



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-theses-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>

École d'Orthophonie de Lorraine

Directeur : Professeur C. SIMON

**Élaboration d'activités visant le maintien de la communication
écrite en prise en charge individuelle ou collective
chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Mémoire

Présenté en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Stéphanie MAURICE-BOULANGER

Juin 2010

JURY :

Président : Monsieur G. BARROCHE,

Professeur en Médecine

Directeur : Madame B. BOCHET,

Orthophoniste

Assesseur : Madame T. JONVEAUX,

Docteur en Neurologie

École d'Orthophonie de Lorraine

Directeur : Professeur C. SIMON

**Élaboration d'activités visant le maintien de la communication
écrite en prise en charge individuelle ou collective
chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Mémoire

Présenté en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Stéphanie MAURICE-BOULANGER

Juin 2010

JURY :

Président : Monsieur G. BARROCHE,

Professeur en Médecine

Directeur : Madame B. BOCHET,

Orthophoniste

Assesseur : Madame T. JONVEAUX,

Docteur en Neurologie

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement :

Monsieur Barroche, Professeur en neurologie, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre jury ainsi que pour sa disponibilité et ses précieux conseils,

Madame Bochet, orthophoniste, de nous avoir transmis l'envie et donné la possibilité de nous plonger dans le domaine plein de richesse de la personne âgée,

Madame Jonveaux, neurologue, de nous avoir amenée à croire en notre sujet et pour ses encouragements,

Monsieur Robaux, directeur de la maison de retraite Sainte-Thérèse, qui nous a permis de mener notre travail au sein de son établissement,

Madame Gérard, cadre de santé pour sa bienveillance et **Madame Caillieret**, psychologue à Sainte-Thérèse pour son aide précieuse pour la confection de ce mémoire,

Les résidents de la maison de retraite Sainte-Thérèse, qui ont participé à notre étude avec enthousiasme et sans qui ce travail n'aurait été possible,

Mademoiselle Le Doze pour ses relectures attentives et éclairées ainsi que son aide dans les moments cruciaux,

Madame Grosse pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail et son expérience dont elle nous a fait profiter,

Nos amis et nos familles d'avoir cru en nous durant ces dernières années,

Notre époux Olivier pour son infinie patience, ses conseils toujours judicieux et son indéfectible soutien.

Sommaire

Introduction.....	9
--------------------------	----------

Présupposés théoriques	11
-------------------------------------	-----------

Chapitre Premier : la sénescence	12
---	-----------

A. La personne vieillissante	13
1. Définition.....	13
2. Statistiques.....	13
3. Les signes du vieillissement	13
a. D'un point de vue physique	13
b. D'un point de vue physiologique	14
c. D'un point de vue cognitif.....	15
d. D'un point de vue psychologique.....	15
e. D'un point de vue social.....	16
B. La personne âgée démente.....	17
1. Les démences.....	17
2. La Maladie d'Alzheimer.....	18
a. Description	18
b. Diagnostic.....	19
c. Évolution du tableau clinique.....	21
d. Sémiologie.....	22
e. Traitements	27
C. Les institutions spécialisées	29
1. La jungle des types d'hébergements.....	29
a. Publics ou privés... ..	30
b. Médicalisés ou non... ..	30
c. De court ou long séjour... ..	30
2. Soins prodigués	31
a. Notion de projet personnalisé	31
b. Les interventions à visée thérapeutique.....	32
3. L'impact du placement en institution	32

Chapitre 2 : la communication	34
--	-----------

A. Communication.....	35
B. Langage écrit	38
1. Définition.....	38
2. Enjeux.....	38
3. Versant production : l'écriture	39
a. Production de texte.....	40
b. Maîtrise de l'orthographe	42
c. Organisation spatiale de l'écriture	44
4. Versant compréhension : la lecture	45
a. Processus mis en jeu	45

C.	Langage écrit chez le malade Alzheimer	49
1.	Versant production : l'écriture	49
a.	Enjeux.....	49
b.	Processus mis en jeu	50
2.	Versant production : la lecture.....	51

Chapitre 3 : l'orthophoniste 53

A.	Rôle de l'orthophoniste.....	54
1.	Nomenclature Générale des Actes Professionnels	54
a.	Bilan orthophonique	54
b.	Séances individuelles	55
c.	Séances de groupe	55
2.	Orthophonie et maladie d'Alzheimer	56
a.	Différentes approches	56
b.	Objectifs	57
c.	Ce qui peut faire l'objet d'une intervention orthophonique	58
B.	Intérêt de l'intervention individuelle	63
1.	Avantages de la relation duelle	63
2.	Des avantages en contexte institutionnel.....	63
a.	Trouver des repères stables	63
b.	Améliorer l'autonomie	64
c.	Cibler les difficultés	64
d.	Rétablir la confiance en soi	64
3.	... mais aussi des limites !	64
C.	Intérêt de l'intervention en groupe.....	65
1.	Phénomènes de groupes	65
2.	Des avantages en contexte institutionnel.....	66
a.	Améliorer l'autonomie	66
b.	Lutter contre l'isolement.....	66
c.	Trouver des repères stables	66
d.	Retrouver leur identité.....	67
e.	Rétablir le plaisir de communiquer.....	67
3.	... mais aussi des limites !	67

Problématique..... 68

Démarche expérimentale..... 70

A.	Genèse du projet.....	71
B.	Description des Activités retenues	72
1.	Le Questionnaire de Proust.....	72
2.	Les sigles, acronymes et acrostiches.....	72
3.	Les proverbes détournés.....	72
4.	Le jeu du dictionnaire.....	72
5.	Le cadavre exquis	73
6.	Les mots-valises	73
7.	Traduction	73
8.	Les chansons étranges	73

C.	Méthodologie adoptée	74
1.	Cadre de l'expérimentation.....	74
a.	Établissement d'accueil : EHPAD Sainte-Thérèse.....	74
b.	Prise de contact avec l'équipe.....	74
2.	Entretiens avec les résidents.....	75
a.	Choix du type d'entretien	75
b.	Description	75
3.	Bilan de langage oral et écrit.....	76
D.	Population	77
1.	Critères d'inclusion.....	77
a.	Pour la prise en charge individuelle.....	77
b.	Pour la prise en charge collective	78
2.	Présentation des profils	78
a.	Pour la prise en charge individuelle.....	78
b.	Pour la prise en charge collective	81
E.	Description des activités adaptées	84
1.	Du concept à la réalisation matérielle	84
a.	Le questionnaire de Proust	84
b.	Les sigles, acronymes et acrostiches.....	84
c.	Les proverbes détournés.....	85
d.	Le jeu du dictionnaire.....	85
e.	Le cadavre exquis	85
f.	Les mots-valises	86
g.	Traduction	86
h.	Les chansons étranges	86

Résultats 87

Présentation des résultats 88

A.	Déroulement des séances.....	90
1.	Déroulement global	90
2.	Prise en charge individuelle	90
3.	Prise en charge de groupe	91
B.	Activités menées après adaptation.....	92
1.	Questionnaire de Proust	92
a.	En individuel.....	92
b.	En groupe.....	96
2.	Sigles, acronymes et acrostiches.....	101
a.	En individuel.....	102
b.	En groupe.....	103
3.	Proverbes imagés	105
a.	En individuel.....	106
b.	En groupe.....	107
4.	Cadavre exquis	108
a.	En individuel.....	108
b.	En groupe.....	109

5.	Traduction	111
a.	En groupe	112
b.	En individuel.....	113
6.	Les chansons d'antan	114
a.	En groupe	114
b.	En individuel.....	115

Analyse des résultats 117

A.	Analyse des activités menées	119
1.	Questionnaire de Proust	119
a.	En individuel.....	119
b.	En groupe	121
c.	Améliorations proposées	122
2.	Sigles, acronymes et acrostiches.....	124
a.	En individuel.....	125
b.	En groupe	127
c.	Améliorations proposées	128
3.	Proverbes imagés	130
a.	En individuel.....	131
b.	En groupe	133
c.	Améliorations proposées.	134
4.	Cadavre exquis	135
a.	En individuel.....	135
b.	En groupe	137
c.	Améliorations proposées	139
5.	Traduction	139
a.	En groupe comme en individuel	139
6.	Les chansons d'antan	140
a.	En groupe	141
b.	En individuel.....	142
c.	Améliorations proposées	143
B.	Activités abandonnées.....	145
1.	Les mots-valises	146
2.	Le jeu du dictionnaire.....	147

Discussion..... 149

1.	Intérêts et limites de notre travail	150
a.	Intérêt de notre travail	150
b.	Limites de notre étude	151
c.	Prolongements possibles	153

Conclusion..... 154

Bibliographie..... 157

Annexes..... 165

Introduction

Aujourd'hui, avec l'augmentation des demandes de prise en charge concernant les personnes âgées dépendantes, le champ de l'orthophonie se trouve de plus en plus confronté aux effets du vieillissement de la population. Depuis toujours, nos générations entendent parler de ce phénomène sans réellement en prendre la juste mesure.

En effet, parallèlement à l'avancée en âge, les démences menacent la douce image d'une vieille femme tranquille : pertes de mémoire, perte d'autonomie posent généralement la douloureuse question du placement d'un parent dément en structure adaptée. Le développement des établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) est actuellement accéléré par les besoins croissants et les trois plans Alzheimer déployés depuis le début de la décennie.

Depuis l'année 2001, la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence est inscrite à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels qui régit notamment la profession d'orthophoniste. Au cours de ces quatre ans d'étude, nous avons profité de l'apport de cours ainsi que d'expériences personnelles en lien avec ce public particulier. Nous estimant pourtant encore insuffisamment avertie quant aux modalités d'une telle prise en charge, nous avons décidé de nous intéresser plus précisément à cette question.

Passionnant mais peu valorisant, le domaine des maladies neuro-dégénératives reste plutôt délaissé par les orthophonistes. Pourtant lors d'un stage en EHPAD, nous avons apprécié les effets d'activités organisées autour du langage, écrit notamment, où des personnes âgées d'un niveau cognitif relativement préservé, avaient produit des résultats dignes de la littérature Oulipienne¹.

Face aux besoins croissants dans ce domaine, la nécessité d'élaborer des activités sollicitant notamment la lecture et l'écriture et de les compiler dans un mémoire nous est rapidement apparue. Nous souhaitons recenser des activités qui soient, d'une part adaptées à des adultes encore en capacité d'utiliser ce versant du langage, et d'autre part non infantilisantes, comme on le reproche souvent au matériel orthophonique.

1 De l'Oulipo : L'Ouvroir de Littérature Potentielle est un groupe d'auteurs, créé en 1960 entre autres par Raymond Queneau, qui a pour but d'inventer des exercices de littérature sous contraintes générant de la poésie et du plaisir à l'écriture. Pour plus d'informations : www.oulipo.net

Par ailleurs, nous avons rapidement pris conscience que les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, n'ayant plus le même niveau cognitif que leurs pairs, pouvaient être hermétiques voire perturbés par des activités complexes, faisant appel à l'humour, l'abstraction et les jeux de mots.

Partant de ce constat, l'objectif était ainsi posé : adapter ces activités originales à un public de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pour tenter d'extraire de cette rencontre une expérience et du matériel pertinent.

Nous avons choisi de nous intéresser particulièrement au versant écrit du langage. Ce choix, au départ délibérément motivé par nos aspirations personnelles, a rapidement trouvé de nombreuses raisons d'être. Si le langage écrit est considéré comme une activité individuelle et personnelle, il est également utilisé pour créer des liens, se cultiver, discuter et partager avec autrui. Par conséquent, il est lui aussi au cœur de la communication.

En effet, lorsque l'on observe des personnes institutionnalisées, on s'aperçoit que la grande majorité lit : du planning d'animation au roman philosophique en passant par les menus du jour et autres journaux. De même, nous rencontrons de plus en plus de personnes âgées ayant une pratique régulière de l'informatique, écrivant et lisant des courriels pour communiquer avec leurs enfants.

Le présent travail est donc né du questionnement qui s'est imposé à nous lorsque nous avons été amenée à nous occuper de personnes âgées atteintes de démence : comment aider ce public à se maintenir le plus longtemps possible dans une communication fonctionnelle ?

Le matériel orthophonique existant s'adressant dans sa grande majorité à des enfants ou à des personnes ne souffrant pas de pathologies dégénératives, comment parvenir à proposer à ce public particulier des activités adaptées à leur âge et à leur difficultés sans pourtant les infantiliser et en se rapprochant au plus près de leurs centres d'intérêt ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement, nous détaillerons tout d'abord les repères théoriques qui nous ont permis de faire évoluer notre problématique, puis décrirons la démarche expérimentale que nous avons mise en œuvre. Nous présenterons ensuite les résultats auxquels nous avons abouti, les analyserons puis les discuterons avant de conclure.

Présupposés théoriques

Chapitre Premier : la sénescence

*« Tout le monde désire vivre longtemps
mais personne ne voudrait être vieux »*

Jonathan SWIFT

A. LA PERSONNE VIEILLISSANTE

1. Définition

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge que l'on qualifie d'âge « mûr ». Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations de maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées, actuelles, chroniques ou aiguës.

2. Statistiques

Le vieillissement de la population et l'allongement de la durée moyenne de vie prend actuellement des proportions inédites : en 2009, en France, 16,64% de la population a plus de 65 ans, 8,8% atteindrait plus de 75 ans².

3. Les signes du vieillissement

Ses répercussions sont physiques, psychologiques et sociales. Ménopause, calvitie, crise de la quarantaine, départ en retraite, etc. sont considérés comme autant d'étapes significatives au cours de l'âge chronologique de l'Homme. Cependant, il existe, dans ce cadre, des différences inter-individuelles.

a. D'un point de vue physique

Le vieillissement biologique est graduel. Aussi, il est difficile de définir avec précision à partir de quel âge on peut dire qu'« on devient vieux ». Le corps humain commence à vieillir dès la naissance. Lorsque la détérioration progressive des structures de l'organisme entraîne un affaiblissement des performances physiques se faisant sentir dans la vie quotidienne, la personne prend conscience qu'elle doit limiter son activité.

² Internet : www.insee.fr [consulté le 9 mars 2010]

b. D'un point de vue physiologique

Certaines modifications physiques entraînent d'autres, physiologiques³ :

- **Sur le plan auditif**

La presbycousie se définit comme une baisse d'audition liée à l'âge. Elle se ressent, en général, entre 50 et 60 ans de façon très progressive et entraîne des conséquences sur la vie quotidienne. Le vieillissement auditif rend malaisée la perception des sons aigus de façon bilatérale, le sujet va alors se plaindre, par exemple, de difficultés à suivre le discours d'autrui dans des ambiances bruyantes. Il est difficile d'estimer la prévalence de la presbycousie en France, mais on sait de celle-ci qu'elle augmente avec l'âge : on estime que 2/3 des personnes de plus de 65 ans en sont victimes. Le sujet malentendant, privé de communication efficace avec autrui, va avoir tendance, avec le temps, à éviter toute participation à la vie sociale et finira par s'isoler.

- **Sur le plan visuel**

Le vieillissement touche aussi la vision. La presbytie est un phénomène fréquent chez les plus de 45 ans. L'œil qui vieillit va perdre sa faculté d'accommodation et son acuité. La personne presbyte sentira sa vision de près devenir floue et sera obligée d'éloigner le texte pour mieux lire. Le champ visuel diminue et l'œil est plus sensible aux changements d'intensité lumineuse. Certaines pathologies oculaires sont fréquemment associées au vieillissement, c'est le cas de la cataracte, de la dégénérescence maculaire liée à l'âge, du glaucome...

- **Sur le plan vocal**

L'appareil vocal subissant quelques modifications, la personne âgée doit fournir des efforts supplémentaires pour se faire entendre. Des pertes dentaires, le port d'une prothèse et la diminution du tonus bucco-linguo-facial peuvent en effet entraîner des difficultés d'articulation nuisant à l'intelligibilité de la parole. La capacité pulmonaire diminuant, la personne s'essouffle plus rapidement et doit reprendre plus fréquemment sa respiration, d'où une tendance à forcer pour hausser la voix.

3 R. FONTAINE, Manuel de psychologie du vieillissement, Édition DUNOD

- **Sur le plan tactile**

On observe lors du vieillissement, une baisse de la sensibilité tactile due à la perte des récepteurs cutanés situés au niveau de la paume et de la plante des pieds. La conduction des fibres nerveuses périphériques sensorielles est ralentie, le délai du temps de réaction face à un stimuli est sensiblement augmenté. Les perceptions des vibrations sont diminuées.

c. D'un point de vue cognitif

Chez tous les individus, la sénescence engendre un déclin cognitif, sans qu'il ne s'agisse pour autant d'un processus pathologique. Le vieillissement des capteurs sensoriels et des transmissions nerveuses entraîne, au fur et à mesure de l'avancée en âge, un ralentissement global du traitement de l'information : il affecte le fonctionnement cognitif et la mémoire, en particulier. Des difficultés dans les tâches de mémorisation de nouvelles informations et dans la résolution de problèmes complexes sont alors rencontrées.

d. D'un point de vue psychologique

L'identité et le narcissisme sont construits sur la reconnaissance de soi, par soi et par les autres. Or, selon le psychiatre J. Maisondieu⁴, une certaine répulsion, si ce n'est une hostilité à l'égard des « vieux », prolifère actuellement dans nos sociétés : sitôt que l'on est vieux, on a fait son temps, on n'a plus sa place dans la société.

Ce phénomène, appelé « âgisme » par l'auteur tend à exclure les personnes âgées, considérées comme sans valeur. Car face au vieillard, le regard des autres change, il se détourne, dégoûté, et le nie : c'est « *l'autruicide* », le meurtre symbolique de l'autre, qui va alors s'interroger sur l'utilité de sa vie. Cette négation de soi par autrui pourrait alors être, entre autres, à l'origine de l'isolement voire même des troubles du comportement observés chez la personne âgée.

Au cours du vieillissement, le sujet âgé subit également la perte des objets d'investissement (perte de son apparence séduisante, perte d'êtres proches, perte de l'activité professionnelle, perte des relations, etc.) mettant ainsi à mal l'estime de soi.

Finalement, le travail du vieillir consiste à relancer ses investissements chaque fois qu'une épreuve décompense l'ensemble dynamique de l'appareil psychique⁵.

4 *Le crépuscule de la raison*, 1996, édition Bayard.

5 G. FERREY, G. LE GOUES, *Psychopathologie du sujet âgé*, 5e édition, 2000, éditions MASSON.

Or, avec le temps, les pertes et les deuils deviennent plus nombreux tandis que les objets à investir se font de plus en plus rares et l'énergie nécessaire à leur investissement plus importante. L'équilibre devient parfois impossible, ce qui se manifeste par une fuite devant l'insoutenable réalité créant un phénomène de désorientation spatio-temporelle voire une démence.

e. D'un point de vue social

Nous l'avons vu, le sujet âgé s'affaiblissant physiquement, va être amené progressivement à réduire ses activités. En effet, la personne âgée, progressivement moins mobile et moins sensible à son environnement, est amenée à limiter ses contacts avec l'extérieur. La solitude regroupe les notions d'isolement social et de sentiment d'être seul. L'isolement social est lié à la quantité et à la qualité des contacts sociaux dont la personne bénéficie. Les personnes âgées peuvent avoir une vie sociale assez intense, cependant ces rencontres sociales ont souvent lieu à des moments déterminés, entrecoupés de périodes de solitude.

La réduction des capacités d'adaptation est également caractéristique du vieillissement : la personne âgée, en effet plus sensible au stress ou aux changements qui interviennent dans son environnement, est plus vulnérable.

B. LA PERSONNE AGEE DEMENTE

L'amalgame est souvent fait entre vieillissement et démence. Or, la démence est une pathologie : le vieillard n'est pas forcément dément et la démence ne touche pas seulement les personnes vieillissantes. A l'échelle européenne, l'étude SHARE⁶ estime que la démence touche 2% des personnes de 65 à 70 ans et que ce pourcentage double pour chaque tranche de 5 ans d'avancée en âge, pour atteindre environ 30% des plus de 85 ans.

1. Les démences

Le terme « démence » vient du latin *dementia*, composé du « de- » privatif et du substantif « mens » signifiant esprit, intelligence : dans l'antiquité, il désignait un comportement, une conduite dépourvue de raison.

De nos jours, le terme « démence » est utilisé comme un terme général décrivant un affaiblissement intellectuel progressif et irréversible qui retentit sur la vie professionnelle, sociale et familiale du sujet.

La CIM 10⁷ définit cette notion comme « *une altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au-moins six mois et associée à un trouble d'au-moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, pensée abstraite, praxie, gnosie ou modification de la personnalité* ». La démence désigne donc un ensemble de symptômes, ce qui explique que l'on parle parfois de syndrome démentiel.

D'après le DSM IV⁸, les démences partagent toutes le même tableau symptomatique mais se distinguent par leur étiologie.

6 Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, menée par IRDES, dont l'objectif est de constituer une base d'information européenne et étudier la population des plus de 50 ans sur 16 pays d'Europe.

7 *Classification Internationale des Maladies, dixième révision*, publiée en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé, permet le codage de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé.

8 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Révision 4*. Manuel de référence pour les recherches statistiques et le diagnostic des troubles psychiatriques, édité par l'association américaine de psychiatrie.

Les plus fréquentes sont d'origine dégénérative : il s'agit de la Maladie d'Alzheimer, des démences fronto-temporales, de celles associées à la maladie de Parkinson, de la démence à corps de Lewy et de la chorée de Huntington.

On trouve également des démences d'origine vasculaire. Pures, elles sont peu fréquentes. En revanche, elles sont souvent associées à des étiologies dégénératives : ces démences alors dites démences mixtes, représenteraient 30% des cas recensés⁹.

Il existe également des démences d'origine infectieuses (liées au VIH, à la maladie de Creutzfeldt-Jakob, etc.), toxiques et alcooliques (dus à une intoxication), neurochirurgicales (tumeurs, etc.), inflammatoires (comme lors d'une sclérose en plaques, etc.), dysmétaboliques et nutritionnelles (tardivement dans la maladie de Wilson), traumatiques et post-traumatiques et enfin, paranéoplasiques.

2. La Maladie d'Alzheimer

On recense 860 000 cas de démence en France, dont 70% sont attribués à la Maladie d'Alzheimer (MA)¹⁰. C'est parce que la majorité des personnes âgées démentes montrent une MA que nous faisons le choix de décrire cette affection uniquement.

a. Description¹¹

Décrite pour la première fois en 1907 par un médecin allemand, Aloïs Alzheimer, la maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative progressive du système nerveux central. Elle résulte de l'installation progressive et pour l'heure irréversible, de lésions histologiques caractéristiques, dans l'ensemble du cortex cérébral :

9 B. Desfontaines, *Les démences. Classification, clinique, physiopathologie et traitements*, 2004, 2^e édition, Med-Line Editions,

10 Cours du Docteur T. Jonveaux, 2009.

11 Source : <http://www.alzheimer-adna.com>

- *les plaques amyloïdes* sont des dépôts de substance amyloïde, polymère d'un fragment protéique qui, insoluble, se dépose progressivement dans la totalité du cerveau, mais plus particulièrement dans la substance grise du cortex cérébral. La substance amyloïde semble être neurotoxique et tuer progressivement les neurones et en particulier les ceux impliqués dans les fonctions intellectuelles.
- *les dégénérescences neurofibrillaires*. Des filaments pathologiques, dus à l'agréation de protéines tau, remplissent les neurones qui dégèrent. Ce processus démarre dans la région hippocampique, zone-pivot impliquée dans la gestion de la mémoire, se poursuit dans les régions corticales associatives, puis dans l'ensemble du cortex cérébral. La mort progressive de milliards de neurones entraîne ainsi l'apparition des signes cliniques : perte de mémoire, puis démence.

Le cerveau d'un patient atteint de MA peut perdre 8 à 10% de son poids tous les dix ans (contre 2% pour le cerveau d'un sujet sain) : cette atrophie cérébrale est marquée par un élargissement des sillons et une réduction du volume des circonvolutions.

La maladie d'Alzheimer se traduit par des troubles cognitifs et comportementaux constituant le syndrome démentiel. Déclarée problème majeur de santé publique, la maladie d'Alzheimer est redoutée par ses conséquences sur les fonctions supérieures et l'autonomie des personnes qui en sont atteintes.

b. Diagnostic

Actuellement, il est estimé que le diagnostic est posé trois ans après le début de la maladie d'Alzheimer. Cependant, des critères histologiques étant nécessaires à son établissement, il ne peut que faire l'objet de probabilité. L'obtention d'un diagnostic de certitude n'est pour l'heure possible qu'après le prélèvement et l'analyse histologique de tissu cérébral post-mortem. Le diagnostic précoce est au cœur des préoccupations.

L'examen clinique consiste en :

- un *entretien* avec le patient et son accompagnant (à même d'estimer une perte éventuelle au niveau cognitif),

- un *examen des troubles cognitifs* au moyen de tests validés et étalonnés comme :
 - **Le MMSE (Mini Mental State Examination)** : il permet de renseigner le praticien sur l'orientation spatio-temporelle du patient, son attention, ses capacités de rappel libre différé de 3 mots, ses capacités linguistiques et ses praxies constructives.
 - **Le test de l'horloge** : il évalue la compréhension orale, les connaissances numériques, les praxies visuo-spatiales et la mémoire visuelle.
 - **Le test de fluence verbale** : Le test de fluence peut être catégoriel (citer un maximum d'animaux en une minute) ou alphabétique (citer un maximum de mots commençant par une lettre donnée). La fluence alphabétique est plus précocement touchée dans la maladie d'Alzheimer que la fluence catégorielle.
 - **Les cinq mots de Dubois** : Ce test de mémoire vise à évaluer l'encodage et la capacité à créer des souvenirs à partir de nouvelles informations (attention et prise d'indices sémantiques).
- un *examen de l'état médical général* du patient.

L'impact des troubles cognitifs sur les activités quotidiennes doit être évalué au moyen d'échelles préconisées par la Haute Autorité de Santé¹², comme l'IADL de Lawton (*Instrumental Activities of Daily Living*) qui explore quatre items sensibles à la dépendance du sujet – téléphone, transports, prise de médicaments et gestion de l'argent.

Les critères établis par le NINCDS-ADRDA¹³ permettent de préciser la probabilité du diagnostic, bien que tardivement. En effet, le patient présente une détérioration cognitive et des troubles comportementaux et affectifs, bien avant de répondre aux critères de maladie d'Alzheimer probable.

L'intérêt du diagnostic précoce permet d'éviter les conséquences dramatiques des troubles cognitifs (comme des erreurs de gestion de budget) et comportementaux (conduite d'un véhicule) dans la vie quotidienne. Il permet aussi la prescription précoce de thérapeutiques symptomatiques et de soins adaptés (prise en charge psychologique, sociale, orthophonique, par exemple).

12 Synthèse des recommandations professionnelles émise en Mars 2008 par la Haute Autorité de Santé

13 NINCDS-ADRDA : *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's disease and Related Disorders Association*, d'après McKhann G. and Coll, 1984.

c. Évolution du tableau clinique

L'évolution de la maladie d'Alzheimer est toujours très insidieuse et progressive, soit linéaire, soit par paliers. La littérature décrit une phase pré-clinique, asymptomatique qui passe inaperçue ou peut être interprétée à tort comme un syndrome dépressif. Elle débute par des « oublis » plus fréquents qu'auparavant, des difficultés de concentration et une humeur changeante. Une perte d'intérêt peut également être observée de même d'une altération du jugement.

Si la maladie d'Alzheimer se manifeste différemment selon les personnes, on peut généralement retrouver trois phases d'évolution du tableau clinique :

- **La phase de début ou atteinte légère** : elle est caractérisée par des troubles mnésiques constants et des troubles comportementaux. Des troubles du langage sont également observés. L'autonomie de la personne est peu touchée.
- **La phase d'état ou atteinte modérée** : les troubles mnésiques deviennent invalidants, engendrant une désorientation temporo-spatiale. Les troubles phasiques, praxiques et gnosiques sont nets et l'altération de la compréhension devient évidente. Troubles du comportement (agitation, fluctuations émotionnelles) et troubles sphinctériens compromettent l'autonomie de la personne.
- **La phase terminale ou atteinte sévère** : l'altération massive de la mémoire, l'aphasie et l'apraxie entraînent une grande dépendance. Des troubles du comportement massifs (comportements stéréotypés, sans adéquation avec l'environnement, déambulation...) ainsi qu'un amaigrissement dû à des troubles alimentaires importants signent la perte totale d'autonomie.

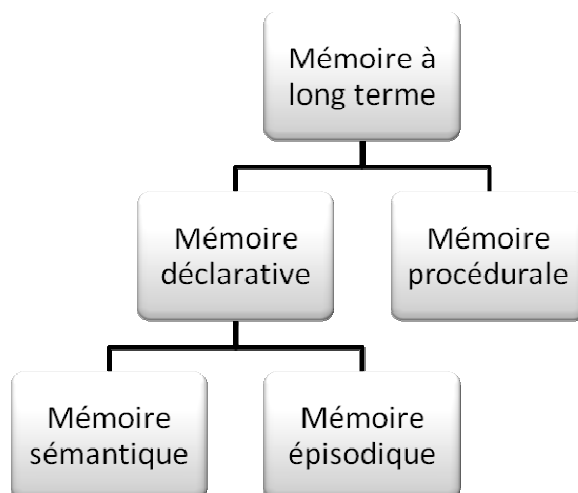
Petit à petit, le patient devient totalement dépendant, perdant sa capacité à s'habiller, se laver et aller aux toilettes. En moyenne six ans après le diagnostic, le maintien à domicile est compromis, l'hébergement en institution devient nécessaire.

d. Sémiologie

- **La mémoire¹⁴ :**

Si l'on observe une grande hétérogénéité des atteintes individuelles, le symptôme premier reste toujours la plainte mnésique. Rappelons que la mémoire n'est pas une entité unique mais est composée de systèmes indépendants :

- ✓ **Les mémoires sensorielles**, traces éphémères des informations transmises par nos sens (*auditives, visuelles, olfactives, gustatives et tactiles*) sont conservées quelques secondes dans les aires cérébrales sensorielles primaires, qui les analysent en vue de leur reconnaissance et de leur mise en mémoire.
- ✓ **La mémoire de travail** intervient dans des situations où nous avons besoin de maintenir temporairement ou manipuler mentalement une quantité limitée d'informations. Elle permet d'analyser rapidement les caractéristiques de ces données pour en faciliter l'enregistrement définitif.
- ✓ **La mémoire à long terme**, organisée comme suit :



*Fig. 1: Hiérarchie de la mémoire
d'après G. Barroche, 2008*

14 Bernard Croisile, *Tout sur la mémoire*, 2009, éditions Odile Jacob.

- **La mémoire déclarative** regroupe les connaissances « verbalisables » :

- **La mémoire épisodique** des souvenirs personnels, des événements uniques qui sont vécus à un moment et en un lieu déterminés.
- **La mémoire sémantique** des connaissances apprises et répétées en dehors de toute dimension temporelle, spatiale ou affective, se constitue et s'enrichit au long de la vie.

- **La mémoire procédurale** est celle des gestes, des procédures. Elle concerne des techniques motrices, perceptives ou cognitives (et par extension, langagières, logiques ou stratégiques) progressivement améliorées par la pratique répétée.

Après ce bref rappel sur les différents systèmes mnémoniques, voici ce qui est observé, dans la maladie d'Alzheimer :

- une amnésie antérograde, trouble de la mémoire caractérisé par des difficultés à stocker de nouvelles informations. Plus exactement, si jamais elles ont été enregistrées, les données ne sont pas consolidées et par conséquent elles ne peuvent être retrouvées. La phase d'encodage est donc principalement touchée.
- une atteinte importante de la mémoire épisodique qui forme les souvenirs autobiographiques d'épisodes vécus par la personne. Elle ne va pas enregistrer ce qu'elle a fait au bout de quelques heures, voire quelques minutes. Au début de la maladie, les souvenirs anciens sont mieux préservés que les faits récents.
- Une altération de la mémoire sémantique, mémoire des connaissances apprises et plusieurs fois répétées, dont le langage et les connaissances encyclopédiques font partie, détachées de tout contexte personnel. La mémoire sémantique est relativement préservée et son atteinte devient évidente plus tardivement.
- une altération de la mémoire de travail, qui permet de manipuler une information en même temps que nous la mémorisons. Les ressources attentionnelles nécessaires à la réalisation de tâches simultanées ou de raisonnements complexes sont mal réparties.

Ces troubles mnésiques vont être à l'origine de questions répétées, d'égarements d'objets, de rendez-vous manqués, etc., phénomènes qui vont participer petit à petit à réduire l'autonomie de la personne et à l'isoler davantage.

