



HAL
open science

Questionnement sur l'utilisation du conte en orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en maison de retraite.

Aline Heitz

► **To cite this version:**

Aline Heitz. Questionnement sur l'utilisation du conte en orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en maison de retraite.: tout conte fée, le conte est bon?. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01878421

HAL Id: hal-01878421

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01878421>

Submitted on 21 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

**Questionnement sur l'utilisation du conte en
Orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en
maison de retraite.**

Tout conte fée, le conte est bon ?

MEMOIRE Présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE EN ORTHOPHONIE

Par

Aline HEITZ

Juin 2011

JURY :

Président : Madame F. NAMER, Professeur des Universités en Sciences du Langage

Directeur de mémoire : Madame B. BOCHET, Orthophoniste

Asseseurs : Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie

Madame J. RIBOULOT, Conteuse

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

**Questionnement sur l'utilisation du conte en
Orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en
maison de retraite.**

Tout conte fée, le conte est bon ?

MEMOIRE Présenté en vue de l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE EN ORTHOPHONIE

Par

Aline HEITZ

Juin 2011

JURY :

Président : Madame F. NAMER, Professeur des Universités en Sciences du Langage

Directeur de mémoire : Madame B. BOCHET, Orthophoniste

Asseseurs : Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie

Madame J. RIBOULOT, Conteuse

REMERCIEMENTS

A Mme F. Namer, pour avoir accepté la présidence de ce jury de mémoire ainsi que pour ses conseils avisés dans l'élaboration de celui-ci,

A Mme B. Bochet, pour sa constante disponibilité, son implication et son enthousiasme. Merci pour ces moments partagés,

A Mme T. Jonveaux, pour son ouverture d'esprit et ses éclaircissements précieux,

A Mme J. Riboulot, pour son intérêt porté à ce mémoire et le partage de son art,

Aux Chats Bottés, Cendrillons et autres Petits Poucets de la résidence « Korian le Gentilé », pour leur présence et leurs sourires,

A l'ensemble du personnel de la résidence, en particulier à Véronique Kontz, pour leur accueil chaleureux,

A Céline Bueche, pour son soutien et ses judicieux conseils initiaux,

A l'ensemble de mes maîtres de stage qui m'ont transmis avec passion leurs savoirs,

A ma famille, pour son amour et son indéfectible soutien durant ces quatre années d'études,

A ma mère, pour sa patience et sa relecture attentive,

A chacun de mes amis, pour leur croyance en moi, leur écoute et leurs encouragements. Merci spécialement à Caroline et Giovanni d'être présents à mes côtés depuis toutes ces années, ainsi qu'à Jonathan pour son aide technique dans la réalisation de ce mémoire,

A Aloïs, pour son amour et sa patience, je suis ravie de tourner cette page avec toi,

A ma grand-mère, une « naufragée de l'Alzheimer » parmi tant d'autres, par qui tout a commencé...

Sommaire

INTRODUCTION	7
PRESUPPOSES THEORIQUES.....	9
CHAPITRE I : LA PERSONNE AGEE.....	10
A. <i>Le vieillissement normal</i>	10
1) Définition	10
2) Données statistiques.....	11
3) Les conséquences de la sénescence.....	12
4) La communication.....	20
5) La prise en charge de la vieillesse	21
B. <i>Le vieillissement pathologique</i>	25
1) Définition	25
2) Les démences	26
3) La maladie d'Alzheimer.....	26
4) Les conséquences de la maladie d'Alzheimer.....	31
5) La communication dans la DTA.....	38
6) La prise en charge non-médicamenteuse des patients déments	41
C. <i>La personne âgée institutionnalisée</i>	46
1) Contexte du placement	46
2) Les différentes structures d'accueil.....	47
3) La population au sein de ces structures	49
4) Les conséquences de l'institutionnalisation.....	51
CHAPITRE II : LE ROLE DE L'ORTHOPHONISTE.....	55
A. <i>La prise en charge orthophonique : Le Fond</i>	56
1) Les différentes approches.....	56
2) Les objectifs visés	57
3) La rééducation.....	58
B. <i>La prise en charge orthophonique : la Forme</i>	62
1) La prise en charge individuelle.....	63
2) ...Ou en groupe.....	64
CHAPITRE III : LE CONTE.....	72
A. <i>Origine et définition du conte</i>	73
1) D'où proviennent les contes ?.....	73
2) Qu'est-ce qu'un conte ?.....	74
B. <i>Travaux sur le conte</i>	76
1) Les travaux des Folkloristes	76
2) Les études sur le plan psychanalytique.....	77
3) L'approche structuraliste.....	79
4) Le conte en tant qu'outil thérapeutique	80
PROBLEMATIQUE	83
DEMARCHE EXPERIMENTALE.....	85
CHAPITRE I : DE L'IDEE DE DEPART.....	86
A. <i>Pourquoi un tel projet ?</i>	86
1) La personne âgée.....	86
2) Le conte.....	86
3) Les études antérieures	87
4) Les fondements de mon étude.....	93
B. <i>Dans quel cadre ?</i>	94
C. <i>Le type d'activités</i>	95
1) La forme des activités	95
2) Le matériel	100

D. Pourquoi se servir du conte ?.....	101
1) Le conte et les adultes	101
2) Le conte et la personne âgée.....	102
3) Le conte et l'orthophonie	103
E. Le conte et les DTA.....	104
1) Ses qualités d'accroche	104
2) Son ancrage mémoriel.....	105
3) Sa structure.....	107
4) Son langage	109
5) Support de la communication.....	111
6) Les bénéfiques secondaires	111
METHODOLOGIE	113
CHAPITRE II : ... A LA REALISATION SUR LE TERRAIN.....	114
A. Le cadre	114
1) Le lieu	114
2) Périodicité et durée.....	115
3) La population	116
4) Les contes utilisés	119
B. Un projet à adapter	121
RESULTATS ET ANALYSES	123
C. Déroulement des séances.....	124
1) L'arrivée.....	124
2) L'accueil	124
3) Les activités.....	125
4) Le débriefing	126
D. Séance type	127
E. Activités réalisées à partir des contes.....	129
1) Synthèse des exercices	129
2) Activité « Fil rouge » : Créons notre conte.....	148
3) Activité de « Lecture partagée ».....	154
DISCUSSION	159
A. Intérêts du travail réalisé.....	160
B. Limites	163
C. Améliorations possibles.....	165
D. Prolongements.....	167
CONCLUSION.....	168
REPERES BIBLIOGRAPHIQUES	171
ANNEXES.....	178

INTRODUCTION

Chanson de Julos Beaucarne d'après un poème de Marie Gendron¹

Les naufragés de l'Alzheimer

*J'aime ces gens étranges, aux trous dans la mémoire,
Des trous remplis de plaies, présentes ou bien passées,
Vérités toutes crues, remontant en marée,
Quand les masques ont fondu, que la farce est jouée*

¹ GENDRON M., docteur en gérontologie à l'université de Liège, poème dont le titre original est « Les larmes de l'Alzheimer » composé en 1999 et repris en chanson par Julos Beaucarne sous le titre "Les naufragés de l'Alzheimer".

« Tire la chevillette, la bobinette cherra... »

Vous avez sans doute replacé cette formule bien connue dans son conte original : « Le Petit Chaperon Rouge ». Si nous sommes attentifs à notre environnement quotidien, pléthore d'allusions aux contes de fées nous sont faites, que ce soit par le biais des publicités, des films, comédies musicales, ou dans nos expressions quotidiennes (« Attention, ton nez s'allonge ! », sous-entendu comme Pinocchio, « Elle rêve de rencontrer le prince charmant comme Cendrillon »...)

Les contes appartiennent donc à notre réalité et n'illustrent pas que de jolis souvenirs d'enfance. Pour peu qu'on daigne s'y intéresser, les contes ont cette faculté de rassembler petits et grands.

Ce constat effectué de l'universalité des contes de fées, il m'a paru intéressant de l'associer à une population de plus en plus prise en compte dans le domaine de l'orthophonie : les personnes âgées.

Les personnes âgées institutionnalisées entrent dans les établissements de type EHPAD, le plus souvent car elles sont dans un état de dépendance : physique et/ou psychique. La démence, notamment celle de type Alzheimer et ses conséquences, est une des causes principales des décisions de placement.

Les orthophonistes, depuis dix ans désormais, grâce à l'inscription à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, peuvent et se doivent de prendre en charge les patients en état de maladie neuro-dégénérative telles que les démences.

L'objectif de ce travail est de démontrer l'intérêt du support conte dans une prise en charge orthophonique de groupe, de personnes présentant une Démence de Type Alzheimer (DTA), et de donner des pistes de matériels à utiliser lors d'une telle approche.

Pour ce faire, les fondements théoriques seront exposés dans une première partie. Ensuite, la problématique ainsi que les hypothèses seront posées avant de décrire la démarche expérimentale mise en œuvre. Enfin, la dernière partie présentera les analyses réalisées ainsi que la discussion de celles-ci avant de conclure.

« Faites silence, faites silence, mon histoire commence »

PRESUPPOSES THEORIQUES

*L'inconscient se lézarde, la raison capitule,
Des blessures tenaces, font surface et bousculent,
L'hier est aujourd'hui, le présent n'est qu'instant,
De vieilles photos parlent, révélateurs puissants.*

Chapitre I : La personne âgée

A. Le vieillissement normal

1) Définition

« 3^{ème} âge », « 4^{ème} âge », « jeunes-vieux », « vieux », « vieux-vieux », aînés ou encore « séniors » sont autant de termes pour désigner une personne qui se situe dans un phénomène de vieillissement.

On différencie le vieillissement pathologique du physiologique ; ce dernier est matérialisé par le terme de **sénescence**, formé sur le mot latin *senex*, signifiant vieillard.

D'un point de vue scientifique, le vieillissement normal ou sénescence se définit comme une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme.

Il se caractérise par des perturbations évolutives normales des domaines sensoriels et moteurs (baisse de l'acuité visuelle et auditive, troubles de la mobilité, lenteur d'idéation, d'intégration, difficultés d'attention et désinvestissement affectif). Toutes ces altérations, se manifestant à l'état « normal » chez la personne âgée, seront au contraire majorées dans les atteintes pathologiques².

Le vieillissement est non pas un état mais un **processus hétérogène et multiforme** de nature très variée, biologique, psychologique et sociale. L'âge chronologique n'étant qu'un des marqueurs du vieillissement.

De plus, ce processus est également **différentiel** dans le sens où le déclin des fonctions n'est pas homogène car personne ne vieillit de la même façon, ni au même rythme.

² Cf. Chapitre I : B) Le vieillissement pathologique

La vieillesse aurait également une part de mystère et serait personnelle à chacun selon l'écrivain D. Sallenave : « C'est une histoire, une géographie, une terre, un continent : elle a ses odeurs, sa couleur, sa matière, son aire, son espace. Il faut pour la comprendre se faire son historien, son géographe, et le patient cartographe de ses terres. »

En regard de cette notion complexe, tous s'accordent pour dire que définir une vieillesse normale reste difficile en raison des nombreuses déviations génétiques, biologiques, psychologiques ou encore économiques et culturelles que cela comporte.

2) Données statistiques

Le vieillissement de la population est un phénomène de société qui engendre des enjeux économiques et sociaux importants. Naître en 2006, en France, c'est espérer vivre 77 ans pour un garçon et 84 ans pour une fille. En 2050, une personne sur trois aura 60 ans et plus, ce qui fait de notre pays un état vieillissant.

Ce vieillissement global de la population sera inévitablement associé à des maladies chroniques de toutes natures. Parmi ces affections, les maladies neuro-dégénératives occuperont une place majeure tant du fait de leur impact social que de la complexité des réponses préventives ou curatives à y apporter.

Ainsi, le gouvernement français a déjà tenté de mettre des mesures en place comme le plan d'action de Bernard Kouchner en 2001, celui de Philippe Douste-Blazy en 2004, ainsi que le plan présidentiel de 2007. En effet, Nicolas Sarkozy a fait du vieillissement et de ses maladies apparentées, notamment de la maladie d'Alzheimer, l'un de ses trois grands chantiers en matière de santé, aux côtés de la lutte contre le cancer et du développement des soins palliatifs.

3) Les conséquences de la sénescence

Pour la majorité des scientifiques, le vieillissement n'est pas considéré comme une maladie. Cette étape de la vie serait un des stades de notre évolution au même titre que la période de l'enfance ou de l'adolescence. Cependant, les différentes fonctions cognitives ont tendance à s'altérer avec l'avancée en âge, bien qu'il existe de très importantes variations individuelles. Le maintien de ces fonctions n'est pas lié aux seuls facteurs endogènes mais dépend aussi de la stimulation créée par l'environnement, la personnalité et le degré de motivation de la personne.

a) Le vieillissement physique et sensoriel

Outre les problèmes osseux, ou encore les maladies cardio-vasculaires fréquentes chez le sujet âgé, certaines fonctions telles l'audition, la vue, la respiration ou encore la phonation sont amoindries avec l'âge et concernent directement le domaine de l'orthophonie.

- L'ouïe :

La presbycusie est le déclin de l'audition lié à l'âge. Ce phénomène bilatéral, touchant préférentiellement les fréquences aiguës, entraîne une gêne à discriminer les phonèmes en présence de bruits ambiants. Les sons sont perçus, mais mal identifiés. La compréhension est donc parcellaire ou même faussée.

Cette sénescence de l'audition, assez fréquente avec le vieillissement, peut être à l'origine d'un isolement social par la diminution progressive des échanges avec autrui.

- La vue :

Avec l'âge, les fonctions visuelles baissent de façon globale. En effet l'acuité visuelle décline, la presbytie qui rend difficile la focalisation de la vision pour lire ou effectuer un travail de près apparaît au fil des années et il y a une baisse de la vision binoculaire en ce qui concerne la vision des reliefs.

Ces difficultés engendrent donc un désinvestissement progressif de la lecture et une certaine fatigabilité et peur face à l'écrit.

- L'appareil vocal :

Avec le vieillissement on peut facilement remarquer une perte du tonus des organes de la sphère oro-pharyngée, ce qui peut altérer l'articulation des phonèmes. On remarque une voix plus faible en intensité, et qui peut quelquefois être nasonnée. Parfois, une édentation est visible ce qui provoque des difficultés d'articulation et peut rendre le discours inintelligible.

La personne âgée doit donc mettre en place plus de ressources et d'efforts pour utiliser son appareil vocal et ainsi entrer en communication orale avec autrui.

Concernant la sphère orale, certaines personnes âgées peuvent également avoir un trouble de la déglutition, constituant également une entrave à la communication.

- L'appareil respiratoire :

Globalement, la capacité pulmonaire diminue en vieillissant. L'essoufflement est courant chez ces personnes, provoquant une voix plus monocorde, qui peut être éteinte en fin de phrase et avec des pauses plus fréquentes durant le discours

b) Le vieillissement cérébral

D'un point de vue général, le vieillissement se caractérise par une dégradation spécifique du cortex préfrontal, cette région étant le siège des fonctions cognitives supérieures que sont le langage, la mémoire, notamment de travail, et le raisonnement.

Le cerveau, d'un point de vue morphologique, présente des modifications lors du vieillissement. Des lésions microscopiques sont détectées dans le cerveau de personnes âgées ne souffrant d'aucun trouble neurologique. Ces lésions sont semblables, dans une moindre mesure, à celles présentes dans le cerveau de personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative.

On trouve :

- une diminution normale du nombre de neurones dans certaines régions du cerveau
- la présence d'un appauvrissement des connexions synaptiques
- des lésions neurofibrillaires, se traduisant par des filaments non branchés dans le cytoplasme des neurones

- des plaques qui ont d'abord été observées dans les maladies neuro-dégénératives et dans le syndrome de Down avant d'être découvertes également chez les sujets normo vieillissants.

c) Le vieillissement des fonctions cognitives

L'attention

L'attention est la capacité à se concentrer sur quelque chose ou sur quelqu'un, à se situer dans un contexte donné et dans une relation précise à l'objet ou à l'interlocuteur, dans le but de recueillir des informations ou d'effectuer une tâche précise.

La plupart des activités cognitives nécessite cette fonction d'attention, comme la mémorisation par exemple.

En vieillissant, les études ont montré que même les tâches simples demandent beaucoup d'attention pour les personnes âgées.

Maintenir un niveau optimal d'attention semble diminuer avec l'âge. Cet état entraîne la baisse des performances dans les exercices de vigilance et on remarque que les personnes âgées sont en quelque sorte « uni tâche », sortant difficilement de l'activité en cours afin d'en exécuter rapidement une autre.

Ces personnes sont donc ralenties et limitées dans leur capacité d'attention.

La mémoire

La première plainte des sujets vieillissants est la perte des capacités mnésiques. En effet, le déclin de certaines ressources attentionnelles en particulier tendent à diminuer la capacité à initier des opérations cognitives efficaces au moment de l'encodage et de la récupération en mémoire.

Malgré tout, une perte majeure des capacités mnésiques n'a pas lieu dans un processus de vieillissement normal.

La mémoire implique l'ensemble du cerveau et nécessite pour fonctionner de façon efficiente une intelligence suffisante, mais aussi un niveau de vigilance, d'attention et de perception suffisant, qui peut être réduit chez les personnes vieillissantes.

Il existe plusieurs types de mémoires mais ceux-ci ne sont pas affectés de la même façon par la sénescence.

En ce qui concerne,

Le système déclaratif :

Ce système, qui implique les connaissances verbalisables, nécessite une récupération explicite de l'information mémorisée. Il comporte :

➤ La mémoire épisodique :

Elle est impliquée dans le souvenir des expériences personnelles. Il y a un fort codage temporel et spatial des événements vécus. Cette mémoire est très vulnérable face au vieillissement.

La mémoire épisodique rétrospective, qui est le souvenir des faits passés inclus dans un contexte spatio-temporel précis, décline avec l'âge. On se souvient de moins en moins du lieu, de la façon et de la période à laquelle l'information a été apprise.

La mémoire prospective élaborant le souvenir d'une action à réaliser dans le futur est déficitaire avec l'âge mais est souvent compensée par l'utilisation d'aides mémoires externes.

➤ La mémoire de travail :

Cette mémoire appartenant à la mémoire à court terme, permet le traitement de l'information en même temps que son stockage. Elle est mesurée par l'empan mnésique. Le vieillissement implique une diminution de cet empan qui est d'autant plus limité quand la charge mentale est importante.

➤ La mémoire sémantique :

Elle est relativement stable pendant le vieillissement normal. Cette mémoire est véritablement le lieu de stockage des connaissances apprises.

Néanmoins, l'expérience quotidienne indique qu'avec l'avancée en âge des difficultés apparaissent dans la récupération des mots. Cela laisse supposer que certains aspects de la mémoire sémantique sont touchés malgré une organisation qui demeure stable.

Ainsi, les personnes âgées répondent plus lentement en dénomination d'images ou quand il s'agit de produire des mots peu fréquents en réponse à une définition³.

Ces personnes ont souvent un phénomène de manque du mot qui laisse présager que le vieillissement s'accompagne d'un déficit spécifique à l'accès au code phonologique qui est nécessaire à la récupération d'un mot ou d'un concept.

On distingue, par rapport à la mémoire déclarative,

Le système procédural :

Cette mémoire permet des savoir-faire peu verbalisables comme le fait de savoir conduire, danser ou faire du vélo. Ces activités, qui sont plus ou moins automatiques, n'impliquent pas la conscience totale du sujet. Sur ces activités, aucun effet de l'âge n'a été relevé, ces habiletés resteraient donc ancrées dans la mémoire à jamais.

En résumé :

Les effets du vieillissement les plus importants apparaissent dans la mémoire déclarative, plus spécialement **en mémoire épisodique**.

Plusieurs sous-systèmes nécessaires à cette mémoire sont affectés par l'âge :

- La phase d'encodage, première étape de la mémorisation est déterminante pour le stockage et pour la récupération volontaire de l'information mémorisée. La vieillesse

³ Etude de HEINE M., OBER B., SHENAUT G., (1999) citée dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 48.

avec ses qualités attentionnelles réduites, provoque un déficit lors de ces opérations d'encodage.

- Il y a également un déficit lors de la phase de récupération car cette activité est plus coûteuse en ressources attentionnelles. Les aides d'indiciage pour la récupération de l'information sont alors très utiles pour faire émerger le souvenir.

On note également des effets de l'âge observés dans **la mémoire de travail** alors que la mémoire sémantique semble relativement préservée.

Enfin, la vieillesse s'accompagne d'un ralentissement général de traitement, qui inclut l'ensemble des processus perceptifs, moteurs et cognitifs, d'où ces déficits dans certaines tâches de mémoire.

Le langage

Le langage peut être communément défini comme un système de signes propre à favoriser la communication entre les êtres. Le langage recouvre trois aspects. En effet, il est à la fois physiologique en étant réalisé par des organes du corps humain ; il est psychologique car il supporte l'activité volontaire de la pensée, enfin il est social en permettant la communication entre les êtres humains.

Au cours du vieillissement, le langage est réputé pour être peu sensible aux conséquences de l'âge. En effet, en comparaison, la mémoire et l'attention semblent plus touchées et de ce fait plus d'études ont porté sur les effets possibles du vieillissement sur les tâches mnésiques ou attentionnelles plutôt que sur le langage.

Les études existantes s'accordent toutes pour dire qu'il n'y a pas de modification spécifique du langage dans le vieillissement physiologique. En revanche, le vieillissement semble agir sur les processus cognitifs sous-jacents permettant le langage, telles les capacités sensorielles, la mémoire ou l'attention.

Lorsqu'on aborde les modifications éventuelles des sujets âgés sur leur langage, il faut mettre en relation ceci avec la diminution de leurs capacités attentionnelles, les modifications de

leurs capacités mnésiques, leur affaiblissement sensoriel tant au niveau de la vue, de l'ouïe que de leur appareil respiratoire ainsi que de leur plus grande fatigabilité.

L'expression :

Orale :

D'un point de vue général, on observe un ralentissement de la parole, l'expression verbale étant modifiée sur les différents points suivants :

➤ Le lexique :

La plainte langagière la plus massive des personnes âgées est le phénomène de **manque du mot** ou « mot sur le bout de la langue ».

L'information semble être disponible en mémoire mais est inaccessible à un moment donné.

Ceci a été confirmé par Burke et al.⁴ qui indiquent une plus grande sensibilité des personnes âgées à ce phénomène par rapport aux jeunes adultes.

L'activité de production orale nécessite tout d'abord l'activation au niveau sémantique à partir des représentations des propositions puis des représentations lexicales. Ensuite, elle se propage au niveau phonologique, par l'intermédiaire des représentations syllabiques puis phonémiques. Enfin, l'articulation du mot est possible lorsque le dernier niveau de représentation phonologique, les phonèmes, est activé.

Avec les années, les connexions entre les niveaux sémantiques et le niveau phonologique diminueraient ce qui réduirait l'activation transmise aux représentations phonologiques et donc leur activation consciente.

On remarque également que le manque du mot concerne souvent **des noms propres**. Cela s'explique par le fait qu'il y ait moins de connexions sémantiques pour les noms propres par rapport aux noms communs. Ainsi, les personnes âgées auraient plus de difficultés pour les récupérer.

⁴ BURKE et al. (1991) cités dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 83.

Les performances aux tests de vocabulaire sont relativement stables quand il s'agit d'une utilisation plus passive du lexique, par exemple lorsqu'on sollicite le choix d'une définition parmi plusieurs propositions.⁵

De plus, **le vocabulaire est plus étendu** dans cette population. On note cependant **plus de périphrases** dans le discours et le **vocabulaire** se veut **moins précis**.

➤ La fluence verbale :

La fluence verbale diminue avec la vieillesse⁶. Les personnes âgées produisent moins de mots que les sujets jeunes en un temps donné. Il s'agit d'une modification de l'accès au lexique. En fluence phonémique (dire le plus de mots commençant par « v »), les études ne remarquent pas de déclin des performances. En revanche, pour les tâches de fluence sémantique (générer des mots appartenant à une catégorie sémantique donnée), les personnes âgées produisent moins de mots que les plus jeunes.

Ces tests de fluence verbale de la littérature mettent en relief une autre modification avec le vieillissement, **l'augmentation des persévérations**. Ces personnes répétant un mot déjà produit auparavant.

Ces résultats sont expliqués en partie par **la lenteur** qui caractérise les tâches cognitives des personnes âgées.

➤ La syntaxe :

Avec l'âge, on remarque une **imprécision** dans le choix et la construction des structures syntaxiques. On observe des productions de phrases plus longues mais pas obligatoirement avec un niveau syntaxique plus complexe. Divers auteurs ont conclu que le vieillissement pouvait s'accompagner d'une simplification des structures syntaxiques (Cooper, 1990 ; Kemper, Rash, Kynette et Norman, 1990⁷), avec une moindre utilisation des propositions relatives subordonnées ou enchâssées.

⁵ BEKHOUKH L. et coll., Les troubles du langage dans la démence et la dépression de la personne âgée, in Glossa, avril 1999, n°66 (14- 22)

⁶ HENRY J., PHILLIPS L., (2006) cité dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 85.

⁷ Cités dans : FEYEREISEN P., HUPET M., (2002), Parler et communiquer chez la personne âgée, Paris : PUF, p 56.

Ecrite :

L'écrit est globalement moins utilisé par les personnes âgées qui limitent leurs gestes graphiques à quelques notes plus ou moins quotidiennes. Kemper⁸ a globalement mis en relief une moindre complexité syntaxique à l'écrit au cours du cycle de vie.

La compréhension :

La compréhension en elle-même n'est pas diminuée tant que les problèmes sensoriels ne font pas abstraction à la réception du message. Certaines études⁹ ont toutefois démontré que la compréhension auditive des personnes âgées pouvait être améliorée par un ralentissement du débit et certaines modifications de l'intonation.

4) La communication

Selon le dictionnaire d'orthophonie¹⁰, la communication se définit comme « tout moyen, verbal ou non, utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individus ».

On distingue communément la communication verbale, qui repose sur des systèmes symboliques comme le langage oral ou écrit ; et la communication non-verbale qui inclut des aspects comme le regard, la mimique, la posture...

L'être humain utilise comme outil de communication privilégié le langage, ses paroles étant soutenues et renforcées par la sphère non-verbale.

Le langage des personnes âgées... :

⁸ KEMPER S., (2006), cité dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 99.

⁹ STINE-MORROW et al. (2006) cités dans : ibid, p 98.

¹⁰ BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., (2004), dictionnaire d'orthophonie, Isbergues : Ortho-Edition, 2ème édition.

-Peut être touché dans sa dimension fonctionnelle. En effet, certaines personnes âgées ont moins envie de communiquer, ainsi c'est l'intention de communication qui est perdue.

-Peut être appauvri du point de vue de la production et de la qualité d'information. Leur discours, principalement informatif, perd de sa capacité de prise de contact. La cohésion générale du discours peut être réduite le rendant ainsi décousu voire ambigu.

-Peut se caractériser par un phénomène de verbosité¹¹. Selon les auteurs, cela se manifeste par une série de verbalisations qui, d'association en association, s'éloignent de plus en plus du thème originel de la conversation. La personne, alors en situation de monologue, perd le contact social avec autrui.

-Peut entraîner la personne dans un phénomène de cercle vicieux. A cause des déficits sensoriels accompagnant le vieillissement, la personne s'exclut plus ou moins volontairement de la vie en société. Elle tend à un repli sur elle-même qui peut aller jusqu'à un refus de sortir, seul moyen pour ne pas avouer qu'elle entend mal par exemple.

La société quant à elle évolue et cela peut créer une entrave à la communication avec les séniors. Par exemple, au niveau du vocabulaire entre jeunes et plus âgés, les mots n'ont plus le même référent. Ainsi le terme « guerre » n'est pas appréhendé de la même façon par les deux générations et donc parfois, « lassés de ne pas être compris, les vieux prennent l'habitude de marmonner ou de se taire, jusqu'à perdre l'envie de parler ».¹²

5) La prise en charge de la vieillesse

a) Un traitement contre la vieillesse ?

La vieillesse s'accompagne de nombreux bouleversements qui reflètent une vision de la santé comme un continuum entre un état de parfaite santé et la mort.

¹¹ CECCALDI et al. (1996), MACKENZIE (2000) cités dans FEYEREISEN P., HUPET M., (2002), Parler et communiquer chez la personne âgée, Paris : PUF, p91.

¹² MEMIN C., (2001) Comprendre la personne âgée, Paris : Bayar Editions.

Néanmoins, certains n'ont pas hésité à proposer des thérapeutiques dans le vieillissement cérébral normal. Par exemple, les œstrogènes empêcheraient l'atrophie de certaines zones du cerveau responsables des démences. Néanmoins, aujourd'hui, aucune molécule n'a prouvé son efficacité contre le vieillissement cérébral.

La fontaine de jouvence ne serait donc pas encore pour demain, même si des conseils généraux de santé comme manger sainement et faire de l'exercice favoriseraient l'entrée de la personne âgée dans un phénomène de sénescence.

b) L'orthophonie et les personnes âgées

L'orthophoniste a toute sa place en milieu gériatrique car il a les qualités professionnelles nécessaires à la prise en charge de certaines pathologies qui peuvent toucher les personnes âgées.

Il peut effectuer des rééducations dans le cadre :

- de l'aphasie qui peut être la conséquence d'un AVC qui frappe souvent les seniors.
- de troubles d'articulation et de la parole provoqués surtout par l'édentation.
- de dysphagies ou de dysarthrie qui touchent souvent les personnes âgées.
- de problèmes vocaux.
- du maintien et adaptation des fonctions de communication.

Ces pathologies prises en charge par l'orthophoniste doivent être envisagées également avec les difficultés liées à l'âge comme la presbytie, la presbycousie, la fatigabilité accrue, la diminution de l'attention...afin d'offrir une rééducation optimale.

c) La prévention et les personnes âgées

L'orthophoniste a également dans son panel d'activités, une mission de prévention. En effet, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, il y a trois niveaux de prévention¹³ :

¹³ BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., (2004), dictionnaire d'orthophonie, Isbergues : Ortho-Edition.

La prévention primaire comprend « tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire l'apparition de cas nouveaux ».

La prévention secondaire recouvre les « actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution ».

Enfin **la prévention tertiaire** vise à « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire les modalités fonctionnelles consécutives à la maladie ».

Si la prévention auprès des jeunes enfants est bien connue et utilisée de nos jours (éducation précoce, guidance parentale...), l'idée d'une prévention orthophonique auprès de personnes âgées est plus délicate à aborder. A l'heure actuelle, les signes avant-coureurs d'une DTA sont souvent méconnus et le diagnostic précoce reste difficile. En l'absence de certitude, et aux premiers signes pathologiques identifiés, intervenir auprès de personnes âgées, en orthophonie, semble pertinent dans le cadre de la prévention tertiaire.

Certes, si nous avons vu que le vieillissement normal n'est pas une maladie, il entraîne inévitablement de nombreuses altérations de certaines fonctions dont le maintien est dépendant d'un ensemble de facteurs tels que la personnalité du sujet, sa motivation, mais aussi le niveau de stimulation offert par son environnement.

La personne, institutionnalisée ou non, est souvent freinée dans ses capacités de communication lié aux effets de l'âge. De plus, « plus on vieillit, plus on risque d'être atteint de pathologies neurologiques qui vont se surajouter au vieillissement normal de toutes les fonctions, en particulier celles dont dépend la communication »¹⁴.

A priori, le langage dans la sénescence est relativement peu touché, bien que ralenti. Néanmoins, la conservation de celui-ci n'est pas forcément synonyme de bonne communication. Il existe parfois un trouble de celle-ci alors même que les fonctions d'articulation, de parole et de langage semblent « intactes ».

¹⁴ KREMER J-M., L'orthophonie est-elle utile auprès de la personne âgée ? in Question de logopédie, 1993, n° 27 (137-149)

Le rôle de l'orthophoniste est donc d'intervenir, surtout lorsqu'on sait que « pour préserver la socialisation, il faut maintenir la communication. Pour retarder la dégénérescence, il faut stimuler la communication. Et c'est en cela que l'intervention orthophonique a une valeur préventive. »¹⁵

L'orthophoniste dispose donc des compétences nécessaires à la prévention dans ce domaine et peut se traduire sous différentes formes. Depuis quelques années, de nombreuses actions ont déjà été mises en place comme la sensibilisation du personnel soignant sur les attitudes de communication à adopter avec la personne âgée, ou encore la mise en place de groupes de personnes âgées dirigés par un(e) orthophoniste. Ne pas s'intéresser à ces patients relèverait du « principe de la non-assistance à personne en voie de dégénérescence ».

« L'aide orthophonique n'est pas seulement utile auprès de la personne âgée, elle est nécessaire »¹⁶.

Selon J-M KREMER et E. LEDERLE¹⁷, il faut différencier le vieillissement physiologique nommé « sénescence » du vieillissement pathologique qu'on désigne par le mot « sénilité »

Le vieillissement normal s'accompagne, on l'a vu, de modifications physiques, sensorielles, cérébrales et cognitives. On a remarqué des modifications dans la communication avec l'avancée en âge.

Néanmoins toutes ces manifestations restent normales car inscrites dans un phénomène de sénescence.

Qu'en est-il des modifications engendrées par le vieillissement pathologique ?

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ KREMER J-M., LEDERLE E., (2009) L'orthophonie en France, Paris : « Que sais-je ? », PUF, p 35.

B. Le vieillissement pathologique

1) Définition

Selon Thierry Rousseau, il faut distinguer clairement le normal et le pathologique car ils ne sont pas de la même essence.

Le vieillissement pathologique résulterait des changements provoqués par une agression qui proviendrait du milieu extérieur comme le stress, les accidents ou les maladies. Néanmoins avec cette définition, on devrait conclure que tout vieillissement humain est pathologique.

Ici se trouve l'idée de quelques scientifiques qui émerge au Japon et aux États-Unis et désormais en France selon laquelle « le vieillissement ne serait que l'expression d'une maladie « originelle » dont nous serions tous atteints. »¹⁸.

Sans affirmer que le vieillissement mène inévitablement à un état pathologique, les scientifiques sont unanimes quant au fait de dire que l'organisme de la personne vieillissante perd sa capacité d'adaptation fonctionnelle, et qu'ainsi notre organisme est plus sensible aux agressions extérieures comme les infections, le stress...Le corps de la personne âgée répond moins vite aux agressions et cela accélère ou fait basculer la personne vers le processus de vieillissement pathologique.

Certaines maladies deviennent ainsi plus fréquentes avec l'âge comme les maladies cardiovasculaires (infarctus...), les maladies pulmonaires (pneumopathies...), les pathologies ostéo-articulaires comme l'arthrose ou encore les maladies du système nerveux comme la dépression, la maladie de Parkinson ou encore la « Grande cause nationale » décrétée en 2007 : les démences, en particulier la Démence de Type Alzheimer (DTA).

¹⁸ DE JAEGER C., (2008), La gérontologie, Paris : « Que sais-je ? », PUF, p 42.

2) Les démences

En France on assimile très souvent à tort la maladie d'Alzheimer à la définition de démence. En effet, la maladie d'Alzheimer est une démence qu'on qualifie de neuro-dégénérative et représente à elle seule entre 50% et 60% des syndromes démentiels. Néanmoins on ne recense pas moins de 72 maladies (dégénératives, toxiques, carencielles, vasculaires, inflammatoires...) qui peuvent être à l'origine d'un syndrome démentiel.

Le DSM IV (classification américaine des maladies mentales) définit quant à elle la démence comme un affaiblissement intellectuel progressif et irréversible qui retentit sur la vie professionnelle, sociale et familiale du sujet. Ceci s'accompagnant de troubles de la mémoire et l'atteinte d'une ou plusieurs fonctions cérébrales comme la pensée abstraite, le jugement, le langage, les praxies, les gnosies, la personnalité.

Les études rapportent qu'environ 5 % de la population âgée de plus de 65 ans présente un syndrome démentiel sévère et à 80 ans, ce taux passe à 20 %.

On retiendra donc qu'il y a plusieurs formes de démences pouvant être toxiques (alcool), traumatiques, infectieuses (maladie de Creutzfeld Jacob) ou encore d'origine vasculaire ou mixte (vasculaire et dégénérative), mais que la plus courante est la démence de type dégénérative dont la forme la plus fréquente s'exprime par la maladie d'Alzheimer.

3) La maladie d'Alzheimer

a) Définition

Selon l'association France Alzheimer, on peut caractériser une maladie de ce terme si la personne atteinte présente une perte de mémoire et au moins une des manifestations suivantes :

- apraxie (trouble neurologique affectant la motilité volontaire)
- aphasie (trouble neurologique affectant le code linguistique)

- agnosie (trouble neurologique de la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux, des sensations)
- altération de la pensée
- altération du jugement

L'association souligne également que ces symptômes sont présents **sur le long terme** et **qu'aucun autre facteur ne peut les expliquer**. De plus, il en ressort un véritable **handicap** lié à ces symptômes.

Ainsi, la maladie d'Alzheimer peut être définie sur trois axes car c'est une maladie qui s'exprime d'un point de vue anatomique, mais elle engendre aussi incontestablement des signes cliniques et a également des répercussions sociales importantes.

Au plan anatomique :

La maladie d'Alzheimer se caractérise par une atrophie corticale et par des modifications cellulaires. On observe une perte neuronale et synaptique, l'apparition de plaques neuritiques ainsi qu'une dégénérescence neurofibrillaire.

D'un point de vue clinique :

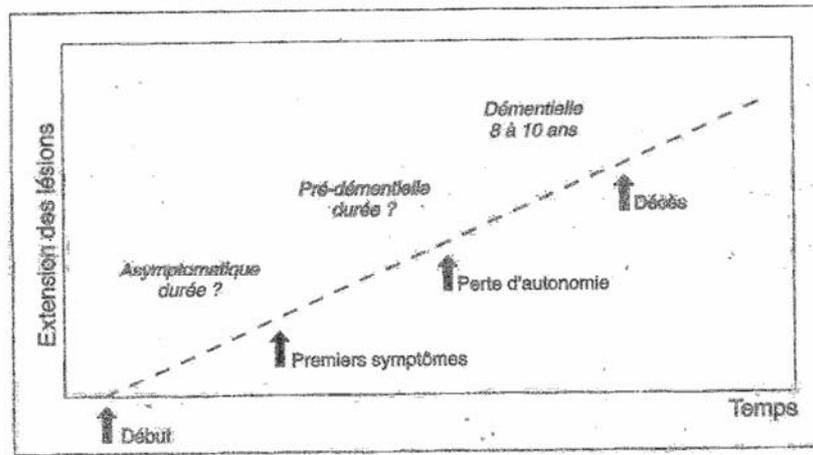
Elle est hétérogène dans ses modalités d'expression. Son apparition est insidieuse et on note l'absence quasi totale de signes neurologiques caractéristiques. Ensuite, selon le dictionnaire d'orthophonie, elle évolue vers une démence de plus en plus prononcée avec des troubles de la mémoire, une désorientation temporo-spatiale, une aphasie, une apraxie, une agnosie et une hypertonie extrapyramidale.

