



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOAPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOAPHONISTE

par

Coline Métrot

soutenu le : **19 juin 2018**

Socialisation et multisensorialité :

L'apport d'objets concrets dans une intervention orthophonique de groupe inspirée de la méthode de la Validation, et son influence sur la communication de patients porteurs de troubles neurocognitifs majeurs

Mémoire dirigé par : Madame POTTIER Lise

Orthophoniste

Jury :

Pr MAILLARD Louis

Neurologue, CHU Nancy

Madame POTTIER Lise

Orthophoniste

Madame ROBERT Marie-Céline

Orthophoniste

« Que s'est-il donc passé ? La vie, et je suis vieux »

Louis Aragon

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement:

Madame Lise POTTIER, pour sa disponibilité, ses précieux conseils, sa confiance et son inestimable soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Madame Marie-Céline ROBERT, pour sa présence et sa bienveillance au fil de nos expérimentations.

Le professeur Louis MAILLARD, pour s'être rendu disponible et m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence mon jury.

Les résidents de l'Unité Arc-en-Ciel et leurs soignants, pour leurs sourires, leur bonne humeur et leur collaboration.

Les proches des résidents avec qui j'ai pu m'entretenir, et qui ont chaleureusement soutenu mon projet.

Mes maîtres de stage, Anne-Laure ARNAUD, Marie CHOQUERT, Julie COLIN et Nathalie MORIN, pour leur générosité, le partage de leur expérience clinique et leur soutien. Merci de m'avoir accompagnée dans mon cheminement orthophonique et personnel.

Mes parents, pour leur présence et leur soutien indéfectibles, leur patience dans la relecture de mes travaux.

Mon frère, pour son énergie et sa confiance.

Mes amis, pour leurs réponses à mes ponctuelles détresses informatiques, leurs bouffées d'oxygène, leurs rires et leurs encouragements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE 1 : ANCORAGE THÉORIQUE	3
1 DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE À LA PATHOLOGIE.....	4
1.1 Le vieillissement physiologique.....	4
1.1.1 Définitions du vieillissement.....	4
1.1.2 Influence de l'âge : répercussions physiques et psychiques.....	5
1.1.3 Aspect social du vieillissement.....	7
1.2 Les Troubles Neuro-Cognitifs Majeurs (TNCM).....	8
1.2.1 Une terminologie nouvelle : de la démence aux TNCM.....	8
1.2.2 Les TNCM : classification des pathologies.....	9
1.2.2.1 <i>Les TNC dus à la maladie d'Alzheimer</i>	9
1.2.2.2 <i>Les TNC frontotemporaux</i>	9
1.2.2.3 <i>Les TNC à corps de Lewy ou de la maladie de Parkinson</i>	11
1.2.2.4 <i>Les TNC vasculaires</i>	12
1.2.3 Impact fonctionnel, répercussions psycho-sociales des TNC.....	12
1.3 Vieillissement de la communication.....	13
1.3.1 La communication: Définitions.....	13
1.3.2 La communication totale.....	14
1.3.3 Influence de l'âge sur la communication: du normal au pathologique.....	15
2 L'IMPACT DES TNCM SUR LA COMMUNICATION.....	16
2.1 Fondements neuro-anatomiques et neuro-fonctionnels.....	16
2.1.1 La communication : une organisation cérébrale en réseau.....	16
2.1.2 Communication et mémoire, deux fonctions intrinsèquement liées.....	17
2.2 Incidence linguistique des TNCM et répercussions sociales.....	19
2.2.1 Expression clinique des TNCM : versant linguistique.....	19
2.2.2 Retentissements interactionnels des TNCM.....	21
2.3 Evaluation des troubles cognitifs et de la communication.....	23
2.3.1 Dépistage et évaluation des troubles cognitifs : du MMSE au MoCA.....	23
2.3.2 Outils spécifiques : Exemple du GREMOTS : Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives.....	24
2.3.3 Evaluation de la communication dans le cadre de l'intervention orthophonique.....	24
3 PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES DES TNCM.....	26
3.1 Thérapies non médicamenteuses : diversité des approches possibles.....	27
3.1.1 Thérapies portant sur la cognition.....	27
3.1.2 Thérapies portant sur les sens.....	28
3.1.3 Thérapies écologiques.....	29

3.2 Place de l'intervention orthophonique et adaptation de la prise en charge.....	29
3.2.1 Légitimité et cadre de l'intervention.....	30
3.2.2 Intérêts d'une prise en charge de groupe.....	30
3.2.3 Adaptation de l'intervention orthophonique aux TNCM: l'introduction d'objets concrets comme supports de rééducation.....	31
3.3 Spécificités du groupe de Validation.....	33
3.3.1 Fondements de la Validation.....	34
3.3.2 Objectifs et résultats.....	36
3.3.3 Principes et déroulement d'une séance de groupe.....	37
PARTIE 2 : PARTIE MÉTHODOLOGIQUE	40
4 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES.....	41
4.1 Problématique.....	41
4.2 Hypothèses théoriques.....	42
4.3 Hypothèses opérationnelles.....	42
5 MÉTHODOLOGIE EXPÉRIMENTALE.....	42
5.1 Présentation du projet.....	42
5.2 Présentation de la population.....	43
5.2.1 Critères d'éligibilité des patients.....	43
5.2.1.1 <i>Critères d'inclusion</i>	
5.2.1.2 <i>Critères d'exclusion</i>	44
5.2.2 Présentation des patients.....	44
5.3 Démarche expérimentale.....	44
5.3.1 Thèmes.....	45
5.3.2 Choix des supports.....	45
5.3.3 Déroulement des séances.....	47
5.3.4 Cadre spatio-temporel.....	48
5.4 Mode de traitement des données.....	49
5.4.1 Le MoCA.....	49
5.4.2 Grille d'évaluation des séances.....	50
5.4.3 Grille d'évaluation à destination des soignants.....	50
5.5 Précautions méthodologiques.....	51
5.5.1 Sur le plan verbal.....	51
5.5.2 Sur le plan non-verbal.....	51
5.5.3 Autres.....	51
PARTIE 3 : RÉSULTATS	52
6 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	53

6.1 Analyse quantitative.....	53
6.1.1 Eléments comportementaux.....	53
6.1.2 Communication verbale.....	55
6.1.3 Communication non-verbale.....	58
6.2 Analyse qualitative.....	59
6.2.1 Eléments comportementaux.....	59
6.2.2 Communication verbale.....	60
6.2.3 Communication non verbale.....	61
6.2.4 Eléments spécifiques de notre étude.....	62
6.2.4.1 <i>L'attribution d'un rôle social.....</i>	62
6.2.4.2 <i>Les thématiques abordées.....</i>	63
6.2.4.3 <i>L'apport d'objets concrets.....</i>	64
6.3 Point de vue des soignants.....	66
DISCUSSION.....	69
7 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES.....	69
7.1 Validation des hypothèses théoriques.....	69
7.2 Validation des hypothèses opérationnelles.....	70
8 LIMITES DE NOTRE ÉTUDE.....	73
8.1 Limites liées à la population.....	73
8.2 Limites liées aux conditions d'expérimentation et outils utilisés dans le cadre de notre intervention.....	73
9 PERSPECTIVES DE RECHERCHE.....	74
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE.....	78
ANNEXES.....	84

INTRODUCTION

« Cessons de tricher ; le sens de notre vie est en question dans l'avenir qui nous attend ; nous ne savons pas qui nous sommes, si nous ignorons qui nous serons : ce vieil homme, cette vieille femme, reconnaissons-nous en eux. Il le faut si nous voulons assumer dans sa totalité notre condition humaine. Du coup, nous n'accepterons plus avec indifférence le malheur du dernier âge, nous nous sentirons concernés : nous le sommes. » Simone de Beauvoir, *La Vieillesse* (1970)

Ces mots, en écho aux rencontres et réflexions amorcées dès mon stage en EHPAD au cours de ma deuxième année d'études, nous renvoient au constat actuel du vieillissement de la population, en parallèle duquel on peut dresser celui d'une augmentation croissante du nombre de personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs majeurs (TNCM). Cela pose la question de l'accompagnement de ces personnes, et du regard social porté sur elles. Bien souvent, elles se voient confrontées à une rapide institutionnalisation, en raison des troubles mnésiques entravant leur autonomie, mais aussi et surtout de la perte de leur statut d'être communicant. Ceci nous amène à considérer l'une des missions de l'orthophoniste, « habileté à accomplir (...) le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du système cérébral » (NGAP, 2002). Il s'agit en effet d'intervenir de manière à prévenir la cascade allant de la perte de communication à l'isolement, pouvant engendrer des troubles du comportement, ainsi qu'un glissement vers un état végétatif.

Si aucune intervention curative n'est possible, en raison de l'absence de traitement efficace ou de l'impossibilité de mener une thérapie contrant réellement la dégénérescence du cerveau, nous avons la possibilité de maintenir les aptitudes à la communication, et ainsi améliorer la qualité de vie de ces patients. L'expérience clinique permet de distinguer l'un des principaux motifs de souffrance psychique en l'absence de rôle social, associé à une difficulté pour se raccrocher à des souvenirs qui viendraient pallier cette impression de perte d'identité. Ce sentiment d'exclusion et de retrait social est extrêmement délétère, dans la mesure où « l'absence ou le manque de stimulation venant du monde extérieur conduit les gens à végéter ou à mourir. La perte de stimulation mène à la perte d'identité. » (Feil, 2005)

En toile de fond de notre intervention, il s'agit donc de préserver la dignité de la personne et son identité, pour favoriser sa communication et son bien-être social. En ce sens, on note au cours des dernières années l'émergence de multiples approches thérapeutiques, la plus en adéquation avec nos objectifs étant celle de la Validation. Elle a pour principe fondamental de « créer un environnement sécurisant, dans lequel les gens apprennent à se faire confiance mutuellement »

(Feil, 2005), à prendre conscience de leur valeur, tout en générant un sentiment d'appartenance sociale qui favorise les interactions. Cette méthode vise en effet à attribuer à chaque personne un rôle social au sein d'un groupe, pour en devenir acteur. Par ailleurs, les séances sont notamment structurées autour d'un temps musical, d'une activité motrice et d'un temps de discussion, pour renforcer l'ancrage des participants dans la situation. Dans son mémoire d'orthophonie (2015), Marion Seillier fait état de ses expérimentations basées sur cette approche, et propose en perspective de recherche d'y associer une autre méthode, comme par exemple l'Atelier de Réminiscence. Il s'agirait alors de proposer aux patients des objets concrets, en vue de faciliter la résurgence de leurs souvenirs. En effet, on sait aujourd'hui que l'accès à la mémoire autobiographique est facilité par la stimulation de la mémoire sensorielle (Tadié, 1999).

Nous avons décidé de nous inscrire dans cette perspective de recherche, à travers le cheminement suivant : les groupes de Validation génèrent un sentiment d'appartenance sociale, favorisant la communication. Le temps de discussion proposé en Validation vise par ailleurs à développer les interactions autour d'un thème spécifique, censé rapprocher les participants. Dans l'optique de s'adapter aux TNCM, il semble important de définir une thématique conversationnelle en lien avec les composantes cognitives les mieux préservées chez les participants, notamment la mémoire autobiographique. Les souvenirs anciens sont en effet les plus prégnants, et leur résurgence se voit facilitée par la stimulation de la mémoire sensorielle, via l'apport d'objets concrets. Ainsi, associer une sollicitation sensorielle au temps de discussion serait bénéfique pour renforcer les interactions, permettre à chacun d'exprimer son individualité au sein du groupe et asseoir son existence sociale, mais aussi et surtout retrouver son statut d'être communicant.

Nous proposons donc d'étudier en quelle mesure **l'apport de stimuli multisensoriels dans le cadre du temps de discussion d'une intervention orthophonique de groupe de type "Validation" permettrait de maintenir et peut-être même améliorer la communication de patients présentant des TNCM.**

Nous étudierons dans un premier temps le vieillissement physiologique, pour aller vers le vieillissement pathologique, avec la description des TNCM et du vieillissement de la communication. Nous détaillerons ensuite l'impact des TNCM sur la communication. Enfin, nous aborderons la question des prises en charge thérapeutiques des TNCM, à travers la diversité des approches existantes, les possibles adaptations de la prise en soins orthophonique avec notamment l'introduction d'objets concrets, et les principes de Validation que nous pourrions exploiter.

PARTIE 1 :
ANCRAGE THÉORIQUE

1 DU VIEILLISSEMENT PHYSIOLOGIQUE À LA PATHOLOGIE

« Vieillir est le sort commun, on le sait. Vaguement. Chacun s'estime informé mais le concept reste abstrait et cette conscience du destin collectif de l'espèce ne prépare nullement à l'expérience de SA vieillesse » (B. Groult, *La Touche étoile*, 2007).

La littérature abonde en témoignages et réflexions autour de la vieillesse. Cette avancée en âge est tantôt niée, tantôt assumée, questionne toujours, nous renvoyant à notre propre condition humaine. Mais comment la définir, à partir de quand envisager les effets de l'âge comme s'extrapolant d'une quelconque normalité, basculant dans ce que notre société médicalisée qualifie de pathologique ? Les frontières sont parfois minces, les nuances fines. Bien souvent, la vieillesse effraye, se voit rejetée, enveloppée de stéréotypes. Ces représentations sont partie prenante du vécu des personnes âgées. « Avant qu'elle ne fonde sur nous, la vieillesse est une chose qui ne concerne que les autres. Ainsi peut-on comprendre que la société réussisse à nous détourner de voir dans les vieilles gens nos semblables » puisque « l'image sublime qu'on leur propose d'eux-mêmes, c'est celle du Sage auréolé de cheveux blancs, riche d'expérience et vénérable (...) ; s'ils s'en écartent, (...) c'est celle du vieux fou qui radote et extravague.» (de Beauvoir, 1970)

Nous proposons de partir des conceptions communément admises du vieillissement physiologique, pour se diriger ensuite vers les TNCM, puis le vieillissement de la communication.

1.1 Le vieillissement physiologique

1.1.1 Définitions du vieillissement

Les ouvrages traitant du vieillissement font état d'un même constat, selon lequel il s'avère difficile d'en donner une définition précise, en raison de son caractère subjectif. Le vieillissement serait avant tout une question de regard, de sa composante individuelle, progressive et irréversible, correspondant aux effets du passage du temps, à sa composante sociale, avec une notion de bornes chronologiques, qui considère généralement la frontière vers la vieillesse à 65 ans.

L'une des définitions faisant consensus vise à le considérer comme « l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. » (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Il est distinct de la maladie, et se voit corrélé à des facteurs tant génétiques qu'environnementaux.

L'Observatoire Mondial de la Santé (OMS) propose une définition faisant aussi état de la complexité du processus, en ajoutant la notion de changement des structures sociales de l'individu.

Qu'elles que soient les nuances que l'on peut y apporter, se pose souvent la question de la frontière entre un vieillissement dit physiologique et un vieillissement pathologique. Les auteurs mentionnent principalement les modifications physiologiques de l'organisme, les conséquences de l'utilisation abusive ou de la non-utilisation de certaines fonctions, et l'accumulation de facteurs de risque. Ces derniers sont développés dans nombre de publications, notamment le mode de vie individuel (hygiène de vie, exercice physique, etc), l'organisation et l'utilisation des soins de santé, le réseau social et les activités susceptibles de générer un sentiment d'utilité associé à un élan vital.

1.1.2 Influence de l'âge : répercussions physiques et psychiques

Les effets du vieillissement se transcrivent par une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme, et concernent tous ses systèmes : métabolisme, système immunitaire, appareil locomoteur... mais aussi les organes des sens et le système nerveux. Les altérations seraient particulièrement marquées dans un contexte d'effort, de stress, ou de maladie aiguë, en raison de la diminution des capacités d'adaptation, avec toutefois une grande hétérogénéité inter-individuelle.

La multiplicité des modifications d'ordre physique liées à l'âge ne nous permet pas de les exposer en détails ici (diminution des cellules spécifiques du système pour chaque organe du corps, au profit du tissu conjonctif, diminution de capacité des organes périphériques et vascularisation de moins bonne qualité..) Nous pouvons toutefois relever plus spécifiquement certaines manifestations du vieillissement, notamment celles qui touchent aux organes des sens, et peuvent avoir des répercussions plus directes sur la communication. Concernant la vision, on observe une réduction de l'accommodation (presbytie), gênant la lecture de près, ainsi qu'une opacification progressive du cristallin (cataracte). L'audition se voit elle aussi touchée, sur le plan anatomique (épaississement et sclérose du tympan, rigidité des osselets, dégénérescence des cellules sensorielles de la cochlée, atteinte des voies et centres nerveux de l'audition de par la raréfaction neuronale..), ce qui engendre d'un point de vue fonctionnel une presbyacusie, pouvant entraver l'intelligibilité et la compréhension. Le vieillissement du goût ou de l'olfaction se révèle plus controversé (Collège

National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Notons que ce vieillissement physique n'est pas à considérer uniquement en terme de pertes, puisqu'il engendre également la diminution voir la disparition de certaines maladies comme les allergies ou maux de tête chroniques (Rousseau, 2011).

A l'instar du vieillissement physique, « le vieillissement cérébral et cognitif fait intrinsèquement partie de l'aventure humaine », et se révèle plus ou moins problématique selon les individus (Van der Linden, 2014). Ses principaux effets concernent la diminution du nombre de neurones corticaux et de certains neurotransmetteurs intracérébraux, ainsi que la raréfaction de la substance blanche (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000). Ces modifications vont impacter le temps de réaction, de même que les performances mnésiques, de façon modérée et sans retentissement sur la vie quotidienne. On note également une déstructuration du sommeil liée à la réduction de la sécrétion de mélatonine, pouvant partiellement majorer le risque d'apparition d'un syndrome confusionnel. Enfin, une diminution de la sensibilité proprioceptive, imputable à la baisse d'efficacité de la conduction des nerfs périphériques, peut engendrer une instabilité posturale.

D'un point de vue psychique, différentes théories sont exposées dans le domaine de la psychologie, décrivant notamment la notion de résilience, permettant une adaptation au vieillissement, ou le processus de remémoration qui consiste à remettre en ordre son vécu (Feil, 2005). Divers mécanismes psychologiques accompagnent cette période de vie, avec un ralentissement psychomoteur pouvant influer sur la relation au temps, ainsi qu'une possible cristallisation des angoisses d'abandon et de mort, impliquant la réactivation d'une position de dépendance. Un sentiment de trahison du corps peut également émerger, de même qu'un vécu de vulnérabilité, avec une discordance entre l'image de soi investie et la réalité. Le vieillissement suscite alors des difficultés narcissiques, qui peuvent être exprimées par le corps sous forme de plaintes et de somatisations. Une forme de désengagement peut se manifester par un repli narcissique, voire un syndrome de glissement. Ainsi, des fragilités en cascade s'installent, avec de nombreux facteurs de vulnérabilité, comme la perte des étayages sociaux et la multiplication des deuils. Diverses modalités défensives peuvent alors se mettre en place, à l'instar du déni de la réalité, d'une régression, de réactions contraphobiques (surinvestissement de certaines activités), ou encore une individualisation excessive avec une accentuation des traits de caractères.

Le vieillissement serait donc un processus actif, de constitution d'une nouvelle synthèse du Moi. Certains auteurs vont jusqu'à parler d'un « travail de vieillir » (Quinodoz, 1994)

1.1.3 Aspect social du vieillissement

Selon Van der Linden (2014) « le vieillissement ne peut donc pas être uniquement expliqué sur la base d'un inévitable processus physiologique de déclin, mais il est aussi en partie une construction sociale. »

En effet, la fin des années 1980 est marquée par les travaux de deux chercheurs en gérontologie, Rowe et Khan, qui ont défini trois modalités de vieillissement. Un maintien des capacités fonctionnelles correspondrait à un vieillissement réussi, s'opposant au vieillissement usuel ou habituel, qui répondrait quant à lui à la diminution de certaines capacités, non imputable à une maladie spécifique. En cas de pathologie chronique, qu'elle soit d'ordre cognitif, affectif, moteur, sensoriel ou organique, on parle alors de vieillissement avec morbidités, impliquant des déficiences, incapacités ou handicaps (Rowe & Kahn , 1987).

En parallèle de ces concepts est apparue la notion de fragilité, « qui peut être très schématiquement définie comme une désadaptation des systèmes homéostasiques. Elle aboutit à un déficit progressif des fonctions physiologiques et cellulaires, tout en limitant les capacités relationnelles et sociales de la personne âgée » (Jeandel, 2005). Cela mène à la problématique de la prévention, pour retarder ce passage vers un état porté par le risque de polypathologies, chroniques ou aiguës, susceptibles d'engendrer une perte d'autonomie. Pour Jeandel (2005), la société serait donc face au défi de permettre un accès égal au vieillissement réussi, en modifiant notamment les représentations et la place des personnes âgées au sein de la société, « afin qu'elles puissent s'accomplir pleinement, en respectant leurs droits et leur dignité ». Dans la même lignée, le gériatre Jean-Pierre Aquino soutient qu'il « faut redonner une place à la vieillesse en passant par la nécessaire acceptation de la différence des âges et réintégrer la vieillesse dans le cycle de vie. » (Aquino, 2007). Il cite notamment Jean Cocteau, en précisant qu'il convient de passer « d'un regard qui dévisage à un regard qui envisage ». Des perspectives similaires sont évoquées dans le rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, en février 2014 : « Susciter l'engagement et améliorer l'accompagnement des âgés, c'est porter un modèle de société plus fraternelle, plus apaisée et réconciliée avec les plus fragiles, qui ne repose pas sur les valeurs du plus fort, du plus jeune ou du plus rapide, mais s'inscrit dans la mémoire et se projette dans une durée. En cela l'adaptation de la société au vieillissement comporte une dimension éthique et sociétale majeure en ce début de XXIème siècle »

En effet, le regard social posé sur le vieillissement n'est pas exempt de conséquences, dans la mesure où ces stéréotypes de déclin, de solitude et de difficultés existentielles, impactent la vision

que chaque personne peut porter sur son avancée en âge. Or, les représentations préexistantes participent à la symbolisation et aux défenses psychologiques que chacun peut mettre en place. De plus, la perception de son propre vieillissement peut avoir des conséquences sur le fonctionnement physique et cognitif (Levy, 2009). Une vision positive permettrait d'adopter davantage de conduites favorables au maintien d'une bonne santé, dans son acceptation « d'état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946). Ainsi, en tant que soignants, sans doute devrions-nous nous considérer garants de ces valeurs de respect de la dignité des personnes âgées, oeuvrer au maintien de leur identité, sous-tendu par leur inclusion sociale, en favorisant leurs capacités communicationnelles, et ce plus particulièrement dans un contexte de troubles neuro-cognitifs.

1.2 Les Troubles Neuro-Cognitifs Majeurs (TNCM)

1.2.1 Une terminologie nouvelle : de la démence aux TNCM

La notion de troubles neuro-cognitifs (TNC) est apparue avec la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en 2013. Elle se substitue au chapitre « Délirium, démences, troubles amnésiques et autres troubles cognitifs » de la version précédente (DSM-IV). Cela répond à une volonté de s'émanciper de l'aspect stigmatisant revêtu par le terme de « démence », mais aussi de limiter l'association des divers troubles concernés aux déficits mnésiques, ce qui pouvait se révéler problématique pour les pathologies autres que la maladie d'Alzheimer. Enfin, le DSM-5 distingue des TNC mineurs et des TNC majeurs.

Les TNC consistent en un déclin cognitif significatif par rapport aux capacités antérieures, dans un ou plusieurs domaines cognitifs : fonctions exécutives, apprentissage et mémoire, langage, perception, motricité, attention complexe et cognition sociale. Ces deux derniers domaines constituent des ajouts par rapport à la version antérieure, pour mieux caractériser les pathologies autres que la maladie d'Alzheimer, à l'instar des atteintes fronto temporales (Belin, 2014). Le déclin cognitif doit par ailleurs être attesté par le patient et /ou son entourage, mais aussi évalué par des tests neuropsychologiques standardisés ou une évaluation clinique quantifiée.

La distinction entre TNC mineurs et TNCM repose sur leurs répercussions au niveau de l'autonomie, les deux types d'atteintes pouvant ou non s'accompagner de troubles comportementaux.

1.2.2 Les TNCM : classification des pathologies

On distingue quatre grandes catégories de TNCM (Belin, 2014), selon leur étiologie, leur expression clinique et leurs mécanismes physiopathologiques.

1.2.2.1 Les TNC dus à la maladie d'Alzheimer

Les troubles neuro-cognitifs imputables à la maladie d'Alzheimer (MA) se caractérisent par un début insidieux, une évolution progressive, et l'exclusion de toute autre étiologie possible. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est en effet principalement clinique et neuropsychologique, le recours à des examens complémentaires n'étant pas toujours indiqué dans la littérature. Les critères diagnostiques reposent généralement sur une plainte mnésique depuis au moins six mois, associée à un déficit avéré en mémoire à long terme (Croisile, 2009). D'autres auteurs considèrent que le diagnostic ne peut se faire que si la perte de mémoire est associée à un autre domaine intellectuel, comme le langage ou le jugement et la prise de décision (Poirier & Gauthier, 2013). Ils abordent également les avancées de la recherche scientifique concernant les biomarqueurs de cette maladie. En effet, on sait actuellement que les plaques séniles décrites par Aloïs Alzheimer au début du XXème siècle correspondent à des résidus agglomérés d'une molécule assimilée au précurseur de la protéine amyloïde, qui se morcelle au fil des années pour développer progressivement des propriétés toxiques au niveau cérébral. De même, les enchevêtrements neurofibrillaires constatés résultent d'anomalies dans le gène de la protéine Tau, ayant pour fonction originelle de maintenir l'intégrité de la structure intracellulaire des neurones. L'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) permet alors de constater l'atrophie hippocampique, tandis que l'analyse du liquide céphalo-rachidien permet d'observer une baisse du taux de protéine amyloïde, et une augmentation de la protéine Tau.

Dans ce contexte, c'est l'atteinte mnésique qui prédomine, associée à une symptomatologie variable et spécifique des TNCM.