Les 3 points suivants constituent le fameux triptyque aphasio-agnoso-apraxique.

- **Les troubles du langage**

Les troubles du langage chez la personne atteinte de MA débutent en général par un manque du mot, mis en évidence par des épreuves de dénomination d'images ou d'objets. Il est compensé par des périphrases et peut donner lieu à des paraphasies sémantiques (un mot pour un autre dans le même champ sémantique).

La personne MA présente effectivement un appauvrissement du stock lexical, qui serait dû à la perte de la pensée catégorielle. On observera des difficultés à évoquer des noms propres et des dates, une altération du lexique spécialisé (d'où la multiplication de termes génériques) et une réduction du stock de termes utilisés en langage spontané ou dirigé (d'où une perte d'initiative en conversation)¹⁵.

Lorsque la maladie est encore sous une *forme légère*, les capacités syntaxiques et phonologiques sont relativement préservées : les phrases sont raccourcies, parfois inachevées. La compréhension orale comme écrite, la lecture et la répétition sont préservées. L'écriture peut parfois demeurer un outil de communication.

A un *stade modéré*, le manque du mot et les paraphasies sont plus fréquents, le discours est ponctué de persévérations. La compréhension chute ainsi que l'expression écrite. La lecture et le graphisme restent toutefois correctes.

Sous une *forme sévère*, on observe une désintégration complète du langage oral et écrit, qui tend à donner un tableau clinique semblable à une aphasie globale.

Le langage écrit peut être lui aussi touché, mais nous y reviendrons plus longuement dans notre seconde partie.

15 BEKHOUKH, FLOURY-VAROUTSIKOS, LAZENNEC-PREVOST, VENDEUVRE, Les troubles du langage dans la démence et la dépression de la personne âgée, in Glossa n°66.

- **Les troubles gnosiques**

L'agnosie est un trouble de la reconnaissance des stimuli sans déficit sensoriel : elle peut être visuelle, auditive, tactile et peut être présente aux tout premiers stades de la MA.

On observe :

- la prosopagnosie (trouble de la reconnaissance des visages), particulièrement douloureuse pour les proches et qui va créer une distance,
- l'agnosie des lieux (trouble de la reconnaissance des lieux, familiers ou non) associée à une perte de la mémoire topographique se regroupent sous le terme d'agnosie spatiale.
- l'anosognosie est l'absence de conscience de la maladie. Elle peut rendre très difficile la prise en charge thérapeutique, si le malade ne se rend pas compte de ses difficultés.

- **Les troubles praxiques**

L'apraxie est un trouble de l'exécution des gestes intentionnels. Elle est une manifestation de l'altération de la mémoire procédurale.

On observe parfois précocement une apraxie réflexive (*qui porte sur les gestes sans signification symbolique*) : elle nécessite un bon niveau d'analyse visuo-spatiale et relève non seulement du schéma corporel mais aussi de la planification et de la programmation du geste. Elle est donc rapidement suivie par une apraxie constructive (*difficultés dans l'exécution de dessins et de la réalisation des constructions*).

A un stade modéré, on observe souvent une apraxie de l'habillage, ce qui installe définitivement la personne dans une relation de dépendance.

Moins fréquemment, on rencontre une apraxie idéatoire qui se manifeste au quotidien par des difficultés à utiliser des appareils complexes au départ puis, de plus en plus simples d'utilisation ou une apraxie idéomotrice, qui est l'impossibilité de réaliser des gestes arbitraires ou symboliques.

On trouvera en plus, des troubles :

- **de l'orientation temporelle puis spatiale**

La désorientation temporelle, tout d'abord, est l'incapacité qu'éprouve le sujet à se situer dans le temps : perte de l'année, de la saison, du mois, du jour, etc. Elle vient du fait des troubles de la mémoire antérograde et de l'altération de la mémoire épisodique. Le sujet ne peut ni mémoriser de nouvelles informations ni se souvenir de son passé récent dans un premier temps. Cette désorientation va entraîner des disjonctions entre les énoncés et la situation vécue au présent.

Cette perte des repères touche d'abord le temps, puis l'espace, les lieux. La désorientation spatiale est l'incapacité qu'a le sujet à se représenter l'espace dans lequel il évolue. Les difficultés vont être ressenties d'abord dans de nouveaux espaces, des lieux extérieurs complexes, puis vont concerner des lieux familiers, comme le domicile.

- **des fonctions exécutives**

On appelle fonctions exécutives, l'ensemble des processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles, et ce, notamment lorsque les routines, les schémas habituels ne suffisent pas, c'est-à-dire lorsque une tâche non automatique nécessite un contrôle supplémentaire.

La personne MA rencontre des difficultés d'organisation, de planification et d'attention. Elle éprouve des difficultés d'initiation verbale (troubles de la fluence) et motrice (troubles dans la réalisation de séquences gestuelles).

Une altération de la pensée abstraite entraîne des difficultés à résoudre des problèmes simples : jugement, estimation cognitive, critiques d'histoires absurdes, explication de proverbes, etc. deviennent difficiles.

Enfin, les capacités d'inhibition et de flexibilité mentale de la personne atteinte de MA sont nettement diminuées, de sorte qu'inhiber un comportement automatique au profit d'un comportement volontaire devient très difficile.

- **du comportement**

En réaction à l'atteinte cognitive, la personne MA développe inévitablement des troubles du comportement. Dépression, anxiété, troubles émotionnels, agressivité, désinhibition, agitation, troubles des conduites dites élémentaires (sommeil, alimentation, continence), troubles psychotiques (hallucinations, idées délirantes, etc.) en sont les manifestations les plus fréquentes.

La déambulation est un comportement très répandu : qu'elle soit causée par l'ennui, l'anxiété, une motivation sitôt oubliée, l'errance incessante de la personne MA est mal tolérée par son entourage, car elle présente un risque certain d'égarement, d'épuisement, de chutes et de fugues. Elle concernerait 65% des malades hébergés en institutions et 36% des patients vivant à leur domicile¹⁶.

e. Traitements

En raison de l'amélioration du diagnostic précoce et des traitements, on estime que, de nos jours, une personne MA vivra en moyenne une dizaine d'années après la pose du diagnostic. L'espérance de vie du patient se réduit, en raison de la complication de fonctions essentielles : apraxie de la marche, troubles alimentaires et problèmes de déglutition engendrent un amaigrissement conséquent. Un état de faiblesse immunitaire et des complications infectieuses sont souvent à l'origine du décès du malade Alzheimer.

- **Traitements médicamenteux**

Si, à l'heure actuelle, on ne sait pas guérir la maladie d'Alzheimer, on peut tout au moins en ralentir l'évolution. L'acétylcholine est un neuromédiateur dont le rôle est de permettre le passage de l'influx nerveux entre les neurones. Or, la sécrétion de ce neuro-transmetteur par l'hippocampe est réduite par la maladie d'Alzheimer. Naturellement, une enzyme, l'acétylcholinestérase, bloque la sécrétion de l'acétylcholine.

Les traitements actuels visent donc à prolonger l'action de l'acétylcholine en bloquant l'acétylcholinestérase. Ils ont un effet cognitif certain, notamment contre les troubles du comportement (lutte contre l'agitation, la dépression, les hallucinations et les insomnies). Ils participent ainsi à améliorer les conditions de vie du patient et de son entourage.

16 Source : Site Internet de l'Institut de la Maladie d'Alzheimer : www.imaalzheimier.com

- **Traitements non-médicamenteux**

Un examen neurologique tous les trois à six mois constitue un point de repère : le neurologue pourra évaluer la nécessité de consultations spécialisées et proposer des solutions thérapeutiques d'accompagnements.

Ces interventions sont reconnues comme des éléments importants de la prise en charge thérapeutique, en ambulatoire comme en institution. Elles doivent s'inscrire dans un projet de soins ou dans un projet d'établissement et doivent être adaptées aux volontés et aux capacités de la personne. T. Rousseau¹⁷ recense ces interventions non médicamenteuses, préconisées par la Haute Autorité de Santé :

- ***Stimulation cognitive ou psychocognitive :***

- ✓ rééducation de la mémoire, du langage et de la communication (orthophonie),
- ✓ rééducation des compétences fonctionnelles (ergothérapie),
- ✓ approches psychosociales¹⁸, psychothérapie et psychanalyse,
- ✓ relaxation (musique, massages)
- ✓ activités occupationnelles (conversation, lecture, dessin, jeux, ateliers, etc.),

- ***Stimulation sensorielle :***

- ✓ sons (musique, chant), couleurs, lumière, arômes,

- ***Stimulation de l'activité motrice :***

- ✓ danse, promenade, gymnastique, kinésithérapie,
- ✓ aménagement des lieux de vie, architecture et aménagement intérieur,
- ✓ surveillance médicale, prévention et traitement des comorbidités associées,
- ✓ rééducation des déficits et des handicaps (audition, vision), soins dentaires.

Un travail d'équipe permettra une prise en charge cohérente du malade.

17 Les approches thérapeutiques en Orthophonie, Tome 4, Prise en charge orthophonique des pathologies d'origines neurologiques, 2004, OrthoEdition, pp. 149-170

18 Comme la Validation de N. Feil, la thérapie de Réminiscence, la Ré-Orientation Thérapie...

C. LES INSTITUTIONS SPECIALISEES

La loi du 1er janvier 2002 instaure l'*allocation personnalisée d'autonomie* (APA), assumée par l'État et par le Conseil Général. Elle est ouverte à toute personne âgée de 60 ans au moins, résidant en France, et ayant besoin d'une aide ou d'une surveillance pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie. L'APA peut être accordée aux personnes vivant à domicile, en famille d'accueil ou en établissement. Le degré de dépendance est défini par une grille nationale de mesure, la grille AGGIR, déterminant 6 niveaux différents, les GIR (Groupes Iso Ressources).

Le livre blanc de la gériatrie française¹⁹ estimait en 2004 que neuf personnes âgées de plus de 75 ans sur dix vivaient à leur domicile. Depuis, les politiques actuelles à travers le Plan Alzheimer 2008-2012 encouragent toujours fortement le maintien à domicile, en favorisant la création de structures coordonnant les actions autour de la personne et les informations à destination des familles.

Cependant, nous l'avons vu, quand l'autonomie de la personne est compromise, à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer, les troubles cognitifs et comportementaux risquent de mettre en danger la personne à son domicile. Le recours à d'autres solutions d'hébergements s'avère indispensable, c'est pourquoi nous nous sommes concentrée sur cette alternative, souvent émotionnellement pénible pour les aidants naturels.

1. La jungle des types d'hébergements

L'expression Maison de Retraite a désormais remplacé le terme Hospice (*depuis la loi du 31 décembre 1970*). Si l'on consulte le sens propre de l'expression, la maison de retraite serait un « *lieu où l'on se retire, se réfugie* »²⁰. Aujourd'hui, nous utilisons ce terme couramment sans plus penser à ce qu'il signifie, pour désigner une résidence collective destinée aux personnes âgées.

C'est un terme générique qui désigne divers établissements :

19 Livre Blanc de la Gériatrie Française, 2004, coordonné par C. Jeandel et M. Blondel.

20 D'après le TLFi, Trésor de la Langue Française informatisé.

a. Publics ou privés...

Dans le secteur privé, les établissements peuvent avoir le statut commercial à but lucratif (c'est le cas de chaînes hôtelières) ou celui d'association à but non lucratif (souvent d'obédience religieuse).

Dans le public, les établissements peuvent relever du secteur hospitalier (comme les unités de soins) ou de la commune (notamment les foyers-résidences)

b. Médicalisés ou non...

Les établissements peuvent être plus ou moins médicalisés selon leur vocation : accueillir des personnes âgées autonomes, en perte d'autonomie ou dépendantes. Les EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) sont tenus d'assurer la présence d'une aide soignante 24h sur 24. Les Unités de Soins, quant à elles, doivent pouvoir accueillir des personnes ayant besoin d'un suivi médical et donc, faire la preuve de la présence d'une infirmière et d'un médecin 24h sur 24.

c. De court ou long séjour...

Enfin, le séjour peut être de longue durée ou temporaire. Un séjour temporaire correspond à une solution « de répit »²¹, un séjour de convalescence ou bien à un séjour d'essai renouvelable. Il peut se transformer en un séjour de longue durée. Certains établissements offrent la possibilité d'un accueil de jour.

L'EHPAD est un établissement qui a signé une convention tripartite de 5 ans avec le département (*Conseil Général*) et l'État (*DDASS*) qui l'oblige à respecter un cahier des charges et à avoir une démarche qualité. Ils sont ainsi censés assurer aux personnes âgées un accueil dans les meilleures conditions de sécurité, d'hygiène et de confort.

21 Source : <http://www.onpa.fr> [consulté le 14 mars 2010]

2. Soins prodigués

Quelle que soit leur appellation, les établissements accueillant des personnes âgées ont vocation à leur offrir la meilleure qualité de vie possible. Ce « *lieu de retraite où la personne se réfugie* » est toutefois un établissement où la vie est collective, ce qui limite par définition les libertés. Un bon équilibre doit être trouvé entre liberté de circulation et sécurité ainsi qu'entre repos et stimulation.

a. Notion de projet personnalisé

Les objectifs de chaque établissement accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont matérialisés dans le projet personnalisé décrits par l'ANESM²². Ils sont :

- de préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et les actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes ;
- de mettre en place des mesures préventives et thérapeutiques des troubles psychologiques et comportementaux ;
- d'assurer à chaque personne un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux troubles cognitifs ;
- de soutenir les proches en fonction de leurs attentes, les aider à maintenir du lien avec le malade et de leur proposer une participation active au projet personnalisé.

Dès qu'une personne âgée est accueillie dans un établissement, un projet personnalisé est co-construit entre elle et l'équipe pluridisciplinaire, supervisé par le médecin coordonnateur en lien avec le médecin traitant.

Ce projet personnalisé comporte deux volets :

- le volet Qualité de vie : relatif aux volontés de la personne, son histoire de vie, ses habitudes, ses centres d'intérêt, ses goûts, sa vie affective, ses croyances, son environnement familial et socio-culturel.

²² L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, recommandations publiées en février 2009 par l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr/

- Le volet Soins : se compose des éléments de l'évaluation gériatrique comme l'évaluation des fonctions cognitives, des capacités fonctionnelles, des comorbidités et des complications – troubles psychologiques et comportementaux. Ce volet précise aussi les besoins en terme de soins, les risques individuels, les mesures thérapeutiques mises en œuvre, leurs suivis et les points à surveiller.

Ce projet personnalisé doit être actualisé à chaque nouvelle donnée recueillie et réévalué au minimum tous les six mois, ou à chaque événement ou changement significatif des conditions de vie (crise, problème lié à l'aidant, survenue d'autres troubles, pathologie récurrente, etc.)

b. Les interventions à visée thérapeutique.

Différentes interventions non-pharmacologiques sont envisageables dans le cas d'une maladie d'Alzheimer. Qu'elles portent sur l'amélioration de la qualité de vie, sur la cognition, sur l'autonomie fonctionnelle de la personne ou sur les fonctions de communication, elles doivent toutes être assurées par des professionnels.

La présence d'intervenants qualifiés au sein de l'établissement, salariés ou libéraux externes, est sollicitée par le médecin coordonnateur. En accueil de jour, par exemple, la prise en charge par un orthophoniste, un psychologue, un ergothérapeute et un psychomotricien est possible.

3. L'impact du placement en institution

L'arrivée au sein d'un établissement est un moment particulier dans la vie d'une personne. Elle signe un changement dans son environnement, une rupture, une perte.

Par ailleurs, l'entourage désemparé et épuisé face aux changements chez leur proche MA, renonce à communiquer avec lui, ce qui a pour conséquence de l'isoler plus encore : soit il renoncera lui-même à l'interaction, soit il se manifestera par des moyens de communication archaïques que l'on qualifiera de troubles du comportement (cris, pleurs, agressivité, etc.).

En effet, dans l'incapacité de décrire une souffrance, physique ou morale, les personnes MA l'expriment par des modifications de comportement face auxquelles il s'agit d'être vigilant.

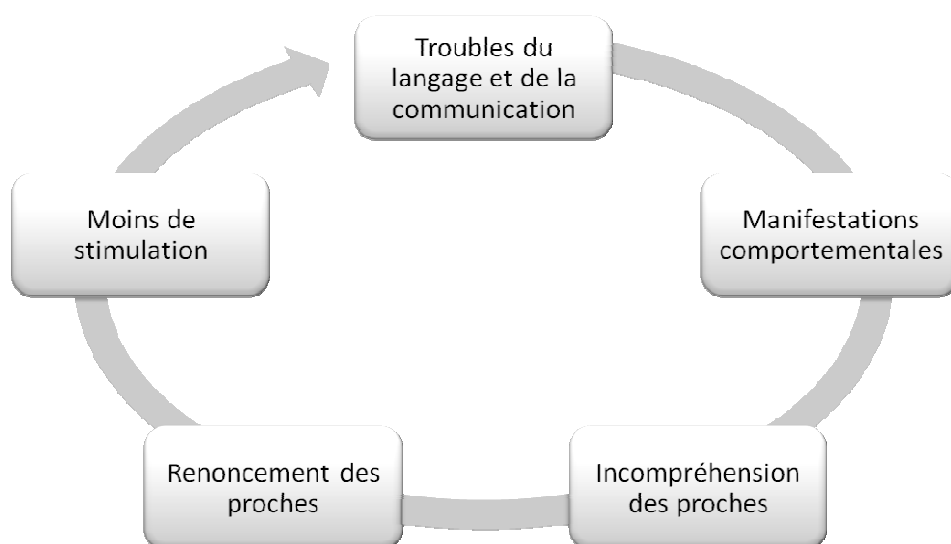


Fig. 2: Cercle vicieux des troubles de la personne âgée atteinte de démence

Une des difficultés de l'institutionnalisation est de trouver le bon équilibre entre sous-stimulation et sur-stimulation.

D'un côté, une personne âgée démente qui s'ennuie va s'auto-stimuler par ce qu'on verra comme des troubles psycho-comportementaux (déambulation, cris, etc.).

D'un autre côté, le mieux est parfois l'ennemi du bien : des sollicitations multiples, simultanées et non nécessaires peuvent submerger les capacités de la personne démente qui ne parviendra pas à traiter les informations. La personne âgée, démente ou non, doit garder son libre arbitre et avoir le choix de participer.

Chapitre 2 : la communication

*« Il ne sert à rien d'éprouver les plus beaux sentiments
si l'on ne parvient pas à les communiquer. »*

Stefan Zweig

A. COMMUNICATION

La communication est définie dans le dictionnaire d'orthophonie²³ comme « *tout moyen verbal ou non-verbal, utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre* ». On peut également dire que la communication est un acte vital qui participe à la construction de l'individu.

La communication est l'élaboration, la production et la transmission par un individu (*émetteur*) d'un énoncé verbal ou non-verbal à un autre (*récepteur*), qui se doit idéalement de l'écouter, le déchiffrer et d'y réagir en utilisant lui-même le langage verbal ou non-verbal.

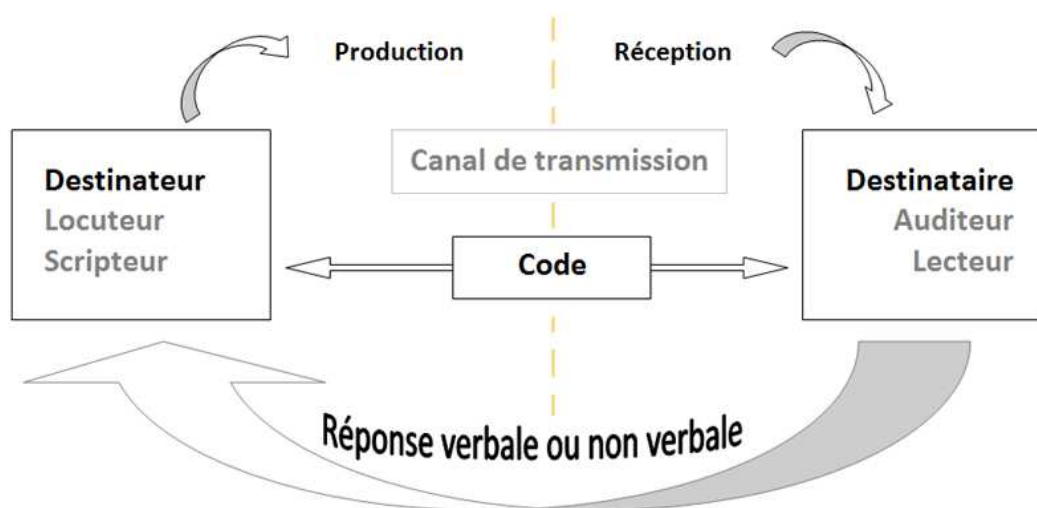


Fig. 3 : Schéma de la communication

Ce schéma basé en partie sur le schéma de la communication de Jakobson a été quelque peu enrichi²⁴ :

- Pour communiquer, il faut donc indiscutablement un émetteur (qui peut-être présent ou absent) et un récepteur (qui lui pourra être réel, virtuel, fictif, présent ou absent).

23 F. BRIN, C. COURRIER, E. LEDERLE, V. MASY.

24 Cours de D. LEROND, orthophoniste.

- La communication nécessite également un code, en partie commun à chacune des parties et qui puisse être transmis. Il peut être linguistique, gestuel, graphique... Nous reviendrons sur ce code plus loin, dans notre chapitre sur le langage.
- Le code est véhiculé par un canal privilégié que chaque interlocuteur doit être en mesure de saisir et de comprendre (en prenant garde aux interférences et aux déficits sensoriels, notamment)
- La communication se base sur une intention, un message.

Le schéma proposé ci-dessus présente le mouvement de l'information autour des interlocuteurs, mais ne détaille pas qui ils sont et les compétences dont ils disposent. Or, l'orthophonie visant à aider l'individu à communiquer, il nous a semblé important de présenter un modèle qui tienne compte des interactants et de la situation dans laquelle ils échangent.

C. Kerbrat-Orecchioni²⁵ propose la construction suivante.

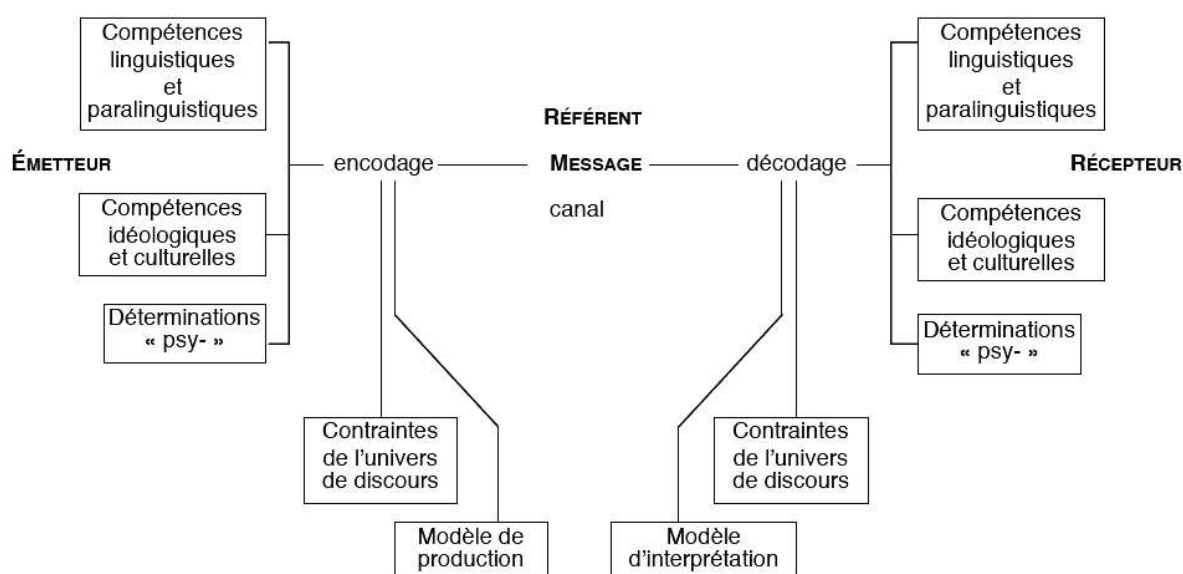


Fig. 4 : Complexité de l'interaction linguistique.

25 L'énonciation : de la subjectivité dans le langage, 2009, 4e édition, édition Armand Colin.

La communication duelle se fonde sur un travail d'intercompréhension, qui va tenir compte de l'identité des personnes, du contexte situationnel, de l'implication des locuteurs (leur intentionnalité ou le feed-back renvoyé). Chaque interlocuteur possède des compétences linguistiques et paralinguistiques qui sont issues de son expérience. La communication n'est pas qu'un simple flux d'information : elle nécessite de prendre l'autre en compte, à travers des réajustements permanents. En effet, chaque individu dispose de ses propres compétences linguistiques, culturelles et de sa propre psychologie.

On notera que la communication plurielle peut-être rendue difficile par la complexité de l'instance émettrice (si plusieurs niveaux d'émissions se superposent ou se relayent) ou par la complexité de l'instance réceptrice (si l'information donnée par l'émetteur est dispersée entre plusieurs récepteurs, prévus ou non).

Nous retiendrons également que communiquer nécessite plusieurs compétences :

- **la compétence linguistique** qui fait référence à la connaissance et à l'appropriation du système de la langue ;
- **la compétence discursive** qui impose au sujet de s'adapter à son interlocuteur et aux différents types de discours ;
- **la compétence référentielle** qui regroupe la connaissance des domaines d'expérience, des objets du monde et de leur relation ;
- **la compétence socio-culturelle** qui comprend la connaissance des règles d'usage d'une société et de son histoire culturelle.

Selon Hymes, la communication nécessite des compétences communicatives, c'est à dire des connaissances sur la langue et ses utilisations par tout individu membre d'une communauté linguistique : c'est l'influence réciproque du langage et du contexte social.

B. LANGAGE ECRIT

1. Définition

La notion de **langage écrit** recouvre à la fois le versant compréhension (*lecture*) et production (*écriture*) d'un système codé en signes graphiques, permettant sur tout support possible, la transmission d'informations et la communication entre individus d'une même communauté linguistique ayant reçu un enseignement dans ce domaine.

Pendant longtemps, savoir lire et écrire a été un privilège et donc une source de pouvoir : l'école, qui procède à ces enseignements, n'est obligatoire que depuis les lois Ferry de 1881.

2. Enjeux

L'acquisition du langage écrit est basée sur un apprentissage lié à un enseignement systématique et explicite dispensé par l'adulte. Elle appartient aux souvenirs épisodiques de mémoire procédurale (en ce qui concerne le geste graphique) et sémantique (en ce qui concerne l'orthographe). Ces apprentissages sont effectués par association au langage oral : aussi, moins l'écriture est utilisée dans la vie quotidienne, plus elle prend la forme du langage parlé, au détriment des structures spécifiques de l'écrit.

Le langage écrit a une fonction sociale très importante, puisqu'il naît de l'interaction entre deux pôles : la *production*, c'est à dire l'opération de scription et la *réception*, autrement dit la lecture. L'écrit est la matérialisation de cet échange entre deux instances, avec tout ce qu'elle implique sur le plan des références et des partagés communs.

3. Versant production : l'écriture

L'écriture est la représentation de la pensée et du langage par l'utilisation de caractères graphiques conventionnels. Elle permet l'échange d'informations à distance et la possibilité d'en garder la trace, transportable et conservable.

Elle repose sur des signes qui permettent le plus souvent de transcrire des sons verbaux grâce à l'assemblage de lettres. Ces lettres, de forme stable, constituent l'alphabet d'une langue. Chaque graphème, sous la forme d'une ou plusieurs lettre(s), peut exprimer un voire plusieurs son(s) ou phonème(s). La maîtrise des correspondances grapho-phonémiques constitue une difficulté majeure dans l'application des règles qui définissent la manière conventionnelle d'écrire : l'orthographe de la langue.

Cette difficulté combinée à l'opacité de la langue française font qu'il est impossible de maîtriser l'écriture de tous les mots de la langue. Nous sommes tous amenés à douter de l'orthographe d'un mot, que l'on rédige une lettre, un mémoire ou que l'on participe à la dictée de Bernard Pivot.

Il s'agit toutefois de bien distinguer l'orthographe (qui est *la faculté d'écrire les mots de la manière considérée comme seule correcte dans une communauté linguistique donnée*) du graphisme (*en référence au geste moteur*). La transcription graphique est l'expression de la représentation mémorisée du mot à transcrire, selon un modèle kinesthésique qui guide le geste selon des programmes moteurs définis.

L'écriture met en œuvre trois mécanismes, que nous allons à présent détailler :

- la traduction de la pensée par le texte,
- l'expression des mots et de leur sens à travers l'orthographe,
- l'utilisation du support de l'espace de la page.

a. Production de texte

L'écriture spontanée fait appel à un encodage, c'est à dire l'expression d'un langage intérieur à l'aide d'un code graphique. La production d'un texte peut être assimilée à une tâche de résolution de problème. Pour le scripteur, produire un texte est une tâche complexe car il doit réaliser un ensemble d'opérations :

- la **planification** qui consiste en l'élaboration d'un message pré-verbal organisant les idées au niveau conceptuel.
- la **traduction** ou mise en texte, qui désigne l'encodage graphémique, orthographique et syntaxique du message pré-verbal.
- la **révision** qui met en œuvre le processus de contrôle et d'évaluation de la production par rapport à ses représentations mentales.

Ces trois opérations, décrites par Hayes et Flowers en 1980, sont mobilisées différemment selon les individus et les contraintes rencontrées.

Kellogg, en 1996, décrit la production écrite chez le scripteur adulte dans un modèle mettant en relation la mise en œuvre et la gestion des processus rédactionnels ainsi que les caractéristiques de la mémoire de travail (elle-même définie par Baddeley).

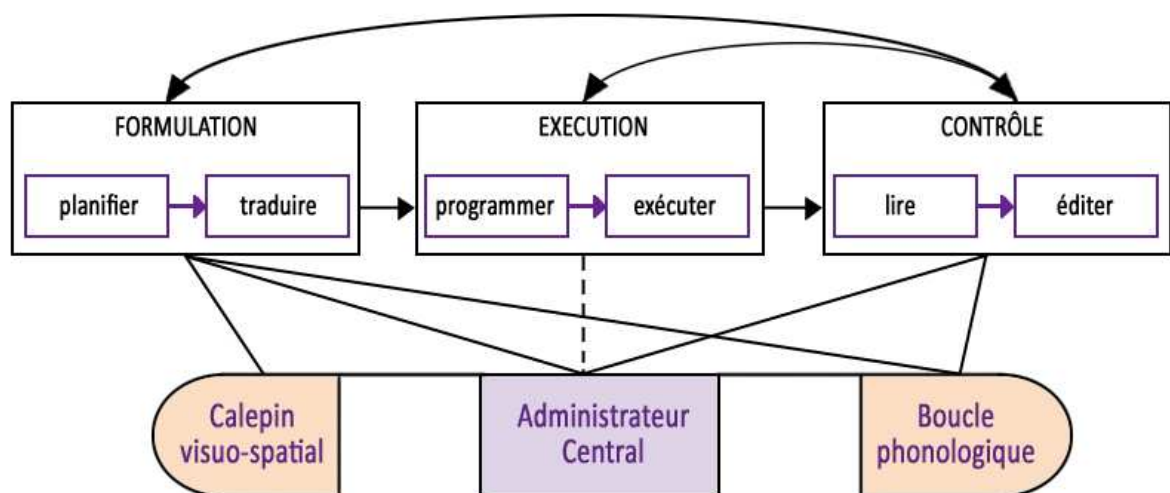


Fig. 5 : Modèle de KELLOGG

Rappelons la théorie de la mémoire de travail de Baddeley établie en 1986 :

- **Un administrateur central** ou système attentionnel superviseur, sélectionne les stratégies cognitives à adopter devant une tâche : il planifie et gère l'ensemble des opérations. Il va également allouer une partie de sa capacité de traitement lorsqu'un de ses systèmes esclaves a besoin de davantage d'énergie cognitive pour traiter une information.
- **Le calepin visuo-spatial**, système esclave à capacité limitée, va traiter les stimuli visuels, générer des informations à partir de données visuelles (comme par exemple, des images mentales utilisées comme moyens mnémotechniques). Il est impliqué dans le stockage en mémoire à court terme de celles-ci et dans leur manipulation.
- **La boucle phonologique**, système esclave à capacité limitée, va être mobilisée dans le traitement du matériel verbal (que l'entrée soit auditive ou visuelle, il y aura toujours un recodage phonologique) : elle assure le maintien de l'information verbale par un processus de récapitulation articulatoire. Ces informations stockées sous forme de codes phonologiques, s'effacent dans un délai de 1 à 2 secondes si elles ne sont pas réactivées.