Touchon J. et Portet F.¹⁹, envisagent l'évolution de la maladie d'Alzheimer sur plusieurs stades :

- la maladie d'Alzheimer asymptomatique
- la maladie d'Alzheimer pré-démentielle
- la maladie d'Alzheimer démentielle avec trois niveaux de gravité : léger, modéré ou sévère.

¹⁹ TOUCHON J., PORTET F., (2002), La maladie d'Alzheimer, Paris : Masson, p XI.

Les trois phases de la maladie d'Alzheimer



Différents stades de l'évolution de la maladie d'Alzheimer²⁰

Stade	Mémoire	Comportement	Langage
I Léger	Troubles mnésiques Désorientation Aspect négligé	Apathie Anxiété Irritabilité	Compréhension relativement préservée Vocabulaire flou Dénomination atteinte Fluence verbale atteinte Répétition correcte
II Modéré	Oubli des événements récents	Agitation	Compréhension réduite Paraphasies, jargon Discours incohérent Trouble majeur de la dénomination
III Sévère	Trouble de la reconnaissance des visages familiers	Incontinence	Compréhension très atteinte Mutisme

Enfin sur le plan social :

Le malade Alzheimer (MA) perd sa capacité d'acteur au niveau de la société. De plus, il engendre un coût économique pour celle-ci. Selon l'étude PAQUID de 2006, le coût annuel total lié à la maladie d'Alzheimer en France par an était de 4,5 milliard d'euros. Ainsi, la

²⁰ DAVIS, 2007, cité dans ROUSSEAU T. et al. (2007), Démences : Orthophonie et autres interventions, Isbergues : Ortho-Edition.

presse s'empare du phénomène et ne se fait plus prier pour qualifier cette maladie de « Fléau du 21ème siècle»²¹

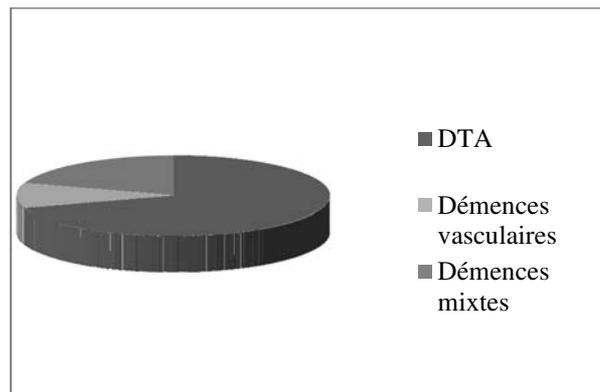
b) Données statistiques

Poser le diagnostic de la maladie d'Alzheimer reste un acte encore rare dans notre société. En effet, on estime que seulement 35 % des patients atteints de cette maladie sont diagnostiqués en tant que tels. Le taux de traitement quant à lui est encore plus faible, estimant qu'il y a seulement 12% des malades qui bénéficient d'un traitement spécifique et adapté à cette pathologie.

D'ailleurs, le diagnostic de cette maladie est avant tout clinique car étant dépourvu de marqueur biologique spécifique. Ainsi la certitude diagnostique n'est acquise que lors de l'examen anatomopathologique. Au cours du vivant du patient, on parlera plutôt de démence de type Alzheimer (DTA).

En France, la prévalence globale de la démence est de 4,3% (environ 500 000 cas) et celle de DTA de 3,1 % (entre 250 000 et 350 000 cas, soit près de 70% des cas de démences). Le reste, est le fruit des démences vasculaires (10%) et des démences mixtes (20%).

Figure 1: Les types de démences en France



²¹ France Inter (2008)

Un seul facteur de risque certain de la maladie d'Alzheimer a été recensé jusqu'à présent par les études épidémiologiques, l'âge.

En effet, avec le vieillissement, la prévalence des démences augmente ainsi que celui des DTA, qui croît de façon linéaire avec l'avancée en âge. L'incidence annuelle en France est donc estimée pour les DTA à 11,7 pour 1000 personnes. Chaque année, environ 100 000 nouveaux cas de DTA apparaissent, dont les 2/3 proviennent chez les personnes de plus de 79 ans.

En 2020 les spécialistes estiment entre 434 000 et 1 099 000 le nombre de malades de DTA. Ceci pose donc le problème de la prise en charge actuelle et future de ces personnes, qui occuperont une place importante dans notre société.

c) Traitements médicamenteux

Dans cette sous-partie ne seront abordés que brièvement les traitements médicamenteux, les autres traitements non-médicamenteux dont fait partie la prise en charge orthophonique seront présentés plus amplement en 6).

A l'heure actuelle, malgré les recherches de plus en plus poussées dans ce domaine, aucun traitement médical ne peut guérir la DTA. Les traitements médicamenteux de cette maladie s'orientent donc sur deux axes :

- lutter contre les symptômes pour permettre à la personne de conserver le plus possible son autonomie.
- ralentir l'évolution de la maladie.

La grande partie des traitements pharmacologiques tente de lutter contre le trouble principal de la DTA : l'atteinte mnésique.

En effet, on sait que le déficit mnésique est dû à l'affection précoce et sévère d'un neurotransmetteur : l'acétylcholine. Les médicaments vont donc consister soit à augmenter la synthèse du transmetteur, soit à empêcher la dégradation de ce neurotransmetteur en inhibant l'action de l'enzyme qui le dégrade, soit en fournissant des substances qui agissent comme le transmetteur.

La première molécule ayant montré une certaine amélioration fonctionnelle fut la tétrahydroaminoacridine (THA), commercialisée sous le nom de Tacrine, mais comportant des risques d'effets secondaires sur le foie qui a conduit à son retrait. Ensuite, d'autres médicaments ont vu le jour (Donepezil, Mémantine...) montrant une certaine efficacité dans le ralentissement de la dégradation cognitive et comportementale.

Néanmoins, ces médicaments doivent être prescrits précocement pour espérer avoir un effet et ne sont pas une solution pour éradiquer la maladie mais bel et bien pour en ralentir au mieux son évolution.

4) Les conséquences de la maladie d'Alzheimer

a) Les conséquences neurologiques

Les DTA se caractérisent anatomiquement par des lésions cérébrales se manifestant par :

- La présence de plaques séniles. Par rapport au sujet âgé qui est aussi porteur de ces plaques, le sujet atteint de maladie d'Alzheimer en a une quantité plus importante.
- Une dégénérescence neurofibrillaire qui se diffuse à toutes les couches cérébrales.
- Une dégénérescence granulo-vacuolaire affectant principalement les cellules pyramidales de l'hippocampe.
- Une atrophie du cortex.
- Une diminution dans le cerveau de l'acétylcholine due à la destruction du noyau de Meynert se situant à la base du cortex.

b) Les conséquences sur les fonctions cognitives

Les lectures ont mis en évidence une traduction hétérogène des effets de la DTA au niveau cognitif. En effet, « selon le stade d'évolution de la maladie, l'atteinte cognitive globale sera

différente. »²². Si la maladie touche effectivement l'ensemble des fonctions cognitives (mémoire, attention, langage...), tous les processus de ces fonctions ne sont pas altérés de façon systématique.

L'attention

Les difficultés d'attention vont de pair avec les difficultés d'organisation et de planification qui surviennent dans les DTA, caractérisant une atteinte des fonctions exécutives.

Les patients Alzheimer ont des déficits dans leurs processus attentionnels. Ils réagissent avec lenteur aux stimulations de l'environnement. Néanmoins, leur capacité d'attention soutenue, sur une longue période, apparaît relativement intacte, surtout dans les premiers stades de la maladie. Néanmoins, leur présenter une double tâche les met incontestablement en difficulté.²³

La mémoire

La mémoire est généralement la fonction qui est atteinte en premier dans la DTA.

Les manifestations les plus précoces et les plus fréquentes sont des troubles de mémoire portant sur les faits récents (emplacement d'objets, noms de personnes peu familiers..) puis ces manifestations évoluent secondairement sur les faits anciens (personnages connus, dates historiques, dates d'anniversaire des enfants...).

D'un point de vue général, dans les DTA, la phase de formation du souvenir, c'est-à-dire les processus d'encodage, seraient perturbés, l'individu ayant des déficits pour transformer les informations perceptives en représentations mentales susceptibles d'être réactualisées ultérieurement.

Comme cela a déjà été évoqué antérieurement, la mémoire est composée de plusieurs sous-systèmes et ceux-ci ne sont pas affectés de la même façon dans la maladie d'Alzheimer.

²² ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p 20.

²³ PERRY et al. Cités dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 112.

Le système déclaratif :

➤ La mémoire épisodique :

Un certain nombre d'études convergent pour indiquer les grandes difficultés que connaissent les sujets Alzheimer dans les tâches de mémoire épisodique, ainsi les tâches de rappel ou de reconnaissance qui exigent une récupération consciente d'informations apprises dans un contexte spatio-temporel particulier sont source de déficits²⁴. Ceci met donc en évidence un encodage peu élaboré car n'étant que rarement profond c'est-à-dire sémantique. Il y a également un déficit de stockage d'informations avec des oublis plus fréquents. Il existe enfin un trouble dans l'utilisation des stratégies de récupération de ces informations.

On note toutefois, en ce qui concerne la mémoire autobiographique, c'est-à-dire la mémoire portant sur les connaissances relatives à la vie du sujet, un gradient temporel dans le sens où les souvenirs anciens sont mieux préservés que les souvenirs récents.

➤ La mémoire de travail :

Un déficit de stockage à court terme de l'information verbale ainsi que visuo-spatiale a été mis en évidence²⁵ ainsi par exemple l'empan verbal des patients est inférieur à celui des sujets âgés normaux.

➤ La mémoire sémantique :

La question de l'atteinte de la mémoire sémantique reste encore en suspens. Des travaux²⁶ montrent que « pour certains malades d'Alzheimer il existe un trouble central de la mémoire sémantique, alors que les travaux de Nebes et al. (1984) ont montré que l'accès volontaire à la mémoire sémantique pouvait être perturbé mais qu'un accès par voie automatique et

²⁴ ADAM et al. (2006) cités dans DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p 106-107.

²⁵ Ibid.

²⁶ CHERTKOW et BUB (1990) cités dans : ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p 21.

inconsciente était possible si les patients bénéficiaient d'une aide avec un amorçage sémantique. »

La mémoire procédurale :

Cette mémoire qui stocke des habiletés qui ne peuvent s'exprimer que par l'action semble globalement préservée dans la DTA.

En conclusion,

Il est aussi important de remarquer que les patients sous-estiment en général leurs difficultés mnésiques, ne se rendant ainsi pas compte de l'ampleur des déficits.

Leur handicap mnésique s'exprimant principalement en mémoire déclarative qui est la mémoire des faits, accessible à la conscience, et laissant relativement indemne la mémoire procédurale.

Le langage

L'atteinte linguistique avait déjà été signalée en 1907 par Aloïs Alzheimer qui a donné son nom à cette maladie. Comme les autres atteintes cognitives, elle se démontre malgré l'hétérogénéité au niveau inter et intra individuel. Elle survient de façon très précoce dans 10% des cas de maladie, mais dans tous les cas se généralise au fur et à mesure de la progression de celle-ci.

L'expression

Orale :

➤ Le lexique :

Les difficultés initiales de production du langage s'expriment par un **manque du mot** qui ne cessera d'augmenter avec l'évolution de la maladie.

En phase initiale, le sujet fera des pauses plus nombreuses pour retrouver un mot, il enchaînera difficilement ses idées d'où un **débit de parole ralenti**. On note donc une **diminution de la fluence verbale** qui correspond au nombre de mots énoncés dans un temps limité.

Le manque du mot deviendra progressivement un problème majeur en rendant le discours spontané peu compréhensible par autrui du fait d'un contenu lexical qui s'amenuise et la présence d'autres manifestations langagières pathologiques.

En effet, on voit l'apparition de **termes indéfinis** ou de **termes génériques** (truc, machin...), **des paraphasies** qui peuvent être verbales ou sémantiques, l'utilisation de **paraphrases** (reprise sous forme de répétition de l'énoncé proposée par l'interlocuteur), et de **périphrases** (utilisation de plusieurs mots en remplacement d'un mot unique faisant défaut).

Le langage de ces personnes se caractérise aussi par **une réduction lexicale** qui se montre **spécifique à certaines classes de mots**. Ainsi les adjectifs et les noms semblent plus altérés que les verbes par exemple.

Au degré d'atteinte moyen, on note selon Hier²⁷ la présence massive de **persévérations** et de **palilalies** (répétitions spontanées d'un ou plusieurs mots) gênant d'autant plus la compréhension du discours.

➤ La syntaxe :

Au stade précoce de la maladie, les aptitudes syntaxiques sont **relativement préservées**. On observe d'ailleurs que les capacités syntaxiques sont mieux préservées que les capacités lexicales tout au long de la maladie. Néanmoins, avec l'évolution de celle-ci, la syntaxe est à un moment donné modifiée également.

Les phrases deviennent **de plus en plus simples, courtes**, voire parfois **inachevées**. Au fur et à mesure de la progression de l'énoncé, **la construction des phrases devient confuse** et la **logique syntaxique se perd** peu à peu, rendant le discours peu intelligible.

²⁷ HIER (1985) cité dans : ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p 23.

Néanmoins, Bayles et Kazniak²⁸ ont montré que « certains patients pouvaient encore produire un discours correct phonologiquement et syntaxiquement bien que leur contenu n'ait plus aucun sens. »

Ecrite :

L'écrit est souvent affecté précocement face au langage oral. Les capacités narratives deviennent difficiles et une **dysorthographe** apparaît pour les mots irréguliers dans un premier temps. Enfin, une **dysgraphie** émerge rendant le geste et l'expression graphique de plus en plus réduite.

La compréhension :

Les difficultés de compréhension du langage s'expriment tant à l'oral qu'à l'écrit, et font leur apparition surtout au degré d'atteinte moyen de la maladie. Plus précisément, la compréhension des mots isolés et d'énoncés simples semble préservée alors que davantage de difficultés apparaissent lors de la compréhension de phrases incluant des inférences ou qui entretiennent des relations causales ou de comparaisons dans leur structure.

Enfin, l'articulation est préservée jusqu'à un stade très avancé de la maladie. **La lecture est généralement préservée** en phase initiale et moyenne, sauf parfois pour les mots irréguliers.

En conclusion,

Les difficultés de langage qui s'expriment au cours de la maladie sont vues par le Docteur A-S. Rigaud²⁹ comme des tableaux cliniques s'apparentant à différentes **aphasies**.

²⁸ BAYLES et KAZNIAK (1987) cités dans : ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p22.

²⁹ RIGAUD A-S., Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin, in Gérontologie et société, 2001, n° 97 (139-150).

En effet, elle compare **le premier stade** de la DTA au tableau clinique d'une **aphasie amnésique**. La fluence verbale est diminuée, le manque du mot est prégnant et associé à des paraphasies verbales, surtout sémantiques.

Elle évoque ensuite le tableau d'une **aphasie sensorielle transcorticale** avec l'aggravation des symptômes. On voit apparaître les troubles de la compréhension ainsi que la production de paraphasies verbales formelles (emploi erroné d'un mot pour un autre avec un lien de consonance) et de néologismes (mots inexistants dans la langue). La répétition quant à elle demeure satisfaisante.

Enfin, elle assimile le **dernier stade** de la maladie au tableau clinique de **l'aphasie globale**. L'expression et la compréhension sont touchées quantitativement et qualitativement.

c) Les troubles non cognitifs

La personne démente a souvent des troubles qui n'ont pas une origine cognitive et qui sont fluctuants selon les stades de la maladie et aussi selon les personnes.

En phase de début, on observe d'ores et déjà des modifications de l'affectivité et des troubles du comportement s'exprimant par des manifestations d'anxiété mais également par un syndrome dépressif qui apparaît suite à la prise de conscience du sujet de son état qui se dégrade. La personne, très irritable par moment, se laisse envahir par l'isolement et sombre dans l'apathie.

En deuxième phase, les troubles psycho-comportementaux se précisent. Des symptômes dépressifs sont observés dans 30% des cas et les troubles anxieux se généralisent. La personnalité du patient peut avoir totalement changé au point de déstabiliser son entourage qui ne le reconnaît plus.

Au niveau moteur, la personne a des comportements stéréotypés et/ou peut être agressive et très agitée. On remarque aussi un phénomène de déambulation se traduisant par une marche incessante et sans repos ou presque, dans un même lieu.

La personne présente également des troubles dans ses conduites élémentaires, au niveau sexuel, alimentaire ou dans sa maîtrise sphinctérienne. Elle présente également un trouble du

rythme veille-sommeil et dans 40% des cas des troubles psychotiques avec la présence d'idées délirantes ou d'hallucinations.

La dernière phase se caractérise par une perte d'autonomie complète et des troubles psycho-comportementaux majeurs. Les troubles décrits en deuxième phase sont majorés la plupart du temps.

5) La communication dans la DTA

Thierry Rousseau³⁰, orthophoniste et Docteur en psychologie, a centré sa thèse de psychologie et ses nombreuses recherches et publications, sur la communication des patients Alzheimer.

Il a notamment mis en évidence des comportements de communication spécifiques à ces patients. Selon lui, les troubles linguistiques observés dans cette pathologie ne dépendraient pas seulement d'une atteinte organique mais véritablement d'un trouble de la communication sur lequel influent des facteurs cognitifs, contextuels, personnels et psychosociaux.

Les soins qu'il préconise nécessitent donc la prise en charge globale de la communication et non les seuls troubles de langage.

Selon l'atteinte, les possibilités de communication évoluent. Il est donc important de connaître cette évolution pour exploiter au mieux les capacités restantes du patient. T. Rousseau explicite cela de la façon suivante :

Lors du début du premier stade, le patient a un déficit cognitif léger.

Ses capacités de communication semblent relativement intactes. Pour pallier son manque du mot grandissant, il utilise de plus en plus de périphrases et cela peut passer inaperçu. Il a de

³⁰ ROUSSEAU T., (2008), Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 4 : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique, Isbergues : Ortho-Edition, 2ème édition.

très légères perturbations dans la compréhension auditive, surtout lors de phrases longues ou complexes mais cela s'apparente aux perturbations observées dans le vieillissement normal.

Avec l'évolution de la maladie, le patient communique encore aisément dans des situations familières mais éprouve de plus en plus de difficultés de compréhension et d'expression dans des situations qui le sont moins. Cela s'exprime par:

- Des difficultés grandissantes de compréhension des éléments d'une conversation.
- L'utilisation plus fréquente de paraphrasies sémantiques ou de périphrases.
- Des demandes de répétition de plus en plus nombreuses surtout lors de phrases complexes ou assez longues.
- Un éloignement fréquent du thème de conversation initial.
- Des difficultés dans l'initiation de la parole et dans la création de thèmes de conversations.

La personne peut être, à ce stade, consciente de ses erreurs ce qui l'affaiblit d'autant plus du point de vue psychique.

Au niveau d'atteinte moyenne, les déficits observés au premier stade se creusent.

En effet, le stock lexical du patient est réduit, son manque du mot est prégnant mais surtout d'autres difficultés apparaissent dans le discours.

La cohérence et la cohésion de ce dernier ne sont pas toujours respectées ce qui peut rendre le discours inintelligible pour l'interlocuteur. En effet, il peut utiliser des pronoms sans référent, ou même avorter ses phrases précipitamment.

Sa compréhension s'affaiblit davantage, même pour les éléments simples du vocabulaire. La personne malade a de réelles difficultés pour exprimer ses besoins, tant sociaux qu'affectifs. Elle peut tenir une conversation en situation duelle voire en petit groupe, mais les conversations longues sont hermétiques pour elle.

Ses difficultés s'étendent donc et se caractérisent par :

- L'utilisation de plus en plus fréquente de paraphrasies, qui sont de formes variées.
- Une incapacité à conserver le sujet de conversation.

- L'initiation difficile de la conversation. Le patient peut s'arrêter de communiquer au milieu de celle-ci, avoir un discours confus en s'intéressant notamment aux détails secondaires plutôt qu'à l'essentiel.
- La répétition systématique de sons, de syllabes ou même de phrases entières.

Le patient, à ce stade, n'est plus conscient de ses troubles de communication ni de ses erreurs de langage.

Lors de l'évolution de l'atteinte, le malade a une communication limitée. Pour exprimer ses besoins et ses désirs, il peut utiliser des mots isolés ou des phrases automatisées ainsi que des aspects non-verbaux pour tenter de se faire comprendre.

Son articulation est perturbée et son discours est quasiment inintelligible, pollué par le jargon sémantique, les écholalies et les persévérations.

Il a encore conscience de la présence d'autrui mais ne respecte plus les règles fondamentales de communication comme le respect des tours de parole.

Lors de l'atteinte sévère, le patient souffre d'une détérioration massive de ses capacités cognitives mais également de ses capacités de communication.

Le langage verbal n'existe plus. Certains mots peuvent être prononcés mais ils sont sans signification, il peut aussi y avoir quelques vocalisations, ou répétitions de sons.

Le canal non-verbal peut être utilisé par le malade pour exprimer un sentiment (gêne, plaisir...)

La parole semble à ce stade hermétique à sa compréhension, néanmoins, la personne reste très sensible au toucher, d'où un contact important à effectuer à ce niveau.

T. Rousseau souligne également que « ses yeux peuvent montrer quelques signes de reconnaissance de personnes, de bruits familiers et de musique. »

La maladie d'Alzheimer engendre donc un véritable trouble de la communication qui évolue en même temps que la progression de la maladie.

6) La prise en charge non-médicamenteuse des patients déments

Il est couramment admis que les traitements médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer ont des effets qui restent limités. Afin d'optimiser ces traitements, il est nécessaire d'inscrire le patient dans une prise en charge globale où les thérapeutiques non-médicamenteuses ont toutes leur place.

a) Les acteurs de la prise en charge non-médicamenteuse dans la maladie d'Alzheimer

Les professionnels de santé intervenant sur le plan non pharmacologique sont multiples et s'attachent à mettre en place des thérapies qui peuvent être efficaces face aux symptômes de la maladie ou aux facteurs secondaires.

➤ **L'ergothérapeute :**

Il s'attache à favoriser les tâches quotidiennes que le patient peut continuer à faire et aime faire. Ces activités se veulent valorisantes, répétitives, tout en prenant le soin d'éviter toute situation d'échec. L'ergothérapie aide aussi l'entourage et permet au maximum le maintien de l'autonomie du patient.

➤ **Le relaxologue :**

C'est un spécialiste des approches et méthodes de relaxation au sens large du terme. Pour le patient Alzheimer, cela pourra calmer ses angoisses et ses phases d'agitation, grâce à des mouvements amples de respiration par exemple. Des séances de luminothérapie peuvent être également envisagées afin de réguler les cycles éveil-sommeil de la personne.

➤ **Le psychomotricien :**

Il favorisera l'expression du corps du patient qui est inhibé aussi à ce niveau en utilisant des techniques de médiation corporelle.

➤ **Le kinésithérapeute :**

Il favorise le maintien et l'amélioration de l'état physique du patient et permet de retarder les effets de la dépendance et des handicaps liés au vieillissement démentiel.

➤ **Le psychothérapeute :**

Une psychothérapie peut être suivie par le patient et sa famille en guise de soutien. En effet, le patient pourra être soulagé avec cette prise en charge pour un travail de relaxation psychothérapeutique, par des actes verbaux... Pour les proches, les aidants, cela peut permettre d'évacuer leurs angoisses, maintenir l'équilibre familial ou encore renforcer la tolérance vis-à-vis de son proche malade.

➤ **L'orthophoniste :**

L'orthophoniste, en tant que thérapeute de la communication peut intervenir auprès de ces patients en termes de maintien et d'adaptation des fonctions de communication. Les séances d'orthophonie permettront d'entretenir sa mémoire, d'adapter la communication, de stimuler les fonctions intellectuelles et de freiner, on l'espère, l'évolution des manifestations. La prise en charge peut être effectuée en individuelle ou en groupe, en cabinet libéral, à domicile ou en institution.

La prise en charge de ces personnes doit donc être pluridisciplinaire pour un suivi global du patient. Elle doit permettre le maintien de l'autonomie le plus longtemps possible.

Chaque intervenant doit avoir à l'esprit les autres prises en charge mises en place afin d'avoir les projets thérapeutiques les mieux adaptés au patient et à ses besoins pour assurer la meilleure cohérence possible dans le suivi.

La collaboration avec les membres de la famille est également indispensable afin de les informer au mieux de l'évolution de la maladie de leur proche, leur permettre d'en comprendre les conséquences et d'envisager les prises en charge nécessaires.

De plus, ces professionnels auront une tâche d'accompagnement et de soutien envers ces aidants qui se heurtent, au fil de la maladie, à de nombreuses désillusions.

Les professionnels, quant à eux, apprendront beaucoup de l'entourage familial du patient en s'informant sur la vie antérieure de celui-ci, sa personnalité, ses intérêts... Ainsi, sa prise en charge n'en sera qu'améliorée.

b) Quelques traitements non-médicamenteux

Pléthore de prises en charge non-médicamenteuses ont fait leur apparition ces dernières années. Un grand nombre d'articles a tenté de démontrer les bénéfices que pouvaient apporter ces thérapies.

On a pu en conclure d'une façon globale que ces prises en charge pouvaient se traduire par une diminution de la symptomatologie dépressive, une préservation de l'autonomie dans certaines tâches quotidiennes, un déclin moins rapide de certains aspects de la cognition, des troubles du comportement minorés et d'une façon générale le sentiment d'une amélioration de la qualité de vie.

Certaines thérapeutiques ont comme principal objectif la stimulation de la cognition :

➤ La stimulation cognitive :

Cette technique est sans doute la plus largement utilisée. Généralement sous la direction d'un psychologue, ces techniques de stimulations cognitives globales visent à renforcer les ressources cognitives, affectives et sociales restantes. Certains programmes ont été mis en place dans des centres (PAC- FNG de J. De Rotrou) il s'agit d'aider des petits groupes (6 à 8 personnes) à utiliser leurs possibilités cognitives intactes pour résoudre des exercices impliquant la mémoire autobiographique, la compréhension orale/ écrite, la mémoire sémantique...

➤ La rééducation cognitive :

Cette thérapie, due à Van Der Linden, Seron et al.³¹ a pour objectif d'optimiser les performances du patient à chaque moment de l'évolution de la maladie. Le patient va apprendre à utiliser des stratégies nouvelles fondées sur ses capacités préservées afin d'améliorer ses performances. La stratégie de rééducation porte principalement sur les troubles mnésiques en prenant en compte que ces déficits portent surtout sur la mémoire de

³¹ ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p 101.

travail et la mémoire épisodique. Par exemple, afin d'étayer la mémoire de travail, un seul élément à la fois sera présenté et des indices seront fournis afin d'avoir un meilleur encodage de l'information. Cette thérapie souhaite donc exploiter de façon optimale les potentialités demeurées intactes.

➤ La thérapie de réminiscence :

Elle est fondée sur l'évocation de souvenirs anciens autobiographiques qui sont longtemps préservés au cours de la démence. L'objectif étant de stimuler les capacités mnésiques et d'améliorer l'estime de soi ainsi que les capacités de socialisation résiduelles.

D'autres thérapies sont davantage centrées sur l'amélioration de la qualité de vie :

➤ Thérapies basées sur une stimulation sensorielle :

La plus connue reste la musicothérapie qui se base sur la mélodie, le son et le rythme de la musique pour stimuler les compétences langagières.

L'aromathérapie ou encore la luminothérapie sont également utilisées pour pallier les troubles psycho-comportementaux survenant au cours de la maladie.

Certaines autres interventions ont comme objectif premier l'autonomie fonctionnelle de la personne et sont basées sur :

➤ Les activités physiques

➤ Les ateliers d'ergothérapie

Notons que ces thérapies et bien d'autres n'ont pas réellement fait l'objet d'études comparatives, cela étant un travail laborieux qui doit être réalisé sur le long terme.

Néanmoins, une étude multicentrique³² est en cours d'évaluation et aura pour objectif de définir l'efficacité de trois stratégies thérapeutiques non-médicamenteuses portant sur la cognition: la stimulation cognitive, la thérapie par réminiscence et un programme de prise en charge en individuel. Suite à cette étude prévoyant d'inclure 800 patients et menée par de nombreux centres en France (Centre Mémoire de Ressource et de Recherches, Consultations Mémoire et Hôpitaux de jour) les conséquences de telles thérapeutiques seront mieux connues en ce qui concerne le retardement des symptômes de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, selon l'Anesm³³, un dernier type d'intervention à visée thérapeutique intervient, ayant comme but la stimulation des fonctions de communication :

➤ La prise en charge orthophonique

Celle-ci sera abordée plus précisément dans le Chapitre 2.

Les personnes prenant le chemin du vieillissement pathologique, en particulier lors de démences, présentent de nombreux troubles s'exprimant tant au niveau physique, cognitif que comportemental.

A un certain stade d'évolution de la maladie, la personne ne peut plus s'assumer seule au quotidien et entre ainsi dans un phénomène de dépendance.

La famille doit alors prendre le relais pour assurer les soins de son parent quand cela est possible. Egalement, des aides peuvent être accordées pour favoriser le maintien à domicile mais lorsque l'état de la personne n'est plus gérable dans son milieu familial, la décision de l'institutionnalisation de la personne âgée apparaît alors comme la dernière solution.

³² ROUSSEAU T. et al. (2007), Démences : Orthophonie et autres interventions, Isbergues : Ortho-Edition, p 130.

³³ L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, recommandations publiées en avril 2009 par l'ANESM : www.anesm.sante.gouv.fr

C. La personne âgée institutionnalisée

La France étant un pays vieillissant, la prise en charge des personnes âgées est donc un enjeu majeur pour les années à venir, d'autant plus que les projections réalisées pour 2040 montrent que le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter davantage que les aidants potentiels.

Le maintien à domicile était encore majoritairement possible ces dernières années grâce à l'implication des familles, mais ces prévisions vont changer petit à petit la donne. L'avancée en âge qui s'accompagne souvent d'une dépendance nécessitera donc de plus en plus d'aides extérieures à la famille. Ces aides professionnelles étant apportées par les aides à domicile notamment grâce au soutien de l'état avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) distribuée depuis 2002 et par la création d'établissements d'accueil de personnes âgées.

1) Contexte du placement

Le placement en institution d'une personne âgée ne relève que très exceptionnellement d'un choix personnel.

En effet, la plupart du temps, le placement est décidé par l'entourage du patient, en coordination avec le médecin. La famille décide souvent le placement de son proche suite à l'apparition de troubles cognitifs grandissants, dans un contexte de démence, qui invalident la personne dans sa vie quotidienne. En effet, selon une enquête de la DREES à la fin de l'année 2003, il semblerait que les pertes d'orientation et de cohérence soient à l'origine de la plupart des entrées en institution. Notons également que les troubles du comportement, notamment la présence de troubles du sommeil, conduisent régulièrement à un épuisement de l'accompagnement familial s'il est en place, d'où le recours à l'institutionnalisation.

Louis Ploton³⁴ parle de la « Crise du placement » car pour le patient comme pour les aidants, cette décision est lourde de conséquences.

³⁴ PLOTON L., A propos du placement des personnes âgées, in *Gérontologie et société*, 2005, n° 112, p 94.

Différentes structures peuvent accueillir les personnes âgées en perte d'autonomie physique et / ou psychique selon le contexte et le degré de l'atteinte.

2) Les différentes structures d'accueil

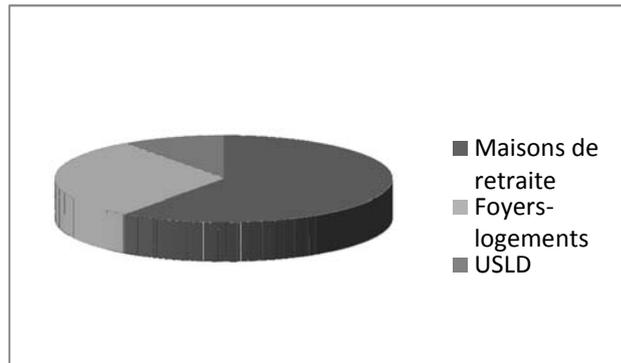
Selon le site du ministère de la santé³⁵ on distingue traditionnellement trois grands types d'établissements :

- Les **maisons de retraite**, lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne âgée, incluant l'hébergement en chambre ou en logement, les repas et divers services spécifiques.
- Les **logements-foyers**, groupes de logements ou de chambres autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Ils n'accueillent que des personnes valides car ils ne sont pas équipés de matériel médical.
- Les **unités de soins de longue durée des hôpitaux (USLD)**, structures très médicalisées en lien avec l'hôpital, sont destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes.

En 2000, on dénombrait 10 400 établissements hébergeant des personnes âgées dont **6240** maisons de retraite, **3120** foyers-logements et **1040** unités de soins de longue durée.

³⁵ <http://www.sante.gouv.fr>

Figure 2: Etablissements accueillant des personnes âgées



L'ensemble de ces établissements héberge environ 660 000 personnes.

À ces établissements s'ajoutent les établissements d'hébergement temporaire qui accueillent des personnes âgées en situation de crise (hospitalisation, absence temporaire de la famille...), les centres d'accueil de jour (depuis 2007) et les moyens séjours qui sont de courts séjours hospitaliers pour les personnes ayant subi une crise aiguë dans l'évolution de leur pathologie.

Dans le cadre de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, une nouvelle catégorie d'établissement est apparue : **les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)**.

Progressivement, depuis 2002, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des conventions tripartites avec leur conseil général et l'assurance maladie, devenant ainsi des EHPAD, et s'engagent sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués.

Ainsi, les EHPAD se distinguent aujourd'hui des autres établissements mais peuvent être issus d'une USLD, d'une maison de retraite et également, mais plus rarement, d'un logement-foyer.

Notons qu'au sein même de certains EHPAD, il existe des CANTOU (Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles) qui ont comme principale ambition d'accueillir des personnes âgées atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées.

Cet accueil est souvent permanent mais peut également être temporaire ou sous la forme d'un accueil de jour si la situation le permet. .

L'unité sera bien souvent autonome et sécurisée, et ce, au sein d'un plus grand ensemble accueillant des personnes âgées autonomes.

Pour résumer, selon l'enquête de la DREES datant de 2003, parmi les français âgés vivant en EHPAD :

- 50 % vivaient en maison de retraite autonome
- 23% vivaient en foyer-logement
- 14 % logeaient en maison de retraite rattachée à un hôpital
- 12 % en unité de soin longue durée
- moins de 1% étaient en résidence d'hébergement temporaire

3) La population au sein de ces structures

Âge : Selon une étude³⁶ de la DREES par J. Prévot, en 2007, l'âge moyen d'entrée en institution est de 83 ans et 5 mois.

On estime que seulement 5% des personnes de plus de 60 ans vivent en EHPAD. Ainsi ce chiffre montre que la majorité des personnes âgées vivent à leur domicile. Les personnes vivant au sein de ces établissements étant majoritairement d'un très grand âge, en effet, 71% des personnes de ces établissements ont plus de 80 ans, ce qui représente 20% de cette tranche d'âge.

Sexe : La population des établissements d'hébergement pour personnes âgées est majoritairement féminine. En effet, l'enquête estime qu'à 80 ans, il y aurait 4 femmes pour 1 homme en EHPAD.

³⁶ N ° 699 de 2009.

Maladies et dépendance : La dépendance est définie par M. Duée, C. Rebillard³⁷ comme « le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel ». Elle peut être de nature physique ou psychique. En 2006, 800 000 personnes en France correspondaient à ces critères.

D'une façon globale, on peut considérer que 9 personnes sur 10 en EHPAD ont perdu de manière plus ou moins importante leur autonomie physique. De plus, la perte d'autonomie psychique liée aux pertes de l'orientation spatio-temporelle et à un trouble de la cohérence serait présente chez 55% des résidents.

En 2006, la DREES a établi que 85% des personnes en EHPAD présenteraient au moins une pathologie psychologique ou neuropsychiatrique.

Ainsi les personnes institutionnalisées sont majoritairement dans un statut de dépendance qui est souvent provoquée et entretenue par la maladie.

En conclusion :

- La majorité des personnes institutionnalisées est d'un très grand âge.
- Ce sont majoritairement des femmes.
- La plupart des résidents est dans un état de dépendance physique et / ou psychique.
- Une grande proportion de ces personnes a un syndrome démentiel et / ou souffre de troubles comportementaux et / ou dépressifs.

³⁷ DUEE M., REBILLARD C. (2006), Données sociales, la société française : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040, Paris : INSEE références.

4) Les conséquences de l'institutionnalisation...

a) ...sur les relations famille/ parent institutionnalisé

Le passage du domicile à un établissement d'accueil permanent ne se fait pas sans un bouleversement des relations entre la personne âgée et sa famille.

Le placement peut être ressenti par la personne âgée comme un **traumatisme**. Il est douloureux de passer d'un domicile intime et privé vers une institution collective et publique qui sera sans doute son dernier lieu de vie (70% des plus de 75 ans meurent en institution). Parfois le placement peut être précipité d'où une certaine brutalité ressentie par le résident. Enfin, la réduction de ses choix et de ses libertés qui survient inévitablement lors du placement peut provoquer un sentiment d'injustice qu'il exprime envers sa famille sous la forme de reproches multiples.

La famille, quant à elle, exprime souvent des sentiments ambivalents face à cette institutionnalisation. **La culpabilité** et **le sentiment d'échec** se mêlent généralement au **soulagement** de savoir son parent en sécurité dans un lieu qui lui est adapté.

Inévitablement, les relations familiales changent lors d'un placement en institution. Un troisième interlocuteur interfère désormais dans leurs relations : l'établissement et son personnel. Ainsi, la première conséquence du placement se manifeste par un déséquilibre familial.

b) ...sur l'état psychologique du résident

Le déséquilibre familial est un des facteurs qui va fragiliser le patient institutionnalisé. De plus, cela va s'accompagner de multiples autres changements car la vie institutionnelle va être à l'origine de perturbations :

L'institution est par nature sécurisante car elle protège le patient de l'environnement extérieur qu'il ne contrôle plus et surveille son état de santé. Les équipes soignantes lui prodiguent tous les soins dont il a besoin. Néanmoins, ces aménagements qui se voulaient bénéfiques pour le résident, peuvent aussi être ressentis comme une **atteinte à ses libertés**. La personne est peu à

peu dépossédée de ses libertés les plus fondamentales car tout est contrôlé par l'établissement: sa gestion du temps, manger, faire sa toilette...

