rapport, exprimé ici en pourcentage. Selon le manuel de Praat, le seuil normal/pathologique de ce critère est fixé à 1,04%.

Il existe de multiples modes de calcul du jitter et ses valeurs peuvent être très variables d'une étude à l'autre. Cependant, peu importent les méthodes de calcul du jitter puisqu'il est systématiquement corrélé à des désordres vocaux bien qu'il ne permette pas d'en expliciter la ou les causes.

Selon les auteurs, les causes peuvent être:

- neurologiques, c'est-à-dire liées à l'excitation des motoneurones qui influent sur les muscles
- aérodynamiques, lorsque les puffs d'air ne se comportent pas comme on l'attendrait.

Le *voicing* représente la durée totale des pauses entre les parties « voisées » du signal, divisé par la durée totale de la partie analysée du signal. Cela correspond à la fraction de discontinuité dans l'accolement des cordes vocales. Les pauses silences au début et à la fin du signal ne sont pas considérés.

Les résultats de cette épreuve ne donnent pas matière à discussion pour les membres du groupe de référence. On ne note pas d'évolution notable (ni dans le sens positif, ni dans le sens négatif) pour ce groupe. Nous choisissons de présenter en annexe 14 le cas de madame S. dont les résultats s'apparentent approximativement aux résultats des autres membres du même groupe. On note ainsi pour cette patiente des déviations standards proches de 50 Hz. Par ailleurs, la déviation standard reste pratiquement similaire pour chaque émotion de 2010 à 2011, tout comme le *voicing* et le *jitter* qui subissent peu de variation pour la même émotion en une année.

groupe expérimental

Madame Y.

La phrase lue avec l'émotion ironie n'est pas réalisée en mars 2011. La patiente explique ne pas comprendre ce terme. Le *voicing* est très fortement diminué pour les émotions joie et tristesse en 2011. Cela révèle une présence moins accrue de silences dans les phrases. De plus, la déviation standard de la peur est plus élevée en deuxième passation; aussi peut-on avancer l'hypothèse que la patiente module davantage sa voix.

Madame B.

Nous ajoutons en annexe 15 l'analyse informatique de l'expressivité émotionnelle de cette patiente dont les résultats nous apparaissent des plus pertinents. En effet, la comparaison des deux tableaux d'analyse montre une évolution très encourageante sur le plan des habiletés expressives. Ce cas est le plus caractéristique que nous puissions proposer. On note une déviation standard en hausse pour les émotions neutre, joie, tristesse, étonnement, admiration, peur, colère et ironie en mars 2011. Cela dénote une variation de fréquence nettement plus accentuée. De plus, le *voicing* est bien plus bas pour les émotions neutre, tristesse, étonnement, admiration, peur et colère en deuxième passation ce qui nous apprend que les phrases de la patiente comportent moins de silences ou d'hésitations.

Madame D.

Le décès de madame D. au cours de l'expérience ne permet pas une comparaison des résultats à cette épreuve entre les deux passations.

Madame E.

La colère, la peur et l'admiration donnent des résultats à peu près identiques pour les deux passations, proches de la voix neutre. La déviation standard de l'étonnement subit de grandes modifications: on passe de 35,5 Hz à 71,23 Hz, ce qui suppose une accentuation extrême. Enfin, les résultats bas aux émotions joie et tristesse en déviation standard témoignent d'une faible modulation de la voix.

Concernant le voicing, seule l'admiration offre un résultat intéressant avec un résultat nettement plus bas en deuxième passation, ce qui témoignerait d'une phrase moins fragmentée en silences en 2011.

Monsieur J.

L'enregistrement pour la deuxième passation n'ayant pas pu être réalisé dans des conditions optimales, aucune comparaison n'est possible hormis pour la phrase neutre. Le bruit environnant du salon où a été effectué l'enregistrement ne permet pas une analyse informatique. On notera alors pour la phrase neutre une déviation standard bien plus proche de la norme attendue (on obtient 29,3 Hz en 2010 et 44,9 Hz en 2011).

Monsieur C.

Les déviations standards de ce patient sont extrêmement basses pour toutes les émotions sur les deux années, ce qui signe une très faible modulation vocale quelle que soit l'émotion demandée. Or, le voicing apporte des résultats surprenants pour les émotions tristesse et colère: les phrases prononcées en seconde passation sont très nettement amoindries en silences.

IV. Discussion

Je souhaite souligner un point qui m'apparaît majeur: la pertinence du choix des épreuves de bilan. En effet, le bilan de langage de la personne âgée que nous avons choisi comportait des épreuves n'étant pas toujours bien adaptées aux patients. Ce que j'entends par là, c'est que le niveau socio-culturel des populations choisies n'est assurément pas homogène. Aussi, les résultats peuvent faire ressortir des conclusions qui dépendent tout autant du niveau de la question que de l'état réel du patient. Par exemple, les épreuves verbales de type "définitions" ou "proverbes" sont échouées par certains sujets non pas en raison de troubles cognitifs massifs mais plutôt de par un niveau socio-culturel antérieur limité. Toutefois, cela n'engage en rien la comparaison des résultats individuels.

De plus, notre travail fut très chaotique, ponctué d'événements inattendus auxquels nous avons dû nous adapter diligemment afin de ne pas perturber le bon fonctionnement de l'expérience. Les hauts et bas de la structure institutionnelle ont fait que les familles n'ont pas été prévenues par le personnel en contact avec elles des heures d'atelier ce qui a nui à la fréquentation de certains patients aux séances. De même, les spectacles n'ont pas été, pour certains, suivis en totalité, du fait de la présence des familles à ces dates.

La qualité des interviews aussi dépend nettement du lieu dans lequel elles ont pu être réalisées. Un bureau avait été mis à ma disposition pour les réaliser à la suite du premier spectacle mais je n'ai pu l'utiliser pour l'ensemble des interviews. Lors du second spectacle, aucune salle n'a été réservée pour la réalisation de ces interviews. J'ai tenté de les effectuer le plus possible dans les chambres des résidents ou dans la salle d'animation lorsqu'elle était vide.

Dans cette même optique, il convient de rappeler les conditions de passation parfois désavantageuses de l'épreuve d'expressivité émotionnelle (salon, travaux juste à côté, allers-venues du personnel dans la chambre pendant la réalisation...).

Pour pouvoir arriver à mener cette expérience, j'ai dû interpréter tous les rôles de front: de simple intervenante, je suis devenue au cours de ce travail l'intervenante unique de l'atelier. Il me fallut ainsi adosser les rôles de stagiaire orthophonique pendant les passations des bilans, d'animatrice durant les ateliers marionnettes, d'observatrice pendant les spectacles, d'intervieweur au cours des interviews post-spectacles et de confidente en dehors des ateliers. Cette panoplie de visages ne parut pas perturber les patients, pour qui, je suis finalement devenue une figure caractéristique de leur environnement institutionnel. Cela m'a permis d'être plus proche de leurs difficultés, de les connaître davantage sur différents aspects et m'a assuré une certaine familiarité, favorable aussi bien à la fréquentation des ateliers qu'à leur détente en situation de communication.

Cette situation s'est avérée bénéfique car elle m'a permis de considérer l'expérimentation d'un autre point de vue. En revanche, il est déplorable que les ateliers n'aient pu être menés comme il avait été prévu originellement par deux intervenant(e)s: cela aurait donné lieu à un dialogue, chacun(e) aurait pu tirer profit des observations de l'autre.

De plus, ce projet pourrait être amélioré par une formation préalable des intervenants à la marionnette: en effet, un travail avec ce support nécessite une préparation et une bonne connaissance de cet outil. Il exige une approche humaniste, une bonne pédagogie, du contenu pertinent ce qui accélère la mise en place de l'atelier et l'intervention.

Il me semble important d'exprimer à quel point je pense que cette expérience devrait être poursuivie en modifiant certains aspects du protocole parfois trop ambitieux pour une population dont les capacités ne sont pas toujours celles attendues. Par exemple, il faut souligner combien il m'est apparu au cours de l'expérience que nos choix sur les deux populations étudiées n'étaient pas forcément adaptés. En

effet, non seulement il me paraît aujourd'hui plus intéressant, après un an consacré à cette expérience, de focaliser son attention uniquement sur une population présentant des troubles de la communication (donc de ne pas prendre en compte un groupe de référence mais plutôt consacrer son étude à un groupe expérimental qui aura été défini de manière bien plus précise). Ainsi, il aurait été pertinent de choisir un groupe dont les diagnostics établis soient très proches, par exemple des patients présentant la même démence, comme la maladie d'Alzheimer, et ce à un même stade. De plus, comme nous l'avons vu, certains patients, qui au début ont accepté d'assister de temps à autre aux ateliers, se sont clairement démotivés pendant l'expérience et n'ont plus désiré y participer, ou sinon de manière très irrégulière. Aussi, il s'agirait de consulter non pas seulement un ou deux membres de l'équipe médicale mais les infirmier(e)s, les aide(s)-soignant(s), le médecin coordinateur, les familles et les patients sélectionnés afin de s'assurer de leurs réelles motivations. Dans notre cas, c'est sur les dires de la psychologue et de l'animatrice que les groupes ont été créés; les patients ayant une conscience plus ou moins nette de leur engagement.

C) SYNTHESE DES RESULTATS

I. Bilan de la personne âgée 1 et 2

Les tableaux présentés en annexes 16 permettent de conclure pour le:

groupe expérimental

On constate, concernant les épreuves verbales, que les définitions suivies de l'évocation lexicale et des automatismes sont nettement affectées comparées aux autres épreuves. Au contraire, les proverbes, l'orientation et l'association nom-couleur ne s'aggravent pas. Enfin, la reproduction d'un cube est clairement détériorée alors que la classification et la conservation de l'horizontalité des liquides donnent des résultats globalement identiques.

De plus, l'orientation, l'évocation lexicale, l'explication des proverbes, la critique des histoires absurdes obtiennent les scores les plus bas pour les deux bilans. Au bilan 2, on remarque que la classification et la sériation posent problème alors que le bilan 1 ne révèle pas de difficultés notables. Enfin, l'épreuve d'association nom-couleur est sans conteste la mieux réussie au cours des deux passations.

groupe de référence

On remarque une stagnation des résultats aux épreuves des automatismes et de l'association nom-couleur (qui se retrouve aussi chez notre groupe expérimental). La classification, elle aussi, n'évolue pas

de manière négative pour les deux groupes. On note par contre une réelle altération des réponses aux épreuves d'évocation (tout comme pour le groupe expérimental) et aux proverbes.

Au cours du premier bilan, la critique d'histoires absurdes est l'épreuve présentant le plus de difficultés pour la majorité des patients. Au bilan 2, elle est mieux réussie mais c'est l'orientation qui pêche. Par contre, les épreuves d'association nom-couleur, de définitions, de classification, de sériation et de conservation de l'horizontalité d'un liquide obtiennent les scores les plus élevés.

les deux groupes réunis

Les principales difficultés rencontrées apparaissent au cours des épreuves d'orientation, d'évocation lexicale et d'explication de proverbes. Les épreuves, qui, en revanche, sont nettement maîtrisées par l'ensemble sont: les automatismes, l'association nom-couleur, les définitions et la classification.

Par ailleurs, une étude qualitative et quantitative de certaines épreuves nous permettent d'énoncer les faits suivants:

EPREUVES VERBALES

◆ EVOCATION LEXICALE

Les noms qui sont évoqués le plus souvent, par ordre de fréquence, sont: chien, chat, lapin, vache, cheval, mouton, coq, renard, loup, poisson et tigre.

◆ ASSOCIATION NOM-COULEUR

Le jaune est souvent confondu avec le blanc et le vert perçu jaune.

◆ DEFINITIONS

Les quatre définitions les plus chutées par ordre de fréquence sont: hypothèse, analyse, contrat et sauvetage.

◆ PROVERBES

Les quatre proverbes les plus chutés par ordre de fréquence sont le 4), 2), 3) et 1).

◆ CRITIQUES D'HISTOIRES ABSURDES

De la moins bien critiquées à la mieux comprise on note la 4), 1), 3) puis 2).

EPREUVES OPERATOIRES

◆ GRAPHISME

On retrouve sur les productions une écriture ascendante, penchée (italique, vers la droite), ponctuée de tremblements, parfois micrographique ou, au contraire, les lettres sont en majuscules.

◆ CLASSIFICATION

Une confusion entre coeur/carreau, pique/trèfle ressort nettement.

◆ SERIATION

L'inversion entre deux cartes ou la confusion d'ordre sont les réponses les plus fréquentes.

◆ REPRODUCTION D'UN CUBE

Les termes les plus utilisées pour désigner le cube sont: carreau, carré, dé, caisse, boîte carrée.

De plus, par ordre de fréquence, les productions donnent un carré, des lignes non fermées, l'absence d'angle et enfin les trois faces.

◆ BOUTEILLE: CONSERVATION DE L'HORIZONTALITE DES LIQUIDES

Concernant la mauvaise désignation de l'emplacement de l'eau, elle se retrouve par ordre de fréquence d'abord sur la bouteille 4, 3, 2 et 1.

Concernant la mauvaise horizontalité de la surface de l'eau, elle s'observe, par ordre de fréquence, comme suit: bouteille 4,3,2 et 1.

II. Patient-Spectateur

Nous avons étudié les réponses aux interviews en superposant des questions jugées de difficulté similaire. Nous avons dégagé des taux de réussite ou d'échec à ces questions. Les chiffres obtenus sont joints en annexe 17.

groupe expérimental

La question 1. est globalement réussie chaque année. L'évocation d'un nom ou métier d'un des personnages ainsi que le titre du journal lu par le personnage principal sont absolument échoués en 2010 alors qu'en 2011 la question de même type (les aliments utilisés pour cuisiner) est au contraire fortement réussie. Enfin, en 2011, le sujet de l'histoire, le souvenir d'avoir ri ou été ému, l'évocation d'un personnage qui n'aurait pas plu ou l'évocation d'un nom ou métier d'un des personnages sont source de difficultés.

groupe de référence

La question 1. est réussie par tous les membres du groupe, et ce chaque année. L'évocation du nom ou métier d'un des personnages et le titre du journal sont mal appréhendés mais les résultats pour ces questions sont globalement meilleurs que pour le groupe expérimental. Le groupe semble avoir eu meilleure conscience du décor en 2011. On note aussi des scores bas aux questions concernant le personnage qui aurait déçu, le sujet de l'histoire et les aliments utilisés.

les 2 groupes réunis

La question 1. reste majoritairement la mieux réussie. Les questions concernant l'évocation d'un nom ou métier d'un personnage ou le titre du journal sont, en 2010, très achoppées. En 2011, ce sont les questions autour d'un moment comique ou émouvant, d'un personnage qui aurait déplu aux patients, le sujet de l'histoire ou le jugement de la fin de l'histoire qui donnent lieu à des difficultés.

III. Patient-Acteur

L'histoire de l'atelier montre comment le travail s'est élaboré de façon progressive et empirique; chaque cycle tentant de résoudre les questions soulevées dans le cycle précédent. Nous avons pu observer dans la partie **B) Comparaison des résultats** l'action plus que bénéfique des ateliers sur la majorité des participants.

La marionnette est une forme de théâtre. Si l'on peut rendre expressive une marionnette sans qu'il y ait un contexte autour du personnage, la présence de tout un environnement augmente et donne de la force à l'expression de la marionnette. En effet, les accessoires ou les éléments du décor peuvent offrir la raison ou la motivation de l'expression.

On peut travailler sur les compétences sociales avec les marionnettes car les règles d'écriture d'un scénario, par exemple, sont similaires à celles qu'on utilise dans la bonne communication avec les autres – le contact visuel, l'attente de son tour de parole. Elles vont permettre de trouver un nouveau comportement, d'apprendre le travail en équipe avec tout ce que cela comporte comme avantages (soutien mutuel, profit des connaissances de l'autre...) et contraintes (se plier aux règles du groupe, respect du rythme de chacun...).