1.2.2.2 Les TNC frontotemporaux

Les atteintes frontotemporales, décrites par Pick à la fin du XIXème siècle et souvent qualifiées de démences lobaires frontotemporales (DLFT), débutent généralement vers 50-60 ans (Chomel-Guillaume et al., 2010). Elles se caractérisent par trois variants :

- *Un variant comportemental* : on parle alors de démence frontotemporale, marquée par des troubles dysexécutifs frontaux au premier plan, soit des troubles du comportement, du caractère et des conduites sociales. « Sont fréquemment observés (...) des hallucinations visuelles, une palilalie, ou une écholalie, une désinhibition, des troubles de la logique » (Brin et al., 2004).

- *Un variant sémantique* : il correspond à la démence sémantique, parfois envisagée comme une forme fluente d'aphasie progressive primaire (APP), soit de trouble du langage intervenant graduellement dans le cadre d'une dégénérescence, sans autre atteinte cognitive (Brin et al., 2004). Elle découle d'une atrophie des régions temporales antérieures prédominant le plus souvent à gauche (Chomel-Guillaume & al., 2010). La mémoire sémantique est touchée, générant ainsi des difficultés de reconnaissance des objets, des mots lus et entendus par les patients. Le discours demeure fluent, avec des paraphasies sémantiques. La dénomination sera progressivement touchée, de même que la compréhension de certains mots, contrairement à la grammaire et la syntaxe.

Notons que Mesulam (2001) fait la distinction entre démence sémantique et APP fluente, dans la mesure où selon lui les patients atteints d'une APP fluente conservent des capacités d'identification visuelle des objets et des visages, contrairement aux patients souffrant d'une démence sémantique (Chomel-Guillaume et al., 2010)

- *Le variant langagier* : il regroupe l'APP fluente, que nous avons mentionné précédemment, mais aussi son pendant non fluent, ainsi que l'anarthrie progressive et l'aphasie logopénique.

L'APP non fluente, liée à une atrophie périnsylvienne gauche (Chomel-Guillaume & al., 2010), se manifeste par des troubles moteurs de la parole, qui devient laborieuse avec des distorsions dans la production de phonèmes, et pouvant aboutir à un mutisme. Ces difficultés peuvent s'accompagner d'un agrammatisme. Néanmoins, la compréhension de mots isolés est préservée, à l'instar de la reconnaissance des objets.

L'anarthrie progressive correspond elle aussi à un trouble de la réalisation motrice du langage, avec des déformations phonétiques marquées, mais une compréhension orale et écrite conservée.

Enfin, l'aphasie logopénique se caractérise par un manque du mot modéré mais susceptible de perturber la répétition de phrases et la parole spontanée, avec un débit marqué par des pauses. Néanmoins, on ne relève pas de trouble de la syntaxe ou de l'articulation. La compréhension de mots isolés est préservée, mais on peut constater des troubles de la compréhension de phrases.

Selon les auteurs, la classification des atteintes frontotemporales et leur terminologie peut varier, mais les trois variants exposés précédemment président toujours leur tableau clinique.

Kertesz et al. (1998) proposent quant à eux la terminologie de « complexe de Pick », qui recouvre les démences frontotemporales, les aphasies progressives, mais aussi la dégénérescence corticobasale et la paralysie supranucléaire progressive. « Sur le plan biochimique, toutes ces maladies présentent une anomalie de la protéine tau » (Chomel-Guillaume & al., 2010).

1.2.2.3 Les TNC à corps de Lewy ou de la maladie de Parkinson

Les TNC dits à corps de Lewy ou de la maladie de Parkinson (MP) s'inscrivent dans la sémiologie de ces pathologies, en s'associant à un syndrome extra-pyramidal. Ce dernier se manifeste par une difficulté d'initiation du mouvement ou akinésie (avec une lenteur ou bradykinésie, et une diminution de l'amplitude des mouvements ou hypokinésie), une hypertonie ou rigidité, ainsi qu'un tremblement lent de repos touchant principalement les extrémités des membres supérieurs. Le diagnostic différentiel entre les deux pathologies réside dans la temporalité d'apparition des troubles : dans le cadre de la démence à corps de Lewy (DCL), les signes parkinsoniens apparaissent dans les mois qui précèdent ou suivent l'apparition des TNC, alors qu'ils apparaissent toujours en premier lieu dans la MP.

Plus spécifiquement, la démence à corps de Lewy, décrite en 1961, correspond à une accumulation de dépôts de la protéine alphasynucléine dans les cellules nerveuses du cerveau. Elle présente un tableau clinique associant des troubles neurocognitifs (variation de l'attention et de la vigilance, troubles visuo-spatiaux, atteinte mnésique) à des épisodes confusionnels fluctuants, un syndrome psychiatrique avec hallucinations, idées délirantes et troubles de l'humeur, ainsi qu'un syndrome extra-pyramidal (Rolland-Monnoury, 2016a). Son évolution mène bien souvent à une perte d'autonomie du patient.

La maladie de Parkinson, quant à elle, se définit par une dégénérescence des neurones dopaminergiques, également en lien avec une accumulation d'alphasynucléine dans la substance noire du cerveau, au niveau des noyaux gris centraux. Elle entraîne donc un déficit en dopamine, neurotransmetteur indispensable au contrôle des mouvements automatiques, à l'origine du syndrome extra-pyramidal. En parallèle de cette triade symptomatique, les personnes atteintes souffrent fréquemment de dépression, et font face à des fluctuations selon le moment de la journée et les effets de leur traitement (phases on/off). Les conséquences de cette pathologie sont nombreuses : troubles posturaux et de la marche, dysarthrie et amimie, dysphagie, micrographie, troubles neurovégétatifs et sensitifs, ainsi que des troubles cognitifs (Rolland-Monnoury, 2016b).

1.2.2.4 Les TNC vasculaires

Ces troubles, correspondant à l'ancienne appellation de « démence vasculaire », font référence à un déclin cognitif sévère ayant une étiologie vasculaire. « Il s'agit en fait d'un syndrome hétérogène aux nombreuses variétés étiopathogéniques : lésions ischémiques sous-corticales multiples, accident vasculaire cérébral (AVC) siégeant en zone cognitive stratégique, infarctus corticaux multiples, hypoperfusion cérébrale chronique, angiopathie amyloïde... » (Bousser & Chabriat, 2012). Le début de ces troubles est donc généralement brutal, avec une évolution fluctuante, selon les aires cérébrales affectées.

Des études ont récemment montré, à l'aide de l'IRM, des similitudes entre les troubles vasculaires neurocognitifs et les lésions responsables de la MA (Bousser & Chabriat, 2012).

1.2.3 Impact fonctionnel, répercussions psycho-sociales des TNC

En abordant le vieillissement "classique" comme les TNCM, on comprend fort bien en quelle mesure l'avancée en âge peut avoir des répercussions psycho-sociales lourdes. Au-delà des diminutions ou incapacités motrices qui peuvent s'installer et entraîner une réduction des activités, c'est surtout le déclin voire les troubles cognitifs qui vont générer un risque d'isolement progressif, qui aura lui-même pour conséquence de majorer les déficits.

Van der Linden (2014) soutient par ailleurs que « les termes que nous utilisons quotidiennement pour décrire les aspects problématiques du vieillissement cérébral et cognitif contribuent à stigmatiser et à isoler socialement les personnes âgées qui présentent des difficultés cognitives ». Or, « le sentiment perçu de solitude est un facteur de risque de fonctionnement cognitif global et de fonctionnement exécutif plus faibles (...) ainsi que de déclin cognitif et de démence chez les personnes âgées » (Van der Linden 2014). Dans la même lignée, Aquino (2007) souligne la problématique de la fréquente rupture des liens sociaux avec l'âge, en affirmant notamment que « l'intégrité physique ne résiste pas à la dissolution de la personnalité sociale ». Il rappelle que l'homme est avant tout un être de relation, pour qui une inclusion dans la société se révèle nécessaire, raison pour laquelle « la lutte contre l'exclusion et l'isolement des personnes âgées représente une priorité qu'il convient de répéter ».

Plusieurs publications ont en ce sens pu mettre en exergue l'effet protecteur des interactions sociales, à l'instar de l'article de Pillai & Verghese dans l'*Indian Journal of Psychiatry* (2009). De

même, Amieva et al. (2010) ont consacré une publication à l'incidence du réseau social sur les démences, dans laquelle ils rapportent des éléments d'analyse de la cohorte PAQUID. Cette dernière renvoie à une étude menée en France dès 1988, concernant le vieillissement cognitif et la démence. Elle comprenait notamment une évaluation du réseau social, et a ainsi pu souligner les variables associées au développement d'une démence, en l'occurrence la perception de la qualité des relations sociales, qui peut s'illustrer comme un facteur de protection.

1.3 Vieillissement de la communication

1.3.1 La communication: Définitions

La communication concerne « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu. » (Brin et al., 2004). Selon le Dictionnaire d'Orthophonie, elle se décline en cinq critères d'un point de vue linguistique :

- la sémanticité, ou signification du message
- l'interchangeabilité, dans la mesure où elle fonctionne sur la base d'un système de signes qui peuvent se substituer les uns aux autres s'ils recourent la même signification
- le déplacement, un signe linguistique pouvant se rapporter à des éléments absents
- l'ouverture, le signe pouvant recouvrir des réalités différentes selon le contexte
- la prévarification, soit le postulat selon lequel la non-utilisation d'un signe peut être signifiante.

Le linguiste Jakobson (1963) résume quant à lui la communication humaine sous forme d'un schéma classique, impliquant un destinataire et un destinataire, centrés autour d'un message. Ce dernier est porté par un code, et régi par le contact établi entre les partenaires et le contexte dans lequel ils se situent. La communication aura alors différentes fonctions : expressive, conative, phatique, référentielle, métalinguistique ou poétique. En effet, communiquer implique nécessairement un interlocuteur, dans le cadre d'une interaction. Or, « dès lors que l'on s'intéresse aux interactions verbales et non verbales, les aspects sociaux et linguistiques sont mêlés » (Joly, 2014). La communication englobe en effet toute attitude, verbale ou non, avec une visée sociale. Ainsi, on parle souvent de "communication totale".

1.3.2 La communication totale

La communication ne peut se résumer à la parole, et recouvre une réalité bien plus riche. « En pratique, on peut différencier la communication gestuelle (...), la communication verbale (orale ou écrite), et la communication non verbale (qui inclut les aspects intralinguistiques et extralinguistiques). » (Brin et al., 2004)

Certains théoriciens de la communication, à l'instar de Paul Watzlawick, vont jusqu'à considérer la communication comme totale et permanente, dans la mesure où il se révèlerait impossible de ne pas communiquer. Dans le cadre d'une interaction, le destinataire dégage nécessairement des éléments de par son comportement, qui vont influencer le(s) destinataire(s) et générer une réaction de leur part. Ils soutiennent qu'on ne peut pas ne pas avoir de comportement, or tout comportement, « parole ou silence, a valeur de message », et entre ainsi dans le cadre de la communication. C'est ce qu'ils définissent comme une « axiomatique de la communication » (Watzlawick et al., 1972). Si le langage verbal est le canal le plus utilisé, il ne prédomine pas au sein des interactions. Dans son mémoire d'orthophonie de 2006, Barrier rapporte les propos de Moyne-Larpin (1994) qui affirme que « la part la plus importante de la communication entre deux sujets ne passe pas par les mots », puisque le non-verbal est omniprésent et peut tant soutenir, que moduler ou contredire le message.

L'école de Palo Alto, dont Watzlawick est l'un des représentants, considère en ce sens deux versants indissociables de la communication, qui serait à la fois « analogique » et « digitale ».

La communication digitale englobe tout ce qui est socialement codé, du point de vue du langage au sens large, comprenant l'oral, l'écrit, mais aussi les gestes conventionnels. Il s'agit d'éléments qui ont la même valeur pour tous, et ne peuvent faire l'objet d'une interprétation subjective.

La communication analogique renvoie quant à elle aux éléments non verbaux n'étant pas codés socialement, auxquels on ne peut attribuer de réelle valeur symbolique. Elle recouvre les postures, mimiques ou intonations qui ne sont pas véritablement maîtrisées par l'individu, mais constituent tant d'éléments qui se dégagent des interlocuteurs, en lien avec le contexte et leur état émotionnel.

Ces deux modes sont intrinsèquement liés, le premier faisant plutôt l'objet d'un apprentissage, soit plus complexe à acquérir, tandis que le second serait davantage inné, participant de l'être humain et s'exprimant dans la relation. On pourrait ainsi les différencier d'un point de vue neuro-anatomique par une distinction neuronale, la communication analogique renvoyant plutôt au fonctionnement de l'hémisphère cérébral mineur, en opposition au langage et gestes socialement intégrés qui seraient supportés par l'hémisphère dominant.

Cette perspective se révèle particulièrement intéressante lorsque l'on s'intéresse au vieillissement de la communication. En effet, on pourrait alors imaginer que la dégénérescence cérébrale influe davantage sur la communication digitale, avec des conséquences sur la communication analogique, néanmoins apte à perdurer puisqu'elle est constitutive de l'humain qui s'illustre intrinsèquement comme être de communication.

1.3.3 Influence de l'âge sur la communication: du normal au pathologique

Le vieillissement exerce indiscutablement une influence sur la communication. Dans la mesure où elle est corrélée aux interactions, le contexte social a une incidence fondamentale. Or, comme nous l'avons souligné précédemment, l'avancée en âge s'associe fréquemment à une cessation de l'activité professionnelle et une réduction des liens socio-familiaux, qui risquent d'influer sur l'entretien et le maintien des capacités communicationnelles. De même, la prise de certains traitements médicamenteux, souvent prescrits en réponse aux retentissements du vieillissement, peut engendrer d'éventuels troubles neurovasculaires et un affaiblissement des capacités mnésiques, qui se révèlent délétères pour les échanges langagiers. (Rousseau, 2011)

Par ailleurs, certains facteurs physiologiques comme la presbyacousie peuvent avoir des retentissements sur la relation à l'autre. En effet, cette diminution de l'audition entraîne fréquemment un repli sur soi et un isolement. Rousseau (2011) rapporte également que « des études récentes ont même montré un facteur de risque supplémentaire de développer une maladie d'Alzheimer chez les individus presbyacoustiques ». Se pose alors une fois encore la question du glissement du normal vers le pathologique ; en quelle mesure les effets du vieillissement sur la communication sont-ils considérés comme normaux ? Peut-on d'ailleurs réellement poser une frontière entre vieillissement normal et pathologique ?

Dans leur ouvrage *Penser autrement le vieillissement* (2014), Van der Linden et Juillerat Van der Linden exposent leur théorie selon laquelle la frontière entre l'avancée en âge "classique" et la maladie d'Alzheimer se révèle peu claire. Ils font état des similitudes entre bon nombre de difficultés cognitives, qui seraient simplement plus importantes dans le cadre de la pathologie. De même, les modifications cérébrales considérées comme typiques de la maladie d'Alzheimer se retrouveraient aussi au sein d'un cerveau sénescient n'étant pas considéré comme atteint. Dans la même lignée, ils posent la question des tests et de leurs biais, mais aussi celle de la validité diagnostique des biomarqueurs qui s'opère à travers l'analyse du liquide céphalo-rachidien pour

déetecter les dépôts de substance amyloïde et l'augmentation du taux de protéines tau, en cause dans la maladie d'Alzheimer. Il s'agirait là aussi d'éléments qui peuvent être retrouvés chez des personnes de plus de 85 ans avec ou sans trouble neuro-cognitif majeur. On pourrait alors envisager l'hypothèse selon laquelle cela correspondrait davantage à « un mécanisme adaptatif ou une réponse protectrice du cerveau face à certaines atteintes dont il fait l'objet » (Van der Linden, 2014).

Les problématiques avancées par les auteurs répondent à celles explorées dans le cadre d'une étude d'un groupe de gériatrie ayant mis en évidence de fréquentes confusions entre les maladies ou syndromes dont la fréquence augmente avec l'âge, et l'expression du vieillissement.

2 L'IMPACT DES TNCM SUR LA COMMUNICATION

Les caractéristiques principales des TNCM et de la communication, exposées précédemment, permettent aisément d'imaginer combien les interactions peuvent être perturbées dans le contexte des différentes pathologies neurocognitives concernées. Néanmoins, il nous paraît intéressant de revenir sur quelques éléments de l'organisation neuroanatomique du langage, afin de mieux appréhender la symptomatologie des troubles sur le versant communicationnel, leur expression clinique et leur incidence fonctionnelle. Ce sont en effet des aspects fondamentaux qu'il nous faudra observer dans le cadre d'une évaluation de la communication, en vue de sélectionner les données signifiantes et nécessaires à l'élaboration d'un plan thérapeutique adapté.

2.1 Fondements neuro-anatomiques et neuro-fonctionnels

2.1.1 La communication : une organisation cérébrale en réseau

La diversité des atteintes possibles dans le cadre des TNCM en est une illustration : la communication requiert la mise en jeu de multiples régions du cerveau, qui fonctionnent ensemble en alliant leurs spécificités.

Les conceptions concernant l'articulation des aires du langage ont beaucoup évolué au fil des années. Au début du XXème siècle, Déjérine les localisait à gauche, alors même qu'à l'heure actuelle on considère plutôt l'hémisphère dominant comme organisé en réseau, par un enchevêtrement de voies complexes (Chomel-Guillaume et al., 2010). Dans l'optique d'intervenir

sur la communication, en tenant compte de ses aspects non-verbaux notamment, il semble pertinent de s'intéresser aux structures cérébrales qui régissent ses composantes.

Les descriptions neuro-anatomiques présentent généralement le cerveau en s'attachant aux spécialisations de ses différentes structures lobaires.

Le lobe frontal commanderait les aspects élaborés du comportement, ainsi que, pour sa partie préfrontale, ce qui relève de la programmation et de la planification des tâches, soit ce que l'on regroupe sous le terme de fonctions exécutives. C'est aussi le siège de l'initiation et de la planification des éléments moteurs du langage (aire motrice supplémentaire), ce qui explique les troubles de l'initiation verbale et motrice spontanée en cas de lésions.

Le lobe temporal associe l'aire auditive primaire et l'aire de Wernicke. On lui attribue donc l'analyse des stimuli auditifs, ainsi que leur compréhension. Chomel-Guillaume et al. (2010) rappellent que cette zone est en connexion avec les autres systèmes sensoriels et émotionnels, et donc liée à l'évocation de souvenirs, qui permet d'élaborer des concepts.

Le lobe occipital est quant à lui associé à l'intégration des informations d'ordre visuel, et responsable de l'identification des objets et des visages.

Enfin, le lobe pariétal s'illustre comme le siège principal de la perception, des sensations somesthésiques et du langage, avec son circuit ventral sémantique. Il serait donc en jeu dans l'élaboration et l'interprétation de phrases.

Notons également que d'autres structures, à l'instar du système limbique, sont impliquées dans la communication. En effet, ce système inclut un réseau de structures corticales et sous-corticales régissant les émotions, le fonctionnement mnésique et l'intention de communiquer. De même, les noyaux gris centraux participent à la production du langage, et les différentes zones sont reliées par des faisceaux d'association, permettant leur articulation.

2.1.2 Communication et mémoire, deux fonctions intrinsèquement liées.

Selon Eustache et Desgranges (2012), la présence de troubles de la mémoire est indispensable pour poser le diagnostic de « démence ». Si des nuances sont apportées à ce sujet par le DSM-5, il n'en demeure pas moins que l'impact mnésique des troubles est à considérer dans les différents TNCM. En effet, si l'on ne relève pas toujours de pertes de la mémoire au sens premier du terme, avec une atteinte des souvenirs autobiographiques par exemple, on peut relever de manière quasi systématique des dysfonctionnements des différentes mémoires, à l'instar de la mémoire de

travail ou de la mémoire sémantique.

Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, le déficit mnésique se situe au premier plan, avec une atteinte hippocampique. Il serait alors fondamental d'évaluer la mémoire sémantique, dont les dysfonctionnements sont précocement visibles, et ce dans la mesure où ses retentissements sur le plan cognitif ne sont pas négligeables. De plus, elle ne serait pas sensible aux effets de l'âge, ce qui permettrait la pose d'un diagnostic différentiel (Eustache, 2014). Par ailleurs, ce sont les lésions de la mémoire sémantique qui engendreraient au niveau clinique un discours vague, avec nombre de circonlocutions en langage spontané, l'utilisation de mots superordonnés pour compenser le déficit, des paraphasies sémantiques, ainsi qu'une anomie en dénomination. La mémoire de travail serait elle aussi rapidement en proie à des perturbations, notamment en lien avec l'atteinte de l'administrateur central, structure régulant la répartition stratégique des ressources attentionnelles. Cela engendre des difficultés pour traiter plusieurs informations en même temps et sélectionner les éléments pertinents, ce qui n'est pas sans conséquence sur la vie quotidienne. Pourtant, d'une manière générale, la plainte des patients ou de leur entourage porte plutôt sur l'atteinte de la mémoire épisodique, qui concerne les événements passés et le contexte qui leur est associé. Dans ce cas, le déficit se situerait principalement au niveau de l'encodage (Gatignol et Rousseau, 2016), ce qui signifie que les perceptions ne sont plus transformées en trace mnésique. Elles demeurent dans la mémoire à court terme et ne parviennent plus à s'inscrire réellement en mémoire à long terme, raison pour laquelle Eustache (2014) estime que l'amnésie antérograde est certes liée à un problème d'encodage, mais aussi à des failles au niveau du stockage et de la récupération des informations.

Ces trois formes de mémoire, sémantique, de travail et épisodique, sont qualifiées par Eustache (2014) de systèmes de haut niveau sur un plan ontogénétique et phylogénétique, en opposition aux mémoires perceptive et procédurale de bas niveaux automatisés, plus résistantes dans le cadre des TNCM. Notons que pour Gatignol et Rousseau (2016), la mémoire implicite et procédurale est plus longtemps préservée dans le rappel que dans la mémorisation de nouveaux éléments.

Dans le cadre des TNCM d'origine frontotemporale, les troubles du langage, associés à une atteinte de la mémoire sémantique, apparaissent plus précocement que dans un contexte de maladie d'Alzheimer. De plus, leur tableau clinique est dominé par des troubles du comportement, de la personnalité, et un syndrome dysexécutif (Chomel-Guillaume et al., 2010). Ce dernier est corrélé à l'atrophie du cortex dorsolatéral associé aux fonctions exécutives, mais aussi à l'atteinte de la mémoire de travail, qui, selon Richard (2009) « regroupe au moins deux ensembles de processus cognitifs distincts mais interdépendants : la capacité de maintenir à court terme une représentation, et la gestion exécutive, c'est-à-dire l'utilisation mentale en vue de l'action, des informations

maintenues en représentation interne ». Pour Eustache et Desgranges (2012), ces difficultés s'expliquent par les lésions du cortex préfrontal dans le cadre de la DFT, et temporal pour la démence séquentielle. Les atteintes touchant aussi les aires régulant le comportement, on constate une altération des conduites sociales, une certaine rigidité mentale et des conduites stéréotypées, qui auront nécessairement une incidence sur la communication. Les auteurs rappellent que « ces syndromes dégénératifs (...) présentent une symptomatologie en relation avec la localisation des lésions restreintes, parfois pendant plusieurs années, à une région délimitée du cerveau ».

Concernant les TNCM liés à la maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy, on retrouve des troubles des fonctions exécutives, des capacités attentionnelles et de la mémoire. Là encore, c'est principalement la mémoire de travail qui est touchée, dans la mesure où elle requiert des ressources attentionnelles, ainsi que la mémoire épisodique pour la récupération de l'information (Rolland-Monnoury, 2016). Dujardin (2014) distingue en ce sens les TNCM associés aux MP et DCL de ceux liés à la MA, dans laquelle les difficultés mnésiques ne concernent pas que la récupération, mais aussi le stockage et la consolidation.

La dégénérescence touche majoritairement les zones sous-corticales au niveau de la substance noire et des noyaux gris centraux, mais pas de manière exclusive, ce qui explique la présence de signes non-moteurs comme les signes axiaux : troubles de la parole, de la déglutition, de l'équilibre, et difficultés cognitives. Rolland-Monnoury (2016) rappelle également que le syndrome sous-corticofrontal suscite chez les patients une plainte concernant leur rendement intellectuel ou la difficulté à programmer et conduire des activités, avec une lenteur et un déclin mnésique, même s'ils conservent une certaine efficience intellectuelle et des capacités d'orientation spatio-temporelle.

Enfin, il est difficile de définir précisément les corrélations entre TNCM d'origine vasculaire et mémoires, dans la mesure où la symptomatologie varie selon la localisation des atteintes.

2.2 Incidence linguistique des TNCM et répercussions sociales

2.2.1 Expression clinique des TNCM : versant linguistique

Si l'atteinte du langage et de la communication est variable, comme nous l'avons rapporté précédemment, elle est aussi évolutive (Gatignol & Rousseau, 2016).

Les débuts de la maladie d'Alzheimer s'expriment au niveau linguistique par un manque du

mot, souvent interprété par les patients comme un trouble de la mémoire (Chomel-Guillaume et al., 2010), avec des périphrases et des paraphasies. Le débit est par ailleurs ralenti, notamment en lien avec une difficulté d'enchaînement des idées ; et l'on note aussi quelques perséverations. Au décours de la maladie, on relève généralement des perturbations au niveau de la compréhension, avec une accentuation du déficit cognitif qui engendre un nombre croissant de paraphasies. Au stade sévère, l'intelligibilité se voit réduite, en raison d'une réduction massive du vocabulaire. Les troubles peuvent peu à peu confiner à un langage incohérent ou un mutisme.