La vie collective peut être difficile à vivre pour une personne ayant vécu seule ou en couple pendant de longues années. Etre confronté à ses pairs constituant une **communauté hétérogène** où coexistent tous les degrés et toutes les formes du vieillissement peut être source de malaises.

Le principal défi de la personne institutionnalisée est de se recréer un certain équilibre en s'appropriant son espace et en occupant son temps. S. Carbonnelle exprime dans son ouvrage que « la majorité des résidents peine pourtant à reconstruire un équilibre durable »³⁸. Quand la contrainte institutionnelle se fait trop forte, la personne passe par des moments de résistance, de retrait...la plupart réagit par « l'exaspération ou l'abattement, le conflit, ou le repli sur soi. ». C'est ainsi que s'exprime la « **violence symbolique du placement** ».

c) ...sur ses relations sociales et la communication

F. Germain-Vidick³⁹, psychologue, évoque le fait que même avant la naissance et jusqu'à la mort les humains sont des êtres de relations, c'est ce qui les caractérise en tant qu'être humain.

Avec le maintien des relations sociales, les individus peuvent continuer à se sentir exister. Or, la personne en institution peut voir ses **relations sociales réduites** au personnel soignant qui vient assurer ses soins quotidiens. De plus, parfois, ces personnes s'adressent au résident comme à un enfant : la syntaxe est simplifiée, les mots sont d'un registre plus familier, ils leur parlent à la troisième personne, ou encore peuvent élever le ton. Cette manière de s'adresser à la personne âgée part d'un bon sentiment , d'une envie d'aide et de création d' un climat chaleureux, mais elle « accentue l'état de dépendance et souligne le déclin des habiletés

³⁸ CARBONNELLE S., (2010), Penser les vieillesse : regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge, Paris : éditions Seli Arslan, p 175-176.

³⁹ GERMAIN-VIDICK F., Animation, relations et vie sociale en établissements, in Gérontologie et société, 2001, n° 96 (145-152)

conversationnelles. »⁴⁰ L'individualité du résident est ainsi progressivement délaissée au profit du collectif de l'établissement.

La personne âgée peut alors plonger dans une profonde **solitude** où la communication avec autrui est quasiment inexistante. La personne se replie sur elle, perd l'envie de parler. Cet isolement social peut favoriser et accélérer la perte de son autonomie psychique. Elle va perdre peu à peu ses capacités de décision et aura des difficultés à se prendre en charge dans son quotidien.

Ainsi, on peut estimer que le maintien des liens sociaux et des interactions constitue l'un des points importants à prendre en compte dans la qualité de l'adaptation chez la personne âgée. De plus, retrouver une certaine activité sociale fait partie des objectifs à atteindre pour assurer une bonne qualité de vie aux résidents en leur permettant de développer leurs réseaux de communication.

Néanmoins, peu de personnes âgées participent aux activités collectives proposées par certains établissements d'où par la même occasion une moindre stimulation de leur communication. Selon l'enquête EHPAD en 2000, seul ¼ des résidents déclarent participer régulièrement aux animations collectives de l'après-midi. Cette étude souligne également qu'à cette époque, parmi les 70 000 patients sans contact avec l'extérieur, près de la moitié n'ont aucune relation amicale à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution et ne participent à aucune activité collective.

Or, se créer de nouveaux repères pour avoir une vie équilibrée passe par la richesse des liens sociaux et de la communication qu'on peut établir avec les acteurs de son environnement. La multiplicité et la richesse des relations avec ses pairs en institutions pourraient donc constituer un des gages de réussite du placement en maison de retraite.

⁴⁰ FEYEREISEN P., HUPET M., (2002), Parler et communiquer chez la personne âgée, Paris : PUF, p 23.

La personne âgée, qu'elle soit dans un processus de vieillissement normal ou pathologique voit opérer en elle des variations cérébrales, physiques et sensorielles, ce qui peut provoquer des répercussions sur ses fonctions cognitives, sur son comportement et sur sa communication.

Dans le vieillissement normal, ces transformations sont moindres et ne sont pas de la même nature que celles observées dans le vieillissement pathologique.

Ainsi, elles perturbent de manière modérée la vie du sujet, tout en restant dans des proportions normales. La question d'une prévention de ces troubles notamment en orthophonie a été abordée et la prise en charge des personnes présentant une pathologie de type démentiel a été évoquée à la fin de ce chapitre.

Le chapitre suivant sera consacré aux rôles qui sont attribués à l'orthophoniste dans la prise en charge de ces personnes avec un syndrome démentiel en particulier. Quel objectifs sont visés ? À quel niveau ce professionnel peut-il intervenir ? Sous quelle forme la prise en charge peut-elle être abordée ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ?...

Chapitre II : Le rôle de l'orthophoniste

Les Approches thérapeutiques en orthophonie⁴¹ précisent que « la rééducation de la mémoire, du langage, de la voix, de la communication verbale », ainsi que les « techniques de réapprentissage » des personnes avec une maladie neuro-dégénérative sont celles de l'orthophonie.

Ces techniques ont fait l'objet d'une évaluation par l'ANAES (dossier de nomenclature de Juin 2001) et ont conduit la commission de la nomenclature, le ministère de la santé et l'académie de médecine à inscrire aux compétences des orthophonistes et à leur nomenclature en 2002 le libellé suivant : « Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives ».

Ces auxiliaires médicaux, agissant sur prescription médicale, interviennent donc dans le cadre des thérapeutiques non-médicamenteuses.

Avec les patients atteints de démence, on ne parlera pas de « rééducation » au sens strict du terme. En effet, avec le grand âge, il est impossible d'intervenir dans un but de restauration des capacités perdues. Néanmoins, on parlera bien de « prise en charge » car l'orthophoniste, en tant que thérapeute de la communication, se doit d'intervenir auprès de ces patients dans le cadre d'un maintien de leurs possibilités de communication et de leurs capacités cognitives restantes, afin de leur assurer le meilleur confort physique et mental possible.

⁴¹ ROUSSEAU T., (2008), Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 4 : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique, Isbergues : Ortho-Edition, 2ème édition.

A. La prise en charge orthophonique : Le Fond

1) Les différentes approches

Trois prises en charge se sont intéressées aux patients atteints de DTA.

➤ La thérapie comportementale :

Cette pratique est surtout utilisée dans les pays anglo-saxons. Inspirée des méthodes behavioristes, elle privilégie l'analyse fonctionnelle et le repérage des conduites dans le but de modifier les variables environnementales, en espérant une modification de ces conduites.

Au niveau de la communication, l'approche tente de favoriser la communication verbale et non-verbale des malades Alzheimer. Elle préconise des attitudes « communicatives » à avoir face au malade afin d'inciter le patient à interagir avec son environnement.

Néanmoins, cette thérapie a une vision homogène des troubles de la DTA. Ainsi elle suppose que les sujets répondront tous de la même façon aux modifications comportementales proposées. Or, les spécialistes de la DTA, comme cela a été évoqué précédemment, soutiennent l'hétérogénéité des troubles au niveau des stades d'évolution, sur le plan inter et intra individuel.

➤ La thérapie cognitive :

Cette thérapie, due en particulier à X. Seron et M. Van Der Linden, se fonde sur l'hétérogénéité de la DTA et privilégie la nature des déficits cognitifs sous-jacents aux troubles.

Elle utilise les capacités résiduelles des patients, elle souhaite réorganiser les processus sous-jacents et s'inscrit dans la modification de certains paramètres de l'environnement. Cette rééducation veut exploiter de façon optimale les potentialités des sujets demeurées intactes.

Néanmoins, à un stade avancé de la démence, les potentialités s'avèrent très limitées d'où une approche peu efficace lors de l'évolution de la maladie.

➤ La thérapie éco-systémique :

La récupération dans les maladies neuro-dégénératives est vouée inévitablement à l'échec. Cette approche, initiée par T. Rousseau, n'utilise donc pas l'approche sémiologique comme en aphasiologie. Cette thérapie se veut une prise en charge globale des troubles de la communication.

Elle va prendre en compte le malade dans son environnement. Cette approche se fera tant au niveau du patient qu'à celui de son entourage.

Elle va déterminer comment la personne communique, en analysant à l'aide d'une grille ses capacités pragmatiques. Ainsi, elle proposera un renforcement des capacités préservées et préconisera des attitudes et circonstances facilitatrices pour l'émergence du langage. Également, les mesures prises permettront à l'entourage d'adapter sa communication avec son proche.

2) Les objectifs visés

En regard de l'hétérogénéité de la symptomatologie démentielle et de son évolution, les objectifs de la prise en charge orthophonique ne seront pas la récupération de la fonction mais bel et bien le maintien des possibilités de communication comme le mentionne la nomenclature.

De plus, l'orthophoniste pouvant intervenir à tous les stades d'évolution de la maladie, la prise en charge se vaudra évolutive, du point de vue des techniques employées et des objectifs visés.

En phase initiale, la prise en charge précoce portera en priorité sur les troubles cognitifs (mémoire, attention, premiers troubles du langage).

Avec l'avancée de la maladie, le thérapeute, notamment en ce qui concerne la dégradation du langage, s'attachera à maintenir et à adapter les fonctions de communication. Son but sera de préserver la communication du patient avec son entourage, son environnement, afin qu'il

puisse exprimer des demandes, des désirs ou des plaintes afin de le maintenir durablement dans une position d'interlocuteur à part entière.

3) La rééducation

a) L'attitude du thérapeute

Dans la mesure où l'on sait que le malade atteint de cette pathologie ne peut plus s' « adapter », c'est bien à son interlocuteur, que ce soit son thérapeute ou son entourage, à qui on va demander des efforts. Ainsi l'orthophoniste se doit d'appliquer ces attitudes communicatives mais se doit également de les expliciter à l'ensemble de l'entourage du patient.

T. Rousseau⁴² conseille donc, de façon générale, de :

- Parler lentement et laisser du temps au patient pour répondre.
- Etre clair et logique dans ses intentions de communication.
- Avoir une attitude réceptive, bienveillante en évitant les situations de mise en échec.
- Préférer les questions avec des réponses oui/non, donner un choix de réponse.
- Prendre en compte les messages non-verbaux et ne pas hésiter à les utiliser également. Ainsi les mimiques, les gestes seront couramment utilisés et on accordera une grande importance au toucher et au sourire afin d'assurer le contact.
- Ne pas changer trop rapidement de thème de discussion.
- Reprendre les dires du patient avec la bonne construction logique.
- Pallier le manque du mot en encourageant les périphrases, les gestes, en proposant des choix multiples...
- Maintenir le contact visuel et se placer au même niveau que le malade pour une meilleure compréhension.

⁴² ROUSSEAU T., (2007), Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et pris en charge, Isbergues : Ortho-Edition, p 107-110.

- Faire preuve de déduction et d'interprétation prudente.

b) Ce qui peut être abordé en rééducation orthophonique avec ces patients

Lors de ces séances de « rééducation », l'orthophoniste, en plus d'une attitude communicative facilitante, peut aborder les points suivants :

- L'orientation temporo-spatiale :

Venir en rééducation, de façon régulière, dans le même lieu, constitue déjà en soi un travail sur le plan temporel et spatial. L'orthophoniste pourra également mettre en place des procédés facilitants comme la mise en place d'aides mémoire externes (notes, calendriers...)

On pourra également travailler les notions spatiales en se repérant sur un plan et au niveau temporel en rappelant des données personnelles au patient (sa date de naissance, lieu de vie...)

- Stimulation praxique et gnosique :

Les gnosies qui interviennent dans les traitements des informations sensorielles peuvent être fréquemment déficitaires lors de la maladie d'Alzheimer. Ce trouble est indépendant des troubles lexico-sémantiques et provoque chez le patient une incapacité à reconnaître des objets courants ou même des visages familiers. L'orthophoniste peut stimuler ces tâches de reconnaissances visuelles ou auditives en présentant des photos de son entourage, des personnes connues ou encore l'exercice de reconnaissance de bruits (familiers, instruments de musique...)

Les praxies sont les fonctions de gestion et de pré-programmation des gestes intentionnels. En proposant des manipulations d'objets divers, des reproductions de gestes arbitraires ou de dessins, l'orthophoniste peut agir sur les praxies.

- Les fonctions exécutives :

Dans la DTA, les difficultés d'organisation, de planification et d'attention sont prégnantes. La personne perd ses capacités d'initiation verbale et gestuelle, la résolution de problème est délicate et ses capacités d'inhibition et de flexibilité mentale sont amoindries. Ces troubles apparaissent relativement tôt dans la maladie et sont responsables, avec le ralentissement du traitement de l'information, de la plupart des conséquences néfastes sur sa vie quotidienne.

Le thérapeute pourra proposer des tâches de planification (d'une journée, de préparation d'un repas...) pour aider le patient dans son quotidien. On lui proposera des exercices de fluence verbale et de réalisation de séquences gestuelles pour pallier le manque d'initiation verbale et motrice. On lui demandera de réaliser des résolutions de problèmes logiques, d'exercices de jugement de similitudes ou encore d'explications de proverbes afin de stimuler la pensée abstraite.

- La mémoire :

Plusieurs sous-systèmes de la mémoire peuvent être touchés par la DTA. L'orthophoniste ne tentera pas de restaurer ces fonctions mais tentera de mettre en place des stratégies pour encoder le message, le stocker et le récupérer.

La première étape de la mémoire est l'encodage de l'information. Elle permet de traiter une information sensorielle et de la transformer en représentation mentale afin qu'elle puisse être éventuellement stockée à plus long terme. Cette représentation mentale sera interconnectée avec d'autres stockées antérieurement afin de lui donner tout son sens.

L'orthophoniste pourra faciliter l'encodage et les relations entre les mots en n'hésitant pas à répéter, en proposant des exercices sur la catégorisation, sur les champs sémantiques et lexicaux, ou encore avec des tâches d'élaboration d'images mentales. Les moyens mnémotechniques peuvent également être utilisés pour cette phase d'encodage.

Le deuxième temps consiste au stockage qui est lié au phénomène de consolidation du souvenir. Utiliser fréquemment l'information apprise permet une meilleure fixation.

La dernière étape est la récupération qui permet de restituer une information stockée. L'orthophoniste se sert des mêmes procédés de facilitation qui ont servi à l'encodage. Il peut utiliser trois formes de rappels : le rappel libre, le rappel indicé et le rappel par association.

Si les stratégies s'avèrent inefficaces, l'orthophoniste peut également mettre en place avec le patient l'utilisation de plannings, de notes personnelles, des cahiers mémoires...

- Le langage :

Le langage est progressivement atteint avec l'évolution de la maladie. L'orthophoniste veillera, en premier lieu, à évaluer le niveau de compréhension du patient. La compréhension orale pourra être vérifiée et travaillée avec des tâches d'exécution de consignes, de désignation d'images ou de catégories correspondant à un mot. La compréhension écrite, bien que précocement dégradée en général, pourra être abordée par la lecture de mots, de phrases et de textes.

Le langage oral du patient est caractérisé par un manque du mot majeur, avec la présence de paraphrasies et de périphrases. Le patient présente également une fluence ralentie et la possible apparition de persévérations. L'expression orale peut être approchée par une simple discussion (de façon duelle ou en groupe). On peut proposer des tâches plus analytiques comme des exercices de fluence, de définitions de mots, de descriptions d'images ou encore de dénomination.

Si le manque du mot est persistant, on aidera le patient par l'ébauche sémantique (en donnant la catégorie, un mot de la même famille) ou par l'ébauche phonologique (ébauche orale du début du mot, aide par les rimes).

Lorsque l'expression verbale est de plus en plus limitée, l'orthophoniste se concentrera davantage sur les éléments non-verbaux de la communication : l'intonation, la mimique, le rythme, les gestes... sans interprétation hâtive.

- La communication :

Le malade de DTA, tout au long de sa maladie, reste un être doué de communication avec son entourage familial ou soignant.

Lors de la relation thérapeutique, l'orthophoniste sera sensible à la communication non-verbale de la personne, à toute attitude ou geste évoquant un langage, quel qu'il soit. Il tâchera de créer un espace de confiance où le patient se sentira libre de s'exprimer.

L'orthophoniste pourra également servir de lien entre l'entourage et le malade. Son métier consistera aussi à expliquer les répercussions de la maladie sur le langage à la famille et au personnel soignant. Il tentera de mettre en place des attitudes facilitatrices pour la communication avec la personne atteinte de DTA. Ce sera à l'entourage de s'adapter pour garder le lien avec son parent.

B. La prise en charge orthophonique : la Forme

La prise en charge orthophonique des personnes âgées démentes peut revêtir différentes formes et différents lieux.

Le thérapeute exerçant en libéral peut effectuer les « rééducations » au sein même de son cabinet ou au domicile du patient. Au cours de l'évolution de la maladie il est parfois difficile de maintenir la personne à son domicile, ainsi l'institutionnalisation peut être envisagée. L'orthophoniste peut donc dans ce cas, intervenir au sein même de la structure d'accueil de la personne âgée.

La prise en charge, comme beaucoup d'autres pathologies qui intéressent l'orthophonie, peut être effectuée en individuel, ou en groupe.

1) La prise en charge individuelle...

Avantages :

L'avantage d'être en relation duelle permet au thérapeute de se consacrer entièrement à son patient et de créer une véritable prise en charge personnalisée qui s'adaptera à ses troubles, ses envies, ses besoins. Il peut ainsi être au plus proche des attentes du patient et des aidants en matière de communication.

Au sein de la structure d'accueil, la visite hebdomadaire de l'orthophoniste sera bénéfique pour le patient, car cela constituera un repère spatio-temporel de plus dans son quotidien. L'orthophoniste et son patient pourront créer une véritable relation thérapeutique basée sur l'écoute et le respect mutuel.

La pratique individuelle revêt donc des aspects positifs pour le malade et l'orthophoniste. Néanmoins, cette relation duelle n'est pas toujours facile à mettre en place d'un point de vue pratique : manque de personnel, gestion du temps difficile pour le thérapeute ou pour l'institution en charge de la personne âgée, coût budgétaire...

Limites :

Des biais apparaissent dans cette pratique comme l'évoque S. Boulanger dans son mémoire d'orthophonie : « dans une relation duelle, l'attention est portée exclusivement sur l'autre : cette « *pression* » peut-être génératrice d'anxiété, de malaise pour la personne démente. »

De plus, la communication doit pouvoir s'établir entre deux personnes mais elle doit aussi s'étendre à l'ensemble des individus. En institution, le patient devra pouvoir communiquer avec son encourage familial, les soignants mais également avec les autres résidents s'il le souhaite. Or, la prise en charge individuelle ne favorise pas les échanges entre pairs, pourtant la stimulation de la communication a aussi comme but de rompre l'isolement social et affectif que peuvent éprouver les personnes institutionnalisées.

2) ...Ou en groupe

La rééducation de groupe en orthophonie est possible et revêt de nombreux avantages pour la prise en charge de la personne âgée. Avant de nous intéresser au fonctionnement de ces groupes dans les structures d'accueils de personnes âgées, il est important en premier lieu d'étudier la notion même de groupe.

a) Définitions

Qu'est-ce qu'un groupe ? Le concept de groupe définit au sens large un ensemble de personnes réunies ou qui peuvent et veulent se réunir. On peut parler de groupe à partir de trois personnes.

En effet, D. Anzieu⁴³, en plus de cette définition générale, expose plusieurs types de groupes. Néanmoins, ne sera retenu dans cette étude que la définition de « **groupe restreint** », aussi appelé groupe primaire, étant celle correspondant au groupe mis en place dans l'expérimentation.

En effet, un groupe restreint se base sur les critères suivants :

Critère de taille :

Selon l'auteur, 6 à 13 personnes sont nécessaires à la constitution d'un groupe restreint. Ainsi, chacun peut avoir une perception des autres et de nombreux échanges interindividuels peuvent avoir lieu.

Critère de but :

Les membres du groupe ont des buts en commun qui relèvent des intérêts de chacun.

Critère affectif :

Au sein du groupe les relations affectives peuvent devenir intenses entre les membres (sympathie, antipathie...) et constituer des sous-groupes d'affinité.

⁴³ ANZIEU D., MARTIN J-Y., (1997), La dynamique des groupes restreints, Paris : PUF, 11ème édition.

Critère d'interdépendance :

Les membres d'un groupe peuvent avoir des rôles différents mais il se crée entre eux un sentiment de solidarité. De plus, cette union morale peut être appliquée en dehors des temps de réunion. Le groupe, ainsi constitué, génère un ensemble de rites, de normes et croyances propres qui constituent en quelques sortes un code spécifique.

L'auteur précise cependant que toutes ces caractéristiques ne sont pas nécessairement présentes à la fois dans le même groupe.

b) La communication dans un groupe

La communication au sein d'un groupe diffère d'une relation de communication duelle. C. Maccio⁴⁴ explicite cela dans un schéma dont on peut retenir les points suivants :

Les objectifs : Dans un groupe, on ne peut communiquer que si l'on a une information à donner ou si quelqu'un nous a demandé d'intervenir. La nature de l'objectif va conditionner aussi bien le contenu du message que la façon de le transmettre.

La source d'information : Elle dépend essentiellement de la nature de la communication. La source peut émaner de soi-même (réflexion, idée personnelle...), d'autrui (ordre, instruction...) ou de documents.

L'émetteur : Il amorce la communication en transmettant un message clair. Il tient la clé des relations dans le groupe. Il va donner le ton des échanges suivants et une certaine forme à la dynamique du groupe. Une fois cette amorce faite, tous les membres du groupe peuvent devenir des émetteurs.

Le récepteur : Le récepteur doit écouter et comprendre le message transmis par l'émetteur, afin de pouvoir réagir et répondre. Au sein du groupe, le récepteur est constitué de plusieurs personnes à la fois.

⁴⁴ MACCIO C., (1997), Animer et participer à la vie de groupe, Lyon : Chronique Sociale, cf. annexe I.

Le message : C'est le lien entre les personnes du groupe. Il comporte un contenu explicite (dénotation) ainsi qu'un contenu implicite (connotation) qui peut faciliter ou déformer le message, surtout dans un groupe en regard du nombre des interlocuteurs.

La structure : Elle est composée de :

- signes : ce sont les éléments de base (ex : l'alphabet pour l'écriture...)
- codes : l'organisation des signes (ex : mots, phrases...)
- canaux : ils sont constitués par les canaux physiologiques qui sont ceux de nos sens et les canaux techniques : le téléphone, la télévision...

Les déviances : Elles déforment la communication. Elles sont constituées par les préjugés, les interférences, les présupposés, les rumeurs...

Feed-back et ajustement : Le feed-back augmente la certitude de la perception et de la compréhension du message. Il permet de poursuivre l'échange sur des bases saines. L'ajustement est parfois nécessaire afin de modifier l'attitude de l'émetteur ou du récepteur.

c) Les différents types de groupes

Différents thérapeutes peuvent s'occuper de la personne présentant une maladie neuro-dégénérative. Ils peuvent mettre en place des groupes de rééducation avec ces personnes.

➤ Les groupes de parole :

Les groupes de parole sont encadrés par un psychologue. La personne institutionnalisée peut avoir perdu bon nombre de ses repères, ainsi ce rassemblement lui permet d'avoir à sa disposition un lieu et un temps où elle pourra évacuer ses angoisses et exprimer ses affects.

➤ Les groupes de conversation :

Les groupes de conversation peuvent réunir une quinzaine de personnes et sont encadrés par un membre de l'équipe soignante. C'est un temps de parole entre soignants et soignés.

D'après C. Mémin⁴⁵, il « favorise l'accroissement d'un réseau de communication entre eux et permet de rapprocher les générations ».

➤ Les groupes de langage :

Les groupes de langage sont quant à eux encadrés par des orthophonistes. Leur but est d'utiliser au mieux les capacités résiduelles des sujets dans un objectif de maintien et de stimulation sur un plan langagier, communicationnel et cognitif.

d) Caractéristiques des groupes de langage en gériatrie

Les lectures effectuées ont mis en évidence des caractéristiques importantes à prendre en compte lors de la constitution de groupe de langage avec des personnes âgées.

Tout d'abord il s'avère important, en milieu gériatrique, d'avoir une certaine **régularité sur le plan temporo-spatial**. En effet, ces personnes, souvent désorientées, sont très sensibles à ce cadre fixe, et donc se retrouver dans le même lieu, le même jour à horaire régulier sera primordial pour la bonne organisation du groupe.

I. Eyoum⁴⁶, orthophoniste, précise qu'il est important pour les patients d'être toujours **placés dans le même ordre**, car cela aurait le pouvoir de rétablir des règles sociales.

De plus, il faut veiller à placer les personnes stratégiquement. Une personne presbycusique sera par exemple placée préférentiellement proche de l'orthophoniste.

Elle précise également que le leader du groupe, s'il y en a un, devra être canalisé et ne pas se positionner en tant que tel. Son rôle se limitant à relancer les activités si elles dérivent.

En ce qui concerne le nombre de participants, le plus efficient est de **ne pas dépasser quatre patients par soignant**. On rajoutera que le nombre de participants doit être adapté à leur déclin cognitif. Plus celui-ci est important, plus sera restreint le nombre de participants. L'encadrement sera assuré par au moins deux personnes.

⁴⁵ MEMIN C., (2001) Comprendre la personne âgée, Paris : Bayar Editions, p 42.

⁴⁶ EYOUM I., L'orthophoniste en gériatrie, pourquoi, où, comment ?, in Ortho magazine, octobre 2002, n° 42, p 19.

Classiquement, dans la nomenclature, **des groupes homogènes** sont conseillés pour faciliter la prise en charge. Néanmoins, certaines orthophonistes comme I. Eyoum, F. Marquis ou certains auteurs comme D. Anzieu ne sont pas contre **un groupe hétérogène** qui peut lui aussi apporter des effets bénéfiques au groupe.

L'hétérogénéité est selon lui « génératrice de tensions, est à la fois moteur de la progression du groupe et la source de sa créativité. »

I. Eyoum quant à elle envisage les deux types de groupes, qu'ils soient homogènes ou non. Les membres d'un groupe hétérogène peuvent avoir des niveaux de communication très différents. Ainsi on pourra mélanger des déments de type Alzheimer avec d'autres pathologies comme la maladie de Parkinson, des personnes non diagnostiquées mais avec un fort déclin cognitif...

Parallèlement à ces données concernant le groupe, il est important d'explicitier le rôle que va jouer l'orthophoniste. En plus de son rôle de thérapeute, qui consistera à créer des situations où tous types de langage et de communication seront favorisés, où les capacités cognitives restantes du sujet seront exploitées, **l'orthophoniste se devra de gérer les relations au sein du groupe.**

Il va donc devoir prévenir les risques de conflits en adoptant les bons comportements, gérer l'émotionnel qui peut apparaître parfois. Il va devoir créer un espace d'accompagnement et de développement de la communication de l'ensemble des membres du groupe.

e) Exemples de groupes de langage existants

C'est en 1985 que les premiers groupes de langage ont été mis en place par Mme Girolami-Boulinier, orthophoniste, dans des hôpitaux et maisons de retraites parisiens sous l'étiquette : « Parler, lire et chanter ensemble » dans le but de recréer le désir et l'utilisation de la parole ensemble et en dialogue.

A la base, ces groupes s'adressaient à des personnes très âgées sans troubles sensoriels graves, ni de manifestations aphasiques ou de détériorations intellectuelles trop importantes. Les séances se déroulaient en plusieurs temps :

- Un temps d'ouverture avec la présentation des participants et un repérage spatio-temporel avec le rappel de la date et du lieu.
- Un temps d'exercices cognitifs et langagiers : lectures de poèmes, évocations de mots sur un thème, récits sur images, productions écrites.
- Un temps de clôture avec le chant collectif d'une chanson d'antan.

F. Marquis⁴⁷ a également mis en place des groupes de langage. Elle s'est basée sur l'organisation de Mme Girolami-Boulinier en instaurant des temps de reconnaissance d'autrui, d'orientation dans le temps et l'espace, d'expression orale et écrite, de raisonnement et des exercices faisant participer la mémoire.

Depuis ces débuts prometteurs, la prise en charge des personnes âgées en groupe n'a fait que se développer et dès lors de plus en plus d'orthophonistes s'attachent à ce procédé de rééducation avec cette population si particulière.

En effet, des ateliers d'écriture se mettent en place, des rééducations basées sur la musicothérapie prennent de l'ampleur, des groupes contes se multiplient, pour ne citer que ces quelques exemples.

f) Les intérêts de la rééducation en groupe...

D'une manière générale, les personnes participant au groupe se sentent portées par une véritable dynamique qui **stimule les échanges**. I. Eyoum⁴⁸, en a remarqué les effets bénéfiques : « Mon expérience en gériatrie m'a montré que les résultats pour rétablir la communication étaient meilleurs et plus rapides pour les personnes ayant bénéficié d'une prise en charge de groupe ».

Le groupe offre une stimulation importante de la communication entre ses membres et avec le thérapeute. Il peut être considéré comme un espace favorisant les interactions entre pairs et permettant aux patients d'expérimenter les deux positions de la relation d'aide, à savoir : aider

⁴⁷ Orthophoniste à Paris, présidente de ARCOGE (Association de Recherche et de Communication d'Orthophonie en Gériatrie)

⁴⁸ EYOUM I., L'orthophoniste en gériatrie, pourquoi, où, comment ?, in Ortho magazine, octobre 2002, n° 42, p18.

et être aidé. Il est un système de soutien, d'une part de patient à patient, d'autre part de thérapeute à patient.

Ce cadre incite à la verbalisation. En effet, il est nécessaire que chacun apprenne peu à peu à mettre en mots ses envies, ses émotions pour que le reste du groupe puisse en tenir compte. De plus, le groupe favorise l'essor du langage fonctionnel en privilégiant des conversations spontanées entre les membres. Cela peut même s'étendre en dehors de l'atelier langage.

La prise en charge en groupe s'avère également **adaptée au contexte institutionnel**.

En effet, le groupe représentera pour la personne institutionnalisée un repère de plus dans le temps et l'espace. La personne dépendante trouvera un cadre qui la rassure, qui lui assurera un temps d'écoute et de parole afin de lutter contre les épisodes confusionnels.

Par ailleurs, la personne favorise les rencontres avec les personnes vivant au sein de la même institution qu'elle. En effet, bien que l'institution offre un cadre collectif avec des lieux communs favorisant les échanges, de nombreux résidents n'entrent pas en communication avec leurs pairs, surtout à leur arrivée. Le groupe peut alors servir de facilitateur afin de rompre l'isolement social et affectif. Il peut jouer le rôle d'une activité sociale de substitution par rapport à une vie de quartier.

Le groupe, s'avère être également un endroit de revalorisation, un endroit de liberté pour la personne démente qui est libre de s'exprimer ou non, de partir, de participer ou même de s'assoupir si elle le souhaite. C'est un lieu où la personne est replacée en tant **qu'être communicant à part entière**, tout cela dans le plaisir partagé d'être ensemble.

Le groupe permet donc d'être un lieu où le **lien** prend tout son sens (du latin *ligare*: mettre ensemble, attacher; par extension : *rapprocher, unir*).

g) ...et ses limite(s)

La relation thérapeutique qu'offre la situation de groupe ne permet pas, comme dans une relation duelle, d'offrir une prise en charge personnalisée spécifique au(x) trouble(s) de chacun.

De plus, constituer un groupe demande de la part de ses membres une réelle envie de se réunir et de partager des moments ensemble. Or, les patients déments ne ressentent pas toujours ce besoin d'entrer en contact avec autrui en raison des troubles grandissants sur le plan langagier, cognitif et comportemental.

Enfin, certains, en proie à des phénomènes de déambulation ne peuvent pas, physiquement, rester une heure, voire plus, dans un endroit défini.

Pour conclure,

La prise en charge, qu'elle soit en individuelle ou en groupe, présente des avantages et des limites. Il semble important de proposer, au cas par cas, la rééducation la plus adéquate pour la personne sachant qu'une prise en charge sur les deux plans serait le moyen le plus efficient pour le bien-être général de la personne.

La prise en charge des patients Alzheimer requiert de grandes facultés d'adaptation de la part de l'orthophoniste. Il va devoir accorder le fond et la forme de sa rééducation, que ce soit en individuel ou en groupe.

La rééducation de groupe, d'autant plus lorsque celui-ci sera hétérogène, devra pouvoir rassembler ces personnes qui peuvent être parfois différentes dans les manifestations de leurs troubles. La question de l'outil à utiliser lors des séances de groupe peut alors être posée.

Le chapitre suivant va définir plus précisément l'outil conte qui pourrait être adapté dans une rééducation orthophonique de groupe.

Chapitre III : Le conte

Je vous laisse découvrir, en première approche du conte, cet extrait issu des premières pages du livre « La clé des contes⁴⁹ » de B. Bricout, spécialiste de la littérature orale. Pour elle les contes constituent...

« Un univers tissé d'histoires et de mémoire qu'il nous faudrait peut-être apprendre à décrypter. Les contes disent à mots couverts quels secrets se cachent entre les feuilles de basilics, dans l'eau de la claire fontaine et la courbure de l'arc en ciel.

Parce qu'ils ont été transmis de génération en génération, portés par la parole vive, ils conservent en eux la trace de gestes et de mots ordonnés dans une trame où tout fait sens, invisible et pourtant présente, une trame où chatoient d'obscures merveilles depuis longtemps perdues pour nous.

Contes, comptines, berceuses, formulettes, devinettes, récits de nourrices ou de grands chemins. C'est une toile de mémoire et de patience, ourlée d'oubli, où l'on peut lire en filigrane la longue histoire de l'univers. C'est une rumeur aussi, venue du fond des âges, comme celle des coquillages ou parfois l'on entend la mer.

Mais les contes nous diront-ils, avec les secrets de la vie, les peurs et les espoirs des hommes, en quel lieu chercher aujourd'hui la musique du cœur du monde ?

Peut-être dans cette cassette dont nous avons perdu la clé. »

Avant de se pencher sur les intérêts que présente le conte d'un point de vue thérapeutique, il faut s'interroger sur les origines et la définition de ce que sont les contes merveilleux.

⁴⁹ BRICOUT B., (2005), La clé des contes, Lonrai : Seuil, p 13.

A. Origine et définition du conte

1) D'où proviennent les contes ?

Les contes constituent souvent un compagnon de voyage de l'enfance. Cela est d'autant plus vrai que les contes ont une histoire qui remonte à plusieurs milliers d'années et ont un caractère universel.

M-L Von Franz expose la genèse de la création des contes dans une partie de son ouvrage⁵⁰. Elle cite par exemple le Père Schmitt⁵¹ qui avance certains indices prouvant que quelques-uns des thèmes principaux des contes de fées remonteraient jusqu'à 25 000 ans av JC.

Certains contes ont été découverts dans des stèles et dans des papyrus égyptiens, l'un des plus connu étant « Le conte des Deux Frères » dont on a une trace écrite remontant à près de 3000 ans. De plus, ces contes de l'Égypte ancienne montrent des similitudes stupéfiantes avec certains récits modernes.

Jusqu'au XVIIème siècle, les contes de fées n'étaient que racontés. A cette période, les contes représentaient, pour la population agricole, la principale forme de distraction hivernale. Ils étaient souvent associés à la veillée à laquelle participaient les villageois de tout âge. Le récit des contes de fées devint ainsi une occupation spirituelle essentielle et avait une fonction de lien social.

Cette tradition orale ne fut collectée par écrit qu'à partir du XVIIIème siècle. En France, la première collection qui connut le succès fut : « Contes de ma mère l'Oye » de C. Perrault.⁵²

Un siècle plus tard, en Allemagne, les frères Grimm⁵³ suivis par des historiens et des folkloristes, consignèrent par écrit les récits oraux. Leur objectif était de collecter le plus fidèlement possible les versions originales afin de conserver une trace de cette précieuse tradition orale. Ce fut un énorme succès et dès lors, dans chaque pays, on commença à rassembler les contes issus du terroir.

⁵⁰ VON FRANZ M-L., (1980), L'interprétation des contes de fées, Paris : La Fontaine de Pierre, p12.

⁵¹ SCHMITT W., (1926-1955), Der Ursprung der Göttesidee, 12 vol., Münster.

⁵² PERRAULT C. (1697), Conte de ma mère l'Oye, Paris.

⁵³ GRIMM J. et W. (1857) Contes de Grimm.

Aujourd'hui, les contes ont perdu de leur essence sociale de rassemblement. Ils ont gardé leur raison d'être plus spécifiquement dans un but d'amuser et de faire rêver petits et grands.

De plus, depuis les années 1970, l'art de conter prend de l'ampleur et se définit comme une véritable pratique artistique. Des formations apparaissent pour tenter d'enseigner, à qui se sent la fibre, de devenir des conteurs à part entière.

2) Qu'est-ce qu'un conte ?

Globalement, le conte se définit comme **un récit d'événements imaginaires**. Dans sa préface, V. Propp⁵⁴ considère les contes merveilleux comme les contes « au sens propre du mot » ; pour B. Bettelheim⁵⁵ c'est même une sorte « d'œuvre d'art ». D'un point de vue morphologique, Propp appelle conte merveilleux « tout développement partant d'un méfait ou d'un manque, et passant par les fonctions intermédiaires pour aboutir au mariage ou à d'autres fonctions utilisées comme dénouement ».

Pour J-M Gillig⁵⁶, ce qui caractérise tous les contes, « qu'ils soient pour adultes ou enfants, c'est qu'ils s'apparentent au récit « vrai » ou qu'ils ne concernent que la seule fiction, c'est avant tout qu'ils appartiennent à la littérature de type narratif relatant des faits qui ont un début, un développement et une fin dans le temps du récit énoncé ».

Le conte, qui prend sa source à l'oral est appelé conte populaire car il comporte un aspect communautaire et traditionnel, tant par la manière de sa création que dans sa transmission au fil des siècles. C'est un genre appartenant à la littérature orale au même titre que les légendes, mythes, fables... Mais alors, comment différencier le conte de ces autres types de littérature orale ?

⁵⁴ PROPP V., (1970) Morphologie du conte, Paris : Seuil, p 6.

⁵⁵ BETTELHEIM B., (1976), psychanalyse des contes de fées, Paris : éditions Robert Laffont, p 24.

⁵⁶ GILLIG J-M., (1997), Le conte en pédagogie et en rééducation, Paris : Dunod, p 9.

a) Différence(s) contes et mythes

Un **mythe** est un récit qui se veut explicatif et fondateur d'une pratique sociale. C'est une production culturelle, avec une forme solennelle. Le conte, lui, ne comporte pas d'adjonctions culturelles conscientes. Il offre un espace de réflexion, d'imagination libéré de toutes contraintes.