Dans l'ensemble, les patients ont connu une évolution favorable que ça concerne le bilan de langage, l'expressivité émotionnelle, les habiletés pragmatiques ou tout bonnement le comportement.

Aucun patient du groupe expérimental ayant participé aux ateliers ne présente des résultats très dégradés. Certains ont vu resurgir des capacités qu'on croyait éteintes, d'autres se sont réappropriés un langage social, d'autres encore expriment mieux leurs émotions à travers le canal verbal et/ou non verbal.

Les accomplissements remarquables sont les sentiments d'appartenance à un groupe, le respect de l'autre, une tolérance plus grande les uns envers les autres, la valorisation de soi, la diminution des comportements perturbateurs, une amélioration de l'expression pour certains.

Un effort plus soutenu dans l'approche technique de groupe (dynamique de groupe, création collective) et de la marionnette (son jeu) devrait permettre d'améliorer les résultats de cette expérimentation.

D) APPORTS DE LA MARIONNETTE

Tout d'abord, il me semble nécessaire de préciser que les apports de la marionnette apparaissent dans le contexte de l'atelier comme thérapeutiques. Nous sommes donc en droit de nous demander ce que l'on entend par thérapeutique? Tous les dictionnaires s'accordent à dire qu'il s'agit là de soigner, d'améliorer la maladie mentale ou des difficultés d'ordre psychologique. Par rapport à notre projet, il nous faut donc raisonner en termes de "qu'est-ce que cela apporte aux patients?". Confiance en soi, (re)narcissisation, conscience qu'ils sont capables de faire des choses valorisantes et intéressantes, qu'ils sont capables de penser par eux-mêmes (scénario) et d'avoir des idées riches, tenir compte de l'autre en tant que sujet, résister aux frustrations, exprimer ses ressentis, avoir conscience qu'ils peuvent donner et recevoir. Il me semble que les résidents ont déjà bien conscience de ce qu'est recevoir car, à la maison de retraite, ils viennent pour recevoir ce qu'on ne peut leur donner à l'extérieur: des soins spécifiques, un encadrement particulier; alors qu'il ne va pas de soi qu'ils aient conscience qu'eux aussi peuvent donner.

Et, de par les différents objectifs des ateliers que l'on propose, avec cette multitude de modalités individuelles ou de groupe, on rejoint bien la conception de la thérapie institutionnelle où on fait en sorte que chaque temps soit à visée thérapeutique.

I. Social

L'outil thérapeutique marionnette représente un moyen de faire ressurgir la communication chez des personnes pour qui l'acte communicatif est depuis longtemps enterré faute d'être écouté ou entendu. La relation créée autour de l'objet permet une mise à distance et apparaît comme plus inoffensive: les interlocuteurs peuvent communiquer sans pour autant s'aventurer dans un acte communicatif trop engagé, dont ils ont perdu la maîtrise. Parler avec ou autour de la marionnette permet de relativiser les propos énoncés. Le réel signalé par la marionnette est donc d'emblée très éloigné de la réalité qu'elle tente d'évoquer. En fait, ce réel est symbolique. A partir d'une simplicité primitive, celle de l'objet, il est possible de traduire à l'aide d'une poupée la réalité complexe de l'homme.

Le groupe et la marionnette déterminent un espace particulier où se vit un système d'interactions qui favorise les possibilités pour chacun de créativité et d'expression.

Nous avons pu ainsi noter l'assurance prise par madame Y. et madame B. durant les ateliers. Madame B. est bien plus ouverte sur la communication et impliquée dans l'activité groupale; madame Y., quant à elle, est plus éveillée lors des échanges, développe un comportement mimogestuel qui était auparavant absent.

De plus, les deux participantes rajoutées, nouvelles dans la résidence, ont créé des liens d'amitié à la suite de ces rendez-hebdomadaires. L'aspect socialisant des marionnettes et du groupe a su détourner la difficulté qu'ont les résidents à créer des liens entre eux. C'est une des façons d'entrer en relation avec l'autre. Bien souvent, j'ai pu noter chez certains l'emploi d'expressions qui suggèrent une unité, comme le "on", le "nous" pour marquer leur appartenance au groupe.

Aussi, ces trois exemples concluent en faveur d'une action positive de la marionnette, d'une ouverture ou réhabilitation sociale.

II. Expression

Cette expérience révèle aussi combien la marionnette s'avère être un support d'expression autant chez l'enfant ou l'adulte que chez la personne âgée.

Le travail d'invention et de fabrication des marionnettes permet un travail de l'imaginaire. Cela se retrouve dans l'originalité des marionnettes fabriquées, dans les discours tenus au cours de la fabrication, dans l'invention d'un scénario ou dans la description d'un décor. Si l'histoire est inventée, elle est bien sûr fortement empreinte de souvenirs et d'images remémorées.

L'émergence du dialogue au cours des derniers ateliers est le fruit d'un travail de stimulation et de revalorisation répété. On remarque que des questions ouvertes telles que "pourquoi avez-vous aimé la fin de l'histoire?" retrouvées dans les deux interviews post-spectacle ne donnent pas matière à développement alors que des questions telles que "comment est votre marionnette?" ou encore "dans quel décor peut-elle évoluer" vont donner lieu à bien plus de dialogues, de remarques personnelles, d'expression de goûts individuels...

Madame B., de nature solitaire, se mêle peu aux conversations et échange peu avec le groupe. En contexte d'atelier, elle va intervenir à la suite de remarques qui l'amuse, rire de bon cœur des réponses des autres. La semaine précédant le spectacle, elle m'interpelle dans le couloir en me demandant quand a lieu le spectacle, plus précisément dans combien de jours (pour avoir une idée du temps qui la sépare de cette date). Son intérêt marqué pour la représentation n'était ni observable ni exprimé lors du premier spectacle.

L'animatrice a pu relever que madame E. prend davantage de plaisir à communiquer qu'auparavant, qu'elle utilise la mimogestualité et maintient le contact visuel. Elle semble moins anxieuse à rechercher un échange.

Au cours des deuxièmes interviews, les membres du groupe expérimental ayant suivi régulièrement les ateliers recherchent, pour la plupart, à entretenir et maintenir le dialogue. Leurs réponses témoignent d'une attention moins labile durant le spectacle.

Aussi, en ne tenant compte que des patients ayant participé régulièrement aux ateliers marionnettes, on remarque des améliorations sur les versants expressif, réceptif ou les deux réunis.

La finalité du groupe thérapeutique n'est pas de guérir des patients que l'on accueille la plupart du temps après les échecs répétés d'un long parcours thérapeutique. Si l'activité marionnette est la seule

prescription, il faut la considérer dans le contexte de vie quotidienne du patient. Cela est dû aussi aux diverses pathologies: certaines personnes ne parviennent pas à s'inscrire dans un projet à long terme, à s'y tenir ou s'insérer dans un groupe et à y trouver leur place.

III. Habiletés pragmatiques

Comme nous l'évoquions précédemment, des grilles de l'apport de la pragmatique pour la rééducation du sujet âgé, modèle établi par E.Demeure et A.Osta, ont été complétées par l'animatrice et la psychologue, une pour chaque patient, une première fois à l'issue du premier spectacle, et une deuxième à l'issue du second.

Ci-dessous ladite grille complétée par un tableau comparatif de l'évaluation de la pragmatique pour nos deux groupes, à un an d'intervalle, qui figure en annexe 18.

		Mars 2010		Mars 2011	
		OUI	NON	OUI	NON
1	dispose de concepts				
2	stock lexical disponible				
3	structure correctement ses phrases				
4	cohérence du discours				
5	introduit un sujet				
6	maintient un sujet				
7	répète des sujets				
8	change de sujet et en comprend les contraintes				
9	propose un thème, maintient le changement				
10	généralise				
11	interprète				
12	conclut				
13	intervient spontanément, opportunément				
14	développe l'attention mutuelle				
15	écoute attentivement				
16	considère le point de vue de l'interlocuteur				
17	pose des questions				
18	répond				
19	attend son tour de parole				
20	prend son tour de parole				
21	maintient un tour de parole suffisant				
22	variation des modalités du discours				
23	utilise la communication non verbale				
24	comprend les messages non verbaux				
25	utilise le langage verbal avec le langage non verbal				
26	fait attention aux réactions mimogestuelles de l'auditeur				
27	utilise la mimogestualité				
28	maintient le contact visuel				
29	utilise la prosodie				
30	change de style selon le contexte				
31	utilise la fonction ludique du langage				
32	utilise la fonction métalinguistique du langage				
33	utilise la fonction métaphorique du langage				
34	donne des ordres				
35	politesse				
36	formule des hypothèses				
37	demande des renseignements				
38	demande d'assistance				
39	demande de clarifications				
40	répond aux demandes de clarification				
41	exprime ses désirs				
42	exprime ses sentiments				
43	exprime son accord				
44	exprime son désaccord				
45	simule				
46	ment				
47	sincère				
48	persuade				
49	veut faire passer un message				
50	atteint son but				
51	prend du plaisir à communiquer				

Ainsi, les items 1 (dispose de concepts), 2 (stock lexical disponible), 3 (structure correctement ses phrases), 6 (maintient un sujet), 17 (pose des questions), 18 (répond), 20 (prend son tour de parole), 23 (utilise la communication non verbale), 26 (fait attention aux réactions mimogestuelles de l'auditeur), 27 (utilise la mimogestualité), 31 (utilise la fonction ludique du langage), 35 (politesse), 37 (demande des renseignements), 40 (répond aux demandes de clarification), 51 (prend plaisir à communiquer) sont réussis en totalité par le groupe de référence alors que le 18 est l'unique item réussi chez le groupe expérimental. Par contre, les items 45 et 46 (simuler et mentir) sont les moins observés pour le groupe de référence et les items 13 (intervient spontanément), 14 (développe l'attention mutuelle), 33 (utilise la fonction métaphorique du langage), 45 et 46 sont totalement absents chez le groupe expérimental. Ainsi les items 45 et 46 (fait de simuler et mentir) sont assurément ceux qui sont perdus en premier au sein de la population âgée quelle qu'elle soit.

Un an plus tard, cette grille est de nouveau complétée par l'animatrice et on constate que certaines réponses ont changé.

Le groupe de référence n'a quasiment pas évolué, exceptée madame H. pour l'item 28 en raison de sa macula. Cependant, au sein du groupe expérimental s'observent des modifications assez hétéroclites en fonction du patient.

Ainsi, nous avons construit un graphique à l'aide d'un tableau chiffré (répertoriés en annexe 19) reprenant les items réapparus en une année chez les patients du groupe expérimental. A noter qu'aucun item n'est disparu parmi nos deux groupes en un an.

Il semble que dorénavant madame Y. considère le point de vue de l'interlocuteur, pose des questions, utilise la communication non verbale, donne des ordres, demande des clarifications. De plus, elle répond aux demandes de clarification, exprime ses sentiments, veut faire passer un message et atteint son but.

Madame B., quant à elle, écoute attentivement, pose des questions, attend son tour de parole et prend son tour de parole. Elle comprend les messages non verbaux, utilise la mimogestualité, maintient le contact visuel, donne des ordres et exprime ses sentiments.

Madame E. est capable de prendre son tour de parole, de comprendre les messages non verbaux, de maintenir le contact visuel, d'exprimer son accord et prend plus de plaisir à communiquer.

Madame T. semble pouvoir davantage maintenir le contact visuel.

Monsieur C. utilise la communication non verbale, fait attention aux réactions mimogestuelles de l'auditeur, utilise également la mimogestualité, donne des ordres et exprime ses désirs.

IV. Stériles

Il arrive aussi que la marionnette ne soit pas investie et que ses possibilités demeurent inexploitées.

Nous pouvons citer le cas de monsieur J. qui, pourtant sélectionné comme un patient susceptible d'être intéressé par ce support, n'a fréquenté l'atelier que quelque temps, très vite lassé par les activités proposées. Il fut d'ailleurs impossible d'obtenir une fiche d'identité de sa marionnette. A plusieurs reprises, il manifesta son incompréhension devant les sollicitations qui lui été destinées: il répétait sans cesse qu'il ne voyait pas à quoi cela servait.

La marionnette est donc un outil très singulier, spécial que chacun aborde avec sa spécificité propre.

CONCLUSIONS

La marionnette suscite, depuis plusieurs années déjà, un intérêt de plus en plus grand de la part des médecins, psychologues et soignants, qui l'estiment dorénavant comme un moyen thérapeutique aussi bien pour les enfants que pour les adultes. L'UNIMA a même créé en France une section Marionnette et Thérapie où marionnettistes et personnes concernées par la thérapie se retrouvent pour échanger idées et expériences.

Ayant posé notre hypothèse de départ et ayant choisi notre support, nous avons mis en place notre propre protocole. Il s'est déroulé du mois de janvier 2010 au mois de mars 2011.

La première partie de ce travail nous a permis de retracer certains fondements théoriques propres à la marionnette et de resituer la personne âgée dans le cadre de sa maladie.

Nous avons tout d'abord présenté la marionnette et les diverses fonctions qu'elle peut occuper. Puis, nous nous sommes intéressés à la marionnette en tant qu'objet médiateur thérapeutique. Ainsi, il a fallu décrire ses rôles au théâtre et dans la thérapie. Ensuite, nous avons résumé les données de la littérature concernant la fabrication des marionnettes. Nous avons également rappelé la définition de l'art-thérapie et cité un exemple pertinent d'atelier. Là, nous avons par la suite répertorié les expériences publiées (ateliers ou spectacles de marionnettes) auprès de personnes âgées.

Nous nous sommes alors intéressés à la personne âgée: nous avons rappelé des généralités sur la démence et l'Alzheimer avant d'évoquer leur symptomatologie puis leur évolution, les méthodes de diagnostic et les traitements connus.

La seconde partie de ce travail a été un essai à la mise en application pratique. Nous avons formulé l'hypothèse que la marionnette pouvait agir sur l'expression et la réception des émotions. Pour cela, nous avons proposé un protocole fondé sur une utilisation particulière de la marionnette en atelier.

Nous avons ainsi expérimenté cette utilisation groupale de la marionnette en tant qu'outil de rééducation dans la prise en charge des troubles de la communication de la personne âgée démente. Cette expérimentation a reposé sur la fréquentation hebdomadaire des membres du groupe expérimental aux ateliers marionnettes.

Ce protocole incluait également deux spectacles de marionnettes, l'un en mars 2010, l'autre une année après. Ils ont marqué le début et la fin de notre expérience.

Nous avons évalué les membres de nos deux groupes au début du mois de mars 2010 et au début du mois de mars 2011. L'évaluation portait sur le langage oral (versant expressif et réceptif), les habiletés pragmatiques et l'expressivité émotionnelle. Ces deux évaluations ont permis une analyse comparative des résultats obtenus.

Le comportement et les réactions des participants au cours des spectacles de marionnettes ont également été décrits et analysés à partir de supports vidéos et d'une interview après chaque spectacle.

Vouloir redonner aux personnes en marge de la communication un statut de sujet est une idée généreuse, croire qu'il suffit de s'adresser à eux avec gentillesse pour que, comme par miracle, ils s'animent sur une aussi agréable sollicitation est utopique, comme celle de penser qu'il suffit de leur créer un espace à leur convenance pour les voir retrouver un comportement adapté. Comme toujours, l'essentiel est de ne pas considérer la personne âgée uniquement comme un objet de soins possible mais comme un véritable partenaire dans une relation thérapeutique dynamique.