Rousseau (2011) et Eustache (2014) précisent quant à eux que les troubles s'expriment principalement au niveau des aspects lexico-sémantiques du langage, ses aspects instrumentaux tels que la phonologie ou la morphosyntaxe étant relativement préservés. De manière plus détaillée, on peut constater une atteinte de la fluence verbale ainsi qu'une réduction des liens entre les concepts verbaux. De même, le lexique actif est nettement plus touché que sa composante passive, même si la diversité lexicale demeure plutôt stable. Les déficits touchant la compréhension s'illustrent surtout dans le cadre de phrases complexes, les phrases simples étant toujours accessibles. De même, les éléments explicites seront mieux saisis que les éléments implicites. Au niveau discursif, si la grammaticalité est relativement préservée, avec l'évolution de la maladie la syntaxe se voit peu à peu entravée. De plus, la longueur moyenne des énoncés demeure stable un certain temps mais on relève fréquemment une diminution du nombre de propositions par énoncé.

Concernant les TNCM d'origine frontotemporale, et plus précisément la démence séquentielle, le tableau clinique est lui aussi marqué au niveau linguistique par un manque du mot, mais qui se révèle massif et associé à des troubles de la compréhension lexicale, menant à une perte progressive des concepts (Eustache & Desgranges, 2014). La difficulté porte principalement sur la définition des noms concrets, en opposition aux termes abstraits (Belliard, 2014). En revanche, les aspects phonologiques et syntaxiques du langage sont relativement préservés. Dans le cas d'une APP non fluente, on note un consensus concernant une anomie, des paraphasies phonémiques, ainsi qu'un agrammatisme, mais aussi une apraxie de la parole, soit un trouble de sa programmation phonémique (Belliard, 2014).

Dans le cadre des TNCM liés à la maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy, les atteintes portent principalement sur la phonation, que ce soit en terme de timbre, d'intensité ou de hauteur, ainsi que sur les aspects prosodiques du langage. On peut observer des accélérations intempestives du débit, des pauses à mauvais escient et des troubles de l'organisation temporelle. L'initiation motrice et la fluence sont également perturbées, de même que les patients présentent dans la majorité des cas une amimie et une dysarthrie qui entravent sévèrement les interactions. Les

déficits portent alors sur un plan qui s'émancipe quelque peu des aspects purement linguistiques, avec une incidence plus globale sur la communication. Comme le souligne Rousseau (2011), « les troubles de la communication, au-delà d'un langage perturbé, seraient ainsi un trouble de l'interaction de l'individu avec son contexte physique et social »

2.2.2 Retentissements interactionnels des TNCM

Les difficultés linguistiques n'ont en effet de sens que dans le cadre de la communication, soit en situation d'interactions avec autrui.

Dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer, on note par exemple des difficultés de compréhension des situations (Gatignol & Rousseau, 2016), parallèles à une atteinte du comportement. Celle-ci pourrait être tant réactionnelle que liée aux perturbations neurologiques. Selon Rousseau (2011), les troubles seraient partiellement imputables à une difficulté de perception des émotions. Eustache (2014) va jusqu'à parler d'une atteinte de la cognition sociale et plus précisément de la théorie de l'esprit, soit de la « capacité à inférer un état mental à autrui (...) et l'inhibition de sa propre perspective mentale », en lien avec un dysfonctionnement de la jonction temporopariétale gauche. Les troubles peuvent donc toucher les habiletés tant discursives que pragmatiques, raison pour laquelle les patients MA rapportent souvent une difficulté à intégrer les conversations ou en suivre le fil (Chomel-Guillaume et al., 2010). Les sujets présentent également une tendance à la digression, et, au-delà de l'aspect purement linguistique, une modification de l'emploi de signaux non verbaux. Tous ces éléments trouvent leur origine dans la dégénérescence cognitive, avec un mauvais emploi des stratégies de traitement de l'information, et une réduction des ressources cognitives (Eustache & Desgranges, 2012). La diminution d'efficacité liée aux perturbations de la mémoire de travail, de même que l'atteinte de la mémoire explicite au sein de laquelle se trouve la mémoire épisodique avec une perte des souvenirs récents, aura nécessairement des conséquences sur la communication des patients avec leur entourage, tant en terme de contenu, pour les sujets portant sur des éléments récents, qu'en terme d'adaptation à la situation de communication. Les perturbations manifestées en expression comme en compréhension génèrent donc un handicap communicationnel majeur, corrélé à une tendance au repli sur soi. Sachant qu'avec l'évolution de la pathologie les patients MA peuvent devenir prosopagnosiques et ne plus reconnaître leurs proches, ces derniers sont susceptibles de réduire les échanges verbaux. Le regard que les interlocuteurs peuvent porter sur les personnes atteintes de TNCM aurait ainsi une incidence sur les interactions. On peut alors émettre l'hypothèse selon laquelle la diminution de la

communication ne serait pas seulement imputable aux TNCM, mais aussi à la posture de l'entourage qui peut cesser de considérer la personne comme communicante, et lui faire ainsi perdre l'habitude et l'envie de communiquer (Rousseau, 2011). En effet, les symptômes doivent toujours être analysés au regard de la vie de la personne. La grande hétérogénéité des TNCM s'exprime donc au niveau inter et intra-individuel, avec des troubles du comportement qui peuvent être liés à des facteurs transcendant l'atteinte neurologique. Or, il est fondamental de garder à l'esprit que « la valeur sociale de la communication demeure jusqu'à des stades très avancés de la maladie malgré les déficits linguistiques ». (Rousseau, 2011)

De la même manière, les TNCM comme ceux liés à la maladie de Parkinson ou démence à corps de Lewy vont avoir des retentissements fonctionnels sur la communication. Leur symptomatologie comprend en effet des déficits sévères de l'attention et des fonctions exécutives, des épisodes confusionnels, un déclin cognitif marqué et parfois même des hallucinations visuelles et troubles du comportement (Dujardin, 2014), qui vont compromettre l'autonomie du patient et ses aptitudes interactionnelles. Rolland-Monnoury (2016a) rappelle que l'attention soutenue peut être longtemps préservée dans la MP, mais pas dans le cas d'une DCL. Dans ce contexte, on se trouve face à des fluctuations, qui s'expriment aussi au niveau de la conscience et du comportement. De plus, dans le cas d'une DCL on retrouve des troubles mnésiques en lien avec une atteinte de la mémoire de travail et de la mémoire sémantique, comme dans la MP, mais associés à une atteinte de la mémoire épisodique. Ces éléments compromettent le discours, d'autant plus dans la mesure où les patients parkinsoniens ont une tendance à l'amimie, qui peut elle aussi troubler l'interaction, à l'instar de la dysarthrie et de la tendance à parler à voix très faible sans en avoir conscience. Par ailleurs, notons que l'écrit ne peut être réellement considéré comme un moyen de communication compensatoire puisque le tableau clinique comprend également une micrographie. Il en est de même dans le cas des autres TNCM, pour lesquels l'écrit n'est que rarement préservé.

D'une manière générale, quels que soient les TNCM, on peut observer des retentissements sur les divers plans de la communication : message, contexte, émotions, etc, tant chez l'émetteur que chez le destinataire. On peut considérer une nette tendance à la réduction des interactions, de même que des incompréhensions qui peuvent se traduire par des manifestations comportementales jugées inadéquates et socialement inadaptées. C'est la raison pour laquelle il est important de les évaluer, pour mieux les appréhender et les prendre en charge. Plusieurs outils sont à disposition pour cette évaluation, certains plutôt généraux et utilisés par différents soignants, d'autres plus ciblés et spécifiques à l'orthophoniste. Dans la mesure où aucun outil ne semble faire consensus, il est intéressant d'axer l'évaluation sur des éléments clés de la communication, en tenant compte des

répercussions fonctionnelles et en vue d'adapter ensuite l'intervention orthophonique.

2.3 Evaluation des troubles cognitifs et de la communication

2.3.1 Dépistage et évaluation des troubles cognitifs : du MMSE au MoCA

Si les dysfonctionnements cognitifs sont généralement perceptibles d'un point de vue qualitatif, il demeure nécessaire de les appréhender de manière plus formelle à l'aide d'évaluations normées, notamment dans le cadre des institutions accueillant des patients TNCM. Toutes les structures ne bénéficiant pas d'orthophoniste ou de neuropsychologue au sein de leur équipe, elles choisissent bien souvent de réaliser un test rapide à visée d'orientation diagnostique en cas de suspicion de TNCM. La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise l'utilisation du MMSE (Mini Mental-State Examination) de Folstein, dans sa version consensuelle établie par le groupe de recherche et d'évaluation des outils cognitifs (GRECO). Cet outil permet d'évaluer les fonctions cognitives et mnésiques de manière globale, en explorant l'orientation spatio-temporelle, l'apprentissage, l'attention, le calcul, le rappel libre, le langage et les praxies constructives (Derouesné et al., 1999)

Depuis quelques années, le MMSE a tendance à être supplanté par le Montreal Cognitive Assessment (MoCA), originellement conçu pour contrôler l'effet plafond du MMSE qui ne permettait pas toujours de dépister les atteintes légères. Le MoCA est lui aussi un outil de dépistage, qui permet donc d'évaluer les atteintes neurocognitives légères à sévères, sous forme d'une court questionnaire et de quelques tâches à accomplir, d'une complexité légèrement supérieure à celle du MMSE. Ses différentes sections concernent la mémoire à court terme, les habiletés visuo-spatiales, les fonctions exécutives, l'attention-concentration, la mémoire de travail, le langage et l'orientation spatio-temporelle. Le MoCA répond également aux critères de rapidité et de simplicité de passation, avec une cotation directe, qui fournit un score sur 30 points. Le seuil à partir duquel on considère une atteinte neurocognitive est fixé à 26/30 (Nasreddine et al., 2005). Le MoCA comme le MMSE peuvent donc être utilisés par tout soignant formé préalablement, qui souhaiterait avoir un aperçu des compétences cognitives globales d'une personne chez qui l'on soupçonnerait une atteinte plus ou moins sévère.

2.3.2 Outils spécifiques : Exemple du GREMOTS : Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives

Le GREMOTS, test informatisé, répond à la problématique de l'analyse diagnostique et évolutive des atteintes langagières dans le cadre des TNCM. Rappelons qu'elles peuvent s'illustrer comme les symptômes inauguraux de certaines pathologies, participant ainsi des seuls troubles objectivables (Bézy et al. 2016). Par ailleurs, la plupart des outils d'évaluation préexistants sont plutôt destinés au bilan des aphasies d'origine vasculaire, ne pouvant ainsi faire consensus dans le cadre de pathologies neurodégénératives. C'est la raison pour laquelle le GRECO a élaboré cette batterie spécifiquement adaptée aux TNCM. Elle permet en effet d'évaluer la production syntaxique, les aspects moteurs du langage, la dénomination, la répétition, la compréhension de phrases et de mots isolés, les connaissances sur les objets et les personnes, ainsi que la lecture-écriture. Son intérêt clinique a été observé dans un mémoire d'orthophonie (Morin & Sommet, 2015) mettant en évidence son efficacité pour souligner les divers déficits langagiers.

2.3.3 Evaluation de la communication dans le cadre de l'intervention orthophonique

Dans la mesure où nous nous intéressons à la communication avec une visée écologique, le simple diagnostic des troubles cognitifs ou altérations du langage ne saurait suffire. Il nous semble en effet fondamental d'allier ces différents éléments, avec une approche tant qualitative que quantitative. La Grille d'Evaluation des Capacités de COmmunication des patients atteints de démences (GECCO), mise au point par Rousseau, s'inscrit dans cette perspective en proposant une analyse des interactions en situations réelles, de manière pragmatique, pour permettre l'obtention d'un profil global de la communication du patient. Pour ce faire, il s'agit de recenser les actes de langage qui peuvent ou non être mis en oeuvre de manière adéquate par la personne, les thématiques et situations propices ou délétères pour sa communication, de même que les conduites de l'interlocuteur qui la favorisent ou au contraire la perturbent. Par ailleurs, Rousseau tient compte à la fois des actes verbaux et non verbaux. Cet outil se révèle donc particulièrement pertinent, notamment dans la mesure où il s'attache davantage aux capacités interactionnelles qu'à la forme du discours. Néanmoins, il semble difficilement utilisable dans le cadre d'une pratique quotidienne de l'orthophonie, en raison du temps d'analyse linguistique qu'il requiert.

Ainsi, il nous semble plus adapté d'utiliser la grille d'observation clinique élaborée par Lise Pottier à partir de la GECCO, du GREMOTS et autres outils, en vue de recenser les éléments pertinents à

analyser au regard de la symptomatologie des TNCM. Ainsi, nous nous proposons d'évaluer les éléments suivants chez des personnes atteintes de TNCM à un stade modéré à sévère :

- Les routines conversationnelles, à savoir les formules de politesse et les interactions sociales comme serrer la main...

- Le langage spontané, avec une cotation de 1 (trouble sévère) à 5 (absence de trouble) concernant:

- La fluence : mutisme, réduction, logorrhée
- La fluidité – intelligibilité de la parole: troubles arthriques, paraphasies phonémiques, conduites d'approche, pseudo-bégaiement, palilalies, pauses.
- L'accès au lexique - manque du mot, en relevant également les éventuelles paraphasies (sémantiques, phonémiques, formelles, morphologiques) ou néologismes, perséverations et utilisation de mots indéfinis ou de périphrases, mais aussi leur fréquence et des exemples.
- La morphosyntaxe : altération des morphèmes grammaticaux libres (prépositions...) et liés (accords, conjugaison), l'absence de relatives et subordonnées
- La compréhension : de mots, de phrases longues ou complexes, qu'elle soit contextuelle ou non, ainsi que la réception aux questions ouvertes, semi-ouvertes et fermées.
- L'informativité du langage (limité, limité aux sujets familiers et concret, ou très informatif) avec ses éventuelles incohérences, un discours vide de sens, un jargon ou des modalisations
- Les actes non verbaux : mimiques, gestes, adéquation entre ces actes et le discours
- La prosodie
- La pragmatique, avec les inadéquations et leur fréquence : digressions, absence de progression thématique ou perséverations idéiques, contradictions, absence de feed back à la situation ou l'interlocuteur, écholalie, manque d'initiation verbale, phrases inachevées.

- L'observation du langage dans une activité dirigée, en analysant à nouveau :

- L'accès au lexique, avec de la dénomination d'objets courants (montre, stylo, fenêtre..)
- La morphosyntaxe, en utilisant l'épreuve de description d'image du Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) mis au point en 1972 par Goodglass et Kaplan
- La compréhension lexicale avec la désignation de quelques objets réels
- La compréhension syntaxique avec la réalisation d'ordres, type « prenez le crayon puis levez l'autre main », « serrez-moi la main »...

- La relation implicite entre deux phrases, quand cela est possible (ex : Une violente tempête avait soufflé toute la nuit. Le châtelain appela le vitrier dès le lendemain.)
- Le langage écrit et la transcription : répétition de mots et de phrases, lecture de mots, lecture et compréhension écrite de phrases, transcription. Si ces éléments se révèlent impossibles, on peut alors demander au patient de copier son nom, son prénom et une phrase courte.

Il nous semble également pertinent de relever ce qui a pu mettre le patient en échec, de même que les éventuels outils mis en place pour lui venir en aide, comme par exemple les ébauches orales syllabiques ou phonémiques, les noms de catégorie sémantique, l'utilisation de gestes et mimiques, d'images ou carnet de communication, l'emploi de questions semi-ouvertes ou fermées.

Enfin, les moyens de compensation mis en place par le patient sont eux aussi à noter, dans la mesure où ils constitueront des éléments précieux au cours de l'intervention orthophonique.

En effet, l'évaluation n'a de sens que dans l'optique de mener à bien un projet thérapeutique, avec des objectifs précis, basés sur l'analyse des éléments pertinents sur lesquels nous serons en mesure d'agir, et ce d'un point de vue fonctionnel. Les auteurs du dictionnaire d'orthophonie rappellent en ce sens que « l'orthophoniste s'intéresse à la communication dans tous [ses] aspects, en tentant de rétablir ou de mettre en place une ou plusieurs modalités de communication, c'est-à-dire la possibilité pour la personne de s'exprimer, d'être comprise, et de comprendre le monde qui l'entoure au travers d'une relation humaine la plus riche possible ». (Brin et al., 2004)

3 PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES DES TNCM

A l'heure actuelle, aucun médicament n'a démontré de réelle efficacité sur l'autonomie et la qualité de vie des personnes avec TNCM ; et certains traitements pourraient même s'avérer délétères au vu de leurs effets secondaires, susceptibles d'accélérer le déclin cognitif (Van der Linden, 2014).

Ainsi, « la relative impuissance des traitements médicamenteux face à ces pathologies démentielles, notamment dégénératives, donne toute son importance aux rôles que peuvent jouer des professionnels comme les orthophonistes qui proposent des prises en soins visant à ralentir le processus dégénératif irréversible et surtout à aider le malade et son entourage à s'adapter au mieux à la situation » (Rousseau, 2004). Pour Van der Linden (2014), qui considère les TNCM et notamment la MA comme variantes du vieillissement neurologique naturel, il est nécessaire de

« passer de l'idée de traitement (et de guérison) à celle de la prise en soins, en mettant à l'avant-plan la personne humaine ». De même, il semble fondamental de garder à l'esprit que si les TNCM peuvent modifier la manière dont la personne va apprêhender le monde, il n'en demeure pas moins qu'elle conserve son potentiel de développement personnel, vers lequel se dirigera la prise en charge, en vue de maintenir son bien-être et son autonomie (Power, 2010).

Nous aborderons donc les approches thérapeutiques possibles, puis la place de l'intervention orthophonique et les modalités d'adaptation à mettre en œuvre, pour ensuite s'intéresser plus spécifiquement à la méthode de la Validation.

3.1 Thérapies non médicamenteuses : diversité des approches possibles

L'HAS recommande la mise en oeuvre de thérapies portant sur la qualité de vie, la prise en charge psychologique et orthophonique (Gatignol & Rousseau, 2016). En reprenant les travaux de Rousseau (2011), nous présenterons rapidement les thérapies portant sur la cognition, puis celles qui sont davantage axées sur les sens, et enfin celles que l'on définirait plutôt comme écologiques et directement liées à la communication.

3.1.1 Thérapies portant sur la cognition

L'approche la plus connue est la technique de remédiation cognitive, qui consiste en une « intervention cognitivo-psycho-sociale écologique » (Rousseau, 2011). Il s'agit de créer des mises en situation et des stimulations en lien avec des situations vécues, en vue de ralentir la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Des exercices variés sont alors proposés au patient afin de stimuler sa compréhension orale comme écrite, ses fonctions exécutives, ses capacités d'orientation spatio-temporelle, sa mémoire (autobiographique et sémantique notamment), etc. Cette approche peut être utilisée tant par des orthophonistes que par des psychologues ou psychomotriciens formés, qui travaillent alors avec le patient mais aussi avec son aidant. Notons que la stimulation cognitive ne fait pas consensus, son efficacité à moyen terme étant mise en question, comme le souligne Amieva et al. (2007) en rapportant des éléments d'une méta-analyse réalisée en 2003 par Clare et al.

Ainsi, ce sont plutôt les approches individuelles de réhabilitation cognitive qui tendent à être

exploitées, en proposant des exercices ciblés pour faire émerger des stratégies de compensation des troubles cognitifs. Dans cette lignée, les neuropsychologues peuvent également mener à bien une rééducation sous forme de Revalidation cognitive, dans l'optique de compenser les processus cognitifs déficients. Néanmoins, quelle que soit la forme sous laquelle elle se voit mise en œuvre, l'approche cognitive demeure, selon Rousseau (2011), limitée avec l'avancée des TNCM.

3.1.2 Thérapies portant sur les sens

Depuis quelques années, diverses thérapies originales ont vu le jour, axées sur la stimulation des canaux sensoriels.

Dans son mémoire d'orthophonie (2016), Coralie Salquebre détaille notamment la méthode de la stimulation multi-sensorielle mise au point par Snoezelen et d'autres thérapeutes hollandais à la fin des années 1970. Elle vise à stimuler les cinq sens par l'apport de stimuli agréables, en vue de générer une forme de détente et d'ainsi favoriser la communication et l'interaction. Néanmoins, pour Rousseau (2011), cette technique pourrait n'avoir qu'une efficacité limitée à sa période d'exposition. Nous serions face à la même problématique pour des approches comme l'aromathérapie, les massages, etc.

La nécessité d'apporter un apaisement au patient, qui n'est plus toujours apte à s'appuyer sur sa compréhension cognitive, et chez qui il serait donc pertinent de s'axer sur la persistance de la mémoire émotionnelle, se transcrit également dans la méthode du rebouclage sensoriel. Elle part du principe selon lequel l'environnement n'est pas vraiment reconnu, ce qui engendre une difficulté à donner du sens aux actes comme le soin. Il serait donc fondamental de se centrer sur le regard, le toucher, la parole... en prenant en compte les déficits inhérents aux « caractéristiques neuro-psycho-gériatriques ». Rousseau (2011) rappelle par exemple que la vision des personnes avec TNCM a tendance à se réduire « en tunnel », dans la mesure où « avec le vieillissement et la démence, la capacité du cerveau à traiter les informations qui proviennent des côtés diminue souvent au fur et à mesure de l'évolution du syndrome ». De même, l'altération du schéma corporel tend à engendrer une perte de verticalité. Ainsi, il semble pertinent de se focaliser sur des éléments sensoriels variés en vue de stimuler les structures les plus pérennes, à l'instar de la mémoire émotionnelle, et de favoriser son accès par un contexte de bien-être.

D'autres approches comme la musicothérapie se fondent sur le même postulat. Cette technique vise à proposer un bain sonore, et ainsi de partir du non-verbal pour permettre à chacun d'explorer sa propre composante affective. Cela favorise les échanges et permet d'éviter tout phénomène de rupture sociale. En aidant les sujets TNCM à s'inscrire dans un cadre permettant

l'expression d'émotions, on peut ainsi favoriser de véritables rencontres. La dimension atemporelle de la musique permettrait en effet de dépasser la confusion et la désorientation (Barrier, 2006). Ce type d'approches exploitant le domaine artistique ont fait l'objet de plusieurs recherches, et trouvent une validité d'un point de vue neuro-fonctionnel. Zeisel (2013) rapporte que « la musique, la peinture (...) et les autres arts relient des zones cérébrales distinctes où se situent les souvenirs et les compétences. (...) Contrairement aux zones dans lesquelles une seule compétence est localisée, la musique permet par exemple de toucher les aires cérébrales qui relient ce que l'on sent, connaît, et ressent. (...) Le fait que l'art sollicite autant de zones cérébrales permet de masquer les déficits propres à une seule zone ».

3.1.3 Thérapies écologiques

Rousseau propose quant à lui une thérapie des troubles du langage et de la communication, qu'il qualifie d'écosystémique. Son principe fondamental considère l'importance de prendre en compte le milieu dans lequel évolue l'individu, en raisonnant en terme de déficience, d'incapacités et de handicap, en lien avec la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé proposée par l'OMS en 2001. Cette prise en charge « vise 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. L'objectif principal est de continuer à communiquer avec lui afin de prévenir d'éventuels troubles du comportement réactionnels » (Rousseau, 2011). Elle doit donc s'inscrire dans l'environnement du patient, tant pour l'évaluation des troubles que de l'efficacité de la thérapie, en vue de travailler sur des compétences à transférer dans le quotidien des personnes. Rousseau rappelle néanmoins qu'elle ne saurait se substituer à une intervention orthophonique classique, d'approche cognitive par exemple, mais en serait un bon complément.

3.2 Place de l'intervention orthophonique et adaptation de la prise en charge

La diversité des approches thérapeutiques possibles a pour corollaire de n'en distinguer aucune qui pourrait faire l'objet d'un consensus. Chacune présente en effet des intérêts et des limites. La liberté d'exercice dont dispose l'orthophoniste lui permet de pouvoir allier ces différentes techniques, les moduler et les articuler au sein de son intervention. Ainsi, il semble intéressant de revenir sur son rôle dans la prise en charge des patients TNCM. Nous pourrons ensuite réfléchir

quant à l'adaptation de son cadre aux problématiques des troubles de la communication dans les pathologies neurodégénératives, en s'intéressant aux interventions de groupes. Enfin nous verrons en quelle mesure il semblerait alors particulièrement bénéfique d'y associer une technique multisensorielle, inspirée des approches novatrices que nous avons évoquées précédemment.

3.2.1 Légitimité et cadre de l'intervention.

Nous avons abordé en introduction la légitimité de l'orthophoniste dans la prise en charge des patients TNCM, comme cela est spécifié dans le référentiel de compétences de la profession (NGAP, 2002). Son rôle est alors de maintenir et adapter les fonctions de communication. Pour ce faire, et dans une perspective de prise en charge globale des patients, il sera nécessaire de s'intéresser tant aux différents symptômes de la personne qu'à ses compétences actuelles, son histoire et son environnement. Rousseau (2011) rappelle également que « prendre en charge les problèmes de vieillissement, ce n'est pas empêcher le vieillissement, c'est en empêcher ou en diminuer les aspects négatifs et pathologiques, c'est surtout reconnaître le vieillissement comme un âge de la vie qui n'est pas fait que de régression mais qui a aussi des valeurs propres ». L'objectif fondamental peut donc être défini comme tel : oeuvrer pour préserver l'identité de la personne et son statut d'être communicant.

La communication est intrinsèquement liée aux interactions. Celles-ci peuvent avoir lieu, en situation d'intervention orthophonique, en relation duelle avec une prise en charge individuelle, ou dans le contexte d'un groupe thérapeutique. Dans la mesure où l'on ne peut s'inscrire dans une optique de remédiation des troubles, il semble particulièrement pertinent d'ancrer la prise en charge des TNCM dans une intervention de groupe. Elle permet de travailler de manière écologique, en oeuvrant à un maintien fonctionnel des compétences communicationnelles, notamment grâce à la socialisation qui en découle.