Les mythes narrent les exploits de héros n'appartenant pas à la catégorie des simples mortels. C'est une histoire unique car jamais elle n'aurait pu arriver à quelqu'un d'autre, ni ailleurs. Les contes relatent des événements généralement improbables mais ils sont toujours présentés comme quelque chose de tout à fait ordinaire qui peut arriver à n'importe qui, à l'occasion d'une promenade en forêt.

Au niveau de la conclusion, les mythes se veulent pessimistes alors que les contes de fées, dans la grande majorité des cas, suivent un dénouement heureux.

b) Différence(s) contes et légendes

Les **légendes** sont des récits fictifs faisant appel au merveilleux mais qui sont, contrairement au conte, liées à des faits historiques identifiables dans un lieu géographique précis. La légende est plus soucieuse du détail que le conte.

Selon M-L Von Franz, « Si on compare la légende à un corps, le conte serait le squelette, la partie indestructible, ce qu'elle a de plus essentielle, son noyau éternel. »

c) Différence(s) contes et fables

Selon B. Bettelheim, les **fables** sont aussi des contes populaires qui sont transmis de génération en génération. C'est un court récit, écrit plutôt en vers qu'en prose, cherchant à enseigner des valeurs morales par la mise en scène d'objets animés, d'animaux ou de personnages fictifs.

Les contes de fées peuvent également présenter une morale, mais elle n'est que rarement (excepté chez C. Perrault) expliciter. Les contes laissent à chacun la décision d'extraire et d'appliquer la vérité morale qui s'en émane.

En résumé : le conte ...

- Relate des événements extraordinaires présentés de manière banale.
- Est explicitement fictif : l'auteur sait d'avance que l'histoire n'est pas réelle. Le faible ancrage temporo-spatial ainsi que les éléments fantastiques corroborent dans ce sens.
- N'impose ni données culturelles précises, ni personnages, lieux et temps clairement identifiables.
- Relate l'histoire d'un personnage quelconque, sans pouvoir surnaturel, mais qui peut bénéficier d'aides merveilleuses.
- Délivre des valeurs manichéennes : il y a des oppositions simples (le bien/ le mal...)
- Se veut optimiste dans son dénouement avec la présentation d'une solution au problème ou au manque initial.
- Peut comporter une morale mais elle n'est jamais exprimée clairement.
- Est un espace de liberté : liberté d'imaginer, de rêver, de réfléchir, de faire des liens, ou non, avec des points personnels.

Maintenant que la différence est faite entre les contes et les autres genres littéraires, Le deuxième point va étudier désormais quelles disciplines se sont intéressées aux contes de fées.

B. Travaux sur le conte

Afin de saisir au mieux l'utilité du conte, il faut approfondir sa définition en étudiant les différents travaux qui se sont intéressés à lui.

1) Les travaux des Folkloristes

Les folkloristes ont comme but principal de collecter les contes populaires et d'en effectuer un classement en plusieurs catégories.

En 1910, A. Aarne et S. Thompson⁵⁷ folkloristes finnois, ont établi une classification qui est encore d'actualité. Elle comprend 2340 types de contes répartis en quatre catégories:

- *Les contes d'animaux* : les protagonistes sont des bêtes à caractéristique humaine. **(De 1 à 299)**
- Les contes proprement dits, englobant : *les contes merveilleux* (avec la présence d'êtres surnaturels, d'objets magiques) et les *contes religieux* (contenu chrétien mais se distinguant des légendes). **(De 300 à 1 199)**
- *Les contes facétieux* : récits où l'on se moque des gens riches, des pauvres, des sots... **(De 1 200 à 1999)**
- *Les contes à formules* : souvent des *randonnées*⁵⁸ ou *contes en chaîne* : ce sont des récits dont l'énumération est la base et leur fonction est d'exercer la mémoire. **(De 2000 à 2 340).**

Il peut aussi exister des *contes dits étiologiques* qui ont pour but de donner une explication imagée à un phénomène ou une situation dont on ne maîtrise pas l'origine, par exemple : Pourquoi la mer est salée ?

P. Delarue et M-L. Ténèze dans « Le Conte populaire français » en 1977, reprennent la classification internationale élaborée par les finnois et l'adaptent au conte populaire français. Ils définissent ainsi les contes merveilleux, les contes d'animaux et les contes religieux.

2) Les études sur le plan psychanalytique

Ces études reposent principalement sur le contenu que véhicule le conte. Celui-ci jouerait un rôle important sur l'inconscient.

Les contes plongent les lecteurs ou les auditeurs dans un univers imaginaire. Néanmoins, chaque conte a un sens plus ou moins caché qui interpelle la réalité intérieure de chacun. Les contes, en traitant de questions fondamentales comme la différence des sexes, l'abandon, la

⁵⁷ AARNE A., THOMPSON S., *The types of folktale*, Helsinki: FFC, 1928, rééd. 1961

⁵⁸ Cf. annexe III

mort...mettent en mots des aspects du psychisme le plus primitif, qui a pu être refoulé dans la petite enfance, comme les angoisses de castration, de morcellement...

Ces idées sur les contes sont véhiculées notamment par **S. Freud** mais également par **B. Bettelheim** : « A force d'avoir été répétés pendant des siècles les contes de fées se sont de plus en plus affinés et se sont chargés de significations aussi bien apparentes que cachées ; ils sont arrivés à s'adresser simultanément à tous les niveaux de la personnalité humaine, en transmettant leurs messages d'une façon qui touche aussi bien l'esprit inculte de l'enfant que celui plus perfectionné de l'adulte »

F. Estiennes⁵⁹ cite **L. Fèvre** concernant la dynamique des contes. Le conte pour lui...

...stimulerait la créativité de l'inconscient. L'effet des métaphores serait d'endormir et d'occuper le cerveau gauche qui localise les opérations conscientes, le langage et la pensée rationnelle, tout en activant le droit qui loge les procédés d'intuition, d'expression et de pensée analogique. Les analogies établiraient ainsi une connexion entre les données conscientes et un autre contenu, imagé, que l'inconscient va travailler.

...fortifierait l'autonomie de l'auditeur qui va devoir donner un sens personnel à l'histoire.

... établirait une complicité narrateur-auditeur.

...soutiendrait la découverte et l'acceptation de soi. L'auditeur, par identification au héros, pouvant intégrer une image de lui-même supportable ou enviable.

En somme, le conte merveilleux permettrait d'assumer le réel par une culture de l'imaginaire.

⁵⁹ ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 13.

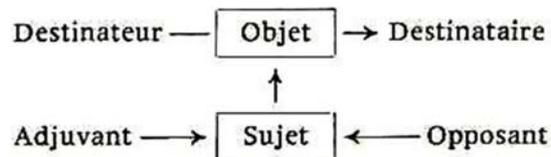
3) L'approche structuraliste

Les structuralistes s'intéressent au conte sous l'angle de leur structure particulière et non selon leur sujet. V. Propp est le premier à avoir étudié la forme du conte jusqu'à en dégager une véritable structure dans son ouvrage « Morphologie du conte »⁶⁰ publié en 1928.

Il a découvert, à partir d'un corpus de contes russes, des invariants, qu'il nomme «**fonctions**» dans la composition des contes, notamment en ce qui concerne les actions des personnages. Selon lui, le nombre de fonctions est limité à trente et une⁶¹ elles s'enchaînent de façon logique et esthétique, chaque fonction découlant de celle qui la précède. Ces éléments constants seraient les parties constitutives fondamentales du conte. Ainsi, les personnages de contes, tout en restant très différents dans leurs apparences, accomplissent tous les mêmes actes. De plus, pour l'auteur, tous les contes seraient élaborés de la même façon : une situation initiale - une intrigue - un dénouement heureux.

A-J Greimas, psycholinguiste, a élargi le modèle de Propp en définissant un schéma actantiel :

Figure 3: schéma actantiel d'A - J Greimas



Il reprend l'idée de Propp selon laquelle les personnages ont toujours le même rôle du début à la fin de l'histoire en inventant le terme d'actants. Il en dénombre six :

- Le destinateur : incite le héros à accomplir sa quête (le père, le désir d'amour...).
- Le destinataire : est confondu avec le héros, il bénéficie de la réussite de la quête.
- L'adjuvant : auxiliaire magique qui aide le sujet dans sa quête (un être, un objet...).

⁶⁰ PROPP V., (1970), Morphologie du conte, Paris : Seuil.

⁶¹ Cf. annexe II.

- L'opposant : celui qui veut du mal au héros.
- L'objet : le but à atteindre à la fin du conte.
- Le sujet : personnage central qui accomplit la quête.

Par ces exemples d'études structuralistes, l'idée principale qui s'en dégage est la découverte de l'existence d'un canevas de construction commun à l'ensemble des contes. Toutefois, cette approche est à relativiser étant donné que les travaux de Propp n'ont porté que sur un corpus défini de contes et que d'autres genres de contes, telles les randonnées par exemple, ne reprennent pas cette structure formelle.

4) Le conte en tant qu'outil thérapeutique

Le conte, par ses intérêts tant au niveau de son contenu que de sa forme, a permis à la sphère thérapeutique de s'y intéresser également.

a) Le chemin initié par P. Lafforgue

P. Lafforgue, pédopsychiatre et psychanalyste, fut l'un des premiers en 1977, à Bordeaux, à utiliser le conte dans une optique de soin avec des enfants sans communication, dans un hôpital de jour. Les enfants présentaient des traits autistiques ou psychotiques. Son but : introduire un médiateur pour entrer en relation avec l'enfant, lui offrir un espace structurant et réparable par sa fixité, lui procurer un espace transitionnel où la parole et le geste prendraient sens.

Il a ainsi créé des « ateliers contes thérapeutiques » où il offre la possibilité au groupe d'enfants d'utiliser leur pensée pour traiter les conflits présents dans le conte, en les confrontant à leurs propres conflits internes pour pouvoir les évoquer. Son atelier se compose d'un triptyque : conte- jeu- dessin.

b) L'intérêt grandissant de la part des orthophonistes

L'outil conte a pu être utilisé à des fins pédagogiques⁶², mais également du point de vue de la rééducation psychanalytique. Ce genre littéraire, par ses multiples richesses, peut-il aussi intéresser le domaine de l'orthophonie ?

Beaucoup le pensent et ont déjà introduit ce médiateur dans leurs séances de rééducation.

Un outil connu pour la sphère infantile :

Bon nombre d'orthophonistes ont intégré le conte dans leur pratique professionnelle. Celui-ci, selon F. Estienne, est un « **nouvel outil à ajouter pour la pratique orthophonique** »⁶³. Pour elle, le panel de pathologies que l'on peut aborder avec lui est vaste : rééducation tubaire, vocale, bégaiement, troubles du langage oral et / ou écrit, ... Le conte sert donc de matériel de lecture, de travail de langage, d'écriture, sans toutefois passer par une interprétation de fond. Ils peuvent servir également à faciliter l'intégration de notions comme la voix, le bégaiement, la surdité...avec des contes cr  s pour cet usage.

Elle met également un autre avantage du conte en avant : sa faculté à couvrir un rayon d'actions très large quant aux âges (enfants, adolescents, adultes). M-C Cavin-Piccard⁶⁴, logopède, utilise le conte comme support avec un groupe d'adolescents, en espérant qu'il puisse remobiliser leurs capacités cognitivo-langagières d  ficiennes, à travers des activités imaginaires.

En orthophonie, le conte est surtout connu avec les enfants présentant des traits psychotiques ou autistiques, ou ayant des troubles du comportement. Ces dernières années, les travaux dans ce domaine se sont d'ailleurs multipliés, notamment dans les mémoires d'orthophonie : C. Bueche⁶⁵, N. Gailhardou⁶⁶...

⁶² GILLIG J-M., (1997), Le conte en pédagogie et en r  ducation, Paris : Dunod.

⁶³ ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 1.

⁶⁴ CAVIN- PICCARD M-C, Processus de changement par l'imaginaire dans un groupe d'adolescents, *Thérapie Familiale* 3/2002 (Vol. 23), p. 289.

⁶⁵ BUECHE C., Questionnement sur l'utilisation du conte dans le cadre d'une prise en charge orthophonique d'enfants présentant des traits psychotiques ou conte d'une rencontre..., Nancy, 2010.

⁶⁶ GAILHARDOU N., L'apport du conte merveilleux dans la r  ducation du langage oral auprès d'enfants âgés de 4 à 6 ans : de l'atelier conte à l'utilisation du conte en individuel, Toulouse, 2009.

Un monde qui reste encore à explorer chez les adultes :

La rééducation orthophonique d'adultes, elle, est particulière dans le sens où elle est plus rare et doit être adaptée à ceux-ci, du point de vue du matériel utilisé et du contenu proposé. A priori, le conte, avec l'idée populaire qu'il n'est réservé qu'aux enfants, semble, autant pour le fond que pour la forme, peu approprié pour cette population.

Néanmoins, certains s'y sont risqués. F. Estienne⁶⁷ préconise des exercices de rééducation analytiques (voix, bégaiement...) basés sur le conte, aussi bien pour des enfants que pour des adultes.

Quelques autres études, la plupart non orthophoniques, qui seront détaillées dans la suite de ce mémoire, explorent ce mode de prise en charge encore novateur avec des groupes de personnes atteints de DTA.

Ainsi,

La conquête orthophonique du monde, quasi inexploré, des contes merveilleux avec la personne âgée est en marche. Mon étude, dans ce long voyage, se veut être un petit pas empruntant ce chemin encore peu connu...

⁶⁷ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson.

PROBLEMATIQUE

*J'aime ces gens étranges, leur raison déraisonne,
Ils sont les dissidents, des logiques des hommes,
Leur cœur ne souffre pas, l'événement leur échappe,
Ils captent les émois, l'essentiel sans flafla...*

La première partie de ce mémoire aborde le vieillissement normal et pathologique en décrivant les conséquences de la sénescence et des démences de types Alzheimer sur les ressources cognitives et communicationnelles des personnes âgées.

La limite entre sénescence et vieillissement pathologique est floue. De plus, ces deux populations se retrouvent mélangées au sein des EHPAD. La première partie a donc précisé le rôle de l'orthophoniste avec ces deux populations, selon une visée préventive pour les premiers et dans une optique de maintien et de stimulation pour les seconds.

Néanmoins, d'un point de vue écologique, qu'en est-il quand ces deux populations se retrouvent au sein d'un même groupe ? Quel support utiliser comme trame de rééducation ?

Les hypothèses émises sont donc les suivantes :

- 1) Le conte pourrait être un outil utilisable en orthophonie avec des adultes et non réservé aux enfants et adolescents. Il serait utilisable sans infantiliser ces personnes.
- 2) Le conte, de par ses qualités, serait un outil adapté à des personnes avec des troubles cognitifs déclarés ou en phase de l'être, notamment en ce qui concerne les DTA.
- 3) Il serait susceptible de s'adapter à un groupe hétérogène en regard du niveau cognitif et communicationnel des patients.
- 4) Le contexte du conte pourrait faire émerger et soutenir la communication entre les membres d'un groupe.
- 5) A partir de cette littérature, il serait possible de créer des activités de groupe stimulant le langage oral, le langage écrit, la mémoire et l'attention.

Un questionnement a ainsi découlé de ces hypothèses :

Quels aspects du conte font de lui un outil pertinent pour le maintien et la stimulation du langage, de la communication et de la mémoire, en regard de la symptomatologie présente dans les DTA ?

Quelles activités de groupe peut-on imaginer pour stimuler ces différents domaines ?

DEMARCHE EXPERIMENTALE

*J'aime ces gens étranges, qui repèrent la fausseté,
Des gestes et des paroles, réclament l'amour vrai,
Fonctionnent à la tendresse, négligent tout le reste,
Ils sont vérité nue, ils aiment, ou ils détestent.*

Chapitre I : De l'idée de départ...

A. Pourquoi un tel projet ?

1) La personne âgée

Je me suis toujours intéressée à la personne âgée pensant que le travail orthophonique à effectuer auprès d'elle pouvait occasionner des échanges riches entre le patient et le praticien.

Je souhaitais également m'intéresser à la démence de type Alzheimer afin de mieux appréhender les processus et définir plus spécifiquement les répercussions de tels troubles sur la vie des personnes atteintes.

2) Le conte

Mon désir premier était d'associer à une rééducation de personnes âgées un outil original et adapté. La possible utilisation du conte avec des personnes âgées institutionnalisées a été soulevée, initialement, par C. Bueche⁶⁸ lors de la clôture de son mémoire dans les ouvertures éventuelles.

Cette idée assez innovante m'a attirée. Cela a été renforcé par le fait que parler des contes est pour moi, comme pour beaucoup d'autres personnes, source de souvenirs agréables. De plus, les contes m'ont semblé être un outil accessible à tous de par leur ancrage dans la mémoire collective, étant un genre littéraire transmis de génération en génération.

⁶⁸ BUECHE C., (2010), Questionnement sur l'utilisation du conte dans le cadre d'une prise en charge orthophonique d'enfants présentant des traits psychotiques ou conte d'une rencontre..., Mémoire d'orthophonie, Nancy.

3) Les études antérieures

L'intérêt de la stimulation orthophonique de groupe de patients avec une DTA n'est plus à démontrer. Les dernières recherches mettent en évidence les bénéfices d'une telle prise en charge en permettant « un maintien des performances lexicales mais également une mobilisation de l'attention, d'agréables contacts extérieurs et un lieu d'échanges et de communication avec des pairs. »⁶⁹

Le conte en tant qu'outil thérapeutique a été abordé en profondeur sur le plan psychanalytique (B. Bettelheim⁷⁰) et pédopsychiatrique (P. Lafforgue⁷¹) en ce qui concerne les enfants. D'autres domaines se sont également intéressés au conte, cette fois en prenant en compte la personne âgée.

Le conte au sein de groupes de personnes âgées est encore un concept novateur mais en expansion. La publication la plus ancienne remonte à 2004 avec l'étude suivante :

<p style="text-align: center;">Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment...⁷²</p>
--

Description de l'expérience :

- Atelier-contes mis en place en 2004 à l'hôpital La Grave (CHU de Toulouse) par le psychologue clinicien spécialiste d'art thérapie Jean-Luc Sudres.
- Ouvert à toute personne âgée, ayant ou non des troubles cognitifs avec une participation fluctuante.
- Aucune évaluation en amont ou en aval.

⁶⁹ GAUTRON C., GATIGNOL P., LAZENNEC-PREVOST G., Bénéfices de la stimulation orthophonique de groupe de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie, in Glossa, 2010, n° 109, p 90.

⁷⁰ BETTELHEIM B., (1976), psychanalyse des contes de fées, Paris : éditions Robert Laffont.

⁷¹ LAFFORGUE P., (1995), Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat Editeur.

⁷² SUDRES J-L., ROS C., Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment..., in Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, octobre 2004, n° 79 (45-51).

Contexte et méthodologie :

L'expérience concerne deux groupes homogènes de 8 à 10 sujets. Le premier groupe rassemble des personnes avec différents types de démences, le deuxième regroupe les résidents avec des handicaps physiques ou avec d'autres pathologies. Les séances ont lieu une fois par semaine durant 1h à 1h30.

Les contes utilisés par ordre de pertinence selon lui :

- Les contes facétieux, les contes d'animaux et les randonnées :
⇒ Ils ont une fonction d'exutoire social, abordent plus directement des questions intéressant la personne âgée (la solitude, la peur de l'abandon...) et permettent un travail de la mémoire (randonnées).
- Les contes merveilleux :
⇒ Permettent une stimulation de la mémoire, d'un fond culturel et générationnel.
- Les contes étiologiques :
⇒ Ils n'aboutissent pas à une discussion annoncée et/ou vécue comme thérapeutique. Engendrent principalement un moment de détente.

Déroulement des séances :

- Patients installés en demi-cercle autour du conteur.
- Contage (et non lecture) de l'histoire avec un choix précis du conte selon la problématique à aborder.
- Résumé fait par le groupe du conte entendu.
- Discussion autour des thèmes engendrés par l'histoire.

Résultats :

La mise en place de nouvelles **relations sociales**, stimulation des **discussions**, de **l'imaginaire**, de **la projection**, et de **la mémoire**. Création de moments de partage et de **plaisir**.

Suite à cet essai prometteur, certaines études se sont centrées sur les effets quantitatifs d'une telle prise en charge :

<p style="text-align: center;">Evaluation des effets de l'atelier conte auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer évoluée.⁷³</p>
--

Description de l'étude :

- Recherche pluridisciplinaire en psychologie et anthropologie s'inscrivant dans une tentative d'évaluation des thérapies non-médicamenteuses auprès de malades d'Alzheimer.
- 4 sites, 154 patients, 8 groupes.
- Ages : de 66 ans à 99 ans. 82% = femmes, 18 % = hommes. MMS de 6 à 18.
- Durée sur 2 ans, 12 séances de conte (1 tous les 15 jours) pour chaque groupe (groupe témoin/ groupe conte)

Contexte :

Expérience de contage débutant en 1997 avec des personnes ayant une maladie d'Alzheimer au sein de CANTOU et USLD grâce au programme interministériel « Culture à l'hôpital ». En 2006, l'étude est élargie à plusieurs EHPAD. L'association « Confluences » souhaite évaluer l'impact d'un tel dispositif auprès de patients à un stade évolué de la maladie en terme de stimulation de l'écoute, de la parole, de la mémoire des faits anciens et de la création d'images mentales.

Méthodologie :

Cette étude contrôlée et randomisée a été réalisée sur deux ans. La deuxième année, les participants du groupe témoin ont été transférés au groupe expérimental afin de leur faire bénéficier de l'intervention.

- Approche psycho-sociale : tests sur la démotivation, la dépression, l'estime de soi.
- Etudes anthropologiques : observations sur le terrain, interview des soignants, familles, conteurs.
- Analyse de la prescription de psychotropes.

Déroulement des séances :

⁷³ SAUCOURT E., Conter en C.A.N.T.O.U. Étude sur des effets d'atelier de contes auprès de personnes institutionnalisées atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée, in Revue Francophone de Gériatrie et Gérologie, décembre 2009, n° 160 (548-555).

- Mise en cercle des participants.
- Rituel d'ouverture.
- 3 contes alternés par des respirations (poésies, chants, devinettes) sur 50 minutes.
- Liberté de s'exprimer, échanger, chanter, dormir.

Résultats :

L'écoute est qualifiée d' « active ». **L'attention** a augmenté au fur et à mesure des séances. Ils notent une certaine récupération de leurs capacités d'**expression**. Les patients « ont paru retrouver un certain sens de la narration, leur permettant de recouvrer ainsi une forme de cohérence dans ce domaine. »⁷⁴

Les troubles du comportement diminuent (hallucinations et troubles de l'appétit). Le score est également moins élevé en termes de dépression. Certains patients notent une augmentation de la qualité de vie mais dans l'étude cela est non significatif.

Concernant les **psychotropes**, il n'y a eu aucun changement, prouvant que les résultats obtenus ne sont pas la conséquence d'une augmentation de la prise de médicaments.

Le groupe-contes semble avoir un effet cumulatif. Plus le nombre de séances est important, plus les effets sur les personnes malades sont probants. Si l'atelier s'arrête, les effets observés ne perdurent pas dans le temps.

Les contes de l'hôpital Broca⁷⁵

Description de l'étude :

- Atelier-contes mis en place par Martha De Sant 'Anna, neuropsychologue.
- 12 personnes ont constitué le groupe contrôle, 17 ont constitué le groupe expérimental scindé en deux sous-groupes de 8 et 9 participants.

⁷⁴ <http://collectifconte.ish-lyon.cnrs.fr>

⁷⁵ DE SANT'ANNA M., Les contes de l'hôpital Broca, in Ortho magazine, septembre-octobre 2009, n°84 (22-25).

- 8 séances collectives hebdomadaires d'1h30.

Contexte et méthodologie :

L'expérience a débuté en 2006 à l'hôpital Broca par la création d'ateliers de sollicitation psychoaffective et de ressources cognitives par les contes de fées. La neuropsychologue s'occupe de la stimulation aidée par trois stagiaires en psychologie. Deux psychologues prennent en charge les évaluations en amont et en aval.

Déroulement des séances :

- Patients installés sur des bureaux mis en rond.
- Lecture d'un conte par le conteur (pas plus de 8 minutes).
- Sollicitation cognitive à travers des tâches autour du texte lu.
- Réponse par écrit dans un premier temps puis expression orale à l'ensemble du groupe.

Résultats :

L'étude montre un effet bénéfique sur la **fluence catégorielle**, ainsi **l'accès au stock sémantique** est amélioré avec l'atelier-contes. Elle note une amélioration sensible de **l'humeur** du groupe, ce qui peut avoir des conséquences positives sur la composante exécutive. Les signes d'anxiété et de l'humeur dépressive auraient diminué en comparaison au groupe contrôle qui s'est dégradé sur ces points. D'un point de vue purement subjectif, l'étude souligne un **mieux-être** des participants en termes de motivation et de confiance en eux.

Ces études ont intéressé des neuropsychologues, des psychologues, des arts-thérapeutes...Qu'en est-il des orthophonistes ?

Selon mes recherches, aucune publication orthophonique concernant une stimulation par les contes de fées dans un groupe-langage n'a été faite. Néanmoins, un mémoire d'orthophonie⁷⁶

⁷⁶ BAUMASSY C., (2008), Traitement non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer, l'atelier-contes en accueil de jour, Mémoire d'orthophonie, Nice.

relate l'expérience d'une orthophoniste utilisant cet outil avec des patients MA (Malades Alzheimer).

Description de l'étude :

- Atelier-contes mis en place en accueil de jour par Mme Puccini-Emportes.
- 12 personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer modérée à sévère.
- 8 femmes pour 4 hommes, de 62 ans à 95 ans.

Contexte :

Présence de l'orthophoniste (qui est aussi conteuse) et de l'équipe soignante (infirmières, auxiliaires de vie...). Expérience faisant suite à l'expérience d'atelier-contes avec des enfants porteurs d'autisme ou avec des traits psychotiques. Un tel groupe a ensuite été constitué avec des enfants atteints de polyhandicaps puis avec des patients avec une DTA.

Déroulement des séances :

- Les patients sont dans une salle à la lumière tamisée où sont disposées des bougies et de l'encens.
- La formulette de début de séance est un rituel. Le conte enfermé dans un foulard est passé de mains en mains par le groupe. Le conte commence accompagné par le bruit d'un bâton de pluie.
- Temps du conte.
- Temps de l'échange : les patients peuvent parler librement avec des sollicitations de la part de l'équipe si nécessaire.
- Dérive des discussions vers des sujets différents du conte mais induites par des associations.

Résultats :

Selon leurs observations subjectives, cet atelier calmerait les **déambulations**, apaiserait **l'agitation**, provoquerait des **échanges**, solliciterait les **souvenirs**.

4) Les fondements de mon étude

Un tableau récapitulatif va mettre en relief les différences et ressemblances de mon travail avec celles précédemment exposées. Le reste du mémoire exposera plus en détails la justification de tels choix.

Domaine de l'expérience	Groupe mené dans le cadre d'une prise en charge orthophonique. Soutient par Véronique Kontz, animatrice. (différent de l'étude 1, 2, 3)
Evaluations	Pas d'évaluation proprement dite. (différent de 2,3)
Type de groupe	Ouvert et hétérogène (différent de 1, 2, 3, 4)
Nombre de participants	Une dizaine (en adéquation avec les autres études)
Pathologie	DTA diagnostiquée ou non. Stade 1 et 2 en majorité. (différent de 2 et 4)
Durée	1h30 (différents de 2 et 4)
Contage	Il fut ponctuel. Le conte est majoritairement lu par l'ensemble du groupe. (différent de 1, 2, 3, 4)
Types d'exercices	Tous basés sur le conte. Ils sont plus au moins analytiques et veulent stimuler le langage oral, écrit, la mémoire et engendrer la communication. (regroupe les activités des 4 études)
Rituels	Présents pour l'ouverture et la fermeture des séances (en adéquation avec les autres études)
Disposition des patients	Autour d'une table rectangulaire (différents de 1, 2, 3, 4 ?)

Réaliser un travail de type orthophonique basé sur le conte en abordant les capacités mnésiques, le langage oral et le langage écrit, déficitaire ou en phase de l'être chez ces personnes, a été la clef de voûte de ce travail. Le conte, par son incroyable richesse m'a permis d'aborder ces différents points.

B. Dans quel cadre ?

A la vue de la littérature et de notre projet, la population, idéalement, devait :

- être constituée de 8 personnes : la nomenclature des actes en orthophonie précise que « la rééducation nécessitant des techniques de groupe doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour 4 personnes ».
- être atteinte de maladie neuro-dégénérative.
- être constituée d'un groupe de personnes âgées désireuses de se réunir. Un groupe homogène étant souvent conseillé.
- être institutionnalisée.

Les auteurs convergent pour souligner l'importance de la fixité dans le temps et l'espace des séances pour les patients atteints de maladies neuro-dégénératives. L'expérimentation devait donc :

- se dérouler chaque semaine, le même jour, au même endroit.
- être d'une durée minimale d'une heure, toujours selon les recommandations de la nomenclature.

C. Le type d'activités

1) La forme des activités

La prise en charge de patients DTA implique une démarche en terme de capacités restantes et de mise en difficulté modérée afin d'offrir une dynamique de groupe. Des exercices spécifiques ont été créés pour s'adapter au conte, d'autres ont repris des formes connues des « jeux de réflexion et de langage » :

La devinette :

La devinette peut être envisagée selon deux optiques :

- La formulation d'une question dont il faut deviner la réponse
- Plusieurs indices cités pour aboutir à une réponse

Les devinettes servent de supports d'activités mais aussi et surtout de moyen d'étayage dans un but de **valorisation** car les indices se faisant de plus en plus ciblés, l'issue de l'exercice peut toujours être favorable.

L'étayage en général se doit d'être constant dans les activités proposées afin de maintenir la dynamique de groupe. Les consignes doivent être répétées plusieurs fois, de façons différentes pour être assimilées. Le langage non-verbal (sourires, gestes, expressions du visage...) doit être constamment mis en œuvre pour faciliter la compréhension des patients.

Sur le domaine de la communication, la devinette engendre des questions/ réponses de la part des résidents. Cela crée des **situations de communication naturelles** et **stimulantes**. De plus, la résolution de la devinette permet aux personnes de s'affronter amicalement et de chercher ensemble la solution. La **cohésion** du groupe n'en est que renforcée.

La devinette a également une **visée esthétique** non négligeable qui plaît à cette tranche de la population, grâce à son langage poétique, ses rimes et assonances, son vocabulaire particulier...

Cette forme d'exercice permet **d'affiner la récupération du lexique**. Le manque du mot peut être pallié en partie grâce aux indices sémantiques et phonologiques nécessaires à l'activation du mot ou tout du moins d'un mot s'en approchant.

La **réduction du lexique** peut également être travaillée par d'autres exercices tels que les descriptions d'images, l'expression de ressentis, notamment par l'évocation de termes générés par les canaux de perception. La **fluence verbale** dans ce sens est aussi stimulée.

Enfin, la devinette est généralement un **texte minimal**, avec un équilibre rythmique, riche sémantiquement et du point de vue de son lexique. Elle est ainsi facilement appréhendable par le groupe. Néanmoins, son écoute nécessite attention, prises d'indices et déductions. Une pensée logique pour formuler des hypothèses de réponses peut d'ailleurs être un frein à leur compréhension si elles s'avèrent trop complexes.

Le QCM :

Le questionnaire à choix multiples présente des questions avec des choix de réponses à cocher.

Le QCM peut faciliter les créations collectives comme l'évoque J-L Sudres⁷⁷. Il a comme avantage d'interroger de manière **ciblée** et **simplifiée**. Sa forme permet **d'éviter une surcharge cognitive** liée à la conception et à la formulation d'une réponse.

De plus, le QCM est proposé à **l'écrit et fait donc appel à la capacité de lire**. En production, c'est un automatisme encore sain chez les personnes avec une démence jusqu'à un stade moyen de la maladie.

Proposer le QCM à l'oral est peu judicieux compte tenu de la mémoire verbale réduite des patients. Chaque membre du groupe peut donc avoir devant lui une feuille avec les propositions, ce qui lui permet un travail en **autonomie**, adapté à son **rythme**.

De plus, certains peuvent profiter de ce procédé pour **s'exprimer**, sans timidité, grâce notamment, à un espace d'expression libre. La stimulation du **geste graphique** peut donc être abordée dans de multiples activités telles que les QCM mais aussi lors d'un travail écrit sur la

⁷⁷ SUDRES J-L., ROS C., Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment..., in Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, octobre 2004, n° 79, p50.

production de rimes, de recherches d'homonymes, de synonymes, de catégories sémantiques...

L'écrit peut donc permettre une adaptation plus prononcée aux difficultés de chacun. Des groupes de travail par niveaux peuvent être envisagés. Le but de l'écrit ne se réduira pas à la recherche de la performance mais plutôt sera la réappropriation d'un outil délaissé, dans un contexte de revalorisation personnelle.

Les mots mêlés :

Les mots-mêlés sont constitués d'une grille de lettres, à l'intérieur de laquelle il faut retrouver un ensemble de mots. Les mots recherchés sont écrits horizontalement, verticalement ou même en diagonale.

Cette activité permet de stimuler **l'attention visuelle** ainsi que **les voies de lecture** (en particulier l'adressage) des participants. Elle a comme avantage d'être connue du groupe, faisant partie des jeux de lettres appréciés de la part des personnes âgées.

Les rébus :

Les rébus sont une transcription graphique d'éléments phonétiques constitutifs d'une phrase ou d'un mot. Les syllabes ou certains mots sont donc remplacés par des images.

Ce procédé a tout d'abord un aspect **ludique et attractif** incontestable, pour toutes les tranches de population. Ce sont souvent des **productions courtes** ce qui est idéal pour le groupe car chaque participant peut deviner un morceau de la réponse, sans surcharge cognitive.

De plus, cet exercice permet de se centrer sur une **tâche de langage oral** mais qui est tout de même en lien avec l'écrit. Les personnes se concentrent sur la sonorité des images, de la parole, pour en déduire un sens écrit. L'écrit étant très peu utilisé par les personnes âgées, d'autant plus chez les personnes avec une DTA, cette activité semble donc leur convenir pour tenter de lier le langage oral à l'écrit.

Le test⁷⁸ :

Les tests sont constitués d'une question en titre accrocheur, exemple : A quel personnage de conte de fée ressemblez-vous ?

Il se présente généralement sous la forme d'une dizaine de questions présentées en QCM. Un procédé de dépouillement est mis en place afin d'aboutir à un résultat. Ex : vous ressemblez à Cendrillon, Robin des bois, Le Petit Chaperon Rouge, Le Petit Poucet ou Blanche-Neige.

Ce travail stimulant **le langage écrit** permet **une réflexion** et **des choix personnels**, avec ou non une mise en commun collective. C'est un moyen **agréable** et ludique d'amorcer une prise en charge afin de faire connaissance en laissant apparaître un trait de sa personnalité. Il peut servir de base à **une discussion collective**.

Le **maintien de la communication** est un objectif plus large à avoir en plus de la stimulation du langage et de la mémoire.

« Communiquer, ce n'est donc pas simplement émettre un message. C'est surtout, par le moyen des différentes composantes intervenant dans un acte de communication(...), instaurer ou tenter d'instaurer une relation dans laquelle chaque partenaire se voit attribuer un rôle, une position, une place ou encore une image de soi... » (Meunier and Pereya, 2004). Il faut également que le locuteur « jouisse d'une position hiérarchique telle qu'il soit en mesure d'exercer son autorité sur l'auditeur » (Récanati, 1981)

Ainsi, il est indispensable que l'interlocuteur s'adapte au discours de la personne MA afin qu'il le reconnaisse véritablement partenaire de l'échange dans le but de recouvrir sa place **d'être communiquant**.

D'autres exercices peuvent prendre des formes moins connues du grand public.

La stimulation des cinq sens :

F. Marquis⁷⁹, face à des patients atteints de pathologies démentielles, propose « un matériel original élaboré sur la perception et les cinq sens ». Les patients déments ont des difficultés

⁷⁸ Cf. annexe IV- V.

⁷⁹ MARQUIS F., La stimulation du langage par les cinq sens, in Ortho magazine, octobre 2002, N° 42 (20-23)

grandissantes pour l'accès volontaire aux informations stockées. Ce matériel, **concret** et **peu contraignant** du point de vue des réponses et réactions attendues, relance **la dynamique** de la rééducation du langage. Il permet d'élargir le champ thérapeutique « pour laisser une plus grande **liberté d'expression** et éviter ainsi la mise en échec systématique, « l'acharnement orthophonique ». Les canaux visuels, auditifs, tactiles, olfactifs et gustatifs peuvent être stimulés.

Ces activités permettent une stimulation de la **mémoire à long terme**. La **mémoire de travail**, nécessitant quant à elle la rétention d'information à court terme, peut être encouragée par la lecture mais également dans des exercices de type : imaginer la fin de l'histoire en prenant en compte le début...

Exercices d'expression scénique:

Des exercices propres au théâtre peuvent être envisagés :

- Echauffement de voix par des gammes, varier l'intensité, la hauteur de la voix...
- Mobilité faciale : praxies bucco-linguo-faciales, mimiques...
- Favoriser les intentions de communication : produire des voyelles projetées de manière douce, vive...
- Exercices s'attachant à l'aspect pragmatique de la communication : **l'intonation** qui peut caractériser une manière de dire (ex : dire d'un ton solennel, énervé, enjoué...)

Exercices d'imagination :

Les exercices se basant sur ce procédé laissent **une liberté d'expression** à la personne atteinte de démence. Des exercices peuvent être envisagés avec les contes de type :

- Finir un conte
- Inventer le début, une autre fin...
- Créer des formulettes, des rimes
- Imaginer un titre, un personnage, une histoire propre à un titre...

En conclusion,

Des exercices stimulant le langage oral et écrit, la mémoire ainsi que la communication de groupe peuvent être imaginés. Ils peuvent être de formes connues comme les devinettes, les QCM... ou plus abstraites (stimulation des cinq sens, expression scénique...).

2) Le matériel

Entreprendre une rééducation d'adultes, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'adultes âgées, nécessite l'adaptation du matériel. « En gériatrie, rééduquer le langage des personnes âgées, c'est d'abord créer un confort de communication, tout en prenant en compte le rôle du vieillissement sur les organes sensoriels ainsi que de la pathologie présentée »⁸⁰

Il faut prendre en compte le vieillissement naturel voire pathologique des organes sensoriels.

Il est nécessaire :

- D'avoir des documents écrits lisibles : mise en page aérée, police de caractère agrandie, image nettes...
- Sur le plan auditif : la voix de l'orthophoniste doit être claire et audible pour tous, il faut veiller à l'adaptation du volume sonore des extraits musicaux écoutés.
- D'utiliser toutes les techniques d'aides à la communication : parler face au groupe, clairement, plus lentement...
- De placer les personnes presbycousiques de façon stratégique près des encadrants pour une éventuelle reformulation.
- De prendre en compte les troubles praxiques présents dans les DTA. Aider les manipulations fines ou les éviter.