Mais les résultats obtenus ont été dans le sens de notre hypothèse de départ: avec la marionnette, on peut agir sur les versants expressif et réceptif de ces personnes âgées en mal de communication. La réapparition de certaines habiletés communicatives a pu être mise en évidence à partir des différentes évaluations. Voici l'exemple sûrement le plus probant:

Madame B. qui était passive dans l'acte communicatif est désormais capable de le solliciter et encore mieux de le rechercher. Elle a, en un an, retrouvé une expressivité émotionnelle qui était considérée comme perdue, ce dont témoignent les résultats obtenus avec le logiciel d'analyse vocale Praat.

Cette expérience a finalement mis en évidence plusieurs aspects thérapeutiques dans l'utilisation de la marionnette en tant qu'outil dans la prise en charge orthophonique des troubles de la communication.

Nous avons tout d'abord constaté que la marionnette pouvait être investie par la personne âgée comme un objet social. Elle peut, en effet, prendre le rôle de médiateur et faciliter les relations et la communication entre différents interlocuteurs. Soulignons que l'origine du mot médiation remonterait au verbe latin *mediare* qui signifie « être au milieu », et c'est seulement au XVIème siècle qu'il a pris le sens actuel d'« entremise destinée à concilier des personnes ou des partis, à amener un accord ». La médiation est utilisée dans un cadre clinique pour favoriser la création de lien entre deux ou plusieurs protagonistes. « L'objet médiateur sert de support, il supporte les projections, il soutient les productions. Il tolère les contradictions, il n'est ni moi ni l'autre, il étaye les deux, il est tiers entre l'autre et moi, inter-médium, intermédiaire. » [Jean Maisondieu, 25]

De plus, la marionnette constitue aussi un excellent support d'expression. A travers elle, la personne âgée exprime ses ressentis, émotions, angoisses ou encore même souvenirs enfouis. La communication établie s'avère dès lors plus riche, plus adaptée et souvent plus sereine.

Nous avons aussi constaté que cet outil ne pouvait être investi par tous les patients et qu'il demeurerait un outil parmi d'autres, à proposer tout en l'adaptant à chacun.

Notre expérience s'est avérée concluante, ayant vérifié nos hypothèses de départ et ayant montré que la marionnette constituait un moyen de retrouver une communication.

Ce protocole, présenté à des personnes âgées ayant des troubles de la communication propose un outil concret et s'inscrit bien dans la dynamique actuelle d'aide thérapeutique à offrir à ces personnes.

Au cours de cette expérience, on nous fit comprendre que nous étions en train de manquer de respect envers le troisième âge car les personnes âgées ne sont pas des enfants que l'on divertit voire que l'on stimule avec des marionnettes. Nous tentâmes, suite à ces remarques, de discuter auprès des personnes inscrites dans le projet des tenants et aboutissants de notre démarche. Nous avons tâché d'exposer les immenses possibilités d'intervention de la marionnette. Finalement, il nous fallut davantage légitimer notre projet auprès de l'équipe médicale qu'auprès du groupe expérimental qui accueillit la marionnette avec bien moins de craintes. Ainsi, malgré la présentation de nos motivations, l'adhésion n'a pas toujours été possible. Cela permet de souligner combien le travail de l'orthophoniste, voire du thérapeute en général, nécessite une adaptabilité de tous les instants. Quel que soit le projet entrepris, il se doit de ne pas se formaliser des conflits institutionnels. Nous sommes restées ouvertes à la discussion pour toute personne demandeuse d'explications. Nous avons pu vérifier par nous-mêmes que le recours aux marionnettes dans tous ses aspects offre des occasions infinies d'expression créative.

L'utilité de la marionnette est évidente, en particulier avec des personnes comme les participants à notre groupe expérimental, ayant une pauvreté de langage et une expressivité linguistique et émotionnelle fortement réduite. La marionnette fournit une gamme très riche de possibilités de communication et de relation.

Ce n'est pas parce que les patients ne maîtrisent pas l'expression verbale codée, ne maîtrisent pas leurs évocations, et maîtrisent mal leurs apprentissages qu'ils ne communiquent pas pour autant, et qu'il faudrait renoncer à leur parler.

D'où l'intérêt de faire le deuil de la recherche du patient idéal pour investir d'abord notre capacité à maîtriser notre technique relationnelle pour offrir à l'autre la possibilité de prendre un peu de plaisir à communiquer, en veillant à lui permettre de toujours sauver la face, à charge pour lui, s'il le peut, de réinvestir le bout de présent et d'avenir que constitue la relation thérapeutique, et peut-être, partant de là, se risquer, malgré ses handicaps à se redéployer tant soit peu à la vie.

En ce sens, elle présente un intérêt orthophonique non négligeable. En institution, elle peut être utilisée dans le cadre d'ateliers tels que ceux réalisés pour notre travail. En cabinet, elle peut aussi s'avérer être un outil riche dans la rééducation. En relation duelle avec le thérapeute, elle peut permettre de réactiver ou faciliter la communication mais ce, au détriment de l'action sociale. En individuel, la marionnette introduit un tiers. Avec une marionnette, l'Autre existe. C'est un auxiliaire précieux pour

nouer ou renouer des liens de socialisation. En groupe (la présence d'une orthophoniste et deux patients suffit à former un groupe), non seulement elle constitue, comme nous l'avons constaté en atelier, un véritable support d'expression, mais, bien plus encore, elle mène à la réhabilitation sociale de par l'aspect socialisant du groupe. Enfin, dans les deux cas, elle travaille à la réhabilitation des sentiments et à leurs expressions dans le langage verbal et non-verbal.

Si l'animation que nous avons proposée a pour objectif, entre autres, d'apporter du plaisir, elle a aussi des effets thérapeutiques incontestables. Mais il ne faut pas confondre objectifs et effets. Si l'animation a des objectifs thérapeutiques, on risque de n'envoyer aux activités les personnes que sur indication. Peut-être exclura-t-on des activités d'animation toutes les personnes pour lesquelles on pense qu'il n'y a plus rien à faire (les personnes démentes par exemple).

Rappelons que par le nom de démences, on entend « une détérioration globale, progressive et irréversible des fonctions intellectuelles; il s'agit donc par définition d'un processus chronique et incurable. De plus, les démences reposent en principe sur un substratum lésionnel ». Cette définition que signalait en 1978 le Pr Brion [Jean Maisondieu, 25] n'est pas la seule qui existe mais elle est encore exemplaire de toutes les autres.

Mettre l'incurabilité comme critère de définition ne peut avoir que des conséquences désastreuses. Cet a priori interdit la moindre action thérapeutique sérieuse et favorise insidieusement des attitudes antithérapeutiques. Il rend définitivement incurable une affection qui n'est sans doute pas spontanément réversible, en proscrivant une écoute appropriée. Ce diagnostic condamne. Message paradoxal qui dit: « soignez les déments, ce sont des malades, mais ne les guérissez pas, ce sont des incurables ».

Il reste aujourd'hui impossible de savoir si ce que nous appelons démence a des racines biologiques profondes, relève de difficultés psychiques ou s'inscrit dans le cadre de troubles de la communication. Il est probable que ces trois sortes de facteurs interviennent en interagissant les uns par rapport aux autres pour aboutir aux tableaux cliniques classiques. De ce fait, les traitements à envisager doivent l'être dans les trois registres sans en privilégier un plus que les autres. Il faut savoir s'occuper de l'hygiène générale du corps du dément, améliorer le fonctionnement de ses organes usés par l'âge, se servir de médicaments avec discernement, oser des approches psychothérapeutiques en les aménageant en fonction des handicaps et tenir compte de la souffrance des familles.

A cet égard, la place de plus en plus grande faite à la maladie d'Alzheimer au sein des démences doit être considérée avec attention. A ce titre, alors que notre expérience s'est réalisée auprès de personnes âgées institutionnalisées présentant des troubles de la communication, un nouveau travail de recherche est poursuivi auprès de patients malades Alzheimer. Pour notre part, l'attitude participante des patients de notre groupe expérimental ainsi que les bénéfices incontestables retirés sur le plan communicatif et relationnel laisse présager qu'une nouvelle expérimentation ciblée sur une pathologie précise pourrait donner des résultats probants, tout en gardant en mémoire que la marionnette n'est pas

une panacée mais un médiateur thérapeutique de qualité.

Récemment, le film *Le complexe du castor*, Sélection officielle du festival de Cannes, réalisé par Jodie Foster aborde le sujet de la marionnette comme objet médiateur thérapeutique. Il vient au secours de Walter, cet homme déprimé pour qui aucun médicament ni psychothérapie ne semble efficace. Une fois le castor enfilé sur son bras, à elle de clamer haut et fort: "Je suis le seul (le castor) à savoir ce qui se passe dans ta tête". Walter l'adopte au point de dormir avec, courir avec, se doucher avec, repasser avec... ce qui choque son entourage qui dira à ce sujet: " T'es devenu complètement cinglé, tu te promènes avec un hamster qui parle" ou "Je te laisse y aller avec ta peluche". Là encore, on constate combien la marionnette, dès qu'elle est employée par des adultes en dehors du champ scénique, peut être source de moqueries et d'incompréhension. Dans la salle de cinéma, on pouvait entendre des bavardages dont ressortaient ces mots si éloquents "Il va finir à l'asile". Mais au malade lui-même de répondre: "C'est toi qui parle d'une marionnette, nous, nous l'appelons un miracle".

Aussi, prise dans une stratégie discursive, la marionnette en tant qu'outil thérapeutique orthophonique chez la personne âgée se trouve à l'intersection de différents discours. Ils procèdent tous de cette même question et lui apportent des éléments de réponse positive: peut-on, sinon guérir, du moins mieux vivre en prenant appui sur la marionnette?

BIBLIOGRAPHIE

◆ Ouvrages

1. AMYOT J-J, *Travailler auprès des personnes âgées*, Série "Formation travail social", Editions Dunod, 1994, 172 p.
2. ARMANGAUD F. *La pragmatique*. Paris, Editions Presses universitaires de France 1985, collection Que sais-je? 127 p.
3. BADEY-RODRIGUEZ C., *Les personnes âgées en institution, pour une dynamique de changement – Vie ou survie*, Editions Seli Arslan, 1997, 192 p.
4. BARBIER D., *La dépression*, Editions Odile Jacob, 2003, 225 p.
5. BEAULIEU M-B, *La personne âgée*, Masson, 1996, 134 p.
6. BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E. Et MASY V., *Dictionnaire d'orthophonie*, Orthoéditions, 2004, 298 p.
7. BOUCHET J-Y, PLAS François, FRANCO Alain, *Rééducation en gériatrie*, Masson, 1995, 151 p.
8. BROUILLET D., SYSSAU A. *La maladie d'Alzheimer*, Presses unitaires de France 1997, collection Que sais-je? 127 p.
9. CHRISTEN-GUEISSAZ E., *Le bien-être de la personne âgée en institution - Un défi quotidien*, Editions Seli Arslan, 2008, 218 p.
10. CROISILE B., *Larousse Guides Santé Alzheimer et maladies apparentées*, sept. 2007, 191 p.
11. CRÔNE P., *L'animation des personnes âgées en institution*, Masson, 2004, 119 p.
12. DESFONTAINES B., *Les démences*, Med-Line Editions, 2004, 223 p.
13. DEONNA J. et TERONI F., *Qu'est-ce qu'une émotion?*, Seuil 1997, 126 p.

14. DUFLOT C. *Des marionnettes pour le dire*, Entre jeu et thérapie. Marseille, Editions Hommes et perspectives 1992, 217 p.
15. EUSTACHE F. et AGNIEL A., *Neuropsychologie clinique des démences: évaluations et prises en charge*, Editions Solal 1995, 342 pages
16. FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE, *Le vieillissement cérébral normal et pathologique*, Maloine S.A. Editeur, 1987, 272 p.
17. FORETTE F., EVEILLARD A., *Mieux vivre avec la maladie d'Alzheimer*, Editions Hachette, 2005, 128 p.
18. FOURNEL P. *Les marionnettes*. Paris, Bordas 1995, 159 p.
19. GAUCHOTTE P. *Le pragmatisme*. Paris Editions Presses universitaires de France 1992, collection Que sais-je? 127 p.
20. HELSON C., *Accompagner le grand âge - Psycho-gérontologie pratique*, Editions Dunod, 2008, 218 p.
21. HETU J-L, *La relation d'aide*, Gaëtan Morin Editeur, 1994, 194 p.
22. ISINGRINI M. et FONTAINE R., *Vieillesse normale et maladie d'Alzheimer*, Presses universitaires de Grenoble, 1997, 404 p.
23. KLEIN J.P. *L'art-thérapie*, Paris, Editions Presses Universitaires de France 1997, collection Que sais-je? 127 p.
24. KLEIN-DALLANT C., *Dysphonie et rééducation vocale de l'adulte*, Editions Solal, 2001, 356 pages
25. KREMER J-M., LEDERLE E., *L'orthophonie en France*, Que sais-je?, 1991, 127 p.
26. LACROIX M., *Le culte de l'émotion*, Flammarion, 2001, 186 p.
27. MAISONDIEU J., *Le crépuscule de la raison*, Bayard Editions, 1989, 246 p.

28. MAURER K. et U., *Alzheimer, Vie d'un médecin, Histoire d'une maladie*, Editions Michalon, 1999, 319 p.
29. MEIER-RUGE W., *Le malade âgé en pratique médicale*, Editions Karger, 1988, 255 p.
30. MOESCHLER J., *Théorie pragmatique et pragmatique conversationnelle*. Paris, Editions Armand Colin/Masson 1996, 254 p.
31. PEYRONNET M., *Prévenir Alzheimer*, Editions Alpen, 2008, 127 p.
32. PEYRONNET M., DERVAUX J-L., *La maladie d'Alzheimer, Prévention et traitements naturels*, Editions Dangles, 2004, 151p.
33. PLOTON L., *La personne âgée – son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Chronique sociale, 1998, 250 p.
34. POLLAK P., *La maladie de Parkinson*, Editions Odile Jacob, 2000, 176 p.
35. REMOND-BESUCHET C., *Bilan de langage de l'adulte âgé*, Montpellier, OrthoEdition 1987, 111 p.
36. ROUSSEAU T., *Communication et maladie d'Alzheimer, Evaluation et prise en charge*, OrthoEdition, 1995, 160 p.
37. SCHAPIRA T., *Comprendre le parkinson*, Les publications Modus Vivendi Inc., 2008, 140 p.
38. VERCAUTEREN R. et HERVY B., *L'animation dans les établissements pour personnes âgées - Manuel des pratiques professionnelles*, Editions Erès, 2007, 231 p.

◆ Comptes-rendus

39. « MARIONNETTE ET THERAPIE », *Les marionnettes et les âges de la vie*, Compte rendu du VIIIème colloque international, dans le cadre du XIIème festival mondial des Théâtres de marionnettes, Paris 1998 Association Marionnette et Thérapie, 144 p.
40. GIBOWSKY C., *Atelier mémoire et autres stimulations cognitives*, 2009, 37 p.

41. GIBOWSKI C., *Ateliers thérapeutiques, Sociothérapie*, 2010, 37 p.

◆ Mémoires

42. ALBERTI A-C. « *La voix et l'expression des émotions* » Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nice Sophia Antipolis, Ecole d'orthophonie, 2004, 184 p.

43. CAILLOT N. « *La marionnette en rééducation* » Avril 2009, 48 p.

44. LAFORGE L. « *La marionnette dans la prise en charge orthophonique* » Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nice Sophia Antipolis, Ecole d'orthophonie, 2009, 255 p.

45. MONNET-MOTIN B., " *Etude comparative des troubles du fonctionnement cognitif dans les démences de type Alzheimer et dans les démences vasculaires*", Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nice Sophia Antipolis, Ecole d'orthophonie, 1993, 227 p.

46. POUILLY Y. « *La voix, l'expression et la perception des émotions chez l'enfant* » Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Nice Sophia Antipolis, Ecole d'orthophonie, 2009, 120 p.