3.2.2 Intérêts d'une prise en charge de groupe

Les bénéfices d'une intervention de groupe sont en effet assez évidents. Nous avons abordé dans notre première partie les composantes psychologiques du vieillissement et les effets délétères de la perte du statut social, de même que la réduction des interactions. Nous avons ensuite pu voir dans un second temps que cette composante se voyait fortement majorée par les TNCM, en raison des troubles du langage et de la communication qui ont tendance à engendrer l'isolement des

patients. Nous avons également pu mentionner en quelle mesure « le problème du maintien du sentiment d'identité personnelle chez des patients présentant des troubles cognitifs et mnésiques sévères est particulièrement important » (Eustache, 2014). Cela passe en effet aussi par le regard de l'autre, raison pour laquelle il est fondamental de susciter des situations au sein desquelles on peut permettre à la personne avec TNCM de s'exprimer en tant qu'humain avec sa propre personnalité et son passé. Ainsi, « l'accent n'est pas mis sur ce qui est perdu, mais sur ce qui reste (notamment une vie émotionnelle riche) » (Witherhouse & George, 2009). En ce sens, Rousseau (2011) rapporte les résultats de ses recherches menées avec Hérault, ayant pu mettre en avant la pérennité d'une conscience de soi malgré la présence de TNCM. Pour eux, les troubles pourraient justement être considérés comme une manifestation d'un fonctionnement psychique actif. Eustache (2013) affirme également cette nécessité de « reconnaître une certaine préservation de l'identité », afin d'orienter les soins pour une meilleure qualité de vie. C'est la position qui est aussi défendue par Van der Linden (2014), pour qui le soutien social et les interactions se révèlent extrêmement bénéfiques, particulièrement pour les patients institutionnalisés.

Dans cette optique, l'intervention de groupe peut permettre à chacun d'exprimer son identité, notamment dans la mesure où, selon Feil (2005), elle peut permettre de raviver le souvenir des rôles familiaux et sociaux. Elle ajoute que « les gens commencent alors à s'écouter et leur expression verbale s'améliore ». En effet, au-delà du sentiment de bien-être qu'il peut procurer, le groupe permet une progression de la sociabilité et de la communication. Il implique une stimulation du langage, permettant de maintenir les facultés lexicales, mais aussi de mobiliser l'attention des patients, de par le caractère agréable des échanges avec leurs pairs (Gautron et al., 2010).

Au-delà de l'aspect socialisation, nous pouvons donc réfléchir aux moyens d'enrichir les interactions au sein du groupe, notamment par le biais des approches novatrices visant à stimuler la mémoire émotionnelle des participants. Car comme nous le rappelle Zeisel (2013), « Il est tout aussi important que les personnes (...) parviennent à partager des moments forts, à travers des photographies, la musique, l'art, leurs histoires personnelles »

3.2.3 Adaptation de l'intervention orthophonique aux TNCM: l'introduction d'objets concrets comme supports de rééducation.

Les thérapies novatrices portant sur les sens se sont vues enrichies d'éléments issus des recherches en neurosciences, pour étayer leurs fondements. On sait aujourd'hui que la sensorialité

entretient des liens avec la mémoire. Ainsi, tout objet concret recouvrant des propriétés visuelles, tactiles, olfactives, auditives ou gustatives, serait susceptible de favoriser son accès. Ils seraient ainsi un précieux médiateur vers le passé, étant par ailleurs évocateurs pour l'ensemble des personnes issues d'une même génération si tant est qu'ils entretiennent un lien avec une période de leur histoire. En ce sens, deux autres facteurs sont à prendre en compte selon les recherches, à savoir l'opérativité et la familiarité du support.

Dans son mémoire d'orthophonie en lien avec cette thématique, Coralie Salquebre (2016) rappelle que la mémoire sensorielle est l'une des dernières préservées dans les TNCM, raison pour laquelle « il semble intéressant de la stimuler et de l'entretenir grâce à des techniques multimodales, en supposant que de telles approches favorisent la communication verbale et/ou non-verbale ». Tadié (1999) explicite également dans son ouvrage *Le sens de la mémoire* que cette dernière fonctionne par l'apport ou la réduction de stimuli, a fortiori s'ils sont dotés d'une forte intensité affective. Les influx perçus par les différentes aires sensorielles sont en effet stockés au niveau de la région préfrontale, interrogent le lobe temporal chargé de leur reconnaissance, avant de gagner la mémoire à long terme. Une forme de mémoire est associée à chacun des lobes spécialisés, et les circuits se rejoignent dans la formation hippocampique. Plus précisément, « au niveau de cette structure, l'organisation des neurones est particulière et permet, par des circuits intrahippocampiques, que les influx soient répétés à partir d'une seule stimulation et que l'activation des neurones soit synchronisée : réentrée, répétition, synchronisation sont les éléments nécessaires pour que les perceptions à l'origine de ces activations soient mises en mémoire grâce à l'induction d'une potentialisation synaptique à long terme. » (Tadié, 1999) Les TNCM n'entraînent que faiblement ce fonctionnement, puisque chez la plupart des personnes la perception et l'intelligence émotionnelle demeurent développées pendant de nombreuses années (Zeisel, 2013).

Utiliser des objets concrets pour stimuler la mémoire émotionnelle présente plusieurs intérêts. Dans la mesure où notre objectif thérapeutique principal relève des capacités communicationnelles, il semble fondamental d'utiliser un support permettant de les maintenir ou les développer. Or, les travaux de Rousseau (2011) font état de meilleures performances des patients TNCM quand ils sont dans « l'agir » plus que dans le « dire », avec de meilleures interactions en partageant des expériences plutôt qu'en situation de dialogue. Ainsi, la manipulation d'objets, à découvrir ensemble et au sujet desquels échanger, permettrait une meilleure communication. Elle implique aussi la mise en jeu du corps, « organe de perception, incontournable intermédiaire entre le monde extérieur et notre mémoire » (Tadié, 1999). Par ailleurs, Gatignol et al. (2007) rapportent, dans une publication dédiée à l'évaluation du manque du mot, des éléments d'une étude menée par

Kirshner et coll. en 1984, et qui tendait d'ores et déjà à démontrer l'incidence de la qualité physique des stimuli. Les scores étaient en effet plus élevés en utilisant des objets réels (77.8% de bonnes réponses en dénomination), par rapport à des photos ou dessins (moins de 66%). On parle alors de l'influence de l'opérativité du support, ce qui « correspond au caractère manipulable d'un objet que le sujet peut appréhender à travers plusieurs modalités, par opposition aux items figuratifs qui ne pourraient être appréhendés que par la modalité visuelle » (Gatignol et al., 2007). Entre aussi en jeu la notion de familiarité du stimulus, soit « l'expérience subjective qu'ont les sujets de l'objet représenté » (Gatignol et al., 2007). Pour Snodgrass et Vanderwart (1980), elle correspond au nombre d'expositions à un concept par le sujet, de manière à générer un caractère habituel à l'objet. Cette familiarité peut être mise en lien avec le gradient de Ribot, auquel on fait référence dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, et qui vise à considérer que les souvenirs anciens sont mieux préservés dans la mesure où ils ont été maintes fois répétés et donc sémantisés (Eustache, 2014).

« On peut conclure de ce panorama que le seul souvenir qui persiste à travers les années et les changements de notre personnalité, c'est le souvenir émotionnel : ce n'est pas le souvenir d'une émotion, mais le revécu de cette émotion elle-même. C'est pour cette seule sorte de souvenir que le moi ne change pas ; à ce moment, la mémoire qui ressent est un sixième sens. Cette mémoire s'exprime surtout par les sensations olfactives, gustatives, tactiles, auditives. La mémoire visuelle est trop sollicitée, trop habituée. » (Tadié, 1999) Ainsi, il semble tant bénéfique que fondamental de proposer aux patients TNCM des objets répondant aux critères d'opérativité et de familiarité, pour stimuler ces structures cérébrales associées à la mémoire émotionnelle. C'est par là même que nous serions en mesure de les aider à asseoir leur identité, pour favoriser leur communication à travers l'échange de souvenirs émotionnellement chargés. Or, cela nécessite un contexte spécifique, avec un groupe répondant à des valeurs d'écoute et de partage. En ce sens, s'inspirer de la méthode de la Validation paraît particulièrement pertinent, puisqu'au-delà de ses fondements éthiques elle partage la conception selon laquelle « des événements du présent chargés émotionnellement peuvent réveiller le souvenir d'événements du passé associés aux mêmes émotions » (Feil, 2005)

3.3 Spécificités du groupe de Validation

La méthode de la Validation a vu le jour au début des années 1960, sous l'égide de Naomi Feil. Son expérience auprès de personnes âgées institutionnalisées à Cleveland l'a menée à réfléchir à une approche novatrice, avec à l'origine le constat d'une souffrance des patients et la volonté de « renoncer à l'objectif de les ramener à une réalité intolérable ». Pour elle, il est indispensable

d'accepter qu'ils puissent trouver refuge dans le passé. Le bien-être que cela peut leur procurer pourrait même susciter une envie de communiquer, et ainsi utiliser la résurgence de souvenirs les renvoyant à un sentiment d'utilité et de reconnaissance sociale. Puisqu'ils « revivent le passé pour restaurer leur dignité », ils méritent d'être accompagnés dans cette tâche (Feil, 2005).

3.3.1 Fondements de la Validation

Feil estime que l'avancée en âge suscite chez chaque personne un phénomène consistant à passer sa vie en revue. Ainsi, il serait à la fois difficile mais nécessaire pour la personne âgée de maintenir un sentiment d'intégrité, en reconnaissant ses qualités malgré les déficits qui s'installent. Ne plus réussir à accepter les failles constituerait un facteur de repli sur soi et d'isolement, qui s'illustrerait alors comme un mécanisme de défense. Cela rejoint la conception de Van der Linden (2014) selon laquelle l'incapacité à attribuer un sens à son existence tend à augmenter la présence de handicaps au quotidien. Ainsi, un accompagnement de ces patients se révèle fondamental, puisque le manque d'écoute majore le risque de glissement vers un état végétatif.

Les principes de la Validation sont en lien direct avec la pratique, et s'inscrivent dans un cadre éthique de respect de la personne âgée désorientée, qui doit toujours être considérée comme ayant de la valeur. Dans la même lignée, il s'agit de garder à l'esprit que chaque comportement est porteur d'un sens sous-jacent, de même que les troubles mnésiques par rapport aux événements récents mènent à chercher un équilibre au sein de souvenirs anciens. La Validation vise donc à reconnaître, comprendre et soutenir les personnes avec TNCM, en se basant sur une attitude empathique dénuée de tout jugement, pour accepter leur propre vécu de la réalité (Gautron et al. 2010). En effet, pour Feil (2005), « valider, c'est reconnaître les émotions et les sentiments d'une personne (...), c'est dire à quelqu'un que ce qu'il ressent est vrai. Ne pas reconnaître ses émotions revient à nier l'individu. ». En adoptant cette attitude, on permettra l'élaboration d'une relation de confiance, susceptible d'aider la personne à retrouver le sentiment de sa propre valeur et de sa dignité, réduire ses angoisses et donc faciliter un ancrage dans le présent.

Les fondements de la Validation trouvent leurs sources dans la psychologie comportementale, analytique et humaniste. En s'intéressant aux aspects phénoménologiques, on retrouve des concepts touchant à la pérennité des apprentissages précoces, particulièrement prégnants avec les déficits croissants de la mémoire à court terme. De même, Feil s'appuie sur la propension d'un événement présent à susciter la résurgence de souvenirs anciens, ce qui peut mener à un état confusionnel. La méthode s'est également construite autour de données évolutives, et

notamment la conception selon laquelle les personnes âgées doivent affronter et résoudre un certain nombre de tâches avant de mourir, ce qui implique un retour dans le passé souvent facilité par les pertes physiques qui tendent à masquer le présent. Enfin, la Validation s'inspire de théories psychologiques considérant que toute émotion ignorée peut se révéler délétère, tandis que sa mise au jour permet de la canaliser. En ce sens, une écoute « validate », empreinte d'empathie, permettrait de soulager le « fardeau émotionnel » (Feil, 2005). A l'inverse, ne pas en tenir compte pourrait engendrer des troubles du comportement, ou la progression vers un état végétatif.

Feil distingue en effet quatre phases dans lesquelles peuvent s'inscrire les personnes âgées désorientées :

I) *La malorientation* : elle correspond à un respect des conventions sociales, malgré l'expression de certains conflits du passé par des comportements particuliers. La personne conserve encore la notion du temps, ainsi qu'une conscience de ses déficits mnésiques, souvent niés ou palliés par des fabulations. Pour lutter contre les pertes, elle peut avoir tendance à thésauriser et stocker tout ce qu'elle peut. En parallèle, on peut noter un sentiment de vieillesse et d'inutilité, auquel s'associe une tendance à rejeter la faute et accuser autrui, à mettre en place des mécanismes de défense pour préserver sa dignité. Ces personnes ont besoin d'une figure d'autorité bienveillante et attentive, exempte de jugement, et évitant tout toucher ou contact visuel trop proche.

Au niveau physique, on peut observer un regard focalisé, une raideur dans la posture et dans les muscles, notamment lors de déplacements très déterminés.

II) *La confusion temporelle, désorientation* : cette phase se caractérise par des déficiences au niveau cognitif et de la pensée rationnelle, avec une accumulation de pertes physiques et sociales, qui ne peuvent plus être niées. Les personnes ne parviennent plus toujours à se conformer aux règles sociales, et ont tendance à se retirer de la réalité, la prégnance du sentiment d'inutilité et de solitude les poussant à se tourner vers le passé. L'attention devient limitée et les fait récents tendent à être oubliés, au profit d'une focalisation sur les conflits non résolus du passé. Des mots singuliers commencent à être utilisés, mais l'on retrouve un contact visuel et tactile plus aisé qu'en phase I.

Physiquement, on peut observer une plus grande détente musculaire et des mouvements harmonieux, malgré des épaules voutées et des déplacements lents et indécis. Le regard est souvent défocalisé, l'élocution ralentie, à voix grave et égale, et accompagnée de gestes.

III) *Les mouvements répétitifs* : à ce stade, les personnes ont tendance à se replier vers des mouvements archaïques et des sons préverbaux pour remplacer la parole et trouver du réconfort. Le langage devient en effet irrationnel, les sentiments longtemps réprimés débordent, en parallèle d'une

disparition de la capacité de penser et d'une perte progressive de la conscience de soi. Néanmoins, il est encore possible de réinvestir des rôles socialement établis, de trouver de l'énergie pour chanter ou danser, en dépit d'une capacité d'attention réduite.

Physiquement, on observe des balancements, des muscles détendus, un regard vague et une voix grave et mélodieuse. Les patients déambulent et sont sujets à des pleurs fréquents.

IV) *L'état végétatif*: il s'agit d'une phase de complet repli sur soi; les personnes sont fermées au monde extérieur, et les auto-stimulations sont réduites au minimum nécessaire pour survivre. Le toucher est alors primordial, puisque la personne n'a plus conscience de son propre corps, n'est plus en mesure de reconnaître ses proches, exprimer des émotions ou faire preuve d'initiatives.

Les caractéristiques physiques concernent un relâchement musculaire, impliquant parfois un alitement en position foetale, et des mouvements à peine perceptibles. Quand les yeux ne sont pas fermés le regard demeure vague.

La méthode proposée par Feil vise ainsi à éviter le glissement vers cet état végétatif, en œuvrant pour un accompagnement basé sur des valeurs fondamentales et indissociables que sont une attitude empathique, des théories humanistes et des techniques de communication. Au-delà de l'écoute et du respect de la personne âgée désorientée, il s'agit en effet de l'aider à restaurer sa dignité en lui offrant un environnement et un rôle social, propices au maintien de la communication.

3.3.2 Objectifs et résultats

Feil (2005) définit l'objectif de la Validation comme consistant « à rencontrer le sujet dans sa réalité subjective, pour qu'il ne soit pas seul ». En se basant sur les principes et fondements que nous venons de détailler, il s'agira de créer un environnement sécurisant, permettant l'élaboration de relations de confiance qui aideront à l'expression des émotions et aux interactions. Dans cette optique, et pour renforcer la confiance en sa propre valeur, chaque participant aura un rôle social à investir, pour « restaurer sa dignité sans augmenter son anxiété » (Feil, 2005).

Le groupe aura donc pour but de stimuler l'énergie des participants, le sens de leur identité et de leur rôle social, leurs interactions et leur expression verbale, mais aussi la maîtrise des comportements sociabilisés, ainsi que la sensation de bien-être et de bonheur.

La mise en œuvre de la Validation permet d'espérer, en guise de résultats, des comportements plus socialisés, une diminution de l'agressivité, de l'anxiété et du repli sur soi, une amélioration de la communication verbale et non verbale, ainsi qu'une plus grande estime de soi.

Pour Feil, les bénéfices de l'intervention, et notamment une amélioration significative du comportement, nécessitent trois mois d'une pratique correcte. Gautron et al.(2010) rapportent quant à eux des données issues d'une revue de la Cochrane library concernant l'évaluation de cette thérapie dans le cadre de la prise en charge de TNCM (Neal & Barton Wright, 2003), faisant état de bénéfices sur le comportement après six semaines, et sur la dépression après un an de thérapie. Dans son mémoire (2015) axé sur l'analyse de cette méthode, Seillier rapporte également une réduction de la dépression, de l'anxiété et de leurs retentissements. Elle relève par ailleurs une amélioration qualitative de la communication, en terme d'appétence, d'adéquation, mais aussi de nombre d'actes non verbaux produits en une minute. L'impact de la Validation sur les performances linguistiques des patients TNCM avait d'ores et déjà été évalué en 1986 par P.A Fritz, professeur à l'université de Toledo, qui notait une amélioration significative du langage des grands vieillards (Feil, 2005).

3.3.3 Principes et déroulement d'une séance de groupe

Le praticien en Validation doit envisager la mise en place d'un groupe au sein d'un lieu calme, à même de garantir la sécurité psychologique des participants et de favoriser leurs interactions. Pour cela, il sera également nécessaire d'instaurer des rituels, notamment concernant la structure des séances. Ces dernières se révéleront particulièrement bénéfiques pour les personnes en phase de confusion temporelle ou de mouvements répétitifs, mais plus complexes avec les personnes malorientées du fait de la crainte des émotions qu'ils ont tendance à manifester.

Avant toute chose, le thérapeute devra s'assurer d'être en mesure d'adopter une posture en adéquation avec les valeurs et objectifs de la méthode. Il semble en effet nécessaire d'admettre les particularités des préoccupations inhérentes au vieillissement, en respectant la sagesse des personnes, et en évacuant tout jugement à leur égard. De même, il ne s'agit pas de les confronter à la réalité mais de les accompagner, avec honnêteté, sans user d'un langage qui serait autoritaire ou infantilisant. L'empathie, qui constitue le fondement de la Validation, devra permettre de prendre en compte les émotions sans en forcer l'expression, tout en s'accordant au rythme des patients. Il faudra également être alerte quant aux signaux verbaux ou non-verbaux qu'ils peuvent manifester, afin de soutenir l'expression des émotions, les traduire en mots pour permettre à la personne de conserver sa dignité et s'affirmer comme individu unique à travers le regard de l'autre. (Feil, 2005)

Feil décrit sept étapes pour la mise en œuvre d'un groupe de Validation. Dans un premier temps, il s'agit de recueillir les informations, en évaluant la phase dans laquelle se situent les

patients, leurs capacités physiques et cognitives, et en s'intéressant à leur histoire de vie. On pourra ensuite sélectionner les membres du groupe, et envisager le rôle social qui leur sera attribué. On évitera en effet d'inclure toute personne avec des troubles massifs du comportement, risquant de perturber la séance. Une fois la liste des participants définie, le thérapeute pourra leur attribuer un rôle, en vue de structurer le groupe et favoriser la participation de chacun. On pourra par exemple définir un président de séance, un maître des chants, etc. Ainsi, « grâce à son rôle, chaque membre va se sentir utile et important pour le groupe. En outre, cela va réactiver en chacun d'anciens schémas comportementaux et un sentiment d'estime de soi » (Feil, 2005.). Il sera ensuite nécessaire d'impliquer l'équipe soignante et l'institution, pour s'assurer du bon déroulement des séances d'un point de vue organisationnel, ainsi qu'un meilleur suivi des patients. On pourra alors s'attacher aux aspects plus structurels des séances, en choisissant la place à attribuer aux différents temps que sont la musique, l'activité physique, et la discussion. L'ordre des différentes activités sera à respecter à chaque séance en vue d'ancrer un aspect ritualisé générant un sentiment de sécurité. Une fois ces principes définis, on pourra réellement préparer les séances avec précision, en s'assurant de disposer du matériel nécessaire. L'intervention pourra alors débuter, à raison d'une fois par semaine, pendant une demie heure à une heure selon l'état des participants.

Les séances se déroulent en quatre temps. Elles s'inaugurent de manière dynamique, en saluant chaque personne et en lui rappelant son rôle. On invitera ensuite le président de séance à se lever, souhaiter la bienvenue à tous, puis le maître des chants à initier le temps musical. Ce recours à la musique vise à réduire l'anxiété, engendrer du plaisir, mais aussi stimuler les échanges verbaux devenus difficiles, en choisissant un chant en lien avec la thématique qui sera développée pendant le temps de discussion. Feil (2005) soutient en effet que le chant « active la circulation sanguine, réduit l'anxiété, « dope » les ressources de l'esprit et procure un sentiment de bien-être ». On pourra lui associer des instruments rythmiques, propices à la créations de rôles supplémentaires.

Dans un second temps, on va initier une discussion autour d'un thème précis, qui sera introduit aux participants. Les thèmes à privilégier sont ceux en lien avec les sentiments comme l'amour, la peur, ou toute autre thématique dotée d'une puissance évocatrice pour tous. La praticien en Validation devra alors s'assurer de résumer les différents échanges pour les rendre accessibles à chacun.

La troisième phase consiste à susciter le mouvement avec une activité dynamisante non-verbale. Feil donne comme exemple des passes avec une grande balle molle, en appelant chaque personne par son prénom, ou encore une danse, bouger des écharpes au rythme de la musique, etc. Là encore, cela permettrait d'aider à l'expression des sentiments tout en renforçant l'estime de soi (Feil, 2005). Pour Zeisel (2013), le jeu de ballon permet de solliciter l'acuité visuelle et les différentes capacités

motrices, tout en impliquant davantage les participants qui ont plaisir à reconnaître leur nom et celui des autres. Par ailleurs, Amieva et Dartigues (2007) soutiennent l'idée selon laquelle l'exercice physique exerce un effet positif sur la cognition. De même, Herisson et al. (1996) concluent à une amélioration de l'attention et de l'estime de soi anti-dépressive en lien avec l'activité physique.

Enfin, la séance devra être clôturée par un temps permettant d'assurer la cohésion et un certain dynamisme. Il est donc préconisé de proposer un nouveau chant, ainsi que des salutations individuelles associées à une invitation à la prochaine séance. Feil propose une collation pour engendrer une convivialité supplémentaire. Néanmoins, on peut s'interroger sur son intérêt réel, et les contraintes organisationnelles qu'elle implique au sein de l'institution.

A l'issue de chaque séance, le thérapeute pourra remplir un formulaire de synthèse, évaluer les progrès de chacun, pour mieux préparer la réunion suivante.

Il nous semble ainsi particulièrement pertinent de mettre en œuvre une intervention orthophonique de groupe inspirée de cette méthode, auprès de personnes institutionnalisées en raison de leurs TNCM. La Validation telle qu'elle est préconisée par Feil (2005) faisant l'objet d'une formation spécifique, il ne s'agit pas nécessairement de s'y inscrire en détails, mais plutôt de s'inspirer de ses valeurs et fondements, que chaque soignant serait en mesure d'adopter. De même, comme nous l'avons évoqué précédemment, l'orthophoniste demeure libre d'adapter son intervention selon les orientations de son projet thérapeutique. Il nous paraît donc intéressant d'envisager une prise en charge enrichie tant par la Validation que par les postulats des thérapies multimodales revendiquant l'apport d'objets concrets.

PARTIE 2 :
PARTIE MÉTHODOLOGIQUE

4 PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

4.1 Problématique

La partie théorique de notre travail nous a permis de mettre en avant l'incidence du vieillissement, et plus particulièrement des troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), sur la communication. Nous avons alors abordé la question de la diminution des interactions et de son caractère extrêmement délétère d'un point de vue cognitif, mais aussi psycho-comportemental. Il est du ressort de l'orthophoniste d'oeuvrer au maintien des capacités de communication, comme stipulé dans la NGAP. Le thérapeute dispose alors d'une liberté de pratique, lui permettant de mettre en oeuvre le projet thérapeutique qui lui semble le plus adéquat. Dans le cas de personnes présentant des TNCM, la mise en place d'une intervention de groupe semble particulièrement adaptée en institution, et peut être considérablement enrichie par certains axes que propose la méthode de la Validation (Feil, 2005). En effet, attribuer un rôle social à chaque participant génère un sentiment de légitimité et d'identité, ainsi qu'une cohésion, favorisant la communication. Par ailleurs, l'aspect ritualisé des séances de Validation et leur temps de discussion permettent de sécuriser les participants, mais aussi de les fédérer autour de thématiques communes. Les bénéfices de cette intervention ont d'ores et déjà été évoqués dans le mémoire de Marion Seillier (2015), qui propose dans ses axes de recherche d'enrichir cette méthode en l'alliant à d'autres possibilités thérapeutiques. Il semble alors pertinent de prendre en compte les recherches en neurosciences exposant les liens entre mémoire à long terme et stimulations sensorielles, susceptibles de faciliter le processus de récupération mnésique, tant dans ses composantes épisodiques que sémantiques.

Nous souhaitons nous inscrire dans cette lignée avec la mise en place d'un groupe au sein duquel chaque participant se verra attribuer un rôle social. Au cours de séances ritualisées, nous aspirons à proposer un temps de discussion sur des thématiques ciblées qui serait enrichi par l'apport d'objets concrets. Nous pourrions ainsi dynamiser la résurgence de souvenirs et les interactions entre les participants, et par là même agir sur la préservation de leur statut d'être communicant, duquel découle une amélioration de leur bien-être et de leur comportement.

Nous pouvons alors énoncer la problématique suivante :

L'apport de stimuli multisensoriels dans le cadre d'une intervention orthophonique de groupe de type « Validation », assurant un rôle social à chaque participant, permettrait de maintenir voire d'améliorer la communication de patients présentant des TNCM.