⁸⁰ Ibid.

D. Pourquoi se servir du conte ?

1) Le conte et les adultes

Historiquement, jusqu'à la première moitié du 19^{ème} siècle, il n'y avait pas, en France, de littérature écrite spécifiquement pour les enfants. En effet, l'oral prédominait et c'est lui qui tenait lieu de transmission pour tous. Les enfants écoutaient comme les adultes, les chants, légendes et autres contes les soirs de veillée. Plus tard, des contes ont pu être créés à l'intention des plus petits, mais les grands classiques, eux, étaient destinés initialement à toute la population. Sans doute, car « les contes semblent être un langage international, quel que soit l'âge, la race ou la culture ». ⁸¹ Il ne faut donc « pas les considérer comme de la littérature enfantine ou presque exclusivement destinée aux petits. S'ils véhiculent de l'enfant, c'est une enfance qui concerne tout le monde et à tout moment » ⁸²

Aussi, les contes sont souvent considérés comme de véritables œuvres d'art. Qui, à part les adultes, seraient capables d'en extraire toute la richesse ? Ainsi B. Bettelheim soutient cette idée en partie à cause du sens que les contes peuvent véhiculer : « comme toute œuvre artistique, (dans les contes), le sens le plus profond est différent pour chaque individu, et pour la même personne à certaines époques de sa vie. » ⁸³ Les contes sont également des écrits avec un langage soutenu, poétique voire métaphorique. Le vocabulaire est précis, recherché et les formulations souvent peu adaptées aux jeunes enfants. Ainsi la signification de « Tire la chevillette, la bobinette cherra » est par exemple, peu appréhendable pour les plus jeunes.

Certains, même, vont jusqu'à penser que les contes de fée seraient négatifs pour les enfants. A. Brauner ⁸⁴, stipule que les contes de fées leur racontent des mensonges en leur faisant croire que la vie est facile et que tout finit toujours bien comme dans ces fabuleuses histoires. Evoquer les contes avec des adultes pourrait éviter ce biais, de par leur expérience des aléas de la vie ainsi que de leur totale conscience des éléments imaginaires de l'histoire.

⁸¹ VON FRANZ M-L., (1980), l'interprétation des contes de fées, Paris : La Fontaine de Pierre, p 39.

⁸² ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 8.

⁸³ BETTELHEIM B., (1976), psychanalyse des contes de fées, Paris : éditions Robert Laffont, p 24.

⁸⁴ BRAUNER A. Nos livres d'enfants ont menti, cité dans GILLIG J-M., (1997), Le conte en pédagogie et en rééducation, Paris : Dunod, p 57.

2) Le conte et la personne âgée

Il n'y a encore pas si longtemps, alors que la télévision n'existait pas, l'ouverture sur le monde et la curiosité de découvrir de belles histoires se faisaient par l'intermédiaire des grands-parents. La transmission des contes leur a appartenu pour un temps. Leur offrir la possibilité de retrouver ce rôle de « transmetteur » d'histoires, dans un atelier, pourrait leur faire retrouver ce lien passé avec les contes.

De plus, les personnes âgées semblent avoir des prédispositions dans l'art de raconter des histoires. « On sait qu'un bon « conteur » est en effet celui qui peut habilement composer avec les tonalités affectives de l'enveloppe prosodique, ou qui parvient à maintenir un lien avec son ou ses auditeurs.⁸⁵ » Une étude de Carstensen⁸⁶ en 1998 montre que les personnes âgées sont expertes dans de telles stratégies. Cette compétence narrative pourrait provenir en plus d'une structure prosodique captivante, de la vitesse d'articulation plus lente qui caractérise la parole de la personne âgée. Les anciens, par rapport aux plus jeunes, structureraient davantage leurs histoires ce qui, d'après Kemper et al.⁸⁷ (1990) en ferait de meilleurs récits pour l'auditoire.

Enfin, le conte et la personne âgée se ressemblent, comme l'explique cette métaphore : « une personne aînée, c'est comme un accordéon ou un conte, on ne peut se contenter de la voir à un seul niveau; son parcours de vie a plusieurs plis, tout comme les contes ont plusieurs étages de significations⁸⁸ ». Ainsi, comme le conte, la personne âgée est riche, chargée d'histoires, et nécessite de prendre du temps pour la découvrir et l'apprécier à sa juste valeur.

⁸⁵ FEYEREISEN P., HUPET M., (2002), Parler et communiquer chez la personne âgée, Paris : PUF, p 92-93.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ PELCHAT Y. et al. Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde, in Pensée plurielle, 2010, n°24, p 113.

3) Le conte et l'orthophonie

« Un parcours thérapeutique orthophonique se présente comme un conte »⁸⁹. En effet, sur le moment présent, la situation du héros est jugée insatisfaisante et cela se manifeste par une plainte et une demande d'aide. Le héros semble donc prêt à bouger pour « obtenir ce qu'il souhaite, il se met en route avec l'aide d'un guide, d'un accompagnateur qui va l'aider à franchir les obstacles pour arriver au but. Le voyage est balisé et soigneusement préparé par un contrat qui spécifie le temps qu'on se donne pour accomplir le trajet, les moyens que l'on choisit, les étapes, les indices que l'on est sur le bon chemin »⁹⁰.

Outre ses qualités intrinsèques décrites dans la suite de ce mémoire, et son analogie avec le parcours orthophonique, le conte est un **outil**, qui peut servir de médiateur précieux dans une pratique et qui est accessible à tout praticien. En effet, selon P. Lafforgue, « tout le monde peut conter les contes de base »⁹¹. C'est un outil fiable, facilitateur de communication. La force contraignante de l'armature du conte guide l'orthophoniste, néanmoins, il permet également une grande liberté dans son utilisation : la façon de le dire, utiliser des gestes, les attributs des personnages...

Cet outil permet également de renforcer un cadre thérapeutique spatio-temporel: il existe des contes sur n'importe quel sujet et n'importe quelle période de l'année, ce qui lui permet d'envisager n'importe quelle situation et de renforcer les notions de temps et d'espace.

D'autres contes appelés « métaphoriques »⁹² ont un sujet directement en lien avec le domaine de l'orthophonie (ex : la Parole ligotée ou la recherche d'une clé). Ils peuvent alors aider à la compréhension de notions abstraites comme la voix, l'oreille... ou servir de support afin d'exercer des fonctions comme la parole, la lecture... Les nombreux types de contes, les multiples versions existantes permettent d'avoir un support de travail riche et varié : repérage d'analogies entre deux versions d'un conte pour travailler la compréhension, utiliser un conte de pourquoi pour engendrer la communication dans un groupe, ...

⁸⁹ ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 12.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ LAFFORGUE P., (1995), Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat Editeur, p 55.

⁹² ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 43.

Le conte est également un outil qui prend toute sa valeur au sein d'un groupe. Selon G. Jean⁹³, « le pouvoir des contes ne peut se concevoir que partagé ». Le conte est porteur de la rencontre entre les membres du groupe qui vont voir en lui un récit unificateur. L'atelier conte permet de faire l'expérience de penser avec d'autres et de partager quelque chose à travers leur implication commune dans l'histoire. Les paroles et souvenirs des uns, vont pouvoir être nourris par ceux des autres. Les oublis seront comblés. Ces histoires créent un lien entre tous ceux qui les écoutent, l'orthophoniste, lui-même, fait partie du groupe, sur un même pied d'égalité, étant comme le reste des membres, auditeur et locuteur. De plus, selon P. Lafforgue, « la fonction soignante du conte est évidente quand il est travaillé en atelier⁹⁴ ».

E. Le conte et les DTA

1) Ses qualités d'accroche

Du temps où les contes étaient la principale attraction des veillées d'hiver à aujourd'hui où ils sont utilisés principalement avant le coucher des enfants, ces histoires ont comme fonction première de distraire, de provoquer du plaisir et de l'enchantement. Les personnes âgées DTA ont pu connaître ce plaisir provoqué jadis lors de leur enfance. Les contes ont donc souvent une résonance personnelle pour elles.

Avec les personnes atteintes de démences, c'est une ouverture qui est recherchée pour entrer en communication. Se servir des contes permettrait de créer une interface de communication, à mi-chemin entre le réel et l'imaginaire. En effet, le conte agirait comme un point de rencontre entre le monde intérieur et la réalité extérieure. Il offrirait, à la façon d'une parenthèse, un espace-temps commun entre le thérapeute et le patient MA.

Avec ces patients, il s'avère également nécessaire d'avoir un matériel qui provoque une réaction émotionnelle teintée d'affects afin de susciter l'intérêt et de capter leur attention au

⁹³ JEAN G., (1993), Le pouvoir des contes.

⁹⁴ LAFFORGUE P., (1995), Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat, p 57.

maximum. La richesse des images et des représentations stimulées n'en seront qu'améliorées⁹⁵. Les contes entendus petits, se sont installés en mémoire à long terme et se sont la plupart du temps chargés d'affects car associés à l'enfance ou à la période où ils sont devenus parents. Ils seraient donc, dans ce sens, une porte d'entrée du vécu de ces patients.

Enfin, le conte est véhiculé principalement à l'oral. La voix, support des contes, « pourrait atteindre des zones sensibles que les mots seuls semblent ne pas réveiller. La parole s'adresse ainsi à la personne toute entière, et pas qu'à son intellect.⁹⁶ » C'est grâce à cela que les contes oraux prennent toute leur valeur auprès d'un public qui peut souvent être silencieux.

2) Son ancrage mémoriel

Les contes existent depuis des siècles, grâce à leur transmission de générations en générations. Ils appartiennent à la culture populaire et constituent une partie de notre patrimoine culturel. Se servir de ces écrits comme support d'une rééducation plongent les patients dans un contexte relativement familier. C'est donc en toute sérénité qu'ils s'immergent dans cet univers qui leur a laissé, la plupart du temps, un souvenir profond.

« A quoi tient le pouvoir des contes ? (...) Est-ce aux mots d'une formulette qui réveillent une enfance intime ? Est-ce aux images énigmatiques qui demeurent en nous longtemps après que le conte lui-même a sombré dans l'oubli, visions colorées qui seules gardent la trace d'un monde enfui déjà, d'une voix qui s'est tue, petites îles de mémoire attestant l'existence d'un continent perdu ? »⁹⁷

Avec ces patients, la stimulation de la mémoire passe par la réminiscence des faits anciens qui sont généralement touchés secondairement par rapport aux faits récents. La rééducation se basant sur les potentiels restants principalement, cette voie est donc à prendre. C'est aussi pour cela que dans de nombreux ateliers langage les chansons d'antan sont utilisées. Les contes utilisent une démarche similaire. C'est un thème appartenant à leur passé qui leur

⁹⁵ MARQUIS F., Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer, in Rééducation orthophonique, décembre 1994, n° 180, p 373.

⁹⁶ DURIEUX M., Qui parle pour qui ?, in Gérontologie et société, 2003, n° 106, p 220.

⁹⁷ BRICOUT B., (2005), La clé des contes, Lonrai : Seuil, p 179.

permet, comme avec les chansons, de faire émerger la parole. « Les psychologies ont noté que la sollicitation de la mémoire réactivait la vie émotionnelle de la personne, qui redevient ainsi un être reprenant possession de son statut de sujet. Le passé peut alors servir à renarcissiser la personne, qui, le cas échéant, reprendra plaisir à communiquer. ⁹⁸».

Le conte sollicite donc les souvenirs et facilite ainsi l'accès au sens et à diverses associations d'idées. En tant qu'univers connu soutenant la pensée, il offre la possibilité de maîtriser certaines données liées au conte. Ainsi, à partir d'éléments connus (titres, formulettes personnages...), un travail plus élaboré peut être envisagé très stimulant pour le langage oral et écrit. Parallèlement, se souvenir de ces histoires, du nom des personnages, des souvenirs associés à ces éléments, entraîne obligatoirement une stimulation de la mémoire.

Enfin, les contes appelés « randonnées » (contes énumératifs, « en chaîne ») peuvent être utilisés dans l'optique d'un travail spécifique sur la mémoire. Ils ont une structure particulière basée sur l'enchaînement de situations, la répétition d'éléments ou de personnages jusqu'au dénouement. C'est un texte relativement court qui peut adopter plusieurs formes :

- L'énumération : très linéaire : a puis b puis c...
- Le remplacement : a qui laisse la place à b, qui laisse la place à c...
- L'élimination : un groupe qui perd ses membres un à un
- L'accumulation : a, puis a+b, puis a+b+c...
- L'emboîtement : a inclus dans b, inclus dans c...

Ces différents procédés permettent de travailler la mémoire immédiate en évoquant, avec le conteur, les éléments (a,b,c...) dans l'ordre de leur apparition. La fréquente répétition permettant aux sujets leur évocation.

⁹⁸ ARGOUD D., PUIJALON B., (1999), La parole des vieux, Paris : Dunod, p 71.

3) Sa structure

« Lance le conte, il se déroulera tout seul ».

Cet adage des conteurs illustre la logique de la structure de leur support de travail. Les contes de fées constituent le seul genre littéraire où le hasard n'intervient jamais. C'est un récit où les éléments s'enchaînent, avec des relations de causes à effets. Grâce à cela, les contes ont une structure facilement repérable car la plupart ont tous le même canevas de construction :

- La situation initiale avec un manque, une perte, un déséquilibre.
- La phase de transformation avec des tentatives de résolutions de conflits, des épreuves à franchir soutenues par des adjuvants (objets magiques, personnages...)
- La situation finale où se produit la résolution du problème, l'atteinte de la quête.

Cette architecture itérative est constituée d'invariants comme l'a évoqué V. Propp qui les caractérise comme les actions ou les fonctions des personnages qui ne changent pas. Il en distingue trente et une comme la punition, la reconnaissance, la transgression... De plus, chaque fonction découle de celle la précédant. La dépendance des actants est rigoureusement subordonnée aux invariants, ainsi l'agresseur doit agresser le héros qui doit triompher dans la logique du conte.

Ces invariants créent donc une structure relativement fixe et repérable. Les répétitions sont également récurrentes dans les contes. Il y a des répétitions inter-contes comme le chiffre trois (trois épreuves à franchir avant d'atteindre l'objet désiré, trois objets magiques, trois obstacles, trois personnages principaux...) mais aussi beaucoup de redondances intra-conte. Ce procédé répétitif permet à ceux qui l'écoutent de relâcher l'attention au fil de l'histoire et aide à la compréhension de celle-ci. Il donne également du poids aux passages importants. Les répétitions participent à rendre ce genre littéraire relativement simple. Cette **simplicité** est courante dans la littérature populaire et s'illustre sur plusieurs points :

- Les contes s'appuient sur des concepts concrets, universaux (la famille, l'amour, la fraternité...) et les problèmes sont courants (la pauvreté, la recherche de l'amour, du bonheur...).

- Il y a un nombre limité de personnages qui effectuent une action à la fois. Les actions se succèdent de façon linéaire ; ce genre d'écrit ne laisse aucune place aux inférences, à l'implicite ou aux retours en arrière.
- L'esprit des contes est également cartésien, il n'y a pas d'entre-deux entre le bien et le mal, tous les rôles sont clairs.
- La trame de l'histoire est schématique, les descriptions sont courtes et les détails sont laissés de côté.

Cette logique structurale, les éléments repérables et fixes ainsi que leur simplicité font des contes un outil approprié pour des personnes avec une DTA.

En effet, les personnes MA ont une logique syntaxique réduite et simplifiée. Leurs phrases sont courtes et simples. Les contes utilisant ces mêmes procédés syntaxiques, les patients seront susceptibles de mieux les appréhender. De plus, les contes sont logiquement construits, de façon claire, ce qui oriente ces patients dans leurs procédés de compréhension. Déjà au stade moyen de la maladie, les personnes ne peuvent plus avoir accès aux inférences et aux énoncés complexes, le conte les laisse donc dans un contexte maîtrisable.

De plus, beaucoup de ces patients ont des persévérations, tant verbales qu'idéiques. La trame narrative du conte, cette « force contraignante »⁹⁹ les guide dans l'enchaînement de leurs idées, sans focalisation, ainsi, le cheminement de la pensée est contraint de suivre la trame narrative qui va d'une situation initiale, d'un déroulement d'actions jusqu'à une situation finale.

P. Lafforgue a utilisé les « ateliers-contes » avec des enfants autistes et les qualifie en « errance de pensées et d'actes »¹⁰⁰, avec des difficultés à se fixer. Les patients Alzheimer sont, nous semble-t-il, eux aussi en « errance de pensées ». Ainsi nous espérons le même résultat que lui : « en repérant les marques de sens des contes, les oppositions (bien/ mal...), ils passent d'une errance de pensée sans lien à des amarrages dans le cadre et le récit ».

Cette structure organisatrice serait sécurisante et procurerait « des points d'appuis dans la cohérence et l'élaboration du langage, dans la construction de récits. Parfois, à son insu, le

⁹⁹ LAFFORGUE P., (1995), *Petit Poucet deviendra grand*, Bordeaux : Mollat Editeur, p 28.

¹⁰⁰ Ibid.

patient peut intégrer ces repères qu'on retrouve répétitivement dans le conte ». ¹⁰¹ Les invariants, l'opposition binaire des fonctions (combat/ victoire, tâche/ accomplissement de celle-ci...), le groupement des actants (personnages : frère/ sœur...), font que le conte merveilleux sert d'organisateur de la pensée consciente et inconsciente. « C'est un conteneur de possibilité de penser ». ¹⁰²

Enfin, avec des patients DTA, il est inutile de procéder à un « acharnement orthophonique » ¹⁰³. Il est certes nécessaire de les stimuler dans un cadre linguistique riche et précis, mais il est aussi important de leur laisser une liberté d'expression et d'éviter une mise en échec systématique. Cet outil les maintient sur un chemin guidant leurs pensées, permet une stimulation cognitive, néanmoins, il offre des espaces pour s'échapper quelques instants, notamment par le procédé de répétition et le caractère merveilleux des histoires lues et écoutées.

4) Son langage

Les contes ont un style propre qui se caractérise notamment par la formulette d'introduction et de clôture qui marque l'entrée et la sortie dans l'univers des contes. Les plus connus dans la culture française sont : « il était une fois » et « ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants ». Ces formulettes ainsi que d'autres permettent aux patients d'entrer le plus consciemment possible dans le monde de l'imaginaire et d'en ressortir de la même façon. Le langage utilisé dans les contes est très imagé et constitué de divers jeux verbaux et autres terminaisons rimées. Le conte procure un étayage naturel dans l'activation du lexique : les images mentales créent des possibles associations sémantiques, les rimes offrent une aide phonologique... Tout cela contribue à pallier le « manque du mot » souvent présent.

La formulette, spécifique à ce genre littéraire, participe pour beaucoup à l'originalité du langage des contes. C'est une petite phrase souvent rimée qui peut apparaître à plusieurs

¹⁰¹ WILLAUME A., Contes et pensée. Un atelier de littérature à l'école, in Rééducation orthophonique, décembre 1994, n° 180, p 337.

¹⁰² LAFFORGUE P., (1995), Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat Editeur, p 29.

¹⁰³ MARQUIS F., La stimulation du langage par les cinq sens, in Ortho magazine, octobre 2002, N° 42, p 21.

moments du conte : pour utiliser un objet magique, pour demander de l'aide, pour que le héros se donne du courage...

Sa première qualité est son accroche dans la mémoire. En effet, « c'est le seul morceau (du conte) qui reste en mémoire quand on a tout oublié. »¹⁰⁴ Ce phrasé chantant reste en mémoire longtemps et peut même servir de « mot de passe pour revenir dans le jardin perdu de la petite enfance »¹⁰⁵.

De plus, les formulettes sont répétées au fil de l'histoire, elles évoluent même parfois, donnant un rythme à celle-ci et aidant ainsi les conditions d'écoute. « C'est un point d'amarrage pour les agrippements de la mémoire ».¹⁰⁶

Les formulettes ont également une forme pertinente pour les patients avec une DTA. Les phrases sont courtes, les liaisons et les conjonctions de coordination sont absentes car cela nuit à l'allitération rythmique. Le verbe, lorsqu'il existe, reste le pivot de ces phrases souvent au présent ou à l'impératif. De plus, leur syntaxe est particulière, et n'apparaît pas toujours comme structurée ni véritablement cohérente. Cette syntaxe étrange est donc semblable à celle des patients MA. Ainsi les créations de phrases pouvant paraître erronées dans le langage courant, deviennent un style recherché et les patients peuvent s'en trouver valorisés.

Enfin, les répétitions de formulettes, les ritournelles d'échos, les descriptions courtes et simples, les termes imagés offrent la possibilité aux patients d'accéder à la compréhension, même globale, de l'histoire. D'ailleurs, le conte offre plusieurs niveaux de compréhension :

- On peut l'aborder au sens premier des évènements.
- On peut l'étudier plus finement, au niveau de détails cachés, des doubles sens, voire l'interpréter sur le plan psychanalytique...

Ainsi, cela rend le conte adaptable à chacun et lui permet d'être accessible et intéressant pour tous.

¹⁰⁴ GRIMM C., Chaussé, déchaussé ! Contes entre lacets, in La grande oreille, la revue des arts de la parole, avril 2009, n°37, p 62.

¹⁰⁵ LAFFORGUE P., (1995), Petit Poucet deviendra grand, Bordeaux : Mollat Editeur, p 153.

¹⁰⁶ Ibid., p 161.

5) Support de la communication

Le conte abordé en groupe encourage les verbalisations car il suscite des associations d'idées, un partage de souvenirs, des commentaires spontanés sur l'histoire entendue. Des débats peuvent être amorcés sur le contenu d'un conte au regard de son titre, des réactions des personnages ... En abordant tout type de sujets de la vie il permet une réflexion commune. « Par son originalité et son support, c'est un élément culturel porté par tous et à la portée de tous par son oralité ». Cette fonction de support est si forte que c'est souvent l'occasion de « trouver des compétences chez des patients qui sont parfois en échec de communication ».¹⁰⁷

6) Les bénéfices secondaires

La forme du conte est simple et familière. Les contes n'imposent rien à son auditoire en termes de morale comme peuvent le faire les fables. Il y a un sens caché aux contes, néanmoins, personne n'est obligé de s'y intéresser. Ainsi, « c'est à nous qu'il appartient de décider si nous appliquons les déductions du conte à notre vie ou si nous nous contentons d'apprécier les évènements qu'il nous raconte »¹⁰⁸. « Celui qui le reçoit prend ce qu'il veut, ce qu'il a pris, il en fera ce qu'il voudra ».¹⁰⁹

De plus, les contes traditionnels ont toujours une visée optimiste où le bien triomphe toujours du mal. Ces différentes qualités pourraient agir sur les patients atteints d'une maladie neuro-dégénérative lors d'une rééducation de groupe.

En effet, une étude a porté sur 10 groupes différents en milieu gériatrique. Chaque groupe était composé de patients MA et a consisté à évaluer les domaines de la dépression et de l'estime de soi. Parmi les trois groupes de création d'une exposition-spectacle, les deux groupes contes, les deux groupes chant, le groupe collage, le groupe écriture et le groupe photolangage, seuls les groupes contes se distinguent par des résultats positifs congruents en termes d'estime de soi et de lutte contre les états dépressifs.

¹⁰⁷ BAUMASSY C., (2008), Traitement non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer, l'atelier-contes en accueil de jour, Mémoire d'orthophonie, Nice, p 18.

¹⁰⁸ BETTELHEIM B., (1976), psychanalyse des contes de fées, Paris : éditions Robert Laffont, p 60.

¹⁰⁹ ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson, p 9.

Ainsi, le plaisir de dire et d'entendre, pourrait participer au mieux-être de la personne atteinte d'une DTA.

METHODOLOGIE

*J'aime ces gens étranges, à la mémoire trouée,
Qui échangent des bribes, de leurs vies effacées,
Voyageurs sans papier, sans qualifications,
Ils sont ce que nous sommes, et nous leur ressemblons.*

Chapitre II : ... à la réalisation sur le terrain

A. Le cadre

1) Le lieu

L'atelier langage s'est déroulé à la résidence « Korian »¹¹⁰ le Gentilé en Meurthe-et-Moselle. Cette EHPAD peut accueillir jusqu'à 130 résidents autonomes, dépendants ou atteints de la maladie d'Alzheimer, en hébergement temporaire ou permanent. Elle est composée de 88 chambres individuelles ainsi que de 7 chambres doubles.

La direction de la résidence m'a permis d'y effectuer l'atelier-contes. Le groupe « Korian » est en effet très sensible à tout projet de prise en charge individualisée et s'associe aux professionnels de la maison de retraite ainsi qu'aux professionnels libéraux pour mettre en place un suivi adapté aux résidents. Cet établissement valide des interventions socioculturelles, de stimulations sensorielles et mémorielles ainsi que des activités visant le bien-être corporel. C'est donc dans cette approche pluridisciplinaire que cette EHPAD m'a ouvert ses portes.

L'entrée de cette résidence se présente sous la forme d'un grand salon où les personnes peuvent circuler librement et où s'offrent à elles des espaces confortables et conviviaux pour discuter, regarder la télévision...Au fond à droite de cette pièce se trouve la salle à manger principale, ainsi qu'une pièce attenante, la salle à manger privée, pour recevoir le temps de midi les résidents et leur famille. C'est dans cette salle à manger privée que se sont déroulées les séances de l'atelier langage.

¹¹⁰ Marque déposée.

Cette pièce a révélé des avantages :

- Elle fut assez vaste pour recevoir autour d'une table jusqu'à une quinzaine de personnes étant meublée de fauteuils et de chaises confortables ainsi que de trois tables accolées formant une grande table centrale.
- Elle pouvait se fermer, ce qui a été appréciable pour isoler le groupe des bruits ambiants. De plus, les personnes étaient libres d'assister à l'atelier ou de sortir à n'importe quel moment.
- Elle fut assez lumineuse pour ne pas gêner la vision des supports de travail.

Ce lieu a également présenté des limites dans la mise en œuvre de l'atelier :

- Des perturbations sonores pour cause de travaux ont pu perturber l'attention du groupe, notamment pendant une séance en particulier. De plus, la pièce étant attenante à la salle à manger principale, des gênes acoustiques ont pu avoir lieu lors de la préparation du repas en provenance de cette salle à manger.
- La pièce rectangulaire n'était pas totalement adaptée au travail sur les contes. En effet, on préférera une table ronde, ou une formation en demi-cercle de ces personnes pour encourager la participation de tous et offrir un champ visuel idéal des supports.
- Une salle plus vaste aurait été appréciable, surtout pour l'accueil et le placement des personnes en fauteuil roulant ou s'aidant d'un déambulateur.
- Il n'y avait pas de source directe de lumière naturelle ce qui a créé un environnement relativement clos.

2) Périodicité et durée

Le groupe s'est réuni pendant trois mois à raison d'une séance hebdomadaire de septembre à décembre 2010. Un total de douze séances a été mis en œuvre ce qui a permis d'effectuer un suivi régulier des patients et d'avoir le temps nécessaire pour la création d'un éventail assez large d'activités.

Les séances étaient programmées les jeudis matins de 10h30 à midi, heure habituelle pour les résidents de « l'atelier conversation » animé par Brigitte Bochet, un(e) stagiaire en orthophonie ainsi que de Véronique Kontz, animatrice au sein de la structure. La plupart des résidents participant au groupe avaient donc, avant l'atelier-contes, intégré le jour et l'heure des séances, ceux-ci étant en plus rappelés sur un panneau dans la salle principale.

L'atelier-contes n'a pas été précisé en tant que tel mais s'est greffé sur un atelier de langage existant. Le thème du conte a été révélé dans les premières séances, puis rappelé chaque jeudi. Une demi-heure avant la séance, un travail de préparation du matériel ainsi qu'un regroupement des personnes a été effectué. Ce temps fut important pour les résidents car il leur a permis d'en savoir plus sur les activités du jour. Aussi, se savoir attendu a pu créer une motivation supplémentaire dans la participation à un tel groupe.

3) La population

Le groupe était constitué depuis plus d'un an. Il peut être qualifié :

- D'ouvert : groupe souche (GS) + personnes souhaitant ponctuellement venir :
 - Est considéré comme appartenant au groupe souche toute personne ayant participé à au moins 50% des séances, soit 6 séances sur 12. Ainsi 11 personnes constituent le groupe souche.
 - Une variable de 1 à 3 personnes a été comptabilisée en ce qui concerne les participants ponctuels. Ces personnes, en séjour temporaire ou résidant en permanence dans l'EHPAD pouvaient être porteur d'une DTA, d'une autre pathologie ou être dans un phénomène de sénescence.

séances	Dates	Patients présents
1	09/09/10	11 (10 du groupe souche)
2	23/09/10	12 (10 du GS)
3	30/09/10	9 (8 du GS)
4	07/10/10	11 (10 du GS)
5	14/10/10	8 (7 du GS)

6	21/10/10	11 (9 du GS)
7	28/10/10	10 (9 du GS)
8	18/11/10	9 (9 du GS)
9	25/11/10	11 (10 du GS)
10	02/12/10	8 (8 du GS)
11	09/12/10	12 (10 du GS)
12	16/12/10	13 (10 du GS)

○ D'hétérogène : du point de vu de l'âge, du diagnostic, des troubles :

- Ages : de 66 ans à presque 100 ans.
- Diagnostic : seules 3 personnes sur le groupe ont un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Les autres ont les signes probables d'une dégénérescence pathologique mais pas de diagnostic posé.
- Troubles : les stades d'évolutions se situent entre les stades 1 et 2 de la maladie d'Alzheimer. Les manifestations des troubles sont également diverses, certains étant plus atteints sur la sphère mnésique, d'autres sur le langage...

De plus, avec cette pathologie, d'une séance à l'autre, les personnes n'ont pas le même profil. Un trouble de l'humeur passager, une fatigue, une contrariété quelconque peut les rendre totalement changé d'une semaine à l'autre. Ainsi, Mme E. participe souvent activement à l'atelier, néanmoins, lors d'une séance, ayant perdu ses lunettes, elle n'a pu se détacher de cette persévération idéique, d'où un désintérêt total de l'instant présent.

Ce fut donc un groupe avec des différences inter et intra-personnelles, ce qui caractérise les maladies neuro-dégénératives.

Malgré cette hétérogénéité, les membres de ce groupe avaient comme point commun :

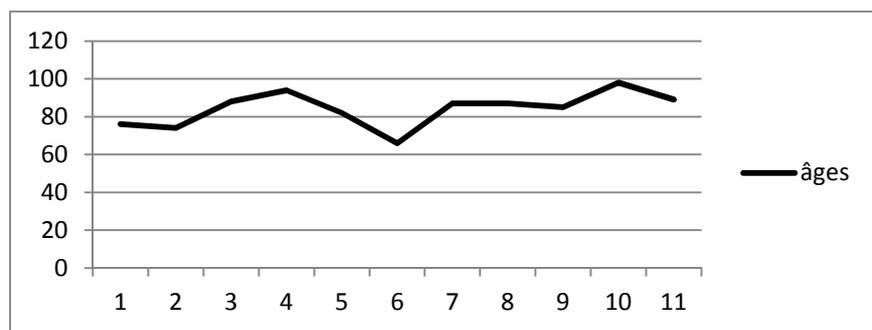
- D'être tous institutionnalisés, donc d'être dans un état de dépendance.
- D'être dans un processus de vieillissement pathologique.

Cette population a semblé assez **représentative de la réalité** des profils qu'un(e) orthophoniste peut rencontrer lors d'une intervention en groupe en maison de retraite. En

effet, même si un groupe homogène est conseillé, la réalité implique souvent l'hétérogénéité face à la pathologie et la population en EHPAD.

- Le groupe est issu d'une EHPAD de type maison de retraite. Cela représente 50% des EHPAD. Tous types confondus, les maisons de retraites représentent 60 % des possibilités d'accueil de personnes âgées.
- Le groupe est constitué en grande majorité de femmes, représentatif de la situation en EHPAD (4 femmes pour 1 homme).
- La moyenne d'âge en institution est de 83 ans et 5 mois. L'âge moyen de notre population fut de 84 ans :

Âges des personnes du groupe souche



- 10 personnes sur 11 du groupe souche ont été institutionnalisées par leur famille du fait d'une dépendance physique et/ou psychique. Une personne seulement a décidé personnellement de son placement. Cela est représentatif de la majorité des placements.
- Le taux de diagnostic est généralement de 35% pour la maladie d'Alzheimer. Notre groupe était à 27% de taux de diagnostic.

4) Les contes utilisés

Quels contes choisir parmi la multitude d'histoires s'offrant à nous ?

Selon les dires de P. Lafforgue : «... le choix du conte n'est qu'un embrayeur-conteneur et la force contraignante des invariants mettra sur les rails. Il faut savoir accompagner le voyageur symbolique tout en choisissant, s'il est possible, des versions issues de la tradition »¹¹¹

Les contes traditionnels, pour l'atelier, paraissaient également bénéfiques car ce sont les plus connus d'où un possible souvenir ancré en mémoire à long terme pour les personnes âgées. Se servir des origines propres aux contes semblait également judicieux afin de stimuler les cinq sens, la compréhension, l'articulation (ex : « Bori, bori, djinamori, bori Bori djinamori Ka ta fo m'bayé Djinamori bori Bori djinamori¹¹² »)

Les multiples versions (ex : *Cendrillon* : Grimm, Perrault) ont aussi intéressé le groupe pour un travail cognitif et de stimulation de la communication. Proposer le même conte sous différentes versions et utiliser plusieurs fois le même conte a été mis en œuvre car selon B. Bettelheim, « si on veut tirer d'un conte de fée tout son suc, il faut non seulement le répéter ou le réentendre plusieurs fois, mais également se familiariser avec des variantes qui proposent le même thème. ¹¹³ » Ainsi, les trois contes les plus répétés dans notre expérience ont été : *Le Petit Chaperon Rouge* (utilisé 5 fois), *Le Chat Botté* (5 fois), et *Cendrillon* (4 fois).

Les contes à structure particulière (multiples répétitions, randonnées...) ont eux aussi servi d'appui afin de créer une assurance mnésique et un phénomène d'anticipation.

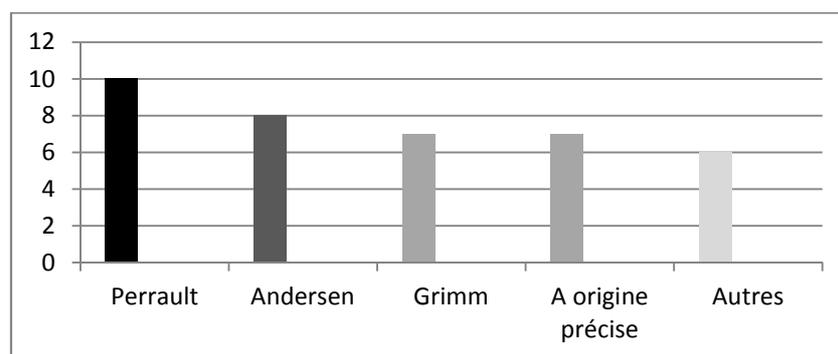
Un éventail assez large de contes a été exploré, allant du conte traditionnel au conte moderne ou régional. Néanmoins, la synthèse des contes utilisés pour les activités de stimulations cognitives et communicationnelles a montré une utilisation plus prononcée pour les contes de tradition :

¹¹¹ LAFFORGUE P., (1995), *Petit Poucet deviendra grand*, Bordeaux : Mollat Editeur.

¹¹² La chèvre et le vieillard. Conte du Mali.

¹¹³ BETTELHEIM B., (1976), *psychanalyse des contes de fées*, Paris : éditions Robert Laffont, p 124.

Les contes utilisés



Remarques :

Dans l'étude, les contes traditionnels représentent les contes des auteurs tels C. Perrault, les frères Grimm ou de H.C Andersen.

Les contes à origines précises regroupent des contes lorrains, africains, chinois, hindous...

La rubrique « autres » concernent des contes modernes tels *Alice au pays des merveilles*, *Pinocchio*, *Pierre et le loup*... ou qui n'ont pas d'auteur précis : *Les trois petits cochons*...

Contrairement à l'expérience réalisée par J-L Sudres :

- Le choix des contes ne s'est pas fait en fonction de la problématique abordée. Les critères de sélection ont été subjectifs, tantôt basés sur l'aspect connu des contes (pour un travail mnésique) tantôt centrés sur l'aspect inconnu (pour susciter l'intérêt, engendrer des questions...). Ainsi, les contes facétieux ont peu été abordés car la fonction d'« exutoire social »¹¹⁴ n'était pas recherchée.

- Les contes étiologiques paraissaient pertinents à proposer dans le but d'une stimulation de la communication, de création de débats, de partage d'opinions, dans une atmosphère ludique et à consonance poétique.

¹¹⁴ SUDRES J-L., ROS C., Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment..., in Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, octobre 2004, n° 79, p 48.

B. Un projet à adapter

Mon projet a été réalisable dans le cadre d' « un atelier conversation » mis en place par Brigitte Bochet, orthophoniste, intervenant depuis 2004 dans une maison de retraite à Laxou (54). Ce groupe de personnes institutionnalisées m'a paru en adéquation avec mon projet sur plusieurs points :

- Le groupe permettrait de créer une situation écologique de prise en charge orthophonique d'un groupe de personnes âgées institutionnalisées (population hétérogène, âges, sexes, taux de diagnostic...) cela m'a paru intéressant pour la généralisation de notre étude.
- L'hétérogénéité des niveaux langagiers, mémoriels et communicationnels m'a attirée afin de démontrer le caractère adaptatif de l'outil conte aux diverses pathologies de la personne âgée, à des degrés différents.

L'hétérogénéité de ce groupe m'a semblé présenter un intérêt pour la prise en charge des patients déments, afin d'en démontrer son utilité comme ont pu l'évoquer d'après leur pratique I. Eyoum et F. Marquis.

Intervenir sur un groupe déjà constitué paraissait présenter des avantages dans la mise en œuvre des activités :

- Les personnes, déjà habituées à venir au groupe de langage, seraient susceptibles de venir plus régulièrement à l'atelier conte. Le cadre spatio-temporel déjà fixé permettrait une mise en route facilitée de l'atelier.
- De plus, les personnes présentes ayant l'habitude de se retrouver, cela offrirait un démarrage convivial dans un climat de confiance.

Néanmoins, il a également nécessité des adaptations :

Du point de vue de la population :

Le groupe de langage en place dans la maison de retraite est un groupe ouvert. Ainsi, ponctuellement, des personnes en séjour temporaire ou ayant simplement envie de participer une ou deux séances peuvent le faire, dans la mesure où le groupe souche est installé et qu'il reste de la place. Le nombre de personnes assistant au groupe pouvait donc varier d'une semaine sur l'autre, même si une relative constance a été observée. Le nombre idéal de 8 personnes n'était donc pas sûr d'être totalement respecté mais pourrait apporter une richesse pour la dynamique du groupe.