Chaque personne privilégie le système le plus efficace pour elle, même si les deux se complètent : la boucle phonologique pour certains, qualifiés de « *plutôt auditifs* » et le calepin visuo-spatial pour d'autres, davantage « *portés sur le visuel* ».

Les processus rédactionnels sont décrits par Kellogg dont le modèle présente l'intérêt d'explicitier leur coût en ressources attentionnelles :

- **La formulation** : Il s'agit dans un premier temps de la *planification* de l'opération d'écriture, elle nécessite le concours de l'administrateur central et du calepin visuo-spatial. Un deuxième temps est consacré à la *traduction* des idées sous forme de langage : elle fait appel à l'administrateur central et à la boucle phonologique.
- **L'exécution** : le processus de *programmation* sollicite spécifiquement l'administrateur central. Si l'*exécution graphique* est automatisée, elle ne nécessite aucune ressource attentionnelle.
- **Le contrôle** : le processus de *lecture* mobilise à la fois la boucle phonologique et l'administrateur central, tandis que le processus *d'édition* n'est supervisé que par l'administrateur central.

b. Maîtrise de l'orthographe

Produire une phrase sous la dictée et à fortiori lors d'une production spontanée, implique un certain nombre de compétences connexes :

- segmenter la phrase à écrire en mots
- trouver la bonne orthographe des mots
- appliquer les règles grammaticales

La neuropsychologie cognitive décrit deux procédures orthographiques, utilisés en parallèle pour écrire les mots :

- **La voie d'adressage** (*voie lexico-sémantique ou procédure lexicale*) permet d'écrire un mot en accédant directement à sa forme orthographique mémorisée dans un lexique interne : il faut pour cela qu'il soit connu et stocké ;

L'utilisation de cette voie est indispensable pour pouvoir transcrire des mots dits *irréguliers* c'est-à-dire dont l'orthographe ne répond pas aux règles habituelles de correspondance phonèmes-graphèmes (c'est le cas, par exemple, du mot [fam] qui s'orthographie « femme »). Il sera également nécessaire d'y avoir recours pour distinguer les homophones les uns des autres (comme le mot [kɔk] dont le son [k] peut être orthographié « c », « qu » ou « k »), ainsi que pour transcrire des mots ayant une particularité orthographique (par exemple, la transcription du son [o] de « landau » ou de « bateau »).

- **La voie d'assemblage** (*voie phonologique ou procédure par médiation phonologique*) permet d'écrire en se basant sur la forme sonore des items à transcrire, notamment la production de logatomes (*suite de syllabes dépourvue de sens*) et plus fréquemment de mots inconnus, en se référant aux seules correspondances phono-graphémiques.

Un mot, qu'il soit régulier ou irrégulier, pour pouvoir être écrit, doit avoir préalablement été identifié. Si son orthographe est connue, il pourra être récupéré dans le lexique interne : cette tâche s'apparente à une procédure de rappel. Si elle est inconnue, il devra faire l'objet d'une **stratégie de convention** (*composition d'une orthographe plausible en utilisant des connaissances alphabétiques et des informations partielles mémorisées*) ou d'une **stratégie par analogie** (*transfert de connaissances des mots familiers vers des mots non-familiers, impliquant une mémorisation des mots proches et d'un enchaînement particulier de lettres*).

L'orthographe grammaticale est conditionnée par l'application de règles grammaticales, qui font l'objet d'un apprentissage par le biais d'un enseignement explicite réalisé à l'école primaire. C'est un exercice coûteux en ressources attentionnelles, nécessitant une réflexion consciente et une bonne connaissance des structures syntaxiques de l'oral. L'application des règles de la grammaire française, réputée complexe, s'automatise avec la pratique de l'écriture, libérant ainsi l'énergie cognitive qui pourra, dès lors être reportée sur des tâches de plus haut niveau.

Le langage peut en outre faire l'objet d'un transcodage. C'est la transformation d'un code en un autre : il est utilisé notamment dans les exercices de **dictée** (*passage d'un système de réception auditive à un système d'expression graphique*) et de **copie** (*passage d'un système de réception visuelle à un système d'expression graphique*).

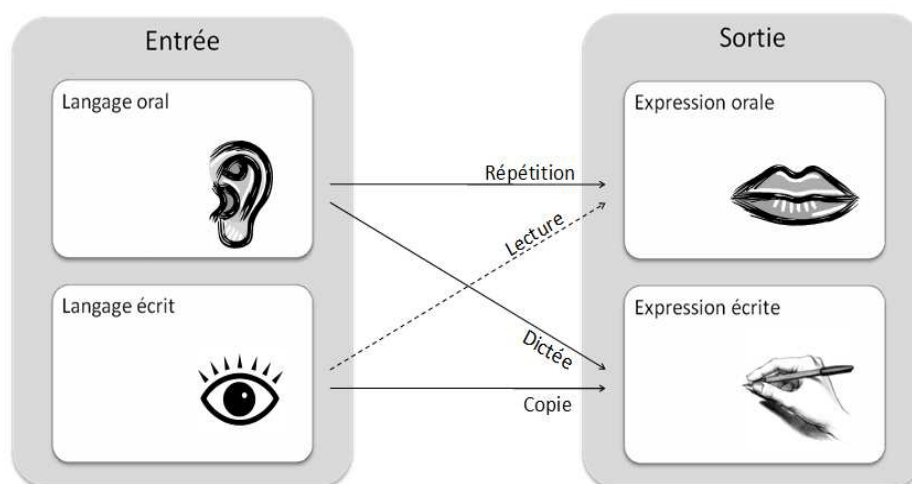


Fig. 6 : Différentes transpositions du langage, d'après G. Barroche, 2008.

La tâche de dictée nécessite la perception du stimulus sonore et son maintien dans la boucle phonologique le temps nécessaire à la production écrite. Elle implique non seulement des **compétences cognitives dites de bas niveau** comme :

- la conversion phono-graphémique (*comment écrire le son entendu ?*),
- la sélection allographique (*quelle forme graphique utiliser ?*),
- le geste moteur (*comment produire cette forme ?*),

mais aussi des **compétences dites de haut niveau** comme :

- la construction du sens local (*quels mots utiliser ?*),
- la construction du sens général (*le texte produit est-il cohérent ?*).

La tâche de copie implique la réception de stimuli visuels et leur maintien dans le calepin visuo-spatial. La conservation temporaire de ces informations est conditionnée par les possibilités attentionnelles et par l'empan visuel, sous peine de devoir effectuer un va-et-vient permanent entre les lettres à copier. Si la représentation du mot peut-être lue par adressage, car stockée dans le lexique orthographique, celui-ci sera copié plus facilement. Cette tâche sollicite exclusivement des **compétences cognitives de bas niveau** (sélection allographique et geste moteur).

L'acquisition de l'orthographe est plus complexe que celle de la lecture : il est, en effet possible de déchiffrer des mots que l'on ne connaît pas, mais on n'en a jamais réellement terminé avec l'orthographe. La lecture est moins coûteuse en ressources cognitives que la production orthographique.

c. Organisation spatiale de l'écriture

L'acte d'écrire nécessite un contrôle visuel important. Le contrôle visuo-spatial permet de vérifier l'organisation générale de la page comme la présence de marges autour du texte, le respect des lignes et des espacements entre les mots, puis plus finement, les points des i et des j, les barres des t et les accents. D'après B. Croisile²⁶, en outre, le contrôle des lettres doublées est non seulement orthographique mais aussi visuo-spatial.

Van Galen, qui a produit l'actuel modèle de référence dans le domaine de la production graphique en 1991, parle d'*intégration visuo-motrice*. Celle-ci, en associant coordination oculo-manuelle et visuo-construction, permet d'agencer l'écriture d'un point de vue spatial. Ce processus est situé en amont du programme moteur, qui permet la réalisation motrice de l'écriture en termes de direction, de séquentialité, de taille et d'organisation des traits constitutifs des graphèmes.

26 Bernard Croisile, Écriture, Vieillesse et Alzheimer, in Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillesse, sept. 2005 Volume 3, numéro 3.

4. Versant compréhension : la lecture

La **lecture** regroupe l'ensemble des activités de traitement perceptif, linguistique et cognitif de l'information écrite. Elle permet au lecteur de décoder, de comprendre et d'interpréter les signes graphiques d'une langue alphabétique.

Si la lecture et l'écriture sont indissociables et s'influencent mutuellement, les processus qu'elles mettent en œuvre sont différents. La spécificité de la lecture est qu'elle nécessite la reconnaissance de mots écrits. Après l'analyse visuelle du mot, cette reconnaissance peut se faire selon les modalités que nous avons décrites plus haut :

soit par le recours à la voie d'assemblage (ou procédure par médiation phonologique, utilisant la conversion grapho-phonémique) pour les mots inconnus et les logatomes,

soit par le recours à la voie d'adressage (ou procédure lexicale faisant appel à la forme globale des mots déjà connus) pour les mots irréguliers ou déjà stockés en mémoire à long terme.

a. Processus mis en jeu

La tâche de lecture nécessite à la fois la reconnaissance de mots écrits (*perception visuelle et identification*) et des capacités de compréhension (*liées aux connaissances encyclopédiques du lecteur, connaissances que le sujet possède sur le monde qui l'entoure*).

La lecture s'appuie, comme l'orthographe, sur le système lexical qui comprend :

- **le système sémantique**, qui en est la composante centrale, stocke et traite l'ensemble des connaissances que nous avons sur le monde sous forme de *représentations sémantiques*.
- **Ces représentations sémantiques**, schématisées sous la forme de systèmes ou *lexiques*, peuvent être de nature sémantique, phonologique, orthographique ou perceptive. Ce sont elles qui forment et enrichissent les *concepts*.
- **Les concepts**, qui sont des représentations symboliques, peuvent être décomposés en un ensemble de propriétés sémantiques ou *traits*, de type catégoriel, sensoriel, fonctionnel ou associatif.

Une organisation du système, ou de la *mémoire sémantique*, sous la forme d'un immense réseau reliant concepts et traits sémantiques est aujourd'hui l'hypothèse admise. Ces connaissances seraient activées au sein du système sémantique à travers les lexiques d'entrées : par *activation de la forme sonore* dans le lexique phonologique d'entrée pour les mots entendus et par *activation de la forme graphique* dans le lexique orthographique d'entrée pour les mots perçus visuellement.

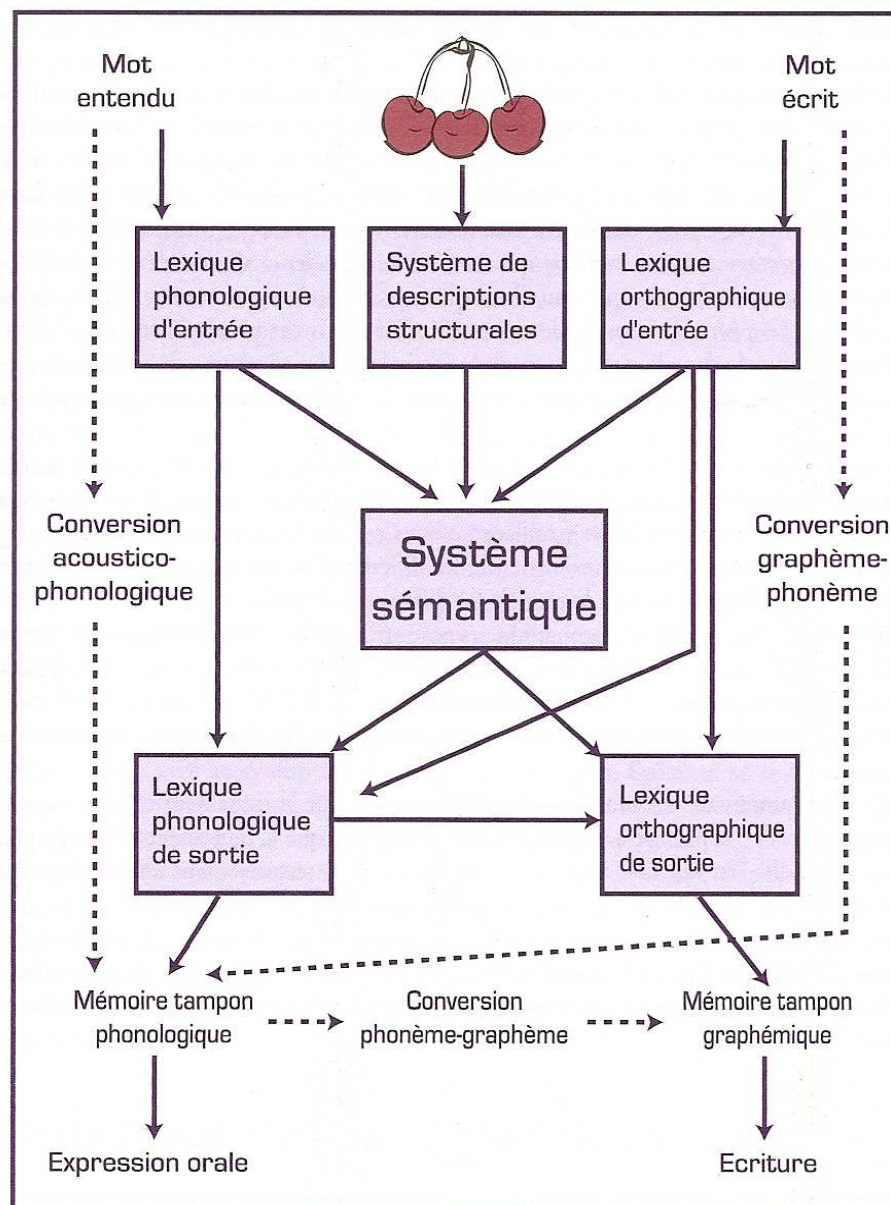


Fig. 7 : Modèle simplifié du système lexical, d'après Caramazza et coll

Si l'item entendu n'est pas connu, aucune représentation phonologique ne lui est associée dans le lexique phonologique d'entrée. Avant d'être produit, celui-ci devra donc être analysé de façon séquentielle et ses caractéristiques acoustiques converties en traits phonétiques connus.

- ⇒ *Pour être répété*, il devra d'abord être maintenu dans la mémoire tampon phonologique où ses traits phonétiques seront temporairement stockés dans l'ordre de la chaîne parlée et ce, durant le temps nécessaire à leur articulation.
- ⇒ *S'il doit être écrit*, ses traits phonétiques seront respectivement convertis sous forme de traits graphémiques avant d'être conservés provisoirement dans la mémoire tampon graphémique. Ces derniers permettront ensuite d'activer les programmes moteurs qui leur sont associés pour finalement aboutir à la représentation graphique de l'item à transcrire.

Par contre, **si le mot perçu visuellement n'est pas connu** et n'active par conséquent aucune représentation orthographique stockée dans le lexique orthographique d'entrée, il devra, quel que soit le cas de figure, être analysé.

- ⇒ Il sera décomposé de façon séquentielle par conversion grapho-phonémiques pour pouvoir *être lu*. Il pourra éventuellement être reconnu par le lexique phonologique à la suite de l'assemblage phonétique.
- ⇒ *S'il doit être écrit*, il subira, comme nous l'avons détaillé précédemment, une conversion en traits graphémiques avant de faire l'objet d'une tentative de production, qui sera aussi correcte que possible. Notons toutefois que cette procédure n'est pas la même pour la tâche de la copie servile d'un modèle, qui n'implique pas la compréhension.

Ainsi, on comprend d'emblée la complexité de ces mécanismes, encore très fragiles au moment de leur acquisition mais qui se consolident avec le temps. En règle générale, le vieillissement modifie peu les processus de lecture-écriture. Cependant, certaines perturbations peuvent apparaître, entre autres avec la maladie d'Alzheimer :

- **l'agraphie** rassemble les difficultés praxiques, visuo-spatiales ou langagières de rendant difficile l'expression écrite,
- **l'alexie** désigne différentes perturbations entravant l'accès au langage écrit. La lecture nécessitant la collaboration et le fonctionnement adéquate du système visuel et du système linguistique, elles peuvent être d'origine périphérique (visuo-spatiale) ou centrale (langagières).

C. LANGAGE ECRIT CHEZ LE MALADE ALZHEIMER

1. Versant production : l'écriture

Les personnes âgées se plaignent en général de leur écriture : le trait graphique tremblé, les accords grammaticaux plus difficiles, l'orthographe de certains mots complexes et l'écriture des lettres doublées, par exemple. D'après B. Croisile, ces difficultés sont révélatrices de la réduction des ressources attentionnelles²⁷.

Dans la maladie d'Alzheimer, l'écriture se désorganise progressivement. B. Croisile observe précocement une réduction des capacités rédactionnelles, une modification du graphisme et l'apparition d'erreurs orthographiques inhabituelles. Ainsi, la manifestation de l'agraphie est un symptôme précoce de la maladie.

a. Enjeux

Selon B. Croisile²⁸, « *l'écriture est une composante du langage plus complexe et plus fragile que l'expression orale. Cette fragilité a plusieurs explications qui s'associent : acquisition tardive de l'écriture par rapport à la parole [...], moindre utilisation de l'écriture dans la vie courante, complexité plus importante du style et de la syntaxe de l'écriture, alors que le langage oral se contente de plus en plus de raccourcissements et d'approximations.* ».

L'atteinte de l'écriture est souvent plus sévère que celle du langage oral pour la simple raison que l'écriture est moins employée de manière générale. Son étude peut néanmoins permettre de mieux comprendre les mécanismes de la maladie d'Alzheimer et parfois d'aider au diagnostic différentiel.

Il est néanmoins possible que, dans le cas où la personne MA a utilisé l'écriture de façon régulière et intensive (dans le cadre de l'exercice de sa profession, par exemple), le langage écrit reste un outil de communication efficace²⁹.

27 *Écriture, Vieillesse et Alzheimer*, Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillesse, sept. 2005, Vol. 3, n°3.

28 Bernard Croisile, op. cit.

29 Debarb et Rousseau, *la communication écrite chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer*, Glossa n°81, 2002, pp 58-63

b. Processus mis en jeu

L'écriture repose sur des processus cognitifs mis à mal par la maladie d'Alzheimer. Elle peut être altérée au niveau de :

- la description, la syntaxe et l'orthographe, qui dépendent des fonctions langagières et du raisonnement,
- l'organisation spatiale, qui met en jeu des compétences visuo-constructives,
- le graphisme, le geste moteur nécessitant des compétences praxiques.

- **Au niveau description, syntaxe et orthographe**

Désorganisation cognitive. Dans les tâches de description écrite d'une image complexe, les personnes atteintes de MA produisent des textes courts et peu informatifs, dans lesquels on observe des informations inappropriées ainsi que de nombreuses fautes d'orthographe. On note une syntaxe simplifiée (*moins de propositions subordonnées*) mais correcte et cohérente, qui serait liée à des difficultés sémantiques et à une réduction des capacités attentionnelles.

Tableau d'agraphie lexicale. On note chez ces patients plus de difficultés à écrire les mots irréguliers que les mots réguliers et les logatomes. Une étude de Rapcsak et coll³⁰ confirme que les troubles du langage écrit chez les personnes atteintes de MA affectent la voie lexicale (et donc le système sémantique) plutôt que la voie phonologique qui reste relativement préservée.

Une autre étude³¹ établit, malgré l'hétérogénéité des atteintes de l'expression écrite, un profil d'évolution. L'agraphie lexicale au stade initial de la maladie, se généralise progressivement vers une agraphie phonologique et entraîne une impossibilité d'écrire. Notons également que l'atteinte de l'expression écrite dépend également du niveau socio-éducatif de la personne.

30 RAPCSAK et al., Lexical aphasia in Alzheimer's disease, 1989.

31 Rousseau, Piton et Fromage, l'expression écrite comme indicateur de sévérité dans la démence de type Alzheimer, Glossa n°96, 2006, pp 60-71.

Un trouble de l'imagerie mentale des lettres peut entraîner des difficultés allographiques (*mélange majuscules-minuscules*). L'aggravation de la démence engendre une dégradation du graphisme, jusqu'à un tableau d'agraphie apraxique, qui correspond à des erreurs de traits, des inversions de boucles, des oublis ou des itérations de jambages, des maladresses dans les lettres rendues finalement illisibles.

- **Au niveau organisation spatiale**

A un stade initial ou modéré de la MA, B. Croisile³² a noté peu de troubles dans la construction spatiale de l'écriture. A des stades évolués de la démence, les propriétés spatiales de l'écriture sont massivement touchées : perte du maintien des lignes, mots et textes dispersés ou ramassés sur une partie de la feuille.

- **Au niveau moteur**

Au niveau du graphisme, B. Croisile a cette fois observé que les patients Alzheimer augmentent la pression et l'épaisseur de leurs traits par rapport à une population témoin. Le texte semble également tracé plus bas sur la feuille et le nombre de levées de stylo augmente.

2. Versant production : la lecture

Nous l'avons vu, lecture et écriture sont des processus étroitement liés. L'agraphie lexicale rencontrée précocement chez la personne MA répond à une alexie lexicale, qui ne permet qu'une lecture par voie phonologique (en respectant les règles de conversion graphème-phonème).

La personne MA peut ainsi lire les mots réguliers et les logatomes, mais commet des erreurs sur les mots irréguliers qu'il va régulariser. Il va commettre des paralexies. Il semblerait que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer soient sensibles à la notion de fréquence des mots : un mot est lu d'autant plus difficilement qu'il est peu rencontré³³.

Elles rencontrent également des perturbations au niveau du balayage visuel, qui se manifestent par l'omission de mots, voire de lignes.

32 *Écriture, Vieillissement et Alzheimer*, Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement, sept. 2005 Vol. 3, n°3.

33 R. GIL, *Neuropsychologie*, 2004, 3e édition, édition Masson

Pour conclure.

Conserver la lecture contribue à garantir la meilleure qualité de vie possible pour les personnes MA ont, toute leur vie, développé une activité de lecture-plaisir. Si le malade Alzheimer oublie rapidement ce qu'il vient de lire, parce que sa mémoire est défaillante, la bonne humeur qu'il tire de ses lectures persiste au-delà de ces instants agréables.

Chapitre 3 : l'orthophoniste

*« Et qu'importe si demain, ils ne s'en souviennent plus,
Et qu'importe si demain, il faut tout recommencer,
En gérontologie, on ne travaille pas pour demain,
mais pour maintenant »*

C BADEY-RODRIGUEZ

A.ROLE DE L'ORTHOPHONISTE

Aujourd'hui, l'intérêt de l'orthophonie auprès des personnes atteintes de démence est officiellement reconnu. La nomenclature générale des actes professionnels confie à l'orthophoniste un « bilan des troubles d'origine neurologique » et « le maintien et l'adaptation des fonctions de communication ». C'est aussi le cas du plan Alzheimer gouvernemental, lancé en 2004 et poursuivi en 2008, qui précise le rôle des orthophonistes.

L'intervention orthophonique est recommandée dans les maladies avec atteinte du langage au premier plan mais peut également concerner les troubles de la déglutition. L'intervention orthophonique apparaît comme une voie thérapeutique non-médicamenteuse de première intention, mise en place sur prescription médicale. Elle doit être pratiquée par une personne formée et s'inscrire dans le cadre d'un projet de soins, et le cas échéant d'un projet d'établissement.

1. Nomenclature Générale des Actes Professionnels

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP ci-après) comprend la liste des actes pris en charge par la sécurité sociale dans le cadre d'un conventionnement.

a. Bilan orthophonique

Un bilan des troubles d'origine neurologique est inscrit dans la NGAP. Comme nous l'avons déjà évoqué, le bilan orthophonique doit être effectué sur prescription médicale : il permet une évaluation des troubles avant d'entreprendre une prise en charge, si nécessaire.

Le bilan comprend un entretien avec la personne et éventuellement ses proches afin de cerner la demande et le problème posé. L'observation du comportement, des relations entretenues avec l'entourage et l'examen clinique orthophonique détaillé vont découler de ces attentes et tisser un projet d'intervention thérapeutique.

L'orthophoniste pourra participer au diagnostic médical, aider à évaluer et à identifier la démence. Dans le cadre d'une évaluation cognitive globale, la HAS recommande l'utilisation d'outils standardisés et de passation brève, dont le **MMSE**, le **dessin de l'horloge**, le **test de fluence verbale** et **les cinq mots**, que nous avons décrits dans notre premier chapitre.

L'orthophoniste aura également pour objectif d'informer l'entourage des difficultés que va rencontrer la personne en raison de la pathologie qui l'affecte. Dans la perspective d'une adaptation de la communication, les proches de la personne MA seront au cœur de l'intervention orthophonique.

b. Séances individuelles

Comme le bilan auquel elles font toujours suite, la prise en charge orthophonique prescrite se construit en tenant compte des observations qui ont été faites durant l'évaluation : troubles de la mémoire, du langage et du comportement.

Les orthophonistes disposent depuis 2001 de la compétence de « *Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives* » qui est inscrite dans la NGAP et dispose d'une lettre clé AMO.

La NGAP précise que chaque séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes. Une première série de 50 séances est renouvelable, par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur, dans l'objectif de lui faire part de l'évolution du patient et de l'efficacité de la prise en charge engagée.

c. Séances de groupe

Il existe dans le champ orthophonique, des techniques de groupe. Ce type de rééducation doit être encadré à raison d'au moins un orthophoniste pour quatre patients. Comme les séances individuelles, les séances de groupe font suite au bilan individuel de chaque personne. Les groupes, de niveau homogène, sont constitués par l'orthophoniste.

Les séances de groupe débutent par une série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, et sont renouvelables par séries de 20 au maximum. Ce type de prise en charge collective porte le même libellé que la prise en charge individuelle, puisque l'objectif est le même.

2. Orthophonie et maladie d'Alzheimer

L'importance de la prise en charge des troubles cognitifs et de la communication dans la maladie d'Alzheimer par des orthophonistes ne fait plus aucun doute. En l'absence d'intervention thérapeutique, les capacités qui ne sont pas sollicitées vont rapidement disparaître, entraînant le déclin de la communication de la personne malade.

Selon l'ANESM³⁴, la prise en charge orthophonique s'inscrit dans les interventions qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles, des fonctions cognitives et sensorielles et au maintien du lien affectif et social.

a. Différentes approches

Il existe différentes approches qui se sont attachées à prendre en charge la maladie d'Alzheimer et ses troubles. Chacune de ces approches a ses limites, elles peuvent coexister.

Il faut noter que la maladie d'Alzheimer étant hétérogène et évolutive, l'objectif de la prise en charge thérapeutique ne va pas être de restaurer une capacité perdue. Ce qui est perdu l'étant définitivement dans ce type de pathologie neuro-dégénérative, toute tentative de récupération serait vaine, voire contre-indiquée. On n'utilisera donc pas l'approche sémiologique, comme en aphasiologie.

- L'approche cognitive vise la prise en charge des systèmes sous-tendant les différentes troubles.

En objectivant les déficits et les capacités préservées du sujet, cette approche applique des stratégies rééducatives appropriées à la spécificité de chaque trouble. On parle de réadaptation, les stratégies acquises devant être employées systématiquement dans la vie quotidienne. Néanmoins, cette approche rencontre ses limites à des stades avancés de la maladie, où elle n'est plus efficace.

³⁴ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, recommandations publiées en février 2009 par l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr/

- L'approche éco-systémique va prendre en charge, et la personne MA dans son milieu de vie, et son milieu de vie – famille, environnement, etc.

Quand la communication devient difficile, cette approche prend davantage en compte ce qui peut être réceptif à une thérapie : l'environnement, le système dans lequel le malade évolue. En déterminant comment la personne communique, en analysant ses capacités d'un point de vue pragmatique, cette approche veut renforcer ce qui est préservé, mettre en évidence les potentialités du patient et permettre à l'entourage d'adapter sa communication.

b. Objectifs

Il va sans dire qu'agir sur les troubles du langage de la personne Alzheimer paraît difficile, compte tenu de l'hétérogénéité des formes que prend cette maladie. Cette prise en charge visera donc principalement à maintenir et à adapter les fonctions de communication du patient et à aider la famille et les soignants à adapter leur comportement aux difficultés du malade.

En effet, la personne MA, utilisant le peu de moyens à sa disposition pour se faire entendre, se manifestera par son comportement que la famille et les aidants ne comprendront pas toujours (cris, déambulation, etc.). L'intervention auprès de la personne MA et de son entourage sous forme de guidance, tentera d'éviter la rupture de communication familiale.

L'intervention orthophonique peut être prescrite à différents stades de la maladie, l'approche thérapeutique devant être évolutive et s'adapter aux troubles du patient, à sa conscience des troubles, à son comportement, à sa motivation, à son histoire personnelle et aux possibilités de coopération avec l'entourage.

L'objectif principal est ainsi de continuer à communiquer avec lui, afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels. En exploitant les compétences préservées du patient et en prenant en compte tous les facteurs susceptibles d'améliorer ses performances à chaque moment de l'évolution de sa maladie : le thérapeute aidera le patient à vivre une existence digne le plus longtemps possible.

c. Ce qui peut faire l'objet d'une intervention orthophonique

Nous avons vu que l'orthophoniste doit toujours veiller au respect de la dignité de la personne, de sa place de sujet (par opposition au terme objet de soins), de ses choix (en cherchant systématiquement son accord), de sa volonté et de son autonomie.

Voyons maintenant à quels niveaux l'orthophonie peut tenter d'aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

- **Communication**³⁵

Nous l'avons constaté, communiquer avec la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer est un pari. Instaurer un échange demande de l'investissement de la part du thérapeute, qui doit garder la conviction que les paroles et les gestes d'une personne MA ont toujours un sens et qu'il doit les déchiffrer.

Si la communication entre une personne démente et l'orthophoniste est importante, il est encore plus important qu'elle soit généralisée à l'ensemble de ses interlocuteurs pour son bien. L'orthophoniste, spécialiste de la communication, peut intervenir sur plusieurs plans :

- **Au niveau du patient** : chaque personne ayant ses propres difficultés, ses propres préoccupations et ses propres capacités, l'orthophoniste tentera d'établir une relation de confiance sécurisante. Plus il connaît le patient, plus il est à même de comprendre le sens de ses paroles ou de ses comportements. Le thérapeute sera également sensible à la communication non-verbale, à toute attitude, toute mimique et tout geste ébauché par le patient. De même que l'orthophoniste pourra appuyer ses paroles par des indices non-verbaux auxquels le patient MA reste longtemps sensible.
- **Au niveau de l'entourage** : au delà de ce qui se joue dans l'esprit du conjoint ou de l'enfant, l'aidant doit entendre que la personne qui lui est chère est toujours la même. Il doit comprendre sur quoi il peut s'appuyer pour adapter sa communication. Tenir le malade informé des événements familiaux, continuer à lui parler comme il le faisait d'habitude est important.

35 Mitra Khosravi, La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles, 2003, Éditions Doin

- **Au niveau des soignants** : par manque de temps, de formation ou par habitude, il arrive que les soignants ne voient plus la personne âgée démente comme une personne, un interlocuteur à part entière. Aussi, le soin, la toilette, l'habillage, etc. sont-ils des moments privilégiés, qui doivent être saisis pour comprendre et développer un lien avec la personne MA. Entre le simple bon sens et la philosophie de l'Humanitude³⁶, parler à la personne et lui montrer qu'on lui accorde du respect et de l'importance est également un moyen de lutter contre la maladie. L'orthophoniste peut amener son expertise et ses solutions.

- **Langage**

Chez la personne MA, le langage se déstructure progressivement au profit d'une expression para-verbale riche et conservée.

L'orthophoniste en proposant des exercices, sollicite tout d'abord la compréhension orale, qu'elle soit simple ou complexe. La désignation d'images, de catégories correspondant à un mot, l'exécution de consignes sont des tâches impliquant la compréhension orale. La compréhension écrite peut être mobilisée par la lecture de mots, de textes ou d'images.

Le manque du mot chez une personne MA entraîne l'utilisation de mots génériques, de périphrases et de définitions par l'usage. Des paraphasies sémantiques (*un mot pour un autre*) peuvent être également observées. L'expression orale pourra être entraînée par la conversation ou la dénomination, des tâches de fluence ou de définition. Si le manque du mot est important, l'orthophoniste donnera des facilitations sémantiques (*catégories, traits sémantiques*) ou phonologiques (*ébauche orale*).

L'aggravation de la maladie entraîne l'accentuation de ces phénomènes, amenant la personne jusqu'à un jargon ou un mutisme, une stéréotypie (*production d'un mot et un seul, à chaque tentative de communication*) ou des écholalies (*répétition systématique des derniers mots entendus*). L'orthophoniste se concentrera alors sur la transmission et l'interprétation prudente, des messages à travers la communication para-verbale (mimique, voix, gestes).