4.2 Hypothèses théoriques

Les données que nous avons exposées précédemment nous permettent de formuler les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : L'aspect ritualisé des séances de groupe permet d'instaurer un climat sécurisant, propice aux interactions.

Hypothèse 2 : L'attribution d'un rôle social au sein d'un groupe de type Validation offre à chaque participant la possibilité de s'affirmer comme membre du groupe.

Hypothèse 3 : Le recours à la sensorialité via des objets concrets facilite l'accès à la mémoire épisodique et sémantique.

4.3 Hypothèses opérationnelles

Nous pouvons ainsi émettre des hypothèses plus spécifiques à nos expérimentations :

Hypothèse 1 : L'attribution de rôles sociaux au sein d'un groupe sécurisant de type Validation favorise les prises de paroles chez les personnes présentant des TNCM et génère ainsi des interactions entre les participants.

Hypothèse 2 : L'attribution de rôles sociaux dans le cadre d'un groupe de type Validation permet aux participants de renforcer leur socialisation et ainsi d'affirmer leur identité individuelle en tant qu'êtres communicants.

Hypothèse 3 : L'apport d'objets concrets stimulant l'accès à la mémoire épisodique et sémantique favorise ainsi la mise en mots et les interactions entre participants d'un groupe de type Validation.

5 MÉTHODOLOGIE EXPÉRIMENTALE

5.1 Présentation du projet

Dans le cadre de ce mémoire, notre objectif consiste à observer la communication et le comportement de personnes atteintes de TNCM lors de séances de groupes inspirées de la Validation (Feil, 2005), qui se déroulent de manière hebdomadaire en maison de retraite.

En premier lieu, nous avons ainsi sélectionné les résidents susceptibles de s'inscrire dans notre projet, en nous intéressant à leur personnalité et leur histoire de vie, et ce par le biais des éléments anamnestiques recueillis par les orthophonistes et/ou figurant dans leur dossier médical. Nous les avons ensuite soumis à un rapide test de dépistage, le MoCA (Nasreddine, 2005), afin d'obtenir une vision générale de leurs atteintes. C'est ainsi que nous avons pu leur attribuer un rôle social au sein du groupe, en adéquation avec leurs traits de caractère et leurs possibilités cognitives.

Les séances ont été systématiquement structurées de la même manière, afin de garantir un aspect ritualisé destiné à sécuriser les patients. Elles commencent avec un temps d'accueil, suivi d'une discussion semi-dirigée autour d'un thème en lien avec l'actualité, la temporalité ou les sujets de préférence des résidents. Elles s'achèvent par un temps musical. C'est au temps de discussion que nous allons nous intéresser de manière toute particulière, puisqu'il nous a permis d'apporter des objets concrets autour desquels les personnes ont pu se regrouper, venir toucher, sentir, écouter, partager leurs ressentis, émotions et souvenirs. Les stimuli sensoriels proposés ont en effet une visée de cohésion, de communication, de renforcement d'un sentiment d'identité, soit des composantes susceptibles d'influer sur le bien-être des résidents et donc d'améliorer leur comportement.

A l'issue de chaque séance, nous avons renseigné une grille d'analyse des éléments communicationnels et comportementaux. En raison de contraintes pratiques, il était difficile d'observer plus de six séances consécutives. Ainsi, au vu de la brièveté du temps imparti, il nous a paru peu pertinent d'envisager une analyse plus poussée et normée de la communication des membres du groupe. Néanmoins, il nous a semblé intéressant de proposer aussi aux soignants de renseigner une grille d'évaluation concernant l'évolution de la communication et du comportement des résidents, à l'issue de nos six séances.

5.2 Présentation de la population

5.2.1 Critères d'éligibilité des patients

5.2.1.1 Critères d'inclusion

Notre étude visant à analyser les variables communicationnelles et comportementales de personnes présentant des TNCM, en lien avec l'utilisation d'objets concrets dans le cadre d'une intervention de groupe, nous avons constitué notre population selon les critères suivants :

- Sujets présentant un trouble neurocognitif majeur (TNCM)

- avec un score similaire au MoCA (inférieur ou égal à 10/30) dénotant une atteinte cognitive modérée à sévère
- se situant dans la phase II de « confusion temporelle, désorientation » décrite par Naomi Feil
- et souhaitant participer à notre groupe.

5.2.1.2 Critères d'exclusion

Dans la mesure où notre étude vise à analyser l'impact de supports stimulant la sensorialité des patients, dans le cadre d'un groupe vecteur de socialisation, il nous a semblé nécessaire d'exclure de notre étude :

- les patients présentant d'importants troubles psycho-comportementaux, risquant de nuire à l'équilibre du groupe
- les sujets souffrant de troubles gnosiques conséquents, afin d'optimiser l'étude de l'incidence des supports concrets

5.2.2 Présentation des patients

Patient	Âge	Diagnostic	MoCA (/30)	Rôle attribué au sein du groupe
M.A	93	Démence de type Alzheimer (DTA)	10	Président de séance
M.B	85	Troubles cognitifs d'origine mixte	4	Responsable de la date
M.C	80	Démence de type mixte	2	Lectrice
M.D	79	DTA et Maladie à corps de Lewy	1	Responsable des objets
M.E	87	Démence de type Alzheimer	5	Responsable des chants

5.3 Démarche expérimentale

Nos expérimentations se sont déroulées de janvier à mars 2018, au sein de l'Unité de Vie Protégée de la maison de retraite Sainte-Thérèse à Ludres, lors de séances de groupe hebdomadaires menées par Lise Pottier et Marie-Céline Robert, orthophonistes.

Nous avons au préalable organisé une rencontre avec les participants, ainsi qu'une consultation de leurs dossiers et la passation d'un MoCA courant janvier 2018. Par ailleurs, nous avons pu contacter les proches des résidents, afin d'expliquer notre projet et obtenir leur consentement.

5.3.1 Thèmes

Comme nous l'avons souligné en introduction, il nous a semblé fondamental de définir des thèmes associés aux composantes mnésiques considérées comme étant les mieux préservées chez les personnes présentant des TNCM, à l'instar de la mémoire autobiographique. La littérature nous a menées à prendre en compte la notion de gradient de Ribot, avec une prégnance supérieure des souvenirs les plus anciens. De plus, la récupération de souvenirs serait facilitée par la stimulation de la mémoire sensorielle. Ainsi, il nous a paru judicieux d'établir des thématiques permettant d'être enrichies par l'apport d'objets concrets susceptibles de stimuler les sens.

Par ailleurs, outre la composante mnésique il s'agissait de générer des échanges, ce qui impliquait de proposer des thèmes évocateurs pour les membres du groupe, leur donnant envie de s'exprimer et de partager leurs pensées et émotions. Enfin, dans la mesure où ces personnes sont typiquement désorientées, nous avons également envisagé des sujets permettant de les réancker dans le temps.

Nous avons donc dégagé six thèmes, soit une thématique par séance :

- La chandeleur
- Les métiers
- L'école
- Les fleurs
- La coquetterie
- Les fruits

5.3.2 Choix des supports

Le contexte d'une intervention orthophonique de groupe inspirée de la méthode de la Validation ne nécessite pas de support particulier, si n'est un dispositif permettant de mettre en oeuvre le temps musical. Nous avons donc utilisé des enceintes, et pris le soin d'imprimer au préalable les paroles des chansons sélectionnées afin que chaque résident en ait un exemplaire.

Par ailleurs, de manière à ce que chaque participant puisse s'ancrer dans la séance, nous avons confectionné des badges nominatifs indiquant le rôle social qui leur a été attribué. De même, nous avons préparé pour chaque séance une trame à distribuer aux résidents, afin de leur fournir un repère visuel concernant le déroulé temporel. Cette fiche a également pu dynamiser les temps de

discussion en semi-dirigé, en permettant à chacun de garder en mémoire la thématique abordée.

Le cadre de notre étude, visant à analyser l'impact de l'utilisation d'objets concrets, a impliqué l'apport de matériel spécifique pour chaque séance. L'objectif était alors de présenter des supports dont les propriétés permettraient de stimuler les sens et favoriser l'accès aux mémoires.

Ainsi, pour chaque thématique mentionnée précédemment, nous avons utilisé des supports spécifiques :

- Pour la Chandeleur, nous avons axé notre séance sur les mémoires procédurale et gustative, en apportant :
 - Des ustensiles utilisés pour préparer des crêpes : un saladier, un fouet, une louche, une spatule et une crêpière
 - Des ingrédients : farine, œufs, sucre..
 - Des crêpes à déguster
 - Des petits pots de confiture individuels pour garnir les crêpes
 - Une recette de pâte à crêpes

Et comme chanson de fin de séance : *J'ai bien mangé, j'ai bien bu* de Patrick Topaloff

- Pour la séance autour des métiers, nous avons davantage sollicité la mémoire visuelle, avec des supports en lien avec les professions exercées par les participants (agent SNCF, postière...) ou susceptibles d'être évocateurs pour tous :

- Des billets de train
- Des enveloppes et des timbres
- Des journaux et cartes postales
- Des boîtes de médicaments et pansements
- Une serviette éponge, de la laque et des ciseaux
- Des images présentant différents métiers avec étiquettes à associer

Et comme chanson de fin de séance : *Le travail c'est la santé* d'Henri Salvador

- Pour le thème de l'école ce sont principalement la vue et le toucher qui ont été sollicités, via:

- Des cahiers et manuels scolaires d'époque
- Des ardoises d'élcolier
- Des images illustrant le matériel scolaire, ce que l'on peut trouver dans un cartable

Et comme chanson de fin de séance : *Adieu monsieur le professeur* d'Hugues Aufray

- La séance axée sur les fleurs nous a permis de stimuler la mémoire visuelle mais aussi olfactive et tactile, en proposant :

- Différentes fleurs fraîches : lys, rose, tulipes, mimosa, oeillet, gerbera.
- Des photographies de fleurs et étiquettes à associer

Et comme chanson de fin de séance : *Le temps des fleurs* de Dalida

- La séance sur la coquetterie nous a quant à elle permis de stimuler la mémoire procédurale, mais aussi les entrées visuelles, tactiles et olfactives, en apportant :

- Des cravates à nouer
- Des étoffes de différentes matières (velours, tulle, dentelle, fourrure, polaire, laine...)
- Une brosse à cheveux
- Du nécessaire à maquillage (pinceau...)
- Du vernis à ongles
- Des clichés présentant divers chapeaux, avec étiquettes à associer

Et comme chanson de fin de séance : *Belles belles belles* de Claude François

- Concernant la séance sur les fruits, nous avons sollicité la vue, le toucher, mais aussi l'odorat et le goût, en proposant :

- Des fruits frais à toucher, sentir, puis goûter en aveugle (banane, pomme, poire, kiwi, orange, pamplemousse)
- Des photographies de fruits avec étiquettes associées

Et comme chanson de fin de séance : *Salade de fruits* de Bourvil

5.3.3 Déroulement des séances

Dans la mesure où nous ne prétendons pas proposer un groupe de Validation au sens strict du terme, mais simplement s'inspirer de cette méthode qui nous a intéressées de par son aspect socialisation, il ne nous paraît pas forcément pertinent de respecter le déroulement élaboré par Naomi Feil (2005). Dans son programme, la Validation s'adresse en effet à des personnes désorientées en dehors de toute pathologie sévère, ce qui n'est pas le cas de notre public, et nous mène à adapter certains éléments.

Nous nous accordons sur la nécessité de commencer par un temps d'accueil, avec une présentation orale de chacun et un rappel du rôle social qui lui a été attribué. Feil intègre le temps

musical à ce début de séance, mais nous préférions plutôt exploiter ce moment en guise de clôture. Nous profitons néanmoins de ces minutes d'accueil et d'initiation de séance pour engendrer une réorientation spatio-temporelle, avec un rappel de la date et du lieu dans lequel nous nous trouvons.

Le second temps est, comme dans la Validation, dédié à la discussion autour d'un thème précis, en lien avec la temporalité ou des sujets dotés d'une puissance évocatrice pour les personnes âgées. Nous avons détaillé ci-dessus les thèmes susceptibles de déclencher le plus grand nombre de souvenirs, en lien avec la stimulation de la mémoire affective.

Naomi Feil (2005) propose dans sa méthode une troisième phase consistant en un temps d'activité motrice. Cela nous a semblé relativement compliqué à mettre en œuvre, en raison de la condition physique de certains membres du groupe et de la configuration des locaux. Ainsi, pour susciter le mouvement et la mise en jeu du corps, nous avons préféré stimuler la discussion et l'enrichir par l'apport des objets concrets à découvrir, en bougeant et/ou en sollicitant les sens.

Enfin, le temps de clôture est similaire à celui proposé en Validation, à savoir un partage musical. Nous avons tenté de sélectionner des chansons d'époque avec des paroles liées à la thématique du jour. Bien sûr, nous terminons par des salutations individuelles, ainsi qu'une invitation à la prochaine séance en précisant la date, le lieu et le thème abordé.

5.3.4 Cadre spatio-temporel

Les expérimentations se sont déroulées dans le cadre de l'unité de vie protégée Arc-en-Ciel, au sein de la maison de retraite Sainte-Thérèse à Ludres.

Les passations du MoCA, courant janvier 2018, ont été effectuées dans un endroit calme et légèrement en retrait de la salle commune. C'est dans cet espace que se sont également déroulées les séances de groupe, de janvier à mars 2018. Il nous paraissait important de regrouper les résidents dans leur pièce de vie, grande et aérée, dans laquelle ils ont pour habitude de se retrouver. Ainsi, à l'issue de nos séances d'environ trois quarts d'heure, il leur était possible de rester attablés ensemble, dans un contexte intimiste favorisant la cohésion.

Notons que les unités dédiées aux personnes désorientées sont d'ores et déjà conçues de manière à offrir un cadre sécurisant.

5.4 Mode de traitement des données

Nous avons posé des hypothèses qui nécessitent de se référer à des outils nous permettant dans un premier temps d'objectiver les capacités cognitives globales des participants, et ensuite d'observer leur évolution au fil de nos séances.

Ainsi, nous avons utilisé dans un premier temps le MoCA (annexe 1), pour appréhender le niveau global des résidents. Notons qu'une évaluation complète de type GREMOTS ne semblait pas réalisable, et peu pertinente pour aiguiller nos choix thérapeutiques dans le cadre d'une intervention de groupe.

Pour le suivi des séances, nous avons spécifiquement constitué une fiche d'évaluation individuelle. Enfin, nous avons proposé aux deux soignants de l'unité une grille d'évaluation finale, également conçue en vue de soutenir ou d'infirmer la validité de nos hypothèses.

5.4.1 Le MoCA

Le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est un test élaboré par Nasreddine et al. en 2005, en vue du dépistage et du suivi des atteintes neurocognitives. Il vise à éviter les biais imputables à un effet plafond, reconnu dans le MMS-E.

Il comporte 30 questions, destinées à explorer les domaines suivants : l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul, et l'orientation temporo-spatiale.

Les items proposés pour le domaine visuospatial et exécutif consistent en une épreuve d'alternance conceptuelle, et deux tests des capacités visuoconstructives. Dans la première, on demande à la personne de tracer une ligne, en alternant d'un chiffre à une lettre, et ce en respectant l'ordre chronologique et l'ordre de l'alphabet. Dans les suivantes, il s'agit de copier un cube en trois dimensions le plus précisément possible, puis de dessiner une horloge en plaçant tous les chiffres et en indiquant l'heure (« 11 heures 10 »).

Est ensuite proposée une épreuve de dénomination orale, avec la présentation de trois dessins d'animaux (rhinocéros, lion, dromadaire).

La mémoire est testée à l'aide d'une liste de mots à répéter, puis d'une épreuve de rappel différé. Pour cette dernière, il est possible de fournir un indice catégoriel en cas d'échec, voire plusieurs choix de réponses pour évaluer la reconnaissance.

L'attention est observée à travers deux épreuves d'empan numérique, endroit et envers. La concentration est elle aussi appréhendée, à travers la lecture d'une série de lettres au patient, en lui

demandant de taper de la main à chaque fois qu'il entendra la lettre « A ».

Le MoCA comporte également une épreuve de calcul sérié, dans laquelle il est demandé au patient de calculer cent moins sept, et de continuer à soustraire sept de chacune de ses réponses.

Le module langage comporte des répétitions de phrases, ainsi qu'une épreuve de fluence phonologique (donner le plus de mots possibles commençant par « F » en une minute)

Le test analyse également les capacités d'abstraction, à travers la recherche de similitudes entre deux éléments de même catégorie.

Enfin, le dernier item concerne l'orientation, et sollicite de la part du patient de donner la date précise (mois, année, jour) et le lieu dans lequel il se trouve.

La passation s'opère en 10 à 15 minutes, et permet d'obtenir un score sur trente points. L'interprétation des résultats se fait selon les critères suivants :

- 27-30 : normal
- 18-26 : atteinte cognitive légère
- 10-17 : atteinte cognitive modérée
- <10 : atteinte cognitive sévère.

Notons qu'il convient d'ajouter un point si la scolarité du patient est de 12 ans ou moins.

Ainsi, cette courte passation nous permet d'obtenir une idée globale du niveau cognitif du patient.

5.4.2 Grille d'évaluation des séances

En raison du niveau d'atteinte cognitive des résidents, mais aussi de la spécificité des éléments que nous souhaitons observer et de la brièveté de notre intervention, aucun outil validé ne saurait nous permettre d'assurer le suivi de l'évolution de nos patients. Ainsi, nous avons constitué une grille d'évaluation individuelle à remplir à la fin de chaque séance (annexe 2), à l'aide des supports vidéos réalisés. Pour ce faire, nous nous sommes inspirées d'une grille élaborée par Lise Pottier, présentée en partie théorique. Nous nous sommes attachées à créer un support synthétique, fonctionnel et pertinent pour notre étude. Ainsi, nous avons distingué des items tant qualitatifs que quantitatifs, destinés à analyser la communication et le comportement des résidents, mais aussi à observer l'impact de l'attribution de leur rôle social et de l'apport de stimuli multimodaux.

5.4.3 Grille d'évaluation à destination des soignants

Il nous a semblé important de recueillir l'opinion des soignants à l'issue des séances que nous avons réalisées, dans la mesure où ce sont eux qui semblent les plus à même de juger de

l'évolution des résidents, tant d'un point de vue communicationnel que comportemental. Nous tenions à construire une grille synthétique, avec un mode de réponse simple en oui/non (annexe 3), en vue de ne pas leur imposer une trop lourde charge de travail supplémentaire . Nous avons néanmoins laissé place à d'éventuels remarques et commentaires s'ils le souhaitaient.

5.5 Précautions méthodologiques

Notre étude ne saurait s'affranchir d'éventuels biais méthodologiques, inhérents aux conditions des expérimentations. Il est donc important de tenir compte des facteurs suivants.

5.5.1 Sur le plan verbal

Pour l'analyse des éléments verbaux, certaines limites sont imposées par l'utilisation d'un support vidéo, nécessaire pour revenir sur les attitudes conversationnelles de chaque patient. Or, certaines séquences sont susceptibles d'être inaudibles en raison d'un éventuel bruit de fond ou de détails techniques.

De même, l'analyse de la communication verbale peut potentiellement présenter certains biais imputables à l'examinateur, les analyses et la cotation se révélant parfois subjectives.

5.5.2 Sur le plan non-verbal

L'analyse des éléments comportementaux et propres à la communication non verbale peut faire l'objet de biais similaires, inhérents à l'utilisation d'enregistrements vidéos comme supports d'analyse. En effet, certains gestes fins, expressions du visage ou attitudes posturales sont parfois difficilement visibles en raison du cadrage ou des mouvements des participants.

5.5.3 Autres

Les dernières limites prévisibles de notre étude concernent notre échantillonnage, qui se révèle relativement restreint.

Nous devons également envisager des fluctuations au sein du groupe, à l'instar d'éventuelles absences de patients ou du caractère aléatoire de leur état général, en lien avec leur pathologie.

PARTIE 3 : RÉSULTATS

6 PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Les grilles d'analyse individuelle par séance confrontées au questionnaire élaboré pour les soignants nous ont permis d'observer l'impact de l'attribution d'un rôle social et de l'apport d'objets concrets dans le cadre d'une intervention de groupe ritualisée selon les principes de la Validation (Feil, 2005). Ces supports nous ont aidé à mettre en exergue l'évolution de la socialisation, mais aussi des capacités mnésiques et communicationnelles des résidents sélectionnés pour notre étude.

Notons qu'une comparaison entre patients semblait peu indiquée compte tenu de la variété de leurs pathologies, ainsi que du stade auquel ils se situent en terme d'atteinte cognitive. De même, une analyse des résultats en tenant compte du sexe des participants n'aurait pas été pertinente, tant de par le sujet qui nous intéresse que par la nature de notre échantillon, qui ne comprend qu'un homme pour quatre femmes.

6.1 Analyse quantitative

A l'issue de chaque séance, nous avons renseigné une grille d'analyse individuelle (cf annexe 3) comportant des items quantitatifs.

Nous avons ainsi attribué aux résidents un score entre 0 et 4 pour chacune des aptitudes déterminées, selon la cotation suivante :

- 0 : jamais
- 1 : rarement
- 2 : occasionnellement
- 3 : fréquemment
- 4 : toujours

Afin de faciliter la lecture des données récoltées, nous avons réalisé une synthèse permettant d'observer l'évolution de chaque patient au fil des séances, selon les domaines qui nous intéressent.

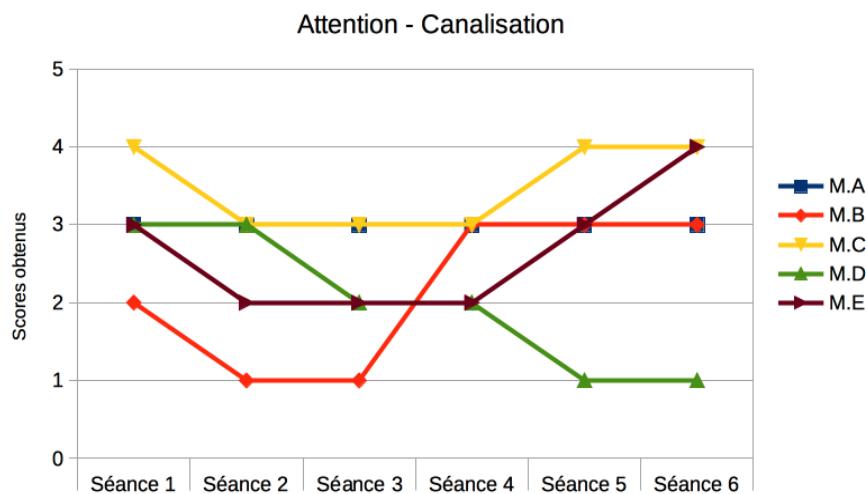
6.1.1 Eléments comportementaux

Concernant les éléments comportementaux, nous avons rapporté sous forme de diagramme

les scores obtenus en terme d'attention et de respect des conventions sociales.

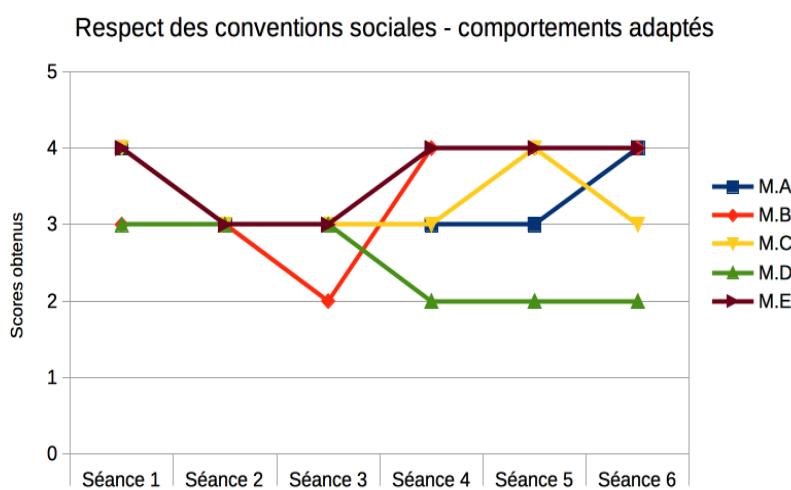
Nous avons choisi d'exclure les scores relatifs à l'agitation /agressivité, peu pertinents dans la mesure où aucun résident n'a révélé de troubles du comportement. Cet item nous a simplement aidé à mener notre analyse qualitative, de par son caractère informatif quant à la disponibilité et l'état cognitif du patient au cours de la séance.

En terme d'attention et de canalisation, on relève une certaine stabilité voire une augmentation au fil des séances, excepté pour M.D dont la distractibilité a été croissante.



On note des résultats similaires concernant le **respect des conventions sociales, avec une évolution globale plutôt favorable**, excepté pour M.D.

M.B se distingue également avec une diminution de ces aptitudes lors de la troisième séance, au cours de laquelle elle est arrivée désorientée, en proie à des discours auto-dirigés prononcés en parallèle des temps de parole des autres membres du groupe.

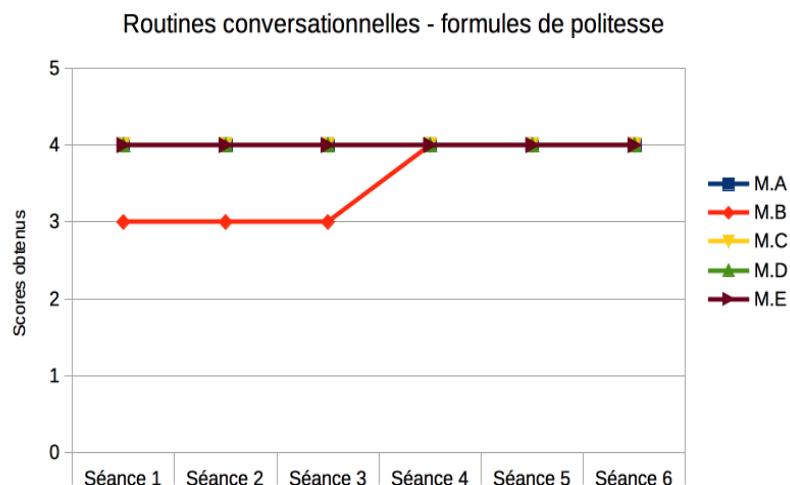


6.1.2 Communication verbale

Nous avons observé différentes composantes, en lien avec les règles de la communication sociale, la recherche d'interactions et le contenu du discours. Nous avons là aussi synthétisé les scores des résidents sous forme de diagramme, pour chacun des items évalués.