47. SCHOHN R., " *La marionnette, du théâtre à la thérapie*", Mémoire de psychiatrie, 1979, 73 p.

48. VANCRAEYENEST P. " *Un atelier sociothérapeutique: l'utilisation de marionnettes dans un service de psychiatrie "adultes" au centre hospitalier spécialisé de Belair*", Mémoire pour le certificat d'études spécialisées de psychiatrie soutenu le 11 juin 1982, Université de Reims U.E.R. de Médecine, 1983, 137 p.

49. VIENNOT M. "A propos d'une analyse objective de la voix de 40 sujets présentant des troubles musculo-squelettiques", Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste , UHP Nancy, <http://www.memoireonline.com/05/11/4535m>

◆ Prospectus

50. DELABROUSSE-MAYOUX J-P *Le carnet de l'aidant, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, vos questions-nos réponses paru en 2010, 15 p.*

◆ Articles

51. COLINON M.C., *Alzheimer, il n'y a pas que les médicaments*, paru dans version Fémina, semaine du 30 août au 5 septembre 2010, 2 p.

52. GUDINO A.L. *Marionnettes et Alzheimer*. sous la direction du Pr France Schott-Billmann, paru dans le communiqué « Marionnettes et Thérapie » dans le cadre du XVIème festival des théâtres de marionnettes, XIIème colloque international le 26/08/09 à la Chambre de commerce de Charleville-Mézières (08), 7 p.

53. LE MALEFAN P. *La marionnette, objet de vision, support de regard; objet ludique, support psychothérapique*, paru dans Cliniques méditerranéennes, 2004/2, n°70

54. MICHEL B-F et GUEROT C. *La maladie d'Alzheimer*, paru dans Médical 13 n°44 janvier-février 2001

55. ROUSSEAU T. Chap.15 *Evaluation pragmatique des troubles de la communication dans la maladie d'Alzheimer*, extrait des annales d'un congrès sur la pragmatique, Bordeaux 2009, 11 pages

56. ZAYED E., *L'art-thérapie*, Septembre 2005, 2 pages

◆ Vidéos

57. Des mots d'amour - TV5, 20 septembre 2010, film réalisé par Thomas Bourguignon

58. La maladie d'Alzheimer, un film de M. Jouhaud-castro et des Pr. Poncet et Signoret, Institut IPSEN

59. Le complexe du castor, juin 2011, film réalisé par Jodie Foster

60. Maladie d'Alzheimer, état des lieux et espoirs, Marc Dhenain, direction des sciences du vivant, 42. CEA, Fontenay aux roses, novembre 2008

61. Reportage Maladie d'Alzheimer 9 décembre 2009, journal de 20h, France 2

62. Unités de soins Alzheimer et la vie simplement, un film de Anne Jochum et Mamar Benranou, production Association cham'age, 2002

63. Zone Interdite 10 janvier 2010, document de Clarisse Verrier pour Store bock Presse

64. Zone Interdite 10 janvier 2010, interview du Docteur Marie-Anne Mackowiak, neurologue à Lille, Centre Hospitalier Roger Salengro

◆ Sites Internet

65. www.a6.idata.over-blog.com
66. www.alzheimer-conseil.fr
67. www.bdfugueannecy.blogspot.com
68. www.blog-dominique.autie.intexte.net
69. www.cairn.info
70. www.cea.fr
71. www.cg08.fr
72. www.cmrr-nice.fr
73. www.culture.blog.pelerin.info
74. www.doctissimo.fr
75. www.francealzheimer.org
76. www.festivals-ra.com
77. www.federation-adessa.org
78. www.festival-marionnette.com
79. www.fr.wikipedia.org
80. www.igm-formation.net
81. www.isoterra.com
82. www.marionnettes-evrard.fr
83. www.marionnettetherapie.free.fr
84. www.mutualite.fr
85. www.praat.org
86. www.reportagesphotos.fr
87. www.tilz.tearfund.org
88. www.una.fr

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Image 1: photographie d'une carte postale Lyon, Guignol et Gnafon (sculpteur G. Pavaly)

Image 2: marionnettes fabriquées en atelier par le groupe expérimental

Image 3: photographie de la maison bleue de Kautekeino, de J-B Laurechet, www.isoterra.com

Image 4: photographie de Joseph, premier rôle du spectacle 1, A. Osta

Image 5: photographie d'une marionnette du spectacle "Les vieux" de Thierry Evrard, www.marionnettes-evrard.fr

Image 6: photographie de l'atelier de fabrication des marionnettes par des adultes, de T. Evrard, www.marionnettes-evrard.fr

Image 7: photographie de la Maladie d'Alzheimer, par J-L Adde, www.reportagesphotos.fr

Image 8: schéma récapitulatif de la démence, B.Croisile., *Larousse Guides Santé Alzheimer et maladies apparentées*

Image 9: courbe récapitulative de la fréquences des démences, fonction de l'âge et du sexe, B.Croisile., *Larousse Guides Santé Alzheimer et maladies apparentées*

Image 10: répartition des troubles en fonction des lobes, H. Amoroso *Vous avez dit Alzheimer?*

Image 11: patron d'une marionnette à gaine, www.tilz.tearfund.org

Image 12: photographies des marionnettes du spectacle 1

ANNEXES

Annexe 1: Abréviations

Annexe 2: Questionnaire de recensement des centres d'intérêt des résidents, projet de vie individuel, déroulement de la journée et agenda

Annexe 3: Tableau récapitulatif et diagramme de fréquentation des ateliers de la maison de retraite, groupe expérimental/groupe de référence

Annexe 4: Cotations des patients aux bilans 1 et 2

Annexe 5: Tableau des pourcentages de réussite aux épreuves du bilan 1 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 6: Tableau des pourcentages de réussite aux épreuves du bilan 2 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 7: Extrait du spectacle 2

Annexe 8: Exemple de réalisation de la reconstruction d'une marionnette en atelier

Annexe 9: Photographies des marionnettes réalisées en atelier avec leur fiche d'identité

Annexe 10: Photographies du décor évoqué en atelier

Annexe 11: Comparaison des résultats individuels, par épreuves, d'une année à l'autre

Annexe 12: Tableaux comparatifs de l'interview 1 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 13: Tableaux comparatifs de l'interview 2 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 14: Résultats obtenus après analyse informatique pour madame S.

Annexe 15: Résultats obtenus après analyse informatique pour madame B.

Annexe 16: Comparaison des résultats des bilans 1 et 2 pour le groupe expérimental/ de référence

Annexe 17: Pourcentages de réussite aux questions des interviews 1-2 pour le groupe expérimental/ de référence/ les deux groupes réunis

Annexe 18: Etude comparative des habiletés pragmatiques sur un an

Annexe 19: Mise en exergue des habiletés pragmatiques réapparues

ANNEXE 1

ABREVIATIONS UTILISEES

Dans l'ordre alphabétique:

AVC: Accident Vasculaire Cérébral

BEM: Batterie d'Efficiencé Mnésique

CHS: Centre Hospitalier Spécialisé

DMI: Démence par Infarctus Multiple

DO 80: Epreuve de Dénomination Orale d'images

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DTS: Désorientation Temporo-Spatiale

GDS: Geriatric Depression Scales

GEPALM: Groupe d'Etude de la Psycho-Pathologie des Activités Logico-Mathématiques

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

ind (cf partie concernant praat): indéterminé

IUFM: Institut Universitaire de Formation des Maîtres

L-DOPA: ou levodopa, dénomination pharmacologique internationale

LSD: Lysergesärvrediethylamid, abréviation du mot allemand

MA: Maladie d'Alzheimer

MCI: Mild Cognitive Impairment

MMS: Minimal Mental Score

MSG: Membre Supérieur Gaucher

NINCDS-ADRDA: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association

PAQUID: Personnes Agées QUID (étude de la perte d'autonomie fonctionnelle)

PEGV: Protocole d'Evaluation des Gnosies Visuelles

PSMS: Physical Self-Maintenance Scale

TED: Trouble Envahissant du Développement

TDM: Tomodensitométrie

TMT: Trail Making Test

UNIMA: Union Internationale des Marionnettistes

WAIS-R: Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised for

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE DE RECENSEMENT DES CENTRES D'INTERET DES RESIDENTS

A leur entrée dans la structure d'accueil

Nom : _____ Prénom : _____

Date naissance : _____ Lieu naissance _____ Dpt _____

Marié Célibataire Veuf (depuis _____) Enfants : _____

Chambre :

Date entrée dans la
résidence : .../.../...

Date de réalisation de
la fiche : .../.../...

Visites : régulière de _____
Parfois de _____
Rare de _____

Profession(s) antérieurement exercée(s) _____

Habitat antérieur : ville village bord de mer campagne montagne maison appartement

Activités pratiquées au cours de la vie active

(++ = a déjà pratiqué ; +- = n'a jamais pratiqué mais est intéressé ; -- = n'est pas du tout intéressé)

Activités	Cotation (++, +, --)	Activités	Cotation (++, +, --)	Activités	Cotation (++, +, --)
CULTURELLES		ACTIVITES LUDIQUES		ACTIVITES SOCIALES	
Cinéma		Jeu de dames		Lèche-vitrine	
Théâtre		Jeu d'échec		Pratique religieuse	
Danse, cirque		Petits chevaux, de l'oie		Voyages, excursions	
Concert		7 familles			
Conférences		De dés			
Lecture journaux		De cartes			
Lecture revues		De tarot			
Lecture romans		De rami			
Lecture biographies		Bataille			
Lecture policiers		Bellotte			
Autres :		loto			
Télévision : (Quoi ?)		Autres :		Auparavant, vous occupiez-vous d'ANIMAUX?	
Radio : (Quoi)				Chiens :	
Disques : (Quoi ?)				Chats :	
ACTIVITES ARTISTIQUES		OU		MANUELLES	
Peinture (quoi)		Cuisine		Oiseaux	
Ecriture (quoi)		Perles		Poissons	
Photographie, Video		Couture		Basse-cour	
Poterie		Tricot		Ferme	
Art floral		Crochet		Autres :	
Tissage, vannerie		Peinture sur soie			
Ebenisterie		Maquette			
Sculpture, fer forgé		Mécanique			
Chant, chorale		Electronique			
Musique, pratique instrument :		Broderie			
Collection (quoi) :		Canevas			
		Autres :			
ACTIVITES SPORTIVES		Autonomie	F CD	OBJECTIFS Personnel (action spécifique pour le résident) Collectif (participation à un groupe)	
Jardinage		ME MV MC			
Marche		D TH HM			
Pétanque		C CS			
Pêche, Chasse					
Cueillette					
Autres :					

F = Fauteuil / CD = Cannes/Deambulateur / ME = Mal entendant / MV = Mal voyant / MC = Mal communicant / D = Désorienté / TH = Troubles de l'humeur
HM = Difficultés habileté manuelle / C = Chambre (incapacité) / CS = Chambre (choix)

PROJET DE VIE INDIVIDUEL Révision n° _____

PHOTO	Titre : _____ Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Date d'entrée : _____ Date et lieu de naissance : _____ Situation familiale : _____ Chambre / étage : _____	RISQUES à prévoir pour sorties : ☐ Fugue ☐ Chute ☐ Fausse route ☐ Diabète ☐ Fumeur ☐ Allergies ☐ Addiction
	Généalogie : _____ Personnes proches référentes : _____	
Profession(s) exercée(s) : _____		Langues parlées : _____

☐ Passions : _____	☐ Apprécie la compagnie des autres ☐ Ressent le besoin de s'isoler
--	---

MA PERSONNALITE / MON COMPORTEMENT / MES PEURS / MES PLAISIRS	
_____ _____ _____	
CROYANCES et PRATIQUE RELIGIEUSE :	MES PROCHES SONT DISPONIBLES POUR :
_____	_____
REPAS : GOÛTS, AVERSIONS	
<u>Ce que j'aime</u>	<u>Ce que je n'aime pas</u>
_____	_____
DE MANIERE GENERALE	
<u>Ce que j'aime</u>	<u>Ce que je n'aime pas</u>
_____	_____

RECOMMANDATIONS POUR LE PROJET DE VIE :
_____ _____ _____

PVI	élaboré le _____	présenté au résident / à sa famille Le _____
Par (Equipe : nom et fonction)	_____	_____

+/- 30 minutes suivant les aléas du service	Déroulement de la journée (à adapter en fonction des RDV personnels et médicaux)	
	Actions :	Aides nécessaires :

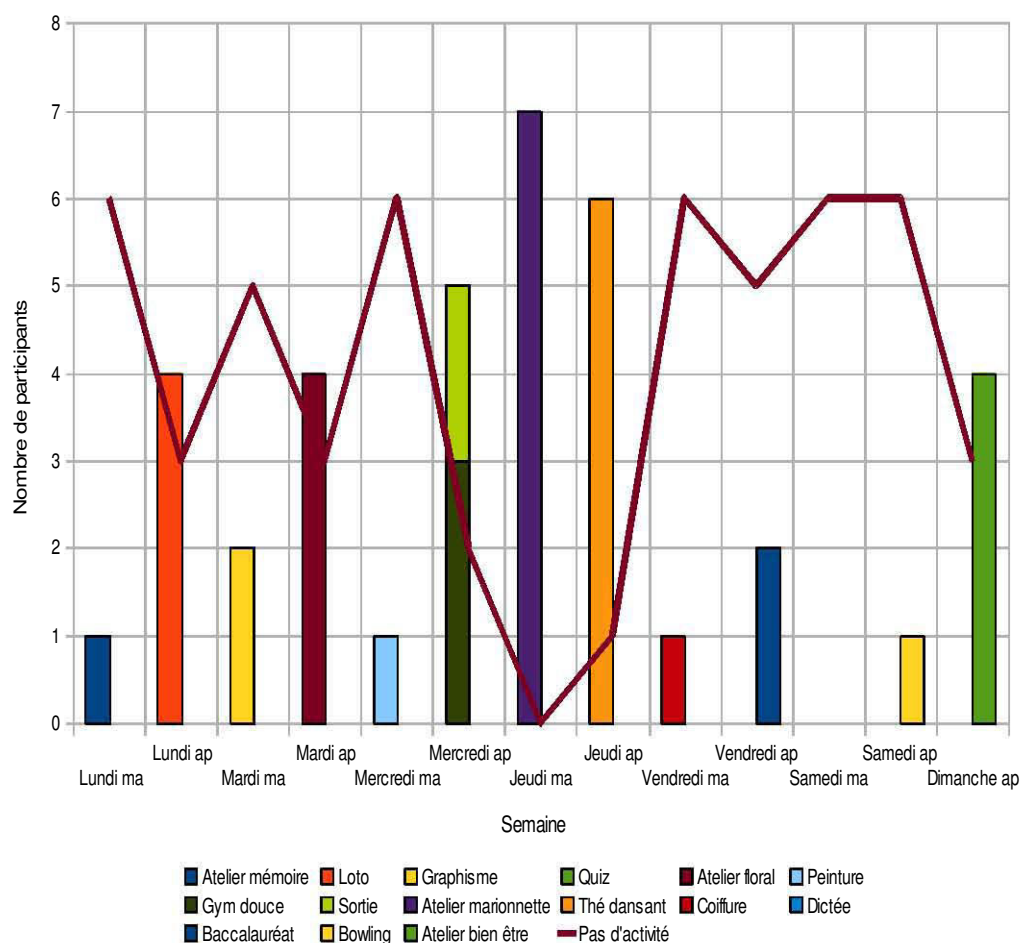
Inclure les besoins d'aide, la présentation (esthétique), les habitudes, le rythme de vie...