Le matériel orthophonique, souvent destiné à un public jeune, est généralement considéré comme infantilisant s'il est proposé à des adultes.

36 La philosophie de soin de l'Humanitude a été développée par R. Marescotti et Y. Gineste dans le cadre d'une méthodologie, pour améliorer le prendre soin des personnes. Pour en savoir plus : www.igm-formation.net

- **Mémoire**

La mémoire est multiple. Elle désigne aussi bien la capacité que nous avons de stocker l'information et notre identité propre, nos souvenirs. Elle est la faculté de l'organisme à prendre en charge l'information, à la conserver et à la restituer en vue d'une bonne adaptation à l'environnement.

Pour construire un souvenir, il faut une information de départ (*perçue, relatée ou imaginée*) et de l'affectivité (*motivation, attention ou émotion*).

- **La saisie.** Une information sensorielle perçue (*perception*) est traitée sous tous ses aspects possibles et transformée en une représentation mentale en vue d'être éventuellement stockée et associée à d'autres représentations. L'encodage d'une information consiste à lui donner du poids et un sens (*codage et indiciage*).

⇒ Plusieurs stratégies peuvent être utilisées : la répétition, l'analyse, la mnémotechnie, la catégorisation, la création d'associations et l'élaboration d'une image mentale.

- **La fixation** est un mécanisme dynamique. Des processus de *consolidation* et de *stockage* interviennent pendant le sommeil, mais aussi par la répétition et par l'utilisation de l'information. Un souvenir peut être également remodelé (par évocation ou confrontation avec de nouvelles informations) voire effacé, plus facilement s'il vient d'être saisi.

- Enfin, l'**évocation** permet à l'organisme de restituer l'information stockée. La récupération volontaire d'une information réutilise les mécanismes et indices qui ont servi à son encodage initial.

⇒ Il existe 3 modes de rappel : le rappel libre, le rappel indicé et le rappel par association.

La mémoire étant la première touchée par des lésions organiques dans la MA, il est vain de vouloir la restaurer. L'orthophoniste tentera dans la mesure du possible de mettre en place :

- **des stratégies de facilitations**, notamment lors des phases d'encodage (*laisser plus de temps au patient pour encoder ; lui permettre de générer ses propres stratégies*) et de récupération (*fournir les même indices que ceux donnés à l'encodage ; utiliser des indices sémantiques et phonologiques*),
- **des techniques d'apprentissage** exploitant les capacités mnésiques préservées du patient, pour le rendre plus autonome, en lui apportant des connaissances importantes et spécifiques à un domaine :
 - **Technique de récupération espacée** (Camp, 1989) : la mémorisation de l'information est testée à intervalles de temps de plus en plus longs.
 - **Technique d'estompage** (Glisky et al, 1986) : les indices fournis au patient concernant l'information à récupérer sont progressivement estompés.
 - **Technique d'apprentissage sans erreurs** (Baddeley & Wilson, 1994) : la possibilité de commettre des erreurs est limitée par l'exposition répétée du patient à la bonne réponse (pas de demande explicite de récupération).
- **des moyens alternatifs** pour aider la personne à se souvenir, comme un planning personnel, un cahier mémoire, des photographies, par exemple.

- **Gnosies**

Les capacités gnosiques peuvent être sollicitées par les tâches de reconnaissances notamment visuelles (*visages célèbres ou connus*) ou auditives (*sons de la vie quotidienne, instruments de musique*). L'orthophoniste visera également à travailler la reconnaissance des lieux dans le cadre de l'orientation spatiale.

- **Praxies**

Les réalisations praxiques sont le reflet d'un schéma corporel intact, d'une bonne coordination visuo-spatiale et de l'intégrité des fonctions de programmation et de planification des gestes. En proposant à la personne des manipulations d'objets, des gestes à reproduire, l'orthophoniste peut stimuler les praxies.

Les praxies bucco-linguo-faciales, indispensables à l'alimentation et à la parole seront sollicitées en cas de troubles de la déglutition et de difficultés d'articulation, au travers d'exercices à imiter ou à réaliser sur consigne.

- **Orientation temporelle puis spatiale**

Pour permettre à la personne de prendre conscience du temps dans lequel elle se situe, l'orthophoniste utilise du matériel spécifique, comme un cahier-mémoire pour se souvenir ou un planning situé dans la chambre avec la date actualisée quotidiennement.

Il pourra travailler avec la personne sur son temps « personnel », c'est à dire sa date de naissance, son âge en telle année, sa participation à tel événement.

Pour lui permettre de se situer dans l'espace, il sollicitera ses capacités à se situer sur à un plan ou à situer des objets les uns par rapport aux autres.

- **Fonctions exécutives**

Il semblerait que les troubles des fonctions exécutives (*qui permettent par exemple, d'établir des priorités, résoudre des problèmes, coordonner, effectuer diverses tâches dans le bon ordre*) apparaissent tôt dans la maladie d'Alzheimer. Combinés à un ralentissement du traitement de l'information, ces troubles sont à l'origine de la plupart des difficultés rencontrées par les personnes MA dans les activités de la vie quotidienne (préparer un repas, planifier un itinéraire vers un lieu nouveau).

L'orthophoniste tentera de mobiliser le fonctionnement exécutif par le biais de planification de tâches de la vie quotidienne (organisation d'un repas, d'un voyage, des courses par exemple), dans des situations écologiques, qui puissent être utiles au MA.

Les troubles du raisonnement pourront être travaillés par l'intermédiaire de tâches de résolution de problèmes, de classement catégoriel, de déduction, de critiques de phrases absurdes, par exemple.

Pour conclure.

Il va de soi que ces troubles sont étroitement connectés et que la prise en charge orthophonique doit faire l'objet d'une adaptation minutieuse aux besoins de la personne MA. Il est important pour le thérapeute de rester concentré sur l'importance de ces apports dans le quotidien de la personne. Il est vrai que cette prise en charge est difficile, car elle n'attend ni guérison, ni restauration, mais espère tout juste ralentir l'évolution de la maladie.

B. INTERET DE L'INTERVENTION INDIVIDUELLE

Elle est, en orthophonie, le type de prise en charge le plus répandu. Dans le cadre de démences, en institution, nous nous sommes posé la question du type de prise en charge qui serait le plus adapté.

Il apparaît que certaines personnes, du fait de leur détérioration intellectuelle, deviennent incapables de soutenir l'expérience d'un groupe. La personne se trouvant dans l'impossibilité d'effectuer une tâche, parmi ses pairs, se trouvera mise en échec, face aux autres qui y parviennent. Le but n'est pas de laisser un patient sur un coin de table, désorienté ou déprimé par la prise de conscience de la perte de ses capacités.

Certains refusent catégoriquement de rencontrer d'autres personnes, pour des raisons qui leur sont propres et que l'on attribue à la personnalité. Dans tous ces cas, la prise en charge pourra alors se faire à titre individuel.

1. Avantages de la relation duelle

L'intervention orthophonique individuelle permet une prise en charge personnalisée, centrée sur la personne et adaptée spécifiquement à ses troubles et à ses besoins. Elle prend en compte ses goûts en matière d'activité, son passé, son histoire et ses relations avec ses proches. A ce titre, l'orthophoniste peut entrer en contact avec eux pour mettre en place des supports adaptés (photos de la famille, planning...). Évolutive, la prise en charge s'adapte à la progression de la maladie, mais aussi à la motivation du patient, à ses envies et ses attentes.

2. Des avantages en contexte institutionnel...

a. Trouver des repères stables

La personne âgée, particulièrement lorsqu'elle est atteinte de démence, accorde une grande importance aux activités ritualisées. Elle trouvera dans l'intervention de l'orthophoniste à fréquence régulière, à jours et horaires fixes, un cadre rassurant.

b. Améliorer l'autonomie

L'intervention orthophonique visera à préserver au maximum l'autonomie de la personne. En effet, la maladie diminue ses capacités de communication verbale et d'adaptation : elle engendre par conséquent une hypersensibilité à l'environnement.

c. Cibler les difficultés

Par l'établissement d'une relation de confiance, l'orthophoniste sera amené à mieux connaître la personne : il parviendra non seulement à connaître le canal et le code de communication que le patient utilise préférentiellement, mais aussi à cerner ses difficultés. S'il s'agit d'un trouble que l'orthophoniste peut réduire ou supprimer, il mettra tout en œuvre pour ce faire.

d. Rétablir la confiance en soi

L'intervention individuelle, personnalisée, permettra en général d'éviter une mise en échec du patient qui pourrait majorer ses éventuels troubles psycho-comportementaux. En axant la prise en charge sur les fonctions préservées de la communication, l'orthophoniste aura pour objectif la revalorisation du patient.

3. ... mais aussi des limites !

Dans une relation duelle, l'attention est portée exclusivement sur l'autre : cette « *pression* » peut-être génératrice d'anxiété, de malaise pour la personne démente.

Par ailleurs, l'établissement d'une communication efficiente entre deux personnes est une chose, mais ces bénéfices doivent être transférés aux autres relations (patient-soignant, patient-proche) : il s'agit de l'un des objectifs de l'orthophonie en institution.

C. INTERET DE L'INTERVENTION EN GROUPE

Un groupe prend naissance avec trois participants. Il permet de lever l'exclusivité de l'attention et ainsi de rendre la situation moins anxiogène pour le patient qu'une relation duelle où une certaine pression peut être ressentie.

En outre, l'autre est un élément stimulant. Les interactions en groupe peuvent être à la fois plus spontanées, plus naturelles mais aussi plus complexes que la relation individuelle : identifier la personne qui prend la parole, adapter son discours à l'auditoire, etc., demande une motivation et des compétences que la personne âgée MA peut avoir des difficultés à mettre en œuvre. Le groupe pourra alors mobiliser les capacités imitatrices du patient.

1. Phénomènes de groupes

D'après S. Baggio³⁷, le groupe est un phénomène social qui présente plusieurs caractéristiques particulières. Ses membres :

- sont unis par un lien social et partagent des valeurs, des normes et des intérêts identiques,
- agissent de concert, en participant au même système d'activités,
- exercent, par un jeu de relations interpersonnelles, une influence réciproque les uns sur les autres.

Dans un groupe, chacun doit s'habituer à l'autre, avant que ne se développent confiance et productivité. Les échanges interindividuels seront facilités dans un groupe limité à six individus : la convivialité est nécessaire aux interactions.

La recherche d'une reconnaissance, le besoin de se valoriser, d'être encouragé par des relations positives trouvera une réponse au sein d'un groupe. L'approfondissement de liens personnels chaleureux entre les membres se manifeste par des comportements tels que l'attention portée aux personnes réunies, la mise en place de relations authentiques.

³⁷ *Psychologie sociale*, 2006, édition de Boeck.

Cette dynamique relationnelle est importante quand le groupe se réunit, même si le sentiment d'appartenance ne dure que le temps de la séance, parce qu'il est oublié ensuite. En outre, la présence des autres augmente la performance individuelle face à des tâches faciles, quelque soit les niveaux de chacun.

D. ANZIEU³⁸ souligne ainsi que l'hétérogénéité peut jouer un rôle intéressant au sein d'un groupe : qu'elle soit culturelle, sociale ou intellectuelle, la différence est dynamisante pour tous ses membres.

2. Des avantages en contexte institutionnel...

a. Améliorer l'autonomie

Le groupe stimule le langage fonctionnel pour permettre une meilleure autonomie, en favorisant l'engagement de la conversation et la création de liens entre les participants. L'entraînement de ces capacités communicationnelles est important pour éviter leur abandon, d'autant plus qu'elles peuvent être transférées hors du groupe.

b. Lutter contre l'isolement

Malgré la dimension collective des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une certaine apathie semble parfois s'emparer de la personne MA. Lorsqu'elle décide de venir à un groupe, la personne lutte contre l'isolement, ce qui contribue à réduire son repli sur elle-même et à montrer son ouverture à l'autre.

c. Trouver des repères stables

Dans cet environnement où tout est organisé pour elle, où ses capacités d'organisation se désagrègent, la personne dépendante a perdu ses obligations, ses habitudes ainsi que ses repères temporels et spatiaux. En venant à un groupe, elle trouvera un cadre rassurant, des visages qui lui sont familiers dans un temps et un lieu d'échange plaisants.

38 ANZIEU D. et MARTIN J.Y. La dynamique des groupes restreints, 2003 PUF

d. Retrouver leur identité

Le groupe permet aussi à ses participants de retrouver une certaine identité. Être considéré comme un membre du groupe, attendu et écouté, c'est être considéré comme un être communiquant à part entière. Que ce soit ainsi, par sa forme collective ou par son contenu (évocation de souvenirs, par exemple), la personne en tant que sujet est renforcée d'un point de vue narcissique.

e. Rétablir le plaisir de communiquer

Utiliser le langage en situation d'interaction sociale permet de faire émerger, de rétablir ou de préserver le dialogue, menacé en institution. Et comme nous l'avons déjà mentionné ci-dessus, le transfert peut être fait à l'extérieur du groupe : la personne peut expliquer ce qu'elle y a fait, parler d'un autre participant, par exemple.

3. ... mais aussi des limites !

La participation volontaire à un groupe demande une certaine sociabilité et un désir exprimé d'aller vers les autres. Or, la personne MA ayant des difficultés langagières ou comportementales et à qui le groupe serait bénéfique, peut se trouver en proie à des humeurs changeantes ou à des velléités d'errances irrépessibles. Parfois, il peut arriver qu'elle ne puisse ni ne souhaite rester une heure assise dans une salle.

Par ailleurs, une autre difficulté demeure quant à la nature même du groupe. Il ne permet pas, même s'il est de taille restreinte, d'offrir une prise en charge tout à fait personnalisée de la personne MA, qui présente pourtant des troubles qui lui sont propres.

Pour conclure.

Il nous semble important de ne pas enfermer la personne dans un mode relationnel. L'idéal est de proposer à la personne MA la situation de communication dans laquelle elle est la plus à l'aise et de l'inviter de temps à autre à participer à un autre type de prise en charge.

Problématique

PROBLÉMATIQUE

Nous l'avons vu, l'impact de la maladie d'Alzheimer touche la personne dans sa communication avec le monde, qu'elle soit orale (c'est celle-ci que l'on remarque le plus évidemment) ou écrite, ce qui entrave davantage son autonomie et sa liberté. Nous avons également détaillé le rôle primordial de l'orthophoniste dans le maintien de cette communication, qui permet non seulement de garder le lien avec la famille mais aussi de retarder certains troubles de comportement.

Ce type de prise en charge, difficile et douloureuse pour les aidants quels qu'ils soient, est délaissée par les orthophonistes. Aussi, au travers de ce mémoire nous sommes-nous fixé l'objectif de réunir un certain nombre d'activités thérapeutiques sollicitant le langage écrit, qui soient adaptées aux personnes âgées. Ceci en prenant en compte le fait qu'il existe deux types de prises en charge, individuelle ou collective.

Le questionnement qui a découlé de nos objectifs est le suivant :

**Est-il possible d'élaborer des activités stimulant le langage écrit,
qui puissent être utilisées lors d'une intervention orthophonique
individuelle aussi bien que collective ?**

Dans l'optique de répondre à notre problématique, nous avons postulé qu'il est envisageable d'élaborer des activités thérapeutiques accessibles à une population MA :

- en termes de réalisation pratique et matérielle, pour les deux modalités de prise en charge,
- en termes d'adéquation à leurs centres d'intérêt privilégiant un caractère ludique sans être infantilisant,
- en termes de pertinence par rapport aux difficultés relatives à leur maladie et aux objectifs visés de maintien de la communication.

Démarche expérimentale

A. GENESE DU PROJET

Intéressée par la prise en charge de personnes âgées démentes, mais n'y ayant que rarement été confrontée lors de nos études, nous avons décidé de profiter de l'expérience de ce mémoire pour aller plus loin. Au départ, nous disposions d'idées d'activités, de matière « brute ». Nous n'en avions qu'une image grossière et souhaitions en évaluer la pertinence, la faisabilité et le caractère ludique, intéressant les adultes : c'est pourquoi nous avons souhaité les mettre en œuvre auprès de personnes âgées institutionnalisées.

Ces activités sont à l'origine de notre projet, c'est pourquoi nous avons fait le choix de les présenter succinctement de façon à rendre notre démarche plus limpide. Nous connaissions ces activités par notre cursus universitaire antérieur, nos loisirs et un stage effectué auparavant.

Dans un premier temps, nous avons envisagé de pouvoir comparer l'apport de ces activités en fonction du type d'atteinte en formant des groupes homogènes. Ne disposant pas d'un délai suffisant pour pouvoir mener ce premier projet à son terme, nous avons revu nos objectifs et constitué nos groupes différemment. Sans avis préconçu sur le type de prise en charge le plus efficace ou le plus adapté à la personne âgée démente, nous avons envisagé l'intervention individuelle aussi bien que collective. Notre démarche consiste donc à adapter nos activités selon les deux modalités de prise en charge possibles.

Nous allons, dans un premier temps, décrire succinctement nos activités, telles que nous les imaginions au préalable, sans expérience dans le domaine des maladies neuro-dégénératives. Nous étions évidemment consciente que ces activités littéraires, déjà complexes pour des personnes disposant de toutes leurs capacités cognitives, pourraient être difficiles, voire impossibles à présenter à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : il nous faudrait faire des choix et de nombreuses adaptations.

Nous reviendrons ensuite sur notre démarche auprès d'un EHPAD et de son équipe. Nous aborderons les techniques qui nous ont permis de sélectionner au mieux les participants à notre étude et en exposerons les profils. Nous décrirons enfin comment, après les premiers contacts avec les patients, nous avons transformé nos concepts d'activités en réalisations matérielles concrètes.

B. DESCRIPTION DES ACTIVITES RETENUES

1. Le Questionnaire de Proust

Le questionnaire de Proust est une liste de questions permettant de connaître les goûts et la personnalité des individus qui y répondent. A travers des questions modulables, il permet de dresser leurs portraits. On peut l'utiliser lors d'une première séance, pour « faire connaissance ».

2. Les sigles, acronymes et acrostiches

Les sigles sont des ensembles de lettres initiales qui forment un mot servant d'abréviation. Prononçable, il est appelé acronyme. L'activité consiste à retrouver le nom complet à partir de sigles écrits. Elle est préalable à la composition d'acrostiches (poème dont les initiales de chaque vers assemblées composent un mot).

3. Les proverbes détournés

L'activité consiste à retrouver un proverbe existant à partir d'une variante qui en modifie la forme ou le sens de manière humoristique.

4. Le jeu du dictionnaire

Ce jeu consiste à présenter une série de mots inconnus donnés à l'écrit sur un tableau : l'idéal étant que ces mots soient reconnaissables étymologiquement. L'objectif est de les définir ou de choisir parmi des propositions une définition plausible.

5. Le cadavre exquis

Au départ, il s'agit d'une activité ludique et collective inventée par des écrivains surréalistes vers 1925. Il s'agit d'un procédé d'écriture qui consiste à faire composer une phrase par plusieurs personnes sans qu'aucune d'elles puisse tenir compte des collaborations précédentes. On peut proposer des structures grammaticales rigides ou des structures plus libres.

6. Les mots-valises

Un mot-valise est constitué par l'amalgame de la partie initiale d'un mot et de la partie finale d'un autre. On peut essayer de trouver les mots qui les composent et la définition. Ou alors à partir de deux mots, imaginer comment on pourrait les assembler.

7. Traduction

Comme le comédien Fabrice Lucchini déclamant les fables de la Fontaine en utilisant le langage Verlan (à l'envers), l'idée est de proposer un texte court écrit dans le langage des jeunes (verlan, sms, argot...) afin que les personnes tentent de le « traduire » et d'en comprendre la signification.

8. Les chansons étranges

Les paroles de chansons connues sont modifiées par l'utilisation de synonymes : elles doivent être rendues méconnaissables à moins d'en comprendre le sens ou de se remémorer celles d'origine. Le but est de retrouver le titre de la chanson et le nom de l'artiste. On peut ensuite passer la chanson enregistrée pour vérifier l'exactitude de la réponse.

C. METHODOLOGIE ADOPTEE

Avant d'entrer à l'École d'Orthophonie de Nancy, nous avons toujours éprouvé de l'intérêt pour les personnes âgées. Nous avons notamment pris contact avec la maison de retraite Sainte-Thérèse à Ludres pour nous y rendre utile bénévolement : nous avons participé au passage de la bibliothèque itinérante chez les résidents de façon hebdomadaire dans le courant de l'année 2005. Aussi, c'est naturellement que nous nous sommes tournée vers cette structure connue pour y effectuer nos expérimentations.

1. Cadre de l'expérimentation

a. Établissement d'accueil : EHPAD Sainte-Thérèse

C'est en 1830 que le Comte de Ludre, devant la misère de certains habitants, cède un de ses biens à la Congrégation de Saint-Charles, pour que les Sœurs y fondent un Hospice. Dès 1835, il accueille pauvres, malades et infirmes des communes avoisinantes. Au début du 20^e siècle, l'établissement s'ouvre aux pensionnaires payants. En 1979, une section médicale est créée et l'Hospice devient la Maison de Retraite Sainte-Thérèse.

L'établissement, aujourd'hui EHPAD, compte 125 lits, 12 lits dans une unité spécifique aux personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer et un accueil de jour pour les personnes âgées extérieures qui, tout en restant à domicile, trouvent de la compagnie en journée, pour soulager leurs aidants.

b. Prise de contact avec l'équipe

Dès les premiers rendez-vous, Madame Gérard, cadre de santé de la maison de retraite, et Madame Caillieret, psychologue, se sont montrées enthousiastes devant notre projet. Elles nous ont appuyée auprès de M. Robaux, directeur de Sainte-Thérèse, qui nous a autorisée à effectuer nos interventions thérapeutiques auprès de résidents.

2. Entretiens avec les résidents

Après avoir été présentée individuellement auprès des personnes susceptibles de participer à notre étude, nous leur avons exposé l'objet de notre présence : le métier d'orthophoniste, le but de notre étude et l'importance de leur participation.

a. Choix du type d'entretien

Nous avons établi un plan d'entretien semi-directif afin de faire connaissance et d'amorcer le bilan de langage que nous souhaitons obtenir. Ce type d'entretien respecte le déroulement naturel de la communication et permet d'aider la personne interrogée à approfondir sa réponse.

b. Description

L'entretien visait à recueillir les données biographiques des participants et à balayer succinctement leurs rapports avec le langage écrit.

- Pouvez-vous me rappeler votre nom ? *Faire épeler*
- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre date d'anniversaire ?
- Où êtes-vous né(e) ?
- Jusqu'à quel âge avez-vous été à l'école ?
- Avez-vous travaillé ? Si oui, quel était votre métier ?
- Avez-vous des enfants, de la famille ?
- Lisez-vous ? *Si oui, quoi (romans, journaux, revues...) ?*
- Écrivez-vous ? *Si oui, à quelles occasions (animations, cartes de vœux, journal...) ?*
- Quels sont vos passe-temps ? *Participez-vous à des activités dans la maison ?*
- Avez-vous des difficultés pour parler ? Voir ? Entendre ?

3. Bilan de langage oral et écrit

Nous souhaitons évaluer les compétences exactes des patients que nous allons être amenée à rencontrer et apporter des données qualitatives permettant de compléter celles issues de la passation du MMSE. Nous avons privilégié un panachage de plusieurs épreuves de passation rapide évaluant des habiletés précises, en langage oral et langage écrit, en réception ou en production.

- Automatismes : chiffres à l'endroit puis à l'envers et jours de la semaine ;
- Fluence catégorielle : nombre de noms d'animaux donnés en 1 minute ;
- Fluence alphabétique : nombre de mots commençant par P donnés en 1 minute ;
- Proverbes à compléter : l'habit ne fait pas (le moine) ; rien ne sert de courir, (il faut partir à point) ; pierre qui roule (n'amasse pas mousse).

Quelques épreuves proviennent du **MT 86**³⁹ :

- Lecture du texte « *Tout est bien qui finit bien* » ainsi que des questions qui l'accompagnent, pour évaluer la qualité de la lecture à haute voix, la nature des éventuelles erreurs ainsi que la compréhension de questions portant sur le texte (et non pas les bonnes réponses à celles-ci) ;
- Lecture de 15 mots isolés ;
- Dictée de 10 mots et de 3 phrases ;
- Copie de 3 mots et d'une phrase ;

D'autres épreuves sont issues de la **BDAE**⁴⁰ :

- Description écrite de l'image du « *Voleur de Biscuit* »,
- Reconnaissance verbale : 8 mots donnés à l'oral à retrouver dans une liste écrite,
- Correspondance mot écrit/image : 10 mots à apparier avec l'image correspondante.

L'entretien et le bilan ont nécessité une passation de deux heures. Ils ont été proposés sur deux séances individuelles, qui se sont déroulées chez le résident.

39 Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (Nespoulous et al, 1992)

40 Boston Diagnostic Aphasia Examination (GOODGLASS, KAPLAN)

D. POPULATION

Nous avons établi avec Madame Caillieret une liste de personnes susceptibles de bénéficier et d'être intéressées par une prise en charge orthophonique autour de la lecture et de l'écriture. Nous avons convenu que le score MMSE de chaque participant serait calculé (soit réalisé par Madame Caillieret ou nous-même, soit issu de la dernière consultation mémoire).

1. Critères d'inclusion

Aux 12 personnes susceptibles d'être intéressées par une prise en charge orthophonique, nous avons proposé l'entretien ainsi que certaines épreuves de notre protocole de bilan. A l'issue de ceux-ci, nous n'avons retenu que 7 participants, à savoir les plus motivés et les plus volontaires.

Les personnes apparues comme peu fiables (d'humeur fluctuante et au comportement trop instable) à l'issue de notre première rencontre, ont été automatiquement exclues de notre population. Nous avons sélectionné les personnes les plus sociables et les plus aptes à la prise en charge collective, pour constituer notre groupe.

En effet, celui-ci ne pouvait être composé que de quatre personnes, conformément à la nomenclature générale des actes professionnels. Les trois personnes restantes, par ailleurs réfractaires à une intervention collective, ont bénéficié d'une prise en charge individuelle.

a. Pour la prise en charge individuelle

Afin de mettre en place nos activités et étudier leur faisabilité auprès de personnes âgées démentes, nous nous sommes orientée vers des personnes :

- dont un diagnostic de maladie Alzheimer est suspecté ou déclaré,
- qui ne présentent aucun trouble visuel nuisant à la lecture,
- qui ne présentent aucun trouble moteur entravant l'écriture,
- dont l'intérêt pour le langage écrit et sa manipulation est certain.

b. Pour la prise en charge collective

Les critères d'inclusion sont les mêmes que pour la prise en charge individuelle, à ceci près que nous ajoutons, comme nous l'avons dit, la motivation, le caractère sociable et l'envie d'aller vers autrui :

- un diagnostic de maladie Alzheimer est suspecté ou déclaré,
- aucun trouble visuel nuisant à la lecture,
- aucun trouble moteur entravant l'écriture,
- intérêt certain pour le langage écrit et sa manipulation.

2. Présentation des profils

Nous présentons ici les profils des personnes que nous avons retenues. Les entretiens sont rapportés sous forme résumée et les résultats du bilan sous forme de tableaux. Nous présentons les productions en annexe.

a. Pour la prise en charge individuelle

- **Madame U**

Madame U a 94 ans.

Diagnostic : Maladie d'Alzheimer suspectée

MMSE à 13/30.

Lecture : aime lire, mais « *parfois, les lettres se mélangent.* »

Écriture : a toujours évité les tâches d'écriture. Dysorthographe ?

Trouble principal : désorientation, léger manque du mot, mémoire de travail

A noter : Au niveau relationnel, Madame U a beaucoup de photographies dans sa chambre et elle a une fille qui vient la visiter régulièrement.

- **Madame L**

Madame L a 86 ans.

Diagnostic : Démence mixte suspectée

MMSE à 14/30.

Lecture : lit peu

Écriture : a peu d'occasion d'écrire

Trouble principal : désorientation temporelle, amnésie antérograde, prosopagnosie

A noter : Nous avons rencontré la fille de Madame L qui ne lui accorde plus la place d'interlocuteur, comme si elle était absente. Elle parle d'elle en termes si négatifs que c'en est gênant.

- **Madame H**

Madame H a 88 ans.

Diagnostic : Maladie d'Alzheimer

MMSE à 21/30.

Lecture : lit le journal quotidiennement, des romans

Écriture : dit correspondre longuement avec des proches

Trouble principal : amnésie antérograde ++, anosognosie

A noter : Madame H est une femme cultivée et curieuse, qui dispose de fortes compétences en français et latin. Son oubli à mesure est impressionnant, toutes les dix minutes, elle repose les mêmes questions.

Nom	Mme U	Mme L	Mme H
Âge	94	86	88
Diagnostic	MA ?	Démence mixte ?	MA
Présence en institution	3 ans 1 mois (37 mois)	3 ans 10 mois (46 mois)	2 ans (24 mois)
Niveau scolaire	CE (non-obtenu)	CE	Licence de lettres
Lecture	Lit « trop »	Peu	Romans
Écriture	N'aime pas	Peu	Correspondances
MMSE	13/30	14/30	21/30
Automatismes	+	... 4 2 1...	+
Proverbes	+	+	+
MT86			
Lecture HV et Cph° textuelle	Lecture : + Cph° : +	Lecture : erreurs sur mots grammaticaux Cph° : 6/7	Lecture : + Cph° : +
Lecture de mots	14/15 (ésole lu essolé)	15/15	15/15
Graphisme	Droitière. Hésitant	Droitière	Droitière. Micrographisme
Dictée	17/34	22/34	34/34
Copie	8/13	12/13	13/13
Fluence catégo	12	13	9
Fluence alpha	11	5	8
BDAE			
Voleur de biscuit	30 mots. Phrases simples, juxtaposées. Répétitions. Description incomplète	15 mots. Noms juxtaposés, omissions de mots, pas de mots de liaisons, un seul verbe	61 mots. Syntaxe correcte, phrases complètes Hypothèse absurde titre complété par 2 points
Reconnaissance verbale	8/8	6/8 Paralexies sémantiques	8/8
Correspondance mot-img	LHV irrépressible 8/10	LHV, désignations fantaisistes - 6/10	LHV – non rétention de la consigne - 10/10

Tab 1. Résultats des épreuves de bilan des personnes participants à la prise en charge individuelle.

Légende : CE (certificat d'études) – LHV (lecture à haute voix) – C° (compréhension)

b. Pour la prise en charge collective

- **Madame O**

Madame O a 82 ans.

Diagnostic : Maladie d'Alzheimer

MMSE à 20/30.

Lecture : lit des revues, des journaux

Écriture : aimait écrire (des poèmes, un journal...)

Trouble principal : amnésie antérograde, manque du mot (termes génériques utilisés)

A noter : Madame O masque bien ses difficultés. Elle utilise beaucoup de génériques et de formules toutes faites en conversation spontanée (réduction du lexique).

- **Madame P**

Madame P a 87 ans.

Diagnostic : Maladie d'Alzheimer

MMSE à 17/30.

Lecture : lit des romans

Écriture : peu d'occasions

Trouble principal : amnésie antérograde, persévérations, troubles de l'humeur

A noter : Nous trouvons souvent Madame P en train de pleurer, disant qu'elle souhaite retourner dans sa région auprès de ses parents qui ont besoin d'elle.

- **Madame M**

Madame M a 88 ans.

Diagnostic : non communiqué par la famille **MMSE** à 13/30.

Lecture : lit des revues, le journal

Écriture : aux animations dont elle raffole

Trouble principal : manque du mot, amnésie antérograde

A noter : Madame M est dynamique, motivée et capable d'attention. Elle est pourtant très anxieuse, a peu confiance en elle, elle a besoin d'être encouragée.

- **Monsieur C**

Monsieur C a 88 ans.

Diagnostic : Maladie d'Alzheimer **MMSE** à 12/30.

Lecture : lit le journal quotidiennement

Écriture : non

Trouble principal : mémoires, manque du mot, persévérations

A noter : Seul ou en groupe, Monsieur C, anxieux devant une tâche complexe, semble bloqué, à répéter inlassablement un mot et à émettre une sorte de rire.