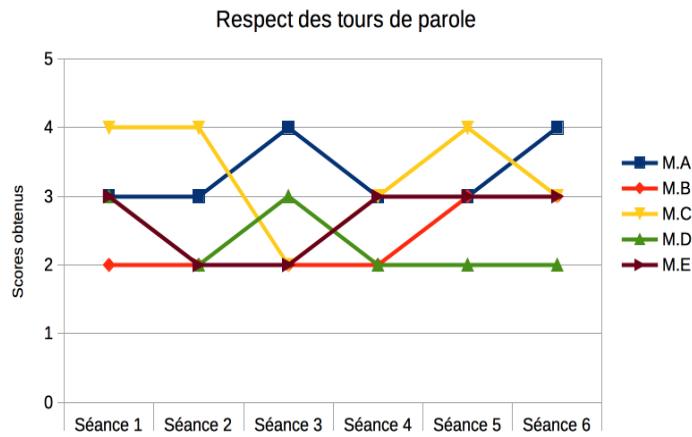
Le respect des routines conversationnelles et formules de politesse participait d'ores et déjà des éléments les mieux conservés pour l'ensemble des résidents.

Les résultats obtenus sont ainsi **stables**, et l'on note même une évolution pour M.B qui éprouvait initialement certaines difficultés lors des présentations et salutations.



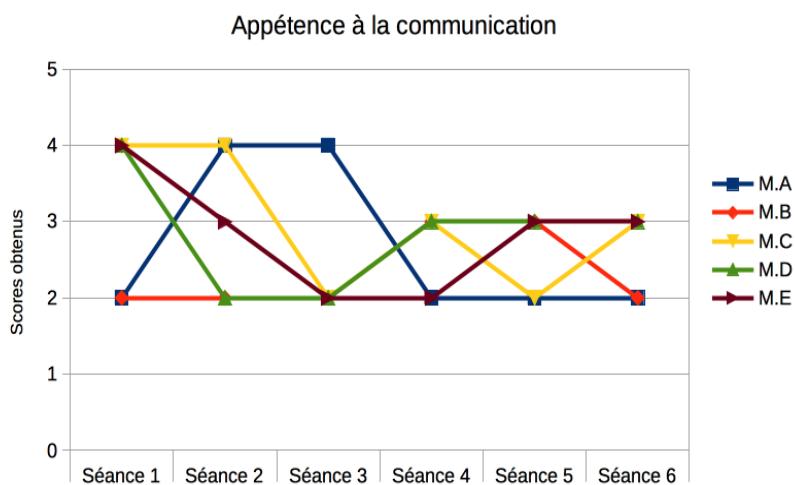
Nous avons aussi analysé le **respect des tours de parole**, dénotant les capacités d'écoute et d'inhibition des participants, soit des compétences relevant de la socialisation.

Les résultats sont là aussi fluctuants, mais tendent à considérer un **maintien ou une amélioration** de cette aptitude chez l'ensemble des résidents. A l'instar d'autres capacités évaluées, on relève une diminution chez M.C au cours de la troisième séance, en lien avec son état psychique. M.A, M.B, M.D et M.E présentent des résultats plutôt constants et évoluant favorablement.



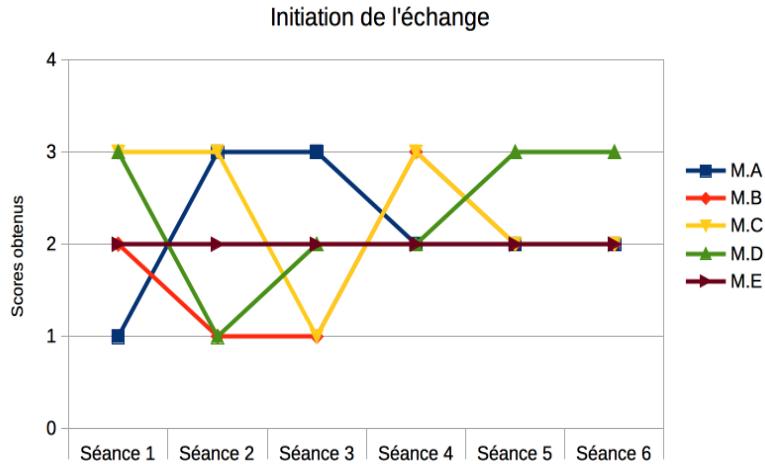
Nous avons également évalué l'**appétence à la communication**, en considérant la spontanéité et la longueur des réponses, les relances, les prises de parole spontanées... Nous l'avons distinguée de l'initiation de l'échange, évaluée indépendamment dans l'item suivant.

L'appétence se révèle **variable**. Si l'on peut envisager une causalité dépendante des thèmes abordés, elle nous semble davantage imputable à l'état physique des participants, en lien avec les fluctuations inhérentes à leurs pathologies. En effet, si cette appétence varie au fil des semaines, nous avons néanmoins constaté qu'elle tendait à croître au cours de chaque séance.



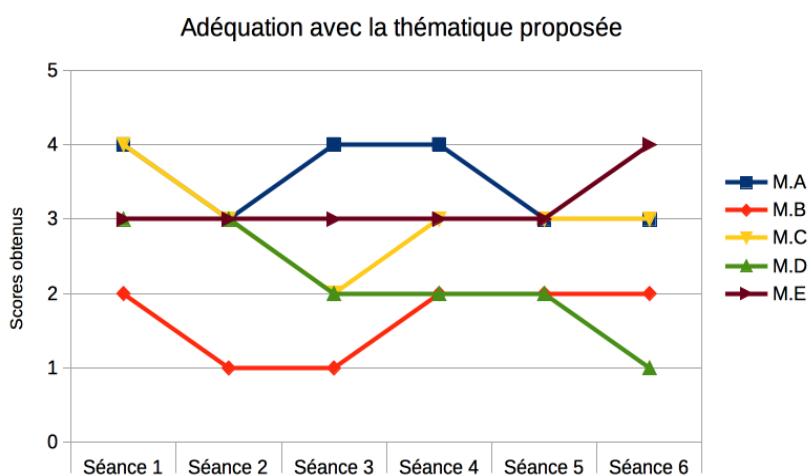
Il en est de même concernant l'**initiation des échanges**. Elle se voit particulièrement fluctuante pour M.C, en écho aux oscillations de son humeur relevées dans notre grille qualitative. Ces **variations** se retrouvent chez M.A, pour qui les résultats sont tout de même plus stables, ainsi

que chez M.B et M.D, pour qui l'on note malgré tout une **évolution plutôt positive**. M.E demeure quant à elle tout à fait **constante**.



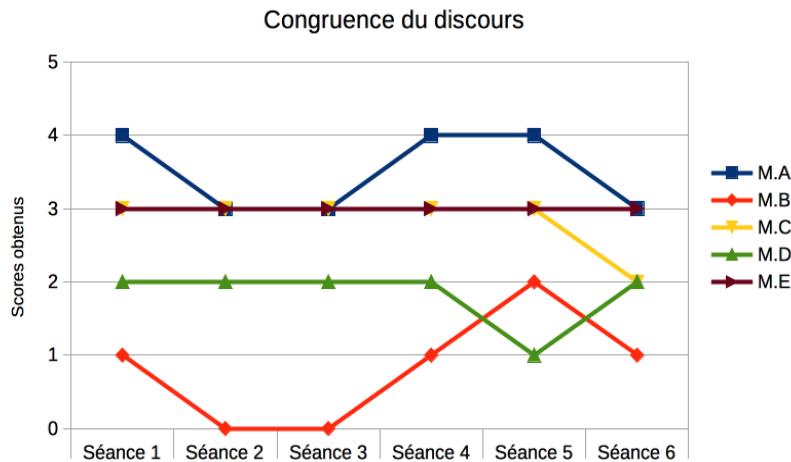
Nous nous sommes attachées au contenu du discours, en analysant si les productions des résidents étaient ou non en **adéquation avec la thématique abordée**.

Les **résultats sont plutôt bons et stables** pour M.A, M.C et M.E, dont les aptitudes langagières sont bien préservées. Les scores sont plus faibles chez M.B, qui présente d'importantes difficultés, avec un manque du mot massif et des paraphasies qui la mènent à changer de sujet. Pour M.D, on note une diminution dans l'adéquation de ses propos, à mettre en lien avec les autres aptitudes progressivement chutées.



Enfin, nous avons pris en compte la notion de **congruence du discours**, soit ce qui relève de sa fluidité, de sa cohérence, de sa construction, etc.

Les **résultats sont globalement stables**, et l'on note **même une évolution positive** pour M.B, qui se situe à un stade sévère.



D'une manière générale, ces données quantitatives font donc état d'une **communication verbale qui se maintient voire évolue favorablement** en terme d'adaptation sociale et d'écoute de l'autre. Les capacités d'initiation de même que le contenu du discours demeurent fluctuants, en raison du stade avancé de la pathologie des résidents. Néanmoins, ils témoignent globalement d'un maintien ou d'une amélioration des interactions, sous-tendus par l'analyse qualitative que nous exposerons par la suite.

6.1.3 Communication non-verbale

Enfin, nous n'avons pas jugé nécessaire de présenter de diagrammes relatifs aux items de communication non verbale. En effet, d'une manière générale les résidents ont obtenu des **résultats favorables et constants** concernant le contact visuel, situés entre « 3: fréquemment » et « 4: toujours ».

La suppléance mimo-gestuelle, quant à elle, n'est que rarement utilisée, excepté pour certains résidents comme M.B ou M.D qui présentent davantage de difficultés discursives, ou encore M.E lors de séances au cours desquelles elle s'est trouvée plus agitée.

6.2 Analyse qualitative

6.2.1 Eléments comportementaux

Notre analyse qualitative a été menée en tenant compte d'éléments comportementaux, comme l'humeur en début et fin de séance, et l'attitude au sein du groupe.

Nous avons pu noter une **amélioration de l'humeur au fil de chaque séance**, même lorsque les résidents exprimaient leur fatigue ou petite forme morale en arrivant.

Ils se sont montrés **globalement investis dans le groupe**, avec des fluctuations associées aux éventuelles perturbations psychiques qui participent du tableau clinique de leurs pathologies.

- On relève pour M.A un investissement progressif au cours de la première séance, puis une présence très marquée au cours des séances 2 et 3. Il nous a semblé plus fatigué par la suite, tout en demeurant attentif aux autres résidents.
- M.B se trouve à un stade de désorientation plus marqué. Ainsi, lors de la première séance elle semble préoccupée, parfois repliée sur elle-même avec des discours auto-dirigés. Nous avons pu noter qu'elle se trouvait systématiquement happée par le support papier ; en le lui retirant lors des moments d'échanges, elle se trouve bien plus disponible et à l'écoute. Au cours de chaque intervention, elle semble s'ouvrir aux autres, et paraît plus apaisée et dynamique en fin de séance et au fil des semaines.
- L'humeur de M.C est plutôt fluctuante. Elle exprime des maux de gorge à chaque début de séance, mais demeure souriante. Au cours des séances 3 et 6, elle est préoccupée et désorientée, revivant les traumatismes de son passé. Néanmoins, après les avoir vivement exprimés, M.C se sent vraisemblablement mieux et s'apaise à mesure que la séance progresse. De même, au début de notre quatrième intervention, elle explique que « ça va pas bien. J'ai plus de mémoire. C'est pas bon signe ça », mais s'intègre au groupe et semble progressivement retrouver une humeur positive.
- En début de séance, M.D affirme systématiquement être en forme : « toujours moi ! ». Plutôt expansive, elle participe et s'affirme au sein du groupe, même s'il lui est fréquemment nécessaire d'être rassurée par les professionnels, que ce soit par le toucher ou les mots. Elle semble prendre plaisir à vivre ces moments de groupe, et dit d'ailleurs à la fin de la quatrième séance : « dommage que c'est fini !»

- Enfin, M.E est elle aussi souvent joviale et attentive. Elle s'intègre davantage au groupe au cours des séances qui la placent à proximité de M.A, avec qui elle a des interactions privilégiées.

6.2.2 Communication verbale

Concernant la communication verbale, nous avons relevé les compétences mises en œuvre par les résidents, mais aussi leurs difficultés éventuelles.

D'une manière générale, on relève des **prises de parole spontanées, a fortiori au fil des séances**, une systématique production de réponses aux questions posées par les professionnels, et la formulation de **commentaires pertinents**.

En terme de difficultés, on note des **problématiques d'accès au lexique**, des **incohérences dans le discours**, de même que quelques **difficultés pragmatiques qui tendent néanmoins à s'estomper au fil de chaque séance**.

- M.A formule fréquemment des commentaires pertinents, interpelle les autres résidents ou les professionnels à bon escient. Ses propos teintés d'humour questionnent épisodiquement quant à une tendance un peu provocatrice qui participerait de sa personnalité, ou une faille en terme d'adaptation au contexte. Sa compréhension est globalement bonne, avec quelques difficultés ponctuelles.
- M.B manifeste des difficultés langagières plus importantes. Sa compréhension est déficiente, de même que son expression manque de cohésion et de cohérence. Elle est souvent inintelligible de par son manque du mot massif, et les paraphasies qui la mènent à changer de sujet. On relève également bon nombre d'écholalies et de perséverations. Néanmoins, elle est en quête d'interactions, a fortiori au fil des séances.
- M.C est également en interaction spontanée avec les résidents comme avec les professionnels. Si l'on relève quelques difficultés d'accès au lexique, ses commentaires sont souvent pertinents et adaptés. Son discours est davantage confus lorsqu'elle est en proie à une désorientation, qui la mène néanmoins à exprimer et partager ses ressentis (« vous savez j'en pleure »).
- M.D intervient spontanément de manière régulière, en formulant néanmoins un discours qui n'est pas toujours adapté à la thématique, avec une prédominance de phrases courtes. Elle

est ponctuellement écholalique, de même que son manque du mot la mène à produire de nombreuses répétitions. Ses difficultés semblent davantage d'ordre mnésique que langagier, et elle use de stratégies comme l'humour pour y pallier. Elle demeure dynamique en conversationnel, avec une recherche d'interactions marquée.

- M.E prend également la parole de manière spontanée et souvent adéquat. Elle raconte aisément des souvenirs autobiographiques, même s'ils ne sont pas toujours en lien direct avec le sujet abordé. Son discours est plutôt fluide, en dépit de quelques difficultés pragmatiques et de ponctuelles problématiques d'accès au lexique, qu'elle compense à l'aide de périphrases.

6.2.3 Communication non verbale

Concernant la communication non verbale, nous nous sommes attachées à relever les éléments relevant de l'expressivité des résidents, soit leurs mimiques et expressions faciales, ainsi que la proxémie et leur distance aux autres.

Il nous paraissait en effet important de tenir compte d'éléments ayant une influence directe sur les interactions. Rappelons que nous avions également pris en compte l'éventuel recours à la suppléance mimo-gestuelle dans notre analyse quantitative.

La plupart des participants se sont révélés très expressifs, à l'exception de M.B qui se trouvait originellement plutôt amimique, sans doute en lien avec le stade avancé de sa pathologie. Néanmoins, nous avons observé une nette **augmentation de ses expressions faciales en lien avec l'apport d'objets concrets**. En effet, elle semble particulièrement sensible aux stimulations sensorielles, qui lui permettent de s'ouvrir considérablement et s'exprimer davantage tant verbalement que par les mimiques. A l'inverse, M.D manifeste une expressivité parfois exacerbée, à l'instar de ses productions verbales à la prosodie très marquée.

En terme de proxémie, on relève une **distance sociale adaptée**, bien qu'induite par le positionnement autour de la table. Les résidents sont globalement **ouverts les uns aux autres** tout en demeurant dans leur espace. **Seule M.D semble avoir besoin d'un contact physique régulier**, que ce soit avec les thérapeutes ou les autres résidents. M.E se révèle également ponctuellement tactile, notamment lorsqu'elle se trouve aux côtés de M.A.

6.2.4 Eléments spécifiques de notre étude

6.2.4.1 L'attribution d'un rôle social

Nous avons en premier lieu relevé le rapport des participants à leur rôle social, soit leur investissement de ce rôle, mais aussi leur éventuelle capacité à s'en souvenir ou y faire référence. Globalement, **la plupart des résidents ne sont pas en mesure de rappeler spontanément leur rôle d'une séance à l'autre**. Néanmoins, ils **semblent l'avoir intégré** de manière ponctuelle, et **l'investissent systématiquement**, de façon plus ou moins marquée selon leur état général (fatigue, agitation..).

- Au cours d'un entretien téléphonique, la fille de M.A nous a appris qu'il avait été président d'association pendant de nombreuses années. Il semble ainsi avoir été particulièrement à **l'aise dans son rôle de président de séance**, et ce dès notre première intervention. En effet, **il a su réguler le groupe par moments, demander aux autres résidents de parler plus fort**, etc. Nous l'avons cependant trouvé plus fatigué et donc plus discret au cours des dernières séances. Néanmoins, lors de notre dernier atelier sur les fleurs, l'orthophoniste l'a installé à table en lui disant « **je vous mets à votre place de...** », ce qui l'a mené à compléter : « **président de séance !** ».
- Lorsque nous lui avons présenté son rôle de **responsable de la date**, M.B nous a répondu « **vous avez raison, parce que j'ai souvent du mal** ». **Elle l'a investi à chaque séance**, bien que nécessitant un étayage des thérapeutes pour se repérer sur le papier. Au cours de la cinquième séance, **à l'annonce de son rôle elle commente « c'est bien ce qu'il me semblait »**.
- M.C nous a paru enthousiaste à l'annonce de son rôle de **lectrice**. Elle a d'ailleurs **apporté le badge que nous lui avions laissé à la plupart des séances**. Elle a particulièrement **bien investi son rôle, en tenant compte des autres résidents**, s'assurant de leur écoute et de leur compréhension. De même, elle nous a semblé se reconnaître spontanément lorsque nous requérions l'aide de notre lectrice.
- M.D a elle aussi semblé contente de son rôle de **responsable des objets**. Néanmoins, elle a régulièrement demandé le soutien des thérapeutes, nécessaire en raison de ses difficultés praxiques. Elle s'est **investie** dans sa mission, en interpellant par exemple les autres résidents pour les mener à regarder les objets. Au cours de la troisième séance, lorsque nous

lui demandons de récupérer le matériel, elle répond « **c'est toujours moi !** ». De même, au moment de la **présentation des rôles** lors de la séance 5 elle commente : « à chaque fois ! », et ajoute lorsque nous la sollicitons pour présenter les objets « **c'est chaque fois pareil** ». Enfin, au cours des présentations des rôles en sixième séance, elle annonce aussi « **oui je m'en rappelle** ».

- Lorsque nous lui proposons le rôle de **responsable des chants**, M.E rit et semble ravie. Elle **l'investit** à chaque séance, et **propose même une chanson** au cours de notre troisième intervention. De même, au cours des séances 4 et 5, elle **se met à chanter en entendant des mots** évocateurs. Ainsi, lors de l'atelier sur les fleurs elle entonne « joli mois de mai », de même qu'elle **entraîne les autres résidents** à chanter « le chapeau de zozo » au cours de la séance sur la coquetterie.

6.2.4.2 Les thématiques abordées

Nous avons également analysé les réactions des résidents par rapport aux thématiques proposées, l'éventuel apport d'éléments autobiographiques en lien avec le sujet.

Nous avons pu constater que les **thèmes en lien avec leur histoire de vie, comme l'école ou les métiers, étaient les plus génératrices de souvenirs**, de même que les **sujets ayant permis de stimuler les différents sens ont suscité davantage de mises en mots** (les fleurs, les fruits).

- M.A a manifesté un intérêt particulier pour la séance sur les métiers. Il a en effet évoqué des éléments très précis de sa vie professionnelle, et notamment concernant son évolution de carrière dans les bureaux, en confessant qu'il préférait être à l'extérieur « parce qu'il me faut de l'espace ». L'atelier sur l'école l'a également mené à conter certaines anecdotes, évoquer son lance-pierres d'écolier. Il nous a par exemple raconté qu'il était bon élève, même si parfois « c'était plus intéressant de discuter avec son voisin ». Enfin, la séance sur les fruits lui a aussi permis de faire écho à son passé : « Dans la rue de la Madeleine, y avait beaucoup de garçons et de filles, et surtout des garçons, alors on allait à la rapine dans tous les jardins de la rue. Et puis c'était bon ! J'aime autant vous dire ! Et pas cher ! ».
- Les difficultés langagières et mnésiques de M.B ne lui permettent pas de partager d'éventuels souvenirs autobiographiques. De plus, elle n'a vraisemblablement pas exercé d'activité professionnelle. La séance sur les métiers n'a donc pas suscité d'intérêt particulier de sa part. Néanmoins, notre intervention sur l'école l'a menée à nous raconter qu'elle

aimait y aller, et avait une préférence pour les mathématiques. Nous avons aussi pu relever une sensibilité à certains thèmes, comme les fleurs, la coquetterie ou les fruits. Elle a en effet manifesté un certain enthousiasme, et participé plus que d'ordinaire au cours de ces séances.

- M.C a visiblement été particulièrement sensible à la thématique des métiers, heureuse et fière d'aborder sa vie professionnelle. Elle a participé à toutes les séances, et semble avoir été intéressée par chacune des thématiques abordées. On note également un attrait particulier pour les fleurs et les fruits, ayant permis de solliciter les différentes entrées sensorielles.
- A l'annonce de chacune des thématiques, M.D manifeste de l'enthousiasme. Plutôt expansive, elle exprime sa préférence pour les thèmes comme la Chandeleur ou les fruits, qui lui permettent de goûter des aliments (« oh c'est bien ça parce que je vais manger »). Les séances sur les métiers ou l'école semblent avoir été moins évocatrices pour elle, ses difficultés mnésiques l'empêchant probablement de faire du lien. Elle semble néanmoins contente et fière lorsque l'orthophoniste lui rappelle qu'elle a obtenu plusieurs médailles du travail, dont elle avait orné sa chambre à son arrivée. Enfin, M.D a visiblement beaucoup apprécié la séance sur les fleurs, dont elle a pu parler en utilisant des termes génériques.
- M.E présente davantage de facilités pour exprimer des souvenirs autobiographiques. Lors de la première séance sur la Chandeleur par exemple, elle raconte que sa mère faisait des crêpes mais refusait qu'elle l'aide à les préparer. Lorsque nous abordons la thématique des métiers, elle relate sa vie professionnelle, et élargit rapidement son discours aux évolutions de carrière de sa famille. Elle est en effet particulièrement sensible aux sujets lui permettant de parler de sa vie familiale, auxquels tous ses souvenirs semblent rattachés. Lors de notre intervention sur les fruits par exemple, elle raconte les vergers de son enfance, dénomme tous les arbres qui s'y trouvaient, et rapporte qu'elle allait y récolter des fruits en compagnie de ses frères et sœurs pour préparer des tartes et des compotes.

6.2.4.3 L'apport d'objets concrets

Enfin, nous avons observé la réaction des participants face aux objets concrets, de même que leur éventuelle utilisation ou référence à ce matériel pour l'évocation de souvenirs.

D'une manière générale, les **objets s'illustrent davantage comme supports de communication qu'en tant que vecteurs de discours autobiographiques**, et ce probablement en lien avec la manière dont nous les avons utilisés.

Nous notons également qu'ils **semblent davantage bénéfiques pour les participants qui se situent à un stade plus avancé** de leur pathologie.

- En ce sens, M.A, qui dispose de bonnes capacités langagières, a paru intéressé par les objets sans pour autant chercher à les manipuler. Ils ne l'ont visiblement pas aidé à générer davantage de souvenirs, si ce n'est au cours de la deuxième séance sur les métiers. M.A explique en effet en prenant un billet de train qu'il n'en avait pas besoin en raison de la profession qu'il exerçait.
Par ailleurs, lors de la séance sur la coquetterie, nous lui avons demandé s'il savait faire un nœud de cravate, ce à quoi il a répondu négativement. Pourtant, lorsque nous lui proposons d'en réaliser un, sa mémoire procédurale semble lui permettre d'initier cette action. Il s'arrête rapidement, faisant remarquer que ce n'était pas lui « qui mettait la cravate » mais son épouse, de même qu'il en portait « de temps à autres, mais rarement ».
- M.B a manifesté un intérêt progressif pour les objets concrets au fil des différentes séances. Lors de l'atelier sur l'école, elle regarde l'ardoise avec insistance avant de dire « j'en ai eu une ». Elle semble par ailleurs avoir été fascinée par les fleurs, ayant cherché à en faire un bouquet, les sentir, tout en s'extasiant. De même, elle s'est montrée particulièrement sensible aux objets liés à la coquetterie. Plutôt inhibée en début de séance, elle s'est ouvert en regardant les différentes étoffes. Elle a spontanément choisi une écharpe en fourrure, qu'elle a senti avant de la toucher, de caresser son visage puis s'en parer. Rayonnante, elle a cherché à toucher les divers textiles, s'est mise à sourire et rire, puis s'adresser aux autres. Malgré son manque du mot, elle a tenté d'en retrouver le nom, affirmant par exemple pour la dentelle qu'il s'agissait d'un « genre de rideau ». De la même manière, la dégustation des fruits ne lui a pas toujours permis de dénommer, mais de commenter (« c'est bon !! ») ou encore d'essayer de s'exprimer par la gestuelle.
- M.C s'est montrée intéressée par les objets comme par le reste. A l'instar de M.A, elle n'a pas semblé avoir un besoin spécifique de les manipuler, à l'exception des fleurs qu'elle s'est empressée de regarder, toucher, sentir. Elles ont d'ailleurs généré plusieurs interactions avec M.B, alors assise à ses côtés. Lors de la séance sur la coquetterie, elle a paru davantage curieuse des objets présentés, les reconnaissant et tentant de les définir malgré son manque du mot. Par exemple, en voyant M.D présenter une brosse, elle affirme « c'est pour se coiffer ça ». Lorsque nous notons qu'elle porte un pendentif, elle le prend dans ses mains et raconte spontanément qu'il lui a été offert par son père et qu'elle y tient beaucoup. Ainsi, la

charge émotionnelle de l'objet semble davantage la mener à stimuler sa mémoire.