Du fait de l'hétérogénéité du groupe, les activités se devaient d'avoir une utilité pour chacun, d'être accessible à tous, tout en gardant une dynamique de groupe. Les étayages éventuels se devaient d'être progressifs, toujours dans un souci d'adaptation aux niveaux de chaque membre.

Du point de vue du matériel utilisé :

Au niveau technique les supports de l'atelier ont tenté de pallier les déficits naturels ou pathologiques liés à l'avancée en âge. Les aspects visuels, sonores et praxiques du matériel ont été respectés.

L'outil conte a également nécessité des adaptations dans sa présentation afin de ne pas laisser croire à une quelconque infantilisation. Le support s'est donc passé de ses illustrations, trop connotées à la sphère de la petite enfance. Lorsque des illustrations de contes ont été utilisées, les images courantes des contes étaient associées à des gravures de G. Doré entre autres, en noir et blanc, qui ont apporté un cadre plus adapté pour des adultes.

RESULTATS ET ANALYSES

*J'aime ces gens étranges, qui me montrent du doigt,
Les immenses trous noirs, que j'ai au fond de moi,
Ils sont le grand miroir, de mes désirs enfouis,
De ma débridance tue, et de ma fantaisie.*

C. Déroulement des séances

Chaque séance a été constituée de plusieurs temps dont la succession fut identique. La fixité du cadre, repérable par l'ensemble du groupe, s'est voulue structurante et génératrice d'attentes et de possibles anticipations.

Ainsi chacune des interventions s'est déroulée de la façon suivante :

1) L'arrivée

Les séances avaient lieu les jeudis matins. A partir de 10h, j'arrivais à la résidence « Korian le Gentilé »¹¹⁵ afin de préparer la salle pour accueillir les participants dans les meilleures conditions. Ce temps a également servi pour chercher dans leurs chambres les personnes non autonomes sur le plan temporo-spatial.

2) L'accueil

Le temps d'accueil prévu à 10h30 fut un temps nécessaire pour la mise en route de l'atelier. Il a consisté en l'accueil plus ou moins échelonné des résidents et à leur placement autour de la table. Une disposition relativement fixe a été mise en place dans un souci d'affinité et d'équilibre du groupe.

En l'attente des retardataires et pour une « mise en route » des échanges, des discussions libres ont pu avoir lieu autour d'un café. Certains, par le plaisir de se retrouver ont pu échanger spontanément des paroles, néanmoins, d'autres avec des troubles cognitifs plus prononcés, ont eu une prise de contact initiale plus difficile.

¹¹⁵ Marque déposée.

Le temps de l'accueil fut également le temps de « l'objet insolite ». Cette pratique créée antérieurement à l'atelier-contes s'appuie sur l'aspect ludique du toucher et du mystère à découvrir. F. Marquis¹¹⁶ pense d'ailleurs qu'il « peut être intéressant d'apporter un objet original, peu usuel, pour créer un mystère à percer ». C'est donc ce qui a été mis en place en apportant dans le premier temps de l'atelier une œuvre d'art, un objet ancien, récent...

Ce moment a eu comme avantage de faire participer tous les membres du groupe et à constituer une mise en route de la communication de façon agréable et adaptée à chacun. Ce procédé a d'ailleurs été rapidement intégré par le groupe car sans explication, à la vue d'un nouvel objet : « Ah ! On va devoir deviner à quoi ça sert ! ».

Cet espace de communication libre spécifique au temps d'accueil a pu permettre également, une fois, à une résidente de partager avec le groupe une de ses lectures « Le sous-préfet aux champs ».

3) Les activités

Cette partie de l'atelier a été entièrement consacrée à des activités se basant sur les contes. Dans la mesure du possible, une démarche chronologique a été respectée au sein de celle-ci :

- Activité de langage oral
- Activité de langage écrit
- Activité fil rouge
- Lecture partagée

La mémoire n'a pas été travaillée directement mais elle a été abordée de façon indirecte dans les activités de langage oral et langage écrit.

Remarque : Il est important de souligner le rôle de l'orthophoniste dans cet atelier conte. Celui-ci n'a pas débordé sur le domaine de l'animation ou du contage.

¹¹⁶ MARQUIS F., La stimulation du langage par les cinq sens, in Ortho magazine, octobre 2002, N° 42, p 23.

En effet, **l'animateur** se charge de créer et de soutenir une vie sociale harmonieuse au sein de la structure. Son rôle est d'adapter ses animations à chaque individu afin de lui offrir découverte et plaisir dans une problématique d'intégration et de respect entre les résidents. Il est à l'écoute de tous, est le garant d'une ambiance chaleureuse au sein de la maison de retraite. Les activités qu'il met en place n'ont pas une visée rééducative première même si l'idée d'une stimulation est omniprésente. Son objectif principal est avant tout le plaisir partagé de découvrir l'autre et de réaliser une activité ludique et enrichissante pour chacun.

Le conteur, lui, exerce son art par les contes qu'il raconte grâce à son talent d'improvisation et de déclamation. Il capte son auditoire par ses paroles, il tient son public en haleine. A partir d'un conte installé dans son imaginaire, le conteur le transporte dans celui du public. C'est un véritable échange entre celui qui transmet et ceux qui écoutent dans un cadre de plaisir partagé.

L'orthophoniste, dans un tel atelier, manipule également ces notions de plaisir partagé, de lien social et d'immersion dans les contes. Cela existe mais ne constitue pas le but recherché par l'orthophoniste. Pour lui, le conte est un outil servant de trame pour atteindre des objectifs rééducatifs ou de maintien précis. Le conte est manipulé en tant que vecteur de communication et de base de travail analytique de troubles cognitifs.

4) Le débriefing

Suite à l'atelier qui se terminait vers 12h, Brigitte Bochet, Véronique Kontz et moi-même procédions à un échange sur le déroulement de la séance et sur les améliorations à y apporter. Ce moment a servi à préciser les activités proposées et à observer qualitativement les effets de celles-ci.

Ce temps fut nécessaire comme le souligne P. Lafforgue, « un atelier sans régulation et sans supervision perd sa spécificité de contenant thérapeutique ».

D. Séance type

Déroulement de la séance n°7 : jeudi 28 octobre 2010

J'ai choisi de vous exposer la 7ème séance car elle se situe au milieu de l'expérimentation. Le rythme des séances était déjà intégré par les participants. De plus, un nombre moyen de résidents (10) étaient présents ainsi que trois encadrants : Mme Brigitte Bochet (orthophoniste), Véronique Kontz (animatrice) et moi-même.

L'arrivée

Il est 10h, j'arrive à la résidence « Korian le Gentilé »¹¹⁷ de Laxou. Dans l'entrée, Mme A. attend ma venue comme à son habitude. Je la salue puis j'installe le matériel dans la pièce de « l'atelier conversation ». Deux dames discutent dans le grand salon dans l'attente de quelque chose... l'atelier peut être ? Je leur rappelle l'horaire et m'en vais dans les étages proposer aux « habitués » de participer à la réunion. Certains finissent de se préparer car ils avaient l'intention de venir, d'autres avaient oublié mais sont heureux à l'idée de se joindre au groupe. Une patiente ne peut venir car elle est souffrante : Mme R. : « je suis très déçue de ne pouvoir venir, ça me manque, j'adore les contes ! »

L'accueil

Une fois les résidents placés selon leurs affinités ou leurs habitudes, l'objet insolite est présenté et manipulé par tous. L'objet d'aujourd'hui est une vieille voiture en métal de 50 cm de long et de 25 cm de haut. C'est un objet ancien, décoratif et utile, qui servait autrefois à conserver le tabac et à fabriquer ses cigarettes. L'objet intrigue : « C'est pour porter du charbon ? », « Non, plutôt pour le café ! ». Après avoir été de mains en mains, et au fil des questions-réponses, l'utilité de l'objet insolite est trouvé. L'objet ravit les personnes présentes qui redemandent sa manipulation. Mme N., entraînée par le thème, se met à chanter « j'ai du

¹¹⁷ Marque déposée.

bon tabac dans ma tabatière ». La bonne humeur est installée, les activités du conte peuvent débiter.

Les activités

La séance commence par l'activité de *langage oral*. Celle-ci est aujourd'hui basée sur les moralités que Charles Perrault aime inscrire à la fin de ses contes. Aujourd'hui ce sera la moralité du « Petit Chaperon Rouge ». L'objectif de cette activité est de procéder à une évocation de mots grâce à une aide phonologique (la rime) et à une aide sémantique (le sens de la phrase et aide par les synonymes).

Je lis la morale et m'arrête lorsqu'il manque un mot. Les mots très contextualisés par le sens de la phrase sont facilement évoqués par le groupe, néanmoins pour d'autres, évoquer le mot reste difficile, malgré l'aide de la rime et de la synonymie.

C'est ensuite le temps de l'activité de *langage écrit* qui est composé de deux parties pour cette séance. Le but était d'introduire la notion de formulettes, aspect spécifique aux contes. Un tableau de deux colonnes est présenté. Il est composé de débuts de formulettes à gauche et de leurs fins à droite. Le but étant de relier le début et la fin de chaque formulette. L'exercice nécessite la lecture ainsi que la recherche d'indices syntaxiques et phonologiques (rimes).

La deuxième activité a consisté en la création, en binôme, de fins de formulettes. Six groupes de deux sont constitués de résidents ou d'un résident et d'un encadrant. Le papier et le stylo font peur, beaucoup hésitent formulant qu'ils ne savent plus. Pourtant, tous ont réussi la consigne de compléter une formulette qui rime. Les objectifs initiaux qui étaient de stimuler l'imagination, le travail d'équipe et le geste graphique ont été atteints.

L'heure tourne, le groupe consacre un petit quart d'heure à l'activité *Fil rouge* de création de conte. Comme la séance s'articule autour de la notion de formulettes, l'objectif est de chercher tous ensemble une formulette afin d'introduire « notre conte ». Deux résidentes sont particulièrement loquaces sur le sujet, ce sera : « C'était en ce temps-là, où les bêtes parlaient... ». Le reste du groupe donne quelques pistes pour la suite de l'histoire.

Il reste quelques minutes pour clore cette séance par une activité devenue un rituel de fin : *la Lecture partagée*. Cette activité est désormais connue de tous et nécessite de moins en moins

d'explications, c'est devenu quelque chose de naturel, comme pour se dire au revoir. Aujourd'hui, nous lisons ensemble un conte africain « Mahura, la fille qui travaillait trop ». Ce conte très imagé a engendré de nombreux sourires.

Nous terminons ainsi sur cette note positive, il est midi, les estomacs n'attendent pas.

Le débriefing

Les discussions portent principalement sur les modalités à changer afin d'améliorer les exercices proposés. L'activité de langage oral sur la moralité de Perrault nécessiterait d'autres aides phonologiques afin de réduire le coût cognitif des résidents dans leur recherche de la rime. De plus, la synonymie ne sera pas retenue comme aide entraînant davantage de difficultés pour eux à la vue des déficits liés à la DTA. La première activité de langage écrit sous forme de tableau mériterait d'être améliorée dans sa visibilité par l'ensemble du groupe. Lire au groupe le début de la formulette et rechercher uniquement la fin pour les patients seraient judicieux afin de les orienter dans leurs réponses. Enfin, l'activité en binôme a remporté un franc succès et nous décidons de la renouveler ultérieurement.

E. Activités réalisées à partir des contes

1) Synthèse des exercices

Les rééducations en orthophonie se basent généralement sur le principe suivant :

- Définir des **objectifs** de rééducation
- Trouver des **moyens** pour effectuer l'objectif initial
- Observer un **résultat**

L'objectif, dans un groupe de langage est la stimulation des fonctions cognitives (mémoire, attention...) et en particulier le langage, dans un but secondaire d'engendrer la communication. Ma démarche s'est plus particulièrement intéressée aux moyens utilisés : les

contes. J'en ai extrait des exercices que j'ai proposés au groupe. L'observation des réactions face à ceux-ci a abouti à un résultat.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les titres (Séance 1)	-Devinettes : faire deviner un conte au groupe et en faire un résumé en fin d'activité. Le groupe peut poser des questions en étayage.	Expression orale : Pertinence du lexique (choix des éléments de l'histoire + évocation). Capacités narratives Formulation de questions Mémoire sémantique (rechercher un conte connu)

Exemple :

Mme V. pense à un conte où il y a une petite fille qui va voir sa grand-mère.

Question de Mme C. : « Est-ce qu'il y a un loup ? » ; « oui ... »

⇒ Le Petit Chaperon Rouge

Résultats :

A la création de cet exercice, il était prévu que seul le groupe poserait des questions pour deviner de quel conte il s'agissait. Néanmoins, peu de personnes posaient des questions donc l'exercice a été modifié. Les grands classiques ont été évoqués : « Le Chat Botté », « Boucle d'or », « Barbe bleue »... Ce fut un exercice assez général sur les contes, adapté pour une première séance.

Les titres (séance 9)	Retrouver des titres qui ont été déformés par des modifications phonologiques ou des homonymes. En individuel puis aide du groupe.	Langage écrit : lecture à voix basse, compréhension écrite. Aide : indices à partir d'images du conte si nécessaire. En production : geste graphique (ou épellation à l'aidant si le geste est trop laborieux), stimulation de l'orthographe lexicale et grammaticale, production de phrases
--------------------------	---	--

		<p>simples et courtes (titres).</p> <p>Flexibilité mentale, mémoire de travail, mémoire sémantique : faire le lien entre une forme sonore et un titre connu lui-même associé à une forme écrite. Liens continus sonore/ écrit.</p> <p>Communication : lié à l'aspect humoristique des productions.</p>
--	--	--

Exemple :

Mme G. a devant elle : « Le petit chapeau rond rouge ». Son indice : l'image d'une jeune fille habillée de rouge avec un panier au bras.

⇒ « Le Petit Chaperon Rouge »

Mme C. : « Le vaillant petit ailleurs ». Son indice : l'image d'un tailleur.

⇒ « Le Vaillant Petit Tailleur »

Résultats :

Certaines persévérations à l'écrit ont pu être observées, comme Mme C. qui formule la bonne réponse à l'oral mais qui écrit le mauvais titre sur sa feuille.¹¹⁸

Les titres les plus connus ont facilité les bonnes productions. Ainsi, le niveau de difficulté peut être adapté à l'évolution de la maladie des patients par le choix des titres à découvrir.

Le titre correct a souvent été découvert grâce aux explicitations orales. « Pot d'Anne » était pour les patients erroné en toute logique mais trouver la bonne orthographe fut plus laborieux. De plus, nous avons remarqué que les homonymes purs de type « pot d'Anne » ont été plus difficilement réussis que les titres déformés phonologiquement : « En sel et crécelle » (Hansel et Gretel).

En effet, en homonymie pure, l'écrit (orthographe) doit intervenir pour les différencier, or la sphère écrite est plus précocement touchée dans la maladie du fait de sa moindre utilisation avec l'avancée en âge.

¹¹⁸ Cf. annexe VI.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les titres (séance 10)	Rébus	Langage oral : travail phonologique par un découpage syllabique voire lexical de la phrase. Construction orale de phrases simples. Mobilité de pensée : lien visuel (image), auditif (le son de la syllabe...), et sémantique (sens associé). Aide : recherche par l'ensemble du groupe et aide du contexte (les contes)

Exemple :



⇒ Les Trois Plumes (conte des frères Grimm)

Résultats :

Ce fut une activité abordable pour tous car on peut procéder, en cas de difficulté, à une simple dénomination d'images composant le rébus et aboutir au titre recherché. Chacun peut donner un élément de la réponse ce qui en a fait un véritable travail de groupe.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les titres (et personnages) (séance 10)	Titres (ou personnages) étranges car remplacés par des synonymes ou des périphrases. En individuel puis mis en	Langage écrit : au niveau du lexique (synonyme, vocabulaire précis) Aide : indiçage par les aidants en individuel.

	commun au sein du groupe.	Geste graphique Lecture à voix haute lors de la mise en commun
--	---------------------------	---

Exemple :

Mme S., diagnostiquée Alzheimer à un stade avancé a : « La petite marchande de tisons »

⇒ « La Petite Marchande d'allumettes »

Mme P. : « L'hideux jeune caneton »

⇒ « Le Vilain Petit Canard »

Résultats :

On remarque une première production où Mme S. copie le titre déformé. Seul le geste graphique est stimulé. Après soutien oral d'un aidant, Mme S. arrive à une production correcte. Nous avons cru percevoir chez cette personne la surprise et le plaisir de réaliser des productions écrites.

Cet exercice nécessite une recherche de synonymes et de mots précis. Or le manque du mot est prégnant chez ces patients ainsi que la difficulté d'accès à la synonymie. Un étayage oral a donc été nécessaire pour la réussite de l'exercice.

La satisfaction personnelle a été observée sur le groupe d'avoir pu réaliser un écrit.

Le niveau peut également être adapté à celui des patients (niveau culturel antérieur ou stade d'évolution de la maladie) en choisissant des synonymes plus ou moins évidents :

Exemple d'un niveau linguistique plus élevé : « Le volatile céruléen » => « L'oiseau bleu »
(Conte de Mme d'Aulnoy)

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les personnages (séance 1-2)	-Test: établir des corrélations en répondant à des questions entre sa personnalité et celle propre à un personnage de	Langage écrit : lecture (silencieuse ou à voix haute) + compréhension. Fonctions exécutives : prise de décision, capacités de jugement.

	<p>conte.</p> <p>Evoquer ses impressions face au résultat.</p>	<p>Attention orale : lors de la correction.</p> <p>Communication : partager une opinion, défendre ou réfuter un point de vue.</p>
--	--	---

Exemple¹¹⁹ :

Résultats :

Le support du test a été utilisé pour l'amorce de la prise en charge. La création originale de ce test avec le thème « A quel personnage de conte ressemblez-vous ? » a permis de plonger en douceur, les résidents dans l'univers du conte.

Les premières séances de groupe de langage commencent souvent par un temps de découverte (portraits chinois...), afin de sonder les personnalités et les réactions du groupe, sans entrer dans des données trop intimes. Ce fut donc un outil parfait pour faire connaissance. Les questions posées avaient toujours un lien avec les contes mais pouvaient indiquer un trait de leur caractère, une ébauche de leurs envies, de leur vie. Certaines réponses pouvaient être évocatrices, telle Mme G., diagnostiquée Alzheimer, qui, à la question... :

« Une bonne fée vous offre un pouvoir magique, vous choisissez :

- D'arrêter le temps
- De détecter le mensonge
- D'avoir la beauté et la gentillesse éternelle
- D'avoir le sens de l'orientation où que vous soyez
- Changer tout ce que vous touchez en or

...choisit la 4^{ème} réponse.

Le dépouillement des réponses a nécessité beaucoup d'attention de la part du groupe. Néanmoins la révélation des résultats a pu laisser place à diverses discussions et réactions spontanées sur la corrélation du personnage obtenu et sur les éléments de leur personnalité. Ainsi M. S., seul homme du groupe, sous les traits de Cendrillon, n'a pas été réellement convaincu alors que d'autres étaient plus enthousiastes : Mme G. « J'avoue, je m'y retrouve sur certains points... » Ou Mme R. sous les traits du Petit Chaperon Rouge : « Ah oui ! C'est très bien, c'est tout à fait moi ! ».

¹¹⁹ Cf. annexes IV- V.

Effectuer un choix semble difficile pour ces patients, d'où la nécessité d'un encadrement afin de les aider dans leurs prises de décisions ainsi qu'une reformulation et une répétition des questions nécessaires. Cet exercice a permis aux membres du groupe de faire un peu plus ample connaissance. La surprise de découvrir à quel personnage de conte on pouvait ressembler a amusé et a pu provoquer des réactions partagées. Un prétexte à la communication fut créé.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les personnages (séance 4)	-Mots mêlés ; retrouver des personnages dans une grille de lettres + trouver le conte où apparaissent ces personnages Aide : restriction du champ sémantique : les personnages appartiennent tous à des contes lorrains. - « karaoké »	Langage écrit : voie d'adressage : reconnaissance de mots parmi des distracteurs visuels. Attention visuelle Mémoire à long terme : retrouver et évoquer brièvement l'histoire. Communication : partage de souvenirs communs liés à l'écoute de ces contes, partage de données personnelles liées à la région (lieux d'habitation...) Stimulation : auditive si simple écoute musicale. De de la voix si chant spontané (rythme, intensité...) => mémoire sensorielle. de la lecture si « karaoké » : impose un rythme de lecture, une cadence à respecter.

Exemple :

Mots-mêles : ¹²⁰

Karaoké : parole + musique de la chanson de St-Nicolas.

Résultats :

La séance sur les contes régionaux a beaucoup intéressé les participants car c'est un domaine qui les concerne personnellement. Les personnages de contes n'étaient pas tous connus des résidents mais les uns ont pu faire découvrir leurs savoirs et les autres en apprendre davantage sur leur région. Ce fut un moment de partage.

Les chants de St-Nicolas ont plu. Une version enregistrée au sein d'une église par des adultes a été choisie pour ne pas infantiliser les patients. Néanmoins, l'écoute d'une version plus rythmée chantée par des enfants a été effectuée ce qui a ravi l'assemblée. Certains n'ont pas hésité à chanter avec ou sans les paroles.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
La structure (séance3)	-Déduire la fin d'un conte ou imaginer une suite logique.	Compréhension orale : liée à la syntaxe dont le groupe doit repérer les invariants et s'aider de ceux-ci afin de construire la suite. Mémoire à court terme : se souvenir du début de l'histoire pour créer la suite. Attention auditive : lors de la lecture

Exemple :

Le conte utilisé fut un conte sibérien « Le chien »¹²¹.

¹²⁰ Cf. annexe VII.

¹²¹ BLOCH M., (1995), 365 contes pour tous les âges, Luçon : Gallimard jeunesse/ Giboulée, nouvelle édition revue et corrigée par l'auteur.

Résultats :

L'écoute du conte fut attentive pour tous. Les invariants ont dû être explicités à l'oral, n'ayant pas été repérés par tous. Plusieurs suites ont été proposées, plus ou moins logiques. Ne pas rester figé sur une réponse précise est nécessaire ainsi que la valorisation de toute idée émise.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
La structure (séance 6)	Texte à trous à compléter en groupe : chacun doit trouver un mot correspondant à une classe grammaticale particulière, respecter le genre et le nombre... Aide : travail demandé adapté au niveau de chacun. Le conte est lu avec les mots trouvés en individuel. Reconnaissance du conte qui a été modifié. Relecture en retrouvant les mots originels du conte.	Langage écrit : En production : orthographe lexical et grammatical (adjectifs, noms, masculins, pluriels...) Geste graphique Attention auditive Langage oral : reconnaissance du véritable conte, évocation d'autres versions, d'autres fins... Mémoire à long terme : le conte étant extrêmement connu, certains mots sont stockés en mémoire sémantique. Leur production est quasi automatique. Compréhension orale : globale

Exemple :

Le conte modifié fut « Le Petit Chaperon Rouge »¹²².

Résultats :

L'exercice fut un succès pour l'ensemble du groupe pour trois raisons :

¹²² Cf. annexes VIII- IX.

- Il fut adapté à chacun par la nature des éléments demandés à l'écrit.
Du plus simple au plus complexe :
Exemples : Mme M. : trouver un chiffre : sa réponse =13 (langage automatique)
Mme C. : trouver le nom d'une coiffe : sa réponse = un béret (évocation d'un nom)
M. C : trouver un mot qui rime en -ette: sa réponse = chevrette (travail métaphonologique)
- Il fut basé sur un des contes les plus connus de notre culture (formulettes inscrites en langage automatique d'où une facilité d'évocation)
- Le caractère ludique et mystérieux de l'exercice a servi de motivation.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les dialogues (séance 2)	-Choix multiples ou libres d'un ton à associer à une réplique écrite d'un conte. -Devinette par le groupe du ton utilisé.	Langage écrit : lecture à voix haute. Langage oral : Aspects non-verbaux : intonation + compréhension par le groupe des aspects non-verbaux (intonations, mimiques pouvant y être associées) -Formulation d'adjectifs qualifiant le ton utilisé.

Exemple :

Les dialogues étaient tous issus du « Chat Botté ».

Résultats :

Au départ l'exercice se présentait ainsi :

- Les tons étaient inscrits sur un tableau : triste-joyeux-solennel-autoritaire-apeuré-en colère
- Les papiers avec les répliques étaient donnés à chaque individu.

Chaque personne devait donc lire sa phrase en choisissant un ton du tableau.

Cette consigne fut très difficilement intégrée par le groupe. En effet, cela les a mis en situation de double tâche. L'exercice a donc consisté à lire sa réplique avec un ton libre. Le reste du groupe devant qualifier l'intonation utilisée.

L'aide du tableau s'est donc avérée être une difficulté. Un cadre trop rigide n'est donc pas bénéfique pour cette population. De plus, la majorité des patients ont lu leur réplique par rapport au sens de la phrase. Il faut donc exploiter le contenu des phrases pour espérer la production d'intonations diverses. Enfin, choisir des répliques courtes pour les stades les plus avancés de la maladie facilite les productions.

Par ailleurs, de nombreux adjectifs qualifiant les tons ont été évoqués : compatissant, décidé, plaintif, désolé, réconfortant...

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les extraits (phrases) de contes (séance 3)	-Devinettes : remettre une phrase dans son contexte originel + aide avec indices écrits lus à l'ensemble du groupe. Réponse collective.	Langage écrit : lecture à voix haute + compréhension. Création d'associations d'idées. Faire le lien entre la mémoire à court terme (lecture de l'extrait) et la mémoire à long terme (conte connu et stocké dans cette mémoire) Communication (partage d'opinions).

Exemple :

« Laissez-le ! Il ne fait de mal à personne ! Il n'est peut-être pas très beau mais il nage très bien »

Indices :

- Ma mère a le même nom que le bâton qui nous aide à marcher
 - Durant mon enfance je fus bien triste des moqueries faites à l'égard de mon apparence
 - J'ai changé de couleur en grandissant
- ⇒ « Le Vilain Petit Canard »

Résultats :

L'activité a renforcé la cohésion du groupe en cette 3ème séance. Chacun a apporté une réponse, s'avérant parfois erronée, mais corrigée spontanément collégialement créant de véritables relations de communication.

Les indices n'ont pas toujours été nécessaires, notamment pour les contes les plus connus.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les thèmes particuliers (séance 4)	-Devinette du sujet du conte (ou de la légende) à partir d'une odeur	Stimulation olfactive => mémoire sensorielle. Langage oral : associations d'idées, évocations spontanées de noms, d'adjectifs. Communication + mémoire à long terme : partage de souvenirs anciens, d'anecdotes.

Exemple :

Nous avons choisi l'histoire de « La madeleine de Commercy ».

Dans un sachet opaque, nous avons fait sentir aux résidents ce gâteau.

Résultats :

Les auteurs encouragent les stimulations olfactives dans la réminiscence de souvenirs et de productions orales. Néanmoins, beaucoup de productions de constatation ont été faites: « ça sent bon... » Et il y a eu seulement trois évocations lexicales : « orange », « citron », « guimauve ».

En revanche, suite à la découverte de la Madeleine, le groupe a initié une conversation sur les autres spécialités de Lorraine. La dégustation de ce gâteau fut par ailleurs un moment très convivial.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les origines des contes (séance 5)	-Devinettes : déduire le pays d'origine du conte entendu à partir des indices linguistiques (lexique particulier...), indices sensoriels : -visuels : images, objets -auditifs : chants, musiques -olfactifs : odeurs (épices...) -tactiles : matières (coton, tissus...)	Stimulation multi-sensorielle avec émergence d'un langage spontané => mémoire sensorielle. Communication (partage des impressions) Compréhension orale : nécessité d'une compréhension plus fine en découvrant parfois les implicites. Etayage : la multiplicité des indices pour orienter la réponse. Expression orale : évocation de noms, adjectifs, noms propres (pays) Mémoire sémantique : noms de pays, la culture...

Exemple :

« Le Petit Chacal et le Chameau »

- « Lecture partagée » du conte
 - Indices : olfactifs : curry, safran, cannelle ; visuo-tactile : sari indien ; auditif : musique indienne.
- ⇒ Conte hindou

Résultats :

La stimulation multi-sensorielle a permis une participation active de tout le groupe. Beaucoup de langage spontané (ressentis, impressions...) a été observé.

Mme N. en sentant la sauce soja : « Ça ne me plaît pas ! »

Du lexique spécialisé au domaine culinaire ainsi que des termes très précis : à partir d'une image de bateau chinois : « bateau à voile », « pagode », « drakkar », « jonque »...

Le but final de l'exercice (trouver le nom d'un pays) doit être rappelé au cours de celui-ci car les personnes se sont souvent focalisées sur le présent (sentir des odeurs, toucher des matières...), leur capacité d'anticipation étant amoindrie.

Cet exercice a nécessité la séance entière et a été marqué par un enthousiasme général.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les moralités (séance 7)	Compléter oralement des rimes propres aux moralités (de C. Perrault). Aides : -mot avec lequel le mot recherché doit rimer est écrit au tableau -étayage par la synonymie	Langage oral : évocation de mots facilitée car replacés dans un contexte. Métaphonologie par la recherche de rimes. Compréhension : d'un texte court, de synonymes. Mémoire de travail : une fois les mots découverts, relire le texte et laisser le groupe compléter le lexique manquant travaillé antérieurement. Communication

Exemple :

La moralité du « Petit Chaperon Rouge » a été utilisée.¹²³

Le premier mot à trouver est : « gentilles ». Je présente au tableau le mot qui rime avec le mot recherché : « filles ». Puis, en aide ultime, je les informe que c'est un synonyme de « sage, aimable ».

Résultats :

La moralité dans son ensemble a bien été comprise. Elle a servi de support à d'autres sujets de conversations comme les fables. Néanmoins, la recherche de rimes fut laborieuse dans ces conditions. Les aides, notamment la synonymie ne s'est pas avérée concluante pour le groupe.

¹²³ Cf. annexe X.

L'objectif de stimulation de la mémoire de travail ne fut pas réussi pour les personnes à un stade avancé de la maladie.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les formulettes (séance 7)	Relier le début de la formulette à sa fin. Aide : indices syntaxiques (construction de la phrase...), sémantiques (sens de la phrase), phonologiques (rimes...)	Langage écrit : lecture à voix basse Compréhension écrite : repérer les indices. Mémoire de travail.

Exemple :

Ainsi s'en alla le conte, portant le ciel sur la tête et	sac.
Cric crac l'histoire est dans le	mon histoire commence.
Faites silence, faites silence,	la terre dans ses mains.

Neufs formulettes étaient présentées au tableau avec les débuts à gauche et les fins à droite dans le désordre.

Résultats :

Seules deux personnes ont participé activement car présenter un matériel pour l'ensemble du groupe pose les mêmes problèmes cités antérieurement pour les mots mêlés. Une meilleure présentation est à réfléchir afin de maintenir la dynamique du groupe qui n'a pas été maintenue dans ces conditions.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les formulettes (séance 8)	Devinette : De quel conte est issue cette formulette ?	<p>Lecture à voix haute</p> <p>Sensibilisation à la forme des formulettes (rimes, langage imagé...)</p> <p>Mémoire à long terme : retrouver un conte stocké dans cette mémoire (mémoire sémantique).</p> <p>Mémoire à court terme : plusieurs formulettes construites sur le même modèle et appartenant au même conte. S'en souvenir pour trouver la bonne réponse.</p> <p>Flexibilité de penser : plusieurs formulettes dans un même conte, conte pouvant appartenir à diverses versions...</p>

Exemple :

« Roucoucou, roucoucou et voyez-la, dans la pantoufle, du sang plus ne verra. Point trop petit était le soulier, chez lui, il mène la vraie fiancée »

⇒ Cendrillon

« Roucoucou, roucoucou et voyez-la, dans la pantoufle du sang il y a. bien trop petit était le soulier, encore au logis la vraie fiancée »

⇒ Cendrillon

Résultats :

La stimulation des mémoires a été satisfaisante. En effet, les formulettes ont aisément été replacées dans leur conte. De plus, les ressemblances sur le plan syntaxique et phonologique de certaines ont été repérées.

Cet exercice fut une bonne entrée en matière pour aborder les formulettes d'un point de vue général. Par la suite, un travail plus approfondi sur celles-ci a pu être envisagé.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les rimes (séance 7)	Inventer la fin d'une formulette. Aide : travail par équipe de deux + rimes en gras et soulignées + partage avec le groupe.	Langage écrit : geste graphique Travail sur la phonologie (rimes) Communication : dialogue au sein de l'équipe. Respecter les choix d'autrui, prendre une décision... Communication de groupe : félicitation du travail réalisé, autres propositions... estime de soi valorisée.

Exemples :

Equipe de M. S et Mme C. : Ce conte est fini, avec l'oiseau il est parti...
Leur suite : ... vers l'infini.

Equipe de Mmes C. et P. : Le conte est terminé, je l'ai replacé...
Leur suite : ... sur l'étagère dorée.

Résultats :

Procéder par équipe a permis d'effectuer des sous-groupes de niveaux. Nous avons mis par paire les personnes avec un niveau similaire. Nous avons pu adapter les difficultés pour chaque équipe en adaptant la rime à chercher. Ainsi, des rimes en /é/ sont plus aisées car plus courantes que des rimes en /ec/ par exemple.

Le travail révélé au groupe a été l'occasion de félicitations par les uns et les autres. Les productions ont été riches et ont toujours respecté la rime¹²⁴.

¹²⁴ Cf. annexes XI- XII.

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les illustrations (Séance 9)	Type PACE ¹²⁵ : chaque membre du groupe a une image. Chaque image est associée à une autre (illustrations de type « dessin » d'un conte + gravure de type G. Doré ou images provenant d'un film). But : décrire son image et retrouver sa paire (qui n'est pas exactement identique à l'autre).	Langage oral : descriptions d'images avec évocation de couleurs, adjectifs, verbes... Lecture d'images avec une description de la globalité et des détails. Stimuler les processus d'imagerie mentale. Attention auditive et flexibilité mentale : écouter la description et comparer avec l'image en main. Aide : reformulation de la description de l'image en d'autres termes. Communication : discussions sur le conte trouvé, associations d'idées (évocation de films, d'autres contes, de souvenirs d'enfance...) Mémoire sémantique.

Exemple :¹²⁶

Types d'images :

- Cendrillon : dessin de Walt Disney / gravure de G. Doré
- La Belle et la Bête : dessin de Walt Disney / image du film « La Belle et la Bête » de J. Cocteau (1946)

Résultats :

Ecouter la description et en même temps créer du lien avec l'image en sa possession furent laborieux pour le groupe. Il a été nécessaire de fractionner les tâches à réaliser, afin de

¹²⁵Promotion d'une Communication Efficace chez l'Aphasique : méthode de rééducation globale et fonctionnelle s'inscrivant dans une approche pragmatique de la communication.

¹²⁶ Cf. annexe XIII.

faciliter les choses. Le langage descriptif a été utilisé (couleurs, formes, vocabulaire spatial...).

L'exercice a demandé certaines capacités d'abstraction pour effectuer un lien entre deux images non identiques dans la forme mais semblables sur le fond. Des améliorations doivent donc être envisagées pour que l'exercice soit adapté à la population..

Propriété(s) du conte	Type d'activité(s)	Domaines stimulés
Les contes musicaux (séance 11)	Travail à partir de l'écoute d'un conte musical : Devinettes : -reconnaissance des instruments de musique -les associer aux personnages	Stimulation auditive : plaisir, attention... => mémoire sensorielle. Exercice de reconnaissance (son du violon, trompette...) Communication : évocations d'autres thèmes : musique, opéra, l'école... Mémoire sémantique.

Exemple :

Ecoute de « Pierre et le Loup » de S. Prokofiev. + relier les instruments aux personnages correspondants : l'oiseau = la flûte ; le loup = les cors ; Pierre = le quatuor à cordes...

Résultats :

Les instruments et les personnages de ce conte musical étaient placés à la vue de tous sur un tableau. Certains, attirés par le domaine musical, se sont d'autant plus intéressés à l'activité. Le but premier fut la stimulation auditive par les instruments de musique et les représentations mentales associées à ces sonorités. En effet, le groupe a facilement trouvé qu'un instrument entendu (la flûte) était « léger », « enjoué » et donc associé à l'oiseau. Mais seuls les connaisseurs du domaine musical ont associé ce son à la flûte.

Néanmoins, cela importait peu, le but premier étant la stimulation des aspects non-verbaux du langage (rythme, « intonation »...) en analogie avec le domaine musical.

Ce conte a été l'occasion d'un partage de souvenirs, notamment concernant leurs petits-enfants qui connaissent souvent ce conte par le biais de l'école.

2) Activité « Fil rouge » : Créons notre conte...

L'activité « Fil rouge » a été nommée ainsi car elle a constitué tout au long de l'expérimentation une activité fixe en fin de chaque séance. Toutes les semaines, une pierre a été apportée à l'édifice pour finalement arriver à la 12ème séance avec, entre nos mains, un conte réalisé par l'ensemble des membres du groupe.

a) Dans quels buts proposer cette activité ?

F. Estienne met en évidence les bienfaits de proposer une telle pratique dans le cadre de l'orthophonie : « Leur création par les rééduqués constitue un excellent exercice de langage oral et écrit, une mobilisation de l'imaginaire, une façon d'organiser sa pensée, d'agir sur la vie en créant des situations problématiques qui trouvent des issues favorables. »¹²⁷

Cette partie de l'atelier a été envisagée selon quatre buts :

- Créer une activité qui permettrait la stimulation et le maintien des capacités cognitives des personnes avec une DTA.
- Engendrer un contexte de revalorisation des personnes avec une DTA en mettant en valeur leurs capacités résiduelles et en permettant l'addition des performances individuelles pour aboutir à la réalisation d'un travail collectif.
- Rythmer les séances par une activité récurrente afin de renforcer le cadre spatio-temporel nécessaire à cette population.
- Observer qualitativement les bénéfices de l'atelier conte alors qu'une évaluation quantitative semble peu adaptée à cette population du point de vue des différences inter et intra individuelles des manifestations symptomatologiques de la DTA.

b) Intérêt(s) de la création d'un conte avec les manifestations de la DTA

Des intérêts certains ont pu être observés en ce qui concerne la mémoire, le langage et la communication :

¹²⁷ ESTIENNE F., (2001), Utilisation du conte et de la métaphore, Paris : Masson.