MON AGENDA :							
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Midi							
Après-midi							
☐ Me le rappeler ☐ M'y conduire							
MES ACTIVITES PONCTUELLES :							

ANNEXE 3

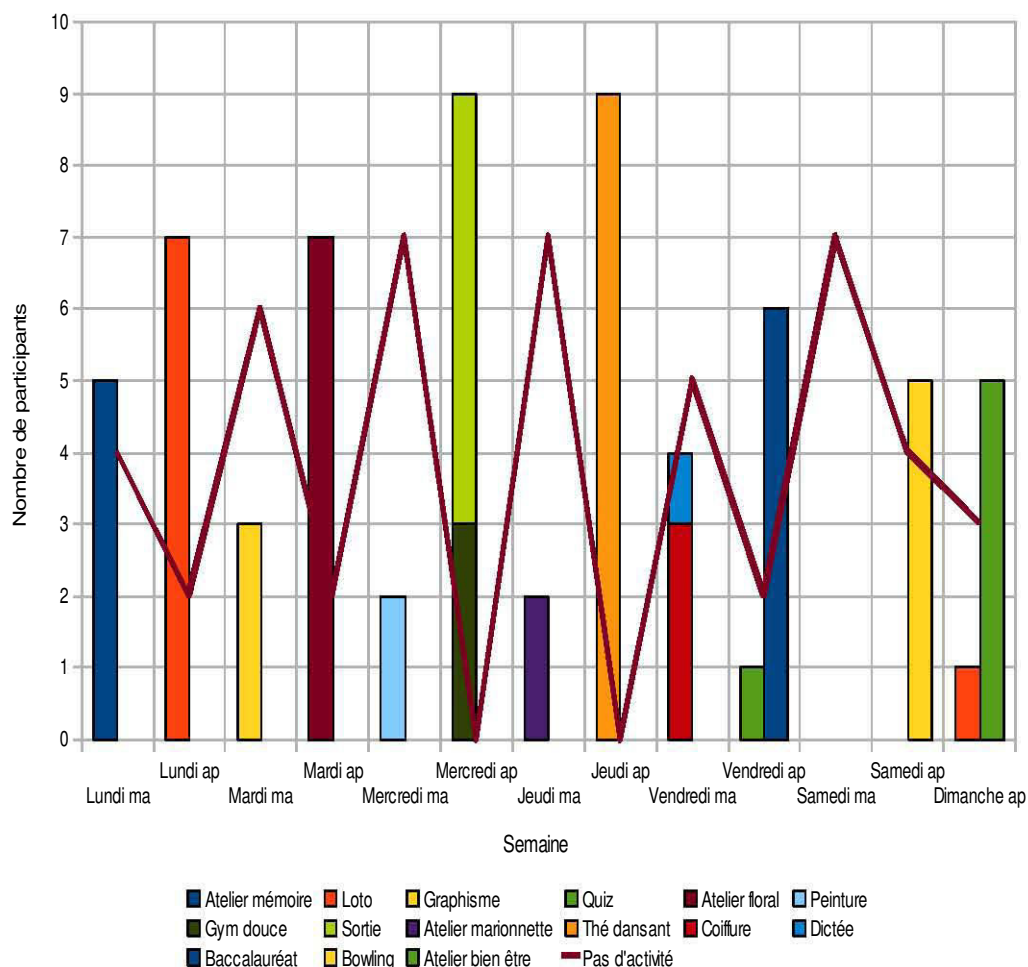
	Lundi ma	Lundi ap	Mardi ma	Mardi ap	Mercredi ma	Mercredi ap	Jeudi ma	Jeudi ap	Vendredi ma	Vendredi ap	Samedi ma	Samedi ap	Dimanche ap
Atelier mémoire	1												
Loto		4											
Graphisme			2										
Quiz													
Atelier floral				4									
Peinture					1								
Gym douce						3							
Sortie						2							
Atelier marionnette							7						
Thé dansant								6					
Coiffure									1				
Dictée													
Baccalauréat										2			
Diffusion d'un film											1		
Bowling												1	
Atelier bien être													4
Pas d'activité	6	3	5	3	6	2	0	1	6	5	6	6	3

Activités
Groupe expérimental



	Lundi ma	Lundi ap	Mardi ma	Mardi ap	Mercredi ma	Mercredi ap	Jeudi ma	Jeudi ap	Vendredi ma	Vendredi ap	Samedi ma	Samedi ap	Dimanche ap
Atelier mémoire	5												
Loto		7											1
Graphisme			3										
Quiz										1			
Atelier floral				7									
Peinture					2								
Gym douce						3							
Sortie						6							
Atelier marionnette							2						
Thé dansant								9					
Coiffure									3				
Dictée									1				
Baccalauréat										6			
Diffusion d'un film											2		
Bowling												5	
Atelier bien être													5
Pas d'activité	4	2	6	2	7	0	7	0	5	2	7	4	3

Activités groupe de référence



ANNEXE 4

Résultats des cotations aux bilans 1 et 2

Groupe expérimental

Madame Y.

EPREUVES VERBALES ORIENTATION:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 2/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 6/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 2/6	Cotation 2 : 2/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
DEFINITION:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 4/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 1/6	Cotation 2 : 2/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 1/6	Cotation 2 : 2/6
EPREUVES OPERATOIRES CLASSIFICATION:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
SERIATION:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 3/6
REPRODUCTION D'UN CUBE:	Cotation 1 : 2/6	Cotation 2 : 2/6
CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 3/6

Madame B.

EPREUVES VERBALES ORIENTATION:	Cotation 1 : 2/6	Cotation 2 : 2/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 4/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
DEFINITION:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 4/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 2/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 1/6	Cotation 2 : 1/6
EPREUVES OPERATOIRES CLASSIFICATION:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
SERIATION:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 5/6
REPRODUCTION D'UN CUBE:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 1/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 3/6

Madame D.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 2/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 6/6

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 2/6

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 6/6

DEFINITION: Cotation 1 : 5/6

PROVERBES: Cotation 1 : 3/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES :Cotation 1 : 3/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : 4/6

SERIATION: Cotation 1 : 6/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 5/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 3/6

Madame E.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 1 : 1/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 2/6 Cotation 1 : 1/6

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : pas cotable Cotation 2: pas cotable

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 2/6

DEFINITION: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2: 1/6

PROVERBES: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2: 1/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

SERIATION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 2/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE :Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

Madame T.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : X

le bilan n'est pas réalisable en raison du ralentissement général de la patiente et de sa surdité très prononcée

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2: X

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : X

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : X

DEFINITION: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2: X

PROVERBES: Cotation 1 : X Cotation 2 : X

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : X Cotation 2 : X

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : X Cotation 2 : X

SERIATION: Cotation 1 : X Cotation 2 : X

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : X Cotation 2 : X

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE :Cotation 1 : X Cotation 2 : X

Monsieur J.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : X

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 1/6

DEFINITION: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

PROVERBES: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 1/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1: 3/6 Cotation 2 : 1/6

SERIATION: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 1/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 1/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 1/6

Monsieur C.

EPREUVES VERBALES	
ORIENTATION:	Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 1/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 2/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 1/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6
DEFINITION:	Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 3/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 1/6
EPREUVES OPERATOIRES	
CLASSIFICATION:	Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 2/6
SERIATION:	Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 1/6
REPRODUCTION D'UN CUBE:	Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 2/6
CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE:	Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 2/6

Groupe de référence

Madame S.

EPREUVES VERBALES	
ORIENTATION:	Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 5/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6
DEFINITION:	Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 6/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 1/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 6/6
EPREUVES OPERATOIRES	
CLASSIFICATION:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6
SERIATION:	Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

Madame R.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 2/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

EVOCATION LEXICALE Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 2/6

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

DEFINITION: Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 6/6

PROVERBES: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 3/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 3/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

SERIATION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 2/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 3/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

Madame P.

EPREUVES VERBALES

ORIENTATION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 6/6 (10 mots)

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : pas cotable

DEFINITION: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 4/6

PROVERBES: Cotation 1 : 1/6 Cotation 2 : 1/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

SERIATION:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
REPRODUCTION D'UN CUBE:	Cotation 1 : 2/6	Cotation 2 : pas cotable
CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE:	Cotation 1 : 3/6	Cotation 2 : 6/6

Madame H.

EPREUVES VERBALES ORIENTATION:	Cotation 1 : 1/6	Cotation 2 : 1/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 3/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : X	Cotation 2 : X
DEFINITION:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 5/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 3/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 6/6
EPREUVES OPERATOIRES CLASSIFICATION:	Cotation 1 : X	Cotation 2 : X
SERIATION:	Cotation 1 : X	Cotation 2 : X
REPRODUCTION D'UN CUBE:	Cotation 1 : X	Cotation 2 : X
CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE:	Cotation 1 : X	Cotation 2 : X

Madame M.

EPREUVES VERBALES ORIENTATION:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 2/6
AUTOMATISMES:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
EVOCATION LEXICALE:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 6/6
ASSOCIATION NOM-COULEUR:	Cotation 1 : 5/6	Cotation 2 : 5/6
DEFINITION:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6
PROVERBES:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 3/6
CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES:	Cotation 1 : 4/6	Cotation 2 : 6/6
EPREUVES OPERATOIRES CLASSIFICATION:	Cotation 1 : 6/6	Cotation 2 : 6/6

SERIATION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 3/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 3/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 6/6

Madame L.

EPREUVES VERBALES
ORIENTATION: Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 1/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 2/6

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 6/6

DEFINITION: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 5/6

PROVERBES: Cotation 1 : 2/6 Cotation 2 : 3/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 4/6

EPREUVES OPERATOIRES
CLASSIFICATION: Cotation 1 : 4/6 Cotation 2 : 6/6

SERIATION: Cotation 1 : 5/6 Cotation 2 : 6/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 3/6 Cotation 2 : 3/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 6/6 Cotation 2 : 2/6

Monsieur G

EPREUVES VERBALES
ORIENTATION: Cotation 1 : 6/6

AUTOMATISMES: Cotation 1 : 6/6

EVOCATION LEXICALE: Cotation 1 : 6/6

ASSOCIATION NOM-COULEUR: Cotation 1 : 6/6

DEFINITION: Cotation 1 : 6/6

PROVERBES: Cotation 1 : 5/6

CRIT. D'HISTOIRES ABSURDES: Cotation 1 : 6/6

EPREUVES OPERATOIRES

CLASSIFICATION: Cotation 1 : 6/6

SERIATION: Cotation 1 : 6/6

REPRODUCTION D'UN CUBE: Cotation 1 : 6/6

CONSERVATION HORIZ. LIQUIDE: Cotation 1 : 6/6

ANNEXE 5

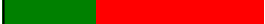
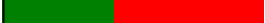
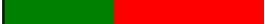
Tableau bilan 1 (mars 2010) groupe expérimental

Épreuves	Groupe expérimental(7)					réussite	réussite	moy
						échec	en %	
Voix	sonore	faible						57,1%
	5	2					71,4%	
Articulation	clair,lent,préc	diff non dysar	claire ,tachy	dysarthrie par				
	3	2	1	1			42,9%	
Intelligibilité	bonne	réduite	très diff					
	5	1	1				71,4%	
Lecture	bonne	impossible						
	5	2					71,4%	
Graphisme	bon	possible diff	agraphie					
	3	2	2				42,9%	
Comportement	coopérant	instable						
	6	1					85,7%	
Humeur	normale	labile	dépressive					
	5	1	1				71,4%	
Attention	soutenue	réduite						
	3	4					42,9%	
Compréhension	immédiate	différée						
	3	4					42,9%	
Expression	abondante	pauvre						
	2	5					28,6%	
Epreuves verbales								
orientation	pas de rép	rép erronée	rép inégale					32,7%
	3	3	1				0,0%	
Automatismes	rép positive	rép nulle	rép quasi inex	refus				
	3	2	1	1			42,9%	
Évocation lexicale	rép pauvre	rép positive	rép nulle					
	4	1	1				14,3%	
Association Nom-Couleur	rép juste	rép anarchique						
	3	4					42,9%	
Définitions	6 rép justes	5 rép justes	3 rép justes	échec total	refus			
	3	1	1	1	1		71,4%	
Proverbes	2 rép	échec total	refus					
	1	4	2				14,3%	
Critiques d'hist absurdes	3 rép justes	1 rép juste	échec total	refus				
	1	2	3	1			42,9%	
Épreuves opératoires								
Classification	réussite parf	qq erreurs	erreur mass	refus				37,1%
	3	2	1	1			42,9%	
Sériation	réus totale	réus partiel	échec total	refus				
	1	3	2	1			42,9%	
Graphisme	tremblement	mot ascen	mot penché	mot scindé	lettres esp			
	4	2	1	1	1		28,6%	
Reproduction d'un cube	réussite	½ réussite	réduction du c	refus				
	1	4	1	1			14,3%	
Bout-conserv horiz liquide	réus totale	réus partiel	échec total	refus				
	1	3	2	1			57,1%	

Tableau bilan 1 (mars 2010) groupe de référence

Épreuves	Groupe de référence(7)					réussite	réussite	moy	
						échec	en %		
Voix	sonore							90,0%	
	7						100,0%		
Articulation	claire,préc	claire,lent,prec							
	5	2					71,4%		
Intelligibilité	bonne								
	7						100,0%		
Lecture	bonne	impossible							
	6	1					85,7%		
Graphisme	bon	possible diff	impossible						
	5	1	1				71,4%		
Comportement	coopérant	instable							
	6	1					85,7%		
Humeur	normale	dépressive							
	6	1					85,7%		
Attention	soutenue								
	7						100,0%		
Compréhension	immédiate								
	7						100,0%		
Expression	aisée,fluide								
	7						100,0%		
Épreuves verbales									
orientation	juste,adaptée	rép erronée	rép inégale					75,5%	
	2	2	3				28,6%		
Automatismes	rép positive								
	7						100,0%		
Évocation lexicale	rép positive	rép insuff							
	4	3					57,1%		
Association Nom-Couleur	rép juste	rép anarchique	impossible						
	5	1	1				71,4%		
Définitions	7 rép justes	6 rép justes							
	4	3					100,0%		
Proverbes	4 réponses	3 réponses	2 réponses	échec total					
	2	1	3	1			85,7%		
Critiques d'hist absurdes	4 rép justes	3 rép justes	2 rép justes	1 rép juste					
	2	3	1	1			85,7%		
Épreuves opératoires									
Classification	réussite parf	qq erreurs	impossible						62,9%
	5	1	1				71,4%		
Sérialion	réus totale	réus partiel	impossible						
	5	1	1				71,4%		
Graphisme	tremblement	mot penché	mot scindé	lenteur	lettres esp				
	4	3	2	2	2		71,4%		
Reproduction d'un cube	réussite	½ réussite	impossible						
	2	4	1				28,6%		
Bout-conserv horiz liquide	réus totale	réus partiel	impossible						
	5	1	1				71,4%		

Tableau bilan 1 (mars 2010) groupes réunis

Épreuves	Les 2 groupes (14)			réussite	réussite en %	moy
				échec		
Voix	sonore					73,6%
	12				85,7%	
Articulation	claire, lente					
	5				35,7%	
Intelligibilité	bonne					
	12				85,7%	
Lecture	bonne	impossible				
	11	3			78,6%	
Graphisme	bon	possible mais diff				
	8	3			78,6%	
Comportement	coopérant	instable				
	12	2			85,7%	
Humeur	normale	dépressive				
	11	2			78,6%	
Attention	soutenue					
	10				71,4%	
Compréhension	immédiate					37,8%
	10				71,4%	
Expression	aisée, fluide					
	9				64,3%	
Épreuves verbales						
orientation	rép inégale	rép erronée	pas de rép			
	4	3	5		0,0%	
Automatismes	rép positive					
	10				71,4%	
Évocation lexicale	rép positive					
	5				35,7%	
Association Nom-Couleur	rép juste	rép anarch				
	8	5			57,1%	
Définitions	6 rép justes					
	6				42,9%	
Proverbes	2 réponses	échec total				
	4	5			28,6%	
Critiques d'hist absurdes	3 rép justes	1 rép justes				
	4	3			28,6%	
Épreuves opératoires						52,9%
Classification	réussite parf	quelques erreurs				
	8	3			57,1%	
Sériation	réus totale	réus partiel				
	6	4			42,9%	
Graphisme	tremblement	mot penché	lettres esp			
	8	4	3		100,0%	
Reproduction d'un cube	réussite	1/2 réussite				
	3	8			21,4%	
Bout-conserv horiz liquide	réus totale	réus partiel				
	6	4			42,9%	