Nom	M. C	Mme M	Mme P	Mme O
Âge	88	88	87	82
Diagnostic	MA	NC	MA	MA
Présence en institution	09/2007 (28 mois)	01/2008 (24 mois)	04/2009 (9 mois)	12/2009 (1 mois)
Niveau scolaire	?	CE	CE	CE
Lecture	Journal, revues	revues	Romans, revues	revues
Écriture	Non	Pas d'occasion	Des cartes	Écrivait poèmes
Score MMSE	12/30	13/30	17/30	20/30
Automatismes	Avec ébauche	+	+	+
Proverbes	+	+	+	+
MT86				
Tout est bien qui finit bien	Lecture : + C° : +	Lecture : + C° : +	Lecture : + C° : 6/7	Lecture : + C° : +
Lecture de mots	Ésole lu école moi lu mot	Ésole lu école 14/15	15/15	Ésole lu isole 14/15
Graphisme	Hésitante. Omissions.	Droitière.	Droitière. Bon.	Droitière. Fluide.
Dictée	22/34	29/34	33/34	34/34
Copie	Servile	12/13	13/13	13/13
Fluence catégo	5	9	6	20
Fluence alpha	8	5	4	11
BDAE				
Voleur de biscuit	16 mots Phrases simples. Oublis de syllabes	59 mots	41 mots Syntactiquement simple. Peu de liens logiques. « Mais » non pertinent.	70 mots Ponctuation manquante. Perte du représentant anaphorique. Souci des détails.
Reconnaissance verbale	7/8	8/8	8/8	8/8
Correspondance mot-img	Balayage lent 7/10	LHV 9/10	Réponses absurdes 6/10	LHV irrépressible 10/10

Tab 2. Résultats des épreuves de bilan des personnes participants à la prise en charge collective.

Légende : CE (certificat d'études) – LHV (lecture à haute voix) – C° (compréhension)

E. DESCRIPTION DES ACTIVITES ADAPTEES

1. Du concept à la réalisation matérielle

A la lumière de ces premières rencontres avec les patients, nous avons pris la mesure des troubles entraînés par la maladie d'Alzheimer. Aussi, nous sommes-nous attelée à formaliser les activités que nous avons conceptuellement en tête, pour les adapter aux personnes que nous allions prendre en charge. Nous souhaitons que ces activités sollicitent le langage écrit et qu'elles soient vecteurs de communication.

a. Le questionnaire de Proust

Nous connaissons le questionnaire de Proust comme une liste de questions permettant de « faire connaissance ». En choisissant des thèmes généraux, nous avons construit sur une page au format A4, une liste de questions, simples et non intrusives. Ce sont des interrogatives introduites par un pronom interrogatif QU- et comportant peu d'inversions : elles restent volontairement dans un registre de langage standard. Ce questionnaire figure en annexe.

L'objectif que nous poursuivons en proposant ce questionnaire est d'amener les personnes interrogées à lire et à répondre de façon adéquate et personnelle, le plus précisément possible, de manière à les connaître davantage.

b. Les sigles, acronymes et acrostiches

Pour ces tâches, nous pensons avoir recours à un tableau blanc effaçable, qui nous permettrait d'écrire en caractères de bonne taille, lisibles de tous mais aussi de revenir sur les lettres écrites plus aisément. Pour faciliter l'accès à la manipulation des lettres initiales, nous avons décidé de proposer aux patients des photographies de personnalités aux initiales célèbres (PPDA, BB, JFK, JPP, DSK) qu'ils devraient retrouver. Ce type d'initiales étant peu courantes, nous avons été contrainte de réduire leur nombre à 5.

Nous avons ensuite envisagé de procéder à la démarche inverse, c'est-à-dire écrire des sigles connus et amener les patients à en retrouver l'expression complète. Nous avons ainsi sélectionné les plus employés (comme JO, PS, HS, EDF, PTT, ORL, TVA, RAS, PDG, SOS, SNCF, BCBG). Nous avons fait de même avec les acronymes, mais en avons finalement trouvé peu d'adaptés (CAPES, INSEE, OVNI, BENELUX).

Pour finir, nous avons imaginé la construction d'acrostiches sur le tableau blanc. Nous écririons les lettres d'un prénom emprunté à la mémoire d'un participant, à la verticale et laisserions les patients évoquer des mots commençant par ces lettres. Nous noterions si le travail préalable sur les initiales est utile à la réalisation d'acrostiches.

c. Les proverbes détournés

Cette activité nous semble difficile à réaliser d'emblée. Nous envisageons de la proposer aux patients sous la forme d'une tâche de décision entre le proverbe existant et une variante qui en modifie la forme ou le sens. Nous avons à cette occasion confectionné une feuille où une partie de l'expression non modifiée est écrite et suivie par deux choix matérialisés par une case à cocher.

d. Le jeu du dictionnaire

Le but de ce jeu, pratiqué en groupe, est habituellement de trouver des mots inconnus des participants, qui doivent en proposer une définition, sérieuse ou farfelue, qui s'appuie sur une forme reconnue ou la sonorité de ceux-ci. Dans le cadre où nous souhaitons le proposer, il conviendrait plutôt que ces mots soient reconnaissables par leur forme ou leur étymologie.

L'exercice sera facilité par la présence de propositions de définitions comprenant une exacte, une fausse, une absurde et une plausible, que les patients pourraient trouver par déduction. Nous construisons donc ce jeu qui est présenté en annexe.

e. Le cadavre exquis

Cette activité demande un peu de matériel. Autant de bandelettes de papier et de stylos que de participants. Nous envisageons de proposer pour cette activité une structure grammaticale simple et fixe, que nous construirons avec les patients en séance.

f. Les mots-valises

Si nous estimons la manipulation de mots-valises plaisante pour nous-même, il est certain que, pour nous comme pour un adulte âgé disposant de toutes ses capacités cognitives, elle reste un exercice difficile.

Nous avons envisagé durant un temps de procéder avec l'aide d'une image pour représenter le mot créé mais, peu convaincue par ce que nous avons produit, nous avons finalement abandonné cette activité. Des ébauches d'idées figurent toutefois en annexe.

En outre, après les premières rencontres avec les patients MA, cette activité nous a rapidement rendue perplexe. Quel intérêt peut-elle présenter pour une personne atteinte de MA ?

g. Traduction

Nous nous sommes procuré le texte de la fable de La Fontaine « *le corbeau et le renard* » détournée en Verlan. Craignant que les patients ne soient perdus, car il nous a semblé que l'exercice demandait beaucoup de concentration, nous avons allégé la difficulté. Le but est tout d'abord l'identification par le patient des mots posant problème. Nous leur fournirons l'explication de la manipulation à effectuer pour retrouver le mot et les patients seront amenés à l'appliquer.

Nous avons imprimé le texte sur une page au format A4 avec une illustration pour aider les patients à en saisir le sens.

h. Les chansons étranges

La présentation de l'activité avec les paroles de chansons modifiées jusqu'à les rendre méconnaissables nous semble un peu délicate, au vu des troubles présentés par les patients. Nous choisissons des chansons du répertoire populaire que nous rassemblons sur notre ordinateur et dont nous nous procurons les paroles. Nous décidons finalement de ne changer qu'un seul mot dans le refrain ou le couplet que nous estimons être le plus reconnaissable. Cette proposition d'activité figure en annexe.

L'objectif pour les patients étant de trouver le titre de la chanson et le nom de l'artiste, il est également envisagé de diffuser la chanson pour en favoriser le rappel.

Résultats

Présentation des résultats

Après la sélection des participants à l'étude et la formalisation de nos activités, nous avons mené notre travail expérimental de début mars à début mai.

Nous détaillerons, dans un premier temps, comment nous engageons les séances hebdomadaires et dans quelles conditions elles avaient lieu. Nous verrons ensuite, pour chaque activité menée, comment se sont déroulées les séances, tant individuelles que collectives.

A. DEROULEMENT DES SEANCES

1. Déroulement global

Nous avons tenté, dans la mesure du possible, de voir les personnes à heure fixe, cependant, de nombreuses animations étant organisées à la maison de retraite Sainte-Thérèse, ceci n'a pas toujours été possible. Nous avons réussi néanmoins à garder fixe le jour de la séance et le moment de la journée (soit en matinée soit dans l'après-midi).

Suite aux bilans, nous avons confectionné pour les patients, un carton de rendez-vous, avec la date et l'heure. Nous y notions le prochain rendez-vous de façon systématique. Cependant, les patients n'ont pas semblé s'y référer.

Nous avons finalement pris l'habitude de porter un badge avec notre nom et notre fonction. Nous nous présentions systématiquement en frappant à leur porte et en attendant une réponse. En entrant, nous appelions la personne par son nom, nous présentions oralement et lui demandions si elle se sentait prête pour une séance d'orthophonie. Si la personne se montrait méfiante ou émettait des doutes, nous recherchions ensemble le carton de rendez-vous, afin de lui rappeler son engagement et de la rassurer.

2. Prise en charge individuelle

La séance avait lieu chez la patiente, au calme dans un environnement familial. Le déplacement dans un bureau n'a pas été envisagé dans le cadre de notre étude : il aurait pu être bénéfique, rendre la séance officielle et plus efficace, mais également plus stressante. Les séances individuelles, censées durer 45 minutes, s'étaient en moyenne sur une heure, ce qui nous donnait le temps d'entrer dans la séance, de rappeler qui nous étions et l'objet de notre visite ainsi que de prendre connaissance de l'état émotionnel du patient.

A l'issue de celle-ci, nous complétions ensemble le carton de rendez-vous et prenions congé jusqu'à la séance suivante.

3. Prise en charge de groupe

L'établissement nous a gracieusement permis de tenir notre séance de groupe dans une petite salle fermée, en rez-de-chaussée. Nous prenions le temps de passer chercher les patients, à leur demande, car ils craignaient de manquer le rendez-vous. Deux d'entre eux logeant dans le bâtiment le plus éloigné de la salle, nous passions les chercher pour qu'ils se reconnaissent mutuellement et qu'ils s'orientent plus facilement dans ces interminables couloirs.

Une fois ces deux personnes installées dans la salle, nous allions quérir les deux autres patients à l'étage. Tous réunis, nous commençons la séance par l'éphéméride et l'éventuel dicton du jour⁴¹ afin de les orienter agréablement et le plus durablement possible. Nous sommes, en effet, partie de l'hypothèse que la citation d'un dicton associé à la date favoriserait l'orientation temporelle.

41 Obtenus sur le site Internet : <http://www.ephemeride.com/ephemeride/ephemeride/11> [consulté en 06/2010]

B. ACTIVITES MENEES APRES ADAPTATION

1. Questionnaire de Proust

Le questionnaire est facile à mettre en place. Les patients, s'ils sont méfiants en entendant le terme « Questionnaire », se rassurent immédiatement en en découvrant la teneur : les questions sont simples, personnelles mais non intrusives. Nous avons proposé cette tâche de deux manières différentes : comme activité du jour, à remplir dans sa totalité, ou comme simple question, chaque semaine en début de séance.

a. En individuel.

Nous avons proposé à **Madame H** le questionnaire à remplir sur toute la séance. Si la lecture des questions n'a posé aucun problème, elle n'a en revanche pas saisi le sens de celle qui demande la « drogue » favorite, avec des guillemets. Face à son air contrarié, nous avons amené son attention sur la présence de ces guillemets : elle en a déduit seule qu'il fallait sans doute comprendre l'expression au sens figuré.

Elle a complété le reste du questionnaire, rapidement et de façon autonome, nos objectifs ont donc été atteints, à court terme. Cependant, à peine avait-elle fini de répondre à une question qu'elle lisait la suivante, sans prendre le temps d'y réfléchir davantage. Les réponses ont donc été succinctes et peu détaillées : c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas jugé la tâche très bénéfique.

Pleine de bonne volonté, Madame H nous a tout de même demandé la feuille pour y revenir après la séance. A la séance suivante, le questionnaire avait malheureusement été perdu et la patiente ne se souvenait plus de l'avoir rempli.

Nous avons donc repris le questionnaire avec elle à raison d'une question par séance. De mémoire, ses réponses ont été sensiblement les mêmes : à la première présentation du questionnaire, elle n'avait répondu ni à la première ni aux trois dernières questions.

Une autre différence significative que nous observons est que Madame H a été plus exhaustive dans ses réponses, notamment celle sur la musique, à laquelle elle avait simplement répondu « *la musique classique* » précédemment. En bénéficiant d'un temps de réflexion plus long, Madame H s'est davantage prise au jeu.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?
 des formages rémouillés

Quelle couleur préférez-vous ?
 le bleu (hors le blanc)

Quelle est votre « drogue » favorite ?
 la lecture

Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?
 le son du clavier et la musique classique

Quel est votre principal trait de caractère ?
 la curiosité (connaissances)

Quel métier auriez-vous aimé faire ?
 enseigner

Quel est votre mot préféré ?
 enfant

Quel est le mot que vous détestez ?
 ombre

Quelle est votre devise ?
 la sagesse est l'art de faire face à la vie telle qu'elle se présente

Fig 8. Questionnaire de Proust, complété par Madame H.

Pour les autres patients, nous avons donc choisi de procéder directement au rythme d'une question par séance, pour laisser du temps au patient pour se concentrer sur le thème donné : nous discuterions et l'encouragerions à préciser.

Lors de notre première séance, **Madame L** a répondu « *bifteck frite* » à la première question spontanément. Nous lui avons cependant demandé d'être plus explicite avant qu'elle ne réponde avec ce niveau de détail. Nous notons qu'elle a écrit « *pas saignant* », n'ayant pas retrouvé le terme spécifique relatif à la cuisson « *à point* » à l'oral. Elle a ajouté les mots en les juxtaposant, sans planifier de construction de phrases.

Nous avons remarqué que Madame L nous demandait souvent de remplir le questionnaire pour elle, prétextant être bien moins compétente que nous. Nous la rassurons à chaque fois sur ses compétences à formuler des réponses personnelles avec ses mots et à les écrire. Nous avons tenté au cours de nos séances, de réduire nos sollicitations afin que Madame L investisse davantage l'activité, mais ses performances écrites nous apparaissant davantage liées à son état émotionnel.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?	<i>bifteck frite pas saignant - ail</i>
Quelle couleur préférez-vous ?	<i>bleu clair</i>
Quelle est votre « drogue » favorite ?	<i>abricot</i>
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?	<i>musique</i>
Quel est votre principal trait de caractère ?	<i>cordane</i>
Quel métier auriez-vous aimé faire ?	<i>auto routière</i>
Quel est votre mot préféré ?	<i>fière</i>
Quel est le mot que vous détestez ?	<i>fait ton travail ! celle mère</i>
Quelle est votre devise ?	<i>arrête ton bruit</i>

Fig 9. Questionnaire de Proust, complété par Madame L.

La formulation « *quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?* » a vraisemblablement été mal comprise : Madame L a répondu « *musique* ». A-t-elle souhaité répondre qu'elle préférait la musique au bruit ? En ce cas, il semblerait qu'elle n'ait lu que partiellement la question ou qu'elle n'ait compris que l'expression de l'alternative en lisant le mot OU ?

Les questions appelant une réflexion sur le langage, loin de ses centres d'intérêt, ont fait émerger des réponses peu pertinentes, mais qui mettent surtout en évidence les sujets de préoccupations que sont son enfance difficile et le devenir de son frère.

Le questionnaire proposé à Madame L a répondu à nos objectifs, en nous permettant d'entrer en contact avec elle et de la connaître davantage.

Enfin, Madame U, peu à l'aise avec les tâches d'écriture, a apprécié la répartition du questionnaire sur plusieurs séances, nous confiant qu'elle aurait trouvé déplaisant de passer toute l'heure à écrire.

Qu'est-ce que vous aimez manger ? <i>Oufes à la neige avec du caramel</i>
Quelle couleur préférez-vous ? <i>Blanc</i>
Quelle est votre « drogue » favorite ?
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ? <i>Kiaron</i>
Quel est votre principal trait de caractère ? <i>Serme</i>
Quel métier auriez-vous aimé faire ? <i>infirmière</i>

Fig 10. Questionnaire de Proust, complété par Madame U.

Si le geste moteur de transcription est laborieux, il devenait moins crispé, au fur et à mesure de nos rencontres. Nous avons en effet passé du temps à donner confiance à Madame U quant à ses aptitudes à dire des choses intéressantes tout d'abord, à s'exprimer par écrit de façon intelligible malgré sa gêne vis à vis de ses fautes d'orthographe. Nous lui avons bien fait comprendre que nous ne la jugions pas et que notre objectif n'était pas de la torturer, qu'elle était libre de refuser d'écrire.

Madame U s'est détendue en notre présence et a parfois été elle-même surprise de ses bons résultats. Elle s'est livrée à travers le questionnaire, qui a bien respecté son ambition en nous permettant de faire connaissance.

b. En groupe.

Nous avons passé la séance à répondre à la totalité du questionnaire. Les niveaux en langage écrit étant très hétérogènes, nous avons craint que certaines personnes ne se sentent en échec et que d'autres s'ennuient.

Le niveau de Monsieur C est en effet bien faible par rapport à celui de Madame O. Celle-ci a terminé la rédaction de son questionnaire bien avant Monsieur C, mais elle a profité de son avance pour se relire et apporter quelques ajouts.

Monsieur C a, certes, produit peu de mots correctement, mais ils étaient relativement reconnaissables et en accord avec les thèmes. Sa production a été plutôt pertinente dans l'ensemble : le groupe, en avançant, lui a permis de passer au-delà de ses comportements itératifs. Devant une difficulté orthographique, la stratégie employée par Monsieur C a été d'épeler à haute voix ce qu'il devait écrire. Madame O, sûre d'elle, validait les propositions de ce dernier.

Quant à la disposition spatiale de ses réponses sur la feuille, nous avons remarqué qu'elles ne suivaient pas les lignes tracées pour les recueillir. Elles étaient écrites immédiatement derrière la question correspondante.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?	des carottes
Quelle couleur préférez-vous ?	Rouge
Quelle est votre « drogue » favorite ?	les cartes
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?	accordeon
Quel est votre principal trait de caractère ?	exigeant
Quel métier auriez-vous aimé faire ?	journalier
Quel est votre mot préféré ?	joie
Quel est le mot que vous détestez ?	de bon nez la honte
Quelle est votre devise ?	Rien travailler

Fig 11. Questionnaire de Proust, complété par Monsieur C.

Madame O n'a pas semblé rencontrer de problèmes de compréhension, ni de production. Nous avons cependant noté quelques imprécisions syntaxiques, notamment des omissions et des raccourcis. En effet, à la question « Quel métier auriez-vous aimé faire ? », celle-ci a répondu « *beaux vêtements* » et des mots de liaisons ont été omis sans doute du fait des ajouts après relecture.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?	<i>hamburger frites - morceau de Mozzarella</i>
Quelle couleur préférez-vous ?	<i>bleu</i>
Quelle est votre « drogue » favorite ?	<i>un petit verre eau de vie de fraise</i>
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?	<i>Violoncelle</i>
Quel est votre principal trait de caractère ?	<i>patience</i>
Quel métier auriez-vous aimé faire ?	<i>beaux vêtements</i>
Quel est votre mot préféré ?	<i>patience - amitié</i>
Quel est le mot que vous détestez ?	<i>tous les gros mots</i>
Quelle est votre devise ?	<i>être bon avec les autres patients qui va doucement va longtemps pierre qui roule n'amasse pas mousse</i>

Fig 12. Questionnaire de Proust, complété par Madame O.

Il apparaît que la production de **Madame P** reflète autant ses réponses personnelles que ses interactions avec le groupe. Elle a tenu compte des suggestions faites en séance, comme la nourriture, la devise qu'elle a empruntée à Madame O. Nous avons noté une persévérance entre deux questions concomitantes : le métier qu'elle aurait aimé faire (*sténo-dactylo*) et le mot préféré (*employé de bureau*). Est-ce lié à un problème d'attention ? Avait-elle oublié qu'elle y avait déjà répondu ?

Qu'est-ce que vous aimez manger ?	<i>Brio - au miel</i>
Quelle couleur préférez-vous ?	<i>Couleur vive -</i>
Quelle est votre « drogue » favorite ?	
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?	<i>accordeon -</i>
Quel est votre principal trait de caractère ?	<i>la jeunesse -</i>
Quel métier auriez-vous aimé faire ?	<i>Mémo - Dactylo -</i>
Quel est votre mot préféré ?	<i>Employé de Bureau -</i>
Quel est le mot que vous détestez ?	<i>les gros mots -</i>
Quelle est votre devise ?	<i>Qui ne dort jamais va longtemps -</i>

Fig 13. Questionnaire de Proust, complété par Madame P.

En début de séance **Madame M** s'inquiétait de ne pas savoir répondre aux questions ou de n'avoir rien de pertinent à dire. Elle est restée pourtant très souriante et aimable durant toute la durée de l'exercice. Ses réponses aux dernières questions ont été plus étoffées : nous avons en effet eu l'impression qu'elle parvenait à rester concentrée alors qu'elle entrait dans la tâche progressivement.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?	<u>tarte</u>
Quelle couleur préférez-vous ?	<u>orange</u>
Quelle est votre « drogue » favorite ?	<u>la poterie</u>
Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?	<u>l'accordéon</u>
Quel est votre principal trait de caractère ?	<u>gourmandise</u>
Quel métier auriez-vous aimé faire ?	<u>l'accordéon</u>
Quel est votre mot préféré ?	<u>l'initiation</u>
Quel est le mot que vous détestez ?	<u>la robe que t'es bête ?</u>
Quelle est votre devise ?	<u>Se trouver en bonne compagnie - avec</u>
	<u>sa famille - les chiens</u>

Fig 14. Questionnaire de Proust, complété par Madame M.

A la fin de la séance, les patients nous ont dit avoir apprécié cet exercice qui les avait amenés « à réfléchir sur eux-mêmes », sur des choses dont ils n'avaient « plus l'habitude ».

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

Revoir la mise en page est nécessaire pour éviter de passer trop rapidement d'un thème à l'autre. En effet, nous avons remarqué que la disposition des questions, toutes visibles les unes au-dessus des autres, amenait la personne MA à les lire toutes.

Travailler le vocabulaire spécifique, qui est progressivement perdu chez les personnes Alzheimer, est un objectif qui peut être exercé par le questionnaire. Il peut en effet être orienté sur des thèmes choisis.

Garder à l'esprit que la personne âgée est ralentie : il faut en effet lui laisser plus de temps pour réfléchir. Devant son silence que nous prenons pour une hésitation ou un manque du mot, notre premier réflexe est de parler.

Éviter la suggestion intensive. Les patients persévèrent quelquefois sur le dernier mot entendu et ont tendance à l'inscrire.

Fournir aux patients une pochette rigide consacrée à l'orthophonie, avec leurs noms, est ce que nous envisageons, dans une future approche plus globale. Laisser le questionnaire à la patiente a été une erreur de notre part en ce début de prise en charge.

2. Sigles, acronymes et acrostiches

Pour commencer l'activité, nous disposons d'un jeu de 6 photographies de personnalités aux initiales « connues » (*BB, PPDA, JFK, JPP, BHL et DSK*). Nous imaginons toutefois que cette épreuve est difficile, d'une part car nous ne savons pas si les visages seront reconnus et d'autre part parce qu'il faut que les patients retrouvent un nom.

Les sigles et acronymes sont présentés à l'écrit sur un tableau blanc effaçable permettant des manipulations intéressantes. En outre, pour faciliter la suite de l'exercice, il nous paraît judicieux d'amener les patients vers la lecture verticale. L'épreuve est facile à mettre en place et bien réussie dans l'ensemble.

Enfin, pour la composition d'un acrostiche, les patients choisissent un prénom dont nous inscrivons les lettres verticalement sur le tableau blanc. Nous leur donnons ensuite la consigne de trouver une suite de mots commençant par les lettres du prénom (et c'est encore mieux s'ils forment une phrase). Nous les notons au fur et à mesure. L'épreuve est relativement difficile, la consigne doit être rappelée régulièrement.

a. En individuel.

Lorsque les patients connaissaient la personnalité, la tâche était traitée avec une relative facilité : sitôt le nom évoqué, nous l'écrivions et invitons le patient à en trouver et en produire les initiales. Parce qu'elle n'avait pas identifié certaines photographies, nous avons présenté à **Madame H** les initiales des célébrités restantes afin qu'elle les fît correspondre. Lorsque nous lui avons proposé JFK, en pensant à Kennedy, elle nous a répondu qu'elle ne voyait pas Jean-François Kahn dans les portraits : nous avons volontiers accepté cette réponse inattendue et l'en avons félicitée.

Les sigles ont été globalement bien restitués, de même que les acronymes. Madame H s'est servie du sens qu'elle connaissait du terme « *ORL* » pour en déduire l'expression de départ, comme avec « SNCF » et « RATP ».

En revanche, laissée pensive trop longtemps devant l'acrostiche, Madame H a oublié ce qu'elle était en train de faire. Elle était pourtant performante et motivée quelques minutes auparavant.

Madame L, devant les photographies, a reconnu Brigitte Bardot et donné d'emblée les initiales BB, elle a semblé avoir compris la consigne. Elle n'a pas su mettre de noms sur les autres visages. Pour nous rassurer sans doute, elle nous a confié qu'elle n'avait pas la télévision et qu'il n'y avait pas longtemps que l'on avait l'électricité, ici.

Elle a reconnu sans peine les sigles JO, EDF, PTT.

Pour la tâche de composition d'acrostiche, elle n'a pas réussi de toute évidence à cumuler les deux consignes (garder l'initiale tout en construisant une phrase à la syntaxe correcte) : les mots, juxtaposés sans lien ni thème, commençaient bien par les lettres données.

Madame U, tout en ayant bien compris la double consigne, l'a perdue à plusieurs reprises mais, à chaque fois, elle l'a retrouvé d'elle-même immédiatement.

Quelques exemples de productions obtenues lors des séances individuelles :

<i>Madame H.</i>	<i>Madame H.</i>	<i>Madame L.</i>	<i>Madame U.</i>
<i>Si</i>	<i>Aimable</i>	<i>Géographie</i>	<i>Je vous aime</i>
<i>Tu</i>	<i>Nana</i>	<i>Émeraude</i>	<i>Éperdument</i>
<i>Écoutes</i>	<i>Nunuche</i>	<i>Rouleau</i>	<i>Avec un amour</i>
<i>Poliment</i>	<i>Et</i>	<i>Météo</i>	<i>Nouveau qui</i>
<i>Hésitante</i>	<i>Musicienne</i>	<i>Averses</i>	<i>Nous transporte</i>
<i>Adolescente,</i>	<i>A ses heures</i>	<i>Immeuble</i>	<i>En secret</i>
<i>Note</i>	<i>Réfléchit</i>	<i>Nuage</i>	
<i>Ici tes</i>	<i>Intensément</i>		
<i>Écrits</i>	<i>En tournant sa sauce</i>		

b. En groupe.

Les photographies, de 10 centimètres sur 8, auraient gagné à être agrandies pour être mieux perçues, en groupe. En outre, les personnalités choisies étant trop peu connues, le groupe n'a trouvé que Brigitte Bardot (BB).

Nous avons proposé quelques sigles, qui ont été reconnus sans poser de problème.

Pour la composition d'acrostiches, Madame O s'est portée d'emblée volontaire et a trouvé un prénom à écrire. L'exercice a semblé parfaitement compris et aucun patient n'a perdu la consigne, comme Madame H que nous avons vue en individuel.

Les participants se sont entraïdés pour se motiver.

Madame M : « *Qu'est-ce qui commence par un G ?* »,

Monsieur C : « *G, G, G ? Grue ?* »

Madame O : « *Il faut trouver un adjectif en premier, après, avec le I, on pourra mettre un nom...* »

Madame O a répété sensiblement les mêmes termes pour les mêmes lettres retrouvées dans différents prénoms ; Madame P est restée dans des termes simples et génériques ; Madame M a participé, visiblement enchantée, aux propositions. Monsieur C, resté un temps sur la réserve, s'est ouvert tout à fait pertinemment en fin de séance, témoignant de sa bonne compréhension de l'exercice.

C'est avec notre prénom, en fin de séance, que nous avons noté une bonne convivialité dans le groupe, les patients étant très à l'aise. Monsieur C a engagé la réflexion : « *Sardine* ». Le temps de l'écrire et de rire, il a avancé « *Transportée* », ce à quoi Madame M a répondu du tac au tac « En Péniche », à fort bon escient puisqu'elle avait retenu la consigne, restant dans le thème donné. Monsieur C. a parfaitement intégré la consigne et ses interventions, bien que réservées, ont été adaptées.

Le groupe a bien fonctionné, les patients se sont embrassés en se quittant.

Quelques exemples de productions d'acrostiches en groupe :

En groupe :

<i>Mon</i>	<i>Fier</i>	<i>Gentille</i>	<i>Sardine</i>
<i>Antique</i>	<i>Enseignant</i>	<i>Enfant</i>	<i>Transportée</i>
<i>Reine</i>	<i>Recherche</i>	<i>Revient</i>	<i>En</i>
<i>Italienne</i>	<i>Nouveaux</i>	<i>Mardi</i>	<i>Péniche</i>
<i>Epanouie</i>	<i>Adhérents</i>	<i>Avec l'</i>	<i>Heurte une</i>
	<i>Normaux et</i>	<i>Intention</i>	<i>Anguille</i>
	<i>Discrets</i>	<i>Naturelle de nous</i>	<i>Noire</i>
		<i>Enchanter</i>	<i>Immobile et</i>
			<i>Endormie</i>

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

Prévoir d'autres photographies. Les personnalités représentées doivent être connues de la population des personnes âgées. On pourra se référer aux classements des personnalités en vogue dans les médias, quitte à commencer l'exercice par l'identification de visages, l'écriture de leurs noms et la recherche de leurs initiales, même si ces dernières ne sont pas connues.

Proposer des logos pour introduire la notion de sigles, est une étape supplémentaire que nous aurions pu intégrer, pour passer de l'image au texte.

Rester flexible et admettre nos lacunes est important face aux réponses inattendues données par le patient : ceci le valorisera d'autant plus.

3. Proverbes imagés

Lors d'une première séance individuelle avec Madame L, nous avons proposé d'emblée des proverbes détournés à l'écrit, sous forme d'un questionnaire à choix multiples.

Nous nous sommes immédiatement aperçue que cette activité n'était pas pertinente : l'exercice d'identification de l'élément modifié est très perturbant, la patiente ne semblait plus reconnaître le vrai du faux. Aussi avons-nous rapidement stoppé cette activité et poursuivi la séance par la complétion de proverbes. Nous donnions le début de la sentence sur tableau blanc et la patiente complétait à l'oral.

Après cet échec, nous nous sommes procuré le matériel « Proverbe ne peut mentir »⁴², présenté sous forme de livret, proposant une image représentant un proverbe et quatre propositions. Nous avons choisi un certain nombre de ces proverbes qui nous semblaient bien imagés.

42 « Proverbe ne peut mentir » de D. BENICHOU, J & T. FRADET, OrthoEdition 2009.

Pour cette image, l'ouvrage propose les choix suivants :

- Tourner autour du pot
- Le pot de terre et le pot de fer
- Sauter dans le pot
- Garder le décorum



Fig 15. Exemple d'item du matériel Proverbe ne peut mentir

a. En individuel.

Devant l'image, tous les patients ont commencé à dire d'emblée qu'ils ne savaient pas. Nous les avons encouragés à dire ce qu'ils voyaient sur l'image pour aider l'évocation, car un mot clé, puis un autre, etc. appellent finalement la bonne expression.

Nous avons parfois dû rappeler, notamment à Madame H, que nous cherchions un proverbe ou une expression connue, la consigne étant perdue. Les résultats ont été très différents selon les personnes.

L'exercice demande une grande attention visuelle. Madame U par exemple, a fort bien saisi les indices visuels présents dans les images et a disposé des codes de symbolisation (le voleur, le moine, etc). Ce n'était pas le cas de tous.

En effet, il est arrivé que les mots clés aient été imprécis (« *taureau* » à la place de bœuf ; « *salade* » pour épinard) ce qui a empêché la production du proverbe. Lorsque les patients étaient bloqués, nous leur avons fait lire les quatre propositions situées en regard de l'image. A ce stade, chez tous les patients, l'expression correspondante a été trouvée systématiquement.

Chez Madame L, des persévérations sont apparues à la lecture des propositions. Par exemple, après avoir lu la proposition précédente « *il n'est chasse que de vieux chiens* », la patiente a lu, répété et sélectionné « *qui va la chasse perd son chien* ».

A l'explication, certaines personnes n'ont plus semblé comprendre le proverbe comme une formule abstraite bien qu'elles l'aient reconnu comme tel. S'en tenant au sens littéral, elles n'ont pas pensé à se référer au sens figuré de l'expression. C'est le cas de Madame L qui nous a expliqué que : « *voler un œuf, c'est pas très difficile, mais alors voler un bœuf... 'faut être costaud !* ». Dans ces cas, nous regardions ensemble l'explication du proverbe située à la fin du matériel.

Madame H a été très performante dans l'explication de proverbes. Quant à Madame U, elle nous a confié qu'elle aimait beaucoup ce genre d'activités qui l'amusait beaucoup tout en la faisant réfléchir. Les patients en individuel ont apprécié l'originalité du matériel et de la présentation des proverbes.

b. En groupe.