- La mémoire :

La construction d'un conte sur le long terme (12 semaines) a nécessité de la part des patients un rappel hebdomadaire des éléments constitutifs de leur conte. Cela a servi d'indicateur pour le travail de mémoire à long terme. En effet « plus le personnage est récurrent, plus de détails sont retenus »¹²⁸. Les débuts ont été difficiles concernant ce rappel, l'étayage de l'orthophoniste fut alors primordial afin de les soutenir dans cette tâche. L'effet de groupe a été bénéfique dans cette épreuve de rappel car certains avaient des bribes de souvenirs, d'autres avaient tout oublié, mais, mis bout à bout, la reconstitution du souvenir a été possible. A plus de la moitié de l'expérimentation, certaines personnes se sont davantage appropriées l'histoire, devenant ainsi chargée d'éléments personnels, d'où un rappel facilité.

- Le langage :

Cet exercice a permis une stimulation du lexique :

- Nécessité de chercher et d'utiliser un vocabulaire précis : termes exprimant des sentiments, des descriptions de lieux, de personnages, d'odeurs...
 - ⇒ Cela a permis une stimulation lexicale qui était plus ou moins déficitaire en raison d'un manque du mot prégnant.
- Evocation de noms (animaux...), d'adjectifs (qualification des personnages, des lieux), de verbes (actions du héros...)
 - ⇒ Il y a une altération plus importante dans l'évocation des adjectifs et des noms que pour les verbes. Ainsi, le travail a porté sur des capacités altérées ou en phase de l'être ainsi que sur des capacités résiduelles.

Au niveau morphosyntaxique :

- Cette activité n'a pas empêché les éventuels manques syntaxiques (phrases inachevées, courtes...) mais grâce au groupe, ceux-ci ont pu être complétés par le reste des participants.

¹²⁸ SUDRES J-L., ROS C., Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment..., in Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, octobre 2004, n° 79, p 49.

⇒ Le conte ne nécessite pas une construction syntaxique complexe (longues phrases, inférences...) C'est un récit syntaxiquement clair d'où une facilité pour le groupe dans la construction du récit.

Mais aussi :

- Sollicitation de la fluence : au niveau sémantique notamment pour la description de la forêt, lieu d'action du conte : noms d'animaux, de fleurs, d'arbres...
 - ⇒ Dans les DTA la fluence est diminuée.
- Des aspects phonologiques du langage : création de rimes, de formulettes, d'onomatopées...
 - ⇒ Les aspects phonologiques et l'articulation des phonèmes ne sont pas déficitaires même à un stade avancé de la maladie.
- La communication :
 - Cet exercice a plongé les résidents dans une situation naturelle de communication : il a créé un contexte de discussion afin d'arriver à un accord commun.
 - Les différents problèmes posés pour la poursuite de l'histoire ont pu engendrer des débats entre les membres, où chacun a pu argumenter ses choix et envies.
 - Il a fallu respecter les tours de parole et les opinions de tous pour arriver à un consensus.
- Bénéfices secondaires:
 - L'ancrage temporel a permis à certains résidents, au bout de plusieurs interventions, d'anticiper l'activité et d'intégrer le thème de l'atelier. Ainsi Mme A., à l'avant dernière séance, en me voyant arriver : « Vous êtes Aline ? et vous venez pour l'atelier ? On va encore faire des contes aujourd'hui ? »
 - La réalisation de ce conte a été faite dans un contexte de respect des capacités et manques de la personne DTA. Une tâche était demandée à la fois, du temps était à la disposition des personnes afin qu'elles puissent créer et formuler une proposition. L'activité a été réalisée de façon à ce que la personne âgée se sente respectée, non brusquée et entendue.

- Le résultat obtenu a pu inscrire les personnes dans une valorisation personnelle en se sentant utile. De plus, cela a pu créer un sentiment de cohésion de groupe : être capable de créer quelque chose ensemble, de proposer des idées aussi petites soient-elles, sans crainte, tout en aboutissant à une finalisation concrète et satisfaisante.

c) Déroulement de l'activité « Fil rouge »

L'activité de création de conte a été placée initialement en toute fin de séance. Néanmoins, cette approche a paru peu pertinente au bout d'une ou deux séances, force est de constater que cette tâche demande la mise en œuvre d'énergie et de ressources cognitives importantes pour les patients.

Finir sur cet exercice pouvait donc être perçu, pour les plus en difficulté, comme « une note négative ». Aussi, la décision a été prise de le placer en avant dernière place, juste avant l'activité de « Lecture partagée » qui était réussie par l'ensemble du groupe.

L'étayage fut très important pour la réussite de cet exercice en fournissant au groupe des aides visuelles et un soutien langagier. La trame du conte était rappelée verbalement à chaque début d'exercice et les objectifs de la séance étaient inscrits sur un tableau visible par tous.

De plus, par exemple, pour l'évocation de termes servant à la description de la forêt, plusieurs images de forêts (forêt sous la neige, bois au printemps, sombre, lumineux...) ont été présentées afin de guider le groupe et de supporter leurs évocations.

On pourrait imaginer également des manipulations d'objets, de textiles... pour étayer leurs dires de la même façon.

Cette activité ne s'est donc pas réalisée sans efforts et adaptations de la part des thérapeutes et des patients. Elle a permis également à quelques personnes de repenser au groupe de langage durant la semaine comme Mme R. qui nous présente une illustration d'un chien issu d'un poème qu'elle aimait raconter jadis.

Au final, pour le groupe, la satisfaction d'avoir réussi cet objectif est palpable :

« C'est moi qui ai trouvé le titre » dit fièrement Mme V. en montrant le conte à sa voisine. M. S. en montrant le livre créé souligne : « Il y en a des biens et des moins biens. Et celui-là il est bien ! »

d) Résultat(s)¹²⁹

L'activité de création de conte a nécessité des adaptations continues d'une séance à l'autre. En effet, les résultats de chaque séance ont été hétérogènes selon la fatigue des participants, leur motivation, leur intérêt pour la construction du conte au moment présent.

La trame de l'activité « Fil rouge » et le but à atteindre pour chaque séance étaient pensés et inscrits au tableau pour le groupe. En voici la progression :

Les éléments en italique sont les données ajoutées spontanément par les résidents.

séances	But visé	Résultat(s)
1	Non fait	Non fait
2	Présentation + trouver le héros	- Accord commun pour la création d'un conte. - Un chien + 1ère description (ailé, qui parle, gentil...)
3	Description du héros	- Grandes oreilles, chasse avec son maître <i>- rencontre de gibiers étonnants</i>
4	Définir clairement le personnage principal + but de sa quête	Le chien veut aider son maître pour trouver l'amour. Sa description a évolué : chien, gentil, qui parle et chasse.
5	Non fait	Non fait
6	Description du lieu de l'action + nommer les gibiers rencontrés	- Description de la forêt (clairière, fougère, oiseaux qui chantent...) - Gibiers : après vote à main levée (bécasse, biche, écureuil)
7	Trouver une formulette d'introduction + caractère des	- « C'était en ce temps-là, où les bêtes parlaient. » - Trois gibiers qui aideront le héros.

¹²⁹ Conte « Le chien fidèle », annexes XIV- XVII.

	trois gibiers (aidants ou opposants)	- <i>Gibier indiquant trois directions différentes</i>
8	Formulette qui rythme le conte.	-« Puis-je me permettre de vous demander, où mon maître trouvera, la dame de ses pensées, et couatera et couatera » - <i>Lieu d'arrivée du héros (château,...)</i>
9	Ordre d'apparition du gibier + type d'aide.	-Bécasse- biche- écureuil -Indications sur la direction à prendre. -Aide de la biche
10	Rôle de l'écureuil	-Non résolu (éléments merveilleux difficiles pour eux)
11	QCM sur la fin de l'histoire	Réponse de tous, à leur rythme.
12	Fin	Découverte du conte.

Le rôle des encadrants fut primordial pour cette activité car cela demande une constante stimulation pour guider les participants dans leur réflexion et les aider dans leur prise de parole.

Il faut également veiller à respecter les choix de chacun, certains sujets ont porté davantage débat que d'autres, notamment dans le choix de la formulette où les avis étaient partagés et où un accord a dû être trouvé. Des solutions comme les votes à main levée ou des QCM peuvent permettre de créer un climat d'équité respectant ainsi les dires et idées de chacun.

Si les idées sont difficiles à faire émerger, proposer des choix peut également être une solution, même si l'évocation d'idées personnelles est plus enrichissante pour l'exercice. De plus, il ne faut pas hésiter à rappeler le caractère merveilleux du conte où tout est possible car les personnes avec des troubles s'apparentant à la démence, et les personnes âgées en général, ont souvent des résistances à imaginer des éléments qui leur paraissent absurdes ou bien ont peur du ridicule. Il faut donc favoriser ces idées et réussir à les déceler, même si parfois elles sont dites du bout des lèvres.

3) Activité de « Lecture partagée »

a) Le but

Lire un conte ensemble fut envisagé selon trois pistes :

- Créer une activité stimulant le domaine du langage écrit.
- Une activité récurrente semblait pertinente pour former un cadre supplémentaire pour la séance et les patients.
- Avoir un exercice permettant de clore l'intervention de façon agréable et réussie pour chacun.

b) Déroulement de l'activité

- Une activité qui a évolué :

A la genèse des interventions, le temps de la « Lecture partagée » n'existait pas. Il a fait son apparition lors de la 3ème séance, en lieu et place du temps de langage écrit. Lors de cette activité, le constat a été fait que chaque personne a participé avec plaisir à cette lecture. Néanmoins, en termes de durée, elle s'est déroulée relativement rapidement. Après débriefing, il a donc été décidé de lui accorder un temps spécifique en fin de séance, au regard de ses qualités de durée et de plaisir engendré.

La place étant définie, une question restait toutefois en suspens : Quelle forme la « Lecture partagée » devait-elle revêtir ?

La première réalisation de la « Lecture partagée » a consisté en un découpage en parties égales du texte. Néanmoins, pour certains, la lecture fut laborieuse du fait de la longueur des parties. Ainsi, la séance suivante, les résidents n'ont eu à lire que les dialogues du conte. Cela a nécessité une constante intervention des encadrants pour rappeler l'ordre de passage de lecture. Ainsi, un caractère essentiel était perdu : celui de l'anticipation et de l'attention nécessaire afin de connaître l'ordre de passage.

Il a donc été décidé de proposer à chaque personne une partie de texte allant de 3 à 6 lignes. Dans la mesure du possible, un gradient de difficulté a été respecté, les patients les plus en difficulté ayant les parties les plus courtes. Cela a nécessité une connaissance fine des personnes constituant le groupe. Selon la longueur du conte, un, deux voire trois tours de table étaient nécessaires pour clore l'histoire.

Dans les dernières séances, une autre variante a été mise en place : fournir aux encadrants une partie plus longue à lire que celle des résidents afin de donner davantage de rythme à l'histoire et un étayage de la compréhension de celle-ci pour l'ensemble du groupe.

- Un temps de « Lecture partagée » type :

Il est environ 11h45, le temps de la « Lecture partagée ». Un des encadrants distribue les morceaux de papier sur lesquels sont inscrits les fragments de l'histoire. Le conte a pu être choisi selon plusieurs critères : dans un souci de pure découverte pour attiser la curiosité, dans le but d'illustrer la séance qui a porté justement sur le conte qui va être lu, ou enfin suite à une demande spécifique d'un ou plusieurs membres du groupe.

Chacun a son papier devant soi : tous le prennent en main, le manipulent, le lisent une ou plusieurs fois. Permettre cela semble revêtir plusieurs avantages :

- D'un point de vue esthétique : la personne peut anticiper sa lecture à voix haute, sa prononciation.
- D'un point de vue de la compréhension : le résident peut davantage s'attacher au sens de ce qu'il va devoir lire. En effet, lire à voix haute et comprendre, est une situation de double tâche qui requiert déjà beaucoup d'attention pour un sujet sain. Lire une première fois en lecture silencieuse permet de concentrer ses efforts sur la compréhension pure, puis lorsque la lecture doit être oralisée devant le groupe, la tâche se centre principalement sur la prononciation et les effets de styles éventuels (respect de la ponctuation, intonation...).

Le patient a également avec ce procédé la possibilité d'imaginer les autres morceaux de l'histoire, la trame du conte.

Certains résidents « apprenaient » leur texte, ainsi, une fois leur tour, ils pouvaient le déclamer comme un texte de théâtre. Certains le faisaient suite à un souci d'ordre visuel

(presbytie...), d'autres pour s'attacher davantage à la prononciation. Certains autres semblaient seulement rassurés d'avoir pu découvrir le texte afin de ne pas être pris au dépourvu une fois leur tour arrivé.

La première personne commence sa lecture, son voisin la continue et ainsi de suite. Les encadrants doivent rappeler l'ordre de lecture quelques fois mais le deuxième tour est généralement plus fluide. En ce qui concerne ce deuxième tour, les morceaux de texte à lire sont donnés par un encadrant à la fin du premier tour, quasiment en simultané avec la seconde lecture. Cette découverte spontanée de leur texte maintient davantage l'attention portée sur l'écoute et la compréhension de l'histoire en cours.

Une fois le conte lu, quelques minutes sont consacrées aux réactions spontanées : « Quelle histoire cruelle ! » dit Mme L. suite à l'écoute de la version de Cendrillon des frères Grimm ; ou pour les ouvertures éventuelles : « Qu'est-ce qu'on aurait fait, nous, à la place de Cendrillon avec ses sœurs, à la fin ? ».

c) Les intérêts de la « Lecture partagée » au regard de la symptomatologie de la DTA

L'intérêt d'une telle activité se situe principalement dans la stimulation de la mémoire et du langage écrit.

- La mémoire :
 - Lorsque le conte appartenait à un classique comme cela a pu être le cas pour « Cendrillon », il a été possible de procéder, avant la lecture, à un rappel libre de certains éléments constitutifs de l'histoire. La mémoire des faits anciens a ainsi pu être activée.
 - ⇒ Ces contes, qui ont souvent bercé l'enfance des résidents, stockés en mémoire à long terme, ont pu être aisément évoqués.
 - Certaines fois, un conte trop dense a dû être lu sur deux fins de séances. Cela nous a semblé utile ponctuellement afin d'évaluer, d'une semaine à l'autre, les souvenirs restants. Généralement, le titre était retrouvé mais un indice plus prononcé a dû être utilisé pour rappeler le lieu où la lecture s'était achevée.
 - ⇒ Stocker de nouvelles informations est déficitaire dans les DTA. Néanmoins stimuler ce procédé, ponctuellement, avec une aide, peut être réalisable.

- La moitié des « Lectures partagées » a porté sur la lecture de contes qui avaient un lien direct avec le reste de la séance. Rester dans le même thème a pu permettre un meilleur encodage du souvenir de l'activité.
 - ⇒ Changer de thèmes de discussion trop souvent peut perturber les patients avec une DTA qui ont des difficultés constatées à enchaîner leurs idées. Rester dans un continuum semble donc adapté à leurs troubles.

- Le langage :
 - Cet exercice a permis une sollicitation des voies de lectures.
 - ⇒ La lecture est généralement, jusqu'à un stade moyen d'évolution de la maladie, une capacité saine pour les patients DTA, sauf parfois pour les mots irréguliers.
 - L'oralisation permet une mise en marche des organes bucco-phonatoires pour tenter d'être le plus intelligible pour le groupe. De notre prononciation dépend une partie de l'histoire d'où des efforts réalisés pour avoir une diction plus soignée qu'à l'accoutumée.
 - ⇒ L'articulation est une capacité longtemps préservée d'où une mise en valeur de cette fonction pour tous. Une personne venant ponctuellement au groupe, Mme L., suite à un AVC, avait un trouble arthrique important, ce moment de lecture fut pour elle un véritable exercice rééducatif de l'expression orale.
 - La « Lecture partagée » impose une compréhension parcellaire et globale de l'énoncé. En effet, elle est parcellaire car le patient n'a sur son morceau de papier qu'une partie du conte. Un temps de lecture silencieuse lui est accordé pour davantage s'attacher au sens de cet écrit, dans la mesure de ses capacités. Elle est globale car les sujets doivent être attentifs à ce qui est lu par autrui pour reconstituer le sens de l'histoire.
 - ⇒ Ainsi, ces deux types de compréhension sont positifs dans le sens où l'individu n'est pas placé en situation de double tâche, qui on le sait, serait délétère pour lui. Il doit s'attacher au sens de son écrit puis seulement à l'écoute des autres. Néanmoins, lors de l'écoute, son attention devra être soutenue pour pallier les éventuels manques de la lecture (voix faible, intonation non respectée...)

- Autres intérêts :
 - Les procédés attentionnels sont mis en jeu dans cet exercice. Le patient est un maillon de la chaîne parlée et doit être attentif à son tour de lecture. Il doit également porter toute son attention auditive pour la compréhension de l'histoire.
 - La « Lecture partagée » a renforcé la cohésion du groupe, le respect et la solidarité entre ses membres. C'est l'addition des capacités de chacun qui a permis cette activité, pour aboutir à un résultat d'équipe. De plus, des attitudes et des gestes évocateurs ont pu être observés : un silence d'or est adopté à chaque lecture de Mme C. qui a une voix très fluette, un rappel par un petit coup de coude à sa voisine que c'est à son tour de lire...
 - Les personnes les plus en difficulté du groupe ont pu se révéler avec la « Lecture partagée ». L'oralisation de la lecture fut une tâche réussie par tous, d'où des fins de séances agréables accompagnées d'un sentiment de « travail accompli ». Les personnes à un stade plus avancé de la maladie, même avec des capacités de compréhension amoindries, ont pu mettre en œuvre et en valeur une de leur capacité restante.
 - Enfin, cette pratique récurrente a permis de renforcer le cadre sécurisant des séances et de stimuler des procédés d'anticipation, telle Mme A. à la fin de la 2^{ème} partie de séance : « On va bientôt lire les morceaux de papiers ? »

Les activités imaginées et mises en place dans cet atelier-langage ont toutes eu un lien plus ou moins direct avec les contes. Elles ont eu pour but la stimulation du langage oral et écrit, en expression et en compréhension. Un travail mnésique a également été abordé. L'ensemble des activités était dirigé dans un objectif plus large de communication et de revalorisation des personnes âgées participant au groupe.

Discutons à présent les résultats obtenus lors de notre démarche expérimentale.

DISCUSSION

*J'aime ces gens étranges, qui ont le mal d'enfance,
Comme le mal d'un pays, qu'ils chercheraient en silence,
Derrière l'apparence, de leur mémoire perdue,
Leur peau parle une langue, que nous n'entendons plus.*

A. Intérêts du travail réalisé

Après avoir analysé la pertinence du choix de l'outil conte comme support de rééducation avec cette population et suite à la présentation des activités créées à partir de celui-ci selon trois critères (propriétés du conte, types d'activités et domaines stimulés) ; il est important de vérifier à présent la validité des hypothèses formulées antérieurement.

Ce travail m'a permis de me confronter concrètement à une prise en charge de personnes âgées avec des troubles cognitifs (avérés ou non). J'ai pu réaliser la spécificité et la difficulté d'une telle prise en charge, ainsi que l'organisation que cela nécessite. J'ai pu également m'intéresser à un outil original et découvrir ses multiples richesses. Ainsi, cette étude m'a offert la possibilité de répondre à mes interrogations et désirs initiaux.

J'ai pu mener à bien ce projet en associant le conte à des personnes institutionnalisées en EHPAD. Le matériel créé a pris en compte la population en écartant tout risque d'infantilisation. Cela confirme le caractère réalisable d'une telle expérience, ainsi que l'aspect non-exclusif du conte en orthophonie, à la sphère infantile.

⇒ **La première hypothèse est ainsi validée.**

La plupart des activités ont été accueillies positivement par les résidents. Les patients ont donc trouvé un intérêt à participer au groupe que ce soit en termes de stimulation des performances cognitives, de mieux-être et/ou de communication. Les qualités du conte ont été utilisées (qualités d'accroche, ancrage mémoriel, structure, langage...) comme base des activités. Suite aux réactions positives face aux exercices proposés, le support du conte semble donc adapté à ce groupe de patients.

⇒ **La 2^{ème} hypothèse est donc validée.** Toutefois, le lien effectué entre le conte et les DTA est subjectif, l'expérience n'étant pas évaluée de façon objective.

L'expérience a été réalisée avec un groupe formé antérieurement et hétérogène (niveaux cognitifs différents, stades d'évolution divers, groupe souche/ variable...). Le conte a constitué un outil permettant une base de travail pour tous mais offrant la possibilité d'adapter

les degrés de difficultés des exercices. En ce sens, les activités issues du conte et les modalités d'étayages croissants imaginées donnent un caractère adaptatif à ce support.

Ex : Trouver l'origine d'un conte. (Pourquoi l'eau de la mer est salée. Conte chinois)

- Lecture du conte (indices propres au texte : « Wang-l 'ainé était le plus fort... », « il ne lui restait plus un seul grain de riz à manger », « au bord de la mer Jaune »
- Indice olfactif pour poursuivre la réflexion sur l'origine de ce conte : sauce soja.
- Indice visuel : image d'une jonque.
- Indice auditif : musique traditionnelle chinoise.

Certains membres du groupe ont trouvé dès le deuxième indice, voire le troisième. En tous cas, tous, à leur rythme, ont pu aboutir à la réponse.

⇒ **La 3^{ème} hypothèse est confirmée.**

Une dynamique de groupe a été observée, soutenue par les contes lus. En effet, ce support a permis des évocations personnelles de souvenirs ou d'anecdotes. Il a pu soutenir des débats éventuels ainsi que des associations d'idées sur d'autres sujets (cinéma, région, cuisine...).

⇒ **La 4^{ème} hypothèse est donc également validée.** Les contes sont des supports qui incitent à la communication.

Toutefois, d'autres outils peuvent également servir d'étayage à la communication comme la musique par exemple.

Les interventions au sein de l'atelier ont été rythmées par des exercices de langage oral et de langage écrit. Le conte offre un support riche pour cibler les domaines langagiers souhaités (intonation, lexique, syntaxe, lecture, productions écrites, geste graphique...).

Par ailleurs, cet outil appartient à la culture populaire donc le groupe conserve un souvenir profond des contes. De plus, notamment par sa structure redondante, le conte est un support adapté pour les patients avec une DTA sur le plan de la mémoire.

La 5^{ème} hypothèse est également partiellement validée. En effet, l'hypothèse de départ suggérait la création d'exercices stimulant le langage oral et écrit, la mémoire

ainsi que l'attention. L'attention n'a pas été travaillée en tant que telle mais fut nécessaire pour la réalisation de toutes les activités proposées.

Cette étude a permis d'envisager une rééducation orthophonique non en termes de réadaptation/récupération mais sous l'angle d'une stimulation et d'un maintien des compétences cognitives et communicationnelles. La prise en charge s'est inscrite dans une démarche globale où l'objectif premier fut d'offrir un cadre pour l'augmentation de la qualité de vie des personnes MA. Ce travail de groupe a été réalisé dans un contexte de revalorisation de la personne en tant qu'interlocuteur. De plus, la création de « notre conte » a permis de mesurer qualitativement les bienfaits de cet outil sur le groupe.

L'expérience a offert la possibilité de créer des activités dans des domaines variés (expression orale/écrite, compréhension orale/écrite mémoire, fonctions exécutives, communication). J'y vois un intérêt certain pour ma pratique future dans la démarche à suivre pour atteindre les objectifs initiaux d'une rééducation.

De plus, il s'agit ici d'une prise en charge en groupe qui est peu pratiquée encore. Je pense cerner davantage ce mode de rééducation et cela m'oriente pour les prises en charge individuelles.

Exploiter un même outil comme trame de rééducation à long terme m'a fait réaliser deux choses :

- Il n'est pas indispensable de changer de support d'une séance à l'autre pour donner un rythme rééducatif. Au contraire, la constance d'un support peut offrir un cadre rassurant, notamment avec cette population, d'où une prise en charge améliorée.
- Le conte est un outil d'une formidable richesse. A la vue de ses qualités, je pense à présent qu'il pourrait être adaptable à toutes les populations rencontrées en orthophonie et étendue à de nombreuses pathologies (voix, retard de langage/ parole, troubles du langage écrit...)

En conclusion,

Cette expérience fut pour moi un enrichissement sur le plan personnel et sur ma pratique professionnelle future.

B. Limites

Certaines limites ont déjà été abordées lors de la validation de nos hypothèses. D'autres restrictions sont intervenues au cours du travail réalisé :

- Limites liées au contexte d'un groupe-langage
 - Limites liées au conte
 - Limites dues à des aspects techniques
- Limites liées au contexte d'un groupe-langage :

L'organisation concernant ce genre de groupe nécessite une planification du temps. Les résidents peuvent vivre ce cadre comme une contrainte de plus dans leur vie collective. En effet, « la planification du temps, si chère aux établissements de retraite actuels »¹³⁰ laissent peu de temps de pause. Il semble donc important de mettre en place un cadre sécurisant mais non rigide afin de laisser respirer le groupe. Cela n'a pas toujours été évident à respecter.

- Limites liées au conte :

Se servir des contes en rééducation orthophonique nécessite des contraintes pour celui qui les utilise et ceux qui les reçoivent.

En effet, le thérapeute doit être familiarisé avec les contes afin d'être le plus pertinent possible dans ses choix de support. Ma culture du conte était assez limitée à la genèse de l'expérience, d'autres supports auraient pu être plus appropriés. Néanmoins, j'ai eu le soutien actif de Jacqueline Riboulot, conteuse, qui a pu pallier en partie ce manque initial.

Le matériel utilisé avec les patients atteints d'une démence neuro-dégénérative se doit de provoquer une réaction émotionnelle afin d'être efficace. Le conte a cette faculté, seulement s'il a été familier aux résidents durant leur enfance ou la période où eux-mêmes sont devenus parents. Néanmoins, chaque membre du groupe avait une expérience propre et plus ou moins forte avec ce support.

¹³⁰ DURIEUX M., Qui parle pour qui ?, in Gérontologie et société, 2003, n° 106, p 213.

De plus, il apparaît, avec du recul, que les contes ont davantage été une accroche avec la population féminine qu'avec les hommes. Ainsi le conte peut être un outil judicieux seulement s'il fait l'objet d'un intérêt actuel ou ancien pour la personne, s'il possède un « effet fréquence »¹³¹ en étant familier aux patients.

Il est couramment admis que les plus anciens content aux plus jeunes. Dans notre expérience, c'est la plus jeune génération qui a proposé aux plus vieux de s'intéresser aux contes. On peut se demander si cet inversement des rôles a pu être douloureux pour les personnes âgées. Néanmoins, une réponse partielle a été donnée à cette interrogation car le groupe n'a pas été que récepteur du conte, il a eu une part active dans l'expression de celui-ci notamment par la « Lecture partagée ».

Enfin, la manipulation des contes peut entraîner le risque de « s'abandonner à la rêverie du conte ». On expose les personnes âgées « à une forme de confusion, de pensée inhabituelle, hors de notre logique rationnelle, en éveillant le sensoriel auditif, visuel, tactile, les émotions, l'intellect. C'est s'ouvrir à la relation avec l'autre et s'exposer ainsi à la vulnérabilité, face à ce qui peut advenir. »¹³² L'atelier mis en place a impliqué activement les patients notamment grâce aux exercices de stimulations cognitives. L'écoute et la lecture du conte ne sont qu'un des moments de la séance. Ainsi, la prise de risque face à cette vulnérabilité a été limitée, quoique bien réelle.

- Limites dues à des aspects techniques :

Le but initial était de prouver le bien-fondé de l'utilisation du conte avec des personnes âgées en orthophonie par la création d'exercices stimulant le langage oral, écrit et la mémoire. Le but n'était en rien l'évaluation quantitative (grilles d'analyse) des effets de tels exercices sur le groupe. De part ce parti pris, l'expérience ne démontre pas entièrement la pertinence des exercices créés.

La démarche s'est voulue volontairement écologique en s'adaptant à un groupe déjà formé, étant ainsi au plus proche des conditions qu'un orthophoniste peut rencontrer sur le terrain. Néanmoins, cela a eu des conséquences :

¹³¹ MARQUIS F., La stimulation du langage par les cinq sens, in Ortho magazine, octobre 2002, N° 42, p 21.

¹³² DURIEUX M., Qui parle pour qui ?, in Gérontologie et société, 2003, n° 106, p 213.

- Les résidents participant au groupe-contes ne représentent qu'un échantillon réduit de personnes. La généralisation de l'étude est donc impossible.
- L'hétérogénéité du groupe et la variabilité des troubles propres aux DTA ne permet pas d'avoir la certitude de la reproductibilité des exercices avec un autre groupe de personnes âgées.

C. Améliorations possibles

D'un point de vue pratique, une disposition en demi-cercle des participants aurait été plus adaptée pour ce genre de prise en charge, notamment lors des travaux collectifs, de mise en commun ou pendant les discussions de groupe. Les échanges auraient été facilités et stimulés davantage.

En ce qui concerne les activités réalisées :

Le groupe n'a pas été réceptif lors de l'utilisation d'un unique support pour l'ensemble des personnes (séance 4 : mots-mêlés et séance 7 : relier les débuts de formulettes à leurs fins). Cela semble provenir en partie de l'hétérogénéité des participants. En effet, seules les personnes à un stade moins avancé de démence se sont appropriées les supports présentés de cette façon. Il faut un réel cadre, une stimulation active avec des personnes à un stade plus évolué de la maladie. Il est nécessaire d'utiliser les potentialités de chacun afin d'avoir une participation de groupe.

Ainsi, en ce qui concerne les mots-mêlés de la séance 4 :

- Le support devrait être agrandi davantage pour que l'ensemble du groupe voie le tableau.
- Une grille individuelle pourrait faciliter la participation de chacun.
- Les mots écrits en diagonale et à la verticale semblent désormais peu pertinents pour un travail du langage écrit sachant qu'ils ne respectaient pas le sens de la lecture. Ils n'ont alors plus qu'un intérêt visuo-attentionnel.

En ce qui concerne la séance 7 des formulettes :

- Une présentation plus aérée avec moins de formulettes à trouver pourrait faciliter la participation de tous.
- Une autre présentation pourrait être efficiente : distribuer les débuts de formulettes et les fins au groupe. Chacun lit la sienne, puis collectivement il faut retrouver le début à la fin.

Néanmoins, la présentation collective des rébus a très bien fonctionné pour tous. Cela laisse à penser qu'un support imagé serait peut-être plus facile à appréhender que l'écrit, présenté sous cette forme.

La séance 7 sur les moralités de Perrault nécessite aussi des améliorations :

Les mots devant rimer avec un autre ont été laborieux à trouver. Cela pourrait être facilité avec une aide présentée de la façon suivante :

- Le mot recherché est « gentille ». On dit que ce mot rime avec « fille ». Le groupe doit donc effectuer un travail métaphonologique et déduire que la rime est « ille ». Afin de d'aider le groupe, présenter directement les phonèmes de fin « ille » serait judicieux.
- De plus, en lieu et place de l'aide par la synonymie, il faudrait préférer une ébauche sémantique qui est plus concrète que la notion de synonymie. Ainsi on ne dira pas : « c'est un synonyme d'agréable » mais « elle apporte un souvenir de vacances à l'ensemble de sa famille elle est vraiment... » (gentille).

La séance 9 sur les illustrations nécessiterait également une modification afin d'être plus adaptée aux patients. Les images données étaient légèrement différentes ce qui a compliqué l'exercice. Respecter la démarche de la PACE en utilisant des images strictement identiques faciliterait les associations, les patients n'étant plus en situation de doubles tâches.

L'activité « Fil rouge » de création d'un conte nécessite d'être présentée clairement pour les participants. Avec du recul, il pourrait être judicieux d'utiliser davantage de supports pour

étayer l'imaginaire : objets, images, photographies, senteurs... Le travail de l'imaginaire étant par nature assez abstrait, il s'avère nécessaire d'apporter du concret pour faciliter l'exercice.

Enfin, l'activité de « Lecture partagée » pourrait être enrichie en demandant plus systématiquement l'avis des résidents sur le conte à lire ensemble. Cela permettrait de créer une situation de communication ainsi qu'une accroche supplémentaire lors de la lecture.

D. Prolongements

Le nombre d'activités imaginées n'est pas exhaustif. La richesse du conte permettrait d'imaginer d'autres exercices tels que :

- Utiliser les virelangues : pour un travail spécifique dans les troubles arthriques.
- Se servir des « randonnées » comme support d'un travail mnésique : répéter avec le conteur les éléments de l'histoire qui sont redondants.
- Imaginer la fin d'un conte a été réalisé dans notre expérience, il pourrait être possible de créer le début voire le développement central de l'histoire à l'oral ou à l'écrit.
- Compléter un titre afin de stimuler le langage automatique.
- Puiser dans les contes mis en musiques afin d'associer une ambiance musicale à l'atmosphère d'un conte, associer des sons à des émotions, des personnages... Barbe bleue, Cendrillon... sont par exemples disponibles en version opéra.
- Raconter un conte connu ensemble : chacun son tour nous pouvons dire une phrase, le groupe restituant la totalité de l'histoire à la fin de l'exercice.
- Permettre l'expression d'une autre forme de communication suite à l'écoute d'un conte par l'écriture spontanée, la réalisation d'un dessin, d'une peinture...

Pour conclure, je pense que le conte est un outil que le thérapeute doit s'approprier personnellement. Suite à cette rencontre, mille et une sortes d'exercices peuvent être envisagés, du moment où ils sont adaptés à la population et aux envies de chacun.

Le conte nous offre cette richesse, à nous de nous en servir...

CONCLUSION

*J'aime ces gens étranges, aux trous dans la mémoire,
Des trous remplis de plaies, présentes ou bien passées,
Vérités toutes crues, remontant en marée,
Quand les masques ont fondu, que la farce est jouée.*

Ce mémoire m'a permis d'engager une réflexion sur la pertinence de l'utilisation du conte lors d'une prise en charge orthophonique d'un groupe hétérogène de patients présentant des troubles s'apparentant aux manifestations que l'on peut rencontrer dans une DTA.

L'étude de la littérature réalisée a permis de dégager des qualités relatives aux contes conformes à une telle prise en charge. J'ai ensuite pu élaborer des activités basées sur ces qualités, **adaptées** à différents niveaux de la maladie et en cohérence avec un travail de **stimulation mnésique, langagière et communicationnelle**.

Véronique Kontz, Brigitte Bochet et moi-même sommes parvenues à mettre en place une prise en charge s'inscrivant dans le cadre des objectifs initiaux. Le conte et les personnes âgées, association a priori déroutante, a été mise en œuvre et a **fonctionné**.

Grâce aux observations réalisées et aux études antérieures sur le conte avec les personnes âgées, il apparaît que cette prise en charge peut prendre en compte les différents troubles qui font partie intégrante de la maladie d'Alzheimer (troubles mnésiques, langagiers, comportementaux) tout en permettant à chaque membre du groupe de conserver son **identité** et son statut **d'être communicant**.

Il est rare de trouver un support adapté et adaptable à la personne âgée et à ses pathologies, le conte est donc un **outil précieux** car il convient à ce genre de population.

De plus, en étant un moment de rencontre avec autrui dans un environnement de plaisir partagé, cette expérience a regroupé les conditions indispensables pour espérer enrichir les capacités des personnes âgées dans les domaines souhaités.

Toutefois, le conte n'a pas été un outil magique. Il a permis cependant de créer un **point de rencontre** entre le monde des personnes MA et le monde réel. A partir de cette accroche, un travail de stimulation cognitive a pu être engagé, tout en conservant une part d'imaginaire et de fantaisie.

Suite à ce travail, il apparaît distinctement que le conte est un outil pertinent à utiliser avec cette population, au sein d'un **groupe**, tant les notions de partage sont liées à ces écrits. Néanmoins, il est évident qu'une prise en charge individuelle est un complément essentiel pour l'encadrement des personnes avec une pathologie neuro-dégénérative telle que la maladie d'Alzheimer. Ainsi il pourrait être intéressant d'effectuer une autre étude avec le

conte mais en utilisation individuelle afin d'apprécier ou non la pertinence de l'utilisation de l'outil conte en groupe.

Enfin, il est important de souligner que le conte n'a pas été le but de notre prise en charge, mais bel et bien **le moyen** d'aboutir à une relation thérapeutique solide.

Au terme de ce travail, j'apprécie d'autant plus **la nécessité, la richesse et la singularité** de la prise en charge orthophonique des personnes avec une DTA. L'étude de l'outil conte m'a permis quant à elle de découvrir de nouvelles perspectives quant aux moyens à mettre en œuvre pour aboutir à des objectifs initiaux de prise en charge.

Cette expérience m'a également confortée dans l'idée que « **le conte est bon** » avec cette population, et que son incroyable richesse permettrait de s'adapter aux autres champs d'intervention de l'orthophonie.

Cette expérience a donc résonné comme un enrichissement personnel et professionnel. Les questionnements posés, la méthodologie utilisée, la mise en œuvre pratique des exercices créés m'ont apporté un savoir-être et un savoir-faire que j'espère réutiliser dans ma profession future.

Et c'est sur ces quelques mots que cette histoire s'achève...

« Mon conte est fini, si je l'ai dit avec bonheur c'est qu'il a été conté à des seigneurs »

REPERES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages :

ALAPHILIPPE D., FONTAINE R., PERSONNE M., (2007), *Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées, préventions et conduites à tenir*, Ramonville Saint-Agne : édition érès.

ANZIEU D., MARTIN J-Y., (1997), *La dynamique des groupes restreints*, Paris : PUF, 11ème édition.

ARGOUD D., PUIJALON B., (1999), *La parole des vieux*, Paris : Dunod.

BETTELHEIM B., (1976), *psychanalyse des contes de fées*, Paris : éditions Robert Laffont.

BRICOUT B., (2005), *La clé des contes*, Lonrai : Seuil.

BRIN F., COURRIER C., LEDERLE E., MASY V., (2004), *dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues : Ortho-Edition, 2^{ème} édition.

CARBONNELLE S., (2010), *Penser les vieillesse : regards sociologiques et anthropologiques sur l'avancée en âge*, Paris : éditions Seli Arslan.

DE JAEGER C., (2008), *La gérontologie*, Paris : « Que sais-je ? », PUF, 3^{ème} édition.

DUEE M., REBILLARD C. (2006), *Données sociales, la société française : La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*, Paris : INSEE références.

DUJARDIN K., LEMAIRE P., (2008) *neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

ESTIENNE F., (2001), *Utilisation du conte et de la métaphore*, Paris : Masson.

FEYEREISEN P., HUPET M., (2002), *Parler et communiquer chez la personne âgée*, Paris : PUF.

GILLIG J-M., (1997), *Le conte en pédagogie et en rééducation*, Paris : Dunod.

HERVY B., (2003), *Rapport de la mission " vie sociale des personnes âgées"*, Rennes : éditions ENSP.

KREMER J-M., LEDERLE E., (2009), *L'orthophonie en France*, Paris : « Que sais-je ? », PUF, 6^{ème} édition.