ANNEXE 6

Tableau bilan 2 (mars 2011) groupe expérimental

Épreuves	Groupe expérimental(6)				réussite	réussite	moy
					échec	en %	
Voix	sonore	faible					53,3%
	4	2				66,7%	
Articulation	clair, préc	claire, lente	claire, tachy				
	3	2	1			83,3%	
Intelligibilité	bonne	réduite	très diff				
	3	2	1			50,0%	
Lecture	bonne	réduite	impossible				
	3	2	1			50,0%	
Graphisme	possible lisib	possible illisib	agraphie	impossible			
	2	2	1	1		33,3%	
Comportement	coopérant	régressif					
	5	1				83,3%	
Humeur	normale	labile					
	5	1				83,3%	
Attention	soutenu, const	soutenue, fatig	réduite, fatig				
	1	1	4			33,3%	
Compréhension	immédiate	différée					31,4%
	2	4				33,3%	
Expression	juste, fluide	pauvre, approx	pauvre, lente	irrégulière			
	1	1	1	3		16,7%	
Épreuves verbales	groupe réduit à 5						
orientation	erronée	absente					
	2	3				0,0%	
Automatismes	rép positive	rép quasi inex	rép nulle				
	2	2	1			40,0%	
Évocation lexicale	rép pauvre	rép insuff	rép nulle				
	2	1	2			0,0%	
Association Nom-Couleur	rép juste	rép anarchique					
	3	1				60,0%	
Définitions	5 rép justes	4 rép justes	3 rép justes	échec total			
	1	1	2	2		40,0%	
Proverbes	1 rép juste	pas de rép					
	2	3				40,0%	
Critiques d'hist absurdes	3 rép justes	2 rép juste	1 rép juste	échec total			
	1	1	1	2		40,0%	
Épreuves opératoires							28,0%
Classification	réussite parf	erreur mass					
	2	3				40,0%	
Sérialisation	réus totale	réus partiel	échec total				
	1	1	3			40,0%	
Graphisme	tremblement	mot ascen					
	2	3				0,0%	
Reproduction d'un cube	réuss carré	½ réussite	échec total				
	1	1	3			20,0%	
Bout-conserv horiz liquide	réus partiel	réus limitée	échec total				
	2	2	1			40,0%	

Tableau bilan 2 (mars 2011) groupe de référence

Épreuves	Groupe de référence(6)			réussite	réussite	moy
				échec	en %	
Voix	sonore					83,3%
	6				100,0%	
Articulation	claire,lente	diff sans dys	dys artrie para			
	3	2	1		50,0%	
Intelligibilité	bonne					
	6				100,0%	
Lecture	bonne	impossible				
	5	1			83,3%	
Graphisme	bon	impossible				
	4	2			66,7%	
Comportement	coopérant	instable				
	5	1			83,3%	
Humeur	normale	dépressive				
	5	1			83,3%	
Attention	soutenue	sout,fatig				
	5	1			83,3%	
Compréhension	immédiate					
	6				100,0%	
Expression	aisée,fluide	lente,approx				
	5	1			83,3%	
Épreuves verbales						66,7%
orientation	juste,adaptée	inégle	erronée			
	1	2	3		16,7%	
Automatismes	rép positive					
	6				100,0%	
Évocation lexicale	rép positive	rép insuff	rép pauvre			
	3	1	2		50,0%	
Association Nom-Couleur	rép juste	rép anarch	pas cotable			
	2	1	2		100,0%	
Définitions	7 rép justes	6 rép justes	5 rép justes			
	3	2	1		100,0%	
Proverbes	2 réponses	pas de rép				
	4	2			33,3%	
Critiques d'hist absurdes	4 rép justes	2 rép justes				
	4	2			66,7%	
Épreuves opératoires						
Classification	réussite parf	impossible				
	5	1			83,3%	
Sériation	réus totale	réus partiel	impossible			
	3	2	1		83,3%	
Graphisme	tremblement	mot penché	lettres esp			
	1	3	3		100,0%	
Reproduction d'un cube	réussite	½ réussite	impossible			
	1	3	2		66,7%	
Bout-conserv horiz liquide	réus totale	réus partiel	impossible			
	4	1	1		83,3%	

ANNEXE 7

« Le concours de la meilleure soupe »

Par Le « Petit Théâtre des Marionnettes d'AAR » *Association Exprime*

Extrait du spectacle du 16 mars 2011

Le présentateur: Bonjour, Mesdames et Messieurs nous vous remercions d'être venus si nombreux pour assister au concours de la meilleure soupe. J'appelle MMES et MRS les candidats qui vont se présenter eux-mêmes. Soyez la bienvenue, soyez le bienvenu.

Musique chinoise

La chinoise: Bonjour, Niirrrâa, je m'appelle Li You Fu. Je suis chinoise de la vallée de la rivière Ming; je travaille dans un restaurant célèbre qui peut servir 1000 repas par jour aux travailleurs des rizières; je suis spécialiste de la soupe, je vais me préparer.

- Nous vous accueillons avec plaisir!

Entrée du russe sur sa musique

Le russe: Bonjiour la compaignie, Privièt, jje suis Igor Tzarezonavith, de Mioscou ! Jie suis cuisinier à La tiour Nicolias II le bien aimié! Mia spécialité c'est le biortch, niotre piatriotique sioupe. Je vais boire une vodka pour me donner courage!

[...]

Le présentateur: L'intendance le ménage le nettoyage des ustensiles entre chaque candidat sera assuré par notre villageoise Margot POMPOM. Venez ma brave dame que je vous présente!

Margot: Jour la compagnie, je suis Margot POMPOM, j'habite à la fontaine éloignée; je suis venue à pied, doucement en regardant le Luberon! Lubéron, ils disent les parisiens! Ah misère! j'ai cueilli un peu de fenouil en route et aussi quelques brins de farigoule.

Le présentateur: Vous êtes prête à faire le ménage entre les candidats?

Margot: Oui oui, je suis prête, je vais préparer mon balai et mon chiffon? (Elle sort avec le chef)

[...]

L'américain arrive.

L'américain: Chez moi, la sauce nationale c'est le Ketchup. J'en couvre déjà le fond de la marmite; je mets le sel, le poivre; deux grosses cuillères de graisse de bœuf, une petite entrecôte de 350g pour le goût, quatre Feuilles de chou et trois grosses cuillères de beurre de cacahuète. C'est une soupe ça, riche et odorante! Une soupe pour les hommes les vrais! Thank you very much

Margot: Ah la la, pas étonnant qu'ils soit grand et fort! L'américain! Toute cette graisse! Je prends une feuille de chou qui reste mais une minuscule! Sinon ça empest la cuisine! Allez un coup d'éponge sur les éclaboussures de ketchup!

[...]

Le présentateur: Je crois que tous les candidats sont passés, il reste un faitout; vite! je vide mon tablier: carotte, céleri, persil, patates, sel gros, eau, tomate bien mûre, un peu de courge, le navet et la minuscule feuille de chou! Hop, ma soupe pour ce soir cuira avec les autres! Ni vu ni connu! Margot, tu vas te régaler et sans avoir dépensé un seul sou!

Musique fin de concours

Le présentateur: Le concours est terminé; nous allons laisser Maître Bogarbure goûter chacune des soupes pour désigner le ou la gagnante. Et maintenant j'appelle le Grand chef qui sera le seul juge pour désigner le gagnant ou la gagnante de ce concours. Public un peu de patience, le maître goûte et goûte encore

Tic tac

Le grand chef entre à la fin des tic tac.

Le grand chef: Cher Maître, quelle est votre décision? Révélez nous quel est le nom du gagnant ou de la gagnante. (Il lui donne une feuille)

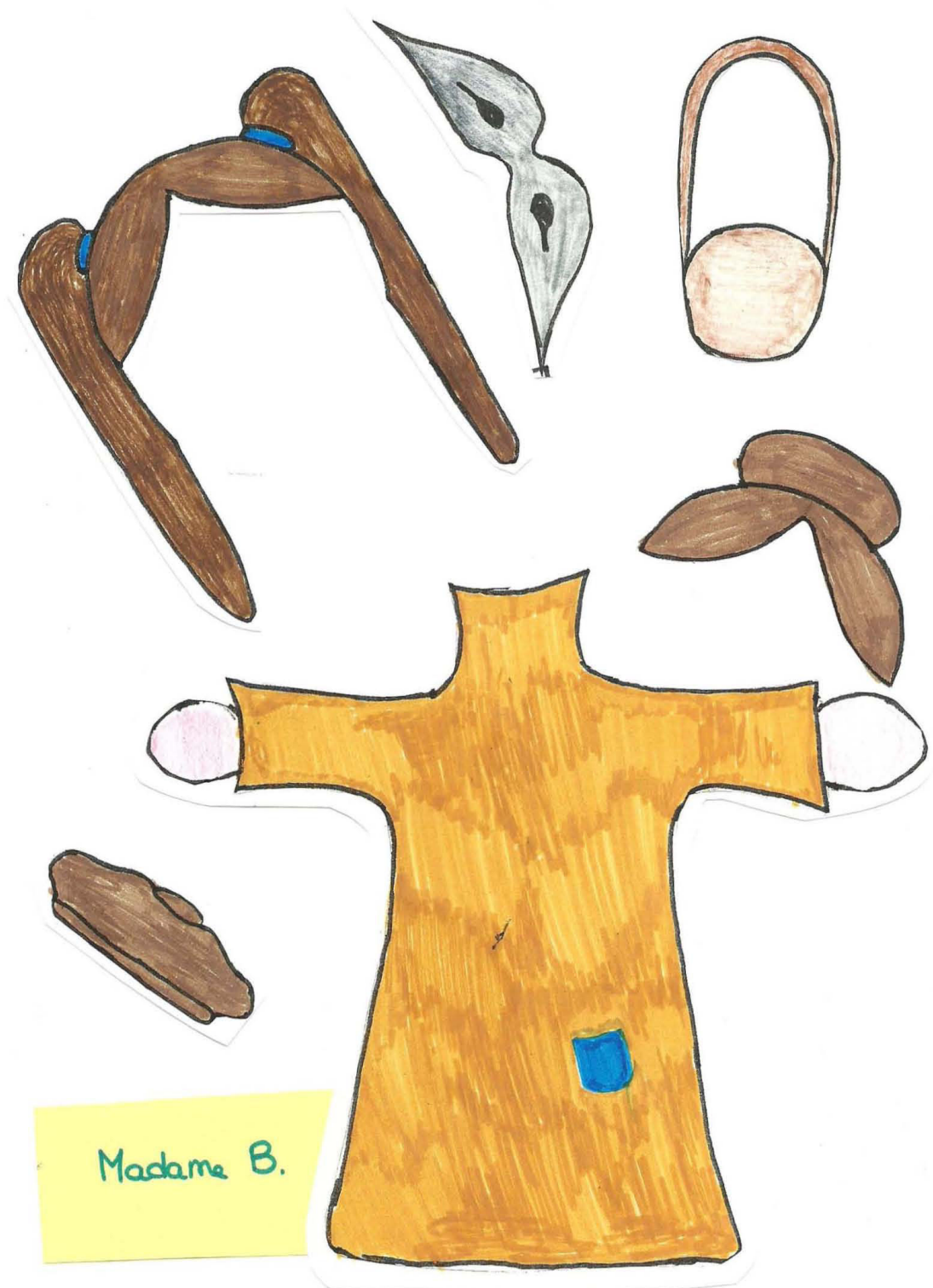
Le maître a désigné une gagnante.

Clairon

Le présentateur: J'appelle la gagnante du concours de la meilleure soupe

MARGOT POMPOM. Applaudissons la gagnante et applaudissons tous les candidats si méritants!

ANNEXE 8



ANNEXE 9



ANNEXE 11

Comparaison des résultats individuels par épreuves, d'une année à l'autre

Épreuves	Groupe expérimental						Groupe de référence					
	Y	B	E	T	J	C	S	R	P	H	M	L
Voix	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Articulation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intelligibilité	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0
Lecture	-1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Graphisme	0	0	1	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0
Comportement	0	0	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0
Humeur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attention	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0	0	-1
Compréhension	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0	0	0
Expression	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0
Épreuves verbales												
Orientation	-1	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	0
Automatismes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Évocation lexicale	0	-1	0	0	0	0	0	-1	0	0	1	-1
Association Nom-Coul	0	0	0	0	-1	0	0	0	/	/	0	0
Définitions	-1	-1	0	-1	0	-1	1	0	-1	0	0	-1
Proverbes	1	1	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	-1
Critiques d'hist absur	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	-1
Épreuves opératoires												
Classification	0	0	0	0	-1	-1	0	0	0	/	0	1
Sériation	0	1	0	0	0	-1	0	-1	0	/	-1	0
Graphisme	0	0	0	/	0	0	0	0	/	/	0	0
Reproduction d'un cube	0	0	0	0	-1	-1	0	0	/	/	0	0
Bout-conserv horiz liqu	0	0	1	0	-1	-1	0	0	1	/	0	0

Notes : 1 amélioration 0 inchangé -1 régression / imposs.instru

ANNEXE 11

Tableaux comparatifs interview post-spectacle mars 2010

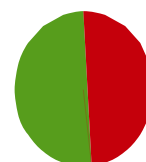
Questions	Spectacle de mars 2010								
	Groupe expérimental : 7								
	oui ou non	non ou mauv	ne sait pas	rép div	Positif	Négatif	Positif	Négatif	
1. Le spectacle vous a plu?	5		2		5	2			
2. A quel moment avez-vous ri ?			3	2	2	5			
3. Quel(s) personnage(s) avez-vous préféré(s) ?			3	4	4	3			
4. Y en a-t-il un que vous n'avez pas du tout aimé ?		5	2		5	2			
5. Avez-vous remarqué les costumes? Qu 'avez-vous vu ?		1		4	4	3			
6. Avez-vous observé le décor ? Qu'avez-vous vu ?	2	1	4		2	5			
7. De quoi parlait l'histoire ?			2	3	3	4			
8. Quel est le personnage qu'on ne voit jamais ?			7		0	7			
9. Vous souvenez vous du nom ou du métier d'un des personnages ?		2	4		0	7			
10. Y a-t-il plusieurs hommes dans cette histoire ?		5		1	0	7			
11. Quel journal lit le personnage principal ?			6		0	7			
12. Avez-vous aimé la fin de l'histoire l'histoire ?	6				6	1			
					31	53			

■ Positif
■ Négatif



Questions	Spectacle de mars 2010								
	Groupe de référence : 5								
	oui ou non	non ou mauv	ne sait pas	rép div	Positif	Négatif	Positif	Négatif	
1. Le spectacle vous a plu?	5	0			5	0			
2. A quel moment avez-vous ri ?			1	3	3	2			
3. Quel(s) personnage(s) avez-vous préféré(s) ?			1	3	3	2			
4. Y en a-t-il un que vous n'avez pas du tout aimé ?		3	2		3	2			
5. Avez-vous remarqué les costumes? Qu 'avez-vous vu ?			2	2	2	3			
6. Avez-vous observé le décor ? Qu'avez-vous vu ?	2	1	1		2	3			
7. De quoi parlait l'histoire ?			1	3	3	2			
8. Quel est le personnage qu'on ne voit jamais ?			2		2	3			
9. Vous souvenez vous du nom ou du métier d'un des personnages ?		2	2	1	0	5			
10. Y a-t-il plusieurs hommes dans cette histoire ?	3	2			3	2			
11. Quel journal lit le personnage principal ?	4	1		0	4	1			
12. Avez-vous aimé la fin de l'histoire l'histoire ?	1	2			1	4			
					31	29			