- Responsable des objets, M.D a été amenée à les manipuler. Ils l'ont ponctuellement aidée à compenser ses difficultés langagières, en lui permettant de participer par des gestes. Lors de la séance sur la Chandeleur par exemple, lorsque nous lui demandons si elle sait faire sauter les crêpes, M.D répond comme à son habitude que non. Néanmoins, une fois la crêpière en main, elle esquisse le geste adéquat, probablement en lien avec la préservation de sa mémoire procédurale.

L'apport d'objets a épisodiquement pu lui permettre aussi de produire des commentaires. Ainsi, en regardant le matériel lié à l'école, elle dit « ça me fait penser que je dois aller chez ma mère ». Si cette phrase demeure sujette à interprétation, on peut imaginer qu'elle exprime un lien avec une temporalité différente, une esquisse d'accès à sa mémoire autobiographique. La mémoire sémantique a elle aussi été stimulée par le matériel, notamment au cours de l'atelier coquetterie. Toucher les textiles semble avoir aidé M.D à mettre en mots : elle définit le tulle en expliquant que « ça fait mal », de même qu'elle rapporte « moi j'en ai une » en voyant l'écharpe en fourrure. De la même manière, la dégustation des fruits ne l'aide pas à dénommer mais à les qualifier comme étant « mou », etc.

- A l'instar de M.A et M.C, M.E présente de bonnes capacités langagières et ne semble pas avoir été particulièrement intéressée par les objets. Si elle y a été attentive, elle n'a visiblement pas éprouvé le besoin de les manipuler. Cependant, lors de la séance sur la coquetterie, le flacon de vernis à ongles semble avoir aidé à activer sa mémoire procédurale pour mimer son utilisation, de même que sa mémoire sémantique pour le dénommer. Par ailleurs, solliciter le goût lors de l'atelier fruits lui a permis de désigner les bons éléments.

6.3 Point de vue des soignants

Deux des soignantes de l'unité Arc-en-Ciel ont pu se rendre disponibles pour renseigner la grille d'analyse qualitative que nous avions élaborée en vue de recueillir leurs témoignages suite à nos six séances. Nous souhaitions en effet obtenir leur point de vue global sur notre intervention, de même que nous n'aurions pu organiser un temps d'échange à l'issue de chaque séance en raison de leur charge de travail. Originellement, nous pensions par ailleurs proposer une grille par résident. Néanmoins, les soignantes ont expliqué qu'il leur était difficile de réellement distinguer le

comportement de chaque patient, dans la mesure où ils demeuraient en groupe suite à nos interventions et semblaient dans une dynamique similaire.

Grille d'évaluation à destination des soignants

Noms des soignants : Nelly - Karine

	OUI	NON
Avez-vous noté une amélioration de l'humeur du patient à l'issue des séances de groupe ?	x	
Avez-vous noté une amélioration de son comportement (en terme d'agitation, inhibition, anxiété, agressivité...) à l'issue des séances?	x	
Diriez-vous que le patient communique davantage avec les autres résidents suite aux séances de groupe ?	x	
Diriez-vous que le patient communique davantage avec vous, à l'issue des séances ?	x	
Le patient a-t-il fait mention du rôle social qui lui a été attribué au sein du groupe ?		x
A l'issue des séances, le patient a-t-il abordé avec vous des souvenirs personnels en lien avec les thèmes évoqués en groupe ?		x
Avez-vous constaté, en général, une augmentation des échanges et interactions entre les résidents participant au groupe ?	x	
Remarques : « Les résidents apprécient le groupe, attendent votre arrivée avec impatience. Ils vous reconnaissent. Ça leur fait du bien et ils restent dans la dynamique du groupe suite aux séances. Après c'est sûr que sur du long terme leur problème d'amnésie est trop lourd pour qu'ils se souviennent vraiment. »		

Elles ont ainsi répondu « oui » à cinq items sur sept, estimant ainsi que **les séances de groupe semblaient générer une amélioration de l'humeur et du comportement des résidents, de même qu'une augmentation des interactions, que ce soit entre patients ou envers les soignants**. Elles ont également répondu en faveur d'une **augmentation des interactions entre les participants du groupe en dehors des séances**.

Outre la grille qu'elles ont renseignée, les soignantes ont aussi souligné en remarques que **les résidents appréciaient le groupe, attendaient notre arrivée « avec impatience » et nous reconnaissaient**. Elles ont estimé que **les séances leur faisaient du bien et leur permettaient de rester dans une dynamique de groupe pendant les heures suivantes**. Néanmoins, elles ont

nuancé leurs propos en rappelant que « le problème d'amnésie est trop lourd pour qu'ils se souviennent vraiment » sur du long terme.

Dans la grille d'évaluation, elles ont en ce sens répondu négativement à deux items relatifs à la mention par les résidents du rôle qui leur a été attribué, de même qu'au partage de souvenirs personnels en lien avec les thématiques abordées.

DISCUSSION

7 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES

7.1 Validation des hypothèses théoriques

Nos hypothèses théoriques découlent de la littérature et ainsi des recherches ayant d'ores et déjà été menées en la matière. Nous pouvons cependant les illustrer au regard de nos expérimentations.

Hypothèse 1 : L'aspect ritualisé des séances de groupe permet d'instaurer un climat sécurisant, propice aux interactions.

Nous avons pu vérifier cette hypothèse au fil de nos séances, à travers notre grille d'évaluation individuelle et celle destinée aux soignants. En effet, nous avons relevé un apaisement des résidents au décours des interventions, de même qu'une augmentation des interactions.

L'aspect sécurisant du groupe, permis par son caractère ritualisé, a été souligné par les soignants dont nous avons pu recueillir le témoignage. En effet, les aides-soignantes ont spontanément exprimé leur ressenti selon lequel les résidents attendaient impatiemment notre arrivée, sachant qui nous étions et à quel moment nous venions.

De la même manière, ils semblent avoir intériorisé le déroulement des séances, que nous initions systématiquement par des présentations, tout comme nous les clôturons par un chant. A la quatrième séance, nous avons d'ailleurs souligné le commentaire de M.D (« c'est dommage que c'est fini ») à la fin de la chanson, révélant son intégration de la temporalité des ateliers.

Hypothèse 2 : L'attribution d'un rôle social au sein d'un groupe de type Validation offre à chaque participant la possibilité de s'affirmer comme membre du groupe.

Cette hypothèse est elle aussi validée par nos expérimentations. Nous avons en effet pu observer un investissement des rôles sociaux proposés à chacun des participants, comme souligné

dans notre analyse qualitative. De même, nous avons pu mettre en avant le lien entre le rôle attribué et les interventions des résidents.

Ainsi, le président de séance tend à réguler le groupe lorsque cela s'avère nécessaire. La responsable de la date bénéficie d'un moment d'écoute privilégié auprès des autres résidents, qui peuvent d'ordinaire avoir tendance à faire abstraction de ses discours souvent confus. La lectrice interagit avec les autres résidents lorsqu'elle mène à bien sa mission, s'assurant de leur écoute et commentant sa lecture. La responsable des objets interpelle également les membres du groupe pour attirer leur attention sur le matériel proposé. Enfin, la responsable des chants prend des initiatives et entraîne ses pairs lorsqu'elle entonne une chanson.

Chaque membre du groupe nous a donc semblé à l'aise dans son rôle, bénéficiant d'une place à part entière avec la possibilité pour chacun de vivre un temps privilégié au cours de la séance, en assurant un rôle fédérateur auprès des autres participants.

Hypothèse 3 : Le recours à la sensorialité via des objets concrets facilite l'accès à la mémoire épisodique et sémantique.

L'analyse qualitative de nos données nous a permis de mettre en avant un lien de cause à effet entre la présence d'objets concrets et la mise en mots, soit l'accès au lexique et aux connaissances sémantiques.

Nous avons aussi pu mettre en évidence une utilité plus marquée de ces objets chez les patients présentant d'importantes difficultés langagières.

Nous avons également mesuré le lien entre un objet personnel et l'accès à la mémoire autobiographique, comme illustré avec M.C qui rapporte un souvenir lié au pendentif qu'elle arbore. Les objets concrets non personnels ont pu ponctuellement faire émerger quelques souvenirs, mais de manière assez ténue et sans preuve de causalité directe.

Ainsi, nos expérimentations ne nous ont pas permis de déceler davantage de liens entre l'apport d'objets et l'accès à la mémoire épisodique. **Cette hypothèse n'est donc que partiellement validée.**

7.2 Validation des hypothèses opérationnelles

Les hypothèses opérationnelles que nous avions formulées au regard de la littérature visaient à mettre en avant les éléments spécifiquement étudiés dans le cadre de notre étude.

Hypothèse 1 : L'attribution de rôles sociaux au sein d'un groupe sécurisant de type Validation favorise les prises de paroles chez les personnes présentant des TNCM et génère ainsi des interactions entre les participants.

Notre analyse quantitative nous a permis de relever un maintien voire une augmentation des capacités attentionnelles des participants, nécessaires à l'interaction.

Elle nous a également menées à prendre en compte le caractère fluctuant de leur appétence à la communication et de leur initiation des échanges, et ce en raison de la sévérité de leur pathologie. Cela renforce donc le postulat selon lequel l'attribution de rôles sociaux se révèle bénéfique pour favoriser l'expression de chacun, et mener à l'interaction dans le cadre d'un temps de parole prédefini et dirigé vers les autres. En ce sens, nous avons souligné dans notre analyse qualitative une augmentation des prises de parole chez chacun des résidents au fil des séances.

Par ailleurs, les soignants ont répondu favorablement à notre questionnaire concernant une augmentation des interactions, à l'issue des séances et hors temps de séances. Dans le même sens, ils ont affirmé que cet élan à l'interaction s'exprimait tant entre les résidents qu'envers le personnel soignant. Ils ont aussi ajouté ressentir une dynamique de groupe à court terme.

Nous pouvons donc valider cette hypothèse.

Hypothèse 2 : L'attribution de rôles sociaux dans le cadre d'un groupe de type Validation permet aux participants de renforcer leur socialisation et ainsi d'affirmer leur identité individuelle en tant qu'êtres communicants.

D'un point de vue socialisation, nous avons noté une évolution favorable du respect des conventions sociales dans notre analyse quantitative. De même, nous avons pu relever un maintien du respect des routines conversationnelles et formules de politesse chez tous les résidents, et même une augmentation des résultats chez une patiente située à un stade sévère. Les données quantitatives indiquent également une stabilité ou une évolution positive concernant le respect des tours de parole de manière générale, avec quelques nuances imputables au caractère avancé de la pathologie des résidents, générant d'importantes fluctuations de leur état général.

La synthèse de nos données qualitatives, confrontée au point de vue des soignants, nous a permis de déceler une amélioration de l'humeur et des prises de parole, avec un bon investissement des rôles sociaux attribués. Ces derniers permettent vraisemblablement aux résidents de légitimer leurs

interventions au sein du groupe, et ainsi de s'adresser plus aisément les uns aux autres. Dans le cadre des interactions suscitées par leur rôle social, ils semblent chercher à générer une certaine cohésion, deviennent plus attentifs aux réactions de chacun.

Par ailleurs, au fil des séances, ils s'expriment davantage en dehors des temps de parole spécifiques à leurs rôles, pour formuler des commentaires personnels. Les soignants ont d'ailleurs partagé ce point de vue, en notant une amélioration de l'humeur et des interactions, soit une meilleure socialisation en général.

Ainsi, nous pouvons valider cette seconde hypothèse.

Hypothèse 3 : L'apport d'objets concrets stimulant l'accès à la mémoire épisodique et sémantique favorise la mise en mots et les interactions entre participants d'un groupe de type Validation.

La synthèse de nos données quantitatives indique une adéquation aux thématiques abordées plutôt stable, de même qu'une congruence du discours qui tend à évoluer favorablement, même chez les patients les plus sévèrement atteints. La mise en parallèle de ces résultats avec notre analyse qualitative nous permet de rapporter une facilitation de la mise en mots de par l'apport des objets concrets. Nous avons en effet souligné leur potentialité en terme de réduction du manque du mot, avec la mise en œuvre de stratégies de type périphrases pour les qualifier auprès des autres résidents. De la même manière, les toucher, sentir, ou même goûter, semble avoir permis aux participants d'accéder au concept des objets, parfois transcrit de manière gestuelle, ce qui dénote un accès à la mémoire sémantique en dépit des difficultés d'accès au lexique. Les résidents présentant les atteintes langagières les plus sévères semblent y avoir été davantage sensibles, comme l'indiquent leurs expressions faciales lors de la manipulation des objets.

Le lien entre objets et mémoire épisodique semble plus ténu. Néanmoins certaines interventions des participants visant à exprimer aux autres qu'eux aussi possèdent ou ont possédé tel ou tel objet indiquerait une possibilité de davantage les exploiter afin de stimuler la composante autobiographique.

Cette dernière hypothèse ne saurait ainsi être que partiellement validée, nos expérimentations nous ayant seulement permis de mettre en exergue l'utilité des objets pour l'accès à la mémoire sémantique et la mise en mots, sans pour autant avoir suffisamment pu explorer l'accès à la mémoire épisodique.

Ainsi, nous avons globalement pu obtenir les résultats escomptés, avec une intervention de groupe ayant favorisé un maintien voire une amélioration de la communication de personnes porteuses de TNCM, en offrant un espace de parole et d'affirmation de soi privilégié.

Néanmoins, nos résultats ne s'illustrent qu'à court terme, tout comme notre étude a été menée sur une période restreinte. Nous n'avons pu relever d'intériorisation des rôles au-delà du cadre de la séance chez l'ensemble des participants, de même que les thématiques abordées n'ont pas toujours généré de résurgence de souvenirs autobiographiques, ni même permis de rétention à moyen terme. Nos résultats sont donc à nuancer, en raison des différentes limites de notre étude.

8 LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

8.1 Limites liées à la population

Si notre étude nous a permis de relever des bénéfices chez la plupart de nos participants et ainsi valider certaines de nos hypothèses, nous ne pouvons néanmoins généraliser nos hypothèses en raison du caractère restreint de notre échantillon de population. Un plus grand nombre de participants nous aurait en effet permis d'apporter davantage de légitimité à nos résultats.

De même, nous n'avons pu constituer de groupe de référence pour cette étude. Il semble donc difficile d'affirmer que les améliorations de l'humeur et de la communication des résidents soient uniquement imputables aux spécificités des méthodes utilisées.

8.2 Limites liées aux conditions d'expérimentation et outils utilisés dans le cadre de notre intervention

Il nous paraît également essentiel de rappeler que nos analyses ont majoritairement été fondées sur des éléments qualitatifs, en nous appuyant sur notre regard et notre expérience clinique, confrontée à celle des autres soignants. N'ayant pu trouver d'outil coïncidant parfaitement avec nos critères de recherche et la sévérité des atteintes de nos patients, nous avons fait le choix de nous émanciper de tests normés pour évaluer notre intervention. Ainsi, nous ne saurions prétendre à une totale objectivité de nos résultats, avec la possible présence de biais méthodologiques.

De plus, la spécificité d'une intervention de groupe implique de laisser une place à l'expression de la spontanéité de chacun, tout en étant dans la nécessité de canaliser certains moments. Il se révèle donc parfois délicat d'assurer un étayage ou temps de parole identique pour chaque participant. Certains se sont probablement vus davantage sollicités au cours de certaines séances, de par leur placement autour de la table ou leur état général. De même, il s'avère difficile d'accompagner chaque résident dans la récupération de souvenirs autobiographiques, en raison des fluctuations liées à leur pathologie, des temps de latence et des fréquentes interventions des autres membres du groupe. Nous avions d'ailleurs fait le choix de mener une intervention semi-dirigée, laissant place au langage spontané.

De la même manière, les objets présentés n'ont pu être exploités conformément aux besoins de chaque participant. Certains auraient sans doute eu besoin de davantage de temps et d'étayage, ce qui n'a pas toujours été possible pour garantir la cohésion du groupe. Ainsi, les observations des aptitudes de nos patients revêtent certaines limites. Notons également que l'analyse fine de leurs attitudes n'a pas toujours été permise par le support vidéo, avec des biais que nous avions anticipé dans notre protocole.

Enfin, nos séances auraient sans doute pu être optimisées quant à la sélection des supports. L'analyse des vidéos nous a en effet permis de prendre le recul nécessaire pour évaluer le manque de pertinence de certains objets, ou d'envisager des supports qui auraient pu être plus intéressants ou plus pertinents.

Dans le même sens, si l'attribution de rôles sociaux a bien fonctionné, nous avons pu mesurer qu'il aurait été intéressant d'intervertir le rôle de deux participantes, la responsable de la date ayant manifesté un véritable attrait pour les objets concrets, de même que la responsable des objets aurait sans doute été plus à l'aise dans l'énonciation de la date du jour.

9 PERSPECTIVES DE RECHERCHE

En premier lieu, il conviendrait d'élargir cette étude à un plus grand nombre de participants. De même, il serait intéressant de confronter l'échantillon sélectionné à un groupe de référence formé par une population sélectionnée selon les mêmes critères, suivant une intervention orthophonique de groupe hebdomadaire avec un projet thérapeutique plus classique, sans attribution de rôles sociaux ni apport d'objets concrets.

En second lieu, il semblerait pertinent de poursuivre ce projet sur du long terme, de manière à mieux appréhender l'incidence de l'intériorisation des rôles attribués aux participants. Feil (2005) estime en effet que les bénéfices de sa méthode, en terme de comportement notamment, ne se ressentent réellement qu'après trois mois d'intervention.

Enfin, il serait intéressant d'affiner l'analyse de l'apport d'objets concrets, en apportant à chaque séance des supports susceptibles de solliciter les différents sens. Cela permettrait alors de mener des comparaisons relatives aux spécificités des objets à utiliser, en observant l'impact de la stimulation de chaque sens auprès de chaque participant.

Il serait tout aussi pertinent d'envisager d'utiliser davantage d'objets personnels, sans doute susceptibles d'accroître le processus de récupération de souvenirs stockés en mémoire autobiographique.

CONCLUSION

En tant que soignant attaché à la prise en charge des pathologies du vieillissement comme les TNCM, l'orthophoniste est garant d'un accompagnement bienveillant, dans le respect de l'intégrité de la personne. Son rôle est fondamental pour assurer un maintien de l'identité des personnes souffrant de TNCM, et ainsi contribuer à leur qualité de vie. Au cours des dernières années, une nouvelle conception du métier en terme de prévention tend à se développer. Dans cette perspective, il s'agit pour le thérapeute d'éviter les conséquences délétères de la perte des capacités communicationnelles. Dans la mesure où les pathologies neurodégénératives ne permettent pas d'espérer un recouvrement des compétences antérieures, il s'agira avant tout d'agir de manière à mettre en avant les capacités résiduelles des patients, tant dans leur propre regard que dans celui de leur entourage. C'est par une intervention empathique favorisant l'inclusion sociale que nous pourrons permettre à chacun de s'exprimer en tant qu'individu unique, pour retrouver sa dignité.

La méthode de la Validation (Feil, 2005) répond à cette éthique professionnelle, et permet de construire une prise en charge de groupe originale, en synthétisant des concepts issus de différentes approches thérapeutiques. Elle semble particulièrement en adéquation avec notre discipline dans la mesure où elle place la communication au cœur de ses objectifs, en s'axant sur le versant social qui lui est inhérent. En attribuant un rôle social à chaque participant d'un groupe ritualisé, on permet en effet à chacun de bénéficier d'un espace de parole privilégié. Avoir un rôle, c'est avoir une légitimité pour s'exprimer, être écouté et entendu. Avoir un rôle, c'est aussi accroître son investissement au sein d'un groupe, devenir acteur de ce qui se joue, ensemble. Avoir un rôle, c'est se sentir sécurisé, s'ouvrir à l'autre dans un climat interactif.

Naomi Feil (2005) met par ailleurs l'accent sur l'adaptation à chaque personne, pour l'accompagner dans la gestion de ses déficits mnésiques. Cette composante, qui participe des compétences de l'orthophoniste, peut donc constituer un axe thérapeutique, en s'intéressant à la stimulation des mémoires autobiographique et sémantique lors du temps de discussion proposé dans la Validation. Pour ce faire, il nous semble pertinent d'utiliser des supports multimodaux, particulièrement adéquats pour favoriser tant la stimulation de la mémoire que les interactions. En apportant des objets concrets, respectant les critères d'opérativité et de familiarité, on permet ainsi à chaque personne d'utiliser ses capacités sensorielles pour accéder à ses connaissances sémantiques, si ce n'est à ses souvenirs personnels, et générer l'envie de s'exprimer. Cela laisse à chacun la possibilité

de s'unir à l'autre, à travers son individualité et le partage d'une mémoire commune. C'est là toute l'importance d'une intervention de groupe axée sur l'attribution de rôles sociaux, qui permet non seulement d'assurer une cohésion sociale, mais aussi de stimuler les structures cognitives et les interactions.

Ainsi, « la visée principale de cette prise en charge sera de donner ou redonner du sens aux paroles de la personne démente afin qu'elle garde ou retrouve un statut de sujet qui pense, qui communique, qui agit et qui vit dans une réalité qu'il convient de tenter d'appréhender » (Rousseau 2011)

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2015). *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

AMIEVA, H. ; DARTIGUES, J-F. (2007) Les thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : intérêts et limites. Présentation d'un essai contrôlé randomisé national. In ROUSSEAU, T. (Ed) *Démences : Orthophonie et autres interventions*. (pp.125-132) Isbergues : Ortho Edition.

AMIEVA, H. et al. (2010) . What aspects of social network are protective for dementia ? Not the quantity but the quality of social interactions is protective up to 15 years later. *Psychosomatic Medicine*, 72, 905-911.

AMIEVA, H. ; BELLIARD, S. ; SALMON, E. (2014.) *Les démences, aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. Paris : De Boeck-Solal

AQUINO, J-P. (2007). Le vieillissement : d'un modèle "défectologique" à un modèle "ontogénique ", *Gérontologie et société*, vol. 30 / n° 123, 13-29.

BARRIER, C. (2006). *Silences, sons, paroles... : un atelier de musique thérapeutique et son incidence sur la communication de personnes institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes.

BELIN, C. (2014) Nouveaux critères diagnostiques du DSM-5 : en quoi modifient-ils notre pratique? In AMIEVA, H. ; BELLIARD, S. ; SALMON, E. (Ed.) *Les démences, aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. (pp 1-12). Paris : De Boeck-Solal

BELLIARD, S. et al. (2014) Clinique et neuropsychologie des dégénérescences lobaires frontotemporales. In AMIEVA, H. ; BELLIARD, S. ; SALMON, E. (Ed.) *Les démences, aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. (pp 75-88). Paris : De Boeck-Solal

BÉZY, C. ; RENARD, A.; PARIENTE, J. (2016) GREMOTS. Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives. Paris : De Boeck-Solal.

BOUSSER, M-G. & CHABRIAT, H. (2012) Les démences vasculaires. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196(2), 409-430.

BRIN F. ; COURRIER C. ; LEDERLÉ E. ; MASY V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie 2ème édition*. Isbergues : Ortho Edition

CAHIER ANNEXE DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE (2014) Projet de rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Texte adopté par la commission – n°2155. Annexe à l'article 2.

CHOMEL-GUILLAUME, S. ; LELOUP, G. ; BERNARD, I. (2010) *Les aphasies. Evaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

COLLÈGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GÉRIATRIE (2000) *Corpus de Gériatrie, Tome 1*. Montmorency: 2M2

CROISILE, B. (2009) *Tout sur la mémoire*. Paris : O. Jacob

DE BEAUVOIR, S. (1970) *La vieillesse*. Paris : Gallimard.

DEROUESNÉ, C. ; POITRENEAU, J. ; HUGONOT, L. ; KALAFAT, M. ; DUBOIS, B. ; LAURENT, B. ; Au nom du groupe de recherche sur l'évaluation cognitive (GRECO) (1999). *Le Mental-State Examination (MMSE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. Version française consensuelle*. Presse Méd. (28/11/99), 41-8.

DUJARDIN, K. (2014) Démence à corps de Lewy et démence de la maladie de Parkinson. In AMIEVA, H. ; BELLIARD, S. ; SALMON, E. (Ed.) *Les démences, aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. (pp 131-144). Paris : De Boeck-Solal

EUSTACHE, F. & DESGRANGES, B. (2012). *Les chemins de la mémoire*. Paris : Le Pommier.

EUSTACHE, F. (2014) Neuropsychologie de la maladie d'Alzheimer : du stade présymptomatique au stade sévère. In AMIEVA, H. ; BELLIARD, S. ; SALMON, E. (Ed.) *Les démences, aspects cliniques, neuropsychologiques, physiopathologiques et thérapeutiques*. (pp 39-66). Paris : De Boeck-Solal

FEIL, N. (2005). *La Validation : méthode Feil : comment aider les grands vieillards désorientés*. Reuil Malmaison : Lamarre.

GATIGNOL, P. ; DAVID, C. ; GUITTON, C. (2007) Evaluation du manque du mot. In ROUSSEAU, T. (Ed) *Démences : Orthophonie et autres interventions*. pp.51-98 Isbergues : Ortho Edition

GATIGNOL, P. ; ROUSSEAU, T. (2016). La maladie d'Alzheimer et les syndromes apparentés. In KREMER, J-M. ; LEDERLÉ, E. ; MAEDER, C. (Ed.), *Guide de l'orthophoniste*, (Vol. V, pp 65-73). Paros : Lavoisier.