LAFFORGUE P., (1995), *Petit Poucet deviendra grand*, Bordeaux : Mollat Editeur.

MACCIO C., (1997), *Animer et participer à la vie de groupe*, Lyon : Chronique Sociale, 10^{ème} édition.

MEMIN C., (2001), *Comprendre la personne âgée*, Paris : Bayar Editions.

PROPP V., (1970), *Morphologie du conte*, Paris : Seuil.

ROUSSEAU T., (2008), *Les approches thérapeutiques en orthophonie tome 4 : prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*, Isbergues : Ortho-Edition, 2^{ème} édition.

ROUSSEAU T. et al. (2007), *Démences : Orthophonie et autres interventions*, Isbergues : Ortho-Edition.

ROUSSEAU T., (2007), *Communication et maladie d'Alzheimer. Evaluation et prise en charge*, Isbergues : Ortho-Edition, 2^{ème} édition.

TOUCHON J., PORTET F., (2002), *La maladie d'Alzheimer*, Paris : Masson, 3^{ème} édition.

VON FRANZ M-L., (1980), *L'interprétation des contes de fées*, Paris : La Fontaine de Pierre, 2^{ème} édition.

Articles de revues :

ANKRI J., *Le vieillissement cérébral : les thérapies médicamenteuses*, in *Gérontologie et société*, 2001, n° 97 (115-127).

BEKHOUKH L. et coll., *Les troubles du langage dans la démence et la dépression de la personne âgée*, in *Glossa*, avril 1999, n°66 (14- 22).

CAVIN-PICCARD M-C., *Processus de changement par l'imaginaire dans un groupe d'adolescents*, in *Thérapie Familiale* 3/2002, Vol. 23 (289-306).

DE SANT'ANNA M., *Les contes de l'hôpital Broca*, in *Ortho magazine*, septembre-octobre 2009, n°84 (22-25).

DEVEVEY A., *Dimension linguistique et culturelle de la prise en charge des maladies neuro-dégénératives*, in *Rééducation orthophonique*, décembre 2009, n° 240 (3-41).

DONNIO I., *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, in *Gérontologie et société*, 2005, n° 112 (73-92).

DUFOUR-KIPPELEN., MESRINE A., *Les personnes âgées en institution*, in *Revue Française des Affaires Sociales*, 2003, n° 1-2 (123-148).

DURIEUX M., *Qui parle pour qui ?*, in *Gérontologie et société*, 2003, n° 106 (211-220).

EYOUM I., *L'orthophoniste en gériatrie, pourquoi, où, comment ?*, in *Ortho magazine*, octobre 2002, n° 42 (16-19).

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

GERMAIN-VIDICK F., *Animation, relations et vie sociale en établissements*, in *Gérontologie et société*, 2001, n° 96 (145-152).

GRIMM C., *Chaussé, déchaussé ! Contes entre lacets*, in *La grande oreille, la revue des arts de la parole*, avril 2009, n°37 (61-66).

KREMER J-M., *L'orthophonie est-elle utile auprès de la personne âgée ?* in *Question de logopédie*, 1993, n° 27 (137-149).

MARQUIS F., *La stimulation du langage par les cinq sens*, in *Ortho magazine*, octobre 2002, N° 42 (20-23).

MARQUIS F., *Langage et communication dans la maladie d'Alzheimer*, in *Rééducation orthophonique*, décembre 1994, n° 180 (371-377).

PELCHAT Y. et al, *Passeurs d'imaginaires : le vieil âge et la suite du monde*, in *Pensée plurielle*, 2010, n°24 (105-118).

PLOTON L., *A propos du placement des personnes âgées*, in *Gérontologie et société*, 2005, n° 112 (93-103).

RIGAUD A-S., *Symptômes de la maladie d'Alzheimer : point de vue du médecin*, in *Gérontologie et société*, 2001, n° 97 (139-150).

ROUSSEAU T., *Les processus du vieillissement : de l'heureuse conclusion de la vie au naufrage annoncé*, in *Glossa*, avril 1999, n°66 (4-12).

SAUCOURT E., *Conter en C.A.N.T.O.U. Étude sur des effets d'atelier de contes auprès de personnes institutionnalisées atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée*, in *Revue Francophone de Gériatrie et Gérontologie*, décembre 2009, n° 160 (548-555).

SUDRES J-L., ROS C., *Un atelier conte dans une institution pour personnes âgées, du pourquoi au comment...*, in Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, octobre 2004, n° 79 (45-51).

WILLAUME A., *Contes et pensée. Un atelier de littérature à l'école*, in Rééducation orthophonique, décembre 1994, n° 180 (319-337).

Mémoires :

ANTIGNY C. GABION M., (2008), *Réflexion sur le de l'orthophoniste en institution gériatrique : Témoignage d'une expérience de groupe de stimulation auprès de patients à un stade avancé de démence au sein de l'USLD de Lens*, Mémoire d'Orthophonie, Lille.

BAUMASSY C., (2008) *Traitement non-médicamenteux dans la maladie d'Alzheimer, l'atelier-contes en accueil de jour*, Mémoire d'orthophonie, Nice.

BUECHE C., (2010) *Questionnement sur l'utilisation du conte dans le cadre d'une prise en charge orthophonique d'enfants présentant des traits psychotiques ou conte d'une rencontre...*, Mémoire d'orthophonie, Nancy.

JACQUOT M., (2004) *Langage et grand âge, Proposition d'un protocole d'animation d'un groupe de Langage en maison de retraite pour des personnes âgées sans altération cognitive massive*, Mémoire d'Orthophonie, Nancy.

KLEIN D., (2000) *La retraite des mots ? Expérience d'un groupe de langage en maison de retraite*, Mémoire d'Orthophonie, Strasbourg.

MAURICE-BOULANGER S., (2010) *Élaboration d'activités visant le maintien de la communication écrite en prise en charge individuelle ou collective chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, Mémoire d'Orthophonie, Nancy.

Divers :

BARROCHE G., enseignement de neurologie dispensé en 3^{ème} année, école d'orthophonie, Nancy, 2009-2010.

JONVEAUX T., enseignement maladie d'Alzheimer dispensé en 4^{ème} année, école d'orthophonie, Nancy, 2010-2011.

Sites consultés :

Dernière consultation en mai 2011 :

www.francealzheimer.org

www.anesm.sante.gouv.fr

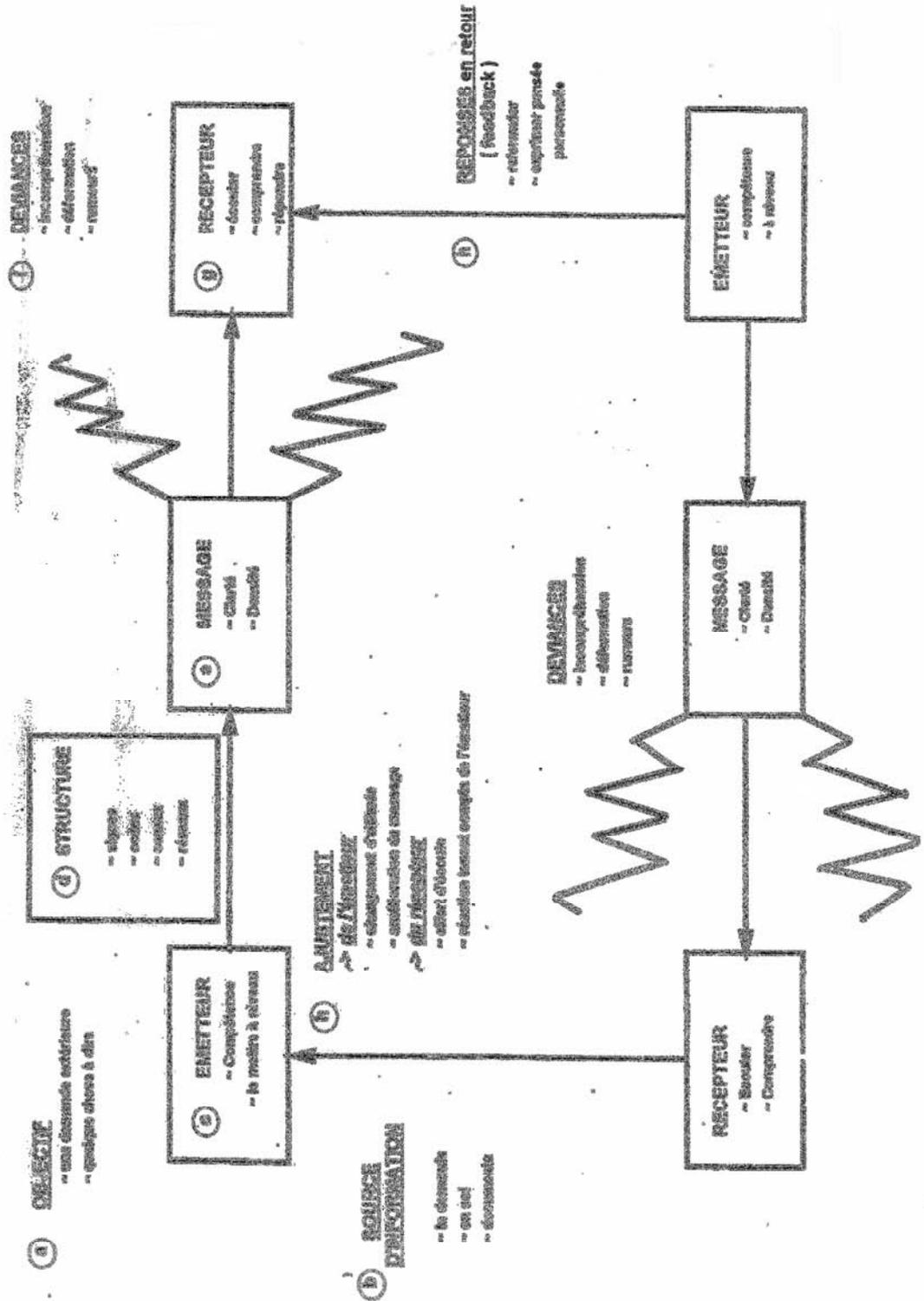
<http://www.sante.gouv.fr>

<http://collectifconte.ish-lyon.cnrs.fr>

ANNEXES

MACCIO C., (1997), Animer et participer à la vie de groupe, Lyon : Chronique Sociale

Communication de groupe



ANALYSE STRUCTURALE DE VLADIMIR PROPP
« Morphologie du conte », Paris, 1965

À partir de l'analyse d'un corpus d'une centaine de contes merveilleux de la tradition russe, recueillis par Afanassier, Vladimir Propp fait apparaître des « variables » et des « constantes ». Il établit une liste de 31 fonctions qui représente la base morphologique des contes merveilleux en général. Ces fonctions peuvent ne pas être toutes présentes dans un conte, mais s'enchaînent dans un ordre identique.

Liste des 31 fonctions

Séquence préparatoire

1. Absence
2. Interdiction
3. Transgression
4. Interrogation
5. Demande de renseignement
6. Duperie
7. Complicité

Première séquence

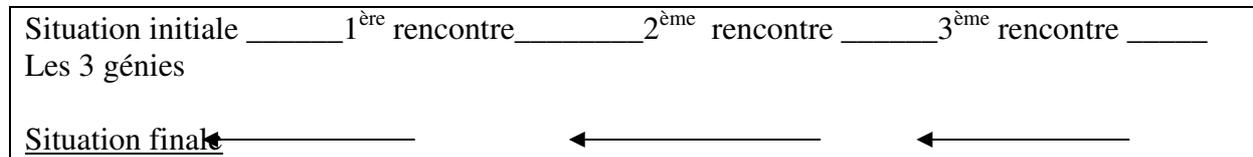
8. Manque ou méfait
9. Médiation
10. Commencement de l'action contraire
11. Départ du héros
12. Première fonction du donateur
13. Réaction du héros
14. Transmission
15. Déplacement, transfert du héros
16. Combat du héros contre l'antagoniste
17. Marque
18. Victoire sur l'antagoniste

Deuxième séquence

19. Réparation du méfait
20. Retour du héros
21. Poursuite
22. Secours
23. Arrivée incognito du héros
24. Imposture
25. Tâche difficile
26. Accomplissement de la tâche
27. Reconnaissance du héros
28. Découverte du faux héros
29. Transfiguration
30. Châtiment
31. Mariage ou accession au trône

Exemples de conte en « randonnée » :

- 1) « La montagne aux trois questions »¹³³ : schéma narratif se basant sur le principe du conte en randonnée :



- 2) « Le cochon de lait »¹³⁴ : Mouvement d'aller-retour (accumulation dans un sens-rupture- retour dans l'autre sens)

Le cochon de lait

Il y avait une fois une femme qui avait un cochon de lait. Le cochon de lait courut dans la forêt pour manger des glands. Lorsqu'il en eut assez mangé, la femme lui dit : « cochon de lait, il faut rentrer. » mais le cochon ne le voulut pas. Alors la femme alla vers le petit chien et lui dit : « petit chien, il faut mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer ». Le petit chien dit : « le cochon de lait ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien. »

Alors la femme alla vers le bâton et lui dit : « bâton, il faut frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer ». Le bâton dit : « le petit chien ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien ». Alors la femme alla vers le petit feu et dit : « petit feu, brûle-moi le bâton, le bâton ne veut pas frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer. » le petit feu dit : « le bâton ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien. »

Alors la femme alla vers le ruisseau et dit : « ruisseau, éteins-moi le petit feu, le petit feu ne veut pas brûler le bâton, le bâton ne veut pas frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer ». Alors le ruisseau dit : « le petit feu ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien ». Alors la femme alla vers la petite vache et dit : « petite vache, bois-moi le ruisseau, le ruisseau ne veut pas éteindre le petit feu, le petit feu ne veut pas brûler le bâton, le bâton ne veut pas frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer ».

La petite vache dit : « le ruisseau ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien ». alors la femme alla chez le boucher et dit : « boucher, tue-moi la petite vache, la petite vache ne veut pas boire le ruisseau, le ruisseau ne veut pas éteindre le petit feu, le petit feu ne veut pas brûler le bâton, le bâton ne veut pas frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer. » alors le boucher dit : « la petite vache ne m'a rien fait, je ne lui ferai rien ».

Alors la femme alla chez le bourreau et dit : « bourreau, pend-moi le boucher, le boucher ne veut pas tuer la petite vache, la petite vache ne veut pas boire le ruisseau, le ruisseau ne veut pas éteindre le bâton, le bâton ne veut pas frapper le petit chien, le petit chien ne veut pas mordre le cochon de lait, le cochon de lait ne veut pas rentrer. »

Alors le bourreau voulu pendre le boucher.

¹³³ TANAKA B., (1998), La montagne aux trois questions, Paris : Albin Michel Jeunesse.

¹³⁴ BLOCH M., (1995), 365 contes pour tous les âges, Luçon : Gallimard.

Alors le boucher dit : « plutôt que d'être pendu, je tuerai la petite vache. » la petite vache dit « plutôt que d'être tuée, je boirai le ruisseau. » Le ruisseau dit : « plutôt que d'être bu j'éteindrai le petit feu. » Le petit feu dit : « plutôt que d'être éteint, je brulerai le bâton. » Le bâton dit : « plutôt que d'être brulé, je frapperai le petit chien. » Le petit chien dit : « plutôt que d'être frappé, je mordrai le cochon de lait. » Le petit cochon de lait dit : plutôt que d'être mordu, je rentrerai. »

Alors le cochon de lait rentra et aucun ne fit de mal à l'autre.

Séance 1-2 : Test

A quel personnage de conte ressemblez-vous ?

1) Vous êtes plutôt de nature :

- maligne
- serviable
- optimiste
- courageuse
- rêveuse

2) Une bonne fée vous offre un pouvoir magique, vous choisissez :

- d'arrêter le temps
- de détecter le mensonge
- d'avoir la beauté et la gentillesse éternelle
- le sens de l'orientation où que vous soyez
- changer tout ce que vous touchez en or

3) Pour vous un doux rêve serait :

- de pouvoir parler aux animaux
- de vivre dans un sublime château
- de pouvoir visiter les endroits du monde en un rien de temps
- de partir à l'aventure entre amis
- de faire une longue promenade en forêt, écouter les oiseaux chanter...

4) Vous vous retrouvez nez à nez avec une créature venue d'un autre monde, votre réaction :

- vous tentez d'en savoir plus sur elle avant de lui accorder votre confiance
- vous lui posez beaucoup de questions par curiosité
- vous êtes un peu effrayé et allez-vous cacher
- vous n'avez pas peur et allez à sa rencontre
- vous l'attaquez, la maîtrisez et ensuite vous discutez avec elle pour connaître ses intentions

5) Le trait de caractère que vous ne supportez pas chez les autres :

- la jalousie
- la lâcheté
- la méchanceté
- l'égoïsme
- le pessimisme

6) Durant votre vie, vous diriez que vous avez passé le plus de temps à vous occuper :

- de vos parents, grands-parents...
- de vos enfants
- de votre prince/ princesse charmant(e)
- des gens que vous avez croisés sur votre route
- de vos frères et sœurs

7) La meilleure fin d'une histoire selon vous :

- ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants
- la famille enfin réunie, vécu une vie paisible
- l'histoire se finit donc bien et tous ont tiré une morale à cette histoire
- ils régneront longtemps et furent les plus heureux du royaume entourés de leur famille et de leurs nombreux amis
- le calme revint sur la contrée et toute forme d'injustice fut supprimée

Profils :

Cendrillon :

L'élégance et la gentillesse font partie intégrante de votre personnalité. Vous pouvez être envié, voire jaloué par les autres mais vous savez rester humble ce qui vous rend très sympathique. Au fond de vous vous êtes un(e) grand(e) rêveur (se).

Le petit poucet :

On peut dire que vous êtes quelqu'un de débrouillard et d'intelligent. Vous êtes un(e) meneur(se) dans l'âme ! Malgré les embûches de la vie, vous avez toujours réussi à vous en sortir grâce à votre réflexion et à votre pugnacité. L'esprit de famille est aussi très important pour vous.

Le petit chaperon rouge :

Vous êtes une personne qu'on peut sincèrement qualifier de gentille, toujours prête à rendre service aux autres. Vous faites facilement confiance, parfois à vos dépens. Vous êtes d'une nature calme et qui se laisse facilement attendrir. S'énervier n'est pas dans votre nature.

Blanche neige :

Petit(e) vous deviez être bien sage. A la fois discipliné(e) et désireux (se) de bien faire. Les autres peuvent compter sur vous et ils ont raison car vous êtes une personne de confiance. Le courage n'est pas votre qualité première mais votre bonté si. Vous êtes également d'une nature très joviale.

Robin des bois :

Un(e) aventurier(re) au grand cœur voilà qui vous correspond bien. Vous voyez la vie du bon côté et lutez contre les injustices. Le courage ne vous manque pas et la générosité non plus ! L'esprit d'équipe et l'aventure vous anime.

Séance 9 :

Mme G. : Le petit chaperon rouge

Le petit chapeau rond rouge (Conte de Grimm et Perrault)

Titre correct : Le petit chapeau rouge

Le vaillant petit ailleurs (Conte de Grimm)

Titre correct :
Le vaillant
petit ailleurs

Mme C. : Le vaillant prtit ailleurs

Séance 4 : Mots-mêlés :

Matériel présenté :

S	T	N	I	C	O	L	A	S	V	G
R	T	M	S	Q	P	U	S	L	F	R
I	F	C	E	N	L	T	O	D	C	A
J	G	V	L	O	Z	D	N	K	H	O
D	D	A	M	E	S	A	L	D	D	U
G	X	I	W	J	M	M	R	V	F	L
B	L	A	N	C	H	E	S	E	B	L
H	W	Z	T	V	S	S	N	R	C	Y
F	E	E	U	R	G	S	O	T	R	E
P	O	L	Y	B	O	T	T	E	K	I
M	H	O	W	N	I	A	U	S	J	K

Correction :

S	T	N	I	C	O	L	A	S	V	G
R	T	M	S	Q	P	U	S	L	F	R
I	F	C	E	N	L	T	O	D	C	A
J	G	V	L	O	Z	D	N	K	H	O
D	D	A	M	E	S	A	L	D	D	U
G	X	I	W	J	M	M	R	V	F	L
B	L	A	N	C	H	E	S	E	B	L
H	W	Z	T	V	S	S	N	R	C	Y
F	E	E	U	R	G	S	O	T	R	E
P	O	L	Y	B	O	T	T	E	K	I
M	H	O	W	N	I	A	U	S	J	K

Séance 6 : Drôle de conte

Tirer un papier et y noter sa réponse. (1= une action, 2= un prénom, 3= un aliment...)

Les mots recherchés seront placés dans des blancs d'un texte de façon collective.

Lire le « drôle de conte » et trouver de quel conte il s'agit. Tenter de retrouver les bons mots.

- 1) un nom commun féminin animé (animal ou personne)
- 2) un nom de chapeau ou autre coiffe
- 3) une couleur
- 4) un nom de pâtisserie
- 5) une personne faisant partie de la famille autre que la mère
- 6) un aliment
- 7) un lieu
- 8) un nom d'animal au masculin
- 9) un nom de fruit
- 10) un nom d'animal au pluriel
- 11) une onomatopée genre plouf, dring...
- 12) un verbe au futur
- 13) un chiffre
- 14) un adjectif
- 15) un nom de meuble
- 16) une partie du corps humain
- 17) une partie du corps humain
- 18) une partie du corps humain
- 19) une partie du corps humain
- 20) un des composants de la bouche
- 21) un adjectif
- 22) mot qui rime en -ette

Il était une fois une petite **fille(1)** de village, la plus jolie qu'on eût su voir; sa mère en était folle, et sa mère-grand plus folle encore. Cette bonne femme lui fit faire un petit **chaperon(2) rouge(3)**, qui lui seyait si bien, que partout on l'appelait le petit **chaperon rouge(3)**.

Un jour sa mère, ayant cuit et fait des **galettes(4)**, lui dit:

-"Va voir comment se porte ta **mère-grand(5)**, car on m'a dit qu'elle était malade, porte-lui une **galette(4)** et ce **petit pot de beurre(6)**."

Le petit **chaperon rouge** partit aussitôt pour aller chez sa **mère-grand(5)**, qui demeurait dans un autre village. En passant dans **un bois(7)** elle rencontra compère **le loup(8)**, qui eut bien envie de la manger, mais il n'osa, à cause de quelques bûcherons qui étaient dans **la forêt(=7)**.

Il lui demanda où elle allait; la pauvre **enfant(1)**, qui ne savait pas qu'il est dangereux de s'arrêter à écouter un **loup(8)**, lui dit:

-"Je vais voir ma **mère-grand(5)**, et lui porter une **galette(4)** avec **un petit pot de beurre(6)** que ma mère lui envoie."

-"Demeure-t-elle bien loin?" lui dit le **loup(8)**.

-"Oh! oui", dit le petit **chaperon(2) rouge(3)**, "c'est par-delà le moulin que vous voyez tout là-bas, là-bas, à la première maison du village."

- "Eh bien!", dit le **loup(8)**, "je veux y aller voir aussi; je m'y en vais par ce chemin-ci, et toi par ce chemin-là, et nous verrons qui plus tôt y sera."

Le **loup(8)** se mit à courir de toute sa force par le chemin qui était le plus court, et la petite **fille(1)** s'en alla par le chemin le plus long, s'amusant à cueillir des **noisettes(9)**, à courir après des **papillons(10)**, et à faire des bouquets des petites fleurs qu'elle rencontrait.

Le **loup(8)** ne fut pas longtemps à arriver à la maison de la **mère-grand(5)**; il heurte: **Toc, toc(11)**.

- "Qui est là?"

- "C'est votre **fille(1)** le petit **chaperon(2) rouge(3)**" (dit le **loup(8)**, en contrefaisant sa voix) "qui vous apporte une **galette(4)** et un **petit pot de beurre(6)** que ma mère vous envoie."

La bonne **mère-grand(5)**, qui était dans son lit, car elle se trouvait un peu mal, lui cria:

- "Tire **la chevillette (22)**, la bobinette **cherra(12)**."

Le **loup(8)** tira **la chevillette(22)**, et la porte s'ouvrit. Il se jeta sur la bonne femme, et la dévora en moins de rien; car il y avait plus de **trois(13)** jours qu'il n'avait mangé. Ensuite il ferma la porte, et s'alla coucher dans le lit de la **mère-grand(5)**, en attendant le petit **chaperon(2) rouge(3)**, qui quelque temps après vint heurter à la porte. **Toc, toc(11)**.

- "Qui est là?"

Le petit **chaperon(2) rouge(3)**, qui entendit la **grosse(14)** voix du **loup(8)**, eut peur d'abord, mais croyant que sa **mère-grand(5)** était enrhumée, répondit:

- "C'est votre fille le petit **chaperon(2) rouge(3)**, qui vous apporte une **galette(4)** et un petit **pot de beurre(6)** que ma mère vous envoie."

Le **loup(8)** lui cria, en adoucissant un peu sa voix:

- "Tire **la chevillette(22)**, la bobinette **cherra(12)**."

Le petit chaperon rouge tira **la chevillette(22)**, et la porte s'ouvrit. **Le loup(8)**, la voyant entrer, lui dit en se cachant dans **le lit(15)** sous la couverture:

- "Mets la **galette(4)** et le **petit pot de beurre(6)** sur la huche, et viens te coucher avec moi."

Le petit **chaperon(2) rouge(3)** se déshabille, et va se mettre dans **le lit(15)**, où elle fut bien étonnée de voir comment sa **mère-grand(5)** était faite en son déshabillé. Elle lui dit:

- "Ma **mère-grand** que vous avez de grands **bras(16)!**"

- "C'est pour mieux t'embrasser **ma fille(1)**."

- "Ma **mère-grand** que vous avez de grandes **jambes(17)!**"

- "C'est pour mieux courir mon enfant."

- "Ma **mère-grand** que vous avez de grandes **oreilles(18)!**"

- "C'est pour mieux écouter mon enfant."

- "Ma **mère-grand** que vous avez de grands **yeux(19)!**"

- "C'est pour mieux voir mon enfant."

- "Ma **mère-grand** que vous avez de grandes **dents(20)!**"

- "C'est pour te manger."

Et en disant ces mots, le **méchante(21) loup(8)** se jeta sur le petit **chaperon(2) rouge(3)**, et la mangea.

Séance 7 : Moralité du Petit Chaperon Rouge

On voit ici que de jeunes enfants,
Surtout de jeunes filles
Belles, bien faites, et **gentilles**,
Font très mal d'écouter toute sorte de gens,
Et que ce n'est pas chose étrange,
S'il en est tant que le Loup **mange**.
Je dis le Loup, car tous les Loups
Ne sont pas de la même **sorte** ;
Il en est d'une humeur accorte,
Sans bruit, sans fiel et sans **courroux**,
Qui privés, complaisants et doux,
Suivent les jeunes Demoiselles
Jusque dans les maisons, jusque dans les **ruelles** ;
Mais hélas ! qui ne sait que ces Loups doucereux,
De tous les Loups sont les plus **dangereux**.

1) gentille

Synonyme de : sage, aimable, agréable

2) mange

Synonyme de : dévorer, se nourrir

3) sorte

Synonyme de : acabit, espèce, catégorie

4) courroux

Synonyme de : colère, rage

5) ruelles

Synonyme de : rues, venelles

6) dangereux

Synonyme de : menaçant, méchant

Ce conte est fini, avec l'oiseau il est parti...

vous l'enferme

Crapoti, Crapota, mon conte s'achève là. Si

vous voulez le garder... *il faudra l'enregistrer [aa]*
raconter le à Némé.

Le conte est terminé, je l'ai replacé...

sur l'étagère dorée.

Mon conte je l'ai dit...

... (vous mènera au paradis!

...ou (n'a pas dit que tous les chats
sont gris!

(avec) Toi, mets cette fin dans ton bec...

en dedans

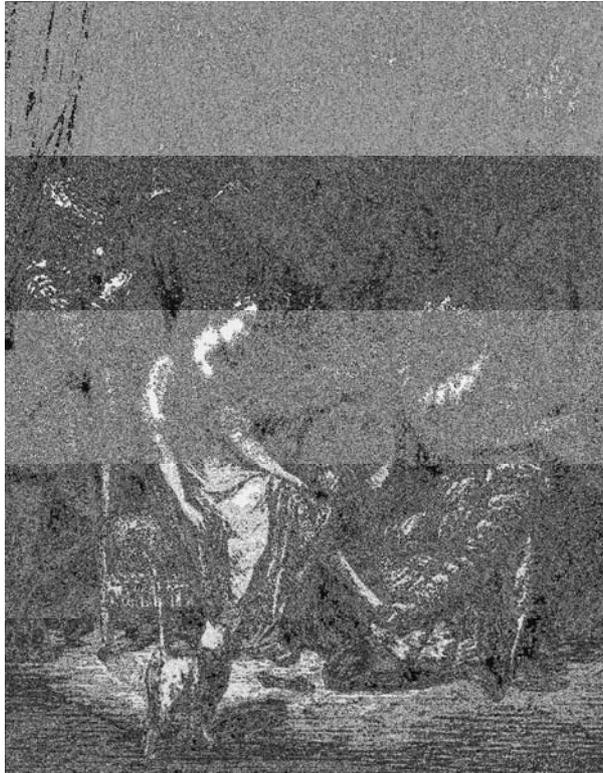
Ici mon conte s'achève, il était doux

comme... une chère.

Rien ne sert de courir, il faut partir.

Séance 9 : Les illustrations

Gravure de G. Doré



Dessin issu du dessin animé de Walt Disney

Activité « fil rouge » : Créons notre conte...

Le chien fidèle

C'était en ce temps là où les bêtes parlaient, dans un pays fort lointain, il y avait un homme vivant seul dans une cabane de bois, au beau milieu d'une clairière. Seul ? Pas si seul que cela.

En effet, l'homme avait depuis toujours à ses côtés un fidèle compagnon à quatre pattes, son chien. Cette boule de poils aux grandes oreilles était dévouée à son maître, et l'on ne connaissait pas plus adorable bête à mille lieues aux alentours.

L'homme aimait cet animal plus que tout, il prenait soin de lui, se baladait avec, lui parlait aussi quelques fois au coin du feu...Mais l'homme gardait au fond de son cœur un vide immense, celui de ne point aimer une belle jeune fille d'un sentiment amoureux véritable.

Le chien, malgré toutes les attentions que son maître lui portait, sentait bien la tristesse de cet homme, et par un beau matin d'été, il envisagea de l'aider à le rendre heureux.

Dès l'aurore, le chien s'échappa de la cabane et courut en direction de la forêt voisine où son maître et lui avaient l'habitude d'aller se promener et chasser. Cette forêt, que la rumeur disait magique, était vaste et feuillue.

Le chien pénétra dans cet océan de verdure et se laissa envahir par la fraîcheur des sous-bois qui y régnait. Il emprunta un chemin sinueux à travers les fûts et débuta son long périple. Le chien marchait et se laissait doucement bercer par l'odeur des fougères qui embaumait l'atmosphère, mélangée à l'odeur de terre meuble environnante. Il en profita pour cueillir quelques fleurs et se rassasier des délicieux fruits des bois que la nature lui offrait généreusement.

Au loin, il entendait les chevreuils aboyer, il sentait proche de lui le regard craintif des biches qui se cachaient, se souvenant peut-être des parties de chasse que son maître et lui avaient faites l'automne dernier. Mais le chien n'y prêta pas grande attention, il gardait la cadence de sa marche qui était rythmée par les multiples chants d'oiseaux alentour.

Cela faisait plusieurs heures que le vaillant chien progressait dans la forêt, mais peu certain de la direction à prendre, il leva les yeux en l'air et demanda à une sublime bécasse perchée en haut d'un hêtre :

- Puis-je me permettre de vous demander,
- Où mon maître trouvera
- La dame de ses pensées
- Et couatera et couatera...

La bécasse de son long bec répliqua :

Je ne sais où ton maître trouvera l'être aimé, mais monte donc sur mes épaules ainsi je pourrai t'emmener vers le lieu où le soleil va se coucher. Je suis certaine que cela pourrait t'aider !

Le chien, sans autre solution de repli et curieux de voler au-dessus des bois, grimpa sur les épaules de la bécasse. Le paysage d'en haut était magnifique, ils voyagèrent jusqu'à ce que le soleil se couchât et la bécasse le déposa quand la nuit fut tombée.

Le chien s'endormit jusqu'au lendemain matin.

Là, en se réveillant, il découvrit non loin de lui une jolie biche qui était en train de prendre son petit déjeuner dans l'herbe fraîche. Il s'avança vers elle et lui dit :

- Puis-je me permettre de vous demander,
- Où mon maître trouvera
- La dame de ses pensées
- Et couatera et couatera...

Je ne sais où ton maître trouvera l'être aimé, mais ce que je peux te dire c'est que depuis quelques jours je flaire un doux parfum qui pourrait t'intéresser. Cette odeur fort agréable, aux effluves de rose et de muguet, ne semble pas provenir d'un animal de la forêt ! Je pense que ce parfum appartient à une belle jeune fille ! Mon flair ne m'a jamais trompé ! Peut-être serait-ce elle, la dame des pensées de ton maître ?

Pour la trouver je te conseille de continuer tout droit jusqu'à ce grand arbre que tu aperçois au loin. C'est là que tu la trouveras !

Le chien se mit donc en route vers le grand arbre que lui avait indiqué la biche. Après quelques heures de marche, il arriva au pied d'un immense chêne. Tout à coup, il sentit cette douce odeur, il flaira autour de l'arbre sans rien trouver mais, soudain, sa truffe se retrouva nez à nez avec un mignon petit écureuil ! Le chien, surpris, lui demanda cependant :

- Puis je me permettre de vous demander,
- Où mon maître trouvera
- La dame de ses pensées
- et couatera et couatera...

L'écureuil lui répliqua :

« Je ne sais où ton maître trouvera l'être aimé, et j'en suis désolé j'aurais tant souhaité t'aider. »

Le chien, tout proche de l'écureuil continuait cependant à flairer ce doux parfum dont lui avait parlé la biche. Il lui demanda :

-« D'où te vient cette douce odeur qui embaume ton pelage petit écureuil ? Je trouve cette odeur peu habituelle pour un animal de la forêt !

L'écureuil s'expliqua :

-Chaque jour, une jolie demoiselle m'apporte quelques noisettes. Je pense sans doute que c'est elle la source de ces fragrances. D'ailleurs, l'autre jour en me baladant de branche en branche, j'ai repéré son habitation. Elle loge à quelques lieues d'ici, dans une petite chaumière isolée. Je suis sûr que c'est elle qui y vit car elle passe son temps à chanter et j'ai reconnu sa jolie voix. Si tu le souhaites, je peux t'y emmener ! »

Le chien, ravi de trouver une femme au beau milieu de cette forêt, accepta l'offre de l'écureuil sans hésiter un instant.

Le chien et l'écureuil arrivèrent non loin de la chaumière. Ils entendaient déjà au loin la femme chanter. Le chien vit la jeune fille, ramassant quelques brindilles devant son entrée. Il s'avança vers elle et lui dit :

- Puis-je me permettre de vous solliciter
- Mon maître cherche un être à aimer
- Il saura vous rendre heureuse
- Peut-être même amoureuse...

La jeune femme, fut un peu surprise de l'offre du chien. Néanmoins, cela faisait des jours qu'elle n'avait croisé personne et elle se sentait bien seule parfois.

Le chien lui sembla adorable, elle le suivit donc, pensant qu'elle n'avait rien à perdre et au contraire tout à y gagner.

La jeune femme et le chien marchèrent de longues heures en direction de la cabane de bois. Ils étaient presque arrivés quand soudain, le chien et la femme rencontrèrent l'homme, affolé, qui cherchait désespérément son fidèle compagnon dans tous les recoins de la forêt.

A la vue de son ami à quatre pattes, l'homme se précipita vers lui. Il tomba genoux à terre et pleura de joie alors qu'à l'accoutumée il ne montrait guère ses sentiments. La femme, émue par ces retrouvailles, mit également un genou à terre et essuya les larmes qui coulaient sur les joues de l'homme. A la vue de ce geste tendre, le chien comprit que sa mission était sur le point d'être gagnée.

L'homme et la femme se relevèrent, main dans la main. On dit qu'ils furent heureux le restant de leurs jours. Le chien, quant à lui, satisfait d'avoir fait le bonheur de son maître, passa le restant de sa longue vie à se reposer au coin du feu et à vagabonder dans la forêt magique avec tous ses nouveaux amis.

Ici mon conte s'achève, il était doux comme un rêve...

FIN

Aline HEITZ

Questionnement sur l'utilisation du conte en Orthophonie dans le cadre d'un atelier de langage en maison de retraite. Tout conte fée, le conte est bon ?

Résumé :

Cette étude est un questionnement sur le bien-fondé de l'utilisation des contes lors d'une prise en charge orthophonique de groupe de personnes âgées institutionnalisées diagnostiquées ou non comme ayant la maladie d'Alzheimer.

L'idée de départ est que le conte a des qualités qui font de lui un outil adapté et adaptable aux personnes âgées présentant une Démence de Type Alzheimer (DTA).

A partir de celui-ci, des activités de groupe peuvent être créées et permettre une stimulation du langage oral, écrit ainsi qu'un travail mnésique.

Dans un premier temps, les aspects théoriques concernant le vieillissement normal et pathologique ont été abordés ainsi que le rôle de l'orthophoniste lors de ces périodes. Le conte a également été présenté en tant qu'outil thérapeutique.

Ensuite, le reste de l'étude expose les liens qui unissent les contes aux personnes âgées et qui font de lui un outil pertinent pour ce genre de prise en charge. Une dernière partie expose la mise en place d'un atelier-contes au sein d'une maison de retraite, constitué par un groupe qualifié d'hétérogène.

Cette dernière partie présente également les activités mises au point dans un but de stimulation cognitive et de maintien des fonctions de communication. L'analyse finale des activités testées avec ce groupe ainsi que l'étude de la littérature montrent que le conte est un outil précieux dans une prise en charge orthophonique de personnes âgées. Il convient à cette population, permet le travail d'aspects cognitifs propres à la DTA dans un contexte de revalorisation de la personne, en la replaçant dans un statut d'interlocuteur à part entière.

Mots clés : Personnes âgées - Atelier de Langage - Maladie d'Alzheimer - Conte

Prise en charge de groupe – Communication – Stimulation cognitive

Jury: Président : Madame F. NAMER, Professeur des Universités en Sciences du Langage

Directeur de mémoire : Madame B. BOCHET, Orthophoniste

Assesseurs : Madame T. JONVEAUX, Docteur en Neurologie

Madame J. RIBOULOT, Conteuse

Date de soutenance : Vendredi 10 Juin 2011