■ Positif
■ Négatif



ANNEXE 12

Tableaux comparatifs interview post-spectacle mars 2011

Questions	Spectacle de mars 2011							
	Groupe expérimental : 5							
	oui ou non	non ou mauv	ne sait pas	rép div	Positif	Négatif	Positif	Négatif
1. Le spectacle vous a plu?	4			1	4	1		
2. Plus que le précédent ?	2	1	1	1	2	3		
3. A quel moment avez-vous ri ? Été ému ?	2	1		2	2	3		
4. Quel(s) personnage(s) avez-vous aimé(s) ?	1		2	2	1	4		
5. Y en a-t-il un que vous n'avez pas du tout aimé ?	2	2		1	2	3		
6. Vous souvenez vous des noms ou nationalités de certains personnages ?	1	2	1	1	1	4		
7. Avez-vous remarqué les costumes ? Qu'avez-vous vu ?	1	2		2	1	4		
8. Avez-vous observé le décor ? Qu'avez-vous vu ?	2	1	1	1	2	3		
9. Avez-vous remarqué les musiques ? En connaissez-vous certaines ?	2	2		1	2	3		
10. De quoi parlait l'histoire ?	1	2	1	1	1	4		
11. Quels aliments sont utilisés pour cuisiner ?	1		1	2	1	3		
12. Comment se termine l'histoire ?			2	2	0	4		
13. Qui gagne le concours ? Vous y attendiez-vous ?			2	2	0	4		
14. Que gagne le vainqueur du concours ?			3	1	0	4		
					19	47		

■ Positif
■ Négatif



Questions	Spectacle de mars 2011							
	Groupe de référence : 6							
	oui ou non	non ou mauv	ne sait pas	rép div	Positif	Négatif	Positif	Négatif
1. Le spectacle vous a plu?	6				6	0		
2. Plus que le précédent ?	2		4		2	4		
3. A quel moment avez-vous ri ? Été ému ?	3	3			3	3		
4. Quel(s) personnage(s) avez-vous aimé(s) ?	1	3	2		1	5		
5. Y en a-t-il un que vous n'avez pas du tout aimé ?	3	3			3	3		
6. Vous souvenez vous des noms ou nationalités de certains personnages ?	4	2			4	2		
7. Avez-vous remarqué les costumes ? Qu'avez-vous vu ?	4	2			4	2		
8. Avez-vous observé le décor ? Qu'avez-vous vu ?	5	1			5	1		
9. Avez-vous remarqué les musiques ? En connaissez-vous certaines ?	4	2			4	2		
10. De quoi parlait l'histoire ?	1	2	1	2	1	5		
11. Quels aliments sont utilisés pour cuisiner ?	1	3	2		1	5		
12. Comment se termine l'histoire ?		4	2		0	6		
13. Qui gagne le concours ? Vous y attendiez-vous ?		1	5		0	6		
14. Que gagne le vainqueur du concours ?			6		0	6		
					34	50		

■ Positif
■ Négatif

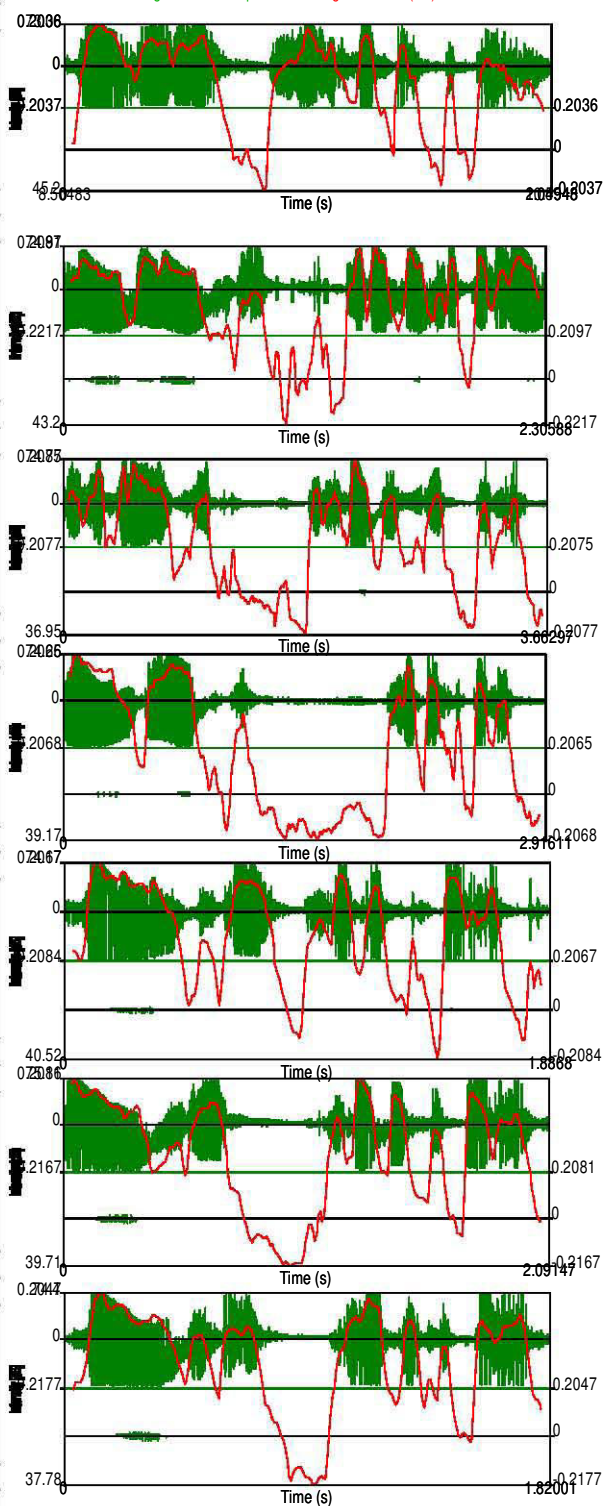


ANNEXE 13

Réf					
S1	Intonation de la phrase	Hauteur (Hz)	Déviaton standard (Hz)	JITTER	Intensité (dB)
	Neutre				
	a1	175,72	38,97 Hz	14,04%	65,95
	a2	138,01		2,37%	66,97
	a3	134,04		8,16%	67,72
	a4	116,57		7,60%	66,7
	a5	118,49		7,48%	66,65
	a6	171,58		3,87%	61,02
	Joie				
	a1	252	36,36 Hz	1,65%	71,11
	a2	163,02		1,79%	65,4
	a3	196,26		0,65%	73,8
	a4	169,92		1,66%	70,82
	a5	137,45		5,31%	68,23
	a6	132,56		1,79%	71,13
	Tristesse				
	a1	145,24	28,16 Hz	2,56%	65,39
	a2	142,33		0,75%	70,27
	a3	142,01		12,86%	72,85
	a4	137,01		2,76%	84,87
	a5	ind		ind	ind
	a6	ind		ind	ind
	Étonnement				
	a1(Oh!!!)	149,86	36,93 Hz	1,38%	70,85
	a2	131,24		3,03%	69,72
	a3	127,76		1,66%	69,22
	a4	ind		ind	ind
	a5	129,6		6,29%	66,36
	a6	118,97		8,10%	62,04
	Admiration				
	a1	non prononcé	30,81 Hz		
	a2	130,4		0,73%	71,25
	a3	124,7		1,74%	70
	a4	119,75		1,77%	65,14
	a5	111,5		5,02%	70,2
	a6	ind		ind	ind
	Peur				
	a1	non prononcé	31,91 Hz		
	a2	140		1,54%	72,36
	a3	130,32		8,86%	73,26
	a4	144,98		5,77%	61,42
	a5	119,51		2,97%	69
	a6	119,89		13,10%	65,7
	Colère				
	a1	non prononcé	37,37 Hz		
	a2	136,1		1,12%	70,1
	a3	117,7		3,02%	69,7
	a4	127,3		1,87%	62,9
	a5	122,8		10,90%	67,2
	a6	109,1		16,90%	67,5
	Ironie	terme incompris par S			
	a1				
	a2				
	a3				
	a4				
	a5				
	a6				

Courbes de la phrase : « Ah voilà un chien qui va passer par là »

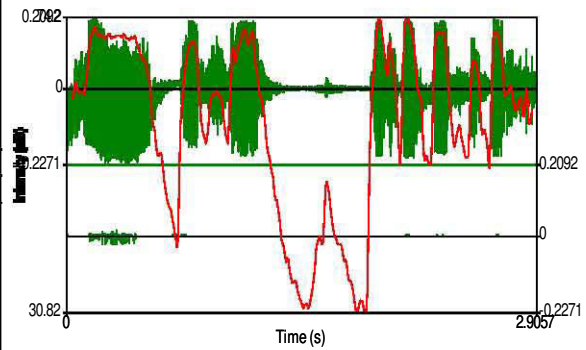
en vert : Enregistrement de la phrase:: En rouge l'intensité (dB)



Réf						
S2	Intonation de la phrase	Hauteur (Hz)	Déviati standard (Hz)	JITTER	Intensité (dB)	Voicing
	Neutre					
	a1	non prononcé	43,86			24,40%
	a2	152,8		0,73%	69,9	
	a3	150,6		8,55%	70,5	
	a4	124,6		1,76%	71,4	
	a5	155,5		5,27%	65,2	
	a6	117,7		3,51%	61,6	
	Jolie					
	a1	92,3	41,5	1,16%	71,1	35,30%
	a2	117,5		1,36%	70,2	
	a3	111,1		3,25%	72,2	
	a4	153,9		1,11%	65,3	
	a5	188,7		2,36%	73,4	
	a6	155,5		2,62%	71,4	
	Tristesse					
	a1	122,3	39,6	14,80%	69,1	53,40%
	a2	121,8		6,48%	69	
	a3	216,9		8,30%	63,1	
	a4	261,4		8,12%	50,2	
	a5	115,1		2,78%	67,5	
	a6	inaudible				
	Étonnement					
	a1	78,8	53,9	0,75%	70,1	51,80%
	a2	148,9		16,80%	71,5	
	a3	81,1		2,10%	70,9	
	a4	154,1		8,20%	64,4	
	a5	156,1		8,82%	65,4	
	a6	77,6		7,06%	66,8	
	Admiration					
	a1	151,9	39,1	0,91%	72,3	42,70%
	a2	109,3		1,55%	67,2	
	a3	78,5		2,19%	70,1	
	a4	79,2		1,73%	68,3	
	a5	79,1		2,21%	50,8	
	a6	118,8		2,11%	59,3	
	Peur					
	a1	95,8	41,6	0,28%	69,4	40,20%
	a2	77,8		0,89%	69,8	
	a3	145,7		1,12%	68,4	
	a4	76,6		1,76%	72,7	
	a5	157,6		10,50%	61,9	
	a6	76,6		0,36%	67,1	
	Colère					
	a1	173,2	30,2	0,68%	70,9	38,40%
	a2	171,6		1,91%	71,6	
	a3	194,5		1,86%	67,8	
	a4	170,7		0,97%	72,8	
	a5	172,3		4,98%	63,8	
	a6	148,8		2,77%	71,5	
	Ironie					
	a1	137,9	57,4	2,82	70,7	56,90%
	a2	108,4		7,94%	65,9	
	a3	267,1		6,71%	70,2	
	a4	109,8		9,67%	60,1	
	a5	151,9		3,11%	57,3	
	a6	118,4		4,10%	55,7	

Courbes de la phrase : « Ah voilà un chien qui va passer par là »

en vert : Enregistrement de la phrase:: En rouge : l'intensité (dB)



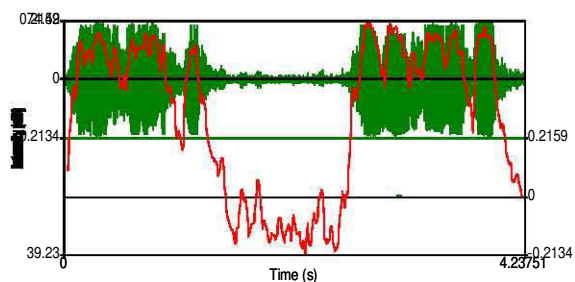
Phrase neutre

ANNEXE 14

Réf						
B1	Intonation de la phrase	Hauteur (Hz)	Déviation standard (Hz)	JITTER	Intensité (dB)	Voicing
	Neutre					
	a1	non prononcé	29,49			36,5%%
	a2	196,88		0,88%	69,37	
	a3	170,81		0,45%	69,49	
	a4	169,24		0,52%	67,83	
	a5	161,58		0,23%	68,34	
	a6	158,42		3,15%	62,25	
	Joie					
	a1	non prononcé	43,13			19,4%%
	a2	non prononcé				
	a3	262,18		1,86%	70,17	
	a4	164,39		5,20%	63,41	
	a5	274,76		7,14%	68,36	
	a6	223,71		7,40%	66,78	
	Tristesse					
	a1	201,15	29,55	1,02%	72,93	18,20%
	a2	219,61		1,83%	69,16	
	a3	201,72		0,15%	70,93	
	a4	213,9		0,87%	65,12	
	a5	183,87		0,30%	71,22	
	a6	179,84		0,66%	60,48	
	Étonnement					
	a1	non prononcé	37,5			36,6%%
	a2	182,8		0,54%	71,5	
	a3	216,4		2,54%	72,25	
	a4	167,8		7,94%	65,8	
	a5	198,1		0,30%	73,3	
	a6	177,5		4,30%	63,15	
	Admiration					
	a1	190,2	28,9	0,98%	81,8	33,4%%
	a2	201,5		1,20%	75,6	
	a3	200,3		1,05%	79,8	
	a4	189,5		2,30%	76,9	
	a5	196,5		1,95%	72,4	
	a6	186,8		1,23%	71,5	
	Peur					
	a1	289,08	38,3	1,23%	74,66	51,5%%
	a2	294,46		0,97%	72	
	a3	289,2		0,57%	71,88	
	a4	237,44		4,41%	69,4	
	a5	267,65		4,70%	71,7	
	a6	204,41		4,88%	72,51	
	Colère					
	a1	non prononcé	40,2			32,4%%
	a2	206,4		0,91%	70,93	
	a3	246,7		1,07%	71,94	
	a4	251,5		0,92%	66,87	
	a5	199,4		0,99%	72,25	
	a6	248,6		1,98%	67,35	
	Ironie					
	a1	non prononcé	23,9			17,8%%
	a2	169,8		0,59%	69,4	
	a3	194,8		1,17%	72,4	
	a4	167,3		0,76%	72,5	
	a5	179,1		0,47%	71,4	
	a6	171,2		0,88%	68,3	

Courbes de la phrase : « Ah voilà un chien qui va passer par là »

en vert : Enregistrement de la phrase: En rouge l'Intensité (dB)