L'émulation fait que les mots clés sont rapidement trouvés : un mot donné par une personne en amenait un autre, il y avait peu de silences. Les participants se prenaient au jeu et il est arrivé que la bonne réponse ait fusé en même temps, ce qui générait des éclats de rire.

Au sein du groupe, la consigne n'a jamais été perdue, elle s'est maintenue.

Quand un proverbe avait été trouvé, expliqué et répété à maintes reprises, nous nous sommes risquée à proposer cette fois au tableau blanc, le choix entre ce proverbe encore une fois écrit et son homologue détourné avec humour qui était notre exercice de départ (*par exemple : Tous les chemins mènent à Rome / Tous les chemins mènent au rhum*). Il était alors identifié sans problème.

La séance de groupe, montée en volume sonore, a semblé trop courte à l'unanimité des participants. La bonne humeur était palpable.

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

Retirer les différentes propositions des yeux des patients, lorsqu'un exercice est terminé. En effet, il semble que ces derniers s'accrochent au support visuel qui, s'il reste sous le regard, peut créer une réelle interférence et entraîner davantage de persévérations.

Ne demander d'expliquer un proverbe que lorsque l'on est certain qu'il fait partie du vocabulaire du patient.

4. Cadavre exquis

Le cadavre exquis est un jeu collectif où les participants composent ensemble une phrase. Chacun note sur une feuille un élément, puis le cache par un pliage et passe la page à son voisin de table. Celui-ci n'a aucune idée de la contribution de son prédécesseur lorsqu'il écrit l'élément suivant. Nous avons abordé la séance collective avec confiance mais ne savions comment nous y prendre en individuel.

a. En individuel.

Nous avons tenté de jouer à deux avec Madame H, toujours ravie de faire des expériences littéraires. Nous lui avons donc expliqué le principe et nous avons procédé de manière cadrée, c'est à dire en proposant des contraintes grammaticales, certaine qu'elles ne poseraient pas de problème à cette ancienne enseignante en Français. Armée chacune de notre bandelette de papier et d'un stylo, nous avons fixé les structures grammaticales au fur et à mesure de notre progression. Nous les avons noté sur le tableau blanc pour les garder en tête :

Sujet féminin singulier,

Adjectif accordé,

Verbe au présent,

Complément de lieu.

la pluie	rose tendre	pépie	par la fenêtre
la pluie	rose tendre	pépie	par la fenêtre
la tulipe	exceptionnelle	s'offrit à la curieuse	dans la forêt lointaine
la tulipe	exceptionnelle	s'offrit à la curieuse	dans la forêt lointaine

Fig 16. Production de Madame H au jeu du cadavre exquis

Madame H a bien respecté la consigne, sauf la conjugaison du verbe « s'offrir » au présent : elle l'a mis au passé simple. Elle n'a pas rencontré de difficulté particulière pour plier le papier, ce qui a posé bien des problèmes à d'autres.

Pour ce qui est de l'organisation spatiale, nous avons remarqué que, bien qu'ayant tracé une ligne pour lui signifier où écrire, Madame H n'en a plus tenu compte vers la fin de l'exercice. Nous pensons que cette partie de la consigne a été perdue au bout de vingt minutes, du fait de son amnésie antérograde : ses mots se sont donc retrouvés écrits tout en haut de la page.

Madame H avait bien compris la consigne et cherchait les mots au fur et à mesure. Qu'ils soient dans un registre similaire et puissent presque être mis bout à bout dans une phrase, reflète le fait qu'elle observe son environnement (*le jardin fleuri par la fenêtre*) pour trouver des idées.

b. En groupe.

Malgré nos explications quant à l'exercice du jour, Madame O n'a guère apprécié de ne pouvoir regarder les participations précédentes. Sans cesse contrainte d'inhiber son envie de déplier la feuille pour consulter les notes antérieures, elle a eu un mouvement d'humeur. Nous avons passé du temps à la rassurer. Voici la structure de la phrase que nous avons proposée :

Sujet féminin singulier

Adjectif

Verbe au présent

Complément de temps.

la ferme la ferme	blanche	pleure	plus tard
la mirabelle	rouge	parle	demain
l'aubergine	rose	chante	hier

Fig 17. Extraits de la première séance de cadavre exquis en groupe

Nous avons remarqué des anomalies, surtout chez Madame P qui peinait à se décider pour un mot et construisait finalement une énumération qui ne convenait plus au féminin singulier demandé : d'où les ratures successives. Au niveau des choix lexicaux, nous avons noté la simplicité du vocabulaire : les patients ont choisi des animaux, des fruits ou des légumes en guise de sujets ; des couleurs pour adjectifs ; les verbes inscrits sont tous des verbes d'action.

Le pliage de la bandelette de papier s'est avéré très problématique, notamment pour Madame M, qui a retourné la feuille de papier dans tous les sens mais n'a jamais véritablement compris comment cacher sa production.

Nous avons effectué un nouvel essai lors de la séance suivante, où l'on a noté cette fois des erreurs d'orientation spatiale avec notamment des traces sur le dessous de la ligne. Madame M, toujours anxieuse, n'a pas cessé de tourner la feuille pour trouver son meilleur abord et faire au mieux. Madame P a fait la même erreur. Madame O était un peu mieux disposée, même si nous avons constaté chez elle une certaine rigidité mentale.

Sujet masculin singulier

Adjectif

Verbe au présent

Complément de lieu

un poulet	romain	boit	dans le grenier
un poulet	romain	boit	dans le grenier
un lapin	blanc	pensée	dans une boîte
un lapin	blanc	pensée	dans une boîte

Fig 18. Extraits de la deuxième séance de cadavre exquis en groupe

Les structures grammaticales ont été encore une fois respectées, excepté le verbe « penser » dont la conjugaison fantaisiste n'est pas du présent de la troisième personne du singulier. L'adjectif « *romain* » a été une heureuse erreur : Madame P désirait faire figurer le prénom d'un proche. Monsieur C a bien réussi l'exercice : il a trouvé les éléments seuls et les a notés globalement de façon correcte.

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

S'assurer que chaque patient a bien compris la consigne en demandant des exemples, lorsque l'on fixe les structures grammaticales. Si l'on fait plusieurs parties, on estompera cette étape, parce qu'elle induit des persévérations.

Effectuer un travail de classement de mots et groupes de mots dans des catégories grammaticales, peut être fait en séance dans l'intention de finir sur un jeu de cadavre exquis.

Tracer une ligne droite sur toute la longueur et sur le bas de la feuille, pour que les patients retrouvent visuellement où écrire sur des bandelettes de papier découpées dans une feuille A4.

5. Traduction

Nous avons imprimé et illustré la version de la fable de La Fontaine « le corbeau et le renard » détournée en Verlan, dont nous avons allégé la teneur en mots transformés.

Maître Beaucor, sur un arbre chéper,

Tenait en son bec un magefro.

Tremaî Renard, par l'odeur chéallé,

Lui tint à peu près ce gagelan :

"Hé ! Jourbon, monsieur du Beaucor.

Que vous êtes lijo ! que vous me semblez beau !



Fig 19. Extrait de la fable « Le Corbeau et le renard » adaptée en Verlan

a. En groupe

Nous avons présenté cette activité d'abord au groupe. Nous avons proposé le texte complet d'emblée, avant de nous rendre compte qu'il s'agissait d'une erreur. Les patients, sitôt le texte entre les mains, l'ont lu sans attendre de consignes. Pensant lire un texte connu, rassurés par l'image, ils se sont jetés confiants dans la lecture et ont buté sur les premiers mots non reconnus. Nous avons fait marche arrière en leur retirant le texte.

Aussi avons-nous choisi de reprendre le début du texte en l'écrivant sur le tableau blanc. Nous avons alors demandé aux patients d'identifier les mots qui leur étaient inconnus. Et nous avons effacé le reste du texte.

Nous leur avons rappelé la manipulation syllabique nécessaire à qui veut comprendre le verlan. Madame M, très vive dès qu'il s'agit de jeux de mots, a commencé à essayer de transformer un mot en un mot connu, par des conduites d'approches à haute voix. Des traces séparant les syllabes devaient être dessinées pour l'aider à faire cette manipulation. Madame P a reconnu le mot « magefro », en le lisant à haute voix.

Madame O et Monsieur C sont bien parvenus à faire la transformation, mais peinaient à garder le mot final en mémoire : ils devaient la refaire à chaque fois que leurs regards s'arrêtaient sur le mot inconnu. Si bien que pour avancer, derrière le mot en Verlan, nous avons écrit sa traduction lorsqu'elle était trouvée.

beaucor	=> corbeau
chéper	=> perché
magefro	=> fromage
tremaî	=> maître
chéallé	=> alléché
gagelan	=> langage
jourbon	=> bonjour
lijo	=> joli

Fig 20. Exemple de traduction des mots transformés en Verlan

Nous leur avons rendu ensuite la page avec le texte modifié, que nous avons pris soin de couper pour ne garder que le début.

Madame O, qui a tout de suite vu de quel texte il s'agissait, a divulgué la réponse et entamé une lecture-récitation, car elle connaissait cette fable par cœur. Dès lors, le code pour déchiffrer le Verlan n'était plus d'aucune utilité, chacun cherchant, comme Madame O à retrouver la fable dans sa mémoire.

b. En individuel

Madame L a identifié sans difficultés les mots dépourvus de sens pour elle. Nous lui avons demandé de retrouver la forme initiale du mot en inversant les deux syllabes. Elle est parvenue à lire le mot en Verlan, à le manipuler non sans aide tracée sur le tableau blanc (isolement des syllabes, notamment). Elle a pourtant semblé mettre un certain temps avant de le reconnaître et de lui attribuer son sens. Madame H a réfléchi silencieusement et les réponses, correctes, ont été données après un temps de réflexion. Nous avons obtenu une liste de neuf mots « traduits ».

Nous lui avons ensuite présenté le texte imprimé en lui demandant à nouveau d'identifier en les soulignant, les mots sur lesquels elle venait de travailler. Le nouvel exercice qu'elle devait accomplir était de nous dicter le texte en se référant à la traduction des mots, à sa disposition. Le texte, reconnu, a été « récité par cœur » là aussi, les mots Verlan étant substitués par leurs homologues à l'endroit, sans même être lus.

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

Présenter les mots en verlan en liste préalable, comme on présente parfois une liste d'anagrammes, et travailler sur la recherche du code pour les identifier paraît être une meilleure approche. En effet, proposer un texte long et incompréhensible génère des réactions d'angoisse.

Demander au patient d'écrire les traductions sur une page où les mots en verlan seraient déjà inscrits, lui permettrait peut être de fixer la forme finale du mot.

Inviter les patients à faire des hypothèses sur le texte et son contenu, quand tous les mots sont « traduits », pourrait être très intéressant.

6. Les chansons d'antan

A la lumière de nos précédents contacts avec les patients, nous savions d'emblée qu'il était trop ambitieux de proposer nos chansons modifiées, telles qu'elles l'étaient au départ. Pour ne pas perturber davantage les patients, nous nous sommes donc présentée en séance avec des exigences revues à la baisse, en proposant des chansons aux paroles intactes.

a. En groupe

Quoi qu'il en soit, la présentation de l'exercice, sous forme de pages remplies de textes a généré un concert de protestations, si bien que nous les avons encore une fois aussitôt reprises : inutile de mettre les patients en difficulté. Nous nous sommes donc armée de notre tableau effaçable pour proposer aux patients des paroles de chansons que nous pensions connues d'eux.

Rassurés de pouvoir nous lire au fur et à mesure sur le tableau, les patients ont découvert les paroles : « *Elle est à toi cette chanson, toi l'Auvergnat qui, sans façon...* ». Nous avons présenté cette chanson en premier lieu, car elle contient les mots clés du titre de la chanson.

Les patients l'ont deviné dès que le mot « *Auvergnat* » s'est inscrit. Le nom de l'interprète est plus difficile à trouver. Nous les avons ensuite incités à anticiper la suite des paroles ou à se souvenir de l'histoire contée afin de chercher des indices sur l'époque, d'évoquer l'interprète ou de l'en déduire. Les patients, devant une tournure de phrase familière, ont cherché l'air dans leurs souvenirs.

Qu'elle soit identifiée ou non, nous avons systématiquement diffusé la chanson au groupe pour que les patients accèdent à la totalité des informations qu'ils recherchaient (paroles, voix de l'interprète, mélodie, etc.). Ils fredonnaient les mélodies tout à fait correctement, souvent à leur grande surprise.

Madame O s'est agacée de ne pas se souvenir des paroles, alors qu'elle venait de les chanter à l'instant, avec un bon marquage rythmique, sa main battant l'air. C'est elle qui trouvait la réponse, en général.

Mesdames P et M, rêveuses, se sont manifesté naturellement lorsqu'une chanson les avait marquées. Monsieur C a fredonné toutes les chansons avec plaisir et a même trouvé quelques interprètes. La plupart des patients étaient à la fois ravis et émus de cette activité, qui leur rappelait des souvenirs qu'ils pensaient perdus. Monsieur C nous a confié qu'il chantait Frou-Frou avec ses camarades en apprentissage et que ce titre les amusait beaucoup.

b. En individuel

Le déroulement a été le même pour les interventions individuelles.

Nous avons surpris Madame U à déchiffrer les paroles que nous étions en train d'écrire, alors que le tableau était encore à l'envers pour elle !

Si le nom de l'interprète n'était pas retrouvé, nous inscrivions sur le tableau tout d'abord son prénom puis, si la personne en avait besoin, les premières lettres de son nom. Madame U le trouvait généralement à la troisième lettre. Elle faisait auparavant partie d'une chorale : elle a pris plaisir à chanter la plupart des chansons qu'elle reconnaissait sans trop d'indices. Nous l'avons vue fredonner plus tard dans le couloir qui la menait à la salle du repas : elle avait gagné en confiance.

L'écoute musicale procure en effet beaucoup de plaisir aux patients. Ils aimeraient tous que l'on y revienne plus souvent. Seule Madame L n'a pas semblé sensible à la musique, il est vrai qu'elle n'a pas beaucoup fait partie de sa vie.

Madame H, pourtant musicienne, n'a pas été enthousiasmée par la musique populaire. Elle est un peu sortie de sa réserve en entendant les airs d'Opéra connus que nous avons spécialement choisis pour elle.

NOTES SUR LES SÉANCES ET LE MATÉRIEL APPORTÉ

Prendre en compte les connaissances culturelles des patients et leurs goûts musicaux lorsque l'on choisit les chansons permet de personnaliser la séance.

Proposer cette activité en fin de séance collective sur une chanson, que l'on adaptera alors aux événements de la saison, peut être un rituel intéressant.

Se procurer les chansons en versions instrumentales pour proposer un autre niveau d'indigage, sans paroles ni sens, pourrait être judicieux.

Proposer la photographie de l'interprète, peut être tenté pour faciliter le rappel de la chanson. Nous utilisons d'abord le texte, la musique, la voix, l'image aurait été un plus. Pour solliciter davantage la mémoire, il aurait été intéressant de demander aux patients, sitôt le nom de l'artiste trouvé, d'en donner d'autres œuvres.

Connaître des détails sur les chansons proposées est important, tels que l'année de diffusion, le contexte, l'histoire racontée, les anecdotes qui l'entourent : plus ces informations seront connues du thérapeute, plus l'indigage pourra être riche.

Analyse des résultats

Nous reviendrons ici sur ce que nous souhaitons extraire de ces activités, en termes de :

- faisabilité (*ce qui peut être réalisé*),
- pertinence (*ce qui convient au patient MA*),
- caractère ludique (*ce qui plaît à l'adulte âgé*).

Dans un premier temps, nous tenterons d'analyser la présentation de nos activités, des adaptations et des idées que nous leur avons apportées, au regard du déroulement des séances, à la fois individuelles puis collectives.

Pour chacune de ces modalités, nous déterminerons si chaque activité réalisée a pu être adaptée aux centres d'intérêt des personnes MA, et nous vérifierons sa pertinence. Nous expliciterons enfin les avantages et les inconvénients que nous avons notés pour chaque activité dans les deux modalités de prise en charge.

Finalement, nous ferons des propositions d'amélioration, afin de tendre vers une version aboutie de ces activités, telles qu'elles pourraient être utilisées par des orthophonistes auprès de personnes MA.

A. ANALYSE DES ACTIVITES MENEES

1. Questionnaire de Proust

Nous suggérons de proposer le questionnaire pour apprendre à mieux connaître les patients atteints de maladie d'Alzheimer. Le point fort de ce matériel réside dans le large choix des questions qu'on peut y faire figurer. Il est possible soit de passer toute la séance à répondre à l'ensemble des questions, soit de commencer chaque séance par une question, qui pourra alors introduire un thème choisi. A la lumière de l'expérience acquise par le biais de ce travail, nous conseillons cette deuxième option.

a. En individuel

- Faisabilité

Nous avons choisi le rythme d'une question par séance, qui nous permettait de laisser davantage de temps au patient pour se concentrer sur le thème demandé. Dans ces conditions, il nous semble qu'il est plus aisé, d'une part pour le patient de répondre à la question de façon plus détaillée, d'autre part pour nous de lui apporter notre aide si nécessaire.

Nous l'avons fait avec *Madame H* qui, moins pressée par le temps, a été plus déterminée à trouver des réponses et plus explicite dans leur rédaction.

Il nous semble également important d'encourager la personne à préciser sa réponse, à se souvenir, comme *Madame U* qui a été le plus exhaustive possible dans sa réponse à la question de la nourriture. A ses « œufs à la neige avec du caramel », elle aurait ajouté si elle en avait eu l'espace, qu'ils étaient préparés par sa mère à l'heure du goûter, pour le retour de l'école.

- **Caractère ludique**

Comme il se compose de questions choisies par l'orthophoniste, le questionnaire de Proust peut être adapté à loisir aux centres d'intérêts du patient. Au niveau du contenu comme de la présentation, qu'elle soit sous forme de page complète ou sous forme de carnet, cette activité n'est pas infantilisante.

- **Pertinence**

Sous le prétexte de l'introspection et de la recherche d'identité, cet exercice permet de mobiliser lecture, mémoire et écriture. Les ressources attentionnelles du patient MA sont sollicitées, dans la mesure où il lui est demandé de lire la question et d'y répondre de façon personnelle. Il doit avoir pour consigne d'être précis et exhaustif, d'autant plus si l'on souhaite travailler un vocabulaire spécifique sur un thème donné (musique, nourriture, profession, caractère, etc.).

Mécanismes mis en œuvre par l'exercice :

- **Lecture** : balayage et décodage visuel, recherche dans le lexique orthographique, recherche dans le système sémantique pour faire sens.
- **Maintien/rétention de la question** : mémoire de travail.
- **Recherche de la réponse** : accès à la mémoire sémantique et à la mémoire épisodique, choix du vocabulaire spécifique.
- **Production écrite.**

Avantages du cadre individuel. Il doit permettre au patient de se sentir en confiance : il convient donc de choisir des thèmes qui l'intéressent dans la mesure du possible. Nous avons vu qu'il est important, et beaucoup plus aisé en relation duelle, d'encourager la personne à être plus précise dans sa réflexion et à élaborer des réponses plus complètes. Il est tout à fait envisageable de lui venir en aide également si elle rencontre des difficultés au niveau de la compréhension, du vocabulaire ou de l'orthographe. Enfin, il est possible de rebondir sur la réponse du patient et d'ainsi, le valoriser en tant qu'interlocuteur.

Limites du cadre individuel. A l'origine, l'intérêt du questionnaire de Proust réside effectivement dans l'introspection mais pas uniquement. On le remplit comme une correspondance, pour le plaisir de comparer ses goûts et de s'enrichir des réponses d'autrui. La possibilité d'un tel échange est un peu limitée lorsque la prise en charge est individuelle.

b. En groupe

- **Faisabilité**

Nous avons passé la séance à répondre aux questions. Non intrusives, celles-ci étaient plutôt bien reçues, hormis celle de la « drogue » favorite dont le sens figuré n'a pas été saisi, même avec des guillemets. Le caractère figé des questions écrites et fournies en un bloc aux patients, ne permet pas une grande flexibilité.

Comme nous l'avons vu en présentant les résultats, le groupe est source de motivation, de collaboration et d'entraide, même si les niveaux des patients sont très hétérogènes. *Madame O* aide *Monsieur C* qui rencontre des difficultés orthographiques.

Les questions que nous avons choisies auraient gagné à être plus concrètes. Les interrogations métalinguistiques (le mot préféré, détesté ou la devise) demandent des capacités d'abstraction, et certains patients n'ont réussi qu'à faire référence à des épisodes précis de leur vie, comme *Madame M* qui n'aime pas qu'on lui dise « *que t'es bête* » ou *Monsieur C* qui n'appréciait guère qu'on lui demande de « *débarrasser la table* ».

Un registre de langage standard et des questions formulées au présent nous ont semblé bien indiquées. Il nous a semblé que les inversions sujet-verbe, caractéristiques des formes interrogatives soutenues, bien que considérées comme complexes, étaient bien perçues.

- **Caractère ludique**

Le questionnaire de Proust est destiné à des personnes maîtrisant le langage écrit. Par les questions que nous avons sélectionnées, il implique également une connaissance de soi (*caractère, loisirs*), de ses goûts (*nourriture, couleur*) et de ses aspirations (*métier*) mais également des capacités métalinguistiques, c'est-à-dire de réflexion explicite sur le langage (*mot préféré, détesté et devise*). Nous le trouvons tout à fait adapté à l'adulte âgé.

Il faudra veiller à ce que les questions soient rédigées le plus simplement possible et appellent la réponse.

- **Pertinence**

L'activité menée dans sa forme entière en groupe, sollicite individuellement les mêmes mécanismes que ceux cités précédemment dans le cadre d'une relation duelle. Cependant, il faut remarquer que la production de réponses personnelles, au sein du groupe, nécessite davantage de concentration pour les personnes MA, qui doivent faire face à de nombreuses interférences.

Avantages du cadre collectif. L'avantage du groupe est de provoquer une émulation. Le questionnaire trouve ici tout son caractère ludique. On pourra encourager les personnes à s'entraider, pour créer un climat collaboratif (aide sur les idées, par rapport aux traits de caractère ou aux devises par exemple, ou simplement sur l'orthographe d'un mot). Il semblerait que les suggestions et conseils venant d'un pair soient les bienvenues, même si nous pensons qu'il faut laisser les participants libres de partager ou non leurs réponses.

Limites du cadre collectif. Certaines patients âgés (déments ou non !) peuvent parfois se montrer méfiantes quand nous leur proposons un questionnaire à remplir : il faut donc leur préciser que les questions font partie d'un jeu, qu'elles sont destinées à faire connaissance et qu'ils ne sont de toute façon pas obligés d'y répondre. Ils se rassurent en général en voyant le type de questions posées. Pourquoi ne pas, le cas échéant, leur demander de poser une question de leur choix ?

On retrouve quelquefois des réponses identiques d'un questionnaire à l'autre, que la « copie » soit volontaire ou non (manque d'idée ou persévération). Chaque personne réfléchissant à haute voix et réagissant aux propos des autres, il peut être difficile de se concentrer.

En groupe, il est moins aisé de venir en aide à un patient sur des problèmes d'orthographe ou d'omission de lettres.

c. Améliorations proposées

Nous envisageons à l'avenir de proposer cette activité comme un jeu de « question du jour » posée à tous, et à laquelle les personnes réfléchissent ensemble pour ensuite compléter un questionnaire individuel. Une telle approche permettrait non seulement de mettre en place un rituel dans le déroulement de la séance, mais également de lui donner une thématique.

Au regard des difficultés rencontrées par les personnes Alzheimer, on pourra construire un livret personnel qui présenterait une question par page. Nous suggérons que la taille des caractères soit adaptée et qu'un espace soit prévu pour la transcription écrite de la réponse.

Selon nous, les questions ne doivent pas être intrusives ni faire appel à des souvenirs trop complexes ou douloureux : elles seront générales et, si possible, en rapport avec les centres d'intérêt du patient.

Nous avons formulé les questions de façon à demeurer dans le registre standard de langage, ce qui entraîne une forme complexe et plutôt lourde à écrire, mais qui nous semble appeler plus évidemment la réponse. Les questions pourront néanmoins être rédigées en fonction du niveau de langage des patients, qu'il soit standard ou soutenu avec des inversions sujet-verbe.

Quelques idées de questions par thème :

[Couleur] Quelle est votre couleur préférée ?

[Nourriture] Qu'est ce que vous aimez manger ? Sucré ou salé ?

[Flore] Quelles sont les fleurs / quel est l'arbre que vous aimez le plus ?

[Faune] Quel est l'animal que vous aimez ?

[Odorat] Quelle est l'odeur qui vous plaît le plus ? / quel est votre parfum préféré ?

[Art] Quelle est la musique / quelle est la chanson / quel est le livre / quelle est la revue / quel est le peintre / quel est le musée / quelle est la pièce de théâtre / quel est l'instrument de musique que vous préférez ?

[Loisirs] quel est votre film préféré ? / quel est le sport / quelle est l'occupation que vous préférez pratiquer / regarder ?

[Télévision] Quel est votre programme / quel est votre jeu télévisuel préféré ?

[Personnalités] Quelle est la femme / quel est l'homme / quel est le chanteur / quel est l'écrivain / quel est l'acteur / quel est le héros / quelle est l'héroïne de fiction que vous admirez le plus ?

[Profession] Quel est le métier que vous avez fait ? / Quel est le métier que vous auriez préféré faire / que vous n'auriez pas aimé faire ?

[École] Quel est l'enseignement que vous préféreriez à l'école ? Quel est votre souvenir le plus marquant ?

[Caractère] Quelle est votre principale qualité ? Quel est votre principal défaut ? Quel est votre principal trait de caractère ?

[Linguistique] Quel est le mot que vous préférez ? Quel est le mot que vous aimez le moins ? Quel est le proverbe / juron / Quelle est la devise que vous utilisez le plus souvent ?

[Saison] Quelle est votre saison préférée ?

Il peut être envisagé d'utiliser un carnet par personne et d'y inscrire une question par page, pour éviter les changements de thèmes intempestifs induits par une liste. Une question peut éventuellement être illustrée par une image correspondante, choisie par le patient ou par le thérapeute, après l'avoir traitée, afin de favoriser la rétention ou le rappel de ce qui a été fait.

2. Sigles, acronymes et acrostiches

Nous avons décomposé cette activité en trois temps tendant vers une même tâche.

[Photo] Afin d'amener le patient à entrer dans un travail visuel, nous lui proposons dans un premier temps, de regarder des photographies représentant des personnes célèbres. Le but de cet exercice est de trouver le nom, prénom de la personnalité et, à l'écrit, d'en extraire les initiales. Il arrive que ces dernières soient aussi connues que le nom d'usage. Si aucun visage n'est connu, on peut proposer un appariement nom écrit / image.

[Sigle] L'exercice suivant consiste à présenter à l'écrit des sigles connus au patient afin qu'il trouve leur nom complet (le processus inverse est également envisageable). Les sigles et acronymes sont des mots composés, généralement, des initiales de chaque terme constitutif d'une expression usuelle et dont l'usage consensuel vise à abréger la longueur d'un écrit.

[Acrostiche] Un acrostiche est une sentence fondée sur une figure de style : les initiales de chaque ligne, lues verticalement de haut en bas, composent un mot ou une expression. Le patient choisit un prénom et compose un acrostiche avec ses lettres.

a. En individuel

- **Faisabilité**

Nous avons choisi des photographies de personnalités célèbres, d'après leurs initiales : ceci n'a pas été très judicieux, leurs visages n'étant pour la plupart pas reconnus. Même si ces images comportaient des indices pouvant aider à déduire l'identité de la personnalité (*un drapeau américain derrière le président Kennedy, le logo du parti socialiste sur le pupitre de Strauss-Kahn, Papin en action sur un terrain de football*), ces indices n'ont pas semblé aider les patients.

Les sigles peuvent être proposés sous deux modalités différentes.

- La première consiste à construire les sigles d'après l'expression donnée (*Post Scriptum devient PS*) : comme l'épreuve des photographies, elle va vers l'identification des lettres initiales ;
- la deuxième modalité revient à les présenter, puis à inviter les patients à en deviner l'expression complète (*SNCF est la Société Nationale des Chemins de fer Français*) : cette modalité va dans le sens de l'évocation et plusieurs réponses sont parfois possibles.

La composition d'acrostiches est en fait une épreuve de fluence alphabétique, associée éventuellement à une contrainte grammaticale si l'on veut réaliser une phrase.

- **Caractère ludique**

En individuel comme en groupe, cette série d'exercices ciblés mais variés a semblé plaire aux patients. Il est possible que chacun trouve un exercice qui lui soit plus accessible, plus aisé et donc plus valorisant que les autres.

En travaillant autour de termes créés par des adultes pour abrégé le langage, la définition de sigles et d'acronymes reste dans un registre qui convient aux personnes âgées MA.

- **Pertinence**

Cette activité se compose d'exercices variés, qui sollicitent la capacité à isoler le phonème puis le graphème initial. La reconnaissance de visages célèbres, de même que le décodage de sigles et d'acronymes, convoquent la mémoire sémantique en faisant appel aux connaissances culturelles des personnes MA.

La construction d'acrostiches, tâche de création et d'imagination, implique la recherche d'un thème à évoquer et l'utilisation de la synonymie, pour répondre à la contrainte orthographique. La connaissance des schémas syntaxiques fréquents permet la production de textes, parfois poétiques.

Mécanismes mis en œuvre par les exercices :

- **[Photo]** Lecture d'image, recherche dans la mémoire sémantique, rappel du nom, extraction des initiales.
- **[Sigle]** Lecture, mémoire sémantique, encodage phonologique de la réponse.
- **[Acrostiche]** Épellation, fluence graphémique, construction syntaxique, cohérence de la phrase donnée, révision de la sentence ainsi obtenue.

Avantages du cadre individuel. Il est possible de sélectionner les photographies à présenter à la personne dont on connaît mieux les centres d'intérêt. On distillera les indices en fonction de la modalité préférée du patient (indices sémantiques : *contexte, profession de la personne* ou indices graphémiques : *nombre de lettres, prénom composé, ébauche écrite du nom*, par exemple).

Si la construction d'acrostiches est trop laborieuse, à défaut de construire une phrase complète, on pourra aiguiller la personne vers l'évocation de mots en rapport avec un thème déterminé.

Limites du cadre individuel. Si le patient ne connaît pas la personne représentée par la photographie, l'ébauche ne sera d'aucune utilité : le patient ressentira peut être un sentiment d'échec et nous également.

b. En groupe

- **Faisabilité**

En ce qui concerne la réalisation pratique de l'activité, les photographies doivent être présentées dans un format plus grand afin que tous les participants y aient accès simultanément.

La présentation de sigles de même que la construction d'acrostiche sont faciles à mettre en œuvre si l'on dispose d'un tableau effaçable et d'une écriture lisible.

Si différentes propositions ont été faites, on les soumettra au choix de la personne qui a donné un mot, afin qu'elle puisse se sentir investie d'un pouvoir de décision.

- **Caractère ludique**

La composition d'acrostiches, activité de création littéraire et poétique, a beaucoup amusé les participants au groupe. Certaines personnes se sont senties valorisées, comme Mesdames O et M qui sont sorties de la séance en nous affirmant fièrement qu'ils étaient encore capables de « *faire de jolies choses* »

- **Pertinence**

Quel que soit l'exercice proposé, le groupe donne des résultats satisfaisants :

- en termes de communication tout d'abord, les patients s'écoutent, restent dans le même thème, rebondissent sur les propositions et reformulent les participations inadéquates ;
- en termes de collaboration, sur la composition d'acrostiches, les patients parviennent à décider ensemble de ce qui convient le mieux, même en ce qui concerne la syntaxe ;
- en termes de production proprement dite, l'activité entière est fluente, valorisante et très appréciée.

Avantages du cadre collectif. Les personnes MA verbalisent leurs réflexions : le groupe utilise cette particularité pour en faire un avantage. En effet, par association d'idées formulées à haute voix par chacun des membres, le groupe génère, perçoit et utilise lui-même tous les indices.

Un autre avantage de la prise en charge collective réside en l'absence de pression ou de stigmatisation si une personne n'a pas la réponse, puisque le groupe répond de concert. Si aucun des membres du groupe n'a la réponse, alors la question sera considérée comme inadéquate ou trop difficile et la cause de l'échec sera imputée au thérapeute : les personnes ne se sentiront donc pas en échec. Et c'est là le plus important.