GAUTRON, C. ; GATIGNOL, P. ; LAZENNEC-PREVOST, G. (2010) Bénéfices de la stimulation orthophonique de groupe de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie. *Glossa*, 109. 72-92

GROULT, B. (2007) *La Touche étoile*. Paris : Le Livre de Poche

HERISSON, Ch., TOUCHON, J. ENJALBERT, M. (1996) *Maladie d'Alzheimer et médecine de réadaptation*. Paris : Masson.

JAKOBSON, R. (1963). Linguistique et poétique. In JAKOBSON, R. & RUWET, N. (Eds.), *Essais de linguistique générale*, (pp. 209-248). Paris : Minuit.

JEANDEL, C. (2005) Les différents parcours du vieillissement, *Les Tribunes de la santé*, 7, 25-35.

JOLY, A. (2014). *Communication verbale et non verbale entre patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : Etude des interactions lors d'un atelier thérapeutique et rôle de l'orthophoniste*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Lorraine.

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. (2002). Décret n° 2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste.

KERTESZ, A. & MUÑOZ, D.G. (1998). Pick's disease and pick's complex. Wiley-Blackwell.

LEVY, B. (2009). Stereotype embodiment. A psychosocial approach of aging. *Current Directions in Psychological Sciences*, 18. 332-336.

MESULAM, MM. (2001) Primary progressive aphasia. *Annals of neurology*, 49 (4), 425-432.

MORIN, C. ; SOMMET, I. (2015) *Intérêt clinique du GREMOTS comme outil d'évaluation du langage au CMRR de Lille : étude de la batterie auprès de 12 patients suivis au CMRR de Lille.* Mémoire d'orthophonie. Université de Lille

MOYNE-LARPIN, Y. (1994) *Musique au fil de l'âge : les techniques psychomusicales en gérontologie.* Malakoff : Desclée de Brouwer.

NASREDDINE, Z.S., et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

NEAL, M. & BARTON WRIGHT, P. (2003) Validation therapy for dementia. *Cochrane database Systematic Reviews* (art. CDOO1394).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. *Actes Officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2, p.100.

PILLAI, J-A., & VERGHESE, J. (2009). Social networks and their role in preventing dementia. *Indian Journal of Psychiatry*, 51, 22-28.

POIRIER, J. ; GAUTHIER, S. (2013) *La maladie d'Alzheimer. Le guide.* Paris : Le Livre de Poche.

POWER, A.G. (2010) Dementia beyond drugs. *Changing the culture of care.* Baltimore : Health Professions Press.

QUINODOZ, D. (1994). Le Travail de vieillir. *L'information Psychiatrique*, 4, 319-328

RICHARD, L. (2009) Syndrome dysexécutif cognitif : un déficit de l'administrateur de la mémoire de travail ?, *Revue de neuropsychologie*, (1), 34-41.

ROLLAND-MONNOURY, V. (2016a). Les syndromes parkinsoniens atypiques dégénératifs. In KREMER, J-M. ; LEDERLÉ, E. ; MAEDER, C. (Ed.), *Guide de l'orthophoniste*, (Vol. V, pp 65-73). Paros : Lavoisier.

ROLLAND-MONNOURY, V. (2016b). La maladie de Parkinson. In KREMER, J-M. ; LEDERLÉ, E. ; MAEDER, C. (Ed.), *Guide de l'orthophoniste*, (Vol. V, pp 65-73). Paros : Lavoisier.

ROUSSEAU, T. (2004). Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. In ROUSSEAU, T. (Ed), *Les approches thérapeutiques en orthophonie, tome 4* (pp. 149-170). Isbergues : Ortho-Edition.

ROUSSEAU, T. (2011) *Maladie d'Alzheimer et troubles de la communication. Evaluation et prise en charge thérapeutique*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

ROWE, J.W. & KHAN, R.L. (1987). Human aging : usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

SALQUEBRE, C. (2016). *Étude de l'influence du degré de familiarité et d'opérativité des supports utilisés en intervention orthophonique sur les capacités de communication et d'accès au lexique des patients présentant une Maladie d'Alzheimer ou une Maladie Apparentée (MAMA)*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Lorraine.

SEILLIER, M. (2015). *Orthophonie et Maladie d'Alzheimer : impact d'une prise en charge de groupe, s'inspirant de la méthode de la Validation, sur la communication verbale et la communication non verbale de patients atteints de MA à un stade sévère*. Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes.

SNODGRASS, J.G ; VANDERWART, M. (1980) A standardized set of 260 pictures: Norms for name agreement, image agreement, familiarity, and visual complexity. *Journal of Experimental*

TADIÉ, J-Y. & TADIÉ, M. (1999) *Le sens de la mémoire*. Paris : Gallimard.

VAN DER LINDEN, M. et JUILLERAT VAN DER LINDEN, A-C. (2014) *Penser autrement le vieillissement*. Bruxelles : Mardaga

VAN GORP, B., & VERCROYSSSE, T. (2011). *Framing et reframing : Communiquer autrement sur la maladie d'Alzheimer*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.

WATZLAWICK, P. ; BAELAS, J.B. ; JACKSON, D. ; MORCHE, J. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Editions du Seuil.

WHITEHOUSE, P., & GEORGE, D. (2009). *Le mythe de la maladie d'Alzheimer. Ce qu'on ne vous dit pas sur ce diagnostic tant redouté* (traduit par A.-C. Juillerat Van der Linden & M. Van der Linden). Bruxelles: DeBoeck/Solal.

ZEISEL, J. (2013). *Alzheimer, le malade est une personne*. Lormont : Le Bord de l'eau.

ANNEXES

<u>Annexe 1 : The Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al.)</u>	p.85
<u>Annexe 2 : Grille d'évaluation individuelle</u>	p.86
<u>Annexe 3 : Grille d'évaluation à destination des soignants</u>	p.88
<u>Annexe 4 : Trames des séances</u>	p.89

ANNEXE 1 : The Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al.)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) FRANÇAIS

NOM :
Scolarité :
Sexe :
Date de naissance :
DATE :

VISUOSPATIAL / ÉXÉCUTIF		Copier le cube	Dessiner HORLOGE (onze heure dix) (3 points)			POINTS		
	[]		[]	[]	[]	/5		
DÉNOMINATION								
	[]	[]	[]			/3		
MÉMOIRE	Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais. Faire un rappel 5 min après.		VISAGE	VELOURS	ÉGLISE	MARGUERITE	ROUGE	Pas de point
	1 ^{er} essai							
	2 ^{ème} essai							
ATTENTION	Lire la série de chiffres (1 chiffre / sec.).	Le patient doit la répéter. [] 2 1 8 5 4						
		Le patient doit la répéter à l'envers. [] 7 4 2					/2	
	Lire la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pas de point si 2 erreurs [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							/1
	Soustraire série de 7 à partir de 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt							/3
LANGAGE	Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable . [] L'argument de l'avocat les a convaincus. []							/2
	Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] (N 11 mots)							/1
ABSTRACTION	Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle							/2
RAPPEL	Doit se souvenir des mots SANS INDICES	VISAGE []	VELOURS []	ÉGLISE []	MARGUERITE []	ROUGE []	Points pour rappel SANS INDICES seulement	/5
Optionnel	Indice de catégorie Indice choix multiples							
ORIENTATION	[] Date	[] Mois	[] Année	[] Jour	[] Endroit	[] Ville		/6
© Z.Nasreddine MD Version 7.0 www.mocatest.org Normal 26 / 30							TOTAL Ajouter 1 point si scolarité 12 ans	/30
Administré par : _____								

ANEXE 2 : Grille d'évaluation individuelle

Grille d'évaluation individuelle

Date et numéro de séance :

Nom : Rôle social attribué:

ÉLÉMENTS QUALITATIFS :

Eléments comportementaux :

Attitude / humeur en début de séance :	
Attitude au sein du groupe :	
Attitude / humeur en fin de séance :	

Communication verbale :

Compétences mises en oeuvre :	
Difficultés éventuelles :	

Communication non verbale :

Expressions faciales :	
Proxémie, distance aux autres :	

Eléments spécifiques de notre étude :

Souvenir / référence au rôle social :	
Investissement du rôle social :	
Réaction par rapport à la thématique proposée :	
Apport d'éléments autobiographiques :	

Réaction par rapport aux objets concrets :	
Utilisation/référence aux objets concrets pour la mise en mots/le partage de souvenirs :	

ÉLÉMENTS QUANTITATIFS :

0 : jamais - 1 : rarement - 2 : occasionnellement - 3 : fréquemment - 4 : toujours

Eléments comportementaux :	
Attention, canalisation	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Respect des conventions sociales – comportements adaptés	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Agitation, agressivité	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Communication verbale :	
Routines conversationnelles – formules de politesse	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Appétence	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Initiation de l'échange	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Respect des tours de parole	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Adéquation avec la thématique proposée	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Congruence du discours (fluidité, cohérence, construction..)	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Communication non verbale :	
Contact visuel	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Suppléance mimo-gestuelle	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Autres :	
-----------------	--

ANEXE 3 : Grille d'évaluation à destination des soignants

Grille d'évaluation à destination des soignants

Noms des soignants :

	OUI	NON
Avez-vous noté une amélioration de l'humeur du patient à l'issue des séances de groupe ?		
Avez-vous noté une amélioration de son comportement (en terme d'agitation, inhibition, anxiété, agressivité...) à l'issue des séances?		
Diriez-vous que le patient communique davantage avec les autres résidents suite aux séances de groupe ?		
Diriez-vous que le patient communique davantage avec vous, à l'issue des séances ?		
Le patient a-t-il fait mention du rôle social qui lui a été attribué au sein du groupe ?		
A l'issue des séances, le patient a-t-il abordé avec vous des souvenirs personnels en lien avec les thèmes évoqués en groupe ?		
Avez-vous constaté, en général, une augmentation des échanges et interactions entre les résidents participant au groupe ?		

Remarques :

ANEXE 4 : Trames des séances

1) ATELIER CHANDELEUR

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Repérage spatio-temporel, présentations générales
2. Attribution des rôles sociaux → distribution des badges
3. Inauguration de la séance par le président. Bienvenue / présentation de chacun + humeur
4. Date du jour → Responsable de la date
5. Présentation du thème → Lectrice
6. Recette de la pâte à crêpes → Objets concrets → Responsable des objets
7. Mimes : faire sauter des crêpes
8. Réminiscence
9. Proverbes : un pour chacun
10. Chanson. → Responsable des chants
11. Clôture séance et introduction de la prochaine sur les Métiers

Matériel :

- *Caméra + Enceintes*
- *Badges indiquant le nom + rôle de chacun (Un pour nous + un pour eux, à garder)*
- Crêpes + Ingrédients (farine, sucre, œufs,...) + petits pots de confiture (1 par résident)
- Ustensiles (saladier, spatule, louche, crêpière...)
- Recette des crêpes : étapes à remettre dans l'ordre

La Chandeleur

Le **2 février**, c'est la Chandeleur,
la **Fête des Chandelles**.



Elle a lieu **40 jours après Noël**.

Il s'agissait à l'origine d'une **fête latine**, en hommage au dieu de la fertilité et des troupeaux.

Elle est devenue **fête religieuse chrétienne**, célébrant la présentation du Christ au Temple.

Dans les églises, on place des **chandelles bénites**, dont la lueur est supposée éloigner le mal. Les chrétiens rapportent ensuite les cierges chez eux pour protéger leur foyer.

1) Pourquoi mange-t-on des crêpes à la Chandeleur ?

1. La **forme** ronde et la **couleur** dorée des crêpes rappelleraient le **soleil**, pour célébrer le moment de l'année à partir duquel les **jours s'allongent**.
2. La Chandeleur correspond au commencement des **semailles** d'hiver. La **farine** en excédent servait à confectionner les crêpes, symboles de **prospérité** pour l'année à venir.

2) Comment faire des crêpes ?

A la Chandeleur, on mange des crêpes avec ses proches.

Traditionnellement, **on fait sauter la première crêpe avec la main droite, tout en tenant une pièce d'or dans la main gauche**. Ensuite, la pièce d'or était enroulée dans la crêpe avant d'être portée en procession par toute la famille jusque dans la chambre, où on la déposait en haut de l'armoire jusqu'à l'année suivante, pour en **assurer la prospérité**.

1. De quoi a-t-on besoin pour faire des crêpes ? Quels ingrédients et quels ustensiles ?
2. Mimes : comment faire sauter une crêpe ?

3) Réminiscence

1. Avez-vous un souvenir particulier de la Chandeleur ?

2. Avec quoi aimez-vous manger vos crêpes ?

4) Proverbes

1. « *À la Chandeleur, l'hiver se meurt ou prend vigueur.* »
2. « *À la Chandeleur, au grand jour, les grandes douleurs.* »
3. « *À la Chandeleur, le jour croît d'une heure,*

5) Chant : J'ai bien mangé j'ai bien bu (P. Topaloff)

2) ATELIER MÉTIERS

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Introduction du groupe en rappelant que des rôles ont été attribués
2. Inauguration de la séance par le président: Bienvenue + présentation de chacun et distribution des badges + humeur
3. Repérage spatio-temporel → Responsable de la date
4. Introduction du thème → Lectrice
5. Réminiscence
6. Devinettes avec objets concrets → Responsable des objets
→ Dans quel lieu et quel est le nom du métier (pharmacien / marchand de journaux/
boulanger / postier / agent SNCF / coiffeur)
7. Devinettes avec étiquettes à replacer sous les cartes (vétérinaire/pompier/cordonnier/
dentiste/ fleuriste)

8. Proverbes à compléter

9. Chant : La travail c'est la santé → Responsable des chants

Matériel :

- *Caméra + Enceintes*
- Cartes postales pour chaque participant + Journaux (marchand de journaux) ; Enveloppes + timbres (poste) ; Boites de médicaments et pansements... (pharmacie) ; Billets de train / horaires (SNCF) ; serviette éponge + laque + ciseaux (coiffeur)
- Etiquettes métiers + images

Fiche pour les participants:

Les métiers

Le métier est l'**activité professionnelle** que l'on exerce pendant une période de notre vie, après avoir été à l'école et avant d'être en retraite.

Certaines femmes n'ont pas le temps d'avoir un métier car elles s'occupent de leurs enfants et de l'entretien de leur maison. On dit qu'elles sont «femmes au foyer»

1) Réminiscence :

1. Que faisiez-vous comme métier avant d'être à la retraite ?
2. Avez-vous toujours eu le même métier?
3. Quel aurait été le métier de vos rêves?

2) Devinettes :

1. Nous allons vous montrer plusieurs objets: dans quel lieu peut-on les trouver, à quel métier correspondent-ils ?
2. Nous allons maintenant regarder différentes images : quels métiers sont représentés ?

3) Proverbes à compléter :

1. Les cordonniers sont les plus mal...
2. Se faire l'avocat du...
3. Fumer comme un...
4. C'est en forgeant qu'on devient...

4) Maintenant, nous allons chanter :

Le travail c'est la

Rien faire c'est la

3) ATELIER ÉCOLE

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Introduction du groupe en rappelant que des rôles ont été attribués
2. Inauguration de la séance par le président: Bienvenue + présentation de chacun et distribution des badges + humeur
3. Repérage spatio-temporel → Responsable de la date
4. Introduction du thème
5. Evocation
6. Objets concrets : matériel scolaire → Responsable des objets
6. Réminiscence
7. Expressions à expliquer
8. Leçons de morale → Lectrice
9. Chant → Responsable des chants

Matériel :

- Caméra / enceintes
- Cahiers et manuels scolaires d'époque
- Ardoises d'élève
- Images matériel scolaire et salle de classe

Fiche pour les participants:

L'école

1. C'est la rentrée des classes, il faut préparer le cartable. Citez des objets que l'on doit emmener à l'école.

2. Réminiscence :

1. Aimiez-vous l'école ?
2. Quel est votre meilleur souvenir d'école ?
3. Quel est votre pire souvenir d'école ?
4. Quelle était votre matière préférée à l'école ?
5. Vous rappelez-vous des leçons de morale ?
6. A quoi jouiez-vous dans la récréation ?
7. Avez-vous porté le bonnet d'âne ?

3. Expliquons ces quelques expressions :

- a. « Faire l'école buissonnière » ?
- b. « être à bonne école »

4. Lisons ce petit texte :

La maîtresse ou le maître qui accueille les enfants leur propose tous les matins une petite leçon de morale.

La journée commence par ces leçons de morale dans les écoles publiques, et par la prière du matin dans les écoles religieuses.

Le maître ou la maîtresse écrit une petite phrase au tableau sur le thème choisi :

- L'ordre et le soin
- L'obéissance
- L'écolier travailleur et attentif
- Le respect des parents ou des maîtres
- La politesse
- Le bon camarade, etc.

Pouvez-vous expliquer ces leçons de morale ?

- Je prendrai grand soin de mes affaires.
- J'écouterai toujours le maître.
- Un bon livre est le meilleur des amis.
- Il faut apprendre à obéir pour savoir commander.
- Ne mentons pas pour cacher nos fautes
- C'est dans la famille que se fait l'apprentissage de toutes les vertus.

5. Et si on chantait maintenant ? Adieu monsieur le professeur

4) ATELIER FLEURS

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Introduction du groupe en rappelant que des rôles ont été attribués
2. Inauguration de la séance par le président: Bienvenue + présentation de chacun et distribution des badges + humeur
3. Repérage spatio-temporel → Responsable de la date

4. Introduction du thème → Lectrice
5. Réminiscence
6. Objets concrets : de quelle fleur s'agit-il ? → Responsable des objets
7. Donner un adjectif pour décrire chaque fleur
8. Association étiquettes + images fleurs
9. Proverbes à compléter
10. Chant → Responsable des chants

Matériel :

- Caméra + Enceintes
- 6 fleurs différentes : tulipes, mimosa, gerbera, rose, lys, oeillet
- Images fleurs + étiquettes

Fiche pour les participants:

Les fleurs

La fleur est un végétal, constitué d'une racine, d'une tige, de feuilles, et d'une corolle qui peut être de différentes couleurs.



Elle dégage généralement une fragrance, plus ou moins forte selon les variétés de fleurs.

Les fleurs poussent à différents moments de l'années. Elles peuvent être semées sous forme de graines, ou pousser librement dans les champs.

Traditionnellement, on peut offrir un bouquet de fleurs à quelqu'un qui nous est cher, lors d'une occasion particulière.

1. RÉMINISCENCE

- 1) Quelle est votre fleur préférée ?
- 2) A quelle occasion peut-on offrir ou recevoir des fleurs ?
- 3) A quelle saison poussent la plupart des fleurs ?
- 4) Quelle fleur offre-t-on le 1er mai ?

2. VOICI QUELQUES FLEURS

- 1) Quel est leur nom ?
- 2) Citez chacun un mot pour les décrire.

3. RETROUVEZ LE NOM DES FLEURS CORRESPONDANT AUX IMAGES

4. PROVERBES À COMPLÉTER

- 1) Etre fleur
- 2) Découvrir le pot aux ...
- 3) Conter
- 4) Etre dans la fleur de

5. QUELLE ARTISTE CHANTAIT « LE TEMPS DES FLEURS » ?

5) ATELIER COQUETTERIE

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Introduction du groupe en rappelant que des rôles ont été attribués
2. Inauguration de la séance par le président: Bienvenue + présentation de chacun et distribution des badges + humeur
3. Repérage spatio-temporel → Responsable de la date
4. Introduction du thème → Lectrice
5. Evocation : bijoux
6. Devinettes
7. Réminiscence
8. Reconnaissance d'objets à l'aveugle, nom de matières etc → Responsable des objets
9. Travail de la mémoire procédurale : noeud de cravate + mimes (se raser, se coiffer,

se maquiller les yeux, mettre du vernis à ongles, du rouge à lèvres)

10. Images + étiquettes : retrouver le nom des chapeaux

11. Expressions à expliquer

12. Chant: Belles, belles, belles → Responsable des chants

Matériel

- *Caméra / Enceintes*
- Objets concrets : cravates, tissus, brosse à cheveux, nécessaire à maquillage, vernis à ongles,
- Images + étiquettes chapeaux
- Carte mimes

Fiche pour les participants:

La coquetterie

La coquetterie est définie comme le « **goût raffiné pour la toilette** », la « **recherche de l'élégance** ».



Elle peut correspondre à l'usage de différents atours, au port de parures.

Ainsi, une femme coquette cherchera à être élégante en soignant sa coiffure, en se maquillant, en portant des bijoux, un foulard, des gants, ...

Un homme coquet pourra quant à lui se raser de près ou tailler sa barbe avec soin, se coiffer d'une certaine manière, arborer un couvre-chef, une cravate, un noeud-papillon...

1) Donnez chacun votre tour le nom d'un bijou.

2) Devinettes

1. Je suis un petit objet cylindrique sur lequel les femmes ou le coiffeur enroulent les

cheveux pour les mettre en plis ou les friser. Qui suis-je ?

2. Je suis un accessoire porté autour de la taille composé d'une lanière et d'une boucle.

Je peux me porter avec une robe, ou un pantalon. Qui suis-je ?

3) Réminiscence

Etiez-vous coquet, coquette ? Quotidiennement ou pour des occasions particulières ?

4) Reconnaissance d'objets en fermant les yeux

5) Mémoire des gestes : Comment fait-on un nœud de cravate ?

6) Mimes : piochez chacun une carte et mimez l'action indiquée

7) Retrouvez le nom de ces chapeaux à l'aide des images et étiquettes

8) Que signifient ces expressions ?

1. N'est pas or tout ce qui brille

2. Avoir des yeux de biche

9) Chant : Belles, belles, belles (Claude François)

6) ATELIER FRUITS

Fiche pour les thérapeutes:

Trame :

1. Introduction du groupe en rappelant que des rôles ont été attribués

2. Inauguration de la séance par le président: Bienvenue + présentation de chacun et distribution des badges + humeur

3. Repérage spatio-temporel → Responsable de la date

4. Introduction du thème → Lectrice
5. Evocation : Donner chacun le nom de son fruit préféré
6. Devinettes
7. Réminiscence
8. Jeu du goût : reconnaissance de fruits, yeux fermés → Responsable des objets
9. Images + étiquettes : retrouver le nom des fruits
10. Expressions à compléter et expliquer
11. Chant → Responsable des chants

Matériel

- *Caméra / Enceintes*
- Eléments concrets : fruits frais (banane, pomme, poire, orange, kiwi, pamplemousse)
- Bandeau / foulard pour jeu du goût
- Images + étiquettes fruits

Fiche pour les participants:

Les fruits

Un fruit est un aliment **végétal**, le plus souvent **sucré**, mais qui peut aussi être **acide** ou **amer**.

Il peut être consommé **cru**, ou **cuit** pour faire de la confiture, de la compote, une tarte, un gâteau...



Il existe des fruits de toutes les tailles, formes et couleurs. Certains ne poussent que dans certaines régions.

Sur le marché, on peut même trouver des fruits exotiques, qui ne poussent que dans les pays chauds.

1) Donnez chacun votre tour le nom de votre fruit préféré.

2) Devinettes

1. Je suis un petit fruit rond, de couleur jaune, avec un noyau. Je pousse en été en Lorraine. Qui suis-je ?

2. Je suis un fruit, mais l'on me classe souvent dans la catégorie des légumes. Je suis souvent ronde, de couleur rouge et juteuse lorsque que je suis bien mûre. Qui suis-je ?

3. Je pousse en grappes sur des arbustes. Je peux être blanc ou noir. A la saison des vendanges, on me récolte pour faire du vin. Qui suis-je ?

3) Réminiscence

1. Lorsque vous étiez enfants, alliez-vous récolter des fruits sur les arbres. Lesquels ?

2. Quel est votre dessert aux fruits préféré ?

3. En quelle saison poussent la plupart des fruits rouges ?

4) Jeu du goût : Reconnaissance de fruits en les goûtant, yeux fermés

5) Retrouvez le nom de ces fruits à l'aide des images et des étiquettes

6) Complétez ces expressions ? Que signifient-elles ?

1. Tomber dans les ...

2. Mi-figue mi.....

3. Avoir la ...

4. Compter pour des ...

9) Chant : Salade de fruits (Bourvil)



METROT Coline

Titre du mémoire : Socialisation et multisensorialité :L'apport d'objets concrets dans une intervention orthophonique de groupe inspirée de la méthode de la Validation, et son influence sur la communication de patients porteurs de troubles neurocognitifs majeurs

Résumé : Le vieillissement de la population se voit associé à une augmentation du nombre de personnes touchées par des troubles neuro-cognitifs majeurs (TNCM). Leurs conséquences sur la communication sont indéniables, et relèvent du champ de compétences de l'orthophoniste. La mise en œuvre d'une intervention de groupe au sein d'une Unité de Vie Protégée peut permettre de générer un climat interactif entre les résidents. En nous appuyant sur la méthode de la Validation développée par Naomi Feil (2005), nous avons mené six séances au cours desquelles nous avons octroyé un rôle social à chacun des participants. Les temps de discussion se sont vus enrichis par l'apport d'objets concrets destinés à stimuler les entrées sensorielles et ainsi favoriser l'accès à la mémoire sémantique. Les résultats de nos expérimentations révèlent une augmentation des interactions entre les résidents, ainsi qu'une meilleure socialisation, tant entre eux que vis-à-vis des soignants. Ces données encourageantes suggèrent un intérêt à poursuivre les recherches concernant une intervention orthophonique de groupe alliant l'attribution de rôles sociaux à l'apport d'objets concrets.

Mots-clés : TNCM – communication – intervention orthophonique de groupe – Validation® - rôles sociaux – objets concrets

Summary : The aging of the population is associated with an increase in the number of people affected by major neuro-cognitive disorders (TNCM). Their consequences on communication are undeniable, and fall within the field of competence of the speech therapist. The implementation of a group intervention within a Protected Life Unit can generate an interactive climate between residents. Based on the Validation method developed by Naomi Feil (2005), we conducted six sessions in which we gave each participant a social role. The discussion time was enriched by the contribution of concrete objects intended to stimulate the sensory inputs and thus to favor the access to the semantic memory. The results of our experiments reveal an increase in the interactions between the residents, as well as a better socialization, both among themselves and vis-à-vis the caregivers. These encouraging data suggest an interest in pursuing research concerning a group speech-language intervention that combines the attribution of social roles to the contribution of concrete objects