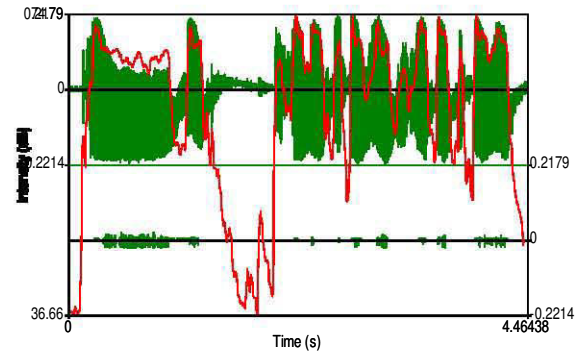


Phrase neutre

Réf						
B2	Intonation de la phrase	Hauteur (Hz)	Déviation standard (Hz)	JITTER	Intensité (dB)	Voicing
	Neutre					
	a1	170,4	62,3	1,11%	69,7	20,90%
	a2	145,5		7,23%	73,2	
	a3	111,6		0,99%	73	
	a4	204,9		3,48%	67,6	
	a5	177,6		1,07%	72,2	
	a6	153,6		3,00%	71,5	
	Joie					
	a1	267,6	65,1	1,04%	72,7	22,10%
	a2	225,4		1,47%	72	
	a3	151,4		1,25%	71,3	
	a4	203,3		2,24%	71	
	a5	206,8		1,06%	72,7	
	a6	116,4		1,55%	69,8	
	Tristesse					
	a1	209,4	51,1	1,10%	70,8	11,10%
	a2	157,7		1,80%	68,3	
	a3	138,1		0,85%	72,2	
	a4	126,8		1,80%	73,2	
	a5	190,3		1,19%	70,7	
	a6	153,5		1,73%	68,2	
	Étonnement					
	a1	204,3	54,9	0,98%	71,2	19,20%
	a2	88,8		1,58%	69,4	
	a3	125,2		6,64%	71,9	
	a4	149,3		1,34%	71,8	
	a5	224,6		1,55%	73,3	
	a6	92,2		4,44%	69,3	
	Admiration					
	a1	219,2	62,2	1,34%	71,6	17,90%
	a2	212,1		1,46%	70,4	
	a3	135,3		1,46%	72,1	
	a4	242,1		2,68%	71	
	a5	162,7		1,79%	71,8	
	a6	135,4		1,36%	66	
	Peur					
	a1	170,8	50,3	1,10%	70,7	19,50%
	a2	inaudible				
	a3	147,4		1,88%	72,1	
	a4	141,4		8,87%	72,2	
	a5	197,1		0,79%	72,1	
	a6	155,4		0,69%	69,9	
	Colère					
	a1	153,5	49,3	1,08	71,1	11,90%
	a2	156,1		1,25%	69,7	
	a3	159,6		2,14%	70,6	
	a4	187,3		2,15%	70,5	
	a5	134,3		0,99%	72,1	
	a6	156		1,05%	65,9	
	Ironie					
	a1	177,8	25,6	1,97%	69,2	33,90%
	a2	141,1		1,52%	68,7	
	a3	162,9		0,45%	72,1	
	a4	143,2		1,78%	68,2	
	a5	165,1		0,65%	71,4	
	a6	150,7		0,62%	69,9	

Courbes de la phrase : « Ah voilà un chien qui va passer par là »

en vert : Enregistrement de la phrase: En rouge l'Intensité (dB)



Phrase neutre

ANNEXE 15

EVOLUTION DES RESULTATS D'UN BILAN A L'AUTRE

		groupe de Référence (6)	groupe Expérimental (6)
EPREUVES VERBALES	orientation		↗
		→→→	→→→→
		↘↘↘	↘
	automatismes		↗
		→→→→→→	→→
			↘↘↘
	évocation	↗	
		→	→→→
		↘↘↘↘	↘↘↘
	association nom-couleur		
		→→→→→	→→→→
		↘	↘↘
	définitions	↗↗	↗
		→→	→
		↘↘	↘↘↘↘
	proverbes	↗	↗
		→	→→→→
		↘↘↘↘	↘
	critiques d'histoires absurdes	↗↗↗	↗
		→→→	→→→
			↘↘
EPREUVES OPERATOIRES	classification	↗	
		→→→→→	→→→→
			↘↘
	sériation	↗	↗
		→→→	→→→
		↘↘	↘↘
	reproduction d'un cube	↗↗	
		→→→	→→→
		↘	↘↘↘
	bouteille:conservation de l'horizontalité d'un liquide	↗↗	
		→→→	→→→→
		↘	↘↘

amélioration : ↗

résultat identique : →

régression : ↘

Bilans 1 et 2 cotations

Épreuves verbales		Les 2 groupes réunis									
		Bilan1					Bilan 2				
		1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6			1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6		
Cotation		1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6			1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6		
orientation		7	3	4			9	0	2		
Automatismes		0	4	10			2	0	8		
Évocation lexicale		5	3	5			5	2	3		
Cotation		1/6	2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6		1/6	2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6	
Association Nom-Couleur		0	2	2	9		0	0	1	3	
Cotation		1/6	2 ou 3/6	4/6	5/6	6/6	1/6	2 ou 3/6	4/6	5/6	6/6
Définitions		1	3	2	5	3	2	1	3	2	3
Cotation		1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6			1 ou 2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6		
Proverbes		6	4	3			7	4	0		
Cotation		1/6	2,3 ou 4/6	5/6	6/6		1/6	2,3 ou 4/6	5/6	6/6	
Critiques d'hist absurdes		3	7	1	2		4	3	0	4	
Épreuves opératoires											
Cotation		1,2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6			1,2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6		
Classification		2	3	7			3	0	7		
Cotation		1 ou 2/6	3,4 ou 5/6	6/6			1 ou 2/6	3,4 ou 5/6	6/6		
Sériation		2	5	5			4	3	3		
Cotation		1/6	2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6		1/6	2/6	3 ou 4/6	5 ou 6/6	
Reproduction d'un cube		0	3	1	2		2	3	3	1	
Cotation		1/6	2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6		1/6	2 ou 3/6	4 ou 5/6	6/6	
Bout-conserv horiz liquide		0	5	3	4		2	4	0	4	

ANNEXE 16

Interviews 1 et 2 : taux de réussite/échec						
groupe expérimental	Spectacle1			Spectacle2		
Questions	nb de	nb de	%	nb de	nb de	%
	+	-	réussite	+	-	réussite
1. Le spectacle vous a plu?	6	1	85,7%	4	1	80,0%
2. A quel moment avez-vous ri? Été ému ?	2	5	28,6%	1	4	20,0%
3. Quel personnage avez-vous aimé?	4	3	57,1%	3	2	60,0%
4. Y en a t-il un que vous n'avez pas du tout aimé?	2	5	28,6%	1	4	20,0%
5. Avez-vous remarqué les costumes?	5	2	71,4%	2	3	40,0%
6. Avez-vous observé le décor ?	2	5	28,6%	2	3	40,0%
7. De quoi parlait l'histoire?	2	5	28,6%	1	4	20,0%
8. Vous souvenez vous du métier /nom/origine d'un des personnages?	0	7	0,0%	1	4	20,0%
9. Quel journal lit le personnage principal? /Aliments sont utilisés?	0	7	0,0%	4	1	80,0%
10. Avez-vous aimé la fin de l'histoire? Pourquoi?	5	2	71,4%	0	5	0,0%
Moyenne :			40,0%			38,0%
+ : type de réponse adapté						
- : type de réponse inadapté						

groupe de référence	Spectacle1			Spectacle2		
Questions	nb de	nb de	%	nb de	nb de	%
	+	-	réussite	+	-	réussite
1. Le spectacle vous a plu?	5	0	100,0%	6	0	100,0%
2. A quel moment avez-vous ri? Été ému ?	4	1	80,0%	0	6	0,0%
3. Quel personnage avez-vous aimé?	4	1	80,0%	3	3	50,0%
4. Y en a t-il un que vous n'avez pas du tout aimé?	4	1	80,0%	0	6	0,0%
5. Avez-vous remarqué les costumes?	3	2	60,0%	3	3	50,0%
6. Avez-vous observé le décor ?	4	1	80,0%	5	1	83,3%
7. De quoi parlait l'histoire?	4	1	80,0%	1	5	16,7%
8. Vous souvenez vous du métier /nom/origine d'un des personnages?	1	4	20,0%	2	4	33,3%
9. Quel journal lit le personnage principal? /Aliments sont utilisés?	1	4	20,0%	4	2	66,7%
10. Avez-vous aimé la fin de l'histoire? Pourquoi?	4	1	80,0%	1	5	16,7%
Moyenne :			68,0%	41,7%		
+ : type de réponse adapté						
- : type de réponse inadapté						

Les 2 groupes			Spectacle1			Spectacle2		
Questions	nb de	nb de	%	nb de	nb de	%		
	+	-	réussite	+	-	réussite		
1. Le spectacle vous a plu?	11	1	91,7%	10	1	90,9%		
2. A quel moment avez-vous ri? Été ému ?	6	6	50,0%	1	10	9,1%		
3. Quel personnage avez-vous aimé?	8	4	66,7%	6	5	54,5%		
4. Y en a t-il un que vous n'avez pas du tout aimé?	6	6	50,0%	1	10	9,1%		
5. Avez-vous remarqué les costumes?	8	4	66,7%	5	6	45,5%		
6. Avez-vous observé le décor ?	6	6	50,0%	5	6	45,5%		
7. De quoi parlait l'histoire?	6	6	50,0%	2	9	18,2%		
8. Vous souvenez vous du métier /nom/origine d'un des personnages?	1	11	8,3%	3	8	27,3%		
9. Quel journal lit le personnage principal? /Aliments sont utilisés?	1	11	8,3%	8	3	72,7%		
10. Avez-vous aimé la fin de l'histoire? Pourquoi?	9	3	75,0%	1	10	9,1%		
Moyenne :			51,7%	38,2%				
+ : type de réponse adapté								
- : type de réponse inadapté								

ANNEXE 17

Étude comparative des habiletés pragmatiques sur un an

N° Item	Groupe de réf. 7 patients		Rép oui :vert non : rouge	Groupe expérimental 7 patients Mars 2010		Rép oui :vert non : rouge	Groupe expérimental 7 patients Mars 2011		Rép oui :vert non : rouge
	oui	non		oui	non		oui	non	
1	7	0		2	5		2	5	
2	7	0		4	3		4	3	
3	7	0		5	2		5	2	
4	6	1		1	6		1	6	
5	6	1		2	5		2	5	
6	7	0		2	5		2	5	
7	4	3		6	1		6	1	
8	5	2		2	5		2	5	
9	6	1		1	6		1	6	
10	3	4		1	6		1	6	
11	5	2		3	4		3	4	
12	5	2		2	5		2	5	
13	6	1		0	7		0	7	
14	5	2		0	7		0	7	
15	5	2		5	2		5	2	
16	5	2		3	4		3	4	
17	7	0		4	3		4	3	
18	7	0		7	0		7	0	
19	5	2		4	3		4	3	
20	7	0		2	5		2	5	
21	6	1		1	6		1	6	
22	6	1		3	4		3	4	
23	7	0		1	6		4	3	
24	5	2		3	4		3	4	
25	7	0		5	2		5	2	
26	6	1		4	3		4	3	
27	7	0		3	4		3	4	
28	6	1		1	6		4	3	
29	5	2		2	5		2	5	
30	6	1		3	4		3	4	
31	7	0		2	5		2	5	
32	3	4		2	5		2	5	
33	2	5		0	7		0	7	
34	5	2		1	6		3	4	
35	7	0		6	1		6	1	
36	6	1		3	4		3	4	
37	7	0		6	1		6	1	
38	5	2		6	1		6	1	
39	6	1		4	3		4	3	
40	7	0		3	4		3	4	
41	6	1		4	3		4	3	
42	6	1		5	2		5	2	
43	6	1		5	2		5	2	
44	6	1		6	1		6	1	
45	1	6		0	7		0	7	
46	2	5		0	7		0	7	
47	6	1		4	3		4	3	
48	4	3		0	7		0	7	
49	5	2		5	2		5	2	
50	4	3		4	3		4	3	
51	7	0		4	3		4	3	

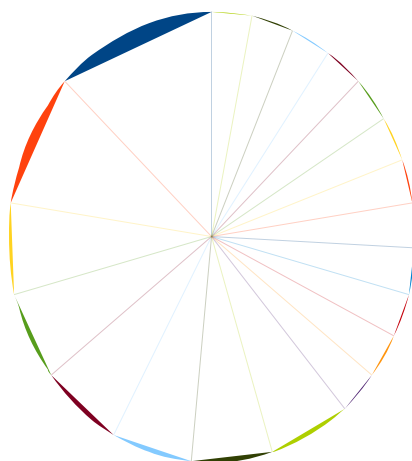
ANNEXE 18

Mise en exergue des items réapparus

B	C	E	J	T	Y
15	23	20	4	28	17
17	26	24	28		23
19	27	25			34
20	34	28			39
24	41	43			40
27		51			42
28					49
34					50
42					

N° item	Item	Nombre
Item 28	maintient le contact visuel	4
Item 34	donne des ordres	3
Item 17	pose des questions	2
Item 20	prend son tour de parole	2
Item 23	utilise la communication non verbale	2
Item 24	comprend les messages non verbaux	2
Item 27	utilise la mimogestualité	2
Item 42	exprime ses sentiments	2
Item 15	écoute attentivement	1
Item 19	attend son tour de parole	1
Item 25	utilise le langage verbal avec le langage non verbal	1
Item 26	fait attention aux réactions mimogestuelles de l'auditeur	1
Item 39	demande des clarifications	1
Item 40	répond aux demandes de clarification	1
Item 41	exprime ses désirs	1
Item 43	exprime son accord	1
Item 49	veut faire passer un message	1
Item 50	atteint son but	1
Item 51	prend du plaisir à communiquer	1
Item 4	cohérence du discours	1

Items réapparus



- Item 28 ■ Item 25
- Item 34 ■ Item 26
- Item 17 ■ Item 39
- Item 20 ■ Item 40
- Item 23 ■ Item 41
- Item 24 ■ Item 43
- Item 27 ■ Item 49
- Item 42 ■ Item 50
- Item 15 ■ Item 51
- Item 19 ■ Item 4

RESUME

Au XIX^e siècle commence à émerger une prise en considération spécifique de la marionnette en tant que médium d'intervention et de communication. Nous assistons, depuis quelques années, à une floraison très diversifiée d'expériences. On sait aujourd'hui que dans de nombreuses pathologies, les troubles de l'expression sont associés à des troubles de la réception. La marionnette s'avère être un outil intéressant dans leur prise en charge conjointe, notamment grâce au dialogue qu'elle restaure.

Dans ce cadre, l'objectif de notre travail a été de proposer un protocole basé sur l'utilisation des marionnettes comme moyen thérapeutique orthophonique à des sujets âgés dépendants présentant des troubles de la communication.

Nous avons posé l'hypothèse, à partir de données théoriques et cliniques, qu'il était possible de réactiver les habiletés communicatives de ces sujets grâce à l'utilisation de la marionnette, en agissant sur les versants expressif et réceptif.

Nous avons élaboré un protocole que nous avons proposé à une population particulière: sept personnes de plus de 60 ans atteintes de démences et institutionnalisées dans une maison de retraite.

Nous avons également suivi sept autres résidents de l'institution sans trouble communicatif apparent. Un bilan de langage de la personne âgée a été réalisé, à un an d'intervalle, auprès des deux groupes. De la même manière, nous avons proposé une épreuve d'expressivité émotionnelle. Les résultats de ces épreuves ont été analysés individuellement et par groupe.

Dans ce protocole, deux spectacles de marionnettes et deux interviews post-spectacle ont eu lieu à la suite des bilans. Dans l'intervalle des deux spectacles, nous avons invité le groupe expérimental à participer à des ateliers hebdomadaires consacrés à la marionnette.

Le deuxième spectacle a clos l'expérience.

Après une année d'expérimentation, les résultats tendent à valider notre hypothèse de départ: l'utilisation des marionnettes fait ressurgir les habiletés communicatives de ces patients institutionnalisés en agissant tant sur le plan expressif que réceptif. Médiation qui permet à chacun d'habiter ses mots, elle rend notamment les situations de communication plus riches, plus adaptées et peut dès lors, amener à être considérée comme technique thérapeutique dans la prise en charge orthophonique de la personne âgée.

MOTS CLES

Communication	Démence	Institution	Marionnettes
Orthophonie	Personnes Âgées	Atelier thérapeutique	