Limites du cadre collectif. Il arrive qu'un patient soit plus alerte que les autres sur les tâches de reconnaissances de visages ou de sigles et qu'il monopolise la parole au détriment des autres. La répartition de la parole dans le groupe doit être gérée par le thérapeute avec tact et délicatesse. Une certaine connaissance et la pratique d'interventions collectives sont sans aucun doute nécessaires pour parvenir à gérer convenablement ces phénomènes nuisant à la collaboration et à la cohésion d'un groupe.

c. Améliorations proposées

Les visages connus. En fonction des centres d'intérêt du patient, on choisira des personnalités qu'il lui sera possible de reconnaître. Quelques visages connus et représentables par thèmes sont donnés ci-dessous à titre d'exemple. Ceux dont les initiales sont employées et souvent connues figurent entre parenthèses :

- [Télévision] Commandant Jacques-Yves Cousteau, Pascal Sevran, Michel Drucker, Jean-Pierre Pernaut, Coluche, Patrick Poivre d'Arvor (PPDA), Brigitte Bardot (BB)
- [Comédien] Gérard Depardieu, Jean-Paul Belmondo, Alain Delon, Marilyn Monroe
- [Fiction] James Bond, JR Ewing,
- [Chanson] Charles Aznavour, Michel Sardou, Johnny Hallyday
- [Politique] Simone Veil, Nicolas Hulot, François Mitterand, Dominique Straus Kahn (DSK), John Fitzgerald Kennedy (JFK)
- [Religion] Pape Jean-Paul II, l'abbé Pierre, Soeur Emmanuelle, Dalai Lama
- [Sport] David Douillet, Yannick Noah, Jean-Pierre Papin (JPP)



Fig 21. Exemples de visages célèbres proposés en activité de sigles

Sigles. Quelques exemples :

[Deux lettres]

JO (Jeux Olympiques ou Journal Officiel), PS (Post-Scriptum ou Parti Socialiste) CV (Curriculum Vitae) HS (Hors Service) NB (Nota Bene) PJ (Pièce Jointe ou Police Judiciaire)

[Trois lettres]

RAS (Rien A Signaler) PDG (Président Directeur Général) PTT (Postes, télégraphes et téléphones) ORL (Oto-rhino-laryngologie) TVA (Taxe à Valeur Ajoutée), EDF (Électricité De France) CE1 (Cours Élémentaire première année) SOS (Save Our Souls) OGM (Organismes Génétiquement Modifiés) ONF (Office National des Forêts)

[Quatre lettres]

SNCF (Société Nationale des Chemins de Fer Français) BCBG (Bon Chic Bon Genre) CQFD (Ce Qu'il Fallait Démontrer) OGM (Organismes Génétiquement Modifiés) IUFM (Institut Universitaire de Formation des Maîtres)

Acronymes.

BENELUX (BELgique – NEderland – LUXembourg) CAPES (Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second degré) CEDEX (Courrier d'Entreprise à Distribution EXceptionnelle) INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) OVNI (Objet Volant Non Identifié) OTAN (Organisation du Traité de l'Atlantique Nord) BAFA (Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur) RASED (Réseau d'Aides Spécialisées aux Enfants en Difficulté) MEDEF (Mouvement des Entreprises DE France) ONISEP (Office National d'Information Sur les Enseignements et les Professions)

On veillera à sélectionner des sigles que la génération des personnes auxquelles on s'adresse puisse connaître.

Acrostiches.

Il sera possible de proposer aux personnes de choisir un prénom ou un thème. Il existe des acrostiches composés par des auteurs célèbres, mais nous n'avons pas souhaité les présenter aux patients.

3. Proverbes imagés

Un proverbe est une sentence courte et imagée, d'usage commun, qui exprime une vérité d'expérience, un conseil de sagesse (*définition TLFi*). Phrases fixes formant un bloc autonome, les proverbes sont souvent très anciens, à l'origine populaire. Il est difficile de se souvenir en quelles circonstances nous apprenons des proverbes. On peut les proposer à des personnes MA, car ils sont ancrés dans la mémoire sémantique.

L'activité imaginée au départ visait à présenter des proverbes détournés, issus de la littérature humoristique⁴³ et de l'esprit malin d'humoristes de tout temps. Nous l'avons rapidement modifiée au profit d'un exercice selon nous, moins anxiogène et plus ludique pour les personnes MA. Ceci grâce à un matériel orthophonique⁴⁴ que nous nous sommes procuré.

43 Vieux motard que jamais, édition Tornade, 2009

44 « Proverbe ne peut mentir » de D. BENICHOU, J & T. FRADET, OrthoEdition, 2009

Ce matériel, « *Proverbe ne peut mentir* », fournit une illustration concrète de l'expression, ce qui aide à son évocation en la mettant en scène. Les éléments objectivés dans l'image permettent au patient de retrouver les mots clés puis l'expression.

a. En individuel

- **Faisabilité**

Pour réaliser cette activité telle que nous l'avons conduite lors de nos séances, il faut soit acquérir le matériel, soit avoir soi-même un « bon coup de crayon ». Les illustrations permettent en effet d'entrer dans l'évocation de proverbes de façon inhabituelle et intéressante d'après notre expérimentation.

Nous proposons au patient de retrouver un proverbe existant, à l'aide d'une illustration qui le représente. Nous incitons la personne MA à évoquer les éléments présents sur l'image jusqu'à ce qu'ils forment une phrase familière puis reconnue. Quatre propositions sont proposées pour faciliter l'identification de l'expression imagée.

Il peut ensuite être demandé au patient d'explicitier ce que signifie la sentence trouvée. Cette tâche est souvent difficile mais la présence en fin de livret des définitions de tous les proverbes imagés permet de les mettre simplement en mots. Certains patients peinent à se détacher de leur vécu, comme *Madame L* qui se réfère à la fontaine de son village, lorsque nous lui demandons d'expliquer « *il ne faut jamais dire : Fontaine, je ne boirai pas de ton eau* ».

- **Caractère ludique**

La complétion de proverbes est une activité régulièrement proposée aux personnes âgées parce qu'ils sont solidement ancrés dans la mémoire. L'évocation de leur formule figée n'est donc pas une activité infantilisante et témoigne d'un bon niveau culturel. L'exercice que nous avons proposé par le biais du matériel, a été apprécié. La présentation d'image, parfois humoristique ajoute une dimension visuelle intéressante.

- **Pertinence**

Cette activité nous a semblé accessible à des personnes MA à condition :

[1] d'encourager l'observation fine de l'image et la dénomination des éléments-clés qui y figurent. Si la tâche est difficile, le matériel fournit des propositions parmi lesquelles le patient peut trouver la bonne réponse en procédant par élimination.

[2] de faciliter l'explication des proverbes, qui nécessite un bon niveau de réflexion et d'abstraction pour comprendre et reformuler la métaphore. C'est l'exercice le plus difficile pour les patients qui ne saisissent parfois que le sens propre du proverbe.

[3] d'utiliser avec précaution l'exercice que nous proposons au départ : la sélection du bon proverbe parmi deux choix, tâche de décision sémantique impliquant la critique d'une sentence absurde ou d'un proverbe qui n'existe pas. Il faut en effet s'assurer que la personne exposée à un proverbe détourné est en mesure de l'identifier comme tel et de ne pas le retenir comme véritable expression. Il faut être certain de ne pas générer davantage de confusion dans l'esprit de la personne MA.

Mécanismes mis en œuvre par les exercices :

- [1] Balayage visuel, lecture d'image, saisie de détails, accès au lexique, dénomination, automatismes, déduction.
- [2] Accès au sens, connaissances culturelles, accès à la métaphore, reformulation.
- [3] Lecture, compréhension, mémoire, décision lexicale, identification de phrases absurdes ou humoristiques.

Avantages du cadre individuel. Cette activité présente de nombreuses facettes qui peuvent être travaillées. En individuel, il sera possible d'identifier et donc de faciliter un mécanisme déficitaire chez le patient (*par exemple, pour faciliter l'extraction des éléments pertinents de l'image, on peut aiguiller le regard ou donner un indice guidant l'évocation, attirer l'attention sur un mouvement ou un élément-clé dessiné*) mais aussi de solliciter davantage ceux qui constituent ses forces (*l'humour par exemple*).

Limites du cadre individuel. Quand le patient n'est plus à même d'accéder à cette métaphore qu'est le proverbe, l'exercice perd de son intérêt. L'explicitation est très difficile pour certaines personnes MA, qui ne parviennent qu'à paraphraser ou à extraire le sens propre de ces mots. Apporter une aide à ces difficultés est délicat, car ils sont le reflet de troubles de l'abstraction : la pensée du patient MA est aux prises avec la réalité concrète et ne parvient pas à sortir de sa propre expérience.

Le matériel, bien qu'original et tout à fait pertinent, renferme toutefois des limites. Certains dessins représentent les proverbes tels que les imagine l'illustrateur. Il nous est arrivé, au cours d'une séance, de trouver qu'un élément-clé était insuffisamment mis en valeur, pas assez explicite ou alors de regretter que certains proverbes manquent (bien qu'il soit compréhensible que toutes les expressions ne soient pas représentables).

b. En groupe

- **Faisabilité**

La mise en œuvre pratique et matérielle est sensiblement la même que pour les séances individuelles, à ceci près que les illustrations mériteraient d'être agrandies avant d'être présentées aux patients. On pourra utiliser le tableau blanc pour noter les mots clés qui auront été trouvés, éventuellement dans l'ordre dans lequel ils figurent dans l'expression, de manière à faciliter son évocation « en bloc ».

- **Caractère ludique**

A en juger par l'animation de tous les membres du groupe lors de notre séance collective, il semblerait que l'activité ait éveillé un vif intérêt et peut-être même un peu d'esprit de compétition au sein des membres, tous désireux de tester leur culture.

- **Pertinence**

Cette activité met en œuvre les mêmes mécanismes et vise les mêmes objectifs qu'en prise en charge individuelle, c'est pourquoi nous ne les reprendrons pas ici.

Avantages du cadre collectif. La collaboration et l'écoute entre les membres du groupe est un sérieux moteur pour cette activité. Certaines personnes se prennent au jeu et montrent même un esprit de compétition en cherchant à trouver le plus rapidement possible.

La consigne est maintenue, entre les membres du groupe, à la différence de la prise en charge individuelle de *Madame H* qui perdait la consigne, si nous ne la rappelions pas.

Cette activité met en œuvre la fluence et le groupe permet à ses membres de rebondir par association d'idées sur les propositions des autres. Très conviviale, cette tâche permet aux participants de réactiver des savoirs communs et souvent enfouis, qu'ils réutiliseront peu de temps après. A l'instar de *Madame M* qui nous confie quand nous l'accompagnons chez elle, qu'*« après la pluie vient le beau temps »*.

Limites du cadre collectif. Nous avons observé que les patients n'ont pas tous le même « bagage proverbial », notamment en ce qui concerne les proverbes utilisés (vocabulaire actif) qui sont, de ce fait, plus aisés à expliciter.

Nous n'avons pas définitivement abandonné l'utilisation de proverbes détournés, mais prenons plus de précaution pour les proposer sous peine d'angoisser davantage les personnes à qui nous présentons une phrase à laquelle elles ne s'attendent pas. Nous pensions qu'ils apporteraient de l'humour à la séance d'orthophonie, ce que fait finalement très bien le matériel *« Proverbe ne peut mentir »*.

Le détournement de ces proverbes à des fins humoristiques présente-t-il un intérêt pour le patient dans sa communication ? Nous n'en sommes finalement pas convaincue.

c. Améliorations proposées.

On pourra faciliter la découverte d'un proverbe en en inscrivant le nombre de mots, comme on le fait par exemple pour les lettres d'un pendu. Lors de l'exploration de l'illustration, lorsque les mots qui composent le proverbe seront trouvés, ils seront inscrits à leur place dans la phrase à trous qui finira par être complétée.

4. Cadavre exquis

a. En individuel

- Faisabilité

Le jeu du cadavre exquis ne peut être réalisé seul. Aussi, en séance individuelle, l'orthophoniste devra obligatoirement participer. D'un point de vue matériel, il suffit d'une bandelette de papier et d'un stylo par participant.

Dans le jeu tel qu'il était prévu au départ, il est demandé à chacun d'écrire un mot sur le côté gauche de sa feuille, puis de la plier de manière à cacher sa production aux autres. Enfin, chacun la transmet à son voisin. La consigne est répétée en préconisant à chaque fois l'écriture d'un nouvel élément de la phrase. Celle-ci terminée, chacun déplie les papiers et découvre alors les phrases farfelues chères aux Surréalistes.

Les mots qui doivent être écrits peuvent être ou non déterminés par une structure grammaticale fixe. Le jeu étant suffisamment générateur de confusion, nous préconisons, après l'expérimentation en individuel, de procéder à la construction d'une structure syntaxique déterminée.

- Caractère ludique

Peu d'exercices permettent à des adultes d'aborder de façon originale la grammaire. *Madame H*, ravie du résultat poétique, a confié qu'elle aimerait réitérer l'exercice avec ses enfants, ce dont nous ne doutons pas.

- Pertinence

Aux personnes MA, pour qui le langage devient progressivement confus, il est délicat de justifier la conduite d'une activité dont le but est de construire des phrases fantaisistes pour le simple plaisir de la poésie et du non-sens ! On utilisera donc cet exercice pour travailler la grammaire, la syntaxe et la réalisation de gestes moteurs fins.

En effet, le travail des structures grammaticales est tout à fait intéressant dans le jeu du cadavre exquis. La motricité fine est impliquée par le pliage, nécessaire pour cacher le mot écrit à la vue du voisin. Cette manipulation s'est révélée un peu difficile voire impossible à réaliser seul pour certains patients : il convient de garder à l'esprit qu'une personne MA peut être apraxique.

Une variante que l'on pourrait néanmoins tenter de réaliser pour éviter toute confusion, serait de transformer la tâche en exercice d'écriture ouvert, cette fois-ci, collaboratif. Les objectifs seront les mêmes que ceux donnés plus haut, c'est à dire le travail des structures grammaticales.

Mécanismes mis en œuvre par l'activité :

- Connaissances de la syntaxe (*notions de Sujet, Verbe, Complément d'objet, Adjectif, Adverbe*), des règles de grammaire (*accord en genre et nombre*), des temps et conjugaisons.
- Mémoire de travail, mémoire sémantique.
- Écriture (*graphisme, orientation spatiale, motricité fine et compréhension*) et pliage (*praxies*).

Avantages du cadre individuel. On peut travailler le jeu du cadavre exquis en individuel, le but n'étant pas, dans ce cadre, de faire de longues phrases fantaisistes et dénuées de sens. On pourra alors construire un bon exercice autour de l'écriture et de la grammaire, ce qui est en temps normal rarement un plaisir.

A deux, il sera plus simple de revoir les notions grammaticales qui posent problème. On pourra également aiguiller le patient s'il ne comprend pas où écrire et assurer son geste s'il ne parvient pas à plier d'une façon qui le satisfasse.

Si le patient est perdu, on peut aussi imaginer une activité collaborative où chacun écrira la suite de ce que l'autre a ébauché toujours selon des contraintes données.

Limites du cadre individuel. Le jeu a été conçu pour être pratiqué par un groupe de personnes plus important, ce qui permet de perdre rapidement la notion de ce que l'on a écrit. A deux, le côté aléatoire du jeu littéraire original est perdu. Mais encore une fois, ce n'est pas ce qui est recherché avec les personnes MA.

Nous avons remarqué que le patient utilise régulièrement son vécu et son environnement pour trouver des réponses, construire de nouvelles choses à partir de son présent : c'est ce qu'a fait *Madame H*, en empruntant des mots à son environnement, c'est-à-dire à ce qu'elle percevait par la fenêtre de chez elle. Ses mots tournaient donc tous autour du même thème. Il faut amener la personne MA à maintenir la richesse de son vocabulaire, petit à petit en proie à un manque du mot.

b. En groupe

- **Faisabilité**

Une bandelette de papier blanche et un stylo sont distribués à chacun. Contre toute attente, l'expérience individuelle s'est mieux passée que celle de groupe. Les patients du groupe, perturbés d'avoir à écrire un mot derrière un autre, inconnu, n'ont pas compris le but de l'exercice.

Il semblerait que *Monsieur C* se soit posé moins de questions que les autres participants, il s'est concentré sur la tâche d'écriture et de choix des mots selon les catégories données : c'est pourquoi il a réussi. Par contre, peut-être n'a-t-il pris aucun plaisir à le faire. Certains patients, anxieux même s'ils ne l'ont pas manifesté de la même manière, n'ont pas réussi à passer outre cette inquiétude d'avancer sans savoir, en terre inconnue.

- **Caractère ludique**

Une activité qui fait travailler un autre niveau du langage écrit : les patients reconnaissent volontiers que leurs rapports avec les questions grammaticales ont été interrompus à leur sortie de l'école ou à la fin des études de leurs enfants. Néanmoins, cette manière d'aborder la grammaire nous a semblé originale, à condition qu'elle ne soit pas anxiogène pour les patients.

- **Pertinence**

Cette activité sollicite la révision des schémas syntaxiques classiques, qui est travaillée au travers de la recherche d'éléments grammaticaux prédéfinis. Il mobilise également les capacités praxiques, dans l'écriture et surtout le pliage dont la réalisation demeure assez complexe pour certains patients.

Attention, néanmoins ! Les objectifs du jeu de départ vont à l'encontre de ce que l'on cherche à maintenir chez la personne démente : la clarté et la cohérence de la communication. Si le patient est perturbé, montre des signes d'incompréhension ou de confusion, on devra détourner les objectifs du jeu initial.

On pourra procéder de la même manière, en inscrivant un élément grammatical par personne, mais sans le masquer, sans replier le papier. Le patient suivant découvre ainsi le début d'une phrase écrite par son prédécesseur, qu'il doit toutefois compléter d'après nos contraintes. Un exercice réellement collaboratif, cette fois.

Mécanismes mis en œuvre par l'activité :

- Connaissances de la syntaxe (*notions de Sujet, Verbe, Complément d'objet, Adjectif, Adverbe*), des règles de grammaire (*accord en genre et nombre*), des temps et conjugaisons.
- Mémoire de travail, mémoire sémantique.
- Écriture (*graphisme, orientation spatiale, motricité fine et compréhension*) et pliage (*praxies*).

Si l'on transforme l'exercice en écriture collaborative, on sollicitera en plus d'autres compétences :

- Association d'idées, imagination et inhibition (*s'arrêter à l'écriture d'un seul élément et désinvestir ce bout de phrase venant de soi*).

Avantages du cadre collectif. Ce jeu d'écriture a été conçu pour des groupes de personnes. S'il peut être pratiqué comme l'original, les avantages se trouveront dans la variété des points de vue dans cette construction qui comporte un peu de chacun.

Par contre, dans un groupe de personnes MA, si certaines sont confuses, on pourra alors en détourner les règles. Écrire à la suite d'un élément visible est plus rassurant, même si ce dernier est écrit par le voisin. *Madame O* aurait été plus sereine si elle avait pu voir les premiers éléments écrits.

Limites du cadre collectif. Nous l'avons vu, les personnes âgées MA peuvent être très angoissées. Un tel exercice, où la quête finale est le non-sens, peut entraîner une perte des repères et donc une confusion supplémentaire.

c. Améliorations proposées

Une variante moins anxiogène, à développer consisterait à supprimer le caractère aléatoire de l'exercice et de le transformer en une tâche d'écriture ouverte.

5. Traduction

Nous sommes peu convaincue par cet exercice, notamment par le choix du texte. Comme il est connu, sa lecture induit des paralexies, la personne récitant plus qu'elle ne lit. Nous proposons de revenir sur cette activité pour tenter de trouver un déroulement possible de manière à la rendre pertinente.

a. En groupe comme en individuel

- **Faisabilité**

De toute évidence, l'activité aurait mérité une nouvelle articulation pour être réalisable. Voici ce que nous proposons de faire, à la lumière de ces expérimentations :

On choisira un texte connu, fable ou poème dont on extraira des mots clés. Cette liste de mots est donnée au patient : elle comprend des mots correctement orthographiés, mais également des mots que l'on aura transformés en Verlan, tous relatifs au thème traité par le texte choisi. Les patients sont dans un premier temps, invités à identifier les mots qui posent problème.

Après avoir explicité la procédure à appliquer à ces mots pour qu'ils les comprennent (inversion syllabique), les patients sont encouragés à les écrire correctement. Cette tâche terminée, ils sont invités à faire des hypothèses sur la nature du texte, en fonction des mots contenus dans la liste.

Le texte à trous, dont sont issus les mots, sera ensuite fourni aux patients qui devront compléter les espaces vides avec les mots de la liste.

- **Caractère ludique**

Outre le fait que le langage Verlan, dans l'esprit des personnes âgées n'est pas un « vrai langage », les patients ont trouvé osée mais drôle l'initiative de leur faire découvrir un langage normalement réservé aux jeunes. Cette confrontation a semblé tout à fait intéressante.

- **Pertinence**

L'exercice ainsi proposé nous semble non seulement plus pertinent mais également plus aisé à réaliser et à expliquer aux patients.

On travaillera tout d'abord la reconnaissance de mots, l'identification de non-mots. Le décodage par la manipulation de syllabes fait appel aux habiletés métaphonologiques des patients et à la mémoire de travail, en sollicitant les ressources attentionnelles.

La tâche de complétion de texte sollicite la scription mais également la compréhension et la déduction de la place de chaque mot de la liste. Le raisonnement est également mobilisé lors de l'émission d'hypothèses sur la nature du texte.

Mécanismes mis en œuvre par l'activité :

- Décision lexicale : *identifier des non-mots dans une liste.*
- Décodage : *raisonnement et application d'une procédure.*
- Mémoire de travail : *faire la manipulation et en noter le résultat final.*
- Raisonnement, déduction : *émettre des hypothèses sur le texte.*
- Compréhension : *complétion de phrases à trous.*

6. Les chansons d'antan

L'activité reposait au départ sur un exercice de synonymie (les paroles modifiées), mais elle était trop complexe dans ce contexte, aussi l'avons-nous abandonnée.

a. En groupe

- **Faisabilité**

Voici ce que nous avons proposé aux patients :

Dans un premier temps, des paroles de chansons connues de ces générations sont écrites sur un tableau. Les patients sont invités à les lire et leur objectif est de retrouver de quoi il s'agit : le titre de la chanson et le nom de l'artiste.

On distille dans un deuxième temps, petit à petit un ensemble de détails sur cette œuvre pour aider à l'identification de la chanson ainsi représentée. L'écoute de la chanson est proposée et on encouragera les patients à en fredonner l'air et les paroles.

Cette activité, si elle demande de la préparation, est tout à fait réalisable.

- **Caractère ludique**

Peu formée au domaine de la musicothérapie⁴⁵, nous concevons toutefois que la musique, liée à la perception, à l'émotion et à la motricité corporelle, trouve sa place dans la prise en charge de la personne âgée démente. L'écoute musicale a amené beaucoup de plaisir aux patients, qui ont partagé beaucoup de souvenirs en séance. Nous l'avons trouvée particulièrement adaptée.

- **Pertinence**

En inscrivant les paroles à l'écrit, nous sollicitons la lecture. Donner des indices temporels et situer la chanson par rapport au présent permet d'orienter les personnes dont les repères dans le temps sont confus. L'écoute musicale introduit une dimension de plaisir tout en mobilisant la mémoire auditive ainsi que les mémoires sémantique et épisodique. L'idéal étant de réactiver des connexions entre elles (*Petit papa Noël* chanté au mois de décembre, dans l'enfance, en attendant la venue du Père Noël par exemple).

⁴⁵ **La musicothérapie.** Cette composante de l'art-thérapie vise à utiliser la musique comme outil thérapeutique. Employée chez les personnes MA pour stimuler la mémoire musicale et renforcer l'estime de soi, elle postule entre autres que se « reconnaître » dans la musique revient à retrouver une part d'identité. La « mémoire musicale » semble préservée, sans doute grâce à sa dimension affective et sensorielle.

Mécanismes mis en œuvre par l'activité :

- Lecture à voix haute,
- mémoire sémantique (*fredonner l'air ou les paroles*)
- mémoire épisodique (*se rappeler du contexte*),
- orientation temporelle,
- connaissances culturelles.

Avantages du cadre collectif. Comme d'habitude, le groupe est un excellent moteur. Chaque membre rebondissant sur les propositions des autres fait un peu plus avancer le groupe vers la réponse.

L'émotion ou les rires suscités par l'écoute de certains titres sont partagés si la convivialité est présente dans le groupe et les liens s'en trouvent renforcés.

Limites du cadre collectif. La tâche sollicitait la lecture, même si nous ne sommes pas certaine que tous l'aient utilisée comme nous l'attendions au sein du groupe : en effet, il est difficile pour tous les patients de ne pas lire ce qu'ils ont sous les yeux à haute voix. Une personne qui ne souhaiterait pas lire, aurait seulement à tendre l'oreille.

Il sera moins commode en groupe d'adapter les chansons aux goûts de tous les patients. En outre, comme pour toute activité, certaines personnes ont de meilleures dispositions que d'autres. Il faut savoir mettre en avant les initiatives pertinentes des patients qui participent le moins, pour les valoriser.

b. En individuel

- **Faisabilité**

Les modalités de mise en place ont été les mêmes qu'en intervention collective, nous ne reviendrons donc pas sur la réalisation de l'exercice.

- **Pertinence**

Les objectifs et mécanismes mis en œuvre sont similaires à ceux visés en collectif.

Avantages du cadre individuel. On préférera passer la séance sur l'activité. Nous le savons désormais, la personne âgée est ralentie et a besoin de temps pour « *entrer dans l'activité* ».

Les chansons seront, dans la mesure du possible, en rapport avec les connaissances culturelles et les goûts musicaux de la personne. A une personne peu férue de musique, nous proposerons des paroles de chansons issues du répertoire populaire. Par exemple, pour Madame H, musicienne classique, nous avons choisis, en plus du répertoire populaire, des opéras : Carmen, Offenbach et Faust.

Le type d'indices facilitant l'évocation sera également adapté aux compétences préservées du patient (*contexte de diffusion, photographie de l'interprète, mélodie seule*). Individuellement, il sera possible de prendre le temps d'évoquer les souvenirs du patient et de renforcer son orientation temporelle (*c'était il y a 60 ans, l'année de...*).

Limites du cadre individuel. L'écoute musicale est à double tranchant pour ses effets au niveau de l'humeur : soit la personne est heureuse des souvenirs qui lui sont rappelés, soit elle se trouve plongée dans la nostalgie de sa jeunesse. Il faudra finir la séance individuelle sur des chansons gaies et positives.

c. Améliorations proposées

Il pourrait être intéressant de proposer une seule chanson à trouver, comme un rituel en fin de séance, que l'on choisirait en fonction des événements saisonniers. De même, nous ne l'avons pas fait, mais il serait peut-être pertinent de proposer la tâche selon une autre procédure : écouter la chanson au préalable et ensuite organiser le rappel des paroles à l'écrit.

Il pourrait être enfin judicieux de se procurer les versions instrumentales des chansons afin de proposer un nouveau niveau d'indice.

Tout comme il convient de sélectionner des chansons connues de la génération à laquelle on s'adresse, il est nécessaire de noter les détails de cette chanson, l'histoire qu'elle conte, l'année où elle a été diffusée, les noms et prénoms de l'interprète avec éventuellement sa photographie.

Nous proposons ci-dessous un certain nombre de titres, que nous avons classés par année.

Répertoire Populaire

[C'est vrai – Mistinguett – 1933] - [Frou Frou – Berthe Sylva – 1933]

[Je n'suis pas bien portant – Gaston Ouvrard – 1934]

[Tout va très bien – Ray Ventura – 1935]

[Y'a de la joie – Charles Trenet – 1936]

[Félicie aussi – Fernandel – 1939] - [Comme de bien entendu – extrait du film *Circonstances atténuantes* – Michel Simon et Arletty – 1939]

[La mer – Charles Trenet - 1945]

[Petit Papa Noël – Tino Rossi – 1946]

[La tactique du gendarme – Bourvil – 1949]

[Étoile des neiges – Line Renaud – 1950] - [Une chanson douce (Le loup, la biche et le chevalier) - Henri Salvador – 1950]

[Le chien dans la vitrine - Line Renaud - 1952]

[Chanson pour l'Auvergnat – Georges Brassens – 1954]

[Milord – Edith Piaf – 1959] - [La valse à mille temps – Jacques Brel – 1959]

[Souvenirs souvenirs – Johnny Hallyday – 1960]

[La Montagne – Jean Ferrat – 1964]

[Emmenez-moi – Charles Aznavour – 1967]

[Les Champs-Élysées – Joe Dassin – 1969]

Opéra :

[Charles Gounod – Faust – Air des bijoux interprété par Maria Callas] - [Jacques Offenbach - Les Contes d'Hoffmann – Belle Nuit (Barcarolle)] - [Georges Bizet – Carmen – L'amour est un oiseau rebelle (Habanera)]

B. ACTIVITES ABANDONNEES

En guise de prolongement et avant de clore ce chapitre, nous souhaitons brièvement faire apparaître dans cette partie les deux activités que nous avons été contrainte d'abandonner. Les raisons pour lesquelles elles n'ont pu être intégrées à notre expérimentation sont les suivantes :

- Nous avons pressenti, dès le début de notre projet, qu'il serait difficile d'adapter un certain nombre de ces activités aux besoins des personnes atteintes de MA. Ces deux activités (mots-valises et jeu du dictionnaire) sont en général pratiquées par des adeptes des jeux de mots qui se plaisent à élaborer des créations littéraires insensées. Face à l'incohérence dans laquelle elle se trouve du fait de sa maladie, la personne MA a déjà fort à faire. Telles qu'elles sont actuellement, ces activités ne sauraient leur apporter qu'insécurité et confusion.
- En raison de la contrainte temporelle à laquelle nous avons été confrontée, nous n'avons pas pu créer le support matériel nécessaire à leur développement et l'adapter à la personne MA (*c'est-à-dire, construire des mots-valises et les illustrer ou trouver des mots inconnus mais suffisamment transparents pour le jeu du dictionnaire*). Cela explique que nous n'ayons pu les mettre en pratique.

Nous pensons toutefois que leur présentation se justifie ici, car il nous semble qu'elles permettent d'envisager ces activités que nous avons élaborées, comme un tout. En effet, les activités effectivement réalisées et celles qui ont dû être abandonnées nous semblent complémentaires et ces dernières peuvent constituer de nouvelles pistes à explorer. Un moyen de les adapter doit certainement être possible.

1. Les mots-valises

Un mot-valise est constitué par l'amalgame de la partie initiale d'un mot et de la partie finale d'un autre. On peut essayer de trouver les mots qui les composent et la définition. Ou à partir de deux mots, imaginer comment on pourrait les assembler.

Nous avons songé à une facilitation par une image qui pourrait représenter le mot-valise : des femmes âgées qui manifestent pour *Mamyfestation*, un écureuil qui aurait une queue en forme d'éponge pour *Récureuil* par exemple. On pourrait imaginer le développement d'un jeu sur les chimères, adapté à l'adulte âgé. Nous n'en avons hélas pas trouvé le temps.

- Problème de pertinence.

Dans le cadre de notre expérimentation, cette activité présentait peu d'intérêt pour les personnes MA, puisqu'elle n'était pas adaptée à leurs troubles. Nous l'avons donc abandonnée, car elle entraîne davantage de perturbations chez les patients.

Elle utilise en effet, des mots qui n'existent pas, et sont composés de l'agglutination de deux mots existants aux sonorités proches, qui peuvent se confondre. D'où une certaine confusion : par exemple, les mots *colibri*, *olibrius* et *colibrius* finissent par se mélanger dans l'esprit d'un patient dont le langage est déjà fragilisé par la maladie et il finit par ne plus les distinguer.

2. Le jeu du dictionnaire

- Expérimentation

Pleine de doutes, nous avons abordé une séance individuelle où nous devions proposer cette activité à *Madame H*. A la lumière de nos expériences, nous doutions de l'intérêt de l'exercice pour les patients MA. Nous en avons proposé une version courte à *Madame H*, postulant que sa culture latine et française lui permettrait certainement de répondre à l'exercice.

L'exercice a été un défi, exigeant d'elle un rappel de ses connaissances latines pour retrouver l'étymologie des mots proposés. La difficulté de cette activité, déjà chez de jeunes adultes sans troubles cognitifs, réside dans le fait que les mots sont choisis spécifiquement pour leur opacité et pour leur forme trompeuse. Nous avons sélectionné les termes les moins ardues de nos listes et les avons accompagnés de propositions.

- Problème de pertinence

Nous avons donc abandonné cette activité, faute d'items adaptés. Ceux dont nous disposions étaient en effet trop complexes et opaques : il était impossible de se baser sur l'étymologie, la forme du mot ou des ressemblances avec d'autres mots connus pour en trouver le sens. Même une femme telle que *Madame H*, pourtant alerte sur les questions étymologiques, les a trouvés trop complexes.

La mise en œuvre de la déduction et du travail sur les racines, préfixes et suffixes sont certainement possibles avec d'autres mots. Nous avons manqué de temps pour en concevoir.

Enfin, nous nous sommes posé la question de l'utilité de cette activité dans le quotidien de la personne âgées MA. Si l'apprentissage de nouveaux mots est difficile chez certains patients, entraîner ces capacités de déduction et de recours à l'analogie pour comprendre le sens de mots nouveaux rencontrés est-il possible ?

Pour conclure.

Après avoir analysé les huit activités que nous avons élaborées selon les trois aspects interrogés dans le cadre de notre problématique (*faisabilité, caractère ludique et pertinence*), nous avons proposé des pistes à adopter pour des prises en charges tant individuelles que collectives. Nous allons à présent vérifier si les hypothèses que nous avons formulées peuvent être validées.

Le fait que nous ayons pu mener à bien notre projet de départ, auprès de personnes MA hébergées au sein de l'EHPAD où nous avons mené notre expérimentation, confirme le caractère réalisable d'une telle expérience.

⇒ **Notre première hypothèse est donc confirmée.**

Les activités présentées aux personnes composant notre échantillon ont été accueillies positivement par ce public. Ceci montre qu'elles leur étaient adaptées, au regard du caractère ludique que nous souhaitions leur conférer, sans pour autant être infantilisantes.

⇒ **Nous validons ainsi notre seconde hypothèse.**

Enfin, bien que nous n'ayons pu en évaluer l'impact en terme de maintien de la communication chez les personnes MA de notre échantillon, il nous a été possible de stimuler la production d'écrit chez tous les participants et de dégager quels étaient les mécanismes sollicités par les activités proposées : elles ont été accessibles aux patients malgré leur pathologie.

Il ne nous a, en revanche, pas été possible de répondre au deuxième volet de cette hypothèse, en lien avec l'apport d'un tel matériel pour favoriser maintien de la communication. En effet, nous ne disposions pas d'assez de temps pour pouvoir tester les capacités communicatives des patients à moyen terme sans induire d'effet re-test.

⇒ **Nous ne pouvons donc confirmer notre troisième hypothèse que partiellement.**

En outre, notre expérience ayant été réalisée sur un temps court et sur un petit échantillon de personnes, notre matériel et notre expérimentation n'ont pu faire l'objet d'une évaluation en termes de résultats sur la communication des personnes participantes. Nous ne pouvons donc généraliser ces observations et ces résultats à toute la population des personnes atteintes de MA.

Nous reviendrons sur ces différents points dans la partie suivante, consacrée à la discussion.

Discussion

Dans cet ultime chapitre, nous exposerons tout d'abord les intérêts et les limites de notre travail. Puis, nous en développerons les prolongements possibles.

1. Intérêts et limites de notre travail

a. Intérêt de notre travail

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, notre questionnaire initial portait sur les modalités de prise en charge des personnes âgées atteintes de démence, prévue par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels régissant l'exercice de l'orthophonie.

Notre travail nous a amenée à nous confronter de façon concrète aux difficultés d'une telle prise en charge, ce qui nous a permis de répondre, même partiellement, aux interrogations que nous avions au préalable.

Au sein d'un EHPAD, nous avons mis en place des séances d'orthophonie tant individuelles que collectives, au travers d'une démarche que nous jugeons relativement innovante en direction de ce public. Ce premier point permet donc de répondre favorablement à notre première hypothèse, à savoir que **le projet de départ était réalisable**.

Nous avons choisi de proposer un matériel original en cours d'élaboration, que nous souhaitions adapter à un échantillon de population dans le cadre d'une prise en charge orthophonique. La construction de ces activités ainsi que la recherche de leur adéquation aux centres d'intérêt des personnes âgées atteintes de démence a nécessité un long travail de réflexion ainsi que de nombreux réajustements.

Nous avons finalement réussi à concevoir des activités qui, même si elles sont encore perfectibles, ont été créées pour intéresser le public visé. Ce matériel respecte deux exigences que nous nous étions fixées : **être ludique sans risquer d'infantiliser les patients**. Ceci nous permet de valider notre seconde hypothèse.

Il nous a été possible de stimuler la production d'écrit chez tous les participants : les activités se sont révélées accessibles aux patients malgré leur pathologie. Nous avons donc pu valider **partiellement notre troisième hypothèse**. Nous reviendrons sur le deuxième volet de cette hypothèse dans la partie concernant les limites de notre étude.

La démarche mise en œuvre, très ciblée, nous a demandé de prendre du recul par rapport à notre travail et de nous remettre en question face à un public que nous connaissions encore assez mal. Nous sommes toutefois parvenue à nous inscrire dans une démarche plus globale, menée en équipe.

Le contact avec les personnes MA nous a amené à entrevoir un certain nombre de pistes de prise en charge s'inscrivant sur le long terme. Elles dépassent, certes, le cadre de cette étude mais sont déjà mises en œuvre au sein de l'établissement. Un projet de semainier individuel et effaçable est notamment en cours d'élaboration pour les personnes souffrant de troubles mnésiques.

A travers ce travail, nous avons mené à bien les démarches nécessaires pour améliorer la visibilité de la profession d'orthophoniste au sein d'un établissement hébergeant des personnes dépendantes. Nous nous sommes insérées avec succès dans une démarche thérapeutique globale visant à garantir la meilleure qualité de vie possible pour la personne MA.

En définitive, la concrétisation de notre projet a constitué pour nous une expérience tant enrichissante que passionnante.

b. Limites de notre étude

Si notre étude nous a permis de valider partiellement notre postulat de départ, elle comporte néanmoins certaines limites que nous allons à présent détailler.

Celles-ci concernent, tout d'abord, l'aspect méthodologique de ce travail. Nous sommes consciente de certaines insuffisances inhérentes à notre démarche, notamment le fait de n'avoir pas utilisé de grille d'analyse.

La création d'un tel outil nous aurait permis de parfaire notre observation et de pouvoir interpréter nos résultats de façon moins descriptive. Ceci n'a pu être réalisé dans le temps qui nous était imparti mais constitue néanmoins une proposition à retenir dans l'optique d'une éventuelle poursuite de cette étude.

Notre travail s'étant déroulé sur un temps extrêmement court, il ne nous a malheureusement pas été possible de nous ajuster à temps. Nos activités ont donc été choisies, élaborées puis adaptées de façon relativement intuitive, ce qui confère à notre étude un caractère subjectif.

Durant notre étude, il nous a été difficile de nous concentrer sur le développement et l'analyse de nos activités tout en nous détachant des dynamiques de progression ou de régression des patients.

Le manque de temps n'a pas joué en notre faveur, puisque nous n'avons eu que deux mois pour mener à bien notre expérimentation : ceci ne nous a pas permis d'évaluer l'impact exact de nos interventions auprès des personnes de notre échantillon. C'est la raison pour laquelle le deuxième volet de notre dernière hypothèse, concernant les objectifs de maintien de la communication, n'a pu être validée.

Par ailleurs, la taille réduite de cet échantillon ne permet en aucun cas de généraliser la pertinence de nos activités à toute la population des personnes MA. En outre, les troubles inhérents à la maladie d'Alzheimer étant très hétérogènes, nous ne sommes pas certaine que la faisabilité et le caractère ludique de nos activités, demeurerait valables.

Nous avons en outre choisi de nous intéresser au langage écrit, mais nous n'avons pu le traiter de façon tout à fait isolée. En effet, dans ce type de prise en charge où le maintien de la communication est visé, le langage écrit est rarement sollicité de façon pure.

Enfin, la mise en œuvre des activités nous a laissé peu de temps pour travailler sur les consignes : or, elles sont le point d'entrée des patients dans l'activité et auraient mérité une attention toute particulière.

Les limites que nous avons dégagées nous ont cependant permis de mieux envisager les ajustements qui seraient nécessaires pour permettre à cette expérience d'être prolongée.

c. Prolongements possibles

Le travail réalisé nous a amenée à réfléchir à certaines possibilités de prolongements :

Tout d'abord, nous avons ébauché la réalisation de quatre nouvelles activités (recomposition de tâches, conte désordonné, familles de mots et extraits de livres) qui mériteraient, à notre sens, d'être développées. De même, d'autres activités pouvant apporter un bénéfice en termes de communication écrite à la personne MA pourraient être ajoutées à notre étude. Les possibilités dans cette optique sont vastes, les activités littéraires telles que celles développées par l'ouvroir de littérature potentielle ou les manipulations de mots à des fins créatives appartenant à tout un chacun.

Nous pensons qu'il serait également judicieux de conduire une étude qui prendrait la mesure des bénéfices apportés par une telle intervention orthophonique. Afin de considérer l'impact de ces prises en charge sur un échantillon de population, un temps d'expérimentation plus long, autorisant une évaluation initiale puis finale, mené avec prudence, permettrait peut-être d'obtenir des résultats généralisables.

Ceci étant dit, un bilan complet des capacités et des déficits inhérents à la maladie d'Alzheimer demande le recours à des tests empruntés à diverses batteries. Nous imaginons donc en complément de cette étude, le recueil de trames de bilans et d'évaluations possibles, spécifiquement adaptées aux personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives.

En outre, nous avons regretté de ne pouvoir porter plus d'attention à la présentation de nos activités : celles-ci, maintenant construites et mises en place de façon pratique auprès d'un échantillon de population pourraient à présent faire l'objet d'un travail approfondi sur les consignes. Par ailleurs, la réalisation et l'utilisation d'une grille d'analyse permettrait une observation plus fine des résultats.

Enfin, nous n'avons pas souhaité comparer les deux modalités de prises en charge, individuelle et collective, toutefois il pourrait être intéressant de se pencher sur les bénéfices et limites des deux approches. Ceci dans l'intention de déterminer si un type de prise en charge est plus adapté à la personne MA dans une optique de maintien de la communication, si les deux s'avèrent complémentaires et enfin, quelles variables peuvent intervenir dans le choix de ces modalités.

Conclusion

Nous nous sommes interrogées, à travers cette étude, sur la possibilité d'élaborer des activités stimulant la communication écrite, accessibles à des personnes MA, qui puissent être mises en place lors d'interventions orthophoniques tant individuelles que collectives.

Nous sommes parvenue à élaborer six activités, adaptées après un entretien et un bilan de langage réalisé auprès des personnes de notre échantillon ; ce matériel a été mis en place de façon pratique et enrichi de propositions d'améliorations développées au regard de notre expérience. Deux de nos activités n'ont pu être réalisées pour des raisons de pertinence : en effet, nous n'avons pu les adapter de manière à ce qu'elles soient accessibles aux personnes MA compte tenu de leurs troubles, ni à les insérer dans une démarche cohérente de maintien de la communication.

Après avoir rapporté le contenu des séances, nous avons analysé les productions en termes de faisabilité, de pertinence et de caractère ludique. Il est ainsi apparu, au regard de cette étude, que la majorité de nos activités sont :

- réalisables de façon pratique et matérielle en individuel comme en collectif,
- en adéquation avec les centres d'intérêts des patients rencontrés,
- pertinentes car accessibles à ces personnes MA malgré leurs difficultés.

Insérées dans un projet global de prise en charge de la personne, nous pensons que ces activités peuvent répondre à un besoin et participer à l'amélioration de la qualité de vie.

Arrivée au terme de ce travail, nous apprécions le chemin parcouru et la richesse des rencontres que nous avons faites. Nous estimons désormais d'autant plus, que les personnes âgées peuvent apporter beaucoup de philosophie dans la vie de ceux qui prennent le temps de les écouter.

*« La vieillesse est comparable à l'ascension d'une montagne :
Plus vous montez, plus vous êtes fatigué et hors d'haleine,
mais combien votre vision s'est élargie ! »*

Ingmar Bergman

Bibliographie

Ouvrages

- ADAM S., ALLAIN P., AUBIN G., *Actualités en rééducation neuropsychologique : études de cas*, 2009, Collection Neuropsychologie, édition Solal.
- ANZIEU M., MARTIN J.Y. *La dynamique des groupes restreints*, 2003, Le psychologue, PUF.
- BAGGIO S., *Psychologie sociale*, 2006, édition de Boeck.
- BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., *Dictionnaire d'Orthophonie*, OrthoEdition, 1997.
- CAMPOLINI C., TOLLET F., VANSTEELANDT A., *Dictionnaire de logopédie, Tome 5, Troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies*, 2003, édition Peeters Leuven.
- CARBONNEL, S., GILLET, P., MARTORY, M-D., VALDOIS, S., *Approche cognitive des troubles de la lecture et de l'écriture chez l'enfant et l'adulte*, 1996, Collection Neuropsychologie, édition Solal.
- CROISILE B., *Tout sur la mémoire*, 2009, édition Odile Jacob.
- FERREY G., LE GOUES G., *Psychopathologie du sujet âgé*, 5e édition, 2000, édition Masson.
- FONTAINE R., *Manuel de psychologie du vieillissement*, édition Dunod.
- GIL R., *Neuropsychologie*, 2004, 3e édition, édition Masson.
- KHOSRAVI M., *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des démences séniles*, 2003, édition Doin.
- JEANDEL C., BLONDEL M., *Livre Blanc de la Gériatrie Française*, 2004.
- NEUMAYER, O., NEUMAYER, M., *Animer un atelier d'écriture*, ESF Éditeur, Coll. Didactique du français, 2003.
- ROUSSEAU T., *Démences : orthophonie et autres interventions*, 2007, OrthoEdition.
- ROUSSEAU T., *Communication et maladie d'Alzheimer : évaluation et prise en charge*, 1995, OrthoEdition.

ROUSSEAU T. *Les approches thérapeutiques en Orthophonie, Tome 2, Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit*, 2004, OrthoEdition.

ROUSSEAU T. *Les approches thérapeutiques en Orthophonie, Tome 4, Prise en charge orthophonique des pathologies d'origines neurologiques*, 2004, OrthoEdition.

X. SERON et M. VAN DER LINDEN, *Traité de Neuropsychologie clinique*, Tome II, 2000, édition Solal.

VENDEUVRE-BAUTERS I., *A l'écoute des mots de la démence, expression d'une crise existentielle*, 2007, Chronique Sociale.

Articles

BEKHOUKH, FLOURY-VAROUTSIKOS, LAZENNEC-PREVOST, VENDEUVRE, *Les troubles du langage dans la démence et la dépression de la personne âgée*, 1999, Glossa n°66.

CROISILE B., *Écriture, Vieillissement et Alzheimer*, Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement, sept. 2005 Volume 3, numéro 3.

GOUJON É. CAZENAVE-GASSIOT S., *Démence, mémoire et identité : intérêt de la biographie*, La revue de gériatrie, 1997, tome 22, 4.

MARQUIS F., PLOTON L., *Maladie d'Alzheimer : à l'écoute d'un langage*, 1998, Glossa n°61.

ROUSSEAU, PITON & FROMAGE, *L'expression écrite comme indicateur de sévérité dans la démence de type Alzheimer*, 2006, Glossa n°96.

ROUSSEAU T., DEBARD C., *La communication écrite chez un patient atteint de maladie d'Alzheimer*, 2002, Glossa n°81.

La mémoire, mars 2000, Rééducation orthophonique, n°201

Sites Internet

Consultés en juin 2010

www.insee.fr

www.alzheimer-adna.com

www.has-sante.fr

www.imaalzheimer.com

www.onpa.fr

www.anesm.sante.gouv.fr

www.francealzheimer.org

www.orthophonistes.fr

Divers

BARROCHE G., enseignement de neurologie dispensé en 3e année, école d'orthophonie, Nancy, 2008-2009

JONVEAUX T., enseignement maladie d'Alzheimer dispensé en 4e année, école d'orthophonie, Nancy, 2009-2010

MAISONDIEU J., Conférence « *Pourquoi apprendre à parler quand on en peut pas prendre la parole* », festival audiovisuel en Orthophonie de Nancy, octobre 2009.

MIDOLO V., enseignement sur l'orthographe dispensé en 3e année, école d'orthophonie, Nancy, 2008-2009

VAILLANDET C., enseignement sur l'aphasie dispensé en 3e et 4e année, école d'orthophonie Nancy, 2008-2010

Mémoires

CHAUVEY A, Élaboration d'une grille d'analyse du langage écrit de patients atteints de démence de type Alzheimer à partir de la description écrite d'une image complexe, Mémoire d'Orthophonie, Nancy 2009

COUPRIE-LEHELLEY C., L'intérêt du travail orthophonique de groupe, en gériatrie et ses incidences sur la communication, Bordeaux 1998.

HINGOUET G., Démence et travail en groupe : mise en place et essai d'évaluation d'un travail orthophonique de groupe auprès de personnes âgées démentes institutionnalisées, Nantes 1999.

JACQUOT M., Langage et grand âge, Proposition d'un protocole d'animation d'un groupe de langage en maison de retraite pour des personnes âgées sans altération cognitive massive, Mémoire d'Orthophonie, Nancy 2004.

PAJOT S., Maladie d'Alzheimer : expérience d'une prise en charge du langage écrit à travers un atelier d'écriture, Mémoire d'Orthophonie, Nantes, 2001.

Index des illustrations

Liste des figures

Fig 1. Hiérarchie de la mémoire d'après G. Barroche, 2008	p.22
Fig 2. Cercle vicieux des troubles de la personne âgée atteinte de démence	p.33
Fig 3. Schéma de la communication d'après D. Lerond, 2007	p.35
Fig 4. Complexité de l'interaction linguistique	p.36
Fig 5. Modèle de la mémoire de travail en production écrite, Kellogg, 1996	p.40
Fig 6. Différentes transpositions du langage d'après G. Barroche, 2008	p.43
Fig 7. Modèle simplifié du système lexical, d'après Caramazza et coll.	p.46
Fig 8. Questionnaire de Madame H	p.93
Fig 9. Questionnaire de Madame L	p.94
Fig 10. Questionnaire de Madame U	p.95
Fig 11. Questionnaire de Monsieur C	p.97
Fig 12. Questionnaire de Madame O	p.98
Fig 13. Questionnaire de Madame P	p.99
Fig 14. Questionnaire de Madame M	p.100
Fig 15. Exemple d'item du matériel Proverbe ne peut mentir	p.106
Fig 16. Production de Madame H au jeu du cadavre exquis	p.108
Fig 17. Extraits de la première séance de cadavre exquis en groupe	p.109

Fig 18. Extraits de la deuxième séance de cadavre exquis en groupe	p.110
Fig 19. Extrait de la fable « Le Corbeau et le renard » adaptée en Verlan	p.111
Fig 20. Exemple de traduction des mots transformés en Verlan	p.112
Fig 21. Exemples de visages célèbres proposés en activité de sigles	p.129

Liste des tableaux

Tab 1. Résultats des bilans de langage des patients en individuel	p.80
Tab 2. Résultats des bilans de langage des patients en collectif	p.83

Annexes

Index des annexes

Productions de bilan de Madame U.....	I
Productions de bilan de Madame L.....	II
Productions de bilan de Madame H.....	III
Productions de bilan de Madame O.....	IV
Productions de bilan de Madame P	V
Productions de bilan de Madame M.	VI
Productions de bilan de Monsieur C.	VII
Version adaptée initialement du questionnaire de Proust.....	VIII
Photographies de personnalités aux initiales connues.....	IX
Proverbes détournés à retrouver	X
Chansons étranges, comprenant une seule modification	XI
Jeu du dictionnaire, dans sa version initiale.....	XII
Tentatives de représentation de mots-valises	XIII
Jeu de la traduction tel qu'il pourrait être développé	XIV

I – Productions de bilan de Madame U.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

Trou Cheminée Librairie
La jeune du Boulanger ~~du~~ a déchiré son manteau
femme

TROU - CHEMINEE – LIBRAIRIE

LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

Bac encombement fruit intelligence fréquentation
chirurgie la rivière est gelée on la lui portera
si vous le souhaitez

Bac, encombrement, fruit, intelligence, fréquentation, chirurgie

La rivière est gelée, on la lui portera si vous le souhaitez

Description de l'image Le voleur de biscuits.

Rangement à la cuisine
cette ~~jeune~~ jeune fille fait
la vaisselle et son frère
fait le rangement dans
le placard et la jeune
fille fait la vaisselle mais
l'évier débore

II - Productions de bilan de Madame L.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

trois cheminée Librairie
la jeune femme du boulanger a
déchiré son manteau

TROU - CHEMINEE – LIBRAIRIE

LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

Radis fruit progrès
antiquité pharmacien
la rivière est gelée on ~~l~~ lui portera
s'il faut ^{de} souhaité
- bague - encombrement
intelligente - fréquentation
chirurgie
les causes de l'explosion ~~mon~~ étaient
déterminées

Radis, fruit, progrès,
antiquité, pharmacien,
la rivière est gelée,
on la lui portera si vous
le souhaitez,
bac, encombrement,
intelligence,
fréquentation,
chirurgie,
les causes de l'explosion
n'ont pas été
déterminées.

Description de l'image Le voleur de biscuits.

une de cuisine l'enfant sur un
tabouret la femme la vaisselle
l'eau éclabousse

III - Productions de bilan de Madame H.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

Trou - Cheminée - Librairie -
- la jeune femme du boulanger a déchiré son manteau

TROU - CHEMINEE - LIBRAIRIE - LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

- Bac -

- radis

- fruit

- progrès -

- antiquité -

- chirurgie -

- pharmacien -

Incroyablement

Intelligence -

Fréquentation

on la lui portera si vous le souhaitez -

la rivière est gelée - les causes de l'explosion n'ont pas été
déterminées -

Bac, radis, fruit,
progrès, antiquité,
chirurgie,
pharmacien,
encombrement,
intelligence,
fréquentation,
on la lui portera si
vous le souhaitez,
la rivière est gelée,
les causes de
l'explosion n'ont
pas été
déterminées.

Description de l'image Le voleur de biscuits.

La scène se passe dans une cuisine, avec trois personnages :
une jeune fille, un garçon et une petite fille - on ne
comprend pas tout de suite pourquoi l'évier déborde - La
jeune fille qui essuie la vaisselle ne l'aurait-elle pas bouché ?

On voit plusieurs accidents dans la cuisine

1° l'évier déborde

2° un garçon, debout sur un tabouret, bascule et va tomber

IV - Productions de bilan de Madame O.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

La jeune femme du boulanger
a déchiré son manteau
trou cheminée librairie

LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU - TROU - CHEMINEE - LIBRAIRIE -

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

radis - antiquité - progrès
fruit - pharmacien -
la rivière est gelée

radis, antiquité, progrès, fruit, pharmacien, la rivière est gelée.

Description de l'image Le voleur de biscuits.

deux enfants un garçon et une fille sont
en train de faire un tour dans le placard
pour trouver les gâteaux qu'il va partager
avec sa petite sœur, la maman fait
la vaisselle de l'eau tombe par terre
des tasses sont sur l'évier
on a une vue sur une maison et un massif
le gamin manque de tomber
la vie familiale avec ses joies et ses
lécitises

V - Productions de bilan de Madame P.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

La femme du boulanger a déchiré son
manteau -
trou - cheminée - librairie

LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU - TROU - CHEMINEE – LIBRAIRIE

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

Bac - encombrement -
fruit - intelligence -
intelligence - fréquentation -
les causes de l'explosion n'ont
pas été déterminées -

Bac,
encombrement,
fruit, intelligence,
fréquentation,
les causes de
l'explosion n'ont
pas été
déterminées

Description de l'image Le voleur de biscuits.

Les gâteaux sont volés par
les enfants -
Une jeune fille - fait le
vaisselle -
Une garçon - fait le
valeur dans la cuisine et il ne
se casse le nez -
Mais son talent va
tomber avec lui -
Il s'en va tout déboulé

VI - Productions de bilan de Madame M.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

la jeune femme du boulanger a déchiré son manteau
trou - cheminée librairie

LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU - TROU - CHEMINEE - LIBRAIRIE

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

bac encombrement fruit
intelligente fréquentation
les causes de l'explosion non pas été déterminées

Bac, encombrement, fruit, intelligence, fréquentation,
les causes de l'explosion n'ont pas été déterminées

Description de l'image Le voleur de biscuits.

les Enfants
la Maman
range la vaisselle
le petit garçon se cache le nez en rangeant la vaisselle
et Maman essuie la vaisselle l'assète -
Je ne sais ce qui est arrivé - mais l'eau coule - j'ore à la fuite
la petite fille attend, son frère lui tend les assiettes
Dans la cuisine - l'eau va déborder!... et dans
à ~~l'écabot~~ ~~et~~ le tabouret bascule -

VII - Productions de bilan de Monsieur C.

Extraits de la copie de 3 mots et d'une phrase :

TROU CHEMINÉE
LIBRAIRIE
La jeune femme du boulanger a déchiré
son manteau

TROU - CHEMINÉE - LIBRAIRIE - LA JEUNE FEMME DU BOULANGER A DECHIRE SON MANTEAU

Extraits de la dictée de mots et de phrases :

Radis Fréquentation pharmacien
PROGRÈS
PROGRÈS FRUIT
La rivière est gelée
Les causes de l'explosion n'ont pas été déterminées
Bac, intelligence, chirurgie
encombrement - antiquité
on la lui portera si vous le
souhaitez

Radis, fréquentation, pharmacien, progrès, fruit, la rivière est gelée, les causes de l'explosion n'ont pas été déterminées, bac, intelligence, chirurgie, encombrement, antiquité, on la lui portera si vous le souhaitez.

Description de l'image Le voleur de biscuits.

un jeune en compagne
fait tomber le tabac
sur la petite.
La dame se fait élever
éclatante

Questionnaire de Proust

C'était un passe-temps répandu dans la bonne société d'Angleterre au cours du 19e siècle. En 1890, l'écrivain Marcel Proust, alors adolescent comme les autres, le découvrit et l'adapta en langue française : c'est pourquoi il prit son nom.

Qu'est-ce que vous aimez manger ?

Quelle couleur préférez-vous ?

Quelle est votre « drogue » favorite ?

Quel est le bruit ou la musique que vous aimez ?

Quel est votre principal trait de caractère ?

Quel métier auriez-vous aimé faire ?

Quel est votre mot préféré ?

Quel est le mot que vous détestez ?

Quelle est votre devise ?

IX - Photographies de personnalités aux initiales connues.

BB = Brigitte Bardot

= Actrice française

BHL = Bernard-Henri Lévy

= Écrivain français

DSK = Dominique Strauss-Kahn

= Politique français

JPP = Jean-Pierre Papin

= footballeur français

PPDA = Patrick Poivre d'Arvor

= Journaliste et écrivain français

JFK = John Fitzgerald Kennedy

= Homme d'État américain



Qui vole un œuf, □ vole un bœuf
 □ vole du neuf

□ L'habit ne fait pas le moine
□ L'abbé

Tous les chemins mènent □ à Rome
 □ au rhum

Ne jamais dire : Fontaine, je ne boirais pas □ de tonneau
 □ de ton eau

La nuit porte □ conseil
 □ jarretelle

Loin des yeux □ loin du beurre
 □ loin du cœur

Abondance de biens □ ne m'ennuie pas
 □ ne nuit pas

Qui veut voyager loin □ ménage sa monture
 □ ménage ses chaussures

Au premier temps de la **danse**

Toute seule tu souris déjà

Au premier temps de la **danse**

Je suis seul mais je t'aperçois

Et Paris qui bat la mesure

Paris qui mesure notre émoi

Et Paris qui bat la mesure

Me murmure murmure tout bas

Elle est à toi cette **mélodie**

Toi l'auvergnat qui sans façons

M'as donne quatre bouts de bois

Quand dans ma vie il faisait froid

Toi qui m'as donne du feu quand

Les croquantes et les croquants

Tous les gens bien intentionnés

M'avaient fermé la porte au nez

Astre de l'hiver, mon coeur amoureux

S'est pris au piège de tes grands yeux

Je te donne en gage, cette croix d'argent

Et de t'aimer toute ma vie j'en fais serment

Allô allô James quelles nouvelles ?

Absente depuis quinze jours,

Au bout du fil, je vous appelle

Que trouverais-je à mon retour ?

Tout est ok, Madame la Baronne

Tout est ok, tout est ok

Allez venez, **Monsieur** !

Vous asseoir à ma table

Il fait si froid dehors,

Ici c'est confortable.

Laissez-vous faire **Monsieur**

Et prenez bien vos aises,

Vos peines sur mon coeur

Et vos pieds sur une chaise.

Quand on partait de bon matin

Quand on partait sur les chemins

Sur nos vélos

Nous étions quelques bons copains

A définir

Crénothérapie - *Grec Krênê, source*

Utilisation thérapeutique des eaux thermales et minérales sur leur lieu d'émergence.

Limivore - *Latin limus, limon*

Se dit des animaux qui se nourrissent d'éléments organiques contenus dans la vase.

Avec définitions au choix :

Zoreille

1. Sous le second empire, soldat de la garde civile de Paris
2. Femme de Zorro
3. Dans les DOM-TOM, nom donné aux habitants né en France métropolitaine. *
4. Partie croustillante de l'oreille interne

Géloscopie

1. Analyse aux rayons X d'un dessert anglais à base de gélatine.
2. Examen électro-informatique de la fosse nasale.
3. Etude du caractère des hommes en observant leur manière de rire.*
4. Examen médical du gélum

Rembûchement

1. Action de remettre une bûche dans l'âtre.
2. Stockage du surplus de bûche glacée au congélateur, en prévision de l'année suivante.
3. Action de faire entrer une bête dans une forêt, en la pourchassant*
4. Pour un enfant, fait de tomber et de se relever aussitôt.

XIII - Tentatives de représentation de mots-valises

COLIBRIUS. Drôle d'oiseau. (COLIBRI et OLIBRIUS)

CALAMITIÉ. Sentiment d'affection qui n'engendre que des désastres. (CALAMITE et AMITIE)

LAVABOSS. Chef de cabinets. (LAVABO et BOSS)

MATHLÈTE. Champion de calcul mental. (MATH et ATHLETE)



RÉCUREUIL.

Petit rongeur dont la queue sert à nettoyer les casseroles.

(RECURER et ECUREUIL)



MAMYFESTATION.

Défilé de grands-mères en colère.

(MAMY et MANIFESTATION)

été	saison
galeci	teusepré
bise	emprunteuse
chemou	taichan
minefa	sezdan

La _____, ayant chanté tout l'été,
Se trouva fort dépourvue quand la _____ fut venue :
Pas un seul petit morceau de _____ ou de vermisseau.
Elle alla crier _____ chez la Fourmi sa voisine,
La priant de lui prêter quelque grain pour subsister
Jusqu'à la _____ nouvelle. "Je vous paierai, lui dit-elle,
Avant l'août, foi d'animal, intérêt et principal. "
La Fourmi n'est pas _____ : c'est là son moindre défaut.
- Que faisiez-vous au temps chaud ?
Dit-elle à cette _____.
- Nuit et jour à tout venant je _____, ne vous déplaie.
- Vous chantiez ? J'en suis fort aise. Eh bien! _____
maintenant.

Stéphanie MAURICE-BOULANGER

**Élaboration d'activités visant le maintien de la communication écrite
en prise en charge individuelle ou collective
chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer**

Mémoire d'orthophonie - Nancy 2010

Résumé :

Cette étude a consisté en l'élaboration d'une série d'activités sollicitant le langage écrit, ainsi qu'en leur adaptation à un public de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer hébergées en institution.

Après avoir évalué les troubles langagiers présents chez les 7 personnes que nous avons retenues pour composer un échantillon représentatif de cette population, nous avons cherché à adapter les activités créées, d'une part, à une prise en charge individuelle, et d'autre part à une prise en charge de groupe.

Les activités mises au point ont pour objectif de stimuler la lecture et l'écriture en respectant trois orientations :

- leur faisabilité pratique et matérielle,
- leur adaptation aux centres d'intérêt des patients rencontrés,
- leur pertinence au regard des objectifs visés, à savoir le maintien de la communication.

Au terme de notre expérimentation, nous présentons des perspectives en vue d'améliorer ce matériel, de façon à le rendre utilisable par des orthophonistes souhaitant adapter au mieux leurs prises en charge auprès d'une population de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Mots clés :

Alzheimer
Langage écrit
Matériel
Adaptation
Prise en charge individuelle
Prise en charge de groupe
Lecture-écriture

JURY :

Président :	Monsieur G. BARROCHE,	Professeur en Médecine
Directeur :	Madame B. BOCHET,	Orthophoniste
Assesseur :	Madame T. JONVEAUX,	Docteur en Neurologie

Date de soutenance

Mercredi 24 juin